VESTNÍK

MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Osobitné vydanie | Dňa 15. mája 2020 | Ročník 68

OBSAH:

„Tvorba nových a inovovaných preventívnych a štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe“

Zoznam schválených štandardných postupov.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY
MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY
EURÓPSKA ÚNIA
Európsky sociálny fond
Európsky fond regionálneho rozvoja
OPERAČNÝ PROGRAM ĽUDSKÉ ZDROJE
Standard procedures

Obsah – Osobitná čiastka

Číslo ŠP	Názov štandardu	Strana
0032	Komplexný ošetrovateľský manažment imobilného pacienta	5
0033	Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s chronickou ranou	33
0034	Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery	53
0035	Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s demenciou	89
0036	Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (dieťa)	112
0037	Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v súvislosti s diagnostickými vyšetreniami	141
0038	Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta so sondami	161
0039	Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s poruchami prehĺtania	188
0040	Sociálna fóbia	221
0041	Špecifická fóbia	232
0042	Panická porucha	240
0043	Generalizovaná úzkostná porucha	253
0044	Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha	267
0045	Demencia pri Alzheimerovej chorobe	280
0046	Vaskulárne demencie	303
0047	Demencie u chorôb klasifikovaných inde	325
0048	Disociálna porucha osobnosti	346
0049	Emočne nestabilná porucha osobnosti - impulzívny typ a hraničný typ	360
0050	Histriónska porucha osobnosti	382
0051	Paranoidná porucha osobnosti	394
0052	Schizoidná porucha osobnosti	407
0053	Úzkostná vyhýbavá porucha osobnosti	420
0054	Iné špecifické poruchy osobnosti - Narcistická porucha osobnosti	432
0055	Anankastická porucha osobnosti	442
0056	Štandardný postup pre pretrvávajúce zmeny osobnosti nepripísateľné poškodeniu mozgu (pretrvávajúca zmena osobnosti po katastrofickom zážitku a po psychickej poruche)	457
0057	Zmiešaná porucha osobnosti	468
0059	Synkopy	477
0060	Adrenálne incidentalómy	496
0061	Feochromocytóm a paraganglióm	509
0062	Rehabilitácia v intenzívnej medicíne	519
0063	Klinický štandard fyzioterapie hyperaktívneho mechúra (OAB) a urgentnej inkontinencie moču u žien	546
0064	Klinický štandard fyzioterapie stresovej inkontinencie moču u žien	567
0065	Palatolália	590
0066	Porucha zvuku reči (dyslália)	614
0067	Poruchy prehĺtania (dysfágia)	645
0068	Poruchy vývinu jazyka a reči	669
0069	Manažment pacienta s disociálnou poruchou osobnosti v klinickej psychológii	705

0070	Komplexný manažment detského, adolescentného a dospelého pacienta s diagnózou sociálna fóbia	725
0071	Psychosociálna rehabilitácia u ľudí so závažnou duševnou poruchou	759
0072	Štandardný diagnosticko-laboratórny postup pre genetickú diagnostiku chronickej lymfocytovej leukémie (CLL)/ malobunkového lymfómu z B-buniek (SLL)	786
0031R2	Štandardný postup na výkon prevencie: Starostlivosť o matku a novorodenca podľa zásad Babyfriendly Hospital Initiative (BFHI) – podpora vzťahovej väzby a laktácie	806
0030R2	Štandardný postup na výkon prevencie kolorektálneho karcinómu - metódou populačného skríningu	856

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 imobilného pacienta

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0032	*14. februára 2019*	*schválené*	*1. apríla 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:
Ing. Mgr. Ľubica Kočanová; Mgr. Andrea Somogyi; PhDr. Zuzana Fabianová; 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 (OPS ošetrovateľstvo Mgr. Jaroslav Straka; Mgr. Gabriela Kmeťová; doc. PhDr. Jana Boroňová , PhD.; PhDr. Anna Bullová; PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., PhDr. Helena Gondárová Vyhničková dipl. s., PhDr. Anna Macková); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II (PhDr. Zuzana Fabianová, PhDr. Helena Gondárová Vyhničková dipl. s., PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., Mgr. Marianna Klíčová, Mgr. Gabriela Kmeťová); členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing.

Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka, Mgr. Miroslav Hečko

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, mobilita, senior, manažment imobilného pacienta, individuálny plán, ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s imobilitou, posúdenie rizík, riziko pádu, bezpečnosť pacienta

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADL	Activity daily living / aktivity denného života
CHOCHP	chronická obštrukčná choroba pľúc
CNS	centrálna nervová sústava
EBN	Evidence - Based Nursing / ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
EBM	Evidence - Based Medicine / medicína založená na dôkazoch
EÚ	Európska únia
FA	farmakologická anamnéza
KOS	komplexná ošetrovateľská starostlivosť
KVS	kardiovaskulárna sústava
MMSE	Mini Mental State Exam / Test kognitívnych funkcií
NCMP	náhla cievna mozgová príhoda
OA	osobná anamnéza
SR	Slovenská republika
TENS	Transdermal electroneurostimulation / Transkutánna elektrická stimulácia nervov
ZSS	zariadenia sociálnych služieb

Kompetencie

Tento štandardný ošetrovateľský postup je určený sestrám poskytujúcim ošetrovateľskú starostlivosť (ďalej len „sestrám"). Za dodržiavanie požiadaviek štandardného postupu zodpovedá odborný zástupca (garant) **pre ošetrovateľskú starostlivosť v príslušnom zariadení.**

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 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Lekár: všeobecný lekár, lekár špecialista zabezpečuje komplexný medicínsky manažment pacienta, indikuje liečbu pre ochorenia, ktoré spôsobujú imobilitu u pacienta, alebo zvyšujú riziko pádu u pacienta, alebo riziko vzniku imobilizačného syndrómu.

Pozn. Špecifické činnosti a situácie sú definované v texte štandardu.

Zdravotnícky asistent, sanitár: Pre zabezpečenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta môže sestra delegovať činnosti aj na zdravotníckych asistentov a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti. Sestra zodpovedá za primeranú úroveň starostlivosti v súlade s potrebami pacienta a pri zohľadnení prítomných rizík.

Za výkon činností definovaných v štandarde zodpovedajú jednotliví zdravotnícki pracovníci.

Úvod

Imobilita znamená funkčný stav pacienta, pri ktorom pacient nie je schopný voľného, rytmického, účelového pohybu. Imobilita môže byť čiastočná, alebo úplná. Imobilný pacient sa pohybuje pomocou barlí, invalidného vozíka, pomocou G-aparátu, alebo môže byť bezvládne ležiaci na posteli. U pacienta v bezvedomí hovoríme o úplnej imobilite. Pacienta, ktorý má do určitej miery zachovanú schopnosť pohybu, napr. nepohyblivá je len polovica jeho tela, alebo nepohybuje iba niektorou končatinou, považujeme za čiastočne imobilného. Imobilita predstavuje vážne zdravotné riziko pacienta v ktorejkoľvek vekovej kategórii. Rozdielny priebeh môže byť u pediatrického pacienta, alebo dospelého pacienta, alebo pacienta seniora.

U dlhodobo imobilných pacientov sa môže rozvinúť imobilizačný syndróm s postihnutím všetkých orgánov a orgánových systémov (Poledníková, 2013). Imobilita, disabilita môže byť spôsobená ako priamy následok choroby, traumy, vtedy ju označujeme ako primárnu. Sekundárnou imobilitou je napr. slabosť, ako následok poruchy, ktorá spôsobuje primárnu neschopnosť pohybu a neskôr sa vyvíja ako imobilizačný syndróm. Imobilný pacient vyžaduje kontinuálnu, komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť. Riziko pádu, úrazu, vzniku, či rozvoja imobilizačného syndrómu v súvislosti s imobilitou, je v ošetrovateľskej praxi frekventovanou hrozbou. Objektívnym posúdením schopností a dôsledným individuálnym manažmentom je možné týmto komplikáciám spojených s nemalými ekonomickými nákladmi nielen účinne predchádzať, no zároveň lepšie využívať, uchovať, či rozvíjať potenciál klienta, a tým napĺňať preventívny, komplexný, psychologický a etický rámec ošetrovateľskej starostlivosti. Cieľom efektívneho ošetrovateľského manažmentu je uchovanie mobility a jej prípadný rozvoj pri využití všetkých dostupných možností.

Tento štandard bol tvorený na základe analýzy odborných, publikovaných informácií od uznávaných autorít a overených skúseností v kontexte *totálneho manažérstva kvality* na vybraných pracoviskách dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike. 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 označené ◊.

Štandard vychádza:

- zo štúdií a svetových a európskych (EÚ) odporúčaní (sila odporučenia A – C),
- z odborných, publikovaných informácií v problematike od rešpektovaných, uznávaných autorít (sila odporučenia A – C),

- z nadnárodných guidelines pre medicínsku a ošetrovateľskú prax (sila odporučenia A – C, Level I – V),
- z klinicky overených skúseností v kontexte manažérstva kvality na vybraných pracoviskách (Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom v Humennom) (sila odporučenia D, Level IV – V/EBN).

Súbor definovaných prístupov efektívneho predchádzania a riešenia už prítomného stavu imobility u pacienta je určený predovšetkým pre oblasť dlhodobej (inštitucionálnej) ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov, no môže byť rámcovým podkladom, či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax poskytovanú formou ambulantnej, alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti na ostatných pracoviskách.

Miesto výkonu štandardného postupu:

- ústavné zdravotnícke zariadenia a oddelenia poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť dlhodobo chorým (napr. dom ošetrovateľskej starostlivosti),
- ambulantná starostlivosť,
- ADOS za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu,
- zariadenia sociálnych služieb s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti.

Jadrom štandardu sú kapitoly „Diagnostika“, „Plánovanie a realizácia“ a „Zabezpečenie a organizácie starostlivosti o imobilného pacienta“. Z hľadiska udržateľného, pokračujúceho rozvoja kvality má kľúčové postavenie kapitola „Odporúčania“, ktorá rekapituluje ďalšie možnosti zvyšovania kvality starostlivosti v oblasti úspešného riadenia pacienta s imobilitou. Na tento štandard úzko nadväzujú osobitne vypracované štandardy k problematike imobilizačného syndrómu a dekubitov.

- **Hodnotenie sily dôkazov** (vo vzťahu k EBM, EBN):

- Vysoká: Najmenej 1 randomizovaná kontrolovaná štúdia alebo 3 intervencie pred / po podaní, alebo iné perspektívne zákroky, alebo 3 dobre štruktúrované, relevantné pozorovacie štúdie
- Mierna: Štúdie, ktoré využívajú osvedčené metódy na spravodlivé porovnávanie výsledkov, ale kde výsledok ponecháva priestor na neistotu (napr. z dôvodu veľkosti štúdie, straty následných opatrení, alebo metódy použitej na výber skupín pre porovnanie)
- Nízka: Štúdie, pri ktorých sú výsledky pochybné, pretože návrh štúdie nezaručuje spravodlivé porovnanie.

- **Hodnotenie sily odporučení:**

Sila odporučenia naznačuje, aká je predpokladaná miera pozitívneho účinku pri dodržiavaní odporúčania. Odporučenie je:

- Silné – Výhody jasne prevažujú nad rizikami.
- Slabé – Výhody sú vyvážené rizikami.
- Nedostatočné – Dôkazy nie sú jasné na vydanie odporučenia.

Ratingová schéma pre silu dôkazov	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT IMOBILNÉHO PACIENTA
Úroveň	**Hodnotenie**
Level I	Systematické recenzie (integračné metaanalýzy / usmernenia klinickej praxe založené na systematických prehľadoch)
Level II	Jedna experimentálna štúdia (randomizované kontrolované štúdie RCTs)
Level III	Kvázi - experimentálne štúdie
Level IV	Neexperimentálne štúdie
Level V	Posudky starostlivosti / hodnotenie programu / recenzia literatúry
Level VI	Názory príslušných orgánov, konsezuálnych komisií

Ratingová schéma pre silu odporúčaní	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT IMOBILNÉHO PACIENTA
Úroveň	**Hodnotenie**
Trieda A	Priamo na základe dôkazov kategórie I
Trieda B	Priamo na základe dôkazov kategórie II, alebo extrapolovaných odporúčaní kategórie I
Trieda C	Priamo na základe dôkazov kategórie III, alebo extrapolovaných odporúčaní z kategórie I alebo II
Trieda D	Priamo na základe dôkazov kategórie IV alebo extrapolovaných odporúčaní z dôkazov kategórie I, II, alebo III

Prevencia

Prevenciou možno ovplyvniť ochorenia, ktoré spôsobujú imobilitu. Liečba osteoporózy v postmenopauzálnom období u žien, cvičením, primeraným príjmom vápnika. Vhodnou diétou, zákazom fajčenia, fyzickou aktivitou, prevenciou aterosklerózy malými dávkami kyseliny acetylsalicylovej vieme predchádzať ischemickej chorobe srdca. Liečbou hypertenzie, antikoagulačnou liečbou predchádzame NCMP a fibrilácii predsení. Diétou, výživou regulujeme obezitu, kachexiu, malnutríciu, príjmom vlákniny eliminujeme divertikulózu hrubého čreva. Vylúčením fajčenia predchádzame vzniku CHOCHP, či bronchogénnemu karcinómu.

Všeobecné preventívne opatrenia podľa Eliášovej a Derňárovej v publikácii Németh a kol. (2009) na s. 32-33 :

- fyzická aktivita a cvičenie minimálne 3-5 krát týždenne 30 min. chôdze, aeróbny efekt, posilňovanie, udržanie rozsahu pohybu v kĺboch - denné precvičovanie, strečing, cvičenia zamerané na stabilitu a rovnováhu,
- primeraná hmotnosť, meranie BMI 1 x ročne, vhodné stravovacie návyky, vyvážená strava, príjem = výdaj, proteíny 0,6-1,0 g/kg/deň, obmedzenie tukov, dostatok vlákniny, ovocia a

zeleniny, kalcium 1000-1500 mg/deň u žien, vitamín D v množstve 400-800 IU/deň, zákaz fajčenia,

- prevencia úrazov, dopravné úrazy, bezpečnostné pásy v aute, prilby pri jazde na bicykli, pravidelne dodržiavať overenie spôsobilosti na riadenie vozidla, zníženie úrazových rizík v domácnosti, prevencia pádov,
- imunizácia, chrípka raz ročne, očkovanie proti pneumokokovým infekciám (preočkovanie a frekvencia podľa druhu vakcíny), očkovanie proti tetanu 1x/10 rokov.

Predchádzať imobilite pacienta je jednou z oblastí, ktorá býva zanedbávaná. Zvlášť rizikovou skupinou sú **geriatrickí pacienti, ktorí tvoria najväčšiu skupinu imobilitou ohrozených osôb.** Geriatrický pacient je často pacientom imobilným, ktorý vyžaduje zvýšenú ošetrovateľskú starostlivosť a pozornosť (Kapounová, 2007). **Zodpovednosťou ošetrujúceho personálu je účinne predchádzať a riešiť riziko, alebo prítomný stav imobility vo všetkých fázach starostlivosti.**

Epidemiológia

Podľa Hegyiho prieskumu, ktorý sa realizoval v rokoch 1987-1990 a spol. (2001)bolo na Slovensku vo vekovej skupine 60 ročných a starších 38 % zdravých a sebestačných, 32 % bolo chronicky chorých, ale boli kompenzovaní a sebestační, 21 % bolo chronicky chorých, ohrozených orgánovou dekompenzáciou a stratou sebestačnosti a 9% bolo veľmi ťažko chorých a odkázaných na pomoc. Vo vekovej skupine nad 80 rokov sa zistilo, že 1/3 ľudí bola v tomto veku relatívne zdravá a sebestačná a 2/3 ľudí bolo čiastočne, alebo úplne odkázaných na pomoc.

Štatistický úrad SR uvádza, že k decembru 2013 bolo vo všetkých zariadeniach sociálnych služieb (ďalej len „ZSS“) celkovo 44 tis. osôb (33,5 tis. v pobytových službách a 10,3 tis. v denných) z toho 31 tis. dlhodobo zdravotne postihnutých osôb. Z nich trvalo ležiacich bolo 6,5 tis. a ďalších imobilných 11,7 tis. osôb. Z celkového počtu klientov ZSS bolo až 60 %-né zastúpenie osôb v dôchodkovom veku. Z uvedeného vyplýva predpoklad, že až **60-70 % osôb umiestnených v ZSS na konci roka 2013 bolo čiastočne, alebo úplne imobilných.**

Riziko vzniku pádov je nežiaduca a riziková udalosť imobility. Pády sa v starobe často vyskytujú a výskyt s vekom narastá. Podľa Frieda (2001) postihujú 20-30 % osôb vo veku 65-69 rokov a až 50 % osôb nad 85 rokov spadne v priebehu 1 roka. Vyššia prevalencia je u žien, akútne aj chronicky chorých, hospitalizovaných pacientov a osôb v dlhodobej ústavnej starostlivosti. Závažnejšie pády sa vyskytujú tým častejšie, čím krehkejší je zdravotný a funkčný stav seniora.

Príčiny pádov: vnútorné faktory - fyzická, psychická nespôsobilosť, pokles svalovej sily, demencia, depresia, delírium poruchy pozornosti, poruchy mobility, podvýživa alebo obezita, inkontinencia, synkopa, zlý zrak, alebo sluch (Benešová a kol., 2003).

Aj podľa Joint Commission International (2007) sa práve pády **najvyššou mierou podieľajú na traumatologických hospitalizáciách** a sú **hlavným etiologickým faktorom smrti spôsobenej úrazom** u obyvateľov vo veku nad 65 rokov.

Rizikovú skupinu pre vznik imobility tvoria najmä seniori, ktorí sa starnutím stávajú čoraz viacej nesebestačnými a najmä krehkými bytosťami.

Rizikové faktory imobility u seniorov rozdeľuje Hegyi, Krajčík (2010) do niekoľkých skupín:

- **všeobecné rizikové faktory** - vek nad 80 rokov, polymorbidita, výskyt viac ako troch chorôb u pacienta, terminálne štádium rôznych ochorení,
- rizikové faktory **súvisiace s poškodením lokomočného aparátu**, osteoporóza, pokročilá artróza, artritída, svalová slabosť, pády a úrazy,
- rizikové faktory **súvisiace s poškodením CNS**, náhle cievne mozgové príhody, skleróza multiplex, Parkinsonova choroba, centrálne poruchy rovnováhy,
- **psychické poruchy** - demencia, depresia, psychóza,
- **poruchy zmyslových orgánov** - slepota, poruchy statoakustiky,
- **lieky a polypragmázia** - psychofarmaká,
- **iné** - ortostatická hypotenzia, recidivujúce infekty, malígne ochorenia, ťažká anémia,
- **vonkajšie faktory** - šmykľavá podlaha, zlé osvetlenia, neznáme prostredie s neočakávanými prekážkami, nebezpečné verejné komunikácie, nepoužívanie opory, barla, palica.

Dlhodobá imobilita u pacienta býva **faktorom zvýšenia výskytu mnohých komplikácií všetkých orgánových systémov**, čo má vždy následok vzniku celkového súhrnu komplikácii u imobilného pacienta, ktoré označujeme ako **imobilizačný syndróm**.

Patofyziológia

Na realizácii motorického deja sa zúčastňujú dve základné jednotky - motoneurón a sval. Porucha hybnosti (motoriky) jednej, alebo viacerých končatín, alebo svalových skupín na podklade zníženej schopnosti aktivovať a koordinovať pohyby svalov a svalových skupín vlastnou vôľou sa nazýva **obrna** (Lukáš, 2014).

Príčiny imobility u seniorov môžeme rozdeliť na vonkajšie a vnútorné. **Vonkajšie faktory** vzniku imobility u seniorov sú napr. pády, rôzne prekážky v byte, nevhodná obuv, oblečenie, chýbanie pomôcok, nosenie ortézy, úrazy, dopravné úrazy, alebo sociálna izolácia s následným maladaptačným geriatrickým syndrómom. U 3 - 5 % pacientov je pád príčinou zlomeniny, najčastejšie stehnovej kosti, zápästia, ramena, nohy, stavca.

Podľa Ústavu patologické fyziológie LF MU (2011) popri traumatických fraktúrach kostí sa v ošetrovateľskej praxi často stretávame s patologickými zlomeninami, ktorých výskyt stúpa predovšetkým u žien po dovŕšení 50 roku života. Patologické zlomeniny vznikajú v súvislosti so stratou kostnej hmoty na podklade metabolických chorôb kostí (osteoporóza).

Časté je poranenie hlavy, subdurálny hematóm, **1- 3 % pacientov vyžaduje po páde hospitalizáciu**. Osamelé osoby sú často nájdené na zemi s podchladením, pneumóniou, čo vedie k následnej ústavnej starostlivosti a k imobilite.

Medzi **vnútorné faktory** možno priradiť u seniorov polymorbiditu (mnohopočetné ochorenie), polypragmáziu (niekoľko liečebných postupov, liekov naraz), postihnutie pohybového systému ako napr. kostné zmeny, akcelerovaná osteoporóza, zmeny na kĺboch, stuhnuté kĺby, svalové zmeny, atrofia, kontraktúry, postihnutie CNS (centrálnej nervovej sústavy), NCMP, neuromotorické poruchy, poruchy chôdze, porucha sluchu a vestibulárnych funkcií, vertigo, Menierová choroba, porucha zraku, postihnutie KVS (kardiovaskulárny systém) synkopa, ortostatická hypotenzia, vertebrovazilárna insuficiencia, hypersenzitivita karotického sínusu, psychiatrické ochorenia, porucha pozornosti, zmätenosť, demencia, depresia, pre strach z opakovaného pádu pacient obmedzuje aktivitu, čo vedie k imobilite (Németh a kol., 2009).

Klasifikácia

Imobilitu možno klasifikovať podľa **liečebného režimu, zdravotného stavu**, v závislosti od **ochorenia**, v súvislosti s **časovým faktorom** imobility pacienta.

Klasifikácia imobility z časového hľadiska:

a/ prechodná imobilita - ide o krátkodobú imobilitu, do ktorej zaraďujeme napr. horúčkovité ochorenia, pooperačné stavy, kde po vynútenom krátkodobom pokoji na lôžku a bežnej rehabilitácii nedochádza k závažným zmenám na organizme,

b/ dlhodobá imobilita - vzniká u pacienta po dlhodobom závažnom ochorení, alebo polytraume, môže byť príčinou rôznych komplikácii a sekundárnych zmien v organizme,

c/ trvalá imobilita - stav kedy po závažnom ochorení, alebo po úraze príde k poruche motorických funkcií rôzneho rozsahu, následne k vzniku trvalej imobility.

V praxi sa stretávame s kreatívnym označovaním stupňa imobility pacienta, príkladom je tzv. **Galéria mobility.** Podľa autorov tejto praktickej a názornej klasifikácie, ak má byť mobilita zachovaná, alebo zlepšená, klienti potrebujú mechanické pomôcky, ktoré ponúkajú správnu kombináciu pre podporu a mobilizáciu v činnostiach každodenného života. Pre uľahčenie výberu správneho vybavenia a pracovných techník slúži vyššie už spomínaný jedinečný klasifikačný systém - Galéria mobility. Je založený na piatich reprezentantoch klientov. Sú známi ako Albert, Barbora, Cyril, Dana a Ema a personifikujú päť rôznych úrovní mobility (A-E).

Používanie informatívnych etikiet pre rýchlu identifikáciu typu sebestačnosti a imobility podľa tzv. Galérie mobility je spracované v rámci odporúčaní štandardu.

Spôsob označovania stupňa mobility môže byť v zdravotníckych zariadeniach odlišný, napr. označuje sa číslami, alebo písmenami v abecednom poradí, prípadne sa rozlišuje farebne. Najvhodnejšie je slovné vyjadrenie stupňa mobility, ktoré konkretizuje indikovaný pohybový režim pacienta (Osacká, 2007).

Posudzovanie

Klinický obraz, resp. symptómy imobility závisia od prevažujúceho typu imobility.

Z hľadiska posúdenia a následného plánovania ošetrovateľskej starostlivosti je potrebné identifikovať rozsah i príčinu imobility.

Diagnostika - časť medicínsky manažment, kompetencia: lekár, spolupráca sestra

- podrobná **anamnéza a fyzikálne vyšetrenia** pre všetky telové systémy, ktoré sú ovplyvnené imobilitou,
- **neurologické vyšetrenie**,
- **kardiovaskulárne vyšetrenie** a posúdenie liekov,
- **rtg vyšetrenia** pľúc a kostného skeletu na posúdenie, vylúčenie zlomenín,
- ďalšie vyšetrenia príčin, ktoré pacienta imobilizujú,
- **laboratórne vyšetrenia** - napríklad krvný obraz na vylúčenie anémie a dehydratácie, vyšetrenia koncentrácie Ca a P v sére a v moči, vyšetrenie koncentrácie proteínov a nebielkovinového dusíka v sére, zistenie saturácie krvi O_2 a CO_2, bakteriologické vyšetrenie moču (Poledníková, 2013).

Posúdenie - časť ošetrovateľský manažment, kompetencia sestra

◊ Prvé posúdenie - **identifikáciu pacienta s imobilitou,** sestra realizuje pred prijatím a v priebehu prijatia do KOS, vrátane funkčného hodnotenia starších dospelých, ktoré zahŕňa nezávislé vykonávanie základných činností každodenného života, spoločenské aktivity, zmyslové schopnosti, poznanie a vedomosti, pomoc, ktorú potrebuje na vykonanie týchto činností (Cambell a kol. 2004 [Level I]; Doran a kol., 2006 [Level VI]; Freedman a kol., 2002 [Level I]; Kane a kol., 1963 [Level I].

◊ 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 imobility podľa typu imobility B, C, D a E (pozri časť 20 Špeciálny doplnok štandardu).

Stanovenie prítomnosti a stupňa imobility sestra realizuje v rozsahu svojich kompetencií a pri **použití validného nástroja posudzovania**.

◊ **Prvú identifikáciu imobility a plánovanie realizácie väčšiny intervencií** na redukciu jej rizík sestra realizuje počas prvých **24 hodín** od prijatia pacienta. Hodnotenie a objektivizácia funkčného stavu pokračuje počas obdobia minimálne dvoch dní.

◊ Prítomnosť a úroveň imobility sestra **posudzuje kontinuálne a priebežne** ako súčasť ošetrovateľského procesu, vrátane jeho primeranej evidencie v dokumentácii.

◊ Sestra realizuje **komplexné posúdenie** prítomnosti imobility, v rozsahu svojich kompetencií a v súlade so zvyklosťami pracoviska, posudzuje ďalšie **príčinné súvislosti, problémy, riziká,** predovšetkým na základe:

- aktuálnej zdravotnej dokumentácie,
- rozhovoru s pacientom,
- konzultovaním s podpornými osobami, ktoré boli bezprostredne zainteresované do starostlivosti a ktoré vedia poskytnúť dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta,
- pozorovania pacienta, fyzikálneho vyšetrenia pacienta,
- použitia nástrojov posudzovania mobility, funkčnej zdatnosti a rizika pádu (pozri Tab. č. 1 Možnosti objektívneho hodnotenia funkčného stavu pacienta s imobilitou a jeho potenciálnych rizík). [Level IV-V/EBN]

- **Príklady nástrojov posudzovania mobility, funkčnej zdatnosti a rizika pádu:**

1. Barthelovej index - aktivity denného života (ADL - Activity daily living)

V dnešnej geriatrii je najčastejšie používaným nástrojom pre **meranie zdatnosti v základných každodenných činnostiach** Barthelovej index. Toto meranie je zároveň základom pre individuálny plán ošetrovania a liečby. Dobrá až veľmi dobrá validita, citlivosť a spoľahlivosť indexu Barthelovej boli preukázané v početných výskumných projektoch. Zahŕňa nezávislé vykonávanie základných činností každodenného života, spoločenské aktivity, zmyslové schopnosti, poznanie a vedomosti, pomoc, ktorú potrebuje na vykonanie týchto činností (Cambell a kol., 2004 [Level I]; Doran a kol., 2006 [Level VI]; Freedman a kol., 2002 [Level I]; Kane a kol., 1963 [Level I]).

Maximálny počet bodov je 100. Celkové skóre je využiteľné pre posúdenie priebehu a štatistické porovnania (Holmerová, 2010).

2. Get up and Go test podľa Tinettiovej

Podľa Holmerovej (2014) je **mobilita výrazom činnosti nervového a muskuloskeletálneho systému**. Ideálny obraz o stave mobility daného pacienta poskytne špecializované fyzioterapeutické vyšetrenie, prípadne neurologické vyšetrenie, ale v bežnej geriatrickej praxi o stave mobility determinujúcej sebestačnosť, veľmi dobre vypovedá **orientačné neurologické vyšetrenie hybnosti a vykonanie jednoduchého testu „Get up and Go test" podľa Tinettiovej.** Get up and Go test je používaný ako **nástroj funkčného geriatrického hodnotenia k popisu mobility** respondentov. Výsledky hodnotenia testu sa pohybujú na dvanásťbodovej škále, čím vyššia je hodnota, tým lepšia je mobilita. Maximu 12 bodov zodpovedá schopnosť postaviť sa zo sedu bez pomoci rúk, prejsť 3 metre, otočiť sa, dôjsť späť a posadiť sa bez pomoci druhej osoby s uspokojivou stabilitou (Holmerová, 2014).

3. Mobility Skríning Test (MST)

Podľa Németha (2009, s. 175) môže sestra hodnotenie mobility seniora posúdiť skríningovým testom mobility, Mobility Skríning Test (MST). Je určený pre zhodnotenie motorických funkcií u seniorov, pohyblivosti svalovej sily, stability a obratnosti seniora. Jeho **cieľom je identifikovať seniorov s poruchou mobility, ktorí sú viac ohrození pádmi a úrazmi**. Súčasne pomáha sestre stanoviť činnosti,

ktoré sú pre seniora rizikové. Zahŕňa 9 bežných komplexných motorických aktivít, kde sestra hodnotí ich prevedenie normálne, alebo abnormálne. Abnormálne prevedenie činností indikuje pacienta s imobilitou, je signálom pre návrh preventívnych opatrení, ktoré zvýšia bezpečnosť pacienta a obmedzia riziko pádu, úrazu.

Tab. č. 1 **Možnosti objektívneho hodnotenia funkčného stavu pacienta s imobilitou a jeho potenciálnych rizík**

Tabuľka č. 1

Možnosti objektívneho hodnotenia potenciálnych rizík pacienta s imobilitou	
Štandardné postupy ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT IMOBILNÉHO PACIENTA	
Mobilita Stupeň imobility, časový faktor imobility Screeningový test mobility (MST) Test Get up and Go Test rovnováhy a chôdze podľa Tinetiovej Gaytov funkčný test Galéria mobility Funkčný geriatrický index (FGI)	**Sebestačnosť** Test základných denných činností, Barthelovej test (ADL) Test ošetrovateľskej záťaže Test inštrumentálnych denných činností (IADL)
Výživa, hydratácia, inkontinencia Hodnotenie stavu výživy (BMI) Test pre orientačné zhodnotenie stavu výživy (MNA) Test rizika malnutrície Test nutričného stavu pacienta Stav hydratácie, turgor kože, vlhkosť sliznice, bilancia tekutín Typ a stupeň inkontinencie	**Bolesť** Hodnotenie bolesti, typ bolesti Kozierovej škála bolesti, 5 stupňov Kvalita bolesti podľa Melzacka a Togersona Mapa bolesti podľa M. S. Margolesa Jednoduchá deskriptívna škála bolesti Denný záznam bolesti podľa Melzacka a McGilla Funkčná škála bolesti Vizuálna analógová škála bolesti (VAS) Škála mimiky tváre pre meranie bolesti
Dekubity a iné komplikácie Test rizika vzniku dekubitov - Nortonova škála Test rizika vzniku dekubitov - Waterlowova škála Test rizika vzniku dekubitov - Bradenova škála Test rizika vzniku dekubitov - Knollova škála Test pre určenie rizika pádu Hodnotenie rizika vzniku žilovej trombózy Stupeň kompresívnej terapie pre DK	**Kognitívne funkcie** Stav vedomia Hĺbka vedomia - Glasgow coma scale Poruchy vedomia podľa Beneša a Drábka Test kognitívnych funkcií (MMSE) Test mentálnych schopností podľa Gainda Test zmätenosti - škála Neecham Test demencie Test pre hodnotenie delíria (CAM) Hodnotenie afektívnych funkcií pacienta Test depresie pre geriatrických pacientov (GDS)

Poznámka : Spracované autormi štandardu ako pomocný prehľad hodnotiacich škál na základe použitých bibliografických zdrojov (pozri 22 Literatúra)

Štandardné nástroje vybrané na posúdenie funkčného stavu pacienta majú byť efektívne spracované, ľahko interpretovateľné s individuálnym prístupom. Poskytujú užitočné praktické informácie pre lekára a sestru, majú byť začlenené do histórie pacienta a jeho denných hodnotení (Kane a kol., 2000 [Level VI]; Kresevic a kol. 1998).

Diagnostika

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

A 109 - 109 Adaptácia

A 100 Narušená adaptácia jednotlivca

A 101 Riziko narušenej adaptácie jednotlivca

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

B 100 - 109 Bezmocnosť, beznádej

B 100 Bezmocnosť

B 101 Beznádej

B 102 Duchovná tieseň

D 100 - 109 Dekubit

D 104 Riziko vzniku dekubitov

E 100 - 119 Edukácia a vedomosti

E 100 Nedostatok informácií

E 101 Riziko deficitu informácií

E 102 Nezáujem o informácie

E 103 Nedostatok vedomostí

E 104 Riziko nedostatku vedomostí

I 110 - 119 Izolácia sociálna

I 110 Sociálna izolácia

I 111 Riziko sociálnej izolácie

R 120 - 129 Rola

R 121 Riziko neakceptovania roly

R 122 Narušené plnenie roly

R 123 Riziko neplnenia roly

R 124 Odmietanie plnenia roly

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 120 - 129 Sebakoncepcia

S 120 Narušená sebakoncepcia

S 121 Riziko narušenia sebakoncepcie

S 122 Sebapoškodzovanie

S 123 Riziko sebapoškodzovania

S 124 Porucha prijatia vzhľadu vlastného tela

S 150 - 159 Spolupráca

S 150 Nedostatočná spolupráca jednotlivca

S 152 Neschopnosť spolupráce

Plánovanie a realizácia

Liečba - časť medicínsky manažment, kompetencia lekár, spolupráca sestra.

Liečba imobilného pacienta zahŕňa tieto liečebné postupy a opatrenia:

- **liečba ochorení,** ktoré **spôsobujú imobilitu**,
- včasná primeraná **rehabilitácia, vertikalizácia, polohovanie, nácvik sedu, stoja, chôdze**,
- **fyzikálna liečba** - aplikácia tepla, TENS (transdermal electro neurostimulation), ultrazvuk,
- **antitrombotické cvičenie** - cievna gymnastika, bandáž dolných končatín, antikoagulačná terapia ,
- hydratácia, adekvátna nutrícia, vylúčenie liekov provokujúcich zápchu, aplikácia laxatív a laktulózy (Poledníková, 2013).

Plánovanie - časť ošetrovateľský manažment, kompetencia sestra:

◊ 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.

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je predísť komplikáciám, ktoré vznikajú v súvislosti s imobilitou, redukovať existujúce komplikácie z imobility, alebo predchádzať imobilizačnému syndrómu.

◊ Pri plánovaní intervencií sestra zohľadňuje **ciele pre pacienta s imobilitou**, pre jeho rodinu, príbuzných, alebo komunitu podľa priorít pacienta, ciele orientuje na pomoc pacientovi v súčinnosti s jeho rodinou, komunitou. Uvedené ciele starostlivosti je zároveň možné určiť ako výstupné kritériá starostlivosti (Counsell a kol. ., 2000 [Level II]; Covinsky a kol., 2000 [Level II]; (Campbell a kol, 2004 [Level I]):

- **predísť komplikáciám z imobility**, minimalizovať riziko vzniku imobilizačného syndrómu (Kresevic a kol., 1998 [Level VI]; Landefeld a kol., 1995 [Level II],
- **zachovať si celistvosť kože a tkanív**, zlepšiť priechodnosť dýchacích ciest, predísť infekcií respiračného systému (Kresevic a kol. 1998 [Level VI]; Landefeld a kol., 1995 [Level II],
- obnoviť a udržať **efektívne vyprázdňovanie** močového mechúra, predísť infekcii močových ciest (Kresevič a kol., 1998 [Level VI]; Landefeld a kol., 1995 [Level II],
- udržať **primerané periférne prekrvenie** tkanív,
- tolerovať aktivity denného života, **predísť pádu**, úrazu, zachovať si sebestačnosť pri ADL (Campbell a kol., 2004 [Level I],
- udržať optimálnu **hydratáci**u a **stav výživy**,
- **aktívne spolupracovať** v starostlivosti o seba, spolurozhodovať o svojej starostlivosti (Deep a kol., 2006 [Level I]; Pearson, 2000 [Level VI],
- dosiahnuť trvalé **pozitívne sebahodnotenie**, predchádzať spoločenskej izolácii, sociálne sa integrovať (Deep a kol., 2006 [Level I]; Pearson, 2000 [Level VI],
- efektívne zapojiť rodinu, opatrovateľov, komunitu do starostlivosti, edukovať o rizikách imobility (Graf, 2006 Level V], Kresevič a kol, 1998 [Level VI].

◊ Prvoradý význam v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s imobilitou má čo **najrýchlejší návrat k plnej mobilite, predchádzanie komplikáciám imobility a prevencia vzniku imobilizačného syndrómu, včasná mobilizácia pacienta a návrat k bežným aktivitám** v kontexte **maximálneho využitia potenciálu** pacienta. Sestra **aktívne** koordinuje činnosti v rozsahu svojich kompetencií, k naplneniu týchto cieľov.

Interdisciplinárna komunikácia týkajúca sa funkčného stavu, zmien a očakávanej línii prevencie pacienta je súčasťou všetkých možností intervencií, má zahŕňať aj pacienta a rodinu. (Counsell a kol., 2000 [Level II]; Covinsky a kol., 2000 [Level II].

◊ Sestra aktívne **predchádza neefektívnemu manažmentu** individuálnej starostlivosti (napríklad neskorá alebo nedostatočná aktivizácia/podpora mobility, sebestačnosti, podcenenie podpory fyzickej

a psychickej kondície apod.) (Kresevič a kol., 1998 [Level VI]; Landefeld a kol., 1995 [Level II]; Hirsch, 1990 [Level IV]; Sager a kol [Level II],

- Intervencie sestry pre efektívne predchádzanie imobilizačného syndrómu a dekubitov, sú definované v osobitných, s problematikou imobility úzko súvisiacich ošetrovateľských štandardoch. V nasledujúcom texte sú definované niektoré **z kľúčových požiadaviek ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s prítomnou imobilitou a zároveň s prítomným rizikom vzniku a rozvoja imobilizačného syndrómu/dekubitov**:

◊ Sestra kontinuálne posudzuje a cielene intervenuje pri komplexnom zohľadnení **príčinných faktorov**, ktoré môžu viesť ku komplikáciám z imobility:

- **udržuje každodennú rutinu imobilného pacienta**, pomáha udržiavať fyzickú, kognitívnu a spoločenskú funkciu prostredníctvom fyzickej aktivity a socializácie, povzbudzuje pacienta k flexibilite (Pedersen a kol., 2006 [Level I]); Counsel a kol., 2000 [Level II]; (Kresevic a kol., 1998 [Level II]),
- nastaví **antidekubitný režim** pre imobilného pacienta, zabezpečí antidekubitné pomôcky na zmiernenie tlaku, pre polohovanie pacienta, vytvorí polohovací plán,
- zabezpečuje **starostlivosť o kožu** pravidelne, udržiava ju v suchu, premasťuje poklepom, kontroluje stav kože na ohrozených miestach,
- sleduje príjem potravy, zabezpečuje **potravu bohatú na bielkoviny a vitamín C**, **s vysokým obsahom vlákniny, zeleninové a ovocné šťavy** v súlade s diétnym a liečebným režimom. Liberalizácia výživy zahŕňa osobné preferencie (Edington a kol., 2004 [Level II]; Landefeld a kol., 1995 [Level II]),
- zabezpečuje **optimálny** (dostatočný) **príjem tekutín** v súlade s ordináciou lekára,
- **znižuje riziko močovej infekcie**, sleduje diurézu, pátra po príznakoch infekcie, nacvičuje **rytmus pravidelného močenia**, podľa potreby zabezpečí vhodné inkontinenčné pomôcky,
- vedie pacienta k **pravidelnej defekácii**, (ráno nácvik vyprázdňovania, posúdi podanie laxatív, glycerínových čípkov, klyzmy, dostupnosť toalety, WC kreslo),
- vedie pacienta k **pravidelnému cvičeniu** s cieľom zvýšiť svalový tonus perineálnych svalov,
- v súlade so zvyklosťami pracoviska zabezpečí/overí **zabezpečenie primeranej socializácie a aktivizácie** (Counsell a kol., 2000 [Level II]),
- poučí pacienta o **používaní signalizácie**, umiestni signalizačný prvok tak, aby ho mal pacient po ruke,
- kontroluje **dýchanie**, auskultuje pľúca, sleduje charakter spúta, realizuje nácvik kašľania a hlbokého dýchania, nácvik meniť polohu, odsáva sekréty podľa ordinácie lekára,
- konzultuje s lekárom a aplikuje **antitrombotickú liečbu**, bandáž dolných končatín, podľa ordinácie lekára,
- monitoruje účinky používania **psychoaktívnych liekov**, konzultuje s lekárom účinky liekov s ohľadom na mobilitu pacienta (Inouye a kol., 1998 [Level III],

- poučí pacienta (pri zohľadnení schopnosti pacienta porozumieť a komunikovať) o cvičení s dolnými, aj hornými končatinami, nácvik cievnej gymnastiky, šľapacie cviky (Graf, 2006 [Level II]),
- zabezpečuje zmenu polohy, vysádza, poučí o riziku náhlej zmeny polohy, postupne vertikalizuje pacienta,
- cvičí s pacientom dychové, izotonické a izometrické cvičenia,
- 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,
- realizuje **manažment bolesti** pacienta, eliminuje bolesť v spolupráci s lekárom a podľa potreby pacienta (Covinsky a kol., 1998 [Level II]; Krasevic a kol., 1998 [Level VI]; Landefeld a kol.,1995 [Level II]),
- **povzbudzuje pacienta** k **aktívnej účasti** v starostlivosti o seba,
- poskytuje lekárovi **informácie o poklese funkčného stavu a mobility** pacienta súvisiaceho s akútnymi a chronickými stavmi pacienta, v spolupráci s lekárom vyhľadáva príčiny poklesu (Covinsky a kol., 1998 [Level II]).

Prevencia pádov a znižovanie ich následkov

Pádom je:

- neplánovaná udalosť, kedy sa človek ocitne na zemi, alebo na nižšom povrchu, alebo takúto udalosť oznámi,
- mimoriadna udalosť vyúsťujúca v neplánované spočinutie jedinca na zemi, alebo na inom nižšie položenom povrchu.

Predvídané fyziologické pády (na rozdiel od nepredvídavých a náhodných – sa definujú u jednotlivcov, ktorí sú podľa hodnotenia rizika pádu rizikoví (prítomnosť rizikových faktorov).

◊ **Prvé hodnotenie rizika pádu a plánovanie intervencií sestra realizuje pri prijatí pacienta** do zariadenia v rámci celkového posúdenia na určenom formulári, sestra vyšetruje, či v uplynulom roku pacient spadol, zisťuje frekvenciu pádov, kontext a charakteristiku pádov (GDC, 2004 sila odporúčaní B, Level II).

◊ **Multifaktorové hodnotenie: pri posúdení rizika pádu sestra hodnotí a dokumentuje prítomnosť rizikových faktorov, predovšetkým však:**

- poruchy chôdze (nestabilita, šuchtavá chôdza, používanie pomôcok na chodenie),
- závraty v stoji, synkopa,
- zmätenosť/poruchy duševných funkcií,

- inkontinencia, močenie v noci,
- celková slabosť,
- užívanie rizikových liekov (diuretiká, sedatíva, hypnotiká, kombinácie liečiv),
- pády v anamnéze,
- osteoporóza a iné rizikové diagnózy,
- poruchy zraku alebo sluchu,
- vek nad 70 rokov (GDC, 2004 sila odporúčaní B, Level II).

◊ **Riziko pádu a vhodnosť opatrení sestra prehodnocuje počas celého obdobia poskytovania KOS.**

◊ Sestra zodpovedá za odovzdanie informácie o riziku pádu v súlade so zvyklosťami pracoviska (v zmysle dostatočnej identifikácie pacienta pre ošetrujúci personál).

◊ Sestra plánuje všetky dostupné, **efektívne intervencie s cieľom vylúčiť, resp. redukovať riziko pádu**, úrazu pri uplatnení najnovších poznatkov moderného ošetrovateľstva a súvisiacich disciplín.

◊ U imobilného pacienta s rizikom pádu zavedie **špecifickú dokumentáciu** v súlade zvyklosťami pracoviska, s cieľom evidovať a eliminovať riziko pádu (napríklad pri použití individuálneho plánu prevencie pádu).

◊ Pri plánovaní intervencií je **bezpečnosť pacienta prioritou**, opatrenia však musia byť plánované a realizované pri **rešpektovaní etických princípov** starostlivosti.

Príklady vhodných intervencií:

- označenie, indikátor "vysokého rizika pádu" (napríklad nad posteľ pacienta),
- zníženie postele pod štandardnú výšku, zaistenie bŕzd postele, zdvihnutie bočníc (všetkých),
- **umiestnenie** pacienta na izbu blízko vyšetrovne/pracovne sestier,
- **umiestnenie** signalizácie v dosahu pacienta a vysvetlenie jeho používania,
- zabezpečenie pevnej, bezpečnej, prípadne protišmykovej obuvi,
- **prispôsobenie WC režimu** - aktívne odprevádzanie pacienta, minimálne 3x/24 hod. alebo podľa potreby a pred spánkom,
- **odstránenie prekážok** v okolí pacienta,
- zabezpečenie tlmeného **nočného osvetlenia**,
- umiestnenie nočného **stolíka v dosahu** pacienta,
- **zvýšený monitoring** (kamerami),
- umiestnenie fixovaného, **mäkkého koberca na podlahe** pri posteli,
- zabezpečenie **protišmykových podložiek na rizikových miestach** (pri posteli, v kúpeľni),
- parciálne zdvihnutie bočníc,
- **bezpečné zabezpečenie** pacienta proti pádu.

◊ V prípade rizika pádu spojeného so **stavmi zmätenosti, poruchami kognitívnych funkcií/správania**, sestra konzultuje s ošetrujúcim lekárom **možnosti úpravy psychiatrickej liečby** (počas dňa a na noc) a následne plní ordinácie lekára (GDC, 2004 sila odporúčaní Trieda C, Level II).

◊ **Sestra priebežne pozoruje, hodnotí a zohľadňuje nové zmeny v zdravotnom stave pacienta** (teploty, zmätenosť, únava, spavosť, závraty, nestabilita, náhla zmätenosť, porucha rovnováhy, zhoršenie mobility a ďalšie riziká) (Covinsky a kol., 1998 [Level II]).

◊ Sestra posúdi a dokumentuje potrebu **bezpečného zabezpečenia pacienta** (k lôžku/kreslu) v prípade indikácie, teda, ak je pacient ohrozený (predovšetkým riziko poranenia, pádu).

◊ Sestra konzultuje starostlivosť **s ošetrujúcim lekárom**, prípadne so psychiatrom, a následne zabezpečí plnenie ordinácií v prípade predpokladu potreby/indikácie (Covinsky a kol., 1998 [Level II]).

- zmeny terapie,
- zmeny správania sa pacienta,
- zmeny zdravotného stavu pacienta,
- nárastu komplikácií z imobility,
- rizika embólie.

◊ Proces plánovania, realizácie a hodnotenia intervencií sestra vhodne a cielene komunikuje, deleguje a zabezpečuje s **ďalšími členmi ošetrovateľského (zdravotnosociálneho) tímu**. Interdisciplinárna komunikácia týkajúca sa funkčného stavu, zmien a očakávanej línii prevencie pacienta je súčasťou všetkých možností starostlivosti, (Counsell a kol., 2000 [Level II]; Covinsky a kol., 2000 [Level II].

◊ **Do procesu plánovania, realizácie a hodnotenia intervencií sestra zapája samotného pacienta a jeho blízkych** takým spôsobom, aby získala ich primeranú informovanosť a maximálnu súčinnosť pre dosiahnutie cieľov. (Counsell a kol., 2000 [Level II]; Covinsky a kol., 2000 [Level II].

◊ Sestra zdôrazňuje pacientovi jeho silné stránky, nielen jeho choroby, zdôrazňuje potrebu pomoci, aby vedel spokojne existovať aj s obmedzením (Deep a kol l., 2006 [Level I]; Pearson, 2000 [Level IV]).

◊ Sestra vedie ošetrujúci personál k tomu, aby bezodkladne nahlásil všetky zmeny zdravotného stavu, alebo zmeny správania sa u pacienta s imobilitou a následne intervencie vhodne upraví.

◊ V prípade, že u pacienta došlo k zhoršeniu stavu mobility, o situácii bezodkladne informuje a ďalšiu starostlivosť konzultuje s lekárom.

◊ Sestra poskytuje lekárovi **informácie o poklese funkčného stavu a mobility** pacienta súvisiaceho s akútnymi a chronickými stavmi pacienta, v spolupráci s lekárom vyhľadáva príčiny poklesu (Covinsky a kol., 1998 [Level II]).

Prognóza a vyhodnotenie

Meranie a hodnotenie výsledkov manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s imobilitou

Úspešnosť manažmentu imobilných pacientov individuálnym posúdením plnenia cieľov (pozri tiež Ciele v časti Plánovanie a realizácia). Pracoviskám odporúčame **hodnotiť celkovú úspešnosť**

prístupov meraním efektu prístupov u všetkých pacientov pri použití vybraných ukazovateľov (uvádzame príklady):

- nárast mobility,
- nárast sebestačnosti,
- zlepšenie psychického/mentálneho stavu,
- znižujúci sa trend pádov,
- klesajúci výskyt dekubitov,
- rastúci/stabilný pozitívny trend spokojnosti orientovaných pacientov/ich blízkych apod.

(sila odporučenia D, Level IV – V/EBN).

Požadovaným výsledkom ošetrovania pacienta metódou ošetrovateľského procesu s kladením dôrazu na sekundárnu a terciárnu prevenciu má byť maximálne možné saturovanie jeho bio-psycho-sociálnych potrieb so zohľadnením získania čo najväčšej samostatnosti, zvládania denných aktivít a zachovania čo najvyššej kvality života pacienta. Súčasťou zvládnutia ošetrovateľskej starostlivosti je dostatočne edukovaný pacient, prípadne podporné osoby, alebo opatrovatelia, ak je pacient mimo ústavnej starostlivosti. Základným princípom je analyzovanie príčinných súvislostí a následné plánovanie a zodpovedná realizácia opatrení s cieľom minimalizovať psychický, či fyzický diskomfort pacienta, prítomné poruchy správania a riziká s tým spojené. Prognózu vývoja stavu pacienta pozitívne ovplyvňuje skúmanie a prehodnocovanie prístupov s cieľom dosiahnuť individuálne definované výsledky starostlivosti.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

◊ **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.**

◊ **Poskytovateľ realizuje činnosti znižujúce počet, predovšetkým predvídateľných pádov** v zariadení.

◊ Poskytovateľ efektívnym spôsobom **analyzuje príčiny** a **vyhodnocuje následky pádov**. Výsledky hodnotení zohľadňuje pri udržaní a budovaní kultúry bezpečia.

◊ Poskytovateľ zabezpečuje **pravidelné, preventívne odprevádzanie** pacientov s rizikom pádu **na toaletu.**

Pády sa vyskytujú u oslabených a dezorientovaných pacientov, z dôvodu slabosti a straty rovnováhy. Citlivý výkon opatrení na zabránenie pádu, či poškodenia je pre pacientov podľa princípu nonmaleficiencie menším zlom ako úraz a jeho následky. Zabezpečenie pacienta fixačným pásom je nevyhnutné opatrenie na zaistenie bezpečnosti vzhľadom na prítomné riziko pádu/poškodenia pacienta. Pomáha udržať žiaducu stabilitu pacienta na invalidnom vozíku/kresle.

◊ Personál organizácie je povinný vykonať opatrenia na zabránenie pádu, a tým predísť vážnym komplikáciám v dôsledku úrazu (zlomeniny, otras mozgu, krvácanie do mozgu apod.). Ošetrujúci personál pritom dbá na udržanie rovnováhy medzi ochranou ľudských práv, zachovaním dôstojnosti a

ochranou zdravia a života pacienta pred úrazom, či poškodením v dôsledku jeho slabosti, nerovnováhy, dezorientácie, či straty posúdenia vlastných schopností.

◊ **V organizácii nemožno dopustiť zanedbanie, resp. vedomé pripustenie situácie, ktorá je riziková z hľadiska zachovania jeho zdravia a života, zvlášť ak u pacienta v minulosti došlo k pádu, alebo úrazu z vyššie uvedených dôvodov.**

◊ Pri príjme a v priebehu pobytu pacienta realizuje dokumentované posúdenie rizika pádu. Posúdenie rizika pádu a poškodenia, určenie opatrení na zníženie tohto rizika, spadá do kompetencie službukonajúcej sestry.

◊ Informáciu o výsledkoch posúdenia, v prípade preukázateľného rizika pádu a poškodenia, poskytuje ošetrujúca, resp. príjmová sestra tiež blízkym pacienta.

◊ Nesúhlas blízkych s opatreniami na zabezpečenie pacienta je okamžite oznámený vedúcej sestre, ktorá citlivo posúdi riešenie tejto situácie (rozhovor s blízkymi, edukácia o rizikách).

◊ Opatrenia na zabezpečenie pacient musia byť vykonávané len s predchádzajúcim podporením, poučením pacienta:

- na základe posúdenia rizika a so súhlasom blízkych,
- tak, aby sa pacient mohol pohybovať natoľko voľne, ako je to možné,
- s eliminovaním narušenia cirkulácie v tkanivách tela pacienta, alebo vzniku začervenania len na nevyhnutný čas,
- vždy pod dozorom ošetrujúceho personálu. [Level IV-V/EBN]

◊ Poskytovateľ používa efektívny spôsob bezpečného odovzdávania informácií súvisiacich s primeraným zabezpečením KOS u pacienta v súvislosti s imobilitou, vrátane vylúčenia rizika pádu.

◊ Poskytovateľ používa efektívny spôsob **na podporu vyprázdňovania hrubého čreva**, 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,
- **bezpečnos**ť, vylúčenie rizika pádu,
- 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.

◊ Poskytovateľ používa efektívny spôsob **posúdenia potreby a zabezpečenia kompenzačnej pomôcky.**

◊ **Poskytovateľ** používa 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 /sprchu minimálne raz za 7 dní,
- hygiena bezprostredne po znečistení (stolicou),
- strihanie nechtov 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 potrebné uložiť do bezpečnej, zvýšenej polohy.**

◊ 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 a pod.)

◊ Všetci zamestnanci sú školení a vedení k **bezpečnému transportu pacienta na vozíku** pri dodržiavaní nasledujúcich pravidiel:

1. Za bezpečný transport pacienta na vozíku (ďalej len „transport“) zodpovedá zamestnanec, ktorý pacienta transportuje.
2. Pred transportom **skontrolovať stav, funkčnosť vozíka**, stav pneumatík a ak je to potrebné pacienta zabezpečiť kvôli ochrane proti pádu.
3. Vozík s pacientom ponechaný bez dozoru je potrebné:

a) vždy zaistiť proti pohybu a pacienta v závislosti od zdravotného a psychického stavu (zhodnotenie rizík) zaistiť proti pádu alebo zosunu,

b) umiestniť tak, aby v blízkosti pacienta/klienta nebol prítomný rizikový, agresívny pacient, alebo nebezpečné predmety (podmienka bezpečného umiestnenia).

4. V prostredí mimo izbu, oddelenie, pracovisko (napr. nemocnica, ambulancia) neponechávať pacienta na vozíku samotného, bez dohľadu.

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

◊ Poskytovateľ zabezpečuje pri zohľadnení zdravotného stavu, možností a schopností **individuálne**, alebo **skupinovo** tieto druhy aktivít:

- činnosti podporujúce mentálne schopnosti (napríklad kvízy, spoločenské hry, krížovky),
- činnosti podporujúce fyzickú zdatnosť (kinezioterapia – telesná aktivizácia, napríklad dýchacie cvičenia, rozcvička, cviky s loptou),
- činnosti podporujúce senzorické schopnosti (napríklad muzikoterapia, techniky výtvarného umenia, spev),
- spirituálne aktivity (napríklad modlitby, sväté omše, evanjelické služby),
- podpora sociálnych kontaktov,
- ergoterapia, animoterapia, liečba smiechom a iné činnosti, ktoré pozitívne stimulujú klienta.

◊ 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, sprchovacie kreslo apod.).

◊ Pracovisko je primerane **vybavené funkčnými pomôckami** uľahčujúcimi pohyb, manipuláciu, polohovanie imobilných pacientov. (sila odporučenia D, level IV – V/EBN).

◊ Pacienti s **najťažším stupňom imobility, ktorí nedokážu zmeniť polohu**, vzhľadom na **riziko udusenia 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. (Level IV – V /EBN).

Ďalšie odporúčania

◊ Sestra realizujúca príjem pacienta do KOS, posudzuje prítomnosť imobility u pacienta v kontexte **celkového zhodnotenia rizík/destabilizácie** pacienta. **Stupeň imobility, riziko imobilizačného syndrómu, 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.

- **Používanie informatívnych etikiet pre rýchlu identifikáciu typu sebestačnosti a imobility.**

Pre efektívnu identifikáciu skutočných a potenciálnych schopností v oblasti sebestačnosti a mobility u jednotlivých pacientov odporúčame používať **typológiu podľa Galérie mobility** (autorizovanej spoločnosťou ArjoHuntleigh). Typológia mobility podľa tzv. Galérie mobility je v praxi overeným komunikačným nástrojom. Typológia je založená na **piatich rôznych úrovniach** funkčnej mobility, od úplne mobilných a nezávislých pacientov až po tých, ktorí sú úplne pripútaní na lôžko.

Efektívna identifikácia skutočných schopností v oblasti sebestačnosti a mobility umožňuje predovšetkým:

a) cielenejší protektívny prístup vo vzťahu k rizikám/potrebám pacienta od prvej chvíle,

b) lepšie využívanie a uchovanie/rozvoj potenciálu pacienta.

Prvé zaradenie odporúčame realizovať najneskôr do troch dní od prijatia pacienta.

Pri prekladaní/prepustení pacienta informatívnu samolepku lepí na prekladaciu/prepúšťaciu správu službukonajúca sestra.

V Galérii mobility sú pacienti klasifikovaní podľa ich stupňa funkčnej mobility od najmobilnejšieho až po úplne závislého pacienta – ich mená sú abecedne zoradené: **Albert, Barbora (Barbara), Carl, Doris a Ema (Obr. č. 1).**

- **Albert** - mobilný, samostatný pacient, nepotrebuje pomôcku pre podopieranie,
- **Barbora (Barbara)** - čiastočne imobilná, sama sa opiera o pomôcku, barlu, roler štvorkolku, chodúľku,
- **Cyril** - čiastočne imobilný, pohybuje sa pomocou invalidného vozíka, ale je schopný preniesť váhu, urobí aj pár krokov do vozíka, vozíkom sám manipuluje,
- **Dana (Doris)** - imobilná, nedokáže sa vôbec podopierať, preniesť váhu, je odkázaná na invalidný vozík, vozíkom sama nemanipuluje,
- **Ema** - úplne imobilná, pripútaná na lôžko, úplne závislá na pomoci (ARJOHUNTLEIGH GETINGE GROUP, 2017).



Obr. č. 1 Galéria mobility – typológia

- **Podpora a umožnenie zapojenia blízkych do starostlivosti o pacienta vo viacerých oblastiach** (aktivizácia, stimulácia, asistovanie pri podávaní stravy, asistovanie pri hygienickej starostlivosti o príbuzného, pri výjazde na odborné vyšetrenie, apod.) (Level IV – V/EBN)
- **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.

Poznámka: Obmedzenie pohybu v ošetrovateľskej klasifikácii imobility znamená obmedzenie akéhokoľvek pohybu tela, trupu, hlavy, jednotlivých končatín, nielen obmedzenie chôdze.

Národný (britský) inštitút pre starnutie pre prevenciu pádov odporúča:

- cvičenie pre silu a rovnováhu,
- monitorovanie environmentálnych rizík,
- pravidelnú lekársku starostlivosť s cieľom zabezpečiť optimalizáciu sluchu a vízie,
- manažment liekov,
- Staršie osoby, ktoré spadli, mali hodnotenie a rovnováhu vyhodnotené pomocou jedného z dostupných hodnotení a aby tí, ktorí nemôžu vykonávať, alebo majú zlé výsledky štandardizovaného testu chôdze a rovnováhy by mali mať viacfaktorové hodnotenie rizika pádu.

Viacfaktorové hodnotenie rizika pádu by malo zahŕňať dôslednú anamnézu, fyzikálne vyšetrenie, funkčné posúdenie a environmentálne hodnotenie.

V rámci opatrení na prevenciu pádov je vhodné:

- prispôsobenie alebo zmena domáceho prostredia,
- stiahnutie alebo minimalizácia psychoaktívnych alebo iných liekov,
- liečba posturálnej hypotenzie,
- riadenie problémov s nohami a obuvi,
- cvičenie (najmä rovnováhy), silu a tréning v chôdzi,
- doplnok vitamínu D najmenej 800 IU denne pre osoby, ktoré majú nedostatok vitamínu D, alebo sú vystavené zvýšenému riziku pádu (GDC, 2014 sila odporúčaní Trieda B, Level II).

Špeciálny doplnok štandardu

ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT IMOBILNÉHO PACIENTA

KONTROLNÝ LIST

POSÚDENIE PRÍTOMNOSTI IMOBILITY

Pracovisko :

Meno a priezvisko pacienta :

Dátum prijatia :

Dátum vzniku imobility :

Obdobie imobility (ako dlho je pacient imobilný) :

Typ mobility		Charakteristika typu mobility (hodiace sa zaškrtnúť ☑)	Predpokladaný časový faktor imobility (hodiace sa zaškrtnúť ☑)	Špecifikácia možnej príčiny a rozsahu imobility :
1.		☐ **Barbora (B)** - čiastočne imobilná, sama sa opiera o pomôcku, barlu, roler štvorkolku, chodúľku. **Spadá do indikačného rámca štandardu**	☐ **prechodná** ☐ **dlhodobá** ☐ **trvalá**	
2.		☐ **Cyril (C)** - čiastočne imobilný, pohybuje sa pomocou invalidného vozíka, ale je schopný preniesť váhu, urobí aj pár krokov do vozíka, vozíkom sám manipuluje. **Spadá do indikačného rámca štandardu**		
3.		☐ **Dana (D)** - imobilná, nedokáže sa vôbec podopierať, preniesť váhu, je odkázaná na invalidný vozík, vozíkom sama nemanipuluje. **Spadá do indikačného rámca štandardu**		
4.		☐ **Ema (E)** - úplne imobilná, pripútaná na lôžko, úplne závislá na pomoci. **Spadá do indikačného rámca štandardu**		

Dňa : ……..

Opatrenia zapracované v : ……

Posudzoval (-a) : ……..

Schválil (-a) : ……

Spracované podľa: ARJOHUNTLEIGH GETINGE GROUP, 2017

Pozn. pre manažment a administratívu: Indikácia k zaradeniu do indikačného rámca štandardu Komplexný ošetrovateľský manažment imobilného pacienta 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.**

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

BENEŠOVÁ, V. a kol. 2003. *Úrazy seniorú a možnosti jejich prevence*. Praha: Centrum úrazové prevence UK. 2. LF a FN Motol, 2003. 84 s. ISBN 80-239-2104-5.

BOLTZ, M. – CAPEZUTI, E. – ZWICKER, D. 2016. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice.* New York: Springer Publishing Company, LLC, 2016. 752 s. ISBN 978-08-261-7167-2.

FABIANOVÁ, Z. - HRISENKOVÁ, G. – KLIČOVÁ, M. 2016. *Agresivita, nepokoj, blúdenie, pády / používanie prostriedkov obmedzenia* – Metodika rizika. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2016.

FABIANOVÁ, Z. 2017. *Destabilizácia zdravotného stavu klientov* – Metodika rizika.Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. – KLIČOVÁ, M. 2016. *Príjem klienta* – interný predpis. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2016.

FABIANOVÁ, Z. - HRISENKOVÁ, G. – KLIČOVÁ, M. 2017. *Dekubity a rany – prevencia a liečba* – interný predpis. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. - GOMBITOVÁ, V. – HAJDUČKO, J. 2017. *Metodiky sociálnej práce a rehabilitačná starostlivosť* – interný predpis. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. – KLIČOVÁ, M. a kol. 2017. *Kontinuálne sledovanie klinického stavu* (monitoring vitálnych funkcií). Formulár. In Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. - MOCHNÁČOVÁ, A. - KLIČOVÁ, M. 2017. *Elektronický príjem* - Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2015.

Guideline Central. 2012. *Assessment of physical function In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice.* [online]. 2012. [cit. 2018-03-09]. Dostupné na internete: <https://www.guidelinecentral.com/summaries/assessment-of-physical-function-in-evidence-based-geriatric-nursing-protocols-for-best-practice/#section-society>.

Guideline Central. 2012. *Prevention of falls in community-dwelling older adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement.* [online]. 2012. [cit. 2018-03-09]. Dostupné na internete: <https://www.guidelinecentral.com/summaries/prevention-of-falls-in-community-dwelling-older-adults-us-preventive-services-task-force-recommendation-statement/#section-society>.

HEGYI, L. 2001. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. 1. vyd. Trnava: FZaSP TU, s. 127. ISBN 80-88908-80-9.

HEGYI, L. - KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatria*. Bratislava: Herba, 2010. ISBN 978-80-89171-73-6.

HOLMEROVÁ, I. a kol. 2014. *Dlouhodobá péče geriatrické aspekty a kvalita.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. 2005. *Medzinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 247 s. ISBN 80-247-1001-3.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

LUKÁŠ, K. - ŽÁK, A. a kol. 2014. *Chorobné znaky a příznaky. Diferenciálni diagnostika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

NATIONAL GUIDELINE CLEARINHOUSE. 2013. *Falls: assessment and prevention of falls in older people.*[online]. 2013. [cit. 2018-03-09]. Dostupné na internete: <https://guideline.gov/summaries/summary/46931/falls-assessment-and-prevention-of-falls-in-older-people#>.

NÉMETH, F. a kol. 2009. *Geriatria a geriatrické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.

OSACKÁ, P. a kol. *Techniky a postupy v ošetrovateľstve* [CD-ROM]. 1. vyd. Bratislava: JLF UK, 2007. 505 s. ISBN 978-80-88866-48-0.

POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. 2013. *Ošetrovateľský proces v geriatrickom ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2013. s. 77. ISBN 978-80-8063-410-0.

SCHULER, M. - OSTER, P. 2010. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

THE U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF) NGC 2013. *Prevention of falls in kommunity - dwelling olders adults: US preventive services Task Force recommendation statement.* Dostupné na internete: https://www.guidelinecentral.com/summaries/prevention-of-falls-in-community-dwelling-older-adults-us-preventive-services-task-force-recommendation-statement/#section-society(2004, revízia 2013).

Ústav patologické fyziologie LF MU. 2011. *Patofyziologie pohybového systému.* [online]. [cit. 2017.06.10.] Dostupné na internete: <http://www.med.muni.cz/patfyz/nut1011/jaro2011/13_Patofyziologie%20pohyboveho%20systemu.pdf >.

Vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

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 1. apríla 2020

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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 s chronickou ranou

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0033	*14. februára 2019*	*schválené*	*1. apríla 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

PhDr. Zuzana Fabianová; PhDr. Helena Gondárová - Vyhničková, dipl. s.; Mgr. Marianna Kličová;PhDr. Gabriela Šuttová

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS ošetrovateľstvo Mgr. Jaroslav Straka; Mgr. Gabriela Kmeťová; doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.; PhDr. Anna Bullová; PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.; PhDr. Anna Macková; Ing. Mgr. Ľubica Kočanová); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II (PhDr. Zuzana Fabianová, PhDr. Helena Gondárová Vyhničková dipl. s., PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., Mgr. Marianna Klíčová, Mgr. Gabriela Kmeťová); členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.;

JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka, Mgr. Miroslav Hečko

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

chronická rana, vlhké hojenie, exsudát, infekcia, bolesť, klasifikácia, model TIME, exsudatívna fáza, granulačná fáza, epitalizačná fáza, infikovaná rana, nekróza

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
CD	Kompaktný disk
CNS	Centrálna nervová sústava
DK	Dolná končatina
DM	Diabetes mellitus
EBM	Evidence - Based Medicine / medicína založená na dôkazoch
EBN	Evidence - Based Nursing / ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
EBP	Evidence - Based Practice / prax založená na dôkazoch
EÚ	Európska únia
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
IBD	Inflammatory bowel desease / zápalové ochorenie čreva
ICHDK	Ischemická dolných končatín
ICHS	Ischemická choroba srdca
K + C	Kultivácia a citlivosť
KOS	Komplexná ošetrovateľská starostlivosť
model TIME	Systém prípravy spodiny rany v praxi podľa Európskej asociácie pre liečbu rany
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
NRS	Numerická škála
NŠDTP	Národné diagnosticko-terapeutické štandardy
SDN	Syndróm diabetickej nohy
VAC	Vacuum Assisted Closure
VAS	Vizuálna analógová škála (bolesti)
WHC	The Wound healing continuum / Kontinuum hojenia rany

Kompetencie

Tento štandardný ošetrovateľský postup je určený sestrám 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, na základe informovaného súhlasu pacienta.

Ošetrujúci lekár/chirurg/dermatológ: Posúdenie rany, ordinácia terapie rany, komplexný medicínsky manažment pacienta s cieľom podporiť zhojenie rany a elimináciu komplikácií. Pracovisko má zadefinované procesy pre spoluprácu s lekárom takým spôsobom, aby bol vylúčený súčasný vstup viacerých indikujúcich lekárov a kumulácia preskripcie.

Sestra: Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta. Posudzovanie, plánovanie a realizácia ošetrovateľských intervencií. Ošetrovanie rán v rozsahu odbornej spôsobilosti a rozsahu praxe sestry stanoveného v platnom právnom predpise MZ SR na základe a v súlade s aktuálnou ordináciou lekára. Prístupy vyžadujúce ordináciu, konzultáciu s lekárom sú špecifikované v kontexte štandardu.

Praktická sestra, sanitár: Pre zabezpečenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta môže sestra delegovať činnosti aj na praktické sestry a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti. V zariadeniach poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť sestra zodpovedá za primeranú úroveň ošetrovateľskej starostlivosti v súlade s potrebami pacienta a pri zohľadnení prítomných rizík.

Úvod

Rana (kožná lézia, defekt) je strata či, porušenie integrity kožného krytu (poprípade sliznice) vznikajúce v dôsledku mechanického, fyzikálneho a chemického pôsobenia, alebo patofyziologického procesu (Vytejčková, 2015). Pri chronických ranách bývajú poškodené aj hlbšie štruktúry.

Chronická rana alebo nehojaca sa rana je definovaná ako sekundárne sa hojaca rana, ktorá i pri adekvátnej liečbe v priebehu 6-9 týždňov nevykazuje známky hojenia (Stryja, 2011). Najčastejšie vzniká v troficky zmenených tkanivách v dôsledku predchádzajúceho postihnutia, alebo poranenia, prevažne cievneho pôvodu (Pokorná, 2012). **Incidencia chronických a nehojacich rán v populácii stúpa.** Stryja (2015) ako dôvod uvádza stúpajúci trend tzv. civilizačných ochorení, starnutie populácie, polymorbiditu a rizikový štýl života.

Hranice preto, kedy možno ranu nazvať chronickou sa líšia. Podľa Vytejčkovej (2015) možno všeobecne povedať, že ranu považujeme za chronickú, pokiaľ sa nezhojí do 4-8 týždňov. Do tejto skupiny typicky patria diabetické gangrény, vredy predkolenia, alebo preležaniny.

Mimo vyššie uvedených medzi chronické rany zaraďujeme aj exulcerujúce malignity, kožné vredy v teréne lymfedému a per secundam hojace sa operačné rany (Pokorná, 2012). Exulcerovaný nádor a radioulkus pritom predstavujú dve samostatné jednotky.

Nehojaca sa rana je **multiodborovým problémom**, ktorý je podmienený **multifaktoriálne.**

Predstavuje **závažné zdravotné a ekonomické náklady** a to:

a) priame - predovšetkým v zmysle spotrebovaného materiálu,

b) nepriame - náročná časová dotácia na činnosti multidisciplinárneho tímu.

Ciele efektívneho wound managementu možno zhrnúť do niekoľkých oblasti:

- **eliminácia všetkých lokálnych i systémových príčin**, ktoré môžu predlžovať, alebo komplikovať hojenie,
- dosiahnutie **časovo i ekonomicky výhodného zhojenia** rany,
- pozitívne **ovplyvnenie kvality života** v prípade nezahojiteľných defektov (Pokorná, 2012).

Štandardný postup Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s chronickou ranou bol tvorený v nadväznosti na zodpovedanie klinickej otázky: Ako efektívne hojiť chronické rany v rámci komplexného ošetrovateľského manažmentu? Hodnotenie váhy dôkazov a odporúčaní je uvedené v závere tejto kapitoly.

Tento štandard bol tvorený na základe analýzy odborných, publikovaných informácií od uznávaných autorít a overených skúseností pri ošetrovaní pacienta s chronickou ranou v kontexte totálneho manažérstva kvality na vybraných pracoviskách dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike. 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 označené ◊**.**

Miesto výkonu štandardného postupu:

- ústavné zdravotnícke zariadenia a oddelenia poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť dlhodobo chorým (napr. dom ošetrovateľskej starostlivosti),
- ambulantná starostlivosť,
- ADOS za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu,
- zariadenia sociálnych služieb s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti.

Súbor definovaných prístupov k **efektívnemu manažmentu chronických rán je určený predovšetkým pre oblasť dlhodobej (inštitucionálnej) i akútnej ošetrovateľskej starostlivosti o 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 „Diagnostika", „Plánovanie a realizácia" a „Zabezpečenie a organizácia starostlivosti". Z hľadiska hodnotenia efektívnej starostlivosti a udržateľného, pokračujúceho rozvoja kvality má kľúčové postavenie kapitola **„Odporúčania",** ktorá rekapituluje ďalšie možnosti zvyšovania kvality starostlivosti v oblasti efektívneho manažmentu chronických rán v ošetrovateľskej praxi.

Odporúčania, ktoré sú overenými prístupmi v rámci slovenskej ošetrovateľskej praxe a zároveň sú v súlade s nadnárodnými odporúčaniami sú v závere odporúčania označené rozsahom úrovne (Level I-V/EBM a EBN).

Hodnotenie kvality dôkazov a odporučení[1]

- **Hodnotenie kvality dôkazov**

1. Dôkazy pozostávajú z výsledkov štúdií silného návrhu na odpoveď na danú otázku,
2. Buď na základe jedinej prijateľnej štúdie, alebo slabého, alebo nekonzistentného nálezu vo viacerých prijateľných štúdiách,
3. Obmedzené vedecké dôkazy, ktoré nespĺňajú všetky kritériá prijateľných štúdií, alebo chýbajú priamo uplatniteľné štúdie dobrej kvality. Zahŕňa i zverejnené, alebo nepublikované znalecké posudky.

- **Hodnotenie sily odporučenia** (vo vzťahu k EBP):

A: Dôrazne odporúčané / pravdepodobná prospešnosť
B: Odporúčané
C: Odporúčané, ale nie nevyhnutné
D: Neodporúčané (Level II/EBN)

Prevencia

Prevencia chronických a nehojacich sa rán spočíva v **aktívnej identifikácii** a odstránení vyvolávajúcich príčin, v edukácii pacienta a dodržiavaní preventívnych opatrení. **Rizikovými determinantmi** sú malnutrícia, poruchy hybnosti, kognitívne poruchy, systémové ochorenia, malignita apod. Súčasťou preventívnych opatrení sú prevencia infekcií, efektívne plánovaná a aplikovaná ošetrovateľská starostlivosť, kompenzácia polymorbidity. Pacienti s rizikovými faktormi aterosklerózy (fajčenie, diabetes, hypertenzia, hypercholesterolémia, pokročilý vek, obezita, hypotyreóza) a ktorí majú vredy, majú väčšiu pravdepodobnosť vzniku vredov ochorenia arteriálnej choroby a mali by byť posudzovaní starostlivo a v širšom kontexte (Level I). Pri arteriálnych vredoch sa hodnotia iné faktory prispievajúce

k vzniku ateroskleróz, ktoré zahŕňajú arteriálny systém (mikrovaskulárny vs. makrovaskulárny), tromboangiitída, vaskulitída, Raynauds, pyoderma gangrenosum, talasémia alebo kosáčikovitá choroba (Level I). Z hľadiska diferenciácie rizikových faktorov je potrebné odlíšiť aterosklerózu a jej rizikové faktory od zápalovej a autoimunitnej reakcie, vedúcej k uzavretiu ciev (napríklad vaskulitída alebo trombangitída).

Pri arteriálnom vrede ma absolútnu prednosť odborné cievne/cievnochirurgické posúdenie. Inak hrozí strata končatiny.

Veľmi dôležitou otázkou, ktorá sa má riešiť pri liečbe arteriálneho vredu, je zníženie rizikového faktora.To zahŕňa zastavenie fajčenia cigariet, kontrolu diabetu, kontrolu nad zvýšenou hladinou homocysteínu, kontrolu hyperlipidémie a hypertenzie (Level I) (Health Service Executive a kol. 2009).

Prevencia SDN:

- Edukácia pacientov a rodinných príslušníkov o kompenzácii diabetu, o starostlivosti o nohy, o nosení vhodnej obuvi.

Prevencia vredov predkolenia:

- Edukácia o zmene životného štýlu, eliminácia rizikových faktorov (fajčenie, hypertenzia, diabetes, nadváha, stres).

Prevencia dekubitov:

- Manažment mobility, starostlivosti o kožu, vlhkosti, nutrície, správneho pohybu a tímovej spolupráce (Pokorná, 2012).
- Používanie vhodného antidekubitného systému, plány mobility/polohovania, kontrola a ošetrenie predilekčných miest, správna hygiena, používanie bariérových krémov, správna výživa, hydratácia, adekvátna liečba dekubitu (Kapounová, 2007).

Pokyny na prevenciu dekubitov sú upravené spoločnými usmerneniami NPUAP / EPUAP uverejnenými v roku 2009, reprodukované s povolením EPUAP, Washington DC: Národný poradný panel pre preležaniny; 2009, www.epuap.org (Health Service Executive a kol. 2009).

Ošetrovaním pacienta s rizikom dekubitov sa zaoberá osobitný NŠDTP.

Prevencia nehojacich sa pooperačných rán:

- Správne ošetrovanie pooperačnej rany, prevencia infekčných komplikácií, eliminácia a liečba rizikových faktorov (diabetes) (Vytejčková a kol., 2015), (Level II/EBN).

Epidemiológia

Chronické rany predstavujú závažný problém, ktorý postihuje približne **7 % populácie**. Na prvý pohľad by sa zdalo, že chronické vredy, či nehojace sa pooperačné rany komplikujú život len zlomku chorých. V skutočnosti sa však s nimi môžeme stretnúť vo všetkých vekových kategóriách, u mužov i u žien, u malého dieťaťa i u seniora. V rámci strednej Európy sa chronické rany vyskytujú u jedného percenta obyvateľstva, pričom **4-5 % pacientov s takýmito ranami tvoria ľudia nad 80 rokov.** Chronickou ranou môže byť napr. preležanina, vred predkolenia, diabetická noha a podobne. Po každej operácii môže v 5 až 20 % vzniknúť porucha hojenia operačnej rany a v 2 až 5 % ide o závažnejšie infekcie (Oreničová, 2016).

Najčastejšou príčinou vzniku **vredu predkolenia** je **chronická žilová insuficiencia** (cca 70% ulcerácií). Arteriálne vredy predkolenia sa vyskytujú asi u 10% pacientov. Vznikajú v dôsledku stenóz a uzáverov tepien privádzajúcich okysličenú krv do končatiny (Stryja, 2011). Všetci pacienti s ulceráciou na nohách by mali byť vyšetrení meraním členkovo-brachiálneho tlakového indexu (ABPI). Toto meranie by mala vykonať len zaškolená osoba (Health Service Executive a kol., 2009, [Level 1]). Prevalencia vredov predkolenia sa pohybuje od 0,6 do 1,6/1000 obyvateľov, zvyšuje sa na 10 – 30/1000 osôb starších 85 rokov. Významný fakt je **vysoký počet recidív** u pacientov s ulceráciou predkolenia, čo je 26 % do jedného roka a 31 % do 18 mesiacov od remisie (Pokorná, 2012), (Level II/EBN).

Patofyziológia

Hojenie je fyziologický proces, pri ktorom dochádza k obnove porušenej štruktúry a funkcie kože, prípadne hlbších štruktúr. Ide o prirodzený obranný systém pohybu a delenia buniek, prebieha v niekoľkých fázach, ktoré sa navzájom prelínajú, časovo prekrývajú, nadväzujú na seba a nemožno ich oddeľovať.

Chronická rana sa vyznačuje tým, že neprechádza riadnym procesom hojenia. Proces hojenia neprebieha z časového hľadiska ani z pohľadu vlastnej patofyziológie hojenia, alebo prechádza procesom, ktorého výsledkom **nie je** anatomická a funkčná integrita tkaniva (Pokorná, 2012).

V **zápalovej (exsudatívnej) fáze** dochádza k rozvoju zápalu, migrácii buniek, ktorých primárnou úlohou je fagocytóza, teda proces rozpoznávania a pohlcovania cudzorodých častíc. V mieste defektu vzniká často **nekróza**, ktorá je prekážkou v uzatváraní a hojení rany. U nehojacej sa rany dochádza k **predĺženiu intervalu** z dôvodu pretrvávajúcich fibrínových a nekrotických povlakov, veľmi často naliehajúcich na spodinu rany a z dôvodu prítomnej **infekcie so známkami zápalu**: rubor, color, dolor, tumor a functio laesa. Pri dlhodobejšom trvaní infekcie dochádza k manifestácii ďalších známok infekcie, ako je **hemopurulentný exsudát**, **zápach** (foetor vulnaris), **celulitída tkaniva** v okolí rany, **indurácie**, **podmínovanie** (pocketing), zmena citlivosti a **celkové známky infekcie** - zvýšená telesná teplota, zimnica, triaška (Pokorná, 2012).

Nekrotická rana obsahuje mŕtve tkanivo. Zvyčajne je to tvrdá, suchá, žltá, hnedá až čierna eschara pokrývajúca spodinu rany. Odumreté spojivové tkanivo býva šedé. Eschara sa môže časom zmäkčiť autolýzou (Vytejčková, 2015).

Klasifikácia

Kožné ulcerácie je potrebné vnímať ako symptóm iného závažného väčšinou chronického ochorenia. **Na základe klasifikácie rán je možné odvodiť hlavnú príčinu vzniku** nehojacej sa rany a následne stanoviť, plánovať a realizovať intervencie zamerané na vyhojenie rany (Mrázová, 2012).

Medzi **najčastejšie sa vyskytujúce nehojace sa rany** patria:

1. Dekubitus (preležanina) je miestne bunkové poškodenie tkaniva vznikajúce v dôsledku priameho tlaku, trenia a trhacími silami, prípadne ich kombináciou, i mobility a celkovo zhoršeného stavu pacienta. Postihuje kožu, svaly, šľachy a kosti, pričom sa môže manifestovať len začervenaním pokožky, alebo až nekrotickým tkanivom. Dekubity patria do kategórie chronických rán. Medzinárodný klasifikačný systém NPUAP/EPUAP pre dekubity v dokumente Clinical Practice Guideline definuje dekubit ako tenzný vred nachádzajúci sa na koži a / alebo tkanivách, ktorý sa bežne nachádza nad kostným výčnelkom ako výsledok tlaku, alebo tlaku v kombinácii so šmykom).

Na pomoc pri opise rozsahu poškodenia kože a tkaniva je používaný Medzinárodný klasifikačný systém NPUAP/EPUAP.

Klasifikácia dekubitov podľa EPUAP:

- **I. stupeň –** erytém / neblednúca hyperémia - tlakové lézie bez poškodenia kože.
- **II. stupeň –** čiastočná strata kožného krytu**,** povrchové poškodenie epidermis (plytký vred) s ružovočervenou spodinou bez povlaku.
- **III. stupeň –** úplná strata kožného krytu**,** na spodine rany je možné vidieť podkožný tuk ale kosti, šľachy a svaly nie sú odhalené.
- **IV. stupeň –** úplná strata kože a podkožia s obnaženou kosťou, šľachou alebo svalom. Na spodine rany môže byť prítomný povlak, alebo čierna eschara. Dochádza k rozsiahlej deštrukcii, odumieraniu svalového tkaniva a následnému poškodeniu kosti.
- **Bez určenia stupňa - Neznáma hĺbka rany** – úplná strata tkaniva s povlakom (žltým, bronzovým, sivým, zeleným, alebo hnedým) pokrývajúcim spodinu rany. Hĺbku rany a stupeň dekubitu nie je možné určiť, pokiaľ nie je odstránené dostatočné množstvo povlaku, alebo nekrózy zo spodiny rany.

- **Podozrenie na hlboké poškodenie tkaniva - Neznáma hĺbka poškodenia tkaniva** – lokalizovaná oblasť fialovej, alebo tmavočervenej farby neporušenej kože, alebo pľuzgier naplnený krvou (NPUAP, 2014).

2. Syndróm diabetickej nohy SDN (neuropatické kožné vredy) predstavuje ulceráciu, alebo postihnutie hlbokých tkanív na nohách diabetika distálne od členka. Poškodenie je spojené s diabetickou neuropatiou, ischémiou a infekciou. Syndróm diabetickej nohy a diabetický defekt je chronická komplikácia diabetu. Manifestuje sa rôznymi zmenami na DK prerastajúcimi do diabetického defektu, ktorý je najťažšou formou postihnutia DK u diabetika. Pacienti s ulceráciou v oblasti nohy by mali mať posúdenie a vyšetrenie vykonané zdravotníckym pracovníkom, ktorý je vyškolený v oblasti liečby vredov (Health Service Executive a kol. 2009, [Level 3]). Základné princípy prevencie a liečby ulcerácie diabetickej nohy sú opísané na základe Medzinárodného konsenzu a praktických usmernení pre manažment a prevenciu diabetickej nohy (IWGDF, 2007). Sú zamerané na zdravotníckych pracovníkov zapojených do starostlivosti o ľudí s diabetom. Celý súbor usmernení je dostupný prostredníctvom Medzinárodnej pracovnej skupiny pre diabetickú nohu (www.iwgdf.org) (Health Service Executive a kol., 2009).

Wagnerova klasifikácia delí SDN na 5 stupňov:

I. stupeň – povrchová ulcerácia kože,

II: stupeň – hlbšia neinfikovaná ulcerácia zasahujúca pod subkutánnu tukovú vrstvu,

III. stupeň – hlboká ulcerácia s abscesom, flegmónou, osteomyelitídou a infekčnou artritídou,

IV. stupeň – lokalizovaná gangréna,

V. stupeň – šíriaca sa gangréna, alebo nekróza celej nohy.

3. Ulcus cruris venosum znamená porušenie integrity kožného krytu, ktorého príčinou je chronická venózna insuficiencia. Vzniká ako následok poruchy odtoku krvi v hlbokom žilovom systéme, ktorá vedie k lokálnej tkanivovej hypoxii, stagnácii krvi, žilovej hypertenzii a opuchom dolných končatín. Vredy bývajú povrchové a majú väčší plošný rozsah. Často vznikajú na základe drobného poranenia, vyskytujú sa v oblasti členkov a veľmi dlho sa hoja.

4. Ulcus cruris arteriosum je ulcerácia, ktorá je prejavom pokročilej ischemickej choroby dolných končatín, je chronickou komplikáciou progredujúcich aterosklerotických zmien v tepnovom riečisku. Výsledkom je chronická ischémia až nekrózy kože. Vredy sa prejavujú modrým, až čiernym sfarbením prstov a priehlavku, hlbokými defektami, ktoré sú sprevádzané bolesťou.

5. Exulcerujúce malignity.

6. Kožné vredy v teréne lymfedému.

7. Ulcerácie pri autoimunitných ochoreniach a vaskulitídach.

8. Popáleniny III. stupňa.

9. Per secundam sa hojace pooperačné a posttraumatické rany (Stryja, 2012).

Z hľadiska nadväznosti procesu hojenia a jednotlivých intervencií je nutné akceptovať, rozpoznať jednotlivé charakteristiky **fázového hojenia** rany. K tomu slúži **klasifikácia The Wound healing continuum (WHC)** – Kontinuum hojenia rany **je založená na rozpoznaní farby, ktorá prevláda na spodine rany a má najväčší vplyv na hojacu sa ranu.**

Základné typy rán, ktoré charakterizuje WHC klasifikácia sú:

Čierna rana – na spodine rany je suchá, alebo vlhká nekróza, pod nekrózou sa nachádza žltá spodina, granulačné tkanivo, alebo mäkké podkožné tkanivo.

Čierno – žltá rana je prechodná rana hodnotená podľa prevládajúcich komponentov na spodine rany.

Žltá rana – je infikovaná, exsudujúca rana s nekrotickými povlakmi. Identifikovaná je ako rana s vysokým rizikom prítomnosti hnisu a známkami lokalizovanej, alebo šíriacej sa infekcie.

Žlto – červená rana predstavuje asi 50% výskytu oboch typov tkanív.

Červená rana – je tvorená zdravým granulujúcim tkanivom, ktoré je veľmi jemné a secernujúce.

Červeno – ružová rana je známkou ukončovania procesu hojenia a uzatvárania defektu.
Ružová rana – rana je pokrytá novým epitelom (Pokorná, 2012).
Infekcia na diabetickej nohe predstavuje priamu hrozbu pre postihnutú končatinu a mala by sa liečiť rýchlo a aktívne. Známky a / alebo príznaky infekcie, ako je horúčka, bolesť alebo zvýšený počet bielych buniek, často zvyšuje ESR (Health Service Executive a kol., 2009).

Posudzovanie

Klinický obraz rany závisí od fázy jej hojenia. Hojenie rán prebieha buď primárne alebo sekundárne. Primárne sa hoja rany väčšinou po chirurgických zákrokoch. Menej rozsiahle chirurgické zákroky na venóznom systéme, ako je povrchová venózna ablácia, endovenózna laserová ablácia alebo valvuloplastika, najmä v kombinácii s kompresnou terapiou, môžu byť užitočné pri znižovaní recidívy venózneho vredu (Health Service Executive a kol., 2009, [Level I]). Sekundárne hojenie sa týka rán, kde prišlo k vzniku chronických defektov s poškodením tkaniva. Samotné hojenie prechádza 3 fázami.
1. Fáza exsudatívna (zápalová, čistiaca) – komplexná obranná reakcia organizmu, kedy prebieha fagocytóza. V tejto fáze je potrebné vyčistiť ranu a odstrániť príčiny brániace hojeniu rany. Cieľom je podpora proliferácie buniek a podpora granulácie.
Charakteristika rany – rana je chronická, infikovaná (lokálne známky zápalu, pri dlhotrvajúcej infekcii hemopurulentný exsudát, zápach, celulitída tkaniva v okolí rany, indurácia, podmínovanie, zmena citlivosti, celkové príznaky infekcie) alebo neinfikovaná, secernujúca (exsudát), povlečená, nekrotická, zapáchajúca.
2. Fáza proliferačná (granulačná) – tvorí sa granulačné tkanivo. Cieľom je dočistenie rany, zabránenie vysychania, podpora a ochrana granulácie a následná epitelizácia.
Charakteristika rany – rana je akútna alebo chronická, primárne vyčistená s veľkou, alebo menšou sekréciou. Vyskytujú sa známky hojenia rany ako červené svetlo, transparentné jadierka (granuly), ktoré sa postupne zväčšujú a menia farbu na lososovo červenú. Pokiaľ sa rana mení na sivú a granuly strácajú postupne farbu, sú hubovité a povlečené, prichádza k stagnácii hojenia.
3. Fáza epitelizácie (diferenciácia a prestavba) – dochádza k migrácii a diferenciácii epiteliálnych buniek za podpory rastových faktorov. Epiteliálne bunky postupujú od okrajov rany do stredu. Rana sa spevňuje a hojí sa jazvou. Cieľom je podpora a ochrana epitelizácie, zlepšenie elasticity okrajov rany, zmiernenie jazvy.
Charakteristika rany – chronická neinfikovaná rana, vyčistená rana s postupujúcou epitelizáciou (Pokorná, 2012).
◊ Pri ošetrovaní pacientov s chronickou ranou sestra uplatňuje **zásady komplexného prístupu diagnosticko-terapeutického procesu**, ktoré vychádzajú zo základných predpokladov holistického ošetrovateľstva, teda rozpoznania príjemcu ošetrovateľskej starostlivosti v komplexe a kontexte jeho biologických, psychických, sociálnokultúrnych a spirituálnych potrieb (Pokorná, 2012). Pacient bude informovaný o potrebe a možnostiach komplexného a multidisciplinárneho hodnotenia, ktoré odráža vnútorné a vonkajšie faktory, ktoré môžu mať vplyv na hojenie rán, alebo potenciálne spôsobom, ktorý je ohľaduplný k jeho veku a kognitívnemu stavu a ktorý uľahčí ich pochopenie a zabezpečí informovaný súhlas na posúdenie a plánovanú starostlivosť (Health Service Executive a kol., 2009).

Zaradenie pacienta do indikačného rámca tohto štandardu určuje Kontrolný list Posúdenie prítomnosti chronickej rany (pozri časť 20 Špeciálny doplnok štandardu).

Pre zaradenie pacienta do indikačného rámca tohto štandardu postačuje jediná odpoveď „áno“.

◊ **Sestra identifikuje, posúdi (pri použití hodnotiacich škál) a primerane dokumentuje celkový stav pacienta** v kontexte jeho biologických, psychických, sociálnokultúrnych, a spirituálnych potrieb**, vrátane príčinných súvislostí, negatívnych prejavov a dôsledkov choroby** prítomnosť ako napríklad:

- **nutričný stav,** napríklad MNA test (Mini Nutritional Assessment),
- **bolesť,** napríklad NRS (numerická škála bolesti), alebo VAS (analógovej škály bolesti),
- **nesebestačnosť**, napríklad Barthelovej test,
- porucha mobility,
- strach,
- nedostatok informácií,
- narušená rola v rodine,
- spoločenské uplatnenie,
- kvalita života,
- svrbenie,
- poruchy spánku,
- zabezpečenie kontinuity starostlivosti.

Objektívne popísanie a zhodnotenie rany je kľúčové z hľadiska logickej, kontinuálnej a efektívnej starostlivosti o ranu. Tieto dôležité informácie sa zaznamenávajú do **formulára pre hojenie rán** a zároveň sa medzi personálom odovzdávajú pri ústnom podaní hlásenia, napríklad pri výmene služieb, pri vizite, sestra po ukončení preväzu referuje lekárovi apod.

Účinným nástrojom pre sledovanie efektu hojenia rany je vyhotovovanie **fotodokumentácie** defektu (Vytejčková, 2015).

Posúdenie pacienta musí zahŕňať minimálne:

- lekársku anamnézu,
- súčasné a predchádzajúce liekové terapie,
- identifikáciu faktorov, ktoré môžu zvýšiť riziko poranenia; zvýšiť riziko nehojaceho alebo oneskoreného hojenia, alebo ktoré podporujú hojenie rán (napríklad nástroj na posúdenie rizika, nástroj na skríning výživy) (Health Service Executive, a kol. 2009).

Pravidlá posudzovania a dokumentovania rany:

◊ Primárne hodnotenie stavu pacienta pre potreby ošetrovateľskej praxe vykonáva sestra, ktorá zistené údaje dokumentuje. O zistených údajoch informuje lekára, ktorý pacienta posúdi v súvislosti s potrebou liečby.

◊ Posúdenie **prítomnosti chronických rán**, vrátane **príčinných súvislostí** ich vzniku sestra vykonáva na začiatku hospitalizácie/poskytovania komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti, alebo v jej priebehu pri vzniku chronickej rany.

◊ Sestra posudzuje ranu **vizuálnou inšpekciou, palpáciou a čuchom.**

◊ Sestra realizuje hodnotenie rany a do určeného interného **formulára pre dokumentovanie rán** zaznamenáva nasledovné údaje:

- **anamnézu rany – typ, etiológia, doba trvania poruchy integrity** (napríklad ulcus, dekubit, odrenina, popálenina, ICHDK, chronická žilová insuficiencia, infekcia),
- **farbu rany** – napríklad červená, žltá, ružová, čierna,
- **vlhkosť rany** – napríklad suchá, vlhká, balancovaná,

- **charakter sekrétu** – napríklad serózny, riedky, číry, vodnatý, hemoragický, séropurulentný, purulentný,
- **zápach rany -** (napríklad prítomný /neprítomný),
- **stav kože v okolí –** napríklad zmeny pigmentácie, v prekrvení, ekzém, hypertrofické zmeny,
- **okraje rany** sa hodnotia do 4 mm – napríklad ohraničené, macerované, edematózne, nekrotické, epitelizujúce,
- **fáza hojenia rany, charakter rany, stupeň dekubitu,** napríklad:
- **nekróza** - povrchové, hĺbkové, suché alebo exsudujúce mŕtve tkanivo, väčšinou čiernej, eventuálne žltej farby,
- **infikovaná rana** - opuchnutá, červená, bolestivá, zapáchajúca rana s prítomnosťou baktérií,
- **rana potiahnutá povlakom** - spodina rany je povlečená a exsuduje,
- **rana granulujúca** - je vytvorené granulačné tkanivo,
- **rana epitelizujúca** - ružové, ľahko zraniteľné tkanivo v poslednej fáze hojenia,
- **mikrobiálne komplikácie** (napríklad ohraničené ložiská červenej farby s výsevom drobných papúl, plesňové ochorenia),
- **predchádzajúca lokálna terapia** (napríklad použitie suchej, alebo vlhkej terapie, prípadne druhu vlhkej terapie, alebo larválnej terapie),
- **faktory ovplyvňujúce hojenie** rany (napríklad komorbidity, abúzus – nikotín, kofeín, farmakologická anamnéza – cytostatiká, antikoagulanciá a pod.),
- **nutričný stav pacienta** (napríklad obezita, kachexia, hypoalbuminemické opuchy apod.)**.**

◊ Sestra realizuje **ster na K+C,** v kontexte štandardného ošetrenia rany, v súlade s postupom definovaným v časti „Plánovanie a realizácia".

◊ Sestra posúdi, konzultuje a v prípade potreby, na základe indikácie lekára zabezpečí **vyšetrenia k posúdeniu procesu hojenia rany** (napríklad laboratórne, cievne, mikrobiologické).

◊ U pacientov, ktorí majú bolesť v pokoji, alebo gangrénu, sestra bezodkladne zabezpečí vyšetrenie cievnym lekárom (Health Service Executive, a kol. 2009, [Level I]).

◊ Posúdenie **bolesti** sestra realizuje pomocou analógovej škály (VAS), alebo numerickej (NRS), respektíve iným, alternatívnym meraním. Odporúča sa pravidelné monitorovanie bolesti spojenej s venóznou ulceráciou (Health Service Executive a kol., 2009, [Level II]).

Posúdenie a dokumentovanie lokalizácie a veľkosti rany:

◊ Sestra na obrázku určeného formulára **zakreslí lokalizáciu rany**.

◊ **Veľkosť rany** sestra dokumentuje **v cm v poradí dĺžka x šírka x hĺbka**, pričom ranu meria pravítkom.

◊ Pracovisko používa **objektívny spôsob merania veľkosti/priemeru** rany, optimálne pri použití jednorazového dvojramenného pravítka (pri sťaženom prístupe môže zvoliť jednoramenné).

◊ Sestra **priloží na začiatok ľavého okraja rany (číslo 0 stupnice) mierkou, čo najbližšie k rane.** Priamo na pravítko, (foto) dokumentujúca sestra **napíše meno a priezvisko pacienta, dátum merania.**

◊ **Dĺžku** rany sestra meria vždy vertikálne v smere od hlavy k nohám. **Šírka** predstavuje horizontálne meranie rany v smere od ruky k ruke. **Hĺbku** rany zmeria pomocou štetôčky a pravítka (Pokorná, 2012).

◊ Pracovisko používa **jednotný postup (foto) dokumentácie rán**, vrátane určenia kto, kedy a akým spôsobom dokumentáciu realizuje.

◊ (Foto) dokumentáciu rany sestra vyhotoví pri:

- **prvom ošetrení** / prijatí pacienta,
- každej **zmene** stavu rany (zlepšenie, zhoršenie),
- aspoň **raz za 14 dní,**
- **pred prepustením** pacienta.

◊ V prípade, že pracovisko používa fotodokumentáciu, sestra ju vedie v elektronickej (CD), alebo v tlačenej podobe ako súčasť dokumentácie pacienta.
◊ V prípade, že sa na pracovisku používa fotodokumentácia, pred prvým ošetrením a fotografovaním sestra, pri zohľadnení psychického stavu pacienta, informuje pacienta o potrebe vyhotovenia fotodokumentácie a získa jeho (opatrovníkov) **písomný súhlas v súlade s platnou legislatívou**. (Level II/EBN).

Diagnostika

Súvisiace sesterské diagnózy podľa prílohy Vyhlášky č. 306/2005 Z. z., MZ SR, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz:
A 110 -119 Aktivita
A 120 -129 Alergická reakcia
B 110 -119 Bolesť
D 100 – 109 Dekubit
E 100 – 119 Edukácia a vedomosti
I 120 – 129 Infekcia
K 110 – 129 Koža a tkanivá
V 120 - 139 Výživa

Plánovanie a realizácia

Liečebné spôsoby ošetrovania rán:
Lokálna liečba sa zameriava na liečbu a ošetrovanie rán. Pri príprave spodiny rany sa využíva model TIME:

- **T – TISSUE** – starostlivosť o tkanivo. Cieľom je radikálne (chirurgicky), alebo postupne (pomocou vlhkej terapie) odstrániť odumreté nekrotické tkanivo na spodine rany, ošetrenie okolia rany, odstránenie povlakov, hyperkeratóz a naštartovať proces hojenia. Súčasťou debridementu je i rozrušenie vrstvy biofilmu vhodným oplachom, alebo obkladom rany.
- **I – INFLAMMATION** – kontrola zápalu a prítomnosti infekcie. Chronické rany sú vždy kolonizované a pokryté biofilmom, ktorý poskytuje ochranu baktériám pred fagocytózou, antibiotikami a antiseptickými roztokmi. Rutinné používanie antibiotík nie je potrebné, pokiaľ nie sú príznaky infekcie (Health Service Executive a kol., 2009, [Level II]).
- **M – MOISTURE balance** - zabezpečuje optimálnu vlhkosť v rane a celkový manažment exsudátu. Ak je to potrebné, je zvyčajne dostačujúce zvlhčovanie vredov s ohrievanou pitnou vodou z vodovodu, alebo soľným roztokom. Prísna asepsa nie je potrebná (Health Service Executive a kol., 2009, **[Level II).**
- **E – EPITHELISATION** – podpora epitelizácie.
  Celková liečba zahŕňa ovplyvnenie faktorov, ktoré determinujú hojenie rán:
- **základná príčina poruchy integrity kože** – etiológia (cievna, malignity, trauma),
- **pridružené ochorenia** – ICHS, DM, hypertenzia, malabsorpcia, imunodeficiencia, onkologické ochorenie,
- **nutričný stav** – nedostatok minerálov a stopových prvkov, proteínový deficit,
- **farmakoterapia** – cytostatiká, imunosupresíva, antihistaminiká, antiflogistiká,
- **hematologické poruchy** – anémie, koagulopatie,
- **centrálna hypoxia** – postihnutie CNS, poruchy vedomia,
- **psychický stav** – stres, úzkosť, strach, sociálna izolácia,
- **spánok** – spánkový deficit,
- **bolesť**,

- **systémová infekcia**,
- **abúzus** – fajčenia, alkoholu, analgetík, antiflogistík, drog,
- **spôsob života** – statická záťaž, pohyb, životospráva, socioekonomická úroveň pacienta (Pokorná, 2012).

Preväz a ošetrenie rany - všeobecný postup

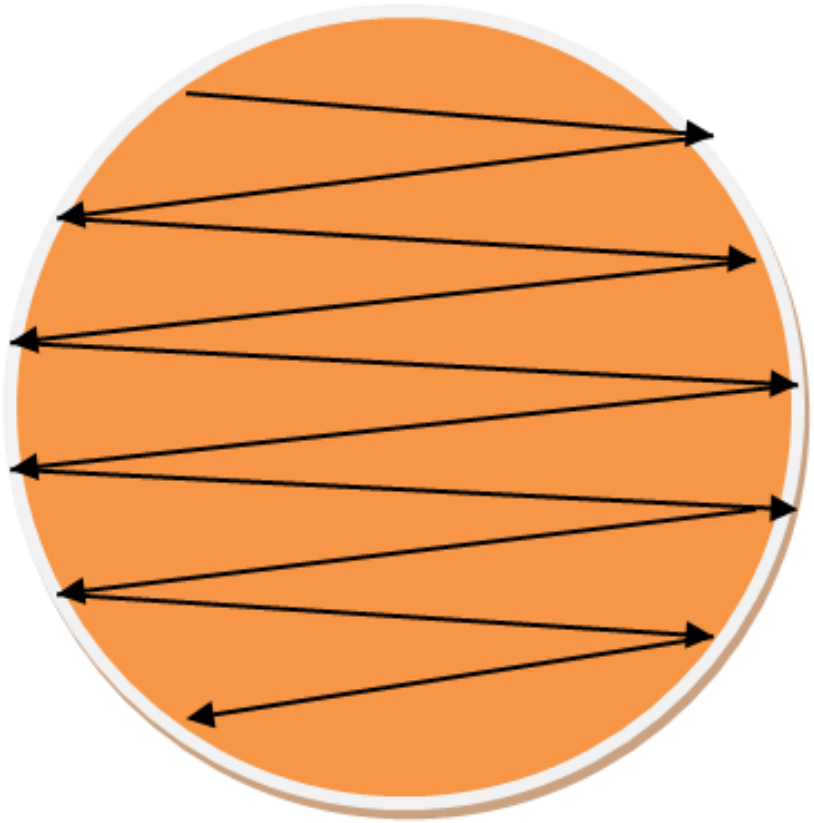
◊ Sestra prvýkrát ošetruje ranu v nadväznosti na jej prvé posúdenie (optimálne) pri príjme do KOS po vykonaní vstupného hygienického filtra, najneskôr do 12 hodín od prijatia pacienta do KOS.

◊ **Ošetrenie rany sestra realizuje v súlade s aktuálnou ordináciou lekára / v rozsahu svojich kompetencií v zmysle platnej legislatívy.**

Všetky rany sú potenciálne bolestivé. Prístup k liečbe bolesti by mal riešiť príčinu bolesti a implementáciu lokálnych, **regionálnych alebo systémových faktorov pacienta, aby ho zvládol (Health Service Executive a kol., 2009, [Level 3]).**

◊ Sestra z toho dôvodu:

- **posúdi potrebu podania analgetika** pri zohľadnení rozsahu preväzu a individuálnej, predchádzajúcej skúsenosti pacienta s bolesťou, či pozorovaných prejavov bolesti pri predchádzajúcom ošetrení, pričom podáva lekárom ordinované **analgetiká pol hodinu pred preväzom**,
- **informuje pacienta o preväze** spôsobom zodpovedajúcim úrovni jeho orientácie a stavu vedomia,
- zabezpečí **vhodnú polohu pre optimálny prístup** k rane,
- šetrne odstráni, alebo prestrihne obväz tak, aby nepoškodila kožu,
- ak je pôvodné krytie prischnuté, ranu zvlhčuje roztokom, počas celého výkonu dodržiava prísne **aseptický postup**,
- **pri odstraňovaní krytia pracuje atraumaticky** – kožu v okolí krytia fixuje prstami ruky,
- **vyčistí ranu:** použije gázové štvorce poliate oplachovým roztokom, alebo špeciálny sterilný materiál, na čistenie rán a odstránenie nekrotického tkaniva. Odstránenie devitalizovaného tkaniva môže pomôcť hojeniu rán. Zvolená metóda závisí od cieľov liečby pacienta a rany a bude ovplyvnená zdrojmi, zručnosťami a aj vedomosťami klinického lekára a stavom lôžka rany (Health Service Executive, a kol. 2009, [Level 2]).
- miernym tlakom prechádza po rane, tak aby **odstránila povrchovú vrstvu a rozrušila biofilm**,
- **jemne vyčistí a osuší okolie** rany,
- štvorce poliate oplachovým roztokom priloží na ranu a nechá niekoľko minút pôsobiť,
- **posúdi** ranu, pričom zhodnotí veľkosť rany, jej okolie, okraje, spodinu, zápach, sekréciu a hojenie (pozri časť „Posudzovanie“),
- v prípade indikácie (napr. prvé ošetrenie pri príjme, nevykazovanie známok hojenia) **realizuje odber /ster z rany na K+C** v rozsahu svojich kompetencií (správna realizácia steru, pozri obrázok č. 1)



Obr. č.1 Správna realizácia steru

◊ aplikuje **primárne krytie - liečebné prípravky podľa stupňa a fázy hojenia** a následne **sekundárne krytie** v súlade s aktuálnou ordináciou lekára / v rozsahu svojich kompetencií v zmysle platnej legislatívy.

◊ Sestra **kriticky prehodnocuje efekt ošetrovania** pri prijatí, a kontinuálne pri každom preväze v súvislosti s hodnotením rany.

◊ Pri priebežnom hodnotení efektu ošetrovania sestra zvažuje vhodnosť aktualizácie ošetrenia (napríklad vhodnosť použitých roztokov a krytí, alebo posúdenie frekvencie ošetrovania), ak **v priebehu 3 – 6 týždňov nenastane zlepšenie stavu rany, je potrebné zmeniť stratégiu ošetrovania a aplikácie jednotlivých krytí.**

- **Efektívny wound-managment**

◊ Sestra predovšetkým, ak

- sa rana **nehojí,**
- rana **zapácha**,
- rana je povlečená,
- sa vyskytli **nové, klinické príznaky** signalizujúce zhoršenie stavu pacienta, **bezodkladne, aktívne konzultuje a následne realizuje v súlade s ordináciou lekára:**
- realizáciu **steru z rany na K+C,**
- **identifikáciu príčinných súvislostí** (využitie dostupných vyšetrení, zhodnotenie celkového stavu pacienta),
- **uplatnenie ošetrovateľských možností** v kontexte **komplexnej ošetrovateľskej stratégie** na využitie **ďalších podporných intervencií.**

◊ Sestra posúdi, konzultuje a následne na základe ordinácie lekára zabezpečí alternatívne **terapeutické postupy vo vzťahu k podpore procesu hojenia rany** (napríklad kompresívna terapia, fyzioterapia, fototerapia, bioptrónové svetlo). Preväzy a ošetrenia vykonáva v rozsahu svojich kompetencií.

Bioptrónová lampa je vhodnou súčasťou liečby chronických rán. Bioptrónové svetlo stimuluje svetelne senzitívne vnútrobunkové štruktúry a biomolekuly, a tým zlepšuje mikrocirkuláciu, harmonizuje metabolické procesy, posilňuje imunitný systém, stimuluje regeneračné a hojivé procesy v celom organizme, podporuje hojenie rán a zmierňuje bolesť, alebo jej intenzitu.

◊ Sestra dá podnet na meranie ABPI, ak: sa vred zhoršuje, nie je úplne vyliečený o 12 týždňov, opakuje sa pred opätovným zahájením kompresnej terapie, keď sa náhle zvýši veľkosť rany, náhle zvýšenie bolesti rany, zmena farby a / alebo teplota nohy ako súčasť priebežného hodnotenia (3 mesiace) (Health Service Executive a kol.., 2009, [Level 2]).

- **Použitie negatívneho tlaku v liečbe akútnej alebo chronickej rany**

Negative Pressure Wound Therapy (negatívny tlak používaný na liečbu), zaužívané tiež ako **VAC** (vacuum assisted closure) je jednou z možností chirurgického riešenia chronických rán. VAC terapia pracuje na princípe rovnomerného pôsobenia podtlaku na lokalitu rany. Podtlak odstraňuje z rany prebytočnú tekutinu (uľahčuje odlučovanie infikovaného tkaniva a exsudátu), redukuje intersticiálny edém, dilatuje novo sa vytvárajúce kapiláry, odstraňuje z rany infekčný agens a špongia navyše mechanicky stimuluje spodinu rany, teda granulačné tkanivo k rýchlejšiemu rastu (Stryja, 2011). Je známe, že rana sa lepšie hojí v prirodzenom, teda vlhkom prostredí bez prítomnosti patogénnych látok. Tiež časté preväzy vedú vo väčšine prípadov ku kontaminácii rany a tým k predĺženiu hojenia. Princípom používania negatívneho tlaku je rozloženie podtlaku na celú ranu. Výmeny alebo preväzy sa realizujú na lôžku pacienta pri menších defektoch, alebo ideálnejšie na operačnej sále. Musíme si však uvedomiť nutnosť dodržania úplných aseptických podmienok. Dôvodom je zakrytie rany polyuretánovou penou a prekrytie priehľadnou fóliou. Hodnotenie rany je teda možné vždy len pri preväzoch. Prvotné je zhodnotenie rany, jej debridement a odber na kultivačné vyšetrenie. Musia byť odstránené všetky nekrózy a odumreté tkanivá.

Indikácia k zavedeniu liečby:

- Primárna podpora granulácie u pacientov s IBD ochorením,
- Pacienti s traumou,
- Defekty po fasciotomiách,
- Nekrotické spodiny po operáciách dutiny brušnej,
- Hlboké infekcie po brušných operáciách,
- Dehiscencia rán,
- Hlboké sternálne infekcie po kardiochirurgických operáciách,
- Syndróm diabetickej nohy,
- Liečba vredov predkolenia,
- Popáleniny,,
- Dekubity
- Rýchlejšie hojenie kožných štepov alebo lalokov,
- Črevné píšťaly s ozrejmením ich etiológie (Vytejčková, 2015).

◊ Sestra **pri výmene krytia a materiálu vždy postupuje podľa odporúčaní výrobcov** (frekvencia preväzov, kombinácia materiálov, spôsob použitia a pod.).

Kompresívna terapia pri vredoch predkolenia venóznej etiológie má pozitívny efekt v manažmente bolesti a pri podpore hojenia. Odporúčajú sa viacvrstvové kompresívne systémy, pričom sú vhodné len ovínadlá s krátkotiažnym efektom. Pri nakladaní bandáže je potrebné pokryť celú časť končatiny a najvyšší tlak vytvoriť v oblasti členkov. Dôležitou súčasťou starostlivosti je dôkladná edukácia pacienta o potrebe bandážovania DK (Pokorná, 2012).

- **Edukácia pacienta pri kompresívnej terapii** pri ošetrovaní ADOS a pri prepúšťaní pacienta do domácej starostlivosti:

◊ **Sestra edukuje pacienta / osoby zabezpečujúce jeho starostlivosť o:**

- potrebe (významе) kompresívnej terapie,
- správnej aplikácii kompresívnej terapie v kontexte opakovaného názorného predvedenia a nácviku,
- potrebe odľahčenia končatiny pri ranách typu SDN,
- potrebe špeciálnej starostlivosti o nohy a špeciálnych topánkach pri ranách typu SDN.

Kompresia znižuje mieru rekurencie žilových vredov a je nákladovo efektívna. Pacienti by mali byť povzbudzovaní, aby nosili najvyššiu úroveň kompresie, ktorú budú tolerovať, pokiaľ to nie je kontraindikované. Cvičenie na zvýšenie prietoku krvi pomáha pri dlhodobej liečbe a prevencii arteriálneho vredu (Health Service Executive, a kol. 2009, [Level 1]), (Level II/EBN).

Prognóza a vyhodnotenie

Pacienti s chronickými ranami a dekubitmi predstavujú výrazný medicínsky a ošetrovateľský problém. Nehojaca sa rana zhoršuje kvalitu života pacienta, spoločensky ho znevýhodňuje a má sklon k častým recidívam. **Prognóza v hojení rany výrazne závisí od jej etiológie, veľkosti, dĺžky trvania, mikrobiálneho osídlenia, veku pacienta, celkového klinického stavu, komorbidít a od mobility.** Liečba - ošetrovanie pacienta s chronickými ranami musí byť komplexné, zamerané na zlepšenie celkového zdravotného stavu pacienta a dosiahnutie zvrátenia katabolických procesov v organizme.

Efektivitu liečby môžeme merať rôznymi parametrami – rýchlosť zmenšenia plochy rany na 50% pôvodnej veľkosti, čas potrebný pre kompletné zhojenie, percento recidív, kvalita života pacienta, vnímanie bolesti, percento pacientov, kde sa zachráni končatina pred amputáciou (Stryja, 2015).

Správna diagnostika, kauzálna liečba vrátane ošetrovateľskej starostlivosti, lokálna starostlivosť o ranu sa podieľajú na vyliečení nehojacej sa rany (Stryja, 2011).

Požadovaným výsledkom ošetrovania pacienta metódou v kontexte ošetrovateľského procesu s kladením dôrazu na sekundárnu a terciárnu prevenciu má priniesť maximálne možné saturovanie jeho bio – psycho – sociálnych potrieb so zohľadnením získania čo najväčšej samostatnosti, zvládania denných aktivít a zachovania čo najvyššej kvality života pacienta. Súčasťou zvládnutia ošetrovateľskej starostlivosti je dostatočne edukovaný pacient, prípadne ošetrujúce osoby, ak je pacient mimo ústavnej starostlivosti. Základný princípom je analyzovanie príčinných súvislostí a následné plánovanie a zodpovedná realizácia opatrení s cieľom minimalizovať psychický, či fyzický diskomfort pacienta, prítomné poruchy správania a riziká s tým spojené. Prognózu vývoja stavu pacienta pozitívne ovplyvňuje skúmanie a prehodnocovanie prístupov s cieľom dosiahnuť individuálne definované výsledky starostlivosti.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

◊ Poskytovateľ spolupracuje s lekárom (angiológ, dermatovenerológ, chirurg), ktorý diagnostikuje príčinu vzniku chronickej rany, prípadne navrhne (zrealizuje) chirurgický zákrok.

◊ Poskytovateľ spolupracuje s lekárom kompetentným pre realizáciu ostrého debridementu rany.

◊ Poskytovateľ má vytvorený tím erudovaných sestier, ktoré sú špecializované v liečbe chronických rán/zriadenie pozície sestry poverenej udržaním vysokej kvality prevencie (a liečby) dekubitov / rán.

◊ Poskytovateľ používa efektívny spôsob bezpečného odovzdávania informácií súvisiacich so starostlivosťou o chronické rany v súlade s platnou legislatívou.

◊ **Pracovisko používa spôsob trvalého a priebežného prehodnocovania efektu praktizovaného manažmentu hojenia rán. Sú stanovené ciele, kritériá úspešnosti, zamestnanci sú o výsledkoch priebežne informovaní.**

◊ **Prístupy v ošetrovaní rán sú definované, skúmané a neustále zdokonaľované.**

◊ Pacienti sú edukovaní:

- o možnostiach lokálnej terapie chronickej rany,
- o význame kompresívnej terapie pri ulkusoch žilovej etiológie,
- o spôsobe aplikácie kompresívnej terapie,

- o možnosti následnej domácej starostlivosti prostredníctvom ADOS.

◊ Pacienti majú ošetrené chronické rany podľa najnovších odporúčaní.

◊ Pracovisko používa spôsob trvalého a priebežného prehodnocovania efektu praktizovaného manažmentu hojenia rán.

◊ Ošetrovanie pacienta s chronickou ranou v kontexte následnej (dlhodobej starostlivosti) je indikáciou pre ošetrovanie v

- dome ošetrovateľskej starostlivosti,
- zariadení sociálnych služieb s celodenným zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti,
- hospici,
- ADOS/mobilnom paliatívnom tíme/mobilnom hospici za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu.

■ Materiálno - technické zabezpečenie/porovnanie efektivity prostriedkov rán:

Prostriedky na hojenie rán (ich používanie ako súčasť terapie určuje ošetrujúci lekár)

a. Oplachové roztoky

b. Najzákladnejším oplachovacím roztokom je pitná voda. Sprcha vlažnou (36-37 °C) pitnou vodou odstráni a odplaví z rany mechanické nečistoty a urobí šetrný debridement tkaniva. Následne možno aplikovať oplach, výplach alebo obklad rany niektorým doporučeným antiseptickým roztokom. Pre dospelých s ulceráciou je vhodná pitná voda z vodovodu (Health Service Executive a kol., 2009, [Level I]). Pitná voda z vodovodu je vhodná pre dospelých s chronickými poraneniami (Health Service Executive a kol., 2009, [Level II])

c. Prostriedky na klasické hojenie:

- Mulové krytie,
- Krytie z netkanej textílie,
- Neadherentné savé krytie.

Ich používanie a prisychanie opakovane **traumatizuje ranu, neudrží optimálnu teplotu a vlhkosť,** nechráni okolie kože pred poškodením, nevie nastaviť fyziologické procesy pre hojenie rany, nie sú bariérou proti infekcii a nemajú žiadnu funkciu v prevencii.

d. Prostriedky na vlhké hojenie - fázová terapia

Dokážu zabezpečiť optimálne prostredie pre proces hojenia, neutralizujú ranu, rešpektujú fázu hojenia, prepúšťajú vodu a paru, chránia okolie kože pred poškodením, dokážu nastaviť bariéru proti infekcii a uzamknúť infekciu vo vnútri krytia. Výrobcovia dodávajú široké portfólio materiálov v rôznych veľkostiach, skupenstvách a baleniach (masť, gél, púder, prášok, guľôčky, sáčky, plošné krytie, lorety, drény, špirály, atď.). Terapeutické materiály znižujú frekvenciu preväzov, sú cenovo dostupné, umožňujú liečbu v domácom prostredí a zvyšujú kvalitu života chorých s chronickou ranou.

Materiál vybraný na preväz musí byť terapeuticky účinný, vyberá sa podľa fázy hojenia. Má byť pre pacienta bezpečný a šetrný, aby sa mohol preväzovať sám, alebo za pomoci ADOS. Súčasne má byť ekonomicky výhodnejší ako klasické prostriedky hojenia. Obväzy pre nekomplikované žilové vredy by mali byť jednoduché, nízke adhézne, nákladovo efektívne, schopné udržať vlhké rany a prijateľné pre pacienta (Health Service Executive a kol., 2009, [Level I]). Pri arteriálnych vredoch s dostatočným arteriálnym prítokom na podporu hojenia je vhodné použiť obväz, ktorý bude udržiavať vlhké prostredie hojenia rán (Health Service Executive a kol., 2009, [Level II]).

Neadherentné antiseptické krytie - nepriľnavá mriežka obohatená o antiseptický prostriedok, vhodná na všetky fázy hojenia. Je vhodná pre akútne rany (tržné a rezné poranenia) i chronické rany (dekubity, bercové vredy i SDN).

Prostriedky so striebrom - sú na báze iontového striebra. Majú baktericídny i fungicídny účinok a je možné ich aplikovať do infikovaných rán. Pomáhajú vyčistiť rany, môžu sa používať i ako profylaxia.

Aktívne uhlie - podporuje čistenie a eliminuje zápach u infikovaných ranách. Má antiseptický účinok a podporuje hemostázu.
Hydrogély - gélové krytie s vysokým obsahom vody určené pre čistiacu fázu hojenia. Niektoré sú s obsahom účinnej látky (enzýmy, algináty). Znižujú traumatizáciu a bolestivosť rany, majú chladivý efekt.
Kalcium algináty - prostriedky vyrobené z morských rias. Majú vysokú absorpčnú schopnosť, dobre odstraňujú exsudát a povlak zo spodiny rany. Majú hemostatický a bakteriostatický účinok. Vo vnútri rany sa menia na gélovú hmotu, ktorá pokryje spodinu rany.
Kalcium algináty so striebrom - aplikujú sa do rany, pokiaľ je ohrozená infekciou. Vhodným sekundárnym krytím pre algináty sú hydropolyméry alebo polyuretánové peny.
Polyuretánové peny a hydropolyméry - sú veľmi vyhľadávanou skupinou krytia, podporujú a stimulujú čistenie rany, zaisťujú prevenciu macerácie v okolí rany, minimalizujú preväzovú traumu, nepriľnú k spodine rany. Majú vysokú absorpčnú kapacitu. Povrch materiálu tvorí semipermeabilná fólia. V rane môžu ostávať päť až sedem dní a sú preto ekonomicky výhodné.
Polyuretanové peny so striebrom alebo s inou účinnou látkou - sú veľmi šetrné k rane a pomáhajú pri manažmente bolesti u chronických rán.
Hydrokoloidy - zabezpečia optimálne prostredie pre hojenie ústredne alebo málo secemujúcich rán bez známok infekcie. Infekcia je kontraindikáciou pre použitie hydrokoloidu.
Hydrofibre - špeciálne koloidné krytie s vysokou absorpčnou kapacitou. Materiál pohlcuje exsudát a baktérie a dokáže ich uzamknúť vo svojom jadre. Nie je vhodný do suchých rán.
Filmové krytie - priehľadné, vodeodolné fólie. Používajú sa na čisté operačné rany a malé plošné ranky.
Silikóny - veľmi jemné materiály určené pre atraumatické preväzy. Majú špeciálnu povrchovú úpravu plochy, ktorá sa prikladá do rany. Nepotrebujú sekundárne krytie.
Lipido - koloidné krytie - podporuje granuláciu a epitalizáciu na plošných defektoch. Aplikuje sa na rany bez známky infekcie. Nemá absorpčné jadro, potrebuje sekundárne krytie.
Krytie s kolagénom - dokáže absorbovať exsudát. Podporuje granuláciu a epitelizáciu, podporuje regeneráciu tkaniva.
Krytie s antimikrobiálnou aktivitou
Hydroaktívne krytie - vankúšik so savým jadrom a výplachovým mechanizmom. Pred použitím sa musí aktivovať Ringerovým roztokom alebo Prontosanom. V rane môže zostať maximálne deň, vysychá a musí sa vymeniť.
Aktívne terapeutické obväzy
Oxidovaná celulóza (Vytejčková, 2015)
Potenciál hojenia rán sa zlepší a potenciál infekcie sa zníži v prostredí, ktoré je dostatočne okysličené (Health Service Executive a kol., 2009, [Level I]), (Level II/EBN).

Ďalšie odporúčania

- **Školenie sestier** v problematike hojenia rán formou seminárov klinickým pracoviskom, praktickými stážami, firemnými workshopmi.
- Pacientov s vredmi na dolných končatinách by mala vyšetriť sestra, ktorá bola vyškolená v hodnotení vredov v nohách (Health Service Executive a kol., 2009, [Level I]).
- Zriadenie špecializačného štúdia v odbore hojenia chronických / nehojacich sa rán pre sestry.
- Vývoj efektívneho dokumentovania chronických a nehojacich sa rán v rámci pracoviska.
- Rozvoj partnerstiev v rámci multiodborovej spolupráce medzi jednotlivými poskytovateľmi.
- Rozšírenie kompetencií sestier v oblasti hodnotenia a ošetrovania chronických a nehojacich sa rán. (Level II/EBN).

Indikátory pre klinický/ procesný audit:
a) Uplatňovanie štandardu, resp. prístupov definovaných v štandarde v praxi pracoviska.
Pozn. Prístupy sú koncipované tak, že predstavujú zároveň požiadavku, ktorej plnenie je indikátorom štandardu v praxi. V textoch sú tieto prístupy, ktoré sú zároveň indikátorom označené ◊.
b) Úspešné hojenie rany, resp. úplne zhojenie rany v určenom časovom intervale.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Špeciálny doplnok štandardu

ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S CHRONICKOU RANOU

KONTROLNÝ LIST

POSÚDENIE PRÍTOMNOSTI CHRONICKEJ RANY

Pracovisko :

Meno a priezvisko pacienta :

Dátum prijatia :

	Indikačný faktor (IF) [1]	**Prítomnosť IF (nehodiace sa prešk rtnúť)**
1.	poškodenie integrity kože nevykazujúce hojenie počas obdobia 6. - 9. týždňa	áno nie
2.	prítomnosť ulcerácie predklolenia venóznej etiológie	áno nie
3.	prítomnosť ulcerácie predkolenia arteriálnej etiológie	áno nie
4.	prítomnosť diabetického defektu (syndróm diabetickej nohy)	áno nie
5.	prítomnosť exulcerujúcej malignity	áno nie
6.	prítomnosť kožného vredu v teréne lymfedému	áno nie
7.	prítomnosť per secundam hojacej sa operačnej rany	áno nie
8.	prítomnosť tlakového vredu (dekubitu) [2]	áno nie
Výsledok hodnotenia: Pre zaradenie pacienta do indikačného rámca tohto štandardu postačuje jediná odpoveď „áno“.		**Počet kladných odpovedí :**
Dňa : ..... **Posudzoval (-a) :** ..... **Opatrenia zapracované v :**		**Schválil (-a) :** .....

Pozn. pre manažment a administratívu: Indikácia k zaradeniu do indikačného rámca štandardu Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s chronickou ranou 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.**

[1] Termín chronická rana zohľadňuje iba časový faktor , nie však stav rany, príčinu, či prognózu. Vzhľadom k tomu, že vlhkú terapiu možno uplatňovať i v terapii rán akútnych a možno tak predchádzať vzniku chronickej rany sa odporúča používať označenie non-healing wound, teda nehojaca sa rana (Stryja, 2010; In Pokorná, 2012).

[2] Ošetrovaním pacienta s rizikom dekubitov sa zaoberá osobitný NŠDTP.

Literatúra

ANATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP), EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP) AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (PPPIA). 2014. *Prevence a léčba dekubitů – příručka k doporučení pro klinickou praxi*. MZ ČR. 2014. ISBN – 13: 978-0-9579343-6-8, ISBN – 10: 0-9579343-6-X.

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, číslo 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 *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1339 - 5920, 2015, číslo 6, 32-33.

FABIANOVÁ, Z. 2017. Sestry v dlhodobej starostlivosti: bojujme predovšetkým o život. In *Zdravotnícke noviny*. ISSN 1335-4477. 2017, roč. XXII, číslo 27, s. 7.

FABIANOVÁ, Z. - HRISENKOVÁ, G. – KLIČOVÁ, M. 2017. *Dekubity a rany – prevencia a liečba* – interný predpis. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. 2017. *Destabilizácia zdravotného stavu klientov* – metodika rizika. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. - KLIČOVÁ, M. 2017. *Manažment a dokumentovanie ošetrovateľskej starostlivosti* – interný predpis. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. a kol. 2016. Dokumentovanie rany. Formulár. In Vnútorné dokumenty systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n. o., Humenné. 2016.

FABIANOVÁ, Z. - HRISENKOVÁ, G. a kol. 2016. Check list 08 - Kontrola kvality starostlivosti o rany/dekubity. Formulár. In Vnútorné dokumenty systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n. o., Humenné. 2016.

FABIANOVÁ, Z. - MOCHNÁČOVÁ, A. - KLIČOVÁ, M. 2017. Elektronický príjem - Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n. o., Humenné. 2015.

Health Service Executive (HSE) Office of the Nursing Services Director. 2009. *National best practice and evidence based guidelines for wound management*. [online]. 2009. [cit. 2018-02-28]. Dostupné na internete: <http://www.lenus.ie/hse/handle/10147/92646>.

HEALTH SERVICE EXECUTIVE (HSE) Office of the Nursing Services Director. 2018. Wound Management Guidelines 2018. [online]. 2018. [cit. 2019-04-01]. Dostupné na internete: <http:// www.hse.ie/eng/about/who/onmsd/practicedevelopment/wound-management/>.
KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
KOZIEROVÁ, B. a kol. 1995. *Ošetrovateľstvo 2*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
MRÁZOVÁ, R. - POKORNÁ, A. - KREJCAR, M. 2012. *Možnosti v hojení ran*. In *Medicína pro praxi*. ISSN 1214-8687, 2012, č. 9 (2). 83 – 86 s.
PEJZNOCHOVÁ, I. 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 76 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
POKORNÁ, A. - MRÁZOVÁ, R. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
STRYJA, J. 2015. *Débridment a jeho úloha v managementu ran*. Semily: Geum, 2015. 167 s. ISBN 978-80-87969-13-7.
STRYJA, J. 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: Geum, 2011. 371 s. ISBN 978-80-86256-79-5.
ŠUPŠÁKOVÁ, P. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
Vyhláška č. 306/2005 Z. z. MZ SR, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz
Vyhláška č. 364/2005 Z. z. MZ SR , 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. 22.08.2017]. Dostupné na internete: http://www.sksapa.sk/20090314136/Zákony/pravne-predpisy.html
Vyhláška č. 28/2017 Z. z. Vyhláška MZ SR , ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky 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.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2017/28/20170301>.
VYTEJČKOVÁ, R. a kol. 2015. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

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 1. apríla 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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 s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status		Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0034	*14. februára 2019*	*1.predloženie*	*schválené*	*1. apríla 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

PhDr. Anna Bullová; Mgr. Daniela Jarabová; PhDr. Zuzana Fabianová;Ing. Mgr. Ľubica Kočanová

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS Ošetrovateľstvo Mgr. Jaroslav Straka; Mgr. Gabriela Kmeťová;PhDr. Anna Macková MPH, doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.;PhDr. Tatiana Hrindová , PhD., PhDr. Helena Gondárová Vyhničková dipl. s., hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II (PhDr. Zuzana Fabianová, PhDr. Helena Gondárová Vyhničková dipl. s., PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., Mgr. Marianna Klíčová, Mgr. Gabriela Kmeťová) členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH,

-členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD;. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, min. prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka, Mgr. Miroslav Hečko

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

sebaobsluha, sebaopatera, sebestačnosť, závislosť, deficit, aktivity denného života, inštrumentálne aktivity denného života, komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s deficitom sebaopatery, posúdenie pacienta s deficitom sebaopatery

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADL	Activities of Daily Living / aktivity denného života – test
CNS	centrálny nervový systém
EBN	Evidence - Based Nursing / ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
EBM	Evidence - Based Medicine / medicína založená na dôkazoch
EÚ	Európska únia
IADL	Instrumental Activities of Daily Living / Inštrumentálne aktivity denného života - test
JLFUK	Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského v Martine
KOS	komplexná ošetrovateľská starostlivosť
M.	morbus / choroba
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NCMP	náhla cievna mozgová príhoda
NPOSĽ	Národný program ochrany starších ľudí (1999)
TVS	Geriatric Unit Hospital / Test vývoja sebestačnosti (Bolzano)
ZSS	zariadenie sociálnych služieb

Kompetencie

Tento štandardný ošetrovateľský postup je určený sestrám poskytujúcim ošetrovateľskú starostlivosť (ďalej len „sestrám").

Za dodržiavanie požiadaviek štandardného postupu zodpovedá **odborný zástupca** (garant, zodpovedná osoba v ZSS) **pre ošetrovateľskú starostlivosť v príslušnom zariadení.**

Sestra koordinuje ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú metódou ošetrovateľského procesu v súčinnosti s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu poskytujúceho starostlivosť pacientovi a rodine pacienta.

Ošetrujúci lekár: zabezpečenie lekárskej starostlivosti cestou vyšetrenia v ambulancii, vizity alebo telefonickej konzultácie. Zabezpečenie starostlivosti v rozsahu kompetencií, s cieľom redukovať vznik a pokračujúci rozvoj deficitu sebaopatery.

Sestra: Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta. Posudzovanie, plánovanie a realizácia ošetrovateľských intervencií v rozsahu odbornej spôsobilosti a rozsahu praxe sestry stanoveného v platnom právnom predpise MZ SR. Plnenie ordinácií lekára. Pre zabezpečenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta môže sestra delegovať činnosti aj na zdravotníckych asistentov a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti. Starostlivosť o pacienta pri zabezpečovaní potrieb denného života v zariadeniach poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť je poskytovaná alebo kontrolovaná sestrou. Sestra zodpovedá za primeranú úroveň starostlivosti v súlade s potrebami pacienta a pri zohľadnení prítomných rizík.

Úvod

Ošetrovateľská teória o **deficite sebestačnosti** je dôležitou súčasťou teoretických vedomostí sestier. Táto teória bola najskôr formulovaná v 50. rokoch minulého storočia, formalizovaná a prvýkrát zverejnená v roku 1972 s cieľom stanoviť štruktúru poznatkov o ošetrovateľstve a vysvetliť oblasti ošetrovateľských vedomostí. **Teória deficitu sebestačnosti** vyjadruje vzťah medzi dvomi alebo viacerými prvkami, kde nie je dostatok zdrojov na splnenie základných požiadaviek. V každom okamihu sa človek stretáva s určitým obmedzením schopnosti splniť existujúce potreby. Tento jav môže byť prechodný, krátkodobý, ľahko prekonaný získavaním informácií, či rozvíjaním motivácie alebo hľadaním pomoci. Požiadavky však môžu byť aj trvalejšie, súvisiace so zdravotným stavom alebo inými osobnými faktormi, vrátane nedostatku zdrojov. **Určovanie povahy a rozsahu nedostatku sebaopatery je potrebné vykonať pred poskytnutím vhodnej pomoci. Je to dôležitá súčasť ošetrovateľského procesu.** Teória **závislej starostlivosti** vysvetľuje, ako je systém sebaopatery modifikovaný, keď je zameraný na človeka, ktorý je sociálne závislý a potrebuje pomoc pri napĺňaní jeho potrieb. Existuje veľa situácií, v ktorých existuje potreba závislej starostlivosti. Okrem prirodzenej starostlivosti o dojčatá a detí, existujú osoby s chronickými ochoreniami alebo viacnásobnými oslabujúcimi podmienkami, ktoré sú závislé na pomoci ostatných pri uspokojovaní svojich potrieb. Všeobecná štruktúra je analogická štruktúra deficitu sebaopatery. V deficite sebestačnosti sú agent a predmet rovnaké osoby, zatiaľ čo v závislej starostlivosti existujú aspoň dve substancie, z ktorých jeden je predmetom akcie, to zvyšuje zložitosť situácie, pretože **zahŕňa schopnosti zamerať sa na uspokojovanie potrieb druhých** a v mnohých prípadoch pracovať s telesnými časťami inej osoby (Taylor, 2011).

Sebaopatera v literatúre predstavuje sebestačnosť, ako pojem vyjadrujúci **mieru samostatnosti**, nezávislosti, alebo závislosti jednotlivca pri realizácii denných aktivít (Bóriková, 2008). Podľa Friedlovej (2009) všetky aktivity človeka sa konajú na základe stálej výmeny medzi pohybom, vnímaním a komunikáciou. Podľa Oremovej je sebaopatera kapacita osoby, ktorá dobrovoľne a zámerne vykonáva cieľovo orientovanú činnosť. Ošetrovateľský zásah je potrebný v takom prípade, keď dôjde

k narušeniu rovnováhy pre akékoľvek príčiny a dodatočné požiadavky nie je jednotlivec, rodina alebo komunita schopná zvládnuť (Žiaková, 2007). Definície a charakteristiky pojmu sebaopatera (self-care) v širšom zmysle slova ju ponímajú ako:

- súčasť denného života,
- starostlivosť a zodpovednosť jednotlivca o svoje zdravie a „wellbeing",
- starostlivosť o svoje deti, rodinu, priateľov a iných vo svojom blízkom okolí a lokálnej komunite v zmysle zachovania dobrého telesného a duševného zdravia,
- všetko, čo možno urobiť v našom živote na zvládnutie ťažkostí,
- schopnosť jednotlivca manažovať symptómy, liečbu, telesné a psychosociálne následky a zmeny životného štýlu ako súčasť života s chronickou chorobou.

V užšom zmysle slova sa sebaopatera charakterizuje, ako súbor praktických aktivít jednotlivca, pravidelné a zautomatizované vykonávanie každodenných sebaobslužných aktivít (ADL) za účelom udržania života, zdravia a pohody (hygiena, obliekanie, výživa, vyprázdňovanie a pod.). **Ak sú schopnosti jednotlivca neadekvátne a nemôžu vyhovieť požiadavkám sebaopatery, vzniká deficit sebaopatery, čiastočný alebo úplný**, preto je ošetrovateľská starostlivosť o jednotlivca variabilná, od podnecovania sebaopatrovateľských aktivít, až ku komplexnej náhrade týchto činností (Bóriková, 2008).

Nedostatočná sebaopatera pri príjme potravín, v hygiene, pri kúpaní, v obliekaní, v úprave zovňajšku a vo vyprázdňovaní znamená poruchu schopnosti postarať sa o seba v základných činnostiach denného života (Doenges, 2001).

Tento štandard bol tvorený na základe analýzy odborných, publikovaných informácií od uznávaných autorít a overených skúseností pri ošetrovaní pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery v kontexte *totálneho manažérstva kvality* na vybraných pracoviskách dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike. 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 označené ◊.

Miesto výkonu štandardného postupu:

- ústavné zdravotnícke zariadenia a oddelenia poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť dlhodobo chorým (napr. dom ošetrovateľskej starostlivosti),
- ADOS za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu,
- zariadenia sociálnych služieb s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti.

Súbor definovaných prístupov efektívnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery je určený predovšetkým pre oblasť dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti, no môže byť rámcovým podkladom či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax v ďalších, viac alebo menej príbuzných odboroch. Jadrom štandardu sú kapitoly „Diagnostika“, „Plánovanie a

realizácia“ a „Zabezpečenie a organizácia starostlivosti“. Z hľadiska udržateľného, pokračujúceho rozvoja kvality má kľúčové postavenie kapitola „Odporúčania“, ktorá rekapituluje ďalšie možnosti zvyšovania kvality starostlivosti v oblasti úspešného riadenia starostlivosti o pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery.

- **Hodnotenie sily dôkazov:**

Ia: Dôkazy získané z metaanalýzy alebo systematických prehľadov randomizovaných kontrolovaných štúdií a / alebo syntézy viacerých štúdií zameraných predovšetkým na kvantitatívny výskum.

Ib: Dôkazy získané z aspoň jednej randomizovanej kontrolovanej štúdie.

IIa: Dôkazy získané z aspoň jednej dobre navrhovanej kontrolovanej štúdie bez randomizácie.

IIb: Dôkazy získané z aspoň jedného iného typu dobre navrhovanej kvázi experimentálnej štúdie bez randomizácie.

III: Syntéza viacnásobných štúdií predovšetkým z kvalitatívneho výskumu.

IV: Dôkazy získané z dobre navrhnutých neexperimentálnych pozorovacích štúdií, ako sú analytické štúdie alebo deskripčné štúdie a / alebo kvalitatívne štúdie.

V: Dôkazy získané z posudkov odborníkov alebo zo správ komisií a / alebo klinické skúsenosti príslušných inštitúcií (EBN).

Na tento štandard úzko nadväzujú osobitne vypracované štandardy k problematike **imobility,** rizika **vzniku a rozvoja dekubitov a** ohrozenie **vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu.**

Prevencia

Pokles schopností sebaopatery môže zapríčiniť mnoho aspektov. V oblasti dlhodobej starostlivosti o seniorov úroveň sebaopatery jedinca úzko súvisí s jeho celkovou kondíciou a fyziologickým úbytkom fyzických i mentálnych schopností. So zvyšujúcim sa vekom a pribúdajúcimi zdravotnými ťažkosťami schopnosť sebaopatery klesá. Pre efektívne plánovanie intervencií, ktoré podporia pacientovu nezávislosť v každodenných činnostiach má zásadný význam identifikácia prítomných i potenciálnych rizík zhoršovania.

Sú to práve sestry, ktoré ako členky multidisciplinárneho tímu môžu významne ovplyvniť vznik, vývoj či dôsledky zhoršujúcej sa úrovne sebaopatery. Pri aktivitách denného života má byť pacient aktívnym účastníkom, čo môže sestra dosiahnuť komunikáciou, trpezlivým prístupom a použitím pomôcok uľahčujúcich dennú aktivitu. Úlohou sestry je eliminovať faktory prispievajúce k závislosti na inej osobe, alebo aspoň obmedziť ich vplyv.

Epidemiológia

Celkovo sa odhaduje, že asi **12-16 % celkovej populácie Európy má problémy, ktoré súvisia s obmedzeniami v pohyblivosti, v orientácii, v komunikácii, či v sebaobsluhe**. Svetová zdravotnícka organizácia v r. 2011 vydala Svetovú správu o zdravotnom postihnutí, podľa ktorej podiel osôb so zdravotným postihnutím sa líši v závislosti od toho, či ide o krajinu nízkopríjmovú (ročný príjem menej ako 10 066 US$ v roku 2004), alebo krajinu s priemernou výškou príjmov na strednej, či vyššej úrovni (ročný príjem 10 066 US$, alebo viac v roku 2004). Rozdiely sú aj v pohlaví (u žien je podiel osôb so

zdravotným postihnutím nižší) a samozrejme aj v rôznych vekových skupinách (najnižší podiel osôb so zdravotným postihnutím je vo vekovej kategórii 0-14 rokov: 4,2 %; **najvyšší podiel sa uvádza v kategórii nad 60 rokov: 41,40 %**) (Orgonášová, 2012).

Patofyziológia

Ochorenia v starobe akútne, alebo chronické často vedú k strate sebestačnosti a ku vzniku následnej závislosti na inej osobe so sociálnymi dôsledkami. **Chronická progresívna choroba** vyúsťuje obvykle do stavu telesného postihnutia, fyzickej disability, ktorá predstavuje nedostatok (deficit) až trvalú stratu určitých funkcií. Znamená obmedzenie, nespôsobilosť, neschopnosť vykonávať aktivity spôsobom, alebo v rozsahu, ktorý je považovaný za normálny. Ošetrovateľská diagnóza Deficit sebaopatery so špecifikáciou oblasti a funkčnej úrovne je v ošetrovateľskej praxi frekventovanou diagnózou (Bóriková, 2008).

- **Faktory ovplyvňujúce deficit sebaopatery**

1. Faktory súvisiace s patofyziológiou

a) **ochorenia neuromuskulárne**, cievna mozgová choroba, M. Parkinson, M. Alzheimer, skleróza multiplex, muskulárna dystrofia, myasténia gravis, nádory CNS, čiastočná celková paralýza, paréza, plégia, spasticita, ochabnutosť, intrakraniálna hypertenzia;
b) **ochorenia muskuloskeletárne**, artritída, svalová atrofia, kontraktúry, systémové ochorenia spojiva, zlomeniny, traumy, opuch, nefunkčná chýbajúca časť, alebo celá končatina;
c) **ochorenia metabolické a endokrinné**, diabetes mellitus, hypotyreóza;
d) **percepčné a kognitívne poruchy**, zrakové, znížený vízus, glaukóm, katarakta, diabetická retinopatia, kraniálna neuropatia, sluchové, rečové - jazyková bariéra, neadekvátne vnímanie časti tela, alebo priestorového vzťahu;
e) depresia, úzkosť, strach.

2. Faktory súvisiace s liečbou

a) **mechanické obmedzenia**, imobilizačný obväz, dlaha, ortézy, permanentný močový katéter, trakcia, dýchací prístroj a pod.;
b) **chirurgické výkony:** osteosyntéza, tracheostómia, gastrostómia, ileostómia, kolostómia, resp. operačné výkony všeobecne.

3. Faktory situačné, enviromentálne

a) imobilita, trauma, poruchy vedomia, nefunkčná chýbajúca končatina, bolesť, vyčerpanosť, únava, malnutrícia;
b) psychické problémy, nedostatok motivácie, narušená emočná labilita, depresia, závažná úzkosť;
c) bariéry v prostredí, pomôcky nie sú na dosah pacientovi, nie sú usporiadané v takom poradí, v akom ich bude používať, prostredie nie je bezpečne upravené, chýba opierka, madlo.

4. Faktory vývinové

a v dospelom veku a špeciálne u seniorov pokles kondície a motorickej schopnosti, svalová slabosť, demencia (Kudlová, 2014).

Klasifikácia

Na zhodnotenie úrovne sebapatery sa odporúča použiť niektorý z ošetrovateľských modelov Oremovej, alebo Gordonovej, alebo funkčné testy podľa Katza, Svanborga, či Barthelovej (Poledníková, 2013).

Schéma č. 1: Alternatívne možnosti posúdenia funkčnej úrovne sebaopatery u pacienta



Oremová identifikuje 3 **ošetrovateľské systémy** v oblasti sebaopatery (In Žiaková, 2007):

1. **podporno – výchovný systém**, keď jedinec potrebuje podporu a učí sa sebaopatrovateľským činnostiam;
2. **čiastočne kompenzujúci systém**, keď sestra a pacient spolu vykonávajú starostlivosť na určitej úrovni, niektoré činnosti vykonáva pacient sám, niektoré spolu so sestrou;
3. **plne kompenzujúci systém**, keď pacient nie je schopný vykonávať sebaopateru, je závislý na iných osobách a potrebuje úplnú starostlivosť sestry.

Posudzovanie

Následkom stareckých zmien, ale najmä obmedzení súvisiacich s chorobami sa často narušuje schopnosť vykonávať bežné aktivity denného života, najmä v oblasti **zabezpečenia výživy, hygieny, obliekania, vyzliekania a vyprázdňovania**. Rozhodujúcim faktorom je miera obmedzenia pohyblivosti, ktorá následne spôsobuje čiastočnú, alebo úplnú stratu sebestačnosti (Trachtová, 2000). Správne a presné zhodnotenie sebestačnosti je východiskom pre formuláciu cieľov ošetrovateľskej starostlivosti a plánovaní ošetrovateľských intervencií. Zásadne treba klasifikovať **funkčnú úroveň** pacienta tak, aby sa **podporovala jeho nezávislosť** (Poledníková, 2006).

Charakteristické príznaky deficitu sebaopatery:

- **problém s príjmom potravy**, neschopnosť si pripraviť jedlo, otvoriť obaly na potravinách, poradiť si s vybavením kuchyne, bezpečne si pripraviť jedlo, priniesť a zabezpečiť si potraviny, požuť a prehltnúť sústo, uchopiť hrnček, pohár a napiť sa, používať rôzne pomôcky, dojesť jedlo, vypiť tekutinu, požuť jedlo spoločensky prijateľným spôsobom;

- **problém s umývaním, osobnou hygienou, kúpaním sa,** neschopnosť vykúpať sa, umyť sa celý, alebo jednotlivé časti tela, zabezpečiť si zdroj vody, regulovať teplotu vody, prúd vody, vojsť do kúpeľne, do vane, pod sprchu a vyjsť z nej, osušiť sa;
- **problém s obliekaním sa a s úpravou zovňajšku**, neschopnosť vybrať si oblečenie, uchopiť jednotlivé kusy šatstva a používať rôzne pomôcky, neschopnosť obliecť si, alebo vyzliecť si časti odevu v hornej časti tela, v dolnej časti tela, natiahnuť si ponožky, obuť si topánky, neschopnosť vymeniť si časti oblečenia, zapnúť gombíky, používať zips, neschopnosť udržať spoločensky prijateľný vzhľad;
- **problém s vyprázdňovaním,** neschopnosť prísť na toaletu, alebo na WC kreslo, neschopnosť manipulovať s oblečením, posadiť sa na WC kreslo, vstať z kresla, realizovať správnu hygienu na toalete, spláchnuť, alebo vyniesť vedro z WC kresla, alebo "nočník" (Doenges, 2001).

Komplexné funkčné hodnotenie starších dospelých zahŕňa nezávislé vykonávanie základných činností každodenného života (ADL), spoločenské aktivity alebo inštrumentálne aktivity každodenného života (IADL), pomoc potrebnú na splnenie týchto úloh a zmyslové schopnosti, poznanie a schopnosť chôdze (Campbell a kol., 2004 [Level I]; Doran a kol., 2006 [Level VI]; Freedman, Martin, Schoeni, 2002 [Level I]; Kane, Kane, 1963 [Level I]; Lawton, Brody, 1969 [Level IV]; Lightbody, Baldwin, 2002 [Level VI]; McCusker, Kakuma, Abrahamowicz).

- Základné ADL (kúpanie, obliekanie, ošetrovanie, príjem potravy, kontinencia, presun);
- IADL (príprava jedla, nakupovanie, správa liekov, domáca práca, doprava, účtovníctvo);
- Mobilita (chôdza, otočenie).

Súčasťou ošetrovateľského posúdenia zdravotného (funkčného) stavu pacienta je posudzovanie aktivít denného života. Označujú sa ako rutinné aktivity, ktoré vykonáva jednotlivec pre seba samého v priebehu dňa v zmysle sebaobsluhy a sebestačnosti (Bóriková, 2010).

Sestra odhaľuje ťažkosti jednotlivca a vytvára tak časový priestor na vykonanie cielených intervencií (Bóriková, 2010). Vo svojej podstate zodpovedajú základným biologickým potrebám. K najstarším, najznámejším patri Barthelovej test základných aktivít denného života (v kapitole Špeciálny doplnok štandardu). Zahŕňa okrem základných aktivít denného života aj posúdenie chôdze po rovine a po schodoch. Posudzuje funkčnú nezávislosť v aktivitách denného života súvisiacich so starostlivosťou a mobilitou. **Opakované testovanie** umožňuje posúdiť zlepšenie stavu pacienta.

Sestra posudzuje a diagnostikuje schopnosti a limitácie jednotlivca, identifikuje a špecifikuje požiadavky sebaopatery. Zisťuje informácie o základnom ochorení (akútne, chronické, príčiny, stupeň), ako pacient prezentuje svoje ťažkosti, čo pociťuje (bolesť, únavu, zmenu funkcie napr. muskuloskeletálneho systému). Berie do úvahy vývinovú a vzdelanostnú úroveň a iné faktory, **pridružené zdravotné problémy**, **stav kognitívnych funkcií**, stupeň individuálnej **funkčnej úrovne**, používanie a potrebu **kompenzačných pomôcok**, schopnosť identifikovať a vyjadriť potreby, bolesť,

atď. V ďalšej oblasti posúdenia sa zameria na údaje, čo bráni jednotlivcovi alebo rodine, zúčastňovať sa liečebného režimu. Pri posudzovaní podporného systému zisťuje, kto ho tvorí a čo pacientovi poskytuje.
◊ Prvé posúdenie - **identifikáciu pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery** sestra realizuje pri prijatí pacienta do KOS a v priebehu celej realizácie KOS podľa individuálnych zistení u pacienta.
◊ Z dôvodu dôslednej prípravy pracoviska na zabezpečenie kontinuity starostlivosti o pacienta sestra pátra po informáciách o prítomnosti funkčnej nesebestačnosti u pacienta, prípadne predbežných odporúčaniach o pokračujúcom programe starostlivosti v súvislosti s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery už **pred prepustením, ev. pred umiestnením do zariadenia alebo terénnej/domácej ošetrovateľskej služby,** a to z validného informačného zdroja predchádzajúcej starostlivosti.

Zaradenie pacienta do indikačného rámca tohto štandardu určuje kontrolný list Posúdenie prítomnosti deficitu sebaobsluhy a sebaopatery a stupňa nesebestačnosti (pozri časť 20 Špeciálny doplnok štandardu).

◊ Stanovenie prítomnosti a stupňa nesebestačnosti sestra realizuje a dokumentuje v rozsahu svojich kompetencií a pri **použití validného nástroja posudzovania**(ošetrovateľského skríningu, *príklady vhodných testov sú v časti Odporúčania).*
◊ **Prvú identifikáciu nesebestačnosti u pacienta a plánovanie realizácie väčšiny intervencií** na redukciu jej rizík sestra realizuje počas prvých **24 hodín** od prijatia pacienta. Hodnotenie a objektivizácia rizík pacienta pokračuje počas obdobia minimálne dvoch dní.
◊ Prítomnosť deficitu sebaobsluhy a sebaopatery a stupeň nesebestačnosti sestra **posudzuje kontinuálne a priebežne**, ako súčasť ošetrovateľského procesu, vrátane jeho primeranej dokumentácie.
◊ Sestra realizuje **komplexné posúdenie** prítomnosti deficitu sebaopatery, typu a stupňa nesebestačnosti pacienta v rozsahu svojich kompetencií, v súlade so zvyklosťami pracoviska, ďalšie **príčinné súvislosti, problémy, riziká** predovšetkým na základe:

- aktuálnej zdravotnej dokumentácie,
- rozhovoru s pacientom,
- konzultovaním s blízkymi osobami, ktoré boli bezprostredne zainteresované do starostlivosti a ktoré vedia poskytnúť dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta,
- pozorovania pacienta,
- fyzikálneho vyšetrenia pacienta,
- použitia nástrojov posudzovania sebaopatery.

◊ Sestra realizujúca príjem pacienta do KOS posúdi celkový zdravotný stav a riziká zhoršenia zdravotného stavu (ďalej len „destabilizácie“).
◊ Sestra **komplexne posúdi** stupeň nesebestačnosti pacienta, zároveň úroveň závislosti pacienta na pomoci druhej osoby, alebo na pomôckach, určí oblasť, v ktorej je pacient nesebestačný.

◊ Sestra používa pri komplexnom posúdení prítomnosti deficitu sebaobsluhy a sebaopatery, stupňa sebestačnosti vhodné **skríningové nástroje posudzovania sebaopatery**.

Sestra posúdi:

- **kognitívne funkcie,** pamäť pacienta, intelektuálne schopnosti, vývojovú úroveň pacienta**, imobilitu, riziko a prítomnosť imobilizačného syndrómu, silu a exkurziu svalov** zapojených do starostlivosti o seba**,**
- stav kože, hygieny (či nie je prítomná infekcia, opuch, zápal, porucha celistvosti sliznice, zlá hygiena dutiny ústnej, overenie správneho nasadenia zubnej protézy, zlá hygiena rúk, špinavé vlasy),
- **stav výživy, stav hydratácie, bilanciu prijmu a výdaja tekutín** (zaznamenanie váhy pacienta, BMI, zmien v poslednej dobe, nutrícia, malnutrícia, kachexia, alebo obezita; turgor kože, sliznice, bilancia tekutín),
- **vitálne funkcie,** atď.

◊ Sestra posúdi u pacienta **stupeň deficitu sebaobsluhy a sebaopatery :**

- pri stravovaní,
- pri príjme potravín,
- v hygiene,
- pri kúpaní,
- v obliekaní,
- v úprave zovňajšku,
- vo vyprázdňovaní.

◊ Sestra určí **oblasť deficitu a stupeň závislosti a indikáciou zaradí pacienta do indikačného rámca štandardu** (Doenges, 2001).

◊ Sestra **posudzuje prítomnosť konkrétnych deficitov** a **súvisiacich ošetrovateľských problémov a rizík** vo vzťahu k úrovni sebaobsluhy a sebaopatery (Tabaková, M., In Gurková a kol., 2009) a to napríklad:

- choroby zraku, glaukóm, katarakta,
- choroby neuromuskulárne,
- autoimunitné ochorenia, artritída, skleróza multiplex,
- metabolické a endokrinné ochorenia, diabetes mellitus, hypotyreóza,
- nervové systémové ochorenia Parkinsonova choroba, Alzheimerova demencia,
- nádory CNS, intrakraniálna hypertenzia,
- choroby muskuloskeletálne, svalová atrofia, zlomeniny, nefunkčná alebo chýbajúca končatina,
- chirurgické výkony, osteosyntéza, tracheostómia, operačné výkony,
- faktory spojené s liečbou, dýchací prístroj,

- permanentný močový katéter,
- psychické problémy, nedostatok motivácie, narušená emočná stabilita, depresia, problémy v kognitívnej oblasti, úzkosť,
- poruchy vedomia, bolesť.

◊ Sestra **posudzuje príčinnú súvislosť deficitu sebaobsluhy a sebaopatery s prítomnými ochoreniami.**

◊ Sestra **v spolupráci s lekárom pátra po možnostiach zlepšenia stavu sebaobsluhy a sebaopatery cestou dopátrania a terapie prítomných ochorení, ktoré môžu spôsobovať prítomný deficit**.

◊ Sestra zabezpečí vyšetrenie pacienta s nesebestačnosťou lekárom a ďalej postupuje v súlade s jeho ordináciou.[Level V/EBN]

Diagnostika

Výber súvisiacich sesterských diagnóz podľa prílohy vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz:

V 122 Zmenená výživa - menší príjem ako telesná potreba

V 125 Riziko odmietania potravy

V 137 Znížený príjem tekutín

V 138 Riziko zníženého príjmu tekutín

A 100 Narušená adaptácia jednotlivca

A 101 Riziko narušenej adaptácie jednotlivca

A 102 Narušená adaptácia rodiny

A 103 Riziko narušenej adaptácie rodiny

A 110 Intolerancia aktivity

A 111 Riziko intolerancie aktivity

B 111 Chronická bolesť

B 112 Riziko vzniku bolesti

D 104 Riziko vzniku dekubitov

E 100 Nedostatok informácií

E 103 Nedostatok vedomostí

E 104 Riziko nedostatku vedomostí

I 121 Riziko vzniku infekcie

K 111 Riziko narušenia celistvosti kože

K 113 Riziko narušenia celistvosti tkanív

K 120 Zmena sliznice ústnej dutiny

P 104 Riziko zmeny psychického stavu

P 107 Zmena správania

S 100 – 119 Sebaopatera

S 101 Deficit sebaopatery v osobnej hygiene

S 102 Riziko deficitu sebaopatery v osobnej hygiene

S 104 Deficit sebaopatery v prijímaní potravy

S 105 Riziko deficitu sebaopatery v prijímaní potravy

S 107 Deficit sebaopatery vo vyprázdňovaní

S 108 Riziko deficitu sebaopatery vo vyprázdňovaní

S 110 Deficit sebaopatery v úprave zovňajšku

S 111 Riziko deficitu sebaopatery v úprave zovňajšku

S 113 Deficit sebaopatery v úprave okolia

S 114 Riziko deficitu sebaopatery v úprave okolia

S 115 Deficit sebaopatery v aktivitách denného života

V 122 Zmenená výživa - menší príjem ako telesná potreba

V 125 Riziko odmietania potravy

V 137 Znížený príjem tekutín

V 138 Riziko zníženého príjmu tekutín

Plánovanie a realizácia

Cieľom a výsledkom ošetrovateľskej starostlivosti je **efektívne fungovanie pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery**. Pri realizácii denných aktivít sa ošetrovateľstvo zameriava na udržanie, alebo zvyšovanie súčasného stavu sebaopatery a usiluje sa dosiahnuť u jednotlivca čo najvyššiu nezávislosť. Cieľavedomou asistenciou pacientovi s deficitom sa zvyšuje rozsah jeho možností, možnosti existencie a zároveň sa podporuje jeho samostatnosť a nezávislosť pri samoobslužných aktivitách (Tomagová, 2008).

- **Plánovanie**

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je predísť komplikáciám, ktoré vznikajú v súvislosti s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery, redukovať existujúce komplikácie pri nesebestačnosti pacienta, alebo predchádzať riziku pádu, úrazu, infekcie, imobility, imobilizačnému syndrómu, destabilizácie a dekompenzácie pacienta s obmedzenou sebaopaterou.

◊ Na základe **analýzy** aktuálneho stavu a potrieb pacienta sestra **plánuje a vykonáva intervencie** v rozsahu svojich kompetencií, metódou ošetrovateľského procesu, vrátane ich primeranej dokumentácie a pri **multidisciplinárnej spolupráci**.

◊ Pri plánovaní intervencií sestra zohľadňuje **ciele pre pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery,** pre jeho rodinu, príbuzných, alebo komunitu podľa priorít pacienta, ciele orientuje na pomoc pacientovi v súčinnosti s jeho rodinou, komunitou. Uvedené ciele starostlivosti je zároveň možné určiť ako výstupné kritériá starostlivosti.

A. **Ciele pre pacienta** s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery

1. **predísť komplikáciám z nesebestačnosti**, minimalizovať riziko pádu, úrazu, riziko rozvoja imobilizačného syndrómu, riziko dekompenzácie pacienta,
2. **vyjadriť pochopenie príčin nesebestačnosti pacienta**, prispievajúcich faktorov,

3. **prejaviť vedomosti ako sa starať o svoje zdravie** a zvyšovať si sebestačnosť,
4. **nájsť vhodné intervencie k zlepšeniu sebestačnosti**, udržiavať kvalitu sebestačnosti na úrovni v akej sa práve nachádza pacient s deficitom sebaopatery, predchádzať komplikáciám,
5. **osvojiť si primerané metódy zlepšenia sebestačnosti** k individuálnej situácii a postihnutiu pacienta.

B. Ciele pre sestru poskytujúcu starostlivosť pacientovi s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery

1. **vytvoriť bezpečné prostredie pre pacienta s deficitom** s ohľadom na zvyšovanie jeho sebestačnosti a kvality jeho života,
2. **zabezpečiť u pacienta s deficitom dostatočnú hydratáciu** s normálnym kožným turgorom, s vlhkými sliznicami a primeranou diurézou,
3. **zabezpečiť u pacienta primeranú výživu** a dosiahnuť a udržiavať jeho normálnu telesnú hmotnosť BMI, predchádzať malnutrícii, obezite.
    a. Vplyv podvýživy na zdravie hospitalizovaných starších dospelých je dobre zdokumentovaný. V tejto populácii je podvýživa spojená s predĺženým pobytom v nemocnici, zlým zdravotným stavom, inštitucionalizáciou a smrťou (Corkins a kol., 2014 [Level IV], Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016).
    b. **Podvýživa súvisí aj s krehkosťou a zhoršeným funkčným stavom** (Litchford, 2014 [Level VI], Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016).
    c. **Výživové doplnky** zlepšujú stav výživy u podvyživených starších dospelých v nemocnici a mali by sa zvážiť u starších dospelých, ktorí sú podvyživení alebo sú vystavení riziku podvýživy (Joanna Briggs Institute, 2007; Volkert a kol., 2006 [Level I], Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016).
4. **poskytnúť akútnu pomoc** v prípade pádu, úrazu, dusenia, topenia sa,
5. **efektívne zapojiť rodinu, opatrovateľov, komunitu** do starostlivosti, edukovať o rizikách pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery.

Interdisciplinárna komunikácia týkajúca sa funkčného stavu, zmien a očakávanej trajektórie by mala byť súčasťou všetkých možností starostlivosti a mala by zahŕňať pacienta a rodinu, kedykoľvek je to možné (Counsell a kol., 2000 [Level II]; Covinsky a kol., 1998 [Level II]; Kresevic a kol., 1998 [Level VI]; Landefeld a kol., 1995 [Level II])

◊ Sestra udržuje každodennú rutinu jednotlivca. Pomáha udržiavať fyzickú, kognitívnu a spoločenskú funkciu prostredníctvom fyzickej aktivity a socializácie. Podporuje čítanie novín. (Kresevic, Holder, 1998 [Level VI]; Landefeld a kol., 1995 [Level II])

◊ **Sestra opakuje skrínig deficitu sebaobsluhy a sebaopatery**, posúdi stupeň sebestačnosti a všetky riziká u pacienta s deficitom sebaopatery.

◊ Sestra zodpovedá za odovzdanie informácie o rizikách pacienta v nesebestačnosti v súlade so zvyklosťami pracoviska (v zmysle dostatočnej identifikácie pacienta pre ošetrujúci personál).

◊ Sestra plánuje všetky dostupné, **efektívne intervencie s cieľom vylúčiť, resp. redukovať riziká u pacienta** pri uplatnení najnovších poznatkov moderného ošetrovateľstva a súvisiacich disciplín.

◊ Pri plánovaní intervencií je **bezpečnosť pacienta prioritou**, opatrenia však musia byť plánované a realizované pri **rešpektovaní etických princípov** starostlivosti.

◊ V prípade rizika spôsobeného deficitom sebaobsluhy a sebaopatery spojeného so **stavmi zmätenosti, poruchami kognitívnych funkcií/správania**, sestra konzultuje s ošetrujúcim lekárom **možnosti úpravy psychiatrickej liečby** (počas dňa a na noc) a následne plní ordinácie lekára.

◊ **Sestra priebežne pozoruje, hodnotí a zohľadňuje nové zmeny v zdravotnom stave** (teploty, zmätenosť, únava, spavosť, zápaly dolných dýchacích ciest, nestabilita, náhla zmätenosť, porucha rovnováhy, zhoršenie mobility a ďalšie riziká).

◊ Sestra konzultuje starostlivosť **s ošetrujúcim lekárom**, prípadne so psychiatrom, a následne zabezpečí plnenie ordinácií v prípade predpokladu potreby/indikácie

- zmeny terapie,
- zmeny správania sa pacienta,
- zmeny zdravotného stavu pacienta,
- nárastu komplikácii z nesebestačnosti.

◊ Proces plánovania, realizácie a hodnotenia intervencií sestra vhodne a cielene komunikuje, deleguje a zabezpečuje s **ďalšími členmi ošetrovateľského (zdravotno-sociálneho) tímu.**

◊ Do procesu plánovania, realizácie a hodnotenia intervencií sestra **zapája samotného pacienta a jeho blízkych** takým spôsobom, aby získala ich primeranú informovanosť a maximálnu súčinnosť pre dosiahnutie cieľov.

◊ Ak pacient pri nácviku/výkone sebaobslužných činností prejavuje **bolesť**, sestra konzultuje s lekárom, a následne zabezpečí **podávanie analgetík** v súlade s ordináciou lekára.

Zníženie alebo odstránenie bolesti podporuje pacientovu účasť na sebaopatere.

1. **Všeobecné zásady manažmentu pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery**

◊ Sestra **zabezpečí a zároveň vedie ošetrujúci personál** k tomu, aby

- **samostatnosť pacienta bola podporená** (pozitívny postoj a pochváliť jeho úspechy, udržiavať komunikáciu ako prejav úcty k nemu a prostriedok utvárania a upevňovania dôvery k sestre);
- v komunikácii pacientov používal **jednoduché, jasné výroky, pokyny**;
- v nácviku sebestačnosti používal **postupnosť krokov**;
- zabezpečil **osvetlenie, poriadok**;
- zabezpečil možnosť pacienta **dovolať sa pomoci**;
- poučil pacienta o **používaní signalizácie**, umiestnil signalizačný prvok tak, aby ho mal pacient po ruke;
- hodnotil a **zohľadnil únavu** pacienta;

- podával stravu častejšie a menšie porcie, obľúbených jedál, podľa potreby rozmixoval resp. zabezpečil rozmixovanú stravu;
- sledoval príjem potravy, zabezpečoval potravu bohatú na bielkoviny a vitamín C, s vysokým obsahom vlákniny, zeleninové a ovocné šťavy v súlade s diétnym a liečebným režimom. [Level V/EBN]
- zabezpečil **optimálny** (dostatočný) **príjem tekutín v súlade s ordináciou lekára;**

Riziko dehydratácie u chorých a krehkých starších dospelých osôb je podložené početnými štúdiami. Závislosť a úroveň aktivít denného života (ADL) vždy súviseli s pôvodom dehydratácie u starších dospelých (Men - tes & Iowa—Veterans Affairs Nursing Research Consortium [IVANRC], 2000 [Level I], Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016).

- **znižoval riziko močovej infekcie**, sledoval diurézu, pátral po príznakoch infekcie, nacvičoval **rytmus pravidelného močenia**, podľa potreby zabezpečil močovú fľašu, vhodné inkontinenčné pomôcky;

Kontinenciu podporujú faktory ako schopnosť chodiť, používanie podložnej misy alebo klozetu a ošetrovateľská pomoc (Kresevic, 1997 [Level IV], Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016).

- podporoval u pacienta **pravidelnú defekáciu**, ráno, nácvik vyprázdňovania, posúdil podanie laxatív, glycerínových čapíkov, klyzmy, dostupnosť toalety, WC kreslo;
- podporoval u pacienta **pravidelné cvičenie** s cieľom zvýšiť svalový tonus perineálnych svalov;
- poučil pacienta (pri zohľadnení schopnosti pacienta porozumieť a komunikovať) o nácviku prvkov sebaopatery;
- zabezpečoval **individuálnu liečebnú fyzioterapiu/cvičenie**, zapájal pacienta do skupinového cvičenia zameraného na elimináciu komplikácii z dysfágie, správneho prehĺtania, dýchania;
- realizoval **manažment bolesti** pacienta, eliminoval bolesť v spolupráci s lekárom a podľa potreby pacienta, („Posúďte a liečte bolesť“ podľa Covinsky a kol., 1998 [Level II])
- **povzbudzoval pacienta k aktívnej účasti v starostlivosti o seba;**
- aktivity pri obliekaní/úprave zovňajšku, pri kúpaní/hygiene, pri jedení/stravovaní a pri vyprázdňovaní boli **plánované v čase, keď je pacient oddýchnutý;**
- **podporoval aktivitu vrátane rutinného cvičenia**, rozsahu pohybov a chôdze na udržanie aktivity, flexibility a funkcie (Counsell a kol., 2000 [Level II]; Landefeld a kol., 1995 [Level II]; Pedersen, Saltin, 2006 [Level II]).
- **minimalizoval odpočinok na lôžku** (Bates-Jensen a kol., 2004 [Level V]; Covinsky a kol., 1998 [Level II]; Kresevič, Holder, 1998 [Level VI]; Landefeld a kol., 1995 [Level II].

◊ Sestra

- zabezpečí korektné užívanie najmä psychoaktívnych liekov, v geriatrických dávkach (pozri prehľad NGC z Hartfordského institutu pre geriatrické ošetrovateľské ošetrenie Zníženie nežiaducich účinkov u starších dospelých) (Inouye a kol., 1998 [Level III]), pozn. v súlade s ordináciou lekára;
- napomáha jednotlivcom opätovne získať základnú funkciu po akútnych ochoreniach pomocou konzultácií o fyzickej alebo pracovnej terapii, výžive a tréningu (Conn a kol., 2003 [Level I]; Covinsky a kol., 1998 [Level II]; Engberg a kol., 2002 [Level II]; Forbes, 2005 [Level VI]; Hodgkinson, Evans, Wood, 2003 [Level I]; Kresevic a kol., 1998 [Level VI]);
- poskytuje vzdelávanie a pomoc rodinám jednotlivcov, keď pokles schopností napriek ošetrovateľskému a rehabilitačnému úsiliu nie je možné zastaviť (Graf, 2006 [Level V]);
- dôsledne dokumentujte všetky intervenčné stratégie a odpovede na ne zo strany pacientov (Graf, 2006 [Level V]);
- poskytuje osobám poskytujúcich starostlivosť informácie o príčinách funkčného poklesu súvisiaceho s akútnymi a chronickými stavmi (Covinsky a kol., 1998 [Level II]);
- zabezpečuje **vzdelávanie, ktoré by riešilo potreby bezpečnej starostlivosti** o pády, zranenia a bežné komplikácie. Môže byť potrebná krátkodobá kvalifikovaná starostlivosť o fyzickú liečbu (Covinsky a kol., 1998 [Level II]);
- zabezpečuje podporu starostlivosti o deti a **komunitné služby**, ako sú domáca starostlivosť, ošetrovateľstvo a služby fyzickej a pracovnej terapie na zvládnutie funkčného poklesu. (Covinsky a kol., 1998 [Level II]; Graf, 2006 [Level V]),

◊ Sestra **vedie ošetrujúci personál** k tomu, aby bezodkladne nahlásil všetky zmeny zdravotného stavu, alebo zmeny správania sa u pacienta s deficitom sebaopatery a následne intervencie vhodne upraví.

◊ Sestra v súlade so zvyklosťami pracoviska zabezpečí/superviduje **zabezpečenie primeranej socializácie a aktivizácie.**

◊ Sestra priebežne, podľa potreby kontroluje **dýchanie**, auskultuje pľúca, sleduje charakter spúta, realizuje nácvik kašľania a hlbokého dýchania, nácvik meniť polohu, odsáva sekréty podľa ordinácie lekára.

◊ V prípade, že u pacienta došlo k **zhoršeniu stavu sebestačnosti**, sestra bezodkladne informuje a ďalšiu starostlivosť konzultuje s lekárom.

◊ Sestra zabezpečí a zároveň vedie ošetrujúci personál k **vylúčeniu** typických **environmentálnych bariér** zhoršujúcich deficit sebaobsluhy a sebaopatery:

- **oblasť obliekania, úpravy zovňajšku** (odev nie je pacientovi v dosahu, pomôcky na úpravu zovňajšku nie sú na dosah pacientovi, odev nie je usporiadaný v poradí, v akom ho bude pacient používať);

- **oblasť hygieny** (pomôcky pre osobnú hygienu nie sú na dosah, pacient nemá bezpečne upravené prostredie pre hygienu, nevhodná ergonómia priestoru, chýba bezbariérovosť); Požiadavkou je prispôsobené prostredie s madlami, širokými dverami, vyvýšenými záchodovými sedadlami, sprchovými sedadlami, zvýšeným osvetlením, nízkymi posteľami a stoličkami rôznych typov a výšky (Cunningham, Michael, 2004 [Level I]; Kresevic, Holder, 1998 [Level VI]);
- **oblasť stravovania** (pomôcky pre stravovanie nie sú na dosah, prostredie nie je bezpečné, nie je v blízkosti stolička, stôl, opierka, madlo);
- **oblasť vyprázdňovania** (pomôcky pre vyprázdňovanie nie sú na dosah, prostredie nie je bezpečné, nevhodná ergonómia priestoru, chýba bezbariérovosť);
- **ďalšie bariéry** vrátane jazykovej bariéry, zhoršenia reči, zrakovej ostrosti, problémy so sluchom, s emočnou stabilitou; nedostatok informácií, nedostatok času na vysvetlenie a diskusiu; rodinné problémy psychického a intímneho charakteru, sociálno-ekonomické ťažkosti.

◊ **Pri podávaní liekov** sestra podá pacientovi pripravenú dávku liekov, alebo vloží lyžičkou lieky pacientovi **do úst na strednú časť jazyka.** Sestra poskytne pacientovi dostatok vhodnej tekutiny, aby mohol lieky bezpečne prehltnúť a zapiť. Podávanie liekov u pacientov s deficitom sebaopatery je možné iba pod dohľadom. Po konzultácii s lekárom vo forme **podrvených tabletiek pomiešaných s trochou tekutiny** prostredníctvom injekčnej striekačky tak, aby pacient neaspiroval. Dôležité je následne podať pacientovi vhodné tekutiny na zapitie tak, aby lieky neostali v hornej tráviacej časti tela pacienta.

Pozn. Intervencie sestry pre **efektívne predchádzanie rizika pádu, rizika vzniku imobility, imobilizačného syndrómu, rizika vzniku dekubitu** sú podrobnejšie definované v osobitných s problematikou nesebestačnosti úzko súvisiacich ošetrovateľských štandardoch.

◊ **Sestra si vybuduje s pacientom, s jeho príbuznými, rodinou, komunitou bližší vzťah** založený na dôvere, podporuje tým viacej spoluúčasť pacienta a jeho blízkych pri určení problému s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery a podporuje tak priaznivejšie prijatie rozhodnutia zmeniť aktuálny stav pacienta, zlepšuje tým spoluprácu pacienta a jeho rodiny zameranú na dosiahnutie lepšieho výsledku v sebaobsluhe a sebaopatere.

◊ **Sestra vypracuje individuálny ošetrovateľský plán** podľa individuálnych schopností pacienta a situácie tak, aby sa čo najviac priblížil k harmonickému režimu pacienta.

◊ Sestra si **vyhradí čas na vypočutie pacienta** a jeho blízkych tak, aby čo najskôr zistila prekážky v realizácii a ich spoluúčasti na režime pacienta.

◊ Sestra **sprostredkuje a umožní komunikáciu** medzi osobami, ktoré ošetrujú pacienta, zlepší tak koordináciu a kontinuitu v starostlivosti v interdisciplinárnom tíme.

◊ Sestra pripraví program na obnovu motivácie a socializáciu pacienta s deficitom.

◊ **Sestra asistuje pri rehabilitačnom programe** pacienta.

◊ Sestra dbá pri úkonoch sebaobsluhy a sebaopatery u pacienta na jeho **súkromie a intimitu.**

◊ Pri výkone sebaopatery u pacienta s deficitom sestra poskytne pacientovi dostatok času, aby mohol dokončiť výkon v celom rozsahu svojich schopností, **vyhýba sa prerušeniu nepotrebnou komunikáciou**.

◊ Sestra pomáha pacientovi s adaptáciou na bežné denné aktivity, **začína najprv s jednoduchšími úkonmi sebaobsluhy**, aby bol pacient motivovaný pre náročnejšie úkony.

◊ Podľa potreby sestra obstará pomôcky pre pacienta s deficitom, napr. zvýšené záchodové sedadlo, madlá, háčik na zapínanie gombíkov, špeciálne upravené riady, príbory, atď., alebo deleguje.

◊ **Sestra vedie pacienta k úspore energie**, napr. niektoré úkony, aby urobil v sede, namiesto v stoji.

◊ **Sestra si všíma vedľajšie účinky liekov** na pacientovi v súvislosti s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery, u pacienta monitoruje ospalosť, útlm, správanie pacienta.

◊ Podľa indikácie lekára zavedie u pacienta s deficitom tréning motility čriev a močového mechúra, z dôvodu pravidelnosti vylučovania.

◊ Pokrmy a nápoje majú byť pripravené **podľa chuti a stavu pacienta** a súčasne majú spĺňať kritériá zdravej výživy, podľa individuálnych potrieb pacienta s deficitom.

◊ Sestra zabezpečí pomôcky potrebné pre alternatívne spôsoby kŕmenia pacienta. [Level V/EBN]

2. Špecifické intervencie

◊ Sestra zabezpečí a zároveň vedie ošetrujúci personál k uplatňovaniu **špecifických intervencií vo vzťahu k špecifickým oblastiam deficitu** a prítomným hendikepom pacienta, do intervencií zapája v primeranom rozsahu aj blízkych pacienta (v prípade, že ich prítomnosť je obmedzená, napr. v inštitucionálnej starostlivosti požiadavku uplatňuje v adekvátnom rozsahu, t. j. pri prítomnosti blízkych, návšteve a pod.).

Intervencie sestry/ošetrujúceho personálu pre pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery pri obliekaní a úprave zovňajšku

◊ Sestra/ošetrujúci personál spolu s pacientom a v spolupráci s jeho blízkymi realizuje, alebo deleguje nasledovné intervencie:

- **vyberie vhodné oblečenie a obuv** pre jednotlivé ročné obdobia, široké rukávy, voľné nohavice, odev vpredu so zapínaním, gombíky by mali mať priemer aspoň 2 cm, dostatočne voľnú a bezpečnú obuv so suchým zipsom;
- **zabezpečí súkromie počas obliekania** a obmedzuje prítomnosť ďalších osôb;
- **odstráni bariéry prostredia** počas obliekania a ľudské faktory, ktoré obmedzujú schopnosť obliecť sa a upraviť si zovňajšok;
- zabezpečí, **aby pacient mal odev a pomôcky na úpravu zovňajšku na dosah** vo svojej blízkosti a usporiadané v takom poradí, v akom ich bude používať;
- **upraví prostredie** tak, aby bolo bezpečné, napr. doplní stoličkou, madlom, opierkou;
- naučí pacienta, aby prakticky vedel ukázať jednotlivé kroky obliekania;
- poučí pacienta k používaniu predpísaných okuliarov, sluchových prístrojov;

- **podporí samostatnosť pacienta v obliekaní**, pochváli úspechy pacienta;
- **vytvorí dostatok času** pacientovi na obliekanie, vyzliekanie;
- **zabezpečí a naučí pacienta používať kompenzačné pomôcky** na uľahčenie obliekania, palička na obliekanie, zapínač gombíkov, sťahovač zipsu, pomôcka na naťahovanie pančúch, dlhé kliešte, alebo dlhý háčik na vyťahovanie ponožiek, obuvák s dlhou rúčkou, vyzuvák;
- najprv pacienta **naučí jednoduchším krokom**, neskôr zložitejším úkonom v oblasti obliekania, vyzliekania;
- podporuje eliminovanie bolesti pri úkonoch sebaopatery, ak má pacient naordinované analgetiká má ich užiť 30 min. pred obliekaním, či vyzliekaním;
- ak je to potrebné pacientovi pomáha s obliekaním a s úpravou zovňajšku, napr. ak sa pacient nevie sám učesať, do svojich rúk zobrať jeho ruku aj s hrebeňom a pomôcť mu upraviť vlasy, zvyšuje sa rozsah pohybu u pacienta a jeho nezávislosť;
- podporuje u pacienta humor, veselú náladu, pozitívny postoj;
- u terminálne chorého rešpektuje odmietnutie aktivít týkajúcich sa obliekania a úpravy zovňajšku.

Intervencie sestry/ošetrujúceho personálu v oblasti obliekania a úpravy zovňajšku u zrakovo postihnutých pacientov:

◊ Sestra/ošetrujúci personál umožní pacientovi, aby si vybral miestnosť na obliekanie, odstráni bariéry z prostredia, prostredie zmenežuje tak, aby bolo bezpečné pre pacienta.

◊ Sestra/ ošetrujúci personál sa verbálne ohlási pri vstupe do miestnosti a pri vychádzaní z miestnosti v ktorej sa pacient oblieka, slovne pacienta vyzýva a vedie k obliekaniu, alebo vyzliekaniu.

Intervencie sestry/ošetrujúceho personálu v oblasti obliekania a úpravy zovňajšku u pacientov s kognitívnymi problémami:

◊ Sestra/ošetrujúci personál spolu s pacientom a v spolupráci s jeho blízkymi realizuje, alebo deleguje nasledovné intervencie:

- udržiava jednoduchú verbálnu komunikáciu, používať otázky, na ktoré pacient jednoducho odpovedá "áno", "nie";
- dáva pacientovi jednoduché pokyny napr. "obujte si ponožky";
- pochváli každý krok pacienta;
- oslovuje pacienta menom, používa rovnaké slová pre rovnaké veci;
- najprv si pacient oblieka spodnú časť tela;
- pripraví prostredie vhodné na obliekanie;
- zabezpečí dobré osvetlenie, zabezpečí poriadok,
- zabezpečí, aby pacient mal odev v takom poradí, v akom ho bude používať;
- odstráni špinavé odevy;
- pomáha pacientovi neverbálnou komunikáciou;

- podá odev, ktorý pacient nevie uchopiť;
- topánky priloží ku správnej nohe;
- používa gestikuláciu na vysvetlenie;
- ukazuje, alebo dotkne sa časti tela, ktorú si bude pacient obliekať;
- postupne znižuje pomoc pri obliekaní.

Intervencie sestry/ošetrujúceho personálu pri deficite sebaobsluhy a sebaopatery pacienta pri kúpaní a hygiene

◊ **Sestra spolu s pacientom, v spolupráci s jeho blízkymi realizuje, alebo deleguje nasledovné intervencie:**

- zistí u pacienta jeho obvyklé zvyky, ktoré má pri kúpaní, hygiene,
- uplatní pri kúpaní pacienta s deficitom individuálny prístup napr. u pacienta s bolesťou, s permanentným katétrom, vyberie najvhodnejší spôsob kúpania vyhovujúci pacientovi, využije sprchovaciu stoličku, sprchu, hydraulickú vaňu,
- **zabezpečí súkromie počas kúpania, hygieny** a obmedzuje prítomnosť ďalších osôb;
- celkový kúpeľ naplánuje pred spaním,
- **posúdi a odstráni bariéry prostredia** a ľudské faktory, ktoré počas kúpania a hygieny obmedzujú schopnosť okúpať sa, urobiť si hygienu,
- zabezpečí, **aby pacient mal všetky pomôcky na kúpanie a hygienu na dosah** vo svojej blízkosti a usporiadané v takom poradí v akom ich bude používať,
- **upraví prostredie** tak, aby bolo bezpečné, napr. sprchovacia stolička, madlá, opierka, protišmyková podložka do vane, do sprchy, protišmyková podlaha,
- naučí pacienta, aby sa prakticky vedel okúpať, urobiť si hygienu samostatne,
- zabezpečí teplotu v miestnosti v rozmedzí 22-24^{o}, zabezpečí primeranú teplotu vody,
- **podporí samostatnosť v kúpaní sa, v hygiene**, pochváli úspechy pacienta,
- **vytvorí dostatok času** pacientovi na kúpanie, hygienu,
- komunikuje s pacientom počas kúpania, realizácie hygieny,
- **zabezpečí a naučí pacienta používať kompenzačné pomôcky** na uľahčenie kúpania napr. sedačka do vane, sedačka pod sprchu, zábradlie, madlá, hydraulický výťah, hydraulická vaňa kefa s dlhou rúčkou, mydlo na šnúrke, elektrická zubná kefka, elektrický holiaci strojček, fén, atď.,
- najprv pacienta **naučí jednoduchším krokom**, neskôr zložitejším úkonom v oblasti kúpania a hygieny,
- ak má pacient postihnuté, alebo chýbajúce končatiny sestra pomáha pacientovi s kúpaním a s hygienou do takej miery, ako je to potrebné pre jeho adaptáciu,
- počas kúpania, hygieny posúdi stav kože,
- podporuje eliminovanie bolesti pri úkonoch sebaopatery, ak má pacient naordinované; analgetiká má ich užiť 30 min. pred kúpaním, či hygienou,

- podporuje u pacienta humor, veselú náladu, pozitívny postoj,
- u terminálne chorého rešpektuje odmietnutie aktivít týkajúcich sa obliekania a úpravy zovňajšku,
- v domácom prostredí sestra podporuje individuálny prístup pri naučení pacienta sebestačnosti v kúpaní a v hygiene, zabezpečí bezpečné prostredie a pomôcky, ktoré uľahčujú kúpanie a hygienu. [Level V/EBN].

Intervencie sestry/ošetrujúceho personálu v oblasti kúpania a hygieny u zrakovo postihnutých pacientov

◊ Sestra spolu s pacientom, v spolupráci s jeho blízkymi realizuje, alebo deleguje nasledovné intervencie:

- pripraví pomôcky na kúpanie, pre hygienu, uloží ich na najvhodnejšie miesto podľa stavu pacienta, alebo intervencie deleguje,
- **ak sa pacient kúpe sám, signalizačné zariadenie mu sestra neuloží na dosah, ohrozila by tým jeho život, komunikáciu s pacientom a jeho dohľad zabezpečí napr. delegovaním na ostatných ošetrujúcich,**
- zabezpečí súkromie pacienta, odstráni bariéry, prostredie zmenežuje tak, aby bolo bezpečné pre pacienta,
- verbálne sa ohlási pri vstupe do miestnosti a pri vychádzaní z miestnosti, v ktorej sa pacient kúpe, sprchuje, slovne pacienta vedie k obliekaniu, vyzliekaniu, k hygiene,
- pozoruje schopnosť u pacienta lokalizovať pomôcky na kúpanie,
- pozoruje schopnosť u pacienta učesať si vlasy, umyť si zuby, starať sa o kožu, starať sa o nechty, používať make-up.

Intervencie sestry/ošetrujúceho personálu v oblasti kúpania a hygieny u pacientov s kognitívnymi problémami

◊ Sestra spolu s pacientom, v spolupráci s jeho blízkymi realizuje, alebo deleguje nasledovné intervencie:

- **udržiava jednoduchú verbálnu komunikáciu,** používa otázky na ktoré pacient jednoducho odpovedá "áno", "nie",
- dáva pacientovi jednoduché pokyny napr. "umyte si tvár",
- pochváli každý krok pacienta, je konkrétna a stručná,
- oslovuje pacienta menom, používa rovnaké slová pre rovnaké veci,
- pripraví prostredie vhodné na kúpanie a hygienu, alebo intervencie deleguje,
- kúpanie a hygienu vykonáva v pravidelne v tom istom čase,
- vyvaruje sa rozptyľovaniu pacienta pri kúpaní, hygiene,
- odstráni špinavé odevy,
- pomáha pacientovi pri kúpaní iba s tými časťami tela, ktoré si nie je schopný umyť sám,
- kontroluje aktivity súvisiace s kúpaním, s hygienou, aby boli vykonané bezpečne,

- je ostražitá pri únave pacienta, únava prináša viacero rizík.

Špecifické intervencie sestry u pacientov s nefunkčnými, alebo chýbajúcimi prstami

◊ Sestra spolu s pacientom, v spolupráci s jeho blízkymi realizuje, alebo deleguje nasledovné intervencie:

- kúpanie, hygienu u pacienta vykonáva skoro ráno, alebo večer pred spaním, aby sa vyhla zbytočnému obliekaniu a vyzliekaniu,
- vedie pacienta k používaniu zrkadla pri kúpaní na inšpekciu kože,
- po amputácii umýva kýpeť dvakrát denne a ubezpečí sa, či je pred použitím protézy suchý.

Intervencie sestry/ošetrujúceho personálu s deficitom sebaopatery pri jedení, stravovaní

◊ Sestra spolu s pacientom, v spolupráci s jeho blízkymi realizuje, alebo deleguje nasledovné intervencie:

- zistí u pacienta používanie umelého chrupu, načúvacích pomôcok, okuliarov, poučí ho o potrebe predpísanej pomôcky,
- u pacienta si všíma stravovacie návyky, typický denný príjem potravy, obľúbené, neobľúbené jedlá, alergie na jedlo, stravovacie obmedzenia vyplývajúce z diéty, z náboženstva, z kultúry, sleduje príjem tekutín, užívanie vitamínov, minerálov, liekov,
- pred jedením u pacienta nevykonáva bolestivé invazívne procedúry,
- pred jedením aj po jedení vykoná hygienu ústnej dutiny,
- upraví prostredie, v ktorom sa pacient stravuje, prostredie má byť príjemné, tiché, bez rušenia môže hrať príjemná tichá hudba, nemá byť v blízkosti toalety, zápachu,
- **vkusne upraví jedlo a udrží jeho správnu teplotu,**
- **pred jedením pacienta uloží do pohodlnej polohy,** v závislosti od stavu pacienta, napríklad imobilného pacienta v posteli uloží do vysokej Fowlerovej polohy s podopretým krkom a hlavou, pričom krk pacienta je mierne flexovaný dopredu,
- podporuje samostatnosť v jedení, pochváli jeho úspechy,
- **zabezpečí a naučí používať pacienta kompenzačné pomôcky uľahčujúce jedenie,** tanier s pripojenou obrubou, kombinované príbory, nôž s lyžicou, nôž s vidličkou, príbor s hrubými rúčkami, pohár so slamkou, pomôcka na otáčanie kohútika, nastaviteľný krájač, doštička s hrotmi, pomôcka na nalievanie z čajníka,
- **ak je potrebnú pomôcť pacientovi pri jedení**, sadne si vedľa neho, do svojich rúk zoberie jeho ruku a pomáha mu pri jedení, zvyšuje sa rozsah pohybu u pacienta a jeho nezávislosť,
- **počas jedenia udržiava sociálny kontakt s pacientom,**
- **na jedenie ponechá dostatok času, ak treba zabezpečí súkromie počas jedenia** a obmedzuje prítomnosť ďalších osôb,
- na zvýšenie príjmu potravy (optimálne) používa protokol, v ktorom sú zaznamenané nasledujúce údaje: individuálna pomoc, vhodná poloha, preferované miesto stolovania a

postupne menené podnety, ktoré zvyšujú schopnosť samostatného jedenia, sociálne podnety, neverbálne podnety,

- naučí pacienta kontrolovať teplotu potravy a používať pomôcky, ktoré zabránia znečisteniu odevu, podbradníky, rešpektuje prípadné odmietnutie stravy pacientom,
- u terminálne chorého pacienta rešpektuje odmietnutie stravy.

Intervencie sestry/ošetrujúceho personálu v oblasti stravovania a jedenia u zrakovo postihnutých pacientov

◊ Sestra spolu s pacientom, v spolupráci s jeho blízkymi realizuje, alebo deleguje nasledovné intervencie:

- opíše pacientovi polohu tanierov, misiek na podložke, alebo na stole,
- charakterizuje pacientovi jedlo na stimuláciu apetítu,
- pripraví pomôcky na stravovanie, uloží ich na najvhodnejšie miesto podľa stavu pacienta, alebo intervencie deleguje,
- **tvarovo rozlíši podnos, taniere a misky;,**
- verbálne sa ohlási pri vstupe do miestnosti a pri vychádzaní z miestnosti, v ktorej sa pacient stravuje, slovne pacienta vedie k stravovaniu,
- pozoruje schopnosť u pacienta stravovať sa samostatne a samostatne lokalizovať taniere, misky, jedlo,
- pozoruje schopnosť u pacienta najesť sa s apetítom k jedlu.

Intervencie sestry/ošetrujúceho personálu v oblasti stravovania a jedenia u pacientov s kognitívnymi problémami

◊ Sestra spolu s pacientom, v spolupráci s jeho blízkymi realizuje, alebo deleguje nasledovné intervencie:

- **upraví prostredie aby bolo tiché,** bez rušivých vplyvov,
- **sleduje pacientov počas jedenia,** dáva pozor na aspiráciu, dusenie sa,
- **udržiava jednoduchú verbálnu komunikáciu, používa otázky, na ktoré pacient jednoducho odpovedá "áno", "nie", alebo intervencie deleguje,**
- **dáva pacientovi jednoduché pokyny,** napr. "prehltnite",
- **pochváli každý krok pacienta**, je konkrétna a stručná,
- podporuje pacienta v stravovaní a je pripravená na prejavy únavy, frustrácie, agitácie,
- zabezpečuje rovnakú postupnosť počas stravovania,
- **povzbudzuje u pacienta čistotu** a jedenie v malých dávkach,
- oslovuje pacienta menom, používa rovnaké slová pre rovnaké veci.

Intervencie sestry/ošetrujúceho personálu s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery pri vyprázdňovaní

◊ Sestra spolu s pacientom, v spolupráci s jeho blízkymi realizuje, alebo deleguje nasledovné intervencie:

- zabezpečí u pacienta **vyvážený príjem stravy** a dostatočný príjem tekutín na podporu adekvátneho vylučovania moču, stolice,
- vypracuje v spolupráci s pacientom denné záznamy o frekvencií a čase vyprázdňovania,
- povzbudzuje pacienta k používaniu predpísaných okuliarov, alebo sluchových pomôcok,
- **zabráni pádu pacienta** pri presune na WC kreslo, alebo pri vyprázdňovaní,
- **podporuje nezávislosť,** ponechá dostatok času a súkromia,
- **predchádza zápche,** vysvetlí význam konzumácie dostatočného **množstva vláknin, vrátane štiav obsahujúcich dužinu, zabezpečí u pacienta pravidelné cvičenie, dbá na pravidelnú defekáciu**,
- ak je to možné, vyvaruje sa prostriedkom na podporu defekácie ako je napr. klyzma, čapíky, laxatíva,
- zabezpečí a **naučí pacienta používať kompenzačné pomôcky** na uľahčenie vyprázdňovania, napr. pojazdný záchod, podložná misa, močová fľaša, záchodový rám, držadlo v stene, zvýšené sedadlo. [Level V/EBN].

Intervencie sestry/ošetrujúceho personálu v oblasti vyprázdňovania u zrakovo postihnutých pacientov

◊ Sestra spolu s pacientom, v spolupráci s jeho blízkymi realizuje, alebo deleguje nasledovné intervencie:

- **zabezpečí signalizačné zariadenie v dosahu pacienta, pomocou ktorého si pacient privolá pomoc,**
- podložnú misu a močovú fľašu položí v blízkosti pacienta na dosah ruky,
- **zaistí bezpečnú cestu ku toalete**, odstráni prekážky, voľne ležiace koberce, rohožky, aby sa predišlo k pošmyknutiu,
- verbálne sa ohlási pri vstupe do miestnosti a pri vychádzaní z miestnosti, v ktorej sa pacient vyprázdňuje,
- pozoruje schopnosť u pacienta **vyprázdňovať sa samostatne**, lokalizovať toaletu, podložnú misu, močovú fľašu,
- **pozoruje schopnosť u pacienta sa samostatne vyprázdňovať.**

Intervencie sestry/ošetrujúceho personálu v oblasti vyprázdňovania sa u pacientov s kognitívnymi problémami

◊ Sestra spolu s pacientom, v spolupráci s jeho blízkymi realizuje, alebo deleguje nasledovné intervencie:

- **dáva pacientovi jednoduché pokyny,**
- **udržiava jednoduchú verbálnu komunikáciu,** používa otázky, na ktoré pacient jednoducho odpovedá "áno", "nie", alebo intervencie deleguje,
- pochváli každý krok pacienta, je konkrétna a stručná,
- pripomína pacientovi vyprázdňovanie po jedení, pred spaním,

- praktizuje individualizovaný plán výziev v súlade s potrebou pacienta, [Level Ia]);
- ihneď reaguje na signalizačné zariadenie, aby sa predišlo k zbytočnému pošpineniu,
- zabezpečuje rovnakú postupnosť počas vyprázdňovania,
- povzbudzuje u pacienta čistotu,
- oslovuje pacienta menom, používa rovnaké slová pre rovnaké veci,
- ak je pacient schopný vyprázdňovať sa na toalete, vyvaruje sa používaniu močovej fľaše a podložnej misy,
- v noci ponechá rozsvietené tlmené svetlo na ceste ku toalete.

Prognóza a vyhodnotenie

Prognóza u pacientov s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery sa veľmi líši. Starecká krehkosť (frailty) je dôležitý problém geriatrického ošetrovateľstva. Krehkého pacienta treba identifikovať a intenzívne sa usilovať, aby ostal sebestačným a nie závislým jedincom. Títo seniori väčšinou nesignalizujú svoje zdravotné problémy (Morley, 2006). Krehkosť, resp. rizikovosť je spôsobená nielen fyziologickým poklesom výkonnosti orgánov v starobe, ale aj úbytkom svalovej hmoty, sarkopéniou v dôsledku dekondície, úbytkom kostnej hmoty osteopéniou, osteoporózou, zníženou pevnosťou kostí, zhoršením mobility, vytrvalosti, svalovej sily a koordinácie. Títo jedinci, ktorí sú za primeraných podmienok sebestační a kompenzovaní sú v nasledujúcich rokoch ohrození disabilitou vo vykonávaní bežných denných činností, nesebestačnosťou, pádmi, zlomeninami, inkontinenciou a nepriaznivým vývojom zdravotného stavu. Akútne dekompenzácie prítomných chronických chorôb vedú k opakovaným hospitalizáciám, zvyšujú nároky na dlhodobú starostlivosť (Weber, 2005).

- **Meranie a hodnotenie výsledkov manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery.**

Úspešnosť manažmentu pacientov s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery individuálnym posúdením plnenia cieľov (pozri tiež Ciele v časti Plánovanie a realizácia). Pracoviskám odporúčame **hodnotiť celkovú úspešnosť prístupov meraním efektu prístupov u všetkých pacientov s deficitom sebaopatery pri použití vybraných ukazovateľov** (uvádzame príklady):

- nárast sebestačnosti v prijme potravy, tekutín, liekov, bez rizika aspirácie,
- nárast sebestačnosti v obliekaní, v úprave vonkajšieho vzhľadu,
- nárast sebestačnosti v kúpaní, v hygiene,
- nárast sebestačnosti vo vyprázdňovaní,
- zlepšenie psychického/mentálneho stavu u pacientov s deficitom sebaopatery,
- znižujúci sa počet pacientov s rizikom pádov, úrazov, dusením sa,
- klesajúci počet pacientov s deficitom sebaopatery,
- rastúci/stabilný pozitívny trend spokojnosti orientovaných pacientov/ich blízkych apod.

Požadovaným výsledkom ošetrovania pacienta metódou v kontexte ošetrovateľského procesu s kladením dôrazu na sekundárnu a terciárnu prevenciu má priniesť maximálne možné saturovanie jeho bio – psycho – sociálnych potrieb so zohľadnením získania čo najväčšej samostatnosti, zvládania

denných aktivít a zachovania čo najvyššej kvality života pacienta. Súčasťou zvládnutia ošetrovateľskej starostlivosti je dostatočne edukovaný pacient, prípadne ošetrujúce osoby, ak je pacient mimo ústavnej starostlivosti. Základným princípom je analyzovanie príčinných súvislostí a následné plánovanie a zodpovedná realizácia opatrení s cieľom minimalizovať psychický, či fyzický diskomfort pacienta, prítomné poruchy správania a riziká s tým spojené. Prognózu vývoja stavu pacienta pozitívne ovplyvňuje skúmanie a prehodnocovanie prístupov s cieľom dosiahnuť individuálne definované výsledky starostlivosti.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

◊ Poskytovateľ zdravotnej alebo sociálnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) má vytvorený a v praxi **implementovaný prístup, ktorý predikuje** adekvátne **zabezpečenie starostlivosti o pacientov s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery** vo vzťahu k potrebám a očakávaniam pacientov a ich blízkych.

◊ Interné predpisy (smernice) môžu byť definované podľa potrieb napr. hygiena, hydratácia, výživa apod.

◊ Poskytovateľ používa **efektívny spôsob bezpečného odovzdávania informácií** súvisiacich s primeraným zabezpečením starostlivosti o pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery, najmä vylúčením rizík pre vznik imobility, rozvoja imobilizačného syndrómu, pádu, aspirácie, infekcie, liekovej interakcie, dehydratácie a malnutrície.

◊ Poskytovateľ používa **efektívny spôsob edukácie pacienta** a jeho podporných osôb o starostlivosti o pacienta s deficitom seabaobsluhy a sebaopatery.

◊ **Vzdelávanie** starších dospelých, rodinných príslušníkov a formálnych opatrovateľov **o hodnote nezávislého fungovania a dôsledkoch funkčného poklesu** (Graf, 2006 [Level V]; Kresevič, Holder, 1998 [Level VI]; Vass a kol., 2005).

- fyziologická a psychologická hodnota nezávislého fungovania,
- reverzibilný funkčný pokles súvisiaci s akútnymi ochoreniami (Hirsch, 1990 [Level IV]; Sager, Rudberg, 1998 [Level II]),
- stratégie na zabránenie funkčného poklesu: cvičenie, výživa, manažment bolesti a socializácia (Kresevic, Holder, 1998 [Level VI]; Landefeld a kol., 1995 [Level II]; Siegler, Glick, Lee, Molsberger, Clark, 2004 [Level VI]).

◊ Starostlivosť o pacienta sa zabezpečuje **multidisciplinárne.**

◊ Poskytovateľ používa efektívny spôsob posúdenia potreby a zabezpečenia **kompenzačných pomôcok**, ako aj efektívny spôsob včasnej edukácie pacienta a jeho blízkych o vhodných **kompenzačných pomôckach**.

◊ Pracovisko je primerane **vybavené funkčnými pomôckami** uľahčujúcimi kvalitu života pacientom s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery, najmä bezbariérovosť a funkčnosť.

◊ Všetci zamestnanci sú **školení a vedení** k priebežnej kontrole a udržiavaniu **bezpečnosti prostredia** z hľadiska rizík pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery.

◊ Poskytovateľ zabezpečuje pri zohľadnení zdravotného stavu, možností a schopností individuálnu, alebo **skupinovú aktivizáciu, rehabilitáciu**, sociálnu aktivitu, duchovnú podporu, arteterapiu, kinezioterapiu, atď.

◊ Poskytovateľ pre validné posúdenie úrovne aktivít denného života používa **posudzovacie škály**.

◊Pacienti majú zabezpečený **primeraný manažment bolesti.**

◊ Starostlivosť o pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery sa zaznamenáva do jeho dokumentácie.

◊ Ošetrovanie pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery v kontexte následnej (dlhodobej starostlivosti) je indikáciou pre ošetrovanie v:

- dome ošetrovateľskej starostlivosti,
- zariadení sociálnych služieb s celodenným zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti,
- hospici,
- ADOS/mobilnom paliatívnom tíme/mobilnom hospici za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu.

Ďalšie odporúčania

Posudzovanie v rámci vybraných štyroch oblastí deficitu sebaopatery:

1. deficit sebaopatery pri **obliekaní a úprave zovňajšku**,
2. deficit sebaopatery pri **kúpaní a hygiene**,
3. deficit sebaopatery pri **jedení a stravovaní**,
4. deficit sebaopatery pri **vyprázdňovaní**.

1. Deficit sebaopatery pri obliekaní a úprave zovňajšku - posúdenie pacienta

Deficit sebaopatery pri obliekaní úprave zovňajšku, narušená schopnosť alebo úplná neschopnosť vykonávať aktivity potrebné pri obliekaní a úprave zovňajšku.

Problém s obliekaním sa a s úpravou zovňajšku je narušená schopnosť, alebo úplná neschopnosť vybrať si oblečenie, uchopiť jednotlivé kusy šatstva a používať rôzne pomôcky, neschopnosť obliecť si, alebo vyzliecť si časti odevu v hornej časti tela, v dolnej časti tela, natiahnuť si ponožky, obuť si topánky, neschopnosť vymeniť si časti oblečenia, zapnúť gombíky, používať zips. **Sociálnou potrebou pacienta je schopnosť udržať spoločensky prijateľný vzhľad. Psychickou potrebou pacienta je uvedomiť si význam sebestačnosti v obliekaní a v úprave zovňajšku.**

Tabuľka č. 1

Časť obliekanie - test na meranie schopnosti používať predmety dennej potreby							
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S DEFICITOM SEBAOBSLUHY A SEBAOPATERY							
Meno pacienta :		**Dátum prijatia :**					
Potreba/schopnosť	Pri prijatí	Počas liečby				Pri prepustení	
Obliekanie : je schopný/á							
Obliecť/vyzliecť si hornú polovicu tela							
Obliecť/vyzliecť si dolnú polovicu tela							
Obuť a vyzuť si vychádzkovú obuv							
Použiť zips							
Rozopnúť a zapnúť si gombíky							
Viazať si šnúrky na topánkach							
Hodnotil:	**Dátum:**					**Dátum:**	

Zdroj : Tabaková, In Gurková a kol., 2009

Hodnotenie:

0=nevykoná

1=vykoná čiastočne, alebo s náhradným pohybom

2=vykoná dobre

2. Deficit sebaopatery pri kúpaní a hygiene - posúdenie pacienta

Deficit sebaopatery pri obliekaní úprave zovňajšku, narušená schopnosť, alebo úplná neschopnosť vykonávať aktivity potrebné pri kúpaní a hygiene.

Problém s umývaním, osobnou hygienou, kúpaním sa, je narušená schopnosť, alebo úplná neschopnosť umyť si celé telo, alebo časť tela, učesať si vlasy, umyť si zuby, starať sa o kožu, starať sa o nechty, použiť mejkap, zabezpečiť si zdroj vody, regulovať teplotu vody, prúd vody, vojsť do kúpeľne, do vane, pod sprchu a vyjsť z nej, zabezpečiť si pomôcky, osušiť sa. **Psychickou potrebou pacienta je uvedomiť si význam sebestačnosti v hygiene a v kúpaní.**

Tabuľka č. 2

Časť kúpanie, osobná hygiena - test na meranie schopnosti používať predmety dennej potreby							
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S DEFICITOM SEBAOBSLUHY A SEBAOPATERY							
Meno pacienta :		**Dátum prijatia :**					
Potreba/schopnosť	Pri prijatí	Počas liečby				Pri prepustení	
Osobná hygiena : je schopný/á							
Umyť a utrieť si ruky							
Umyť a utrieť si tvár							
Vyčistiť si zuby							
Použiť vreckovku							
Oholiť sa							
Osprchovať sa							
Umyť sa pri umývadle							
Upraviť si nechty na rukách							
Upraviť si nechty na nohách							
Použiť WC							
Použiť podložnú misu, močovú fľašu							
Hodnotil:	**Dátum:**					**Dátum:**	

Zdroj : Tabaková, In Gurková a kol., 2009

Hodnotenie:

0=nevykoná

1=vykoná čiastočne, alebo s náhradným pohybom

2=vykoná dobre

3. Deficit sebaopatery pri jedení, stravovaní - posúdenie pacienta

Deficit sebaopatery pri jedení stravovaní, je narušená schopnosť, alebo úplná neschopnosť vykonávať aktivity potrebné pri jedení a stravovaní.

Problém s príjmom potravy, narušená schopnosť, alebo úplná neschopnosť zariadiť si kuchyňu, nakúpiť si, priniesť si potraviny, otvoriť si nádoby, obaly, pripraviť si jedlo, otvoriť obaly na potravinách, poradiť si s vybavením kuchyne, bezpečne si pripraviť jedlo, priniesť a zabezpečiť si potraviny, požuť a prehltnúť sústo, uchopiť hrnček, pohár a napiť sa, používať príbor, alebo iba lyžičku, používať rôzne pomôcky a zariadenia, napr. donášku hotového jedla, dojesť jedlo, vypiť tekutinu, požuť jedlo. **Sociálnou potrebou pacienta je stravovať sa spoločensky prijateľným spôsobom. Psychickou potrebou pacienta je uvedomiť si význam sebestačnosti v stravovaní.**

Tabuľka č. 3

Časť jedenie, stravovanie - test na meranie schopnosti používať predmety dennej potreby							
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S DEFICITOM SEBAOBSLUHY A SEBAOPATERY							
Meno pacienta :		**Dátum prijatia :**					
Potreba/schopnosť	Pri prijatí	Počas liečby				Pri prepustení	
Jedenie, stravovanie : je schopný/á							
Napiť sa z hrnčeka							
Napiť sa z pohára							
Najesť sa s príborom							
Najesť sa s lyžicou							
Otvoriť fľašu otváračom							
Naliať tekutinu z fľaše do pohára							
Odkrojiť si chlieb							
Natrieť si chlieb							
Hodnotil:	**Dátum:**					**Dátum:**	

Zdroj : Tabaková, In Gurková a kol., 2009

Hodnotenie:
0=nevykoná
1=vykoná čiastočne, alebo s náhradným pohybom
2=vykoná dobre

4. Deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní - posúdenie pacienta

Deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní, narušená schopnosť, alebo úplná neschopnosť vykonávať aktivity potrebné pri vyprázdňovaní.

Problém s vyprázdňovaním je narušená schopnosť, alebo úplná neschopnosť prísť na toaletu, alebo na pojazdné WC kreslo, neschopnosť manipulovať s oblečením, posadiť sa na WC kreslo, vstať z kresla, realizovať správnu hygienu na toalete, spláchnuť toaletu, alebo vyprázdniť pojazdné kreslo, vyniesť "nočník", alebo použiť bažanta. **Sociálnou potrebou pacienta je realizovať vyprázdňovanie spoločensky prijateľným spôsobom**. **Psychickou potrebou pacienta je uvedomiť si význam sebestačnosti vo vyprázdňovaní.**

Tabuľka č. 4

Časť vyprázdňovanie - test na meranie schopnosti používať predmety dennej potreby							
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S DEFICITOM SEBAOBSLUHY A SEBAOPATERY							
Meno pacienta :		**Dátum prijatia :**					
Potreba/schopnosť	Pri prijatí	Počas liečby				Pri prepustení	
Vyprázdňovanie : je schopný/á							
Prísť na toaletu, WC kreslo							
Vyzliecť sa a obliecť sa							
Posadiť sa na WC kreslo							
Realizovať správnu hygienu na toalete							
Spláchnuť WC							
Vyniesť vedro z WC kresla, alebo nočník							
Použiť močovú fľašu							
Umyť si a utrieť ruky po toalete							
Použiť WC							
Použiť podložnú misu							
Hodnotil:	**Dátum:**					**Dátum:**	

Zdroj : Tabaková, In Gurková a kol., 2009

Hodnotenie:

0=nevykoná

1=vykoná čiastočne, alebo s náhradným pohybom

2=vykoná dobre

Meracie nástroje. Stupeň individuálnej funkčnej úrovne sa posúdi **pozorovaním jednotlivca** pri vykonávaní činností denného života a pomocou **meracích techník**. V komplexnom hodnotení stavu možno použiť štandardizované meracie nástroje, ktoré kvantifikujú a objektivizujú funkčný potenciál jednotlivých oblastí denného života. Ich úlohou je odhaliť ťažkosti a vytvoriť **časový priestor** na vykonanie účinných opatrení s cieľom predísť orgánovým, alebo funkčným dekompenzáciám. Na vyhodnotenie činnosti sa používa číselné, resp. slovné vyjadrenie. Súčasťou posudzovania schopnosti sebaopatery by malo byt aj orientačné posúdenie kognitívnych funkcií jednotlivca (Bóriková, 2008).

- **Vybavenie pracoviska kompenzačnými pomôckami**

Pre zvýšenie kvality poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti odporúčame zabezpečiť pre pacientov s deficitom sebaopatery nasledovné kompenzačné pomôcky (Bóriková, 2008):

- **Deficit sebaopatery pri obliekaní/úprave zovňajšku:**

zapínač gombíkov, zapínač/sťahovač zipsov, navliekač pančúch a ponožiek, úchopové kliešte na zdvíhanie predmetov, obuvák s dlhou rúčkou, vyzuvák;

- **Deficit sebaopatery pri kúpaní/hygiene:**

vaňová sedačka, vaňové sedadlo (s hygienickým výrezom), vaňová doska, stolček uľahčujúci vstup do vane, sprchovací stolček, sprchovacia stolička, vaňový výťah pre samočinné spúšťanie a zdvíhanie pacienta, nafukovacia vaňa určená na umývame pacienta na posteli, kefa s dlhou rúčkou, mydlo na šnúrke, elektrická zubná kefka. elektrický holiaci strojček;

- **Deficit sebaopatery pri jedení/stravovaní:**

tanier s pripojenou obrubou, kombinované príbory -nôž s lyžicou, nôž s vidličkou, príbor s hrubými rúčkami, pohár so slamkou, pomôcka na otáčanie kohútika, nastaviteľný krájač, doštička s hrotmi, pomôcka na nalievanie z čajníka.

- **Deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní:**

Zvyšovač WC, zvyšovač WC s opierkami rúk, toaletná stolička, toaletný podstavec, toaletný vozík, sklopné držadlo (montované do steny), podložná misa, močová fľaša.

- **Dokumenotvanie odporúčaní starostlivosti u pacienta s deficitom v prepúšťacej/ prekladovej ošetrovateľskej správe**

Manažment deficitu sebaobsluhy a sebaopatery je dlhodobým procesom, preto je veľmi vhodné uviesť v prepúšťacej/prekladovej ošetrovateľskej správe odporúčania starostlivosti u pacienta s deficitom (úprava stravy, úprava hygieny, režimu vyprázdňovania sa, obliekania sa).

Alternatívne odporúčania

Bazálna stimulácia pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery. Sebestačnosť možno zachovať, alebo obnoviť často skôr úpravou prostredia, ako normalizáciou funkčného stavu (Bóriková, 2008). Strata schopnosti pohybu vedie k senzorickej deprivácii a následne k nedostatku vlastnej organizácii neurónovej siete. Vznik nových dentrických spojení medzi neurónmi podmieňuje neustály prísun podnetov z okolia i vlastného tela. (Pickenhein, 2009). Na pracoviskách, kde sa používa bazálna stimulácia podľa Friedlovej (2012) zapíše sestra údaje pacienta do biografickej anamnézy, ktorá je súčasťou ošetrovateľského procesu. Biografická anamnéza môže výrazne pomôcť zostaviť individuálne plány a poskytnúť profesionálnu starostlivosť. Základnou myšlienkou konceptu bazálnej stimulácie je prijať pacienta v akomkoľvek zdravotnom stave, ako individuálnu osobnosť s určitými schopnosťami, potrebami a hlavne s potrebou komunikovať s okolím. Poskytnutím podnetov a stimulácii pohybovej aktivity sa zdravotnícky pracovník pokúša nadviazať komunikáciu s ľuďmi, ktorí sú krátkodobo alebo dlhodobo ohraničení v pohybe (Friedlová, 2009).

Špeciálny doplnok štandardu

ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
MANAŽMENT PACIENTA S DEFICITOM SEBAOBSLUHY A SEBAOPATERY

KONTROLNÝ LIST

POSÚDENIE PRE ZARADENIE DO INDIKAČNÉHO RÁMCA ŠTANDARDU PRE OŠETROVANIE PACIENTA S DEFICITOM SEBAOBSLUHY A SEBAOPATERY

Pracovisko :

Meno a priezvisko pacienta :

Dátum prijatia :

Stupeň sebaopatery a výsledky		Stupeň sebaopatery	Charakteristika stupňa sebestačnosti (hodiace sa zaškrtnúť ☑)
1 .	100 b	☐ bez deficitu sebaopatery, nezávislosť	☐ vyžaduje pomôcky, zariadenia pre aktivity, sám ich používa, zvládne 75% aktivít **Nespadá do indikačného rámca štandardu**
2 .	65 - 95 b	☐ mierny deficit sebaopatery ľahká závislosť	☐ vyžaduje asistenciu, dohľad druhej osoby, sám zvládne 50% činnosti **Spadá do indikačného rámca štandardu**
3 .	45 - 60 b	☐ stredný deficit sebaopatery stredná závislosť	☐ vyžaduje asistenciu, dohľad a pomoc druhej osoby, vyžaduje pomôcky, zariadenia pre aktivity, sám zvládne menej ako 25% aktivít
4 .	10 - 40 b	☐ vysoký deficit sebaopatery vysoká závislosť	☐ závislý celkom od pomoci druhej osoby ☐ potrebuje stály dohľad a pomoc **Spadá do indikačného rámca štandardu**
5 .	9 - 0 b	☐ úplný deficit sebaopatery úplná závislosť	☐ nie je schopný si pomôcť ☐ potrebuje 24 hodín pomoc druhej osoby **Spadá do indikačného rámca štandardu**

Dňa : ..... **Posudzoval (-a) :** .....

Opatrenia zapracované v : ..... **Schválil (-a) :** .....

Spracované pri použití Barthelovej testu základných denných aktivít a hodnotenia Funkčnej úrovne sebaopatery podľa M. Gordonovej, na podklade ENCAD "Evidence - Based Nursing Care Algorytm of disability (Slezáková, 2006).

Pozn. pre manažment a administratívu: Indikácia k zaradeniu do indikačného rámca štandardu Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery na základe posúdenia kontrolným listom je platná dňom posúdenia so zápisom do zdravotnej dokumentácie pacienta. Indikácia je prehodnocovaná podľa potreby priebežne, **najmenej však jedenkrát za 3 mesiace.**

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Odporúčame predložený vypracovaný štandard v budúcnosti (pri jeho revízii, vzhľadom pre jednotlivé vekové a diagnosticko-liečebné limity) prepracovať so zohľadnením špecifík ošetrovateľskej starostlivosti s ohľadom na aktualizované poznatky a výsledky štúdií.

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

BOLTZ, M. – CAPEZUTI, E. – ZWICKER, D. 2016. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice.* New York: Springer Publishing Company, LLC, 2016. 752 s. ISBN 978-08-261-7167-2.

BÓRIKOVÁ, I. 2010. Aktivity denného života pre klinickú prax a ošetrovateľský výskum. In *Ošetřovatelství a porodní asistence*. ISSN 1804-2740. s. 23-24.
http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-01/4_borikova.pdf

BÓRIKOVÁ, I. 2007. *Posudzovanie funkčnej kapacity v oblasti fyzickej disability.* In Čáp, J., Žiaková, K. a kol.: *Ošetrovateľstvo, teória, výskum a vzdelávanie.* UK, JLFUK, Ústav ošetrovateľstva, Martin 2007. 701 s. ISBN 978-80-88866-43-5. Dostupné 30.10.2017 na:
https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Pracoviska/ustav-osetrovatelstva/Konferencia-zbornik-program/2007-konferencia-fulltext-web.pdf

BÓRIKOVÁ, I.,TABÁKOVÁ, M. Sebaopatera. In TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. a kol. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2008. s. 114-121. ISBN 978-80-8063-270-0. Dostupné 1.11.2017 na:
https://is.muni.cz/el/1411/podzim2015/BZOE0121p/um/TOMAGOVA_BORIKOVA__Potreby_v_osetrovatelstve__2008.txt

DOENGES, M., MOORHOUSE, M.F., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

FABIANOVÁ, Z. a kol. 2017. Nutrícia – interný postup. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečným dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. - HRISENKOVÁ, G. - KLIČOVÁ, M. 2016. Hygiena – interný postup. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2016.

FRIEDLOVÁ, K. 2009. *Bazální stimulace pro učitele prědmětu ošetřovatelství. 1. a 2. díl.* 3. vyd. Frídek Místek: Institut bazální stimulace s.r.o., 100 s. ISBN 80-239-6132-2.

FRIEDLOVÁ, K. 2009. *Skriptum pro certifikovaný nadstavbový kurz Bazální stimulace*, 9.vyd. Frídek Místek: Institut bazální stimulace s.r.o., 25 s.

Guideline Central. 2012. *Assessment of physical function. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* [online]. 2012. [cit. 2018-02-07]. Dostupné na internete: <https://www.guidelinecentral.com/summaries/assessment-of-physical-function-in-evidence-based-geriatric-nursing-protocols-for-best-practice>.

Guideline Central. 2011. *Prevention of falls and fall injuries in the older adult. Prevention of falls and fall injuries in the older adult 2011 supplement.* [online]. 2011. [cit. 2018-02-07]. Dostupné na internete: <https://www.guidelinecentral.com/share/summary/52d5646bb5a74/#section-420>.

Guideline Central. 2011. *Promoting continence using prompted voiding. Promoting continence using prompted voiding 2011 supplement.* [online]. 2011. [cit. 2018-02-07]. Dostupné na internete: < https://www.guidelinecentral.com/share/summary/52d564273cfa4/#section-442>.

GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J., 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi.* Martin: Osveta. 2009. 243 s. ISBN 978-80-8063-308-0.

GORDON, M. 1994. *Nursing diagnosis: Process and application*. St. Louis: Mosby, 1994.

KUDLOVÁ, P. 2013. *NANDA International ošetrřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: GRADA Publisching. 584 s. ISBN 978-80-247-3423-1.

Meracie nástroje v gerontologickom ošetrovateľstve - elektronická databáza. 2012. Univerzita Komenského v Bratislave, JLFUK, Ústav ošetrovateľstva. Dostupné na internete: http://e-meracienastroje.jfmed.uniba.sk/4VybraneMeracnastr-1-Aktivity-2-1.php

ORGONÁŠOVÁ, M., ZÁHORCOVÁ, V. 2012. *Hodnotenie zdravotného stavu a pracovného potenciálu osôb so zdravotným postihnutím v niektorých krajinách EU a zvlášť v SR*. 2012 Dostupné26.10.2017na: http://www.supz.sk/dokum/BPI/SK/Hodnotenie_zdrav_stavu_a_prac_potencialuZPO_SK.pdf

PICKENHEIN, L. *Basale Stimulation-Neurowissenschaftliche Grundlagen. 2.Auf.* Dusseldorf: Verlag selbestimmtes Leben, 2000. 149 s. ISBN 3-910095-32-1.

POLEDNÍKOVÁ, Ľ., 2013. *Ošetrovateľský proces v geriatrickom ošetrovateľstve.* Martin: Osveta, 223 s. ISBN 978-80-8063-410-0.

TAYLOR, S.G. - RENPENNING, K. 2011. *Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC. 2011. 27 s. ISBN 978-0-8261-0778-7.

TRACHTOVÁ, E. a kol. 2000. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* Brno: IPDVPZ, 185 s. ISBN 80-7013-285-X.

SLEZÁKOVÁ, Z. 2006. *Neurologické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2006, 167 s. ISBN 80-8063-218-9.

Vyhláška č. 306/2005 Z. z. MZ SR, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz

Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., 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 v znení neskorších predpisov

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

WEBER, P., 2005. Základy gerontologie a geriatrie. In *Dítě (ed): Vnitřní lékařství III.* Brno: MU, Skriptum Lékařské fakulty, 2005. s. 675-689. ISBN 80-210-3673-7.

ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2007. *Ošetrovateľské konceptuálne modely. 1. vyd.* Martin: Osveta, 2007. 189 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

Zákon o sociálnom poistení 461/2003 Z. z.

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 1. apríla 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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 s demenciou

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0035	*14. februára 2019*	*schválené*	*1. apríla 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:
PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.; PhDr. Zuzana Fabianová

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu**Prispievatelia a hodnotitelia:** členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS ošetrovateľstvo Mgr. Jaroslav Straka; Ing. Mgr. Ľubica Kočanová; Mgr. Gabriela Kmeťová; PhDr. Anna Macková, MPH; doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.; PhDr. Anna Bullová; PhDr. Helena Gondárová Vyhničková dipl. s.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II (PhDr. Zuzana Fabianová, PhDr. Helena Gondárová Vyhničková dipl. s., PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., Mgr. Marianna Klíčová, Mgr. Gabriela Kmeťová); členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing.

Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka, Mgr. Miroslav Hečko

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

demencia, štádia demencie, diagnostika demencie, validácia, reminiscencia, aktivizácia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADL	Activity daily living / aktivity denného života
ACH	Alzheimerova choroba
BPSD	Behaviorálne a psychologické príznaky demencie
EBN	Evidence - Based Nursing / ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
EBM	Evidence - Based Medicine / medicína založená na dôkazoch
EÚ	Európska únia
KOS	Komplexná ošetrovateľská starostlivosť
MKCH 10	Medzinárodná klasifikácia chorôb
MMSE	Mini Mental State Exam / test kognitívnych funkcií

Kompetencie

Tento štandardný ošetrovateľský postup je určený sestrám poskytujúcim ošetrovateľskú starostlivosť (ďalej len „sestrám").

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

Lekár: ošetrujúci lekár zabezpečuje komplexný medicínsky manažment pacienta, indikuje liečbu pre zvládnutie porúch vnímania, porúch správania, porúch spánku, indikuje nutnosť obmedzenia pacienta. Pri výskyte ďalších symptómov ochorenia, realizuje neuro-psychiatrické vyšetrenie pre identifikáciu úrovne postihnutia kognitívnych funkcií.

Sestra zodpovedá za komplexný ošetrovateľský manažment pacienta, posudzovanie, plánovanie, realizáciu ošetrovateľských intervencií a ošetrovateľských výkonov 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 aj na zdravotníckych asistentov a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti. Sestra zodpovedá za primeranú úroveň starostlivosti v súlade s potrebami pacienta a pri zohľadnení prítomných rizík.

Sestra koordinuje ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú metódou ošetrovateľského procesu v súčinnosti s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu poskytujúceho starostlivosť pacientovi a rodine pacienta.

Úvod

Vzhľadom k celosvetovému trendu starnutiu populácie sa demencia stáva jedným z najčastejších ochorení (Petr, 2014).

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 2017) je **demencia syndróm** - zvyčajne chronický alebo progresívny - v ktorom dochádza k **zhoršeniu kognitívnych funkcií** (t. j. schopnosti spracovávať myšlienky) nad rámec toho, čo sa dá očakávať od normálneho starnutia. Ovplyvňuje pamäť, myslenie, orientáciu, porozumenie, výpočet, schopnosť učiť sa, reč a úsudok. Vedomie nie je ovplyvnené.

Zhoršovanie kognitívnej funkcie je príležitostne predchádzané a **bežne sprevádzané zhoršením emocionálnej kontroly a sociálneho správania.**

Demencia je výsledkom rôznych ochorení a poranení, ktoré primárne alebo sekundárne postihujú mozog, ako je Alzheimerova choroba alebo mŕtvica. **Demencia je jednou z hlavných príčin zdravotného postihnutia a závislosti medzi staršími ľuďmi na celom svete.** Je zdrvujúcou nielen pre ľudí, ktorí ich majú, ale aj pre ich opatrovateľov a rodiny. Často je to nedostatok vedomia a chápania demencie, čo vedie k stigmatizácii a prekážkam pri diagnostike a starostlivosti. Vplyv demencie na opatrovateľov, rodinu a spoločnosť môže byť fyzický, psychologický, sociálny a ekonomický.

Človek postihnutý demenciou si vyžaduje osobitú pozornosť a špecifický prístup. S ochorením je okrem iného spojená komunikačná bariéra, ktorá zainteresovaných núti premýšľať o ideálnych podmienkach a prístupoch pri starostlivosti o seniorov. Sestry pri poskytovaní KOS pacientovi s demenciou musia dodržiavať holistický prístup, s akceptovaním pacienta v celom spektre bio-psycho-sociálnych potrieb.

Miesto výkonu štandardného postupu:

- ústavné zdravotnícke zariadenia a oddelenia poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť dlhodobo chorým (napr. dom ošetrovateľskej starostlivosti),
- ambulantná starostlivosť,
- ADOS za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu,
- zariadenia sociálnej starostlivosti s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti.

Jadrom štandardu sú kapitoly „Diagnostika“, „Plánovanie a realizácia“ a „Zabezpečenie a organizácia starostlivosti“. Z hľadiska hodnotenia efektívnej starostlivosti a udržateľného, pokračujúceho rozvoja kvality má kľúčové postavenie kapitola „Odporúčania“, ktorá rekapituluje ďalšie možnosti zvyšovania kvality starostlivosti. Až 50 % demencií predstavuje demencia pri Alzheimerovej chorobe (Petr, 2014), preto aj v rámci štandardu je práve tomuto druhu demencie venovaný najväčší priestor.

Tento štandard bol tvorený na základe analýzy odborných, publikovaných informácií od uznávaných autorít a overených skúseností v kontexte *totálneho manažérstva kvality* na vybraných pracoviskách dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike. 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 označené ◊.

Štandard vychádza

- zo štúdií a svetových a európskych (EÚ) odporúčaní (sila odporučenia A –C);
- z odborných, publikovaných informácií v problematike rešpektovaných, uznávaných autorít (sila odporučenia A – C);
- z nadnárodných guidelines pre medicínsku a ošetrovateľskú prax (sila odporučenia A – C, Level I – V);
- z klinicky overených skúseností v kontexte manažérstva kvality na vybraných pracoviskách (Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom v Humennom) (sila odporučenia D, Level IV – V).

Súbor definovaných prístupov je určený predovšetkým pre oblasť dlhodobej (inštitucionálnej) i akútnej ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov, no môže byť rámcovým podkladom či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax poskytovanú formou ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti na ostatných pracoviskách. Tento štandard priamo súvisí, nadväzuje a dopĺňa štandard k ošetrovaniu pacienta s poruchami správania.

Hodnotenie sily dôkazov (vo vzťahu k EBM, EBN)

- Vysoká: Najmenej 1 randomizovaná kontrolovaná štúdia alebo 3 intervencie pred / po podaní alebo iné perspektívne zákroky alebo 3 dobre štruktúrované, relevantné pozorovacie štúdie.

- Mierna: Štúdie, ktoré využívajú osvedčené metódy na spravodlivé porovnávanie výsledkov, ale kde výsledok ponecháva priestor na neistotu (napr. z dôvodu veľkosti štúdie, straty následných opatrení, alebo metódy použitej na výber skupín pre porovnanie).
- Nízka: Štúdie, pri ktorých sú výsledky pochybné, pretože návrh štúdie nezaručuje spravodlivé porovnanie.

Hodnotenie sily doporučení

Sila odporučenia naznačuje, aká je predpokladaná miera pozitívneho účinku pri dodržiavaní odporúčania. Odporučenie je:

- Silné – Výhody jasne prevažujú nad rizikami.
- Slabé – Výhody sú vyvážené rizikami.
- Nedostatočné – Dôkazy nie sú jasné na vydanie odporučenia.

Prevencia

Pretože dnes ešte nie je možné vyliečiť demenciu, zvlášť Alzheimerovu chorobu, je najdôležitejším prístupom **spomaliť progres ochorenia** u pacienta a **maximálne stabilizovať** jeho stav. Lieky, ktoré môžu spomaliť progresiu choroby, oddialiť najťažšie štádium ochorenia a tým zlepšiť kvalitu života pacientov dokážu spomaliť zhoršenie rozumových schopností a pomáhajú udržať sebestačnosť chorých. Vzhľadom na rôzne problémy spojené s diagnostikovaním, na etické problémy posúdenia rôznych spôsobov terapie u pacientov a ďalším typickým znakom vyššieho veku, by mal byť dôraz kladený na **individuálny prístup** k chorému, **individuálne hodnotenie** každej poruchy, **zvažovanie pomeru rizika a benefitu** liečby, **uplatňovanie nefarmakologických postupov** a všeobecné opatrenia vrátane práce s opatrovateľmi. Pre pacienta s demenciou je nevyhnutné zabezpečiť cielenú liečbu na konkrétneho človeka s ohľadom na celú radu vonkajších faktorov a vplyvov (Franková a kol., 2011).

Rizikové faktory Alzheimerovej choroby:

- **Ženské pohlavie** - podľa niektorých štúdií sa ACH vyskytuje častejšie u žien ako u mužov. Muži sú postihnutí vo väčšom rozsahu demenciou cievneho pôvodu.
- **Pozitívna rodinná anamnéza a genetická záťaž** – objavením sa ACH pred 60. rokom života je ovplyvnená práve genetikou a jedná sa o dedične podmienené ochorenie.
- **Vek** – s procesom starnutia populácie súvisí výskyt tohto ochorenia, ale môže sa vyskytnúť v každom veku.
- **Cievna mozgová príhoda a vaskulárne ochorenie** - demencia sa vyvinie asi u tretiny ľudí po náhlej cievnej mozgovej príhode. K skoršiemu prejaveniu ACH vedú vaskulárne ochorenia mozgu.
- **Vzdelanie** - u ľudí s nižším vzdelaním je vyššie riziko ochorenia. Štúdie dokazujú, že ACH sa u ľudí s vyšším vzdelaním vyskytuje zriedkavejšie. Otázne je, či to spôsobuje samotná inteligencia jedinca, alebo jeho vyššia psychická aktivita.
- **Alkohol** – konzumácia alkoholu vo väčšom množstve a dlhší čas spôsobuje demenciu práve tak, ako aj iné somatické ochorenia. Väčšie množstvo alkoholu pôsobí na mozog toxicky a spôsobuje nedostatok vitamínov a dôležitých živín v organizme.
- **Poranenia hlavy** – hlavne tie, ktoré sú sprevádzané stratou vedomia minimálne na 15 minút. Považuje sa za výrazný rizikový faktor. Poranenia hlavy sa u pacientov s ACH vyskytuje v anamnéze dvakrát častejšie, ako u bežnej populácii (Čunderlíková, 2014).

Epidemiológia

Demencia je v súčasnosti globálnym problémom, prestáva sa týkať iba tzv. vyspelých krajín. Tento jav súvisí s predlžovaním ľudského života a s tým súvisiacim všeobecným starnutím populácie. Zatiaľ čo počet obyvateľov planéty medzi rokmi 1980 a 2000 vzrástol o 35 %, za rovnakú dobu sa zvýšil počet seniorov starších ako 60 rokov o 60 %. V tejto vekovej kategórii je výrazne vyššie riziko rozvoja

demencie: u jedincov starších ako 65 rokov je riziko 5 %, v súbore nad 90 rokov nájdeme 50 % chorých trpiacich jasnými príznakmi demencie (Pidrman, 2007).
Iní autori uvádzajú, že prevalencia syndrómu demencie exponenciálne rastie po 60. roku veku. V priemyslových krajinách je vo vekovej skupine nad 80 rokov postihnutých najmenej 10 % populácie a každých 5 rokov sa tento výskyt zdvojuje (Lukáš, 2014).

Patofyziológia

Syndróm demencie vzniká následkom ochorenia mozgu, obyčajne chronického alebo progresívneho rázu, v ktorom dochádza k narušeniu mnohých vyšších kôrových, predovšetkým kognitívnych funkcií. Pod pojmom kognitívne funkcie rozumieme: vnímanie, pamäť a myslenie - procesy, pomocou ktorých človek vníma, rekognituje, registruje, ukladá a používa informácie (Foreman & Vermeersch, 2004, level VI, Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016). Demencie na podklade atroficko - degeneratívnych zmien sú spojené s ukladaním patologických bielkovín v bunkách mozgu, čo vedie ku zníženiu tvorby a uvoľňovaniu neurotransmiterov, k poruchám činnosti buniek na rôznych úrovniach a ich postupnému zániku. Najznámejšou demenciou tohto typu je demencia pri Alzheimerovej chorobe (Petr, 2014).
Patofyziológiu demencií je možné podľa Lukáša (2014) popísať ako poškodenie neurovegetatívnych sietí veľkého rozsahu, funkčných systémov mozgu, poprípade kortikálnych modulov. Podľa typu demencie dochádza rôznymi patofyziologickými procesmi k poškodeniu plynulého toku informácií, pričom poškodených systémov je pravidelne súčasne viac.

Klasifikácia

Vo všeobecnosti môžeme demencie rozdeliť do dvoch základných skupín:

1. **Primárne demencie**, ktoré vznikajú na základe atroficko-degeneratívneho poškodenia mozgu. V dôsledku neurodegenerácie a poškodenia mozgu vzniká syndróm demencie. Uvádza sa, že až 85 % postihnutých trpí primárnou demenciou, z toho 70 % pacientov trpí ACH a zvyšných 15 % predstavujú ochorenia: Parkinsonova, Pickova, LewyBrodyho, Huntingtonova choroba.
2. **Sekundárne demencie** - symptomatické demencie môžeme deliť do dvoch skupín:
   - vaskulárne demencie, vznikajú na základe poškodenia mozgových ciev a krvného zásobenia mozgu, sú to predovšetkým mozgové infarkty. Demencie vznikajú častejšie na podklade viacerých malých odumretých ložísk, ako jedného veľkého.
   - iné symptomatické demencie, ktoré vznikajú na podklade celkového ochorenia, infekcie, intoxikácie, úrazy, metabolické zmeny, alebo iné poruchy postihujúce mozog (Jirák, 2013).

Medzi neurologické stavy, pri ktorých sa môže vyskytovať kognitívna dysfunkcia patria: Alzheimerova choroba, Creutzfeldtova - Jakobova choroba, Lewy Brodyho choroba Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba, progresívna supranukleárna obrna, hydrocefalus s normálnym tlakom frontotemporálna demencia, roztrúsená skleróza, syndróm ľudskej imunodeficiencie (HIV) / syndróm získanej imunitnej nedostatočnosti (AIDS) - asociovanú demencia, vaskulárna demencia, toxické demencie (napríklad otrava olovom), traumatické zranenie mozgu, anoxické poškodenie mozgu, delírium *

* Nie všetci pacienti, u ktorých sa vyskytne delírium, sú alebo budú diagnostikovaní demenciou. Pacienti s demenciou však predstavujú veľmi vysoké riziko vzniku delíria.
Intravenózne podanie opiátov pacientom s rizikom delíria môže spustiť alebo zhoršiť delírium. Opiáty u ľudí s rizikom delíria sa majú podávať s opatrnosťou (Clegg - Young, 2011, (Level I), Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016). Výsledky delíria u hospitalizovaných starších dospelých sú vážne. Pacienti, ktorým sa vyvinie delírium, majú zvýšenú mortalitu (Witlox a kol., 2010 (Level I), Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016).
Spracované na základe : Guideline Developer (s). Dementia in the long term care setting. a kol. (1998, revised 2012). American Medical Directors Association.
Joy A., Glenner a kol. (2012) vo svojej práci uvádzajú, že ACH môžeme rozdeliť na tri fázy:

Prvá fáza – začínajúca mierna demencia

V tejto fáze rozoznať príznaky je takmer nemožné. Medzi prvé varovné signály, ktoré by sme si mohli všimnúť patria:

- zhoršenie krátkodobej pamäti a mierne zhoršenie rečových schopností (afázia),
- zmätenosť,
- znížený rozsah pozornosti,
- narušená schopnosť úsudku a racionálneho uvažovania,
- depresia, úzkosť a uzavretosť,
- problém so sebaobslužnou činnosťou.

Na začiatku ochorenia, dochádza k poruche pamäti a prejavujú sa problémy s pomenúvaním predmetov, zhoršenie reči, či používanie stereotypných viet pri komunikácii. Príznaky sa postupne zvýrazňujú a pridružujú sa k nim neskôr zmeny osobnosti a pokles kognitívnych funkcií. Zmení sa schopnosť racionálne uvažovať a „schudobnie" abstraktné myslenie. Chorý nedokáže riešiť jednoduché úlohy, zlyháva. Postupne dochádza k poruche reči a úsudku. Poruchy úsudku ovplyvnia pracovný výkon postihnutého a vyvolávajú u blízkych veľké obavy. Špecifickým prvkom býva zmena osobnosti - apatia, strata záujmu o iným ľudí, o okolie, nastane izolácia. Odborníci dokonca zistili, že pri tomto ochorení sa už v prvej fáze často zvýraznia negatívne povahové črty z minulosti ako sú nutkavé konanie, podozrievavosť, agresivita (Guľášová, 2011).

Druhá fáza – rozvinutá demencia

Všetky príznaky z prvej fázy sú výraznejšie a najčastejšie sa objavujú:

- agitovanosť a nepokoj,
- repetitívne správanie alebo perseverácia - upínanie sa na predmety a ľudí, opakovanie slov, vyvolávanie dojmov, nutkavé zotrvávanie,
- dezorientovanosť na známych miestach,
- stuhnuté a neisté držanie tela (hypertónia),
- objavujú sa problémy s vnímaním a motorikou,
- problémy spojené s chodením na toaletu a inkontinenciou,
- celkové problémy pri aktivitách denného života,
- určité zhoršenie dlhodobej pamäti (Glenner a kol., 2012).

V tejto fáze má pacient porušenú novopamäť, strácajú sa mu informácie o tom, čo robil minulý deň a niekedy si nepamätá činnosti aktuálneho dňa. Vznikajú medzery v pamäti, ktoré často chorý vypĺňa konfabuláciou. Postupne aj dlhodobá pamäť je postihnutá zabúdaním, zabúda na dôležité udalosti z minulosti, strácajú sa zakotvené vedomosti a zručnosti (mená detí v rodine, dôležité dátumy, postup práce, varenia, a pod.). Keďže sa pacient v tomto období ťažšie orientuje v prostredí, je oveľa viac ohrozený pádmi a vyžaduje pomoc pri bežných činnostiach (Gulášová, 2011).

Tretia fáza – pokročilá, terminálna demencia

Glenner (2012) pri opisovaní najťažšieho štádia ACH kladie dôraz na nevyhnutnosť nepretržitej pomoci a dohľadu nad postihnutými.

K príznakom patria:

- halucinácie a bludy,
- stredná inkontinencia – neschopnosť udržať moč a neskôr aj stolicu,
- problémy s prehĺtaním, ktoré môžu spôsobiť vdýchnutie potravy do pľúc alebo dusenie,
- chudnutie,
- neschopnosť reagovať na podnety z okolia a strata schopnosti vnímať okolité diania.

Postihnutí na ACH v pokročilom štádiu prestávajú chodiť, vykonávať bežné činnosti, stávajú sa inkontinentnými, nastupuje u nich afázia a apraxia. Afázia - je porucha reči, ktorá môže byť expresívna – to znamená, že pacient má síce ťažkosti s vyjadrovaním, ale rozumie všetkému, čo mu je povedané alebo perceptívna, to znamená, že chorý nerozumie tomu, čo mu je povedané. Táto porucha je veľmi často zamieňaná s hluchotou, alebo často aj so zámernou nepozornosťou. Skutočnosť je však taká, že chorý síce počuje čo mu hovoríme, ale už nerozumie dlhým vetám a niektorým slovám už nerozumie vôbec. Guľášová (2011) uvádza, že v poslednej fáze sa môže k chorobe pridružiť „mutizmus", čo znamená stratu komunikácie, hlavne slovnej. Apraxia - je porucha vykonávať každodenné činnosti. Mohli by sme si uviesť príklad s kľúčom. Pacientovi dáme do ruky kľúč, vie tento predmet presne pomenovať, vie popísať na čo sa používa, ale keď ho poprosíme, aby odomkol, strká kľúč do kľúčovej dierky opačne, alebo činnosť nevie uskutočniť. I keď v klinickom obraze ACH dominujú kognitívne symptómy, v určitom štádiu sa u chorých začínajú objavovať aj nekognitívne symptómy. Sú obťažujúce a sú hlavným dôvodom vyhľadania odbornej lekárskej pomoci. Patrí sem depresia, agitácia, anxieta, bludy, halucinácie a poruchy spánku. Tieto symptómy postihujú takmer 15 až 50 % liečených pacientov (Vavrušová, 2010).

Podľa Lukáša (2014) ochorenia, ktoré sa prejavujú ako demencia, často predstavujú primárnu príčinu smrti, inokedy ich prítomnosť zásadne zvyšuje mortalitu a skracuje dĺžku dožitia. Hovoríme o **troch základných okruhoch**, ktoré sú postihnuté:

1. **Okruh kognitívnych funkcií.**
2. **Behaviorálne a psychické príznaky** demencie (BPSD) – poruchy správania, pridružené psychotické poruchy, poruchy emotivity, poruchy cyklu bdenie - spánok (až spánková inverzia). Poruchy správania pritom narastajú až do ťažkých štádií a podôb spojených s agresivitou proti predmetom a osobám, časté úteky, potulovanie, upútavanie pozornosti, neúčelné aktivity. Mierny, ale neustály nepokoj označujeme ako agitovanosť, inkontinencia moča, alebo stolice je častá v ťažkých štádiách. Epizodicky sa objavujú psychotické príznaky, konkrétne halucinácie a zrakové, alebo sluchové ilúzie.
3. **Aktivity denného života** (ADL) s progresiou demencie zaniká schopnosť inštrumentálnej aktivity (napríklad schopnosť telefonovať) a neskôr sú narušené aj také bazálne činnosti, ako je schopnosť obliekať sa, udržiavať základnú hygienu, či samostatne sa najesť (Lukáš, 2014).

Podľa Frankovej (2011) sa pri charakteristike jednotlivých symptómov choroby zjednodušene môžeme držať troch základných bodov podľa amerického „**ABC demencia"**:

1. **A – aktivity denného života**: Ako vyplýva z názvu súčasťou choroby je porucha sebestačnosti. Pacientovi kladieme cielené otázky a to hlavne na schopnosť užívať lieky samostatne, manipulovať s peniazmi, pripraviť si jedlo, telefonovať, vybavovať odkazy a schopnosť pohybovať sa mimo domova bez pomoci.
2. **B – Behaviour** (emócie a správanie): Porucha správania a emócií patria medzi sprievodné znaky Alzheimerovej choroby. Okrem apatie sa s určitosťou objavia bludy či agitovanosť.
3. **C – Cognition** (kognitívne funkcie): Typická pre toto ochorenie je anterográdna amnézia s prejavmi hipokampálneho postihnutia. Postihnuté je vyvolávanie pamäťových stôp a ukladanie informácií. Zabúdanie sa týka prevažne čerstvých udalostí, ale spomienky na udalosti z mladosti zostávajú zachované, až do vysokého štádia choroby (Franková a kol., 2011).

Posudzovanie

◊ Sestra posúdi dostupné informácie o aktuálnom a minulom fyzickom, funkčnom, kognitívnom a behaviorálnom stave pacienta. Skontroluje predchádzajúce diagnózy, pri ktorých je demencia kľúčovým príznakom (Kvalita dôkazov: **mierna**; Sila odporúčania: **silná**).

◊ Sestra realizuje **prvé posúdenie prítomnosti demencie u pacienta, vrátane orientačného posúdenia samoobslužných činností pred prijatím a v priebehu prijatia do KOS, na základe týchto krokov:**

- Posúdenie prehľadu histórie pacienta,
- Posúdenie aktuálnej liečby, vrátane voľno-predajných liekov a bylinných preparátov / doplnkov (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**),
- vyhodnotenie znakov a symptómov demencie (Kvalita dôkazov: **mierna**; Sila odporúčania: **silná**),
- posúdenie fyzického, funkčného a psycho-sociálneho stavu pacienta (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**),
- posúdenie kognitivity, nálady a správania pacienta pomocou overeného nástroja ((Kvalita dôkazov: **mierna**; Sila odporúčania: **silná**),
- určenie, či pacient spĺňa kritériá pre demenciu (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**),
- identifikácia príčiny demencie, ak je to možné,
- posúdenie schopností a deficitov pacienta,
- posúdenie vplyvu spúšťačov pre rušivé správanie (nepredpokladať, že správanie je vyvolané environmentálnymi, alebo inými nežiaducimi faktormi, kým nebudú akceptované do úvahy alternatívne príčiny. Je to obzvlášť dôležité, ak sú pacienti novoprijatí, nedávno boli hospitalizovaní, alebo majú významnú zmenu stavu(Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**).

◊ Sestra posúdi zaradenie pacienta do indikačného rámca tohto štandardu na základe prítomnosti lekárskej diagnózy Demencia v lekárskych záznamoch pacienta.

◊ Sestra posúdi pri príjme pacienta do KOS úroveň deficitov

- **v sebaobslužných činnostiach, mobilite,**
- **komunikačných schopností,**
- **kognitívnych schopností** a súvisiacich **ošetrovateľských problémov/diagnóz a rizík** ako súčasť celkového zhodnotenia (rizík) pri prijatí. Posúdenie kognitívnych funkcií je prvoradé pre včasné zistenie patologických stavov a pri monitorovaní účinnosti intervencií (McCarten a kol., 2012, (Level V), Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016). Odporúčania na posudzovanie kognitivity so štandardizovanými a validovanými nástrojmi zahŕňajú: prítomnosť znakov, symptómov alebo sťažností na kognitívne poškodenie (Lin a kol., 2013; Moyer, 2014, (Level I), Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016) so správaním nevhodným pre situáciu alebo nezvyčajným pre jednotlivca.

◊ Sestra realizuje **komplexné posúdenie** výskytu deficitov a súvisiacich ošetrovateľských problémov/diagnóz a rizík u pacienta predovšetkým na základe:

- aktuálnej zdravotnej dokumentácie,
- rozhovoru s pacientom,
- konzultovaním s podpornými osobami, ktoré boli bezprostredne zainteresované do starostlivosti, a ktoré vedia poskytnúť dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta,
- pozorovania pacienta,
- fyzikálneho vyšetrenie pacienta,
- laboratórnych nálezov,

- **zhodnotenia úrovne demencie využitím MMSE škály,** pričom MMSE je najčastejšie odporúčaná a najlepšia štúdia (Folstein, Folstein, McHugh, 1975; Lin, O'Connor, Rossom, Perdue a Eckstrom, 2013, (Level IV); Tombaugh, Mclntyre, 1992, (Level I), In Boltz, M. – Capezuti, E. – Zwicker, D., 2016). *Pozn. autorov: Príkladom vhodnej zodpovedajúcej škály je **MoCA test**. Výsledky testov realizovaných sestrou slúžia pre posúdenie a plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti v kompetencii sestry podľa aktuálne platnej legislatívy,*
- zhodnotenie úrovne sebestačnosti **podľa ADL škály**,
- test koncentrácie, kognitívnej výkonovej stupnice, test kreslenia hodín,
- Mini-Cog Diagnostického testu pre demenciu, Montreal kognitívnej stupnice hodnotenia, St Louis University Skúška duševného stavu,
- posúdenia rizika pádu,
- posúdenia prítomnosti rizika malnutrície.

◊ Sestra **pri prvom komplexnom posúdení** výskytu deficitov a súvisiacich ošetrovateľských problémov/diagnóz a rizík, zvlášť u pacienta v pokročilom štádiu demencie, vzhľadom na nesebestačnosť pacienta a neschopnosť dožadovať sa starostlivosti, **aktívne zisťuje prítomnosť častých rizík náhleho zhoršenia zdravia a ohrozenia**:

- **Agresivita, sebapoškodenie** (indíciami sú nepokoj, nespolupráca, odmietanie stravy, starostlivosti, pokusy o ublíženie v súčasnosti, ale aj v minulosti);
- **Hypoglykemický šok** (riziko je prítomné zvlášť u diabetikov s nepravidelným príjmom potravy, nedávno zistený diabetes);
- **Dehydratácia** (znížený výdaj moču, nízke hodnoty tlaku krvi, suché sliznice, riziko zníženého príjmu tekutín v anamnéze);
- **Smútok, depresia** (strata sebestačnosti, nespolupráca, negatívne výroky, odmietanie jedla, starostlivosti).

◊ Sestra v prípade identifikácie rizika nepokojného/agresívneho správania **pátra po individuálnych efektívnych cestách upokojenia** pacienta. (Otázka blízkym: „Čo zvykne Vášho blízkeho upokojiť?“) a vhodne ich **zapracuje v rámci plánovania** ošetrovateľskej starostlivosti.

◊ Sestra zváži konzultáciu s príslušnými špecialistami na neuropsychiatrické hodnotenie a testovanie, v súvislosti s identifikáciou výskytu symptómov u pacienta, alebo správnou liečbou, ak nie je možné uplatniť primerané posúdenie stavu pacienta, využitím základného testovania. Formálne neuropsychiatrické testovanie môže byť tiež užitočné, ak výsledky skríningových testov nie sú v súlade s klinickými prejavmi u pacienta, stupňom a typom kognitívnej poruchy. Neuropsychiatrické testovanie má taktiež výhodu v tom, že dokáže identifikovať kognitívne schopnosti a deficity pacienta (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**).

◊ Sestra realizuje **zvýšenú observáciu novoprijatých pacientov počas prvých 24 hodín.** Ak to vybavenie pracoviska umožňuje, využíva pri tom kamerový systém a zároveň získava informácie od ostatného personálu.

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

◊ Sestra **posudzuje kontinuálne a priebežne** schopnosti pacienta, prítomnosť výskytu deficitov a s tým súvisiacich ošetrovateľských problémov/diagnóz a rizík ako súčasť ošetrovateľského procesu, vrátane jeho primeranej dokumentácie (Kvalita dôkazov**: nízka,** Sila odporúčania**: silná**). (Level II/EBN).

Diagnostika

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

A 100 – 109 Adaptácia

A 100 Narušená adaptácia jednotlivca

A 101 Riziko narušenej adaptácie jednotlivca

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

K 100 Narušená verbálna komunikácia
K 101 Riziko narušenia verbálnej komunikácie
K 102 Narušená neverbálna komunikácia
K 103 Riziko narušenia neverbálnej komunikácie
K 104 Narušená sociálna interakcia

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 120 Zmenená výživa – väčší príjem ako telesná potreba
V 121 Riziko väčšieho príjmu potravy ako telesná potreba
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 126 Porucha prehĺtania
V 127 Riziko poruchy prehĺtania
V 128 Nechutenstvo
V 129 Riziko nechutenstva
Z 100 – 119 Zmyslové vnímanie
Z 100 Zmenené vnímanie chuti
Z 101 Riziko zmeneného vnímania chuti
Z 102 Zmenené vnímanie čuchu
Z 103 Riziko zmeneného vnímania čuchu
Z 104 Zmenené sluchové vnímanie
Z 105 Riziko zmeneného sluchového vnímania
Z 106 Zmenené hmatové vnímanie
Z 107 Riziko zmeneného hmatového vnímania
Z 108 Zmenené zrakové vnímanie
Z 109 Riziko zmeneného zrakového vnímania

Plánovanie a realizácia

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s demenciou by mala zahŕňať: dokonalú hygienickú starostlivosť, vhodnú výživu, hydratáciu, riešenie inkontinencie, aktivizáciu pacienta, vhodnú komunikáciu a alternatívne techniky pre podporu kognitívnych funkcií. V poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti musí sestra spolupracovať s multidisciplinárnym tímom, ale aj ostatným personálom na oddelení.

1. Individuálne plánovanie

◊ Sestra pri plánovaní opatrení vždy citlivo zohľadní celkový stav pacienta, v zabezpečovaní KOS uplatňuje alternatívne prístupy validácie, reminiscencie, a dodržiava etické princípy beneficiencie a nonmaleficiencie.

◊ Na základe predchádzajúceho posúdenia, pri zohľadnení rizika a individuálnych potrieb pacienta, sestra **plánuje ošetrovateľské intervencie a aktivizačné techniky,** ktoré dokumentuje v súlade s internými postupmi/zvyklosťami pracoviska:

a) **pri miernom až strednom stupni** ACH sestra poskytuje/realizuje:

- podporu pacienta v orientácii (čas, miesto, osoba),
- stimuláciu zmyslov aktivizačnými prístupmi (podpora vône, chuti, stimulácia zraku, sluchu),
- podporu pamäte využívaním tréningových aktivít: pexeso, spievanie známych piesní, spomienkové boxy,
- stimuláciu pohybových schopností jednoduchými cvikmi,
- podporu k samostatnosti pri realizácii samoobslužných činností pre čo najdlhšie udržanie fyziologického vyprázdňovania (optimálne vypracovanie denného režimu s pevnými časmi prijímania stravy a vylučovania),
- aktivizáciu pozornosti počas dňa,
- upravenú (voľnú) osobnú bielizeň,
- bezpečnú obuv,

b) **pri stupni rozvinutej až veľmi ťažkej demencie** sestra poskytuje/realizuje:

- zabezpečovanie všetkých biologických potrieb (výživa, hydratácia, hygiena, vylučovanie, režim spánku a bdenia),
- zabezpečenie a používanie pomôcok na stimuláciu zmyslov u pacienta (farebnosť, zvuky, vône, sociálny kontakt),
- včleňovanie pacientov do komunity spolupacientov pri spoločných aktivitách,
- individuálny trpezlivý prístup s prejavovaním záujmu,
- uplatňovanie terapie dotykom, bazálnej stimulácie,
- monitorovanie emočného diskomfortu pacientov,
- v prípade nepokoja, agresivity konzultovanie o možnostiach farmakologickej intervencie.

Osoby s miernym až stredne ťažkým stupňom demencie sa môžu podieľať na rozhodovaní o liečbe, ale zhoršená schopnosť pamäte môže byť prekážkou pre prejavenie porozumenia o možnostiach liečby (Moye, Karel, Azar, Gurrera, 2004, (Level IV), Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016). Poskytovanie informácií súvisiacich s diagnostickými a liečebnými postupmi by malo zohľadňovať schopnosť pacienta vyjadriť pochopenie dôležitosti, alebo dôsledkov voľby na jeho budúce zdravie. Špecifické neuropsychologické testy (napr. MacArthur Competence Assessment Tool a Hopemont Capacity Assessment Interview) dokážu identifikovať úroveň rozhodovacej schopnosti u ľudí s miernym, až stredne ťažkým stupňom demencie, táto schopnosť sa môže medzi osobami s duševnou chorobou líšiť (Gurrera, Moye, Karel, Azar, Armesto, 2006, (**Level IV),** Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016).

◊ Sestra vypracuje individuálny interdisciplinárny plán starostlivosti, ktorý definuje ciele, ktoré sú dosiahnuteľné pre pacienta, berúc do úvahy priania pacienta a / alebo rodiny; Ciele sú merateľné, zohľadňujúce ciele liečby. Pri zmene potreby pacienta sa menia aj ciele (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**).

◊ Sestra pre zabezpečenie optimálneho fungovania pacienta a kvality jeho života špeciálne upraví prostredie, zabezpečí prístup vyškoleného ošetrujúceho personálu a pripraví harmonogram činností v zariadeniach s osobitnou starostlivosťou (Kvalita dôkazov: **mierna**; Sila odporúčania: **silná).**

2. Súhrn požadovaných prístupov v špecifických (najčastejších) situáciách:

- **agresivita:**

◊ Sestra

- monitoruje úroveň emočného prežívania u pacienta, posudzuje mimiku tváre pacienta, gestikuláciu, verbálny a neverbálny prejav,
- snaží sa porozumieť emočnej reakcii, uplatňuje komunikačné techniky na zmiernenie napätia (spomalenie tempa reči, pokojný tón hlasu, zníženie gestikulácie, používa slová: chápem a rozumiem, prejavenie záujmu),
- zaznamenáva výskyt agresivity do dokumentácie,

- pri eskalácii napätia, prípadne identifikácii prítomnosti halucinácií u pacienta konzultuje vhodnosť aplikácie farmakoterapie s lekárom.

- **depresia a úzkosť:**

◊ Sestra

- monitoruje výskyt týchto emócii u pacienta,
- uplatňuje individuálny a empatický prístup,
- aktivizuje pacienta využívaním aktivizačných činností na odpútanie pozornosti,
- venuje dostatok času na rozhovor.

- **podozrievavosť a paranoja:**

◊ Sestra

- sa snaží komunikovať jasne, konkrétne, zrozumiteľne, vyhýba sa šepkaniu,
- upozorní okolie pacienta na možnosť vzniku konfliktov a nezhôd,
- paranoidné prežívanie pacienta sestra akceptuje ako súčasť ochorenia, zachováva nadhľad a pochopenie.

- **nočný nepokoj:**

◊ Sestra poskytuje/realizuje:

- primeranú aktivizáciu pacienta počas dňa, vytvorenie harmonogramu činností,
- fixný, stanovený čas ranného vstávania i večerného ukladania k spánku,
- aktivizačné intervencie brániace pospávaniu pacientov počas dňa,
- úpravu prostredia pred spaním (pre navodenie relaxu, spánku),
- minimalizáciu podávania kofeínových nápojov.

3. Všeobecné prístupy k pacientovi s demenciou

Prístup k pacientom sa v jednotlivých typoch a štádiách demencií líši. Pacienta je potrebné prijímať, podporovať a s láskou ho sprevádzať životom a na každom kroku vyjadrovať pochopenie a snahu mu pomôcť. Preto je potrebné ho nastaviť na určité rituály, dohodnúť si pravidlá, ktoré budú obe strany rešpektovať, ale na druhej strane treba chápať, že ich porušenie plynie z povahy ochorenia.

◊ Sestra uplatňuje, v komunitnej starostlivosti **edukuje** blízkych, ev. ďalší ošetrujúci personál k **uplatňovaniu** nasledovných **prístupov** pri **zohľadnení typu a štádia demencie**:

1. **Prístup k pacientovi pri miernej kognitívnej poruche.**

V štádiu miernej kognitívnej poruchy je človek ešte sebestačný a zatiaľ nepotrebuje trvalú starostlivosť, ani dohľad. Chorý sa sťažuje na poruchy pamäti, sústredenia, rozhodovania, orientácie, ktoré sú merateľné, ale nespĺňajú kritéria demencie.

- Dôležitou súčasťou oboznamovania pacienta s diagnózou je podpora pacienta, empatia a dostatok informácií o demencii, pomoci a podpore.
- Včasná diagnóza, informovanosť pacienta sú nutnou podmienkou preto, aby si pacient mohol naplánovať ďalší život a učiniť rozhodnutia, ktoré sú preňho dôležité v čase, keď je ešte schopný.
- Je nutné vysvetliť pacientovi, že má možnosť rozhodnúť o svojom majetku, financiách, určiť si poručíka, ktorý sa bude starať o jeho veci po zhoršení zdravotného stavu.
- Vhodné je vytvoriť pacientovi pravidelnosť v aktivitách. Nechať chorého, aby vykonával to, čo môže sám a viesť ho k samostatnosti. Sledovať, či daná činnosť nie je pre chorého nebezpečná, ale nezasahovať. Získavať, čo najviac informácií.
- Zapájať aj ostatných členov rodiny do starostlivosti.
- Podporovať pamäť chorého, vytvárať zoznamy, používať obrázky. Kľúče a ostatné veci ukladať na viditeľné a stále to isté miesto, aby ich chorý našiel.

- Označiť miesta v kuchyni, kúpeľni, označiť všetky skrinky, používať kalendáre. Určiť čas na stravovanie, hranie hier, na spoločenské aktivity a odpočinok.
- Udržiavať chorého aktívneho (Šuličová, Šantová, Šimová, 2011).

Demenciou postihnuté osoby nedokážu vykonávať komplikované činnosti ako účtovníctvo, alebo variť. Dokážu však vykonávať rutinné činnosti a aktivity. Možné činnosti a aktivity pre osoby postihnuté demenciou:

- Činnosti spojené s domácnosťou: utierať prach, vysávať, zametať, umývať, skladať bielizeň, utierať riad, prestrieť stôl, leštiť nábytok, polievať kvety.
- Pri príprave jedla: šľahať vajíčka, šúpať hrach, fazuľu, umývať ovocie, zeleninu.
- Činnosti mimo domácnosti: polievať kvety v záhrade, plieť burinu, vyhrabávať trávu, kosiť, starostlivosť o domáce zvieratá.
- Ručné práce: háčkovať, štrikovať, vyšívať jednoduché motívy, navliekať korálky, maľovať obrázky, triediť kartičky.
- Počúvať hudbu: obľúbené šlágre, spievať známe pesničky, riekanky, tancovať.
- Vyhľadávať také aktivity, ktoré príliš nezaťažujú seniora a sú pre neho bezpečné a pri ktorých si senior dôveruje (Buijssen, 2011).

2. Prístup k pacientovi vo fáze rozvinutej demencie.

Štádium rozvinutej demencie je charakterizované postupne sa zhoršujúcou nesebestačnosťou a často sú prítomné behaviorálne a psychické príznaky demencie. Preto je potrebné zabezpečiť nepretržitý dohľad, starostlivosť a pomoc. Pacienti sú postihnutí blúdením, problémovým správaním, ktoré môže ohroziť ich bezpečnosť.

- Vhodná je starostlivosť v inštitúciách typu denný stacionár a ústavná starostlivosť pre pacientov s demenciou.
- Charakter oddelenia pre pacientov s demenciou. Kapacita do 15 maximálne 20 ľudí. Nutný je trvalý dohľad kvalifikovaných samostatne pracujúcich sestier.
- Na oddelení musí byť stále prítomný sanitár. Jednotlivé činnosti musia prebiehať pod dohľadom ergoterapeuta alebo fyzioterapeuta.
- Na každom oddelení musí byť vytvorený a dodržiavaný režim oddelenia. Príjem pacienta na oddelenie vyžaduje menšiu a útulnú izbu so stálou teplotou.
- Musí byť dodržaný aspoň minimálny pohybový režim, pacient má byť počas dňa aktivizovaný.
- Posteľ by mal využívať len na spánok.
- Je potrebné pravidelne dbať na zvýšenú hygienu, pretože strácajú cit pre estetiku a potrebu sebakontroly.

V tomto štádiu je potrebné

- často pripomínať, čo sa bude diať, pripomínať chorému niektoré spomienky,
- nalepiť štítky, aby sa chorý vedel orientovať, veľké tlačené písmena,
- nechať ho čo najviac rozprávať,
- kontrolovať zubnú protézu,
- nehádať sa s chorým, pri komunikácii pristupovať spredu alebo tak, aby nás videl,
- používať jednoduché vety,
- vybrať mu oblečenie, ktoré sa ľahko oblieka,
- správne upraviť prostredie, upratať prostriedky a veci, s ktorými by si mohol ublížiť,
- podať a kontrolovať užitie liekov, nenechávať chorého samého alebo zabezpečiť, aby ho niekto kontroloval.

3. Prístup k pacientovi v terminálnej fáze demencie.

Je to obdobie prevažnej nesebestačnosti a vyžaduje si ošetrovateľskú starostlivosť. Je možné komunikovať s chorým neverbálne, ale je potrebné poznať ho dokonale. Nespoznáva svojich blízkych nevie ich pomenovať. Pacient prichádza do štádia, že sa stáva postupne nesebestačným.

Paliatívna starostlivosť o pacientov s demenciou je zameraná na zachovanie kvality života u pacientov a zmierňovanie symptómov ochorenia a utrpenia, ktoré ochorenie spôsobuje. Je založená na prístupe celého tímu odpovedá citlivo na potreby pacientov a ich rodín. Samostatná práca sestry neplní len rolu zdravotníckeho pracovníka, ale aj rolu pacientovej ochrankyne, učiteľky, advokátky a nositeľky zmien. Je potrebné vedieť, že aj keď pacient stratil kognitívne funkcie, nestratil schopnosť cítiť a prežívať citové stavy a vzťahy (Šuličová, Šantová, Šimová, 2011). Ošetrovanie dementného pacienta je multiprofesionálnou záležitosťou a vyžaduje si odbornú pomoc lekára, psychológa, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, sociálneho pracovníka, sestier a ostatného zdravotníckeho personálu (Hegyi, 2001).

a) Hygienická starostlivosť a úprava inkontinencie

◊ Sestra

- **zabezpečuje** (vykoná sestra alebo deleguje na ZA, sanitára) primeranú hygienickú starostlivosť podľa individuálneho plánu hygienickej starostlivosti v závislosti od stavu kože pacienta, jeho potrieb a požiadaviek. Osobnú a posteľnú bielizeň pacienta udržiava v čistote a suchu,
- posúdi stupeň inkontinencie moču a stolice pacienta,
- denne zaznamenáva stav kontinencie u imobilných pacientov,
- pomocou režimových opatrení podporuje pacienta k fyziologickému vylučovaniu,
- minimalizuje vplyv agresívnych látok (moč, stolica, pot, ranové sekréty) na kožu pacienta,
- praktizuje aktivity zamerané na čistenie kože od nečistôt, baktérií, dodávanie tuku a primeranej vlhkosti, obnovu kyslého ochranného plášťa kože podľa aktuálnych odporúčaných postupov (teplota vody, antibakteriálne mydlá, mydlá so zvýšeným obsahom tukov, pH neutrálne mydlá, krémy s masťovým základom, hydratačné mlieka),
- u inkontinentného pacienta zavedie manažment inkontinencie – **zabezpečí** používanie jednorazových absorpčných, ochranných a hygienických pomôcok (vložky, plienkové nohavičky, podložky, urinálne kondómy, močové katétre a cievky, kolektory, vrecká),
- zabezpečí manažment aktivít podporujúcich kontinenciu - posilnenie močového mechúra, svalov panvového dna a brušného lisu (optimálne) v spolupráci s fyzioterapeutom,
- zabezpečí ochranu predilekčných miest, predilekčné miesta suší pritláčaním uteráka o pokožku a ošetrí vhodným krémom.

b) Mobilizácia a rehabilitácia

◊ Sestra

- Zabezpečí aktivizáciu pacienta a podporuje ho k sebestačnosti. Vhodnú aktivizáciu pacienta vzhľadom na jeho celkový a lokálny stav konzultuje (optimálne) s fyzioterapeutom. Rehabilitačný ošetrovateľský program môže pomôcť optimalizovať funkciu pacienta, ktorý má zhoršenú kognitivitu a správanie (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**).
- Zabezpečí (optimálne) v spolupráci s fyzioterapeutom nasledovné druhy nácviku zamerané na udržiavanie integrity kože pacienta:
  - nácvik antidekubitného polohovania,
  - nácvik funkčného polohovania,
  - nácvik pasívnych pohybov a vertikalizácie,
  - nácvik sebaobslužných činností,
  - nácvik hygienických aktivít.

Úprava výživy

◊ Sestra

- **zabezpečuje** (realizuje alebo deleguje na ZA po posúdení stavu pacienta) na aktivity na dosiahnutie optimálnej výživy kože a ostatných tkanív organizmu pacienta,
- konzultuje s lekárom a asistentom výživy nutričnú potrebu pacienta s rôznym stupňom rizika vzniku dekubitu.
- v spolupráci s asistentom výživy zabezpečí stravu s adekvátnym množstvom vitamínov, minerálov, bielkovín (1,25 – 1,5 g / kg / deň) a vláknin. Diéta č. 11 (výživná) obsahuje: 12 000 kJ: z toho bielkovín 105 g, tukov 80 g, sacharidov 420 g a vitamínu C 100 mg.
- sleduje a zaznamenáva príjem potravy (množstvo, obsah);
- podporuje pacienta v maximálnej možnej miere k samostatnému príjmu potravy;
- uprednostňuje príjem potravy per os. Ak perorálny príjem nie je možný prípadne neadekvátny, zabezpečí podľa odporúčania lekára enterálnu výživu sondou alebo parenterálnu výživu.

Existuje dobrý dôkaz, že nutričná podpora podstatne predlžuje život alebo zlepšuje kvalitu života u pacientov s pokročilou demenciou (Kvalita dôkazov: **mierna**; Sila odporúčania: **silná).**

Hydratácia

◊ Sestra

- zabezpečí optimálnu hydratáciu kože pacienta - príjem tekutín per os, enterálne alebo parenterálne (podľa ordinácie lekára) vzhľadom k veku, základnému a pridruženému ochoreniu, spojené s dôslednou bilanciou príjmu a výdaja tekutín.

Optimálny je príjem 2 000 ml / 24 hod., ak nie je kontraindikovaný. (Level II/EBN)

Spoluúčasť na liečbe základného ochorenia podľa ordinácie lekára

◊ Sestra sleduje vplyv pridružených ochorení na zmenu zdravotného stavu, účinnosť liečby, dbá o pacientovu telesnú a psychickú pohodu.

Prognóza a vyhodnotenie

Porucha pamäti nepatrí medzi prvé príznaky demencie, začiatočnú fázu choroby môžu signalizovať aj mentálne problémy, keď človek dočasne akoby stratí niť myšlienok. Odborníci to nazývajú „mentálna fluktuácia“ (Carperová, 2011). ACH spôsobuje progresívne odumieranie nervových buniek v mozgovej hemisfére. **Rozvinutie ochorenia sa odhaduje na 8 až 20 rokov. Závisí to od podmienok a zdravotného stavu človeka.** Postihuje predovšetkým tie časti mozgu, ktoré sú dôležité pre myslenie, rozumové schopnosti a hlavne pamäť. Ak poškodenie pamäti a rozumovej schopnosti nadobudne také rozmery, že sa človek nedokáže o seba postarať bez pomoci iných, môžeme hovoriť o demencii (Vavrušová, 2012).

Existuje celá škála farmakologických, nefarmakologických psychoterapeutických prístupov, ktoré zlepšujú prognózu, resp. odďaľujú progresiu demencie do ťažších štádií (Lukáš, 2014). Kľúčovú rolu v prevencii a stabilizácii stavu pacienta s demenciou, predovšetkým v pokročilých štádiách, zohráva komplexná ošetrovateľská starostlivosť. Výskyt nepredvídaných udalostí pri poskytovaní KOS o pacienta s demenciou vo významnej miere zodpovedá úrovni efektívneho manažmentu rizika v kontexte zodpovedného preventívneho a aktívneho prístupu sestier a ošetrujúceho personálu.

Všeobecným požadovaným výsledkom ošetrovania pacienta metódou v kontexte ošetrovateľského procesu s kladením dôrazu na sekundárnu a terciárnu prevenciu, je maximálne možné saturovanie jeho bio–psycho–sociálnych potrieb so zohľadnením získania čo najväčšej samostatnosti, zvládania denných aktivít a zachovania čo najvyššej kvality života pacienta. Súčasťou zvládnutia ošetrovateľskej

starostlivosti je dostatočne edukovaný pacient, prípadne ošetrujúce osoby, ak je pacient mimo ústavnej starostlivosti.
Prognóza pacientov je vo významnej miere **priamo úmerná úrovni efektívneho ošetrovateľského manažmentu** v kontexte zodpovedného a aktívneho prístupu sestier a ošetrujúceho personálu, ktorý bezprostredne zodpovedá za saturovanie biologických potrieb pacienta.
Základným princípom je analyzovanie príčinných súvislostí a následné plánovanie a zodpovedná realizácia opatrení. Prognózu vývoja stavu pacienta pozitívne ovplyvňuje skúmanie a prehodnocovanie prístupov s cieľom dosiahnuť individuálne definované výsledky starostlivosti.
Prognóza je dôležitá v rámci stanovovania dlhodobej starostlivosti pre vhodné plánovanie starostlivosti a včasné využitie dostupných zdrojov. Prognóza nie je zárukou budúcich udalostí, ale skôr odhadom toho, čo možno odôvodnene očakávať. Prognóza demencie je náročná; dôkazy odporúčajú pri určovaní prognózy demencie zohľadňovať vek, pokles funkčného stavu a perorálneho podávania stravy, zvyšujúcu sa závislosť na aktivitách každodenného života (ADL) ako najdôležitejšie prvky pri určovaní prognózy demencie v záverečnej fáze (Kvalita dôkazov: **mierna**; Sila odporúčania: **Silná).** (Level II/EBN)

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

◊ Na pracovisku sa používa **individuálne plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti so zohľadňovaním potrieb pacienta.** Na posúdenie rizika, resp. zistenia úrovne deficitov sa využívajú štandardizované škály (optimálne MMSE, Barthelovej index, dotazník funkčných činností (FAQ) alebo Katz ADL stupnica).
◊ **Hodnotenie** rizika a deficitov je **súčasťou** (príjmovej) **dokumentácie u každého pacienta**.
◊ Na pracovisku sa používa, neustále **prehodnocuje a vyvíja postup**, ktorého cieľom je efektívne eliminovať faktory vzniku nežiaducich udalostí a destabilizácie pacienta.
◊ **Pracovisko používa spôsob trvalého a priebežného prehodnocovania kvality poskytovanej KOS.**
◊ **Pracovisko realizuje objektívny monitoring výskytu nežiaducich udalostí a destabilizácie pacientov.**
◊ **Všetci zamestnanci sú vedení k proaktívnemu prístupu vo vzťahu k prevencii výskytu nežiaducich udalostí a destabilizácie pacienta.**
◊ Manažment starostlivosti o pacientov s demenciou sa zabezpečuje multidisciplinárne.
Manažment starostlivosti a liečby zahŕňa predovšetkým:

- prípravu plánu interdisciplinárnej starostlivosti,
- optimalizáciu funkcie a kvality života pacienta s využitím zostávajúcich silných stránok pacienta,
- použitie doplnkových a alternatívnych terapií a doplnkov stravy,
- lekárske intervencie, ak je to vhodné (Kvalita dôkazov: **vysoká,** Sila odporúčania: **silná),**
- riadenie funkčných deficitov,
- riešenie súvisiacich etických otázok (Kvalita dôkazov**: nízka,** Sila odporúčania**: silná)**,
- sledovanie stavu pacienta a prispôsobenie manažmentu podľa potreby (Kvalita dôkazov**: nízka,** Sila odporúčania**: silná).**

◊ Zariadenie má priestory zabezpečené tak, aby sa pacient mohol do určitej miery bezpečne voľne pohybovať v priestore (Kvalita dôkazov: **mierna**; Sila odporúčania: s**ilná**).
◊ V zariadení sú miestnosti ako WC, kúpeľňa, kuchyňa výrazne označené **piktogramami**, pre zlepšenie orientácie pacienta.
◊ V zariadení sú miestnosti pre denný pobyt pacientov majú mať **prvky pripomínajúce domov**.
◊ V zariadení sú priestory umožňujúce poškodenie pacienta (uskladnenie chemikálií, prístup k oknám, dvere) zabezpečené tak, aby nedošlo k poškodeniu pacienta,

◊ Pre identifikáciu pacienta sa používajú **identifikačné náramky**, na ktorých je uvedené meno a priezvisko pacienta, resp. kontaktné údaje zariadenia.
◊ **V zariadení je prostredie je upravené tak, aby pozitívne stimulovalo** (farby, obrazy, maľby) a zároveň psychicky upokojilo pacientov (kombinácia žltej, modrej a zelenej farby v interiéri, akvárium apod.). Eliminované sú sterilné farby, ošumelý vzhľad interiéru, ale tiež chaos, neporiadok v prostredí. Prostredie tematicky zrkadlí aktuálne ročné obdobia, obdobie sviatkov (Vianoce, Veľká noc) predovšetkým v priestoroch vstupu do zariadenia a v spoločenskej miestnosti. Sociálny pracovník, resp. ním poverený zamestnanec zodpovedá za aktuálnosť a vhodnosť výzdoby.
◊ Poskytovateľ používa **efektívne nástroje na udržanie bezpečného prostredia** pre pacientov s poruchami správania:

- zatváranie dverí/eliminácia rizika zatúlania pacienta;
- prístup k elektrickým spotrebičom/eliminácia úrazu, poškodenia;
- prístup k chemikáliám/eliminácia úrazu, otráv, škôd;
- zatváranie balkónov, okien/eliminácia rizika vypadnutia, pokusu o samovraždu;
- ostré predmety, lieky/eliminácia rizika poranenia, otráv, škôd;
- prístup k iným bezbranným pacientom/eliminácia rizika poranenia, smrti, psychického ublíženia.

◊ Poskytovateľ má vytvorený a v praxi implementovaný etický kódex, ktorý garantuje zdvorilý a ohľaduplný prístup k pacientom.
◊ Zamestnanci sú **min. 1 x ročne školení** o špecifickom prístupe k pacientom s demenciou.
◊ Poskytovateľ podporuje profesionálny, ľudský prístup a primeranú pripravenosť zamestnancov a aj pre mimoriadne zaťažujúce situácie v súvislosti s ošetrovaním pacientov s demenciou.
◊ Poskytovateľ hodnotí riziko a používa efektívne nástroje **eliminácie rizika syndrómu vyhorenia personálu.**
◊ Poskytovateľ používa efektívny spôsob **bezpečného odovzdávania informácií** súvisiacich s primeraným a bezpečným manažmentom pacientov s demenciou.
◊ Ošetrovanie pacienta s demenciou v kontexte následnej (dlhodobej starostlivosti) je indikáciou pre ošetrovanie v

- dome ošetrovateľskej starostlivosti,
- zariadení sociálnych služieb s celodenným zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti,
- hospici,
- ADOS/mobilnom paliatívnom tíme/mobilnom hospici za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu.(Level II/EBN).

Ďalšie odporúčania

Zariadenie uplatňuje niektoré, optimálne kombinácie viacerých uvedených, resp. ďalších prístupov pre podporu pacientov s demenciou:

1. **Orientácia v realite:** „Technika orientácie v realite sa používa u seniorov v skorších fázach demencie a cieľom tejto techniky je precvičovať krátkodobú pamäť" (Kamanová, 2014, s. 42). Využívame dennú tlač, kalendár, nástenné hodiny, spoločenské hry, rozhovory za účelom predchádzať zmätenosti. Dôležitá je skupinová spolupráca a komentovanie vykonávaných činností a diania v okolí pacienta.
2. **Validácia:** „Ide o techniku komunikácie, ktorou sa overujú, preverujú a akceptujú postoje pacienta". Validácia kladie dôraz na minulosť, ktorá ovplyvňuje súčasný stav seniora“ (Kamanová, 2014, s. 43). Počúvanie pacientových zdanlivo nezmyselných vyjadrení je za účelom uvoľnenia stresu, napätia a prejavenia potláčaných emócií. Nejde o podporu fantázie pacienta. Výpovede seniora treba brať vážne a hľadať v nich zmysel. Dôležitý je prejav empatie, spätná väzba, haptika a očný kontakt, ktoré podporujú vyjadrenie pacienta.

3. **Reminiscenčná technika:** „V tejto forme komunikácie sa využívajú spomienky a ich vybavovanie prostredníctvom rôznych podnetov. Táto technika zámerne riadeného vyvolávania vedenia spomienok pacientov vychádza zo skutočnosti, že i v pokročilej fáze demencie je zachovaná dlhodobá pamäť“ (Kamanová, 2014, s. 43). Cieľom techniky je celkové zlepšenie stavu pacienta, komunikácie a pozdvihnutie jeho dôstojnosti a sebadôvery. V spomienkach sa vracia do obdobia a prostredia, ktoré je mu známe a tým sa navodzuje pokojná atmosféra, pocit istoty a dôvery. Medzi základné techniky patrí rozhovor, sledovanie filmov a fotografií, spievanie, tanec a pod.
4. **Aktívne počúvanie:** nejde len o vypočutie informácií, ale počas celého rozhovoru dávame najavo pochopenie a porozumenie. „Človek sa postupne vekom izoluje od society a venovať mu pozornosť i vypočuť si ho, je pre samotného seniora väčším prínosom pre jeho psychické zdravie ako nejaká priama pomoc alebo služba“ (Kamanová, 2014, s. 44).
5. **Počúvanie mlčania:** počúvanie a tolerancia mlčania patria k prejavu vysokej profesionality. Mlčanie si mnohí vysvetľujú ako negatívny prejav. „Aktívne počúvanie mlčania má výpovednú hodnotu pre pacienta, ktorý cíti som tu prijímaný, taký aký som tu prítomný“ (Kamanová, 2014, s. 45).
6. **Rezolučná terapia:** je forma komunikácie, ktorá sa využíva u pacientov v pokročilom štádiu demencie. Vychádza z predpokladu, že pacient uviazol v minulosti, ktorú v prítomnosti reálne prežíva. Profesionáli hrajú role, ktoré im pridelil sám pacient (napr. dcéra, sestra). Cieľom je privodenie pocitu pokoja, bezpečia a istoty. „Predpokladom úspešne vedenej terapie v rámci komunikácie je rešpektovanie prejavov správania bez opravovania a usmerňovania, ide o absolútne prijatie“ (Kamanová, 2014, s. 46).
7. **SimPres:** ide o špecifický spôsob komunikácie s dementným pacientom. Využíva sa audio a video technika so záznamom rodinných príslušníkov, blízkych osôb a známeho prostredia. Využíva sa pri prechode z domáceho prostredia do inštitucionalizovaného zariadenia. Cieľom je navodiť pocit istoty a bezpečia.
8. **Aktivizácia:** sestra implementuje aktivizačné metódy s cieľom uspokojiť fyzické potreby: šport, pohyb, tanec, hudba, ručné a výtvarné práce, starostlivosť o zvieratá a rastliny, uspokojiť psychické potreby: relaxačné cvičenia, hudba, cvičenie pamäte a edukácia, kreatívne činnosti, uspokojiť sociálne potreby: kolektívne, kultúrne a spoločenské podujatia, ktoré dodávajú pocit súdržnosti, spolupatričnosti a užitočnosti, uspokojiť duchovné potreby: hľadanie zmyslu života, účasť na duchovných cvičeniach, náboženských obradoch (Kamanová, 2014).
9. **Multisenzorická stimulácia:** metóda SNOEZELEN (snúzelen) v preklade znamená vytvorenie viaczmyslového prostredia. „Stimulácia zmyslov znamená, že pomocou rôznych podnetov vzbudzujeme, alebo upokojujeme klientov tak, aby reagovali vhodným spôsobom na stimuly v danom prostredí“ (Kamanová, 2014). Pomocou stimulácie zmyslov sa snažíme vyvolať pocit uvoľnenia, pohody a navodiť relaxáciu: Metóda prebúdza záujem a vyvoláva spomienky, odbúrava strach a navodzuje pocit istoty. Pri práci s dementnými pacientmi je vhodné zriadiť tzv. "bielu" miestnosť s pohodlnými kreslami a stimulujúcim svetlom. Využíva sa na relaxáciu. Cieľom pobytu v nej je zníženie agresívneho správania. Zriadenie "tmavej" miestnosti slúži najmä osobám so zrakovým postihnutím. „Hravá" miestnosť je určená pre pohybové aktivity a hry (Martens, 2005).
10. **Kognitívna rehabilitácia**: označovaná tiež ako tréning pamäti. Jeden z prvých príznakov demencie sú poruchy pamäti. Využívajú sa rôzne cvičenia, ktoré sú zamerané na zlepšenie koncentrácie, tvorivého myslenia a zapamätávania.
11. **Pohybová terapia:** Existuje vzájomná spojitosť medzi pohybovou aktivitou a psychickou pohodou človeka. Jednou z moderných metód využívaných v séniu je kinezioterapia. „Ide o cielené pôsobenie na psychiku chorého, na jeho duševné procesy, funkcie, stavy, osobnosť a ich

vzťahy prostredníctvom vopred určeného, aktívne prevádzaného pohybového programu využívajúceho prvky telesných cvičení, športu a pohybových hier“ (Kamanová, 2014, s. 81). Cvičenie môže byť realizované aj z hudbou, alebo bez nej.

12. **Terapeutická záhrada:** Vytvorenie terapeutickej záhrady má veľmi pozitívny vplyv na osoby s demenciou. Udržiavaná zeleň, kvety a záhradné zariadenie umožňujú človeku blízky kontakt s prírodou. U pacientov s demenciou sa redukuje pocit smútku, osamelosti, zmätenia a nastupuje pocit radosti a pokoja. Zmyslom je aktívna činnosť, kedy sa pacient zúčastňuje na pestovaní zelene a kvetov. V záhrade dochádza aj k stimulácii zmyslov prostredníctvom vône, farieb, spevu vtákov, či ochutnávky vlastnoručne vypestovaného ovocia a zeleniny.
13. **Animoterapia:** ide o terapeutickú prácu človeka so zvieraťom. Najčastejšie volenými zvieratami sú: kôň, pes a mačka. Môžu sa však zvoliť i akváriové rybičky, vtáčik, zajac. Zviera dokáže zmierniť pocit osamelosti a vedie k aktivite.
14. **Arteterapia:** Ako metóda sa môže použiť vyfarbovanie predkreslených obrázkov alebo vlastná tvorba. Cieľom je aktivovať motoriku, kreativitu a estetické cítenie. U pacientov s demenciou sú typické niektoré prejavy v kreslení napr.: chaotické usporiadanie objektov, predĺžené tvary či, ornamenty. Pacienti majú často sklon k stereotypu a preto ich nabádame, aby menili farby.
15. **Aromaterapia:** ide o zmyslovú stimuláciu čuchu. Používajú sa vonné oleje v aromalampách, alebo na obkladoch. Vôňu musíme vyberať citlivo. Citrusové vône stimulujú a napr. vôňa levandule upokojuje. Vôňa škorice navodzuje pokojnú atmosféru Vianoc. Dôležité je dbať na bezpečnosť.
16. **Biblioterapia:** Čítanie vyžaduje koncentráciu, fyzickú (sedenie, udržanie knihy) a psychickú spôsobilosť (emocionálne prežívanie). Ak pacient nedokáže čítať sám, veľkým prínosom je aj počúvanie čítania inej osoby.
17. **Kniha života, mapy života:** ide o veľmi osobnú až intímnu formu spomínania. Ide o tvorbu spomienkovej knihy, škatule alebo kufra, ktorý obsahuje životný príbeh osoby. Používajú sa fotografie, pohľadnice, vstupenky, oznámenia, cestovné lístky, myšlienky.
18. **Muzikoterapia:** hudba patrí k spoločenskému životu. Znižuje stres a pocit osamelosti, odvracia pozornosť od smútku a pocitu opustenia. V rámci muzikoterapie pacient hudbu len počúva, vníma, pohybuje sa, tancuje, alebo ju sám vytvára pomocou hudobných nástrojov. Najčastejšie sa využíva ľudová alebo klasická hudba. Využíva sa tiež: bazálna stimulácia, činnostná terapia, terapeutické varenie a pečenie a pod. (Kamanová, 2014)
19. **Bazálna stimulácia:** Na základe konceptu Bazálnej stimulácie sa realizuje u každého novoprijatého pacienta systematický zber dôležitých informácií o individuálnych zážitkoch, potrebách, koníčkoch, požiadavkách, zvykoch a želaniach. Blízki pacienta uvedú potrebné informácie najneskôr pri komunikácii so sestrou, alebo sociálnym pracovníkom, ktorý realizuje činnosti príjmu a vypĺňa príslušný formulár pre bazálnu stimuláciu, ktorý obsahuje položky, týkajúce sa vyššie uvedených oblastí. Formulár môžu dopĺňať počas pobytu nielen príbuzní alebo blízki, ale aj iné osoby, ktoré pacienta poznajú, napr. členovia ošetrujúceho tímu. Tí novozistené skutočnosti hlásia sociálnemu pracovníkovi, ktorý doplní informácie do informatívneho listu. Informácie z formulára spracúva do prehľadných informatívnych listov, ktoré ukladá na viditeľné miesto k lôžku pacienta. Každý z ošetrujúceho personálu, kto pristúpi k lôžku okamžite vie, ako pacienta najvhodnejšie oslovovať, odkiaľ pochádza, čo mu zlepší náladu, aké sú jeho obľúbené témy na rozhovor, akú profesiu vykonával, aké boli, alebo sú jeho koníčky, čo mu chutí a čo nemá rád, ktorá reč, resp. nárečie sú jeho obľúbené, atď. Postupne prebieha proces zhotovovania násteniek v zornom poli pacienta, s fotografiami z jeho minulosti. Personál rešpektuje informácie uvedené na informatívnom liste ako požiadavku pacienta.
20. **Individuálny prístup:** Podmienkou optimálneho vysoko individuálneho uspokojovania potrieb je ich identifikácia, poznanie, ale aj posunutie hodnotnej informácie všetkým členom tímu, ktorí

sa o pacienta starajú. **Je to jeden z krokov k zdokonaleniu komplexnej sociálnej a ošetrovateľskej starostlivosti.**

21. **Používanie terapeutických bábik.**
22. **Ďalšie prístupy zodpovedajúce moderným poznatkom, ktorých efekt je priebežne skúmaný a vyhodnocovaný.**

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

BOLTZ, M. – CAPEZUTI, E. – ZWICKER, D. 2016. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice.* New York: Springer Publishing Company, LLC, 2016. 752 s. ISBN 978-08-261-7167-2.

BUINNSEN, H. 2011. *Demenz und Alzheimer verstehen*. 6. Auflage. Beltz Druckpartner GmbH&Co. KG, Hembsbach, 2011. 279 s. ISBN 978-3-407-85862-7.

CARPEROVÁ, J. 2011. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. Vyšehrad: Translation, 2011. 284 s. ISBN 978-80-7429-194-4.

ČUNDERLÍKOVÁ, M. – KORAĽOVÁ, K. 2014. *Klienti s Alzheimerovou chorobou v sociálnych službách*. Bratislava: Centrum Memoryn.o., 2014. 54 s. ISBN 978-80-970355-9-4.

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, číslo 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 *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia.* ISSN 1339-5920. 2015, číslo 6, s. 32-33. ISSN 1339-5920.

FABIANOVÁ, Z. 2017. Sestry v dlhodobej starostlivosti: bojujme predovšetkým o život. In Zdravotnícke noviny. ISSN 1335-4477. 2017, roč, XXII, číslo 27, s. 7.

FABIANOVÁ, Z. 2017. *Destabilizácia zdravotného stavu klientov* – metodika rizika. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. - GOMBITOVÁ, V. – HAJDUČKO, J. 2017. *Metodiky sociálnej práce a rehabilitačná starostlivosť* – interný predpis. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. - KLIČOVÁ, M. 2017. *Manažment a dokumentovanie ošetrovateľskej starostlivosti* – interný predpis. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. – KLIČOVÁ, M. 2016. *Príjem klienta* – interný predpis. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2016.

FABIANOVÁ, Z. - HRISENKOVÁ, G. – KLIČOVÁ, M. 2016. *Agresivita, nepokoj, blúdenie, pády / používanie prostriedkov obmedzenia* – metodika rizika. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2016.

FABIANOVÁ, Z. - MOCHNÁČOVÁ, A. 2017. *Etický kódex zamestnanca.* Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.
FABIANOVÁ, Z. - MOCHNÁČOVÁ, A. - KLIČOVÁ, M. 2017. Elektronický príjem - Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2015.
FEIL, N.- DE KLERK-RUBIN, V. 2013. *Validation in Anwendung und Beispielen, Der Umgang mit verwirrtenalten Menschen*: 7. aktualisierte und erweiterte Auflage, ErnstReinhardt, GmbH-Co KG, Verlag, München, 2013. 310 s. ISBN 978-3-497-02421-6.
FRANKOVÁ, V. 2011. *Alzheimerova demence v praxi: Konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta, 2011. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.
Guideline Central. 2012. *Dementia in the long term care setting* [online]. 2012. [cit. 2018-03-02]. Dostupné na internete:
< https://www.guidelinecentral.com/share/summary/52d560d4df9b2/#section-date>.
GUĽÁŠOVÁ, I. 2011. Práca s chorými na Alzheimerovu demenciu.In *Zdravotníctvo a sociálna práca*: vedecký časopis.ISSN 1336-9326. 2011, roč. 6, č. 1-2, s.17-24.
HEGYI, L. 2001. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. 1. vyd. Trnava: Slovak academic Press, 2001. 91 s. ISBN 80–88908–80–9.
JIRÁK, J. a kol. 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. 2005. *Medzinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 247 s. ISBN 80-247-1001-3.
JOY, A. a kol. 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál s.r.o., 2012. 135 s. ISBN 978-80-262-0154-0.
KAMANOVÁ, I. 2014. *Aktivizácia seniorov s ochorením demencie*. Brno: TRIBUN, 2014. 145 s. ISBN:978-80-263-0870-6.
KLÍMOVÁ, E. - MAGUROVÁ, D. a kol. 2013. *Teória a prax v starostlivosti o chorého s Alzheimerovou chorobou*. Prešov: PU v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, 2013. 235 s. ISBN 978-80-555-0936-5.
LUKÁŠ, K. - ŽÁK, A. a kol. 2014. *Chorobné znaky a příznaky. Diferenciálni diagnostika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.
MARKOVÁ, E. a kol. 2006. *Psychiatrická ošetřovatelská práca*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
NOAMI, F. - VICKI DE KLERK, R. 2015. *Validácia*. Bratislava: Občianske združenie TERAPEUTIKA, 2015. 186 s. ISBN 978-80-971766-1-7.
PETR, T. - MARKOVÁ, E. a kol. 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
PIDRMAN, V. 2007. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
SCHULER, M. - OSTER, P. 2010. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
ŠULIČOVÁ, A. - ŠANTOVÁ, T. - ŠIMOVÁ Z. 2011. Kompenzácia poznávacích schopností u pacienta s Alzheimerovou chorobou. In *Zborník Ošetrovateľstvo medzi teóriou a praxou.* Tatranská Kotlina, 2011. s. 306-313. ISBN 978-80-89542-06-2.
ŠUPŠÁKOVÁ, P. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
VAVRUŠOVÁ, L. a kol. 2012. *Demencia*. Martin: Osveta, 2012. 52 s. ISBN 978-80-8063-382-0.
VYHLÁŠKA MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz

VYHLÁŠKA MZ SR č. 364/2005 Z. z., 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 v znení neskorších predpisov
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.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2017/28/20170301>.
World Health Organization. 2017. *Dementia.* [online]. 2017. [cit. 2018-04-03]. Dostupné na internete: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>.
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 manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 1. apríla 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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 v paliatívnej starostlivosti (dieťa)

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0036	*14. februára 2019*	*schválené*	*1. apríla 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

PhDr. Helena Gondárová - Vyhničková, dipl. s.; PhDr. Gabriela Nováková, MHA; PhDr. Andrea Bratová, PhD.; Mgr. Tatiana Mikulová, dipl. s.; MUDr. Mária Jasenková

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS ošetrovateľstvo Mgr. Jaroslav Straka; Mgr. Gabriela Kmeťová; doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.; PhDr. Anna Bullová; PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.; PhDr. Anna Macková; Ing. Mgr. Ľubica Kočanová; PhDr. Zuzana Fabianová); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II (PhDr. Zuzana Fabianová, PhDr. Helena Gondárová Vyhničková dipl. s., PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., Mgr. Marianna Klíčová, Mgr. Gabriela Kmeťová); členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.;

JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka, Mgr. Miroslav Hečko

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

paliatívna starostlivosť, hospic, dieťa, rodina, sestra, domáca starostlivosť, komplexná ošetrovateľská starostlivosť

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
CAM	Confusion assessement method / Metóda stanovenia zmätenosti
CNS	Centrálna nervová sústava
EBN	Evidence - Based Nursing / ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
EBM	Evidence - Based Medicine / medicína založená na dôkazoch
EÚ	Európska únia
EFAT	Edmonton Functional Assessment Tool / Edmonton funkčný hodnotiaci nástroj
EOL	End of life care / Starostlivosť na konci života
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System / Edmonton systém hodnotenia symptómov
FLACC scale	Face - Legs - Activity - Cry – Consolability škálascale / Stupnica – tvár, nohy, aktivita, útecha
HIV	Human immunodeficiency virus/ HIV vírus
CHEOPS	The Children´s Hospital of Eastern Ontario Pain Scale / Detská nemocnica Ontário Škála bolesti
IBCS	Infant Body Coding SystémSystem / Kódovací systém pre nemluvňatá
LLD	Life limiting and threatening disease / Život obmedzujúce a ohrozujúce ochorenie
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NANDA	North american nursing diagnosis association / Severoamerická asociácia ošetrovateľských diagnóz
OSBD	Observational Scale of Behavioral Distress
PEG	Perkutánna endoskopická gastrostómia
RLP	Rýchla lekárska pomoc
sat. O_2	Saturácia kyslíka
SR	Slovenská republika
TK	Tlak krvi
TT	Telesná teplota
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia
ZS	Zdravotná starostlivosť

Kompetencie

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 aj na zdravotníckych asistentov a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti.
Ošetrujúci lekár: zabezpečenie lekárskej starostlivosti cestou ošetrenia alebo telefonickej konzultácie.
Sestra: Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta. Posudzovanie, plánovanie a realizácia ošetrovateľských intervencií v rozsahu odbornej spôsobilosti a rozsahu praxe sestry stanoveného v platnom právnom predpise MZ SR. Plnenie ordinácií lekára. Pre zabezpečenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta môže sestra delegovať činnosti aj na zdravotníckych asistentov a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti. Sestra zodpovedá za primeranú úroveň starostlivosti v súlade s potrebami pacienta a pri zohľadnení prítomných rizík.

Úvod

Nevyliečiteľná onkologická choroba alebo závažné život limitujúce a/alebo ohrozujúce LLD (Life limiting and threatening disease) ochorenie je závažným atribútom a postihuje nielen dieťa, ale aj život celej jeho rodiny. Pre rodinu je to výzva nájsť spôsob ako žiť a zároveň nepopierať fakt, že život dieťaťa je ohrozený. Nevyliečiteľná či smrteľná choroba je záťažou pre celú rodinu na somato-psychickej, osobnej úrovni, v materiálno finančnej aj sociálnej. Rodičia aj dieťa osobnostne rastú a dozrievajú: menia životné priority, reorganizujú chod domácnosti (Schroeder, 2018).

Detská paliatívna starostlivosť

je poskytovanie paliatívnej starostlivosti deťom so život limitujúcou a/alebo ohrozujúcou chorobou (LLD). Zahŕňa starostlivosť o detské telo, myseľ a ducha. Jej poslaním je poskytovať starostlivosť podľa individuálnych potrieb chorého detského pacienta s život limitujúcou a/alebo ohrozujúcou chorobu špecifických aktuálnemu zdravotnému stavu, vývojovej úrovni a mentálnej situácii dieťaťa, zahŕňa aj podporu rodiny (rodičov, súrodencov, starých rodičov, širšej rodiny a pod.) (Jasenková, 2005).

Starostlivosť v hospici sa viac orientuje na naplnenie potrieb pacienta, vrátane duchovných a spirituálnych spolu s liečbou bolesti (International Council of Nurses, 2017).

Základné princípy paliatívnej starostlivosti u detí a dospelých sú rovnaké. Rozhodovací proces, liečba aj komunikácia majú však svoje špecifiká súvisiace s odlišnosťami fyzického a psychického vývoja u detí v jednotlivých vekových obdobiach (Schroeder, 2018).

Charakteristiky detskej paliatívnej starostlivosti:

- Relatívne malý počet detských pacientov trpí na LLD.
- Lieky v paliatívnej liečbe sú často u detí používané "off label" spôsobom a nie sú vyrábané vo vhodných liekových formách.
- Vek a vývojová úroveň detí ovplyvňuje podávanie liekov, komunikáciu a podporu celej rodiny.
- Dieťa nemá (plnú) právnu zodpovednosť v rozhodovacom procese. Zodpovednosť nesú právni zástupcovia, najčastejšie rodičia.
- Ak je v rodine dieťa s LLD, zamestnanie rodiča a školská dochádzka dieťaťa sú ohrozené, často prerušené alebo ukončené.
- Ak život dieťaťa je ohrozený, emočná záťaž je pre rodičov aj profesionálov veľmi veľká.
- Proces smútenia po strate dieťaťa je náročný a riziko komplikovaného smútenia rodičov je vyššie v porovnaní so stratou dospelého na nevyliečiteľné ochorenie.
- Nedostatok odborníkov a vzdelávacích aktivít v oblasti detskej paliatívnej medicíny a starostlivosti má dopad na kvalitu života detí a rodín (Jasenková, 2005).

Lisabonská deklarácia o právach chorých formuluje najzákladnejšie práva, z ktorých sa niektoré bezprostredne dotýkajú problematiky starostlivosti o nevyliečiteľne chorých a umierajúcich.
V Charte práv sa uvádza:

- Pacient má právo v nevyliečiteľnom štádiu ochorenia na takú úľavu a zmiernenie bolestí, ktoré zodpovedajú súčasným vedomostiam a možnostiam zdravotnej starostlivosti o umierajúcich.
- Nevyliečiteľne chorý a umierajúci má právo na humánnu starostlivosť.
- Pacient má právo, aby ho v posledných chvíľach života sprevádzala osoba podľa jeho želania.
- Pacient má právo na dôstojné umieranie.
- Pacient má nárok na dôsledné rešpektovanie písomnej žiadosti nebyť resuscitovaný alebo odmietnuť aplikáciu liečebných zákrokov a postupov (Vorlíček, 2004).

Charta práv pacientov v Slovenskej republike, ktorú schválila vláda Slovenskej republiky 11. apríla 2001 uznesením č. 326, článok 8 upravuje "starostlivosť o nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich". Dodržiavanie týchto práv je predpokladom pre pokojnú a dôstojnú smrť.

Charta práv hospitalizovaných detí:

- hospitalizácia dieťaťa musí byť nevyhnutná,
- právo na rodičov alebo zákonného zástupcu,
- aktívna účasť rodičov na hospitalizácii,
- informovanosť primeraná k veku,
- ochrana pred zbytočnou liečbou alebo výskumom,
- hospitalizácia s deťmi podobnej vekovej kategórie,
- právo na hru, vyučovanie a prostredie zodpovedajúce detskému veku,
- profesionalita personálu vzhľadom na detský vek,
- kontinuálna starostlivosť,
- rešpektovanie súkromia dieťaťa (Charta práv hospitalizovaných detí, 1988).

Práva nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich môžeme rozdeliť do troch skupín:

1. právo na komplexnú paliatívnu starostlivosť,
2. právo na sebaurčenie a slobodné rozhodovanie,
3. právo na život a ochranu proti úmyselnému usmrteniu (Palliative Care for Children, 2000).

Nemcová (2013) uvádza konkrétne Práva nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich:

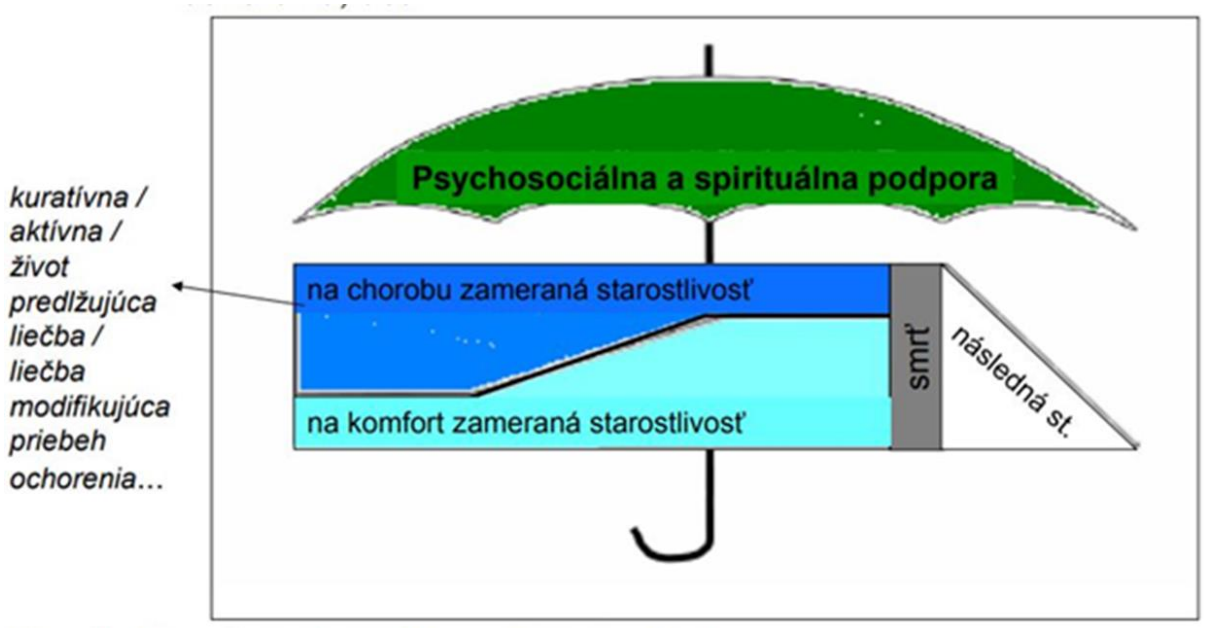
- Mám právo na to, aby sa so mnou až do smrti zaobchádzalo ako s ľudskou bytosťou.
- Mám právo na nádej a nezáleží na tom, že sa mení moja životná perspektíva.
- Mám právo vyjadriť svoje pocity a emócie týkajúce sa starostlivosti o mňa.
- Mám právo na stálu starostlivosť i napriek tomu, že sa cieľ "uzdravenie" z mojej choroby mení na „zachovanie pohodlia a kvality života".
- Mám právo nezomrieť opustený.
- Mám právo byť ušetrený bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovede na svoje otázky.
- Mám právo nebyť klamaný.
- Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pre rodinu v súvislosti s prijatím mojej smrti.
- Mám právo zomrieť v pokoji a dôstojne.
- Mám právo uchovať si svoju individualitu, mám právo na láskavé pochopenie svojich rozhodnutí a názorov.
- Mám právo byť ošetrovaný pozornými, citlivými a skúsenými ľuďmi, ktorí sa pokúsia porozumieť mojim potrebám, a ktorí budú prežívať zadosťučinenie z toho, že mi budú pomáhať tvárou v tvár smrti.

Právo na komplexnú paliatívnu starostlivosť znamená:

- zaistiť, aby paliatívna starostlivosť bola uznaná za zákonný nárok každého indivídua vo všetkých členských krajinách,

- zabezpečiť spravodlivý prístup k primeranej paliatívnej starostlivosti pre všetky osoby nevyliečiteľne choré alebo zomierajúce,
- zaistiť, aby príbuzní a priatelia boli povzbudení sprevádzať nevyliečiteľne chorých alebo zomierajúcich a podporovať ich v tom,
- vybudovať ambulantné tímy a siete pre poskytovanie paliatívnej starostlivosti, aby bola dostupná domáca paliatívna starostlivosť, keď je možné postarať sa o nevyliečiteľne chorých, alebo zomierajúcich ambulantne,
- zabezpečiť spoluprácu medzi osobami podieľajúcimi sa na starostlivosti o nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich,
- zaistiť rozvoj a uplatňovanie štandardov v starostlivosti o pacientov,
- zabezpečiť, aby chorí dostali primeranú paliatívnu starostlivosť a tíšenie bolesti,
- zaistiť, aby zdravotnícki pracovníci boli školení a vedeli poskytnúť chorému lekársku, ošetrovateľskú, či psychologickú starostlivosť,
- založiť ďalšie a rozšíriť existujúce výskumné, výučbové a školiace centrá v odbore paliatívnej medicíny,
- zriadiť špecializované oddelenia paliatívnej starostlivosti a hospice (Palliative care for infants, 2009).

Najlepší záujem dieťaťa znamená to, že navrhovaný priebeh terapie a starostlivosti je v najlepšom záujme pacienta (WHO Definition of Palliative Care, 2017).



Obr. 1 Model starostlivosti pri progredujúcich ochoreniach detí (Zdroj: International Association Hospice and Palliative Care)

Tento štandard bol tvorený na základe analýzy odborných informácií uznávaných autorít a overených skúseností. 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 štandardu označené ◊.

Súbor definovaných postupov komplexnej ošetrovateľskej je určený predovšetkým pre oblasť paliatívnej/hospicovej ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa, 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 „Diagnostika“, „Plánovanie a realizácia“ a „Zabezpečenie a organizácia starostlivosti“.

Miesto výkonu štandardného postupu: Ošetrovanie pacienta v paliatívnej starostlivosti – dieťa je indikáciou pre ošetrovanie v

- hospici,
- mobilnom paliatívnom tíme/mobilnom hospici za predpokladu pripravenosti rodiny/ komunity v potrebnom rozsahu,
- ústavných zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich starostlivosť detským pacientom v terminálnom štádiu života.

▪ **Hodnotenie sily dôkazov a odporúčaní**

Neaplikované.[1]

[1] V paliatívnej starostlivosti štatisticky významné prínosy môžu byť z hľadiska kliniky okrajové. EBM nemusí prenikať do všetkých lekárskych odborov rovnomerne. **Komplexná paliatívna starostlivosť nezapadá do rámca EBM.** Americký autor William Gibson poukazuje na to, že vývoj a použitie EBM je oneskorený vzhľadom na nezlučiteľnosť základných predpokladov a metód EBM s realitou v klinickom kontexte. Problémom je nedostatok kvalitných pozorovacích štúdií konkrétnych intervencií u jednotlivých pacientov s definovanými výstupmi. Začatie liečby na základe toho, čo je dokázané ako účinné už nie je prijateľné (VISSER, 2015). Z uvedených dôvodov dokument neaplikuje hodnotenie sily dôkazov a odporúčaní v kontexte EBM/EBN.

Prevencia

Pre dieťa a jeho rodičov je z emocionálneho, ale aj ekonomického hľadiska vhodné poskytovanie paliatívnej detskej starostlivosti v domácom prostredí, ktorá je realizovaná formou hospicovej starostlivosti. Preto prevencia je chápaná ako prevencia ďalšieho poškodenia pacienta. Kladie sa dôraz na sekundárnu a terciárnu prevenciu vo všetkých rovinách holistického prístupu k dieťaťu ako k bio-psycho-sociálnemu celku so špecifickými potrebami vychádzajúcimi nielen z ochorenia, ale i veku (Docherty, 2012).

.

Epidemiológia

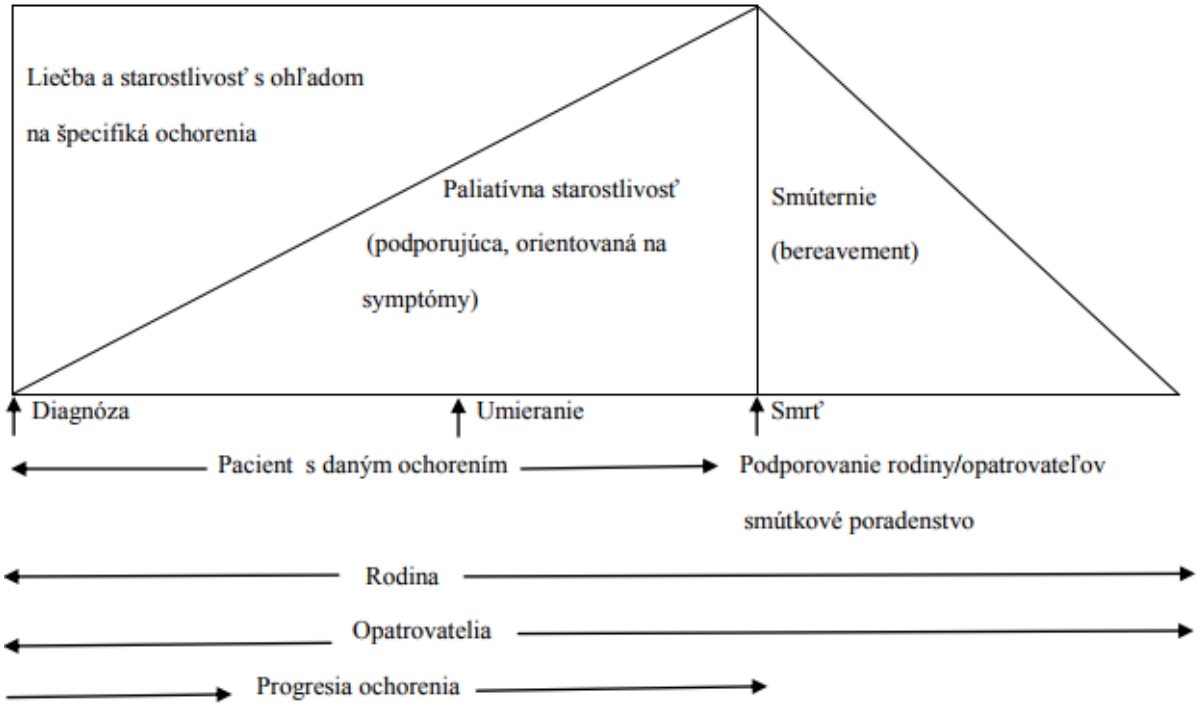
Pediatrická paliatívna starostlivosť má väčšiu rôznorodosť stavov a vyšší podiel nenádorových diagnóz, než je to v paliatívnej starostlivosti pre dospelých (Docherty, 2012).

Detskí pacienti v paliatívnej/hospicovej starostlivosti okrem **nádorových ochorení** (karcinómy, sarkómy, rakovina krvi, nádory CNS) sú postihnutí tiež **degeneratívnymi ochoreniami**, **vrodenými malformáciami, alebo** sú po **ťažkých úrazoch CNS** a pod.

Výrazný rozvoj neonatológie a perinatálnej medicíny za súčasných podmienok umožňuje prežívanie detí narodených v čoraz nižších gestačných týždňoch (posunutie hraníc viability) ako aj detí so závažnými vrodenými vývojovými chybami na Slovensku. Aj napriek výrazným medicínskym pokrokom časť týchto pacientov vyžaduje paliatívnu starostlivosť, ktorá je dnes akceptovanou súčasťou svetovej neonatológie.

Patofyziológia

Umieranie dieťaťa je náročný proces pre dieťa, ale i celú rodinu. Cesta každej rodiny je jedinečná, ovplyvnená osobnostnými charakteristikami jej jednotlivých členov, ale aj vekom a psychickou vyspelosťou dieťaťa. Reakcie detí na umieranie sú individuálne v závislosti od veku a psychickej vyspelosti. Dôležité je vždy rozpoznať hranicu a čas vyčerpania všetkých dostupných liečebných možností. Až v tomto okamihu začína paliatívna starostlivosť.



Obr. 2 Postavenie paliatívnej starostlivosti vo vzťahu k progresii ochorenia
(Zdroj: Nemcová, 2013)

Klasifikácia

V právnom systéme Slovenskej republiky (zákon č. 578/2004 Z. z.) je uvedené, že zdravotnícky pracovník u nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich zmierňuje bolesť, rešpektuje ľudskú dôstojnosť, priania pacienta (rodičov) v súlade s právnymi predpismi a zmierňuje utrpenie.

- **Klasifikácia život limitujúcich a ohrozujúcich ochorení (LLD) v detskom veku**

Choroby, ktoré sú u detí indikované na poskytovanie paliatívnej liečby a starostlivosti delíme do 4 skupín:

- **Kategória 1**: Stav, ktorý ohrozuje život, je možné v ňom využiť kuratívnu liečbu, ale tá nemusí byť úspešná. Dostupnosť služieb paliatívnej starostlivosti je možné využiť súbežne s úsilím o kuratívnu liečbu alebo v prípade, že táto nepovedie k úspechu.
- **Kategória 2:** Stav, napríklad cystická fibróza alebo HIV, kedy sa predčasnej smrti nedá vyhnúť, môžu nastať dlhé obdobia intenzívnej liečby, ktorých cieľom je predĺženie života a umožnenie účasti dieťaťa v bežných činnostiach.
- **Kategória 3**: Progresívny stav bez možnosti kuratívnej liečby, kedy je liečba výhradne paliatívna a môže v tejto podobe trvať bežne celé roky, napríklad ak ide o svalovú dystrofiu.
- **Kategória 4**: Nezvratný, avšak neprogresívny stav s komplexnými zdravotnými problémami, ktoré vedú ku komplikáciám a pravdepodobnosťou predčasného úmrtia. Príklady zahrnujú ťažkú mozgovú obrnu a kombinované postihnutie po poranení mozgu alebo miechy (Vorlíček, 2004).

Posudzovanie

Symptómy závisia od priebehu konkrétneho ochorenia a veku dieťaťa. Popri miestnych príznakoch súvisiacich s miestnym postihnutím ochorením (končatiny, vnútorné orgány) i liečbou (rádioterapia, chemoterapia), imobilizáciou. Klinický obraz dotvárajú aj mnohé celkové príznaky - vychudnutosť,

slabosť, kachexiu, subfebrílie až horúčky, kvalitatívne i kvantitatívne psychické poruchy, narušené sociálne správanie, interakcie v rodine.

Tabuľka č. 1

Rozdelenie detského veku	
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI (DIEŤA)
Obdobie	**Vek**
Novorodenec	0 – 28 dní
Dojča	1 mesiac – 1 rok
Batoľa	1 – 3 roky
Predškolák	4 – 6 rokov
Mladší školák	7 – 11 rokov
Starší školák	12 – 15 rokov
Adolescent	16 – 18 rokov

Zdroj : InternationalAssociation Hospice and Palliative Care

Dojčenský vek - dieťa si v tomto vekovom období neuvedomuje skutočnosť, že umiera. Dieťa síce nie je schopné rozumovo chápať ochorenie, preto je obtiažne dieťa dostatočne pripraviť na liečebné zákroky alebo vyšetrenie, no senzomotorické schopnosti a citlivosť na fyzické podnety je veľmi dobrá. Poznávacie procesy v dojčenskom období dozrievajú prostredníctvom pohybu a vnímania. Opakované prežívanie pohodlia alebo bolesti môže viesť k značnému strachu a adversívnym reakciám. Tento vek je aj obdobím tzv. symbiotickým – hoci je už dieťa od matky biologicky oddelené, tvorí s ním aj naďalej po určitú dobu psychickú jednotu. Je matkou prestupované a matka je tiež svojim dieťaťom úplne pohlcovaná. Nemocničné prostredie často u detí spôsobuje takzvaný separačnú úzkosť z núteného odlúčenia od rodičov, hlavne od matky. Objavuje sa plač, zúfalstvo, krik, nepokojný spánok, psychomotorické problémy. Čím je dieťa mladšie, tým je citlivejšie, bezbrannejšie a zraniteľnejšie, preto i náchylnejšie a menej odolnejšie voči spomínaným emóciám. Preto by sa malo čo najskôr umožniť dieťaťu kontakt s matkou a otcom, najlepšie v domácom prostredí, aby mohlo nadobudnúť čo najskôr pocit bezpečia a istoty.

Batoliaci vek - dieťa začína liezť, postupne chodiť, čím uchopuje svoje bezprostredné okolie. K utváraniu vlastnej identity, ako tvorcu vlastných skutkov začína používať známe – ja sám. Choroba obmedzuje vývoj pohybu a osamostatňovanie sa. Deti sa väčšinou boja zdravotníckych pracovníkov. Hlavnú úlohu tu hrá vlastná skúsenosť s „bielym plášťom.“ Potom je tu strach z bolesti, odpor, bezmocnosť. Závažnosť bolesti býva u detí často podceňovaná. Účasť rodičov pri bolestivých procedúrach je prospešná. Prítomnosť rodičov bráni vzniku nadmernej úzkosti. Aj v tomto veku pretrváva strach z odlúčenia od matky, čo sa môže prejaviť v troch fázach. Fáza protestu, fáza zúfalstva, fáza rezignácie. Aj chorému dieťaťu je nutné zaistiť čo najviac možností pre samostatné rozhodovanie a voľnosť v pohybe, čo je pre tento vek veľmi dôležité pre dozrievanie jeho individuality.

Predškolský vek - toto obdobie je charakteristické tým, že dieťa prežíva bohatý subjektívny odraz skutočnosti. Dokáže vymýšľať a rozprávať udalosti, ktoré sa nikdy nestali, fantáziou modifikuje realitu, samé verí, že to čo rozpráva sa skutočne stalo. Upokojujúca rodičovská prítomnosť je nezastupiteľná. Komunikáciu je potrebné viesť jednoduchými vetami. Na otázku dieťaťa odpovedať jasne a zrozumiteľne. Vysvetlenie podáme s prihliadnutím na vek – u predškolákov je vhodné použiť rozprávkové príbehy a obrazovými podobenstvami.

Školský vek - v školskom veku počítame u dieťaťa s rozumovou a vývinovou úrovňou. Je zamerané na poznanie skutočného sveta, na jeho pravidlá fungovania. Deti v období **mladšieho školského veku** majú kognitívne schopnosti už dostatočne vyvinuté, aby pochopili svoje ochorenie. Reakcia je ale často viazaná na momentálne prežívanie. V **staršom školskom období** dieťa už zväčša chápe skutočnú závažnosť situácie. Knihy a brožúry mnohokrát pomôžu dieťaťu pochopiť čo sa s ním deje. Významný vplyv na dieťa má jeho vzťah k rovesníkom, dôležitými sa stávajú priateľstvá. Choré dieťa sa od svojich rovesníkov začne líšiť nielen slabšou kondíciou, ale aj fyzickým vzhľadom. Dieťa sa môže stať terčom výsmechu. Priateľské kontakty so spolužiakmi pomôžu prekonať pocity izolácie a stavy úzkosti. V pocite pohody má aj v tomto veku nezastupiteľnú úlohu rodina.

Adolescencia - je to obdobie prechodu z detstva do dospelosti. V tomto období dosahuje mladý človek pohlavnú zrelosť a buduje si vlastnú identitu ako jedinec oddelený od rodiny. Dospievanie patrí medzi najzložitejšie obdobia dieťaťa. Adolescenti si vyžadujú mimoriadne citlivý prístup. Majú sklon k izolácii, negativizmu, pocitom menejcennosti a pesimizmu. Zvyčajne je to posilnené ešte závažnosťou ochorenia. Potrebujú preto mať pri ošetrovaní navodenú atmosféru dôvery a to nadobudnutím pocitu spoľahlivosti a pravdovravnosti. Pre adolescenta je veľmi dôležité si udržiavať pôvodné sociálne kontakty. Slúžia na to návštevy, internet, podpora rodiny. Je dôležité s postihnutými adolescentmi hovoriť úprimne a otvorene hovoriť o ich stave, následkoch liečby a budúcnosti. Významnú úlohu tu zohrávajú aj svojpomocné skupiny (Ondriová, 2013b).

Rodina a nevyliečiteľne choré dieťa

Choroba dieťaťa zasahuje rodičov kombináciou rôznych citových zážitkov a každý z nich môže situáciu zvládať svojim individuálnym spôsobom. Rodina často prežíva pocity úzkosti, strachu, frustrácie, zlosti, smútku a trúchlenia zo straty plánov, pokusy dať zmysel nezmyselnej komunikácii, ignorácie, neustáleho dohľadu, zvýšenej zodpovednosti, obmedzovania vlastných aktivít, zvýšenej kritickosti a zabúdania na ostatných členov rodiny (Ondriová, 2013a).

Podľa Kübler-Rossovej **reakcie rodičov** prechádzajú piatimi fázami.

1. fáza je **šok** – objavuje sa neistota, zmätočné myslenie, prehnané reakcie.
2. fáza je **popretie** (alebo útek zo situácie) – odmietanie pripustiť si závažnú skutočnosť, „to nie je možné...“, „ ja tomu neverím....“‘, „musí existovať nejaká možnosť.
3. fáza - **smútok, zlosť, úzkosť, pocity viny** – rodičia vinia lekárov za zhoršený stav, seba za zanedbanie, za nezvládanie rodičovskej role.
4. fáza **rovnováhy** - čo je zvládanie citových otrasov, prijatie zodpovednosti za situáciu a prijatie konštruktívnych riešení, participácia na liečbe dieťaťa.
5. fáza je **reorganizácia** - je to zmierenie a prijatie dieťaťa ako takého, adaptácia na život s chorobou, hľadanie nových východísk a riešení v budúcnosti rodiny a dieťaťa (Kozierová, 1995).

V prvých troch fázach rodičia reagujú iracionálne a nie sú schopní vnímať a spracovávať informácie o chorobe a možnostiach liečby (Melišová, 2000).

Ťažkú situáciu rodinní členovia zvládajú rôznym spôsobom - coping, popretie, vytesnenie, racionalizácia, ospravedlňovanie, projekcia, intelektualizácia. Silný stres a frustrácia môžu stimulovať obranné mechanizmy rodiny (Singer, 2016).

Sestra pri ošetrovateľských intervenciách vychádza z potrieb dieťaťa. Podľa štádia ochorenia sa priorita jednotlivých potrieb u dieťaťa môže meniť (Docherty, 2012).

Maslowova teória hierarchie potrieb potreby delí:

1. **Fyziologické potreby**: pacientovi je nutné zabezpečiť kvalitnú stravu s dostatočným množstvom vitamínov a nutričnou hodnotou, pomoc pri vylučovaní a hygiene, dostatok pohybu, zabezpečiť dostatok oddychu a spánku, asistencia pri podávaní liekov atď.

2. **Potreba bezpečia, istoty**: ošetrujúci personál/opatrovateľ svojim kľudným a láskavým prístupom a službami dodáva pocit istoty a potrebnej pohody. Chráni pacienta od záťažových situácií, poskytuje asistenčné služby v nemocničnom alebo domácom prostredí.
3. **Potreba lásky, prijatia, spolupatričnosti**: tieto atribúty najlepšie zabezpečuje rodinný alebo priateľský kruh, ktorí pacientovi svojim prístupom dodávajú potrebnú „citovú výživu“ pre jeho zdravé psychické fungovanie.
4. **Potreba uznania, úcty**: pacient by nemal mať pocit, že je odsudzovaný, najmä ak je zmrzačený, zohyzdený chorobou. Musí mať možnosť zažiť, že sa úcta prejavuje napriek fyzickým a psychickým zmenám.
5. **Potreba sebarealizácie**: je prejavom potreby plánovať. Nesmieme žiadnej živej bytosti zobrať sny. Sny sú nádej. Rodičovská opatera sa ukázala jednou z najúčinnejších spôsobov naplnenia potrieb chorého dieťaťa v nemocničnom a v domácom prostredí (Hotáková, 2007).

Posudzovanie funkčných vzorcov zdravia podľa modelu M. Gordonovej – 13 domén zdravia (podklad pre taxonómiu NANDA)

◊ Sestra posudzuje:

1. P o d p o r a z d r a v i a
   - efektívny liečebný režim, primeraný životný štýl, udržiavanie domácnosti
2. V ý ž i v a:
   - prijímanie potravy - dojčenie, prehĺtanie, primeranosť výživy (zloženie, množstvo) trávenie, vstrebávanie (meteorizmus, hnačka, prospievanie dieťaťa)
   - hydratácia - dostatok telesných tekutín, znížený/zvýšený objem telesných tekutín
   - riziko deficitu telesných tekutín, riziko nerovnováhy objemu telesných tekutín
3. V y l u č o v a n i e
   - močový systém - narušené vylučovanie moču, retencia moču, inkontinencia moču
   - tráviaci systém- inkontinencia stolice, hnačka, zápcha
   - kožný systém – potenie
   - dýchací systém - narušená výmena plynov

Tabuľka č. 2

Hodnotenie saturácie kyslíka (sat. O_2)	
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI (DIEŤA)
Fyziologické hodnoty	95 – 100 %
Akceptovateľné hodnoty sat. O_2 u chronických ochorení - napr. CHOCHP	85 – 89 %
Abnormálne hodnoty (patologické) sat. O_2	80 – 70 %
Životohrozujúce hodnoty sat. O_2	menej ako 70 %

Zdroj: International Association Hospice and Palliative Care

4. A k t i v i t a – o d p o č i n o k
   - spánok/odpočinok - narušený spánok, spánková deprivácia
   - aktivita/pohyb - riziko imobilizačného syndrómu - imobilizačný syndróm je komplex príznakov, ktoré sa vyvíjajú následkom obmedzenia pohybu; Atkinsonová a kol. (1990) uvádza ako bezprostrednú príčinu smrti hypostatickú pneumóniu, malnutríciu, kardiálnu dekompenzáciu a sepsu v dôsledku infekcie dekubitov; medzi ďalšie príčiny vzniku imobilizačného syndrómu patrí i slabosť, bolesť, strata rovnováhy a psychické problémy

- zhoršenú pohyblivosť, zhoršenú pohyblivosť na lôžku, narušenú schopnosť manuálne ovládať invalidný vozík, zhoršené premiestňovanie sa, narušenú chôdza, nedostatok oddychových aktivít
- potulovanie sa
- sebaopateru pri obliekaní a úprave zovňajšku, sebaopateru pri kúpaní a hygiene, sebaopateru pri stravovaní, sebaopateru pri vyprázdňovaní
- oneskorené pooperačné zotavovanie
- únavu
- kardiovaskulárnu – pulmonálnu odpoveď - srdcový výdaj, spontánnu ventiláciu efektivitu dýchania, toleranciu aktivity
- dysfunkčné odpájanie umelej pľúcnej ventilácie
- efektívne prekrvenie tkanív (dysfunkčnosť z dôvodu zlyhania: renálneho, cerebrálneho, kardiopulmonálneho, gastrointestinálneho, periférneho)

Tabuľka č. 3

Fyziologické hodnoty srdcovej a dychovej frekvencie a tlaku krvi u detí

ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA
V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI (DIEŤA)

Vek	Pulzy za minútu	Dychy za minútu	Tlak krvi systolický	Tlak krvi diastolický
Novorodenec	120 – 160	30 – 50	55 – 75	27
7 dní – 5 mesiacov	90 – 140	25 – 40	75 – 90	40 – 45
6 – 12 mesiacov	80 – 140	20 – 30	95	45 – 47
1 – 3 roky	80 – 130	20 – 30	95	50
4 – 5 rokov	80 – 120	20 – 30	95 – 98	57
6 – 10 rokov	70 – 110	15 – 30	100 – 112	57 – 60
11 – 14 rokov	60 – 105	12 – 20	112 – 115	60 – 67
14+ rokov	60 - 100	12 - 20	115 - 120	67 - 70

Zdroj : International Association Hospice and Palliative Care

◊ Pri posudzovaní mobility a imobility u staršieho dieťaťa sestra hodnotí schopnosť **pacienta vykonávať aktivity** denného života (napr. stravovanie, obliekanie, hygiena, chôdza, udržiavanie moču a stolice, užívanie chodítka, vozíka, schopnosť presunu z postele do kresla, komunikácia). Hodnotenie sestra realizuje (optimálne) pri použití vhodných bodovacích systémov, napríklad **Barthelovej test denných aktivít** (Becker, 2009).

5. V n í m a n i e – p o z n á v a n i e
   - pozornosť – udržanie pozornosti
   - orientácia - interpretácia okolia
   - zmyslové vnímanie - zrakové, sluchové, chuťové, kinetické, hmatové, čuchové
   - poznávanie – dostatok, akútna zmätenosť, chronická zmätenosť, pamäť
   - myšlienkové procesy
   - komunikácia - verbálna a neverbálna komunikácia
6. V n í m a n i e s e b a s a m é h o
   - sebakoncepcia, bezmocnosť, riziko bezmocnosti, beznádej, riziko osamelosti
   - sebaúcta, riziko situačne zníženej sebaúcty
   - vnímanie obrazu tela

7. R o l a - v z ť a h y
   - rola opatrovateľa - preťaženie opatrovateľa, riziko preťaženia opatrovateľa, riziko zhoršenia rodičovskej roly
   - rodinné vzťahy - funkčnosť života rodiny, alkoholizmus, riziko oslabenia rodičovského puta ku dieťaťu
   - vykonávanie rol – dopad prerušenia dojčenia, efektívne vykonávanie roly matky/otca
   - sociálne interakcie
8. S e x u a l i t a
   - vyrovnávanie sa adolescenta s prejavmi sexuálnej dysfunkcie, otázky adolescenta o reprodukcii
9. Z v l á d a n i e – t o l e r a n c i a s t r e s u
   - posttraumatická odpoveď: prejavy stresového syndrómu, riziko stresového syndrómu posttraumatický syndróm
   - zvládanie záťaže - prejavy strachu, úzkosti, úzkosti zo smrti, chronický zármutok, neefektívne zvládanie záťaže, zvládanie záťaže rodinou
   - narušené správanie
10. Ž i v o t n é p r i n c í p y
    - hodnoty – priorita hodnôt rodiny v súvislosti s ochorením dieťaťa, súlad hodnôt, viery a konania
    - viera - duchovná pohoda, riziko duchovnej úzkosti
    - neochota k spolupráci
11. B e z p e č n o s ť – o c h r a n a
    - infekcia - riziko infekcie v súvislosti s invazívnymi vstupmi, poranením, oslabenou imunitou
    - telesné poranenie, riziko poranenia, riziko pádu, riziko úrazu - k najviac odporúčaným skríningovým nástrojom pre iniciálne posúdenie rizika pádov patrí ***Morse Fall Scale, Hendrich Fall Risk Model***. Nástroje skríningové alebo nástroje na posúdenie funkčného stavu, či rôzne klinické testy môžu byť formulované na báze jednoduchého zoznamu rizikových faktorov (Aranda-Gallardo, 2013)
    - narušená sliznica ústnej dutiny, narušený chrup

Tabuľka č. 4

Kritériá toxicity v dutine ústnej pri chemoterapii podľa WHO				
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI (DIEŤA)			
0. stupeň	**1. stupeň**	**2. stupeň**	**3. stupeň**	**4. stupeň**
neprítomná	nepohoda, pobolievanie v dutine ústnej, začervenanie sliznice DÚ	bolestivé vriedky, začervenanie, potravu môže prijímať	defekty, nemôže prijímať tvrdú stravu, len tekutiny	nemôže prijímať tvrdú stravu, ani tekutiny

   - narušená integrita kože, riziko narušenia integrity kože, narušená integrita tkanív

Tabuľka č. 5

Škála rizika dekubitov podľa Shannon								
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI (DIEŤA)								
Body	**Duševný stav**	**Kontinencia**	**Mobilita**	**Aktivita**	**Výživa**	**Cirkulácia**	**Teplota**	**Meditácia**
4	Bdelosť, čulosť	Zachovaná	Pohyblivý	Chôdza	Dobrá	Zachovaná	36,6 – 37,2 °C	Bez analgetík, trankvilizérov, steroidov
3	Apatia	Inkontinencia moču	Mierne obmedzená	Chôdza s pomôckou	Uspokojivá	Oneskorené naplnenie kapilár	37,3 – 37,7°C	Jedno z hore uvedených
2	Zmätenosť	Inkontinencia stolice	Veľmi obmedzená	Pripútaný na vozík	Zlá	Mierny opuch	37,8-38,3°C	Dve z horeuvedených
1	Sopor, kóma	Inkontinencia moču a stolice	Imobilita	Pripútanosť na posteľ	Kachexia	Stredný alebo veľký opuch	nad 38,4°C	Všetky z horeuvedených

Zdroj : International Association Hospice and Palliative Care

- riziko dusenia, riziko aspirácie, zhoršená priechodnosť dýchacích ciest,
- riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie,
- neefektívna odolnosť,
- násilie - riziko sebapoškodenia, sebapoškodenie, riziko násilia inými osobami, riziko sebevraždy,
- riziká životného prostredia - riziko intoxikácie,
- obranné procesy - alergická reakcia, riziko alergickej reakcie,
- termoregulácia - riziko nerovnováhy telesnej teploty, neefektívna termoregulácia, hypotermia, hypertermia.

Tabuľka č. 6

Hodnotenie telesnej teploty	
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI (DIEŤA)	
Telesná teplota	**Rozmedzie**
Subnormálna	pod 36,0°C
Fyziologická (afebrília)	36,0 – 36,9°C
Mierna horúčka	38,1 – 38,8°C
Stredná horúčka	38,9 – 39,9°C
Hyperpyrexia	40,0°C a viac

Zdroj : International Association Hospice and Palliative Care

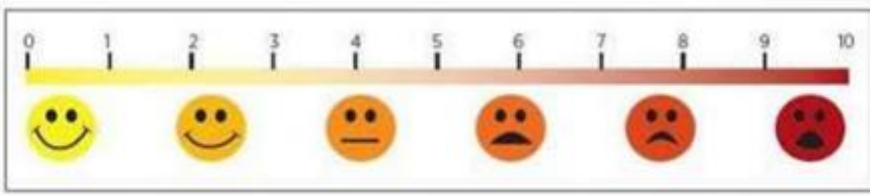
12. K o m f o r t

- telesný komfort - akútna bolesť, chronická bolesť, nauzea

Údaje o detskej bolesti možno získať z viacerých zdrojov, ale u detí predškolského a školského veku je najvhodnejšie hodnotenie detským pacientom. Diagnostika a posúdenie bolesti u dieťaťa zahŕňa niekoľko parametrov, dimenzií bolesti:

- typológia bolesti (kde to bolí?),
- intenzita bolesti (ako veľmi to bolí?),
- kvalita bolesti (aká je bolesť?, slovné vyjadrenie),
- časový priebeh bolesti (ako sa bolesť mení v čase),
- ovplyvniteľnosť bolesti (po čom bolesť ustupuje?),
- kedy je bolesť väčšia?,
- príčina bolesti vyplývajúca z detského ponímania choroby a bolesti (prečo to asi bolí?),
- stratégie zvládania bolesti (čo urobiť preto, aby bolesť bola menšia?) (Palliative care for infants, 2009).

Do obsahu posudzovania bolesti patria sprievodné **vegetatívne prejavy** bolesti (Docherty, 2012).
Optimálny spôsob hodnotenia bolesti u detí závisí od veku dieťaťa, predchádzajúcej skúsenosti, typu bolesti a od situácie, v akej ju hodnotíme.
Plač/krik patrí k najvýraznejším ukazovateľom bolesti u preverbálnych detí (Palliative care for infants, 2009).
V predškolskom veku už dieťa dokáže s pomocou hodnotiť intenzitu bolesti (Palliative care for infants, 2009).
U starších detí je zlatým štandardom „samoreferovanie“ (Palliative care for infants, 2009).
Faces Pain Scale – dieťa si vyberá jednu zo 7 nakreslených výrazov tváre, ktorá najviac vyjadruje, ako sa cíti (Saroyan, 2017).
Faces Pain Assesment Tool (hodnotiaca škála výrazu bolesti), ktoré majú 5 výrazov tváre. V predškolskom a v mladšom školskom veku, sa používa analýza **detskej kresby** (Garra, 2009).
V školskom období možno v spolupráci s dieťaťom komplexne posúdiť jednotlivé stránky bolesti (Saroyan, 2017).
Celkové bolestivé správanie možno pozorovať a hodnotiť mnohými metódami, napríklad OSBD – **Observational Scale of Behavioral Distress** – Pozorovacia škála behaviorálneho distresu (Blount, 2009).
Infant Body Coding Systém – IBCS – hodnotí pohyby rúk/nôh, pohyby horných a dolných končatín, hlavy, trupu a ďalšie odpovede na bolestivé stimuly: Morov reflex, extenzia končatín, uhýbanie, vyrovnávací pohyb (Holsti, 2007).
Kompozitné schémy, využívajúce behaviorálne aj fyziologické reakcie. Napríklad CHEOPS – The **Children´s Hospitalof Eastern Ontario Pain Scale** používa 6 kategórií správania: plač, zmena mimiky tváre, verbalizácia, pohyby trupu, siahanie na ranu a pohyby končatín (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale, 2017).



Obr. 3 Hodnotenie bolesti u detí – vizuálna škála, škála tvárí (Zdroj: Rybárová, 2008)
FLACC scale – Face (tvár), Legs (končatiny), Activity (aktivita), Cry (plač/krik) and Consolability

Tabuľka č. 7

FLACC škála - hodnotenie bolesti a diskomfortu malých detí			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI (DIEŤA)		
	0	**1**	**2**
Tvár	Žiadny zvláštny výraz alebo smiech	Občas grimasy alebo zachmúrenosť, nezáujem	Časté zachmúrenie, zatínanie čeľustí, chvejúca sa brada
Končatiny	Relaxované v normálnej polohe	Nepokoj, tenzia	Kopanie, naťahovanie končatín
Aktivity	Ticho leží v normálnej pozícii, pohyby ľahké	Krútenie sa, otáčanie na brucho a chrbát, tenzia	Stáčanie sa do opistotonu, rigidita, kŕče
Krik / plač	Plač nie je prítomný	Stonanie, občasné nariekanie	Stály plač, výkriky, vzlykanie, časté sťažnosti
Schopnosť upokojenia	Spokojnosť, relaxácia	Upokojenie po pohladení, objatí, dohovore	Náročné utíšenie
Hodnotenie :		**0** = relaxácia a komfort **1 – 3** = mierny diskomfort **4 – 6** = stredná bolesť **7 – 10** = silná bolesť, diskomfort	

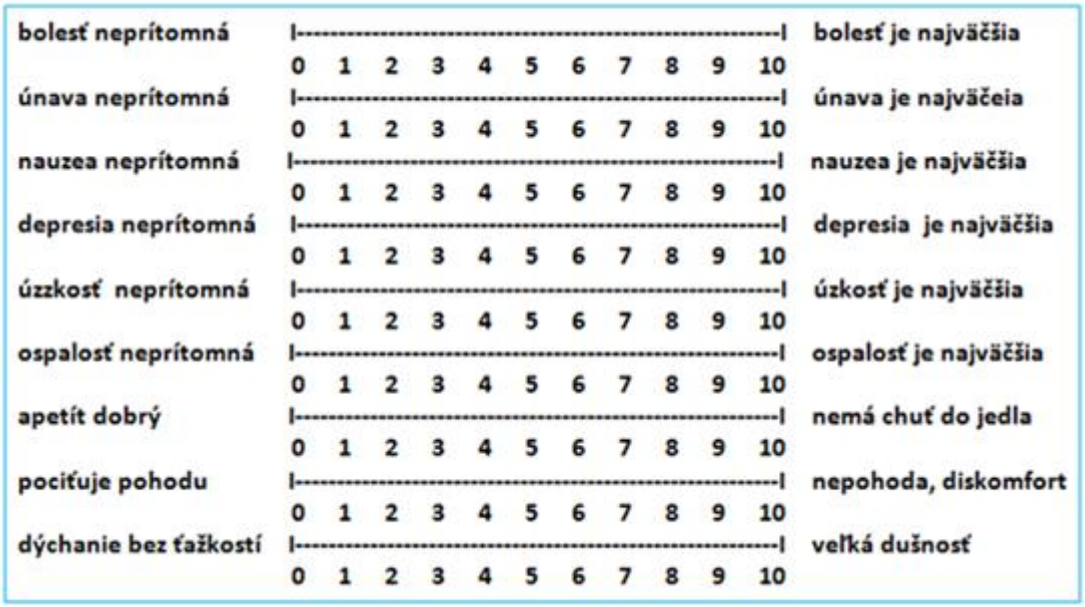
Zdroj : Rybárová, 2008

- komfort súvisiaci s prostredím – úprava prostredia,
- sociálny komfort – priateľské milujúce prostredie, sociálna izolácia,
- kvalita života - je tým vyššia, čím menší je rozdiel medzi možnosťami a očakávaniami – ambíciami.

Kvalita života je najvyššia, ak sú všetky potreby naplnené a najnižšia, ak niektoré nie sú uspokojené (Hatoková, 2009). K metódam so širšou dimenziou zisťovania kvality života patrí Krátky spôsob hodnotenia kvality života – **Manchester Short Assessment of Quality of Life** (MANSA) (Nemcová, 2013).

13. R a s t – v ý v o j

- rast a vývoj - nesúmerný rast a oneskorený vývoj – vyrovnanie sa dieťaťa a rodičov „Skrátené“ posudzovanie symptómov u starších detí v hospicovej starostlivosti môže byť cez **Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) alebo EFAT – Edmonton Functional Assessment Tool** (Edmonton Functional Assessment Tool, 2011).



Obr. 4 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (Zdroj: Nemcová, 2013)

Diagnostika

Sesterská diagnóza je klinický záver o odpovediach jednotlivca, rodiny či komunity na skutočné alebo zdravotné problémy či životný proces. Sesterské diagnózy poskytujú základ pre výber ošetrovateľských zásahov na dosiahnutie výsledkov, za ktoré je sestra zodpovedná.

Sesterské diagnózy podľa prílohy vyhlášky č. 306/2005 Z. z. MZ SR, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz:

A 100 – 109 Narušená adaptácia
A 110 – 119 Narušená aktivita
A 131 Riziko aspirácie
B 100 – 109 Bezmocnosť, beznádej, duchovná tieseň
D 100 – 109 Dekubit, riziko dekubitu
E 100 – 119 Nedostatok vedomosti a informácií, potreba edukácie
D 120 – 129 Nedostatočné dýchanie a čistenie dýchacích ciest, riziko hypoxie
I 110 – 119 Izolácia sociálna
I 120 – 129 Riziko infekcie, infekcia
K 100 – 109 Narušená komunikácia, narušená sociálna interakcia
K 110 – 129 Narušená celistvosť kože, riziko narušenia celistvosti kože
P 100 – 119 Porucha psychických stavov a procesov
R 110 Narušené vzťahy v rodine, riziko
R 122 Narušené plnenie roly
S 100 – 119 Sebaopatera, nedostatočná sebaopatera v osobnej hygiene, prijímaní potravy, vyprázdňovaní, v úprave okolia a zovňajšku, aktivitách denného života
S 120 – 129 Narušená sebakoncepcia, Riziko sebapoškodzovania,
S 124 Porucha prijatia vzhľadu vlastného tela
S 140 Narušený spánok
S 150 Nedostatočná spolupráca jednotlivca
S 151 Nedostatočná spolupráca rodiny
T 100 – 109 Riziko zníženého, zvýšeného príjmu tekutín

T 110 – 119 Zvýšená/znížená telesná teplota
V 100 – 119 Poruchy vyprázdňovania
V 120 – 139 Porucha výživy
Z 100 – 119 Zmenené zmyslové vnímanie

Plánovanie a realizácia

Suportívna liečba (best supportive care) je termín, ktorý sa používa v situácii, ak sa liečba ukončila, je neúčinná a v ďalších krokoch sa bude sústreďovať na čo najlepšie odstraňovanie príznakov (Dickson, 2014). **Starostlivosť na konci života** (end of life care) je špecifickou aplikáciou intervencií a služieb paliatívnej starostlivosti v posledných hodinách, dňoch či týždňoch života (Hebert, 2011).

Ošetrovateľská starostlivosť, potreby nevyliečiteľne chorého pacienta

Každý človek potrebuje uspokojiť svoje potreby ako v zdraví, tak i v chorobe, zvlášť vtedy keď jeho ochorenie sa nedá vyliečiť a nastupuje paliatívna starostlivosť. Sú to potreby, ktoré vychádzajú z **bio-psycho-sociálnej jednoty** a ktorých uspokojovanie je základom **holistického prístupu** v starostlivosti o zomierajúceho. Potreby dieťaťa v hospicovej starostlivosti sú podmienené jeho aktuálnym zdravotným stavom, základným ochorením a vekom.

◊ Sestra si vytýči ošetrovateľské stratégie alebo intervencie s cieľom prevencie, redukcie, eliminácie pacientových zdravotných problémov.

◊ Plán ošetrovateľskej starostlivosti vychádza z diagnostickej fázy, viaže sa na problém a etiológiu a do jeho tvorby sestra zapája pacienta, členov rodiny, ďalší zdravotnícky personál (psychológ, pedagóg, fyzioterapeut), podporné osoby.

◊ Pri plánovaní a realizácii intervencií sestra prioritne zohľadňuje požiadavku poskytovania lásky, bezpečia a istoty zo strany rodiny aj ošetrujúceho personálu.

◊ Pri plánovaní a realizácii intervencií sestra venuje pozornosť rodičom a poskytuje im dostatok sily a opory vo fáze pre finem a post finem.

◊ Sestra podporuje a aktívne napomáha k poskytovaniu paliatívnej starostlivosti o dieťa prednostne v domácom prostredí.

◊ Sestra ošetrovateľskú starostlivosť realizuje metódou ošetrovateľského procesu.

◊ Sestra:

- v spolupráci s lekárom v hospici administratívne preberie do starostlivosti dieťa,
- oboznámi sa s údajmi o zdravotnom stave dieťaťa, ktoré sú uvedené v zdravotnej dokumentácii, vrátane ošetrovateľskej prepúšťacej správy a doporučení sestry z nemocničného zariadenia,
- spolu s lekárom hospicu absolvuje prvú návštevu dieťaťa v jeho domácom prostredí,
- pri prvom kontakte s dieťaťom a jeho rodinou dbá na vybudovanie dôvery v jej starostlivosť,
- s dieťaťom komunikuje primerane jeho veku a mentálnej úrovni,
- dieťa a rodičov informuje o plánovanej ošetrovateľskej starostlivosti a od zákonného zástupcu dieťaťa získa informovaný súhlas,
- vykoná ošetrovateľský manažment alebo asistent v požadovanom poradí, informácie získava nielen od dieťaťa ale i rodičov, podporných osôb, lekára,
- vykoná sesterskú diagnostiku – stanoví sesterské diagnózy aktuálne aj potenciálne podľa platnej legislatívy,
- naplánuje ošetrovateľské intervencie, vrátane stanovenia priorít,
- realizuje jednotlivé ošetrovateľské intervencie podľa stanovených ošetrovateľských štandardizovaných postupov s holistickým prístupom k dieťaťu, pri ošetrovaní individualizuje ošetrovateľské intervencie podľa aktuálneho stavu pacienta, základného ochorenia, želania dieťaťa i rodičov,

- vykoná kontrolu efektívnosti realizovaných ošetrovateľských intervencií, prípadne reviduje ošetrovateľský plán, dieťaťu a jeho rodine oznámi ďalšiu predpokladanú návštevu,
- pri nedostatku informácií súvisiacich s ošetrovateľskou starostlivosťou a zdravotno – sociálnou starostlivosťou poskytne informácie dieťaťu aj rodine,
- pri stanovení edukačnej sesterskej diagnózy pripraví edukačný plán a realizuje edukáciu formou edukačného procesu zostaveného zo samostatných edukačných jednotiek,
- pri ošetrovateľskej starostlivosti spolupracuje s lekárom, psychológom, fyzioterapeutom, sociálnym pracovníkom, verejnou správou, úradmi zdravotného a sociálneho zabezpečenia a pod.,
- v rámci triadického postavenia (pacient – sestra – rodina) úzko spolupracuje s rodinou a podpornými osobami dieťaťa,
- zaujíma sa o ošetrujúce osoby dieťaťa, prípadne im navrhne respitnú starostlivosť,
- intervencie vykonáva v rozsahu svojej praxe,
- dodržiava etické princípy, etické normy a ošetrovateľské štandardizované postupy,
- vedie dokumentáciu v rozsahu ošetrovateľskej praxe.

Sestra pri riešení potrieb dieťaťa pracuje v kontexte 13 domén zdravia v domácom prostredí

◊ **Sestra vo vzťahu k jednotlivým doménam:**

1. P o d p o r a z d r a v i a
   - v rámci sekundárnej a terciárnej prevencie v spolupráci s lekárom, odporučí rodine vhodný liečebný a ošetrovateľský režim dieťaťa, úpravu životného štýlu dieťaťa v súvislosti s aktuálnym stavom;
   - odporučí rodine efektívne udržiavanie/chod domácnosti v súvislosti so starostlivosťou o choré dieťa;
   - edukuje rodičov/opatrovateľov (dojča, batoľa, predškolský a mladší školský vek) o spolupráci s dôrazom na sekundárnu a terciárnu prevenciu;
2. V ý ž i v a
   - v prípade problému prijímania potravy v spolupráci s lekárom zabezpečí u dieťaťa s neefektívnym dojčením prechod dojčaťa na umelú dojčenskú výživu; pri narušenom prehĺtaní edukuje príbuzných o efektívnom kŕmení pri zabezpečení polohy v polohe v polosede, v sede, prípadne nazogastrickou sondou, gastrostómiou, edukuje ohľadom techniky podávania stravy, konzistencie stravy, zvládania komplikácií; v prípade nedostatočnej výživy podá parenterálnu výživu; v prípade užívania liekov podporujúcich trávenie, proti nadúvaniu a na ochranu žalúdočnej steny edukuje o správnej technike ich podávania;
   - v prípade deficitu telesných tekutín rodinu edukuje o primeranom spôsobe doplnenia tekutín (per os podávanie vhodných nápojov u dieťaťa pri vedomí, bez poruchy prehĺtania; edukuje o technike objemu a frekvencii podávaných tekutín do nazogastrickej sondy, gastrostómie, na základe ordinácie lekára podľa platnej legislatívy podáva tekutiny (infúzie) do kanyly zavedenej do periférnej žily, epidermoklýzou;
   - v rámci prevencie deficitu telesných tekutín a zvýšeného objemu telesných tekutín (rizika nerovnováhy objemu telesných tekutín) odporučí viesť písomný záznam o príjme tekutín a výdaji tekutín, bilancia tekutín za časový úsek (6 hod., 12 hod., 24 hod.);
3. V y l u č o v a n i e
   - pri narušenom vylučovaní moču pri zavedenom močovom katétri alebo epicystostómii a prítomnej retencii moču vykoná vyšetrenie močového mechúra pohmatom a poklepom, prípadne vykoná preplach močového mechúra za sterilných podmienok, o výsledku

informuje lekára, prípadne spolupracuje s lekárom pri jednorazovej katetrizácii močového mechúra alebo zavádzaní permanentného močového katétra;

- edukuje rodinu a pacienta (podľa mentálnej schopnosti) v starostlivosti o permanentný močový katéter, epicystostómiu, o pitnom režime, sledovaní príjmu tekutín;
- o zistenej inkontinencii moču informuje lekára, rodine odporučí vhodné absorbčné pomôcky – plienky, podložky, ich správne používanie, ošetrenie kože ochranným krémom, sledovanie kože – podráždenej od moču, zapareniny, prípadne spolupracuje s lekárom pri zavedení permanentného močového katétra s následnou edukáciou rodiny o jeho ošetrovaní;
- pri zistenej inkontinencii stolice informuje lekára, rodine odporučí vhodné jednorazové plienky, podložky, ich správne používanie, ošetrenie kože ochranným krémom, sledovanie kože – podráždenej od stolice, zapareniny;
- pri zistenej zápche informuje lekára, pre dieťa odporučí vhodné zloženie stravy – podporujúce peristaltiku, primeraný pitný režim, podľa možnosti zdravotného stavu úpravu pohybového režimu, v prípade ordinácie laxatív a rektálnych čapíkov edukuje rodinu o ich správnej aplikácii, vykonáva klyzmu;
- pri nadmernom potení odporúča preventívne hygienické opatrenia na zabránenie zaparenia (výmena suchej bielizne – vždy čistá, nedávať bielizeň osušiť a znova použiť), odporučí sledovať príjem tekutín a zabezpečenie zvýšeného príjmu tekutín;
- pri narušenej výmene dýchacích plynov a zachovanej ventilácii (pohyby hrudníka) u dieťaťa s oxygenoterapiou po ordinácii lekára nastaví vyšší prietok kyslíka, v prípade používania pulzného oxymetra rodinu edukuje o sledovaní hodnôt saturácie kyslíka v krvi (sat. O_2), na ktorom nastaví alarmové hranice v rozmedzí určenom lekárom, o monitoringu a selfmonitoringu dieťaťa;
- pri narušenej výmene dýchacích plynov bez zachovanej ventilácie u pacienta na umelej pľúcnej ventilácii vyšetrí správnu polohu tracheostomickej kanyly (auskultačne, pohľadom, predýchaním AMBU vakom, skontroluje základné ventilačné parametre, informuje lekára, prípadne na základe jeho ordinácie spolupracuje pri výmene tracheostomickej kanyly, rodinu edukuje o správnom ošetrovaní tracheostomickej kanyly, o pacienta na umelej pľúcnej ventilácii, prípadne odporučí/zabezpečí servis ventilátora, edukuje o monitoringu a selfmonitoringu dieťaťa;
- pri narušenej výmene dýchacích plynov bez zachovanej ventilácie u pacienta na umelej pľúcnej ventilácii pacienta (podľa mentálnej úrovne) a ošetrujúcu osobu edukuje v špecifickej starostlivosti o dieťa, špecifickom hygienickom režime, zvládaní urgentných situácií (použite AMBU vaku, privolanie RLP, kontakt s elektrárňami, záložný zdroj elektriny), spolu so servisným technikom edukuje ohľadom prevádzky a údržby ventilátora, riešenia alarmových situácií ventilárova, o monitoringu a selfmonitoringu dieťaťa;

4. A k t i v i t a – o d p o č i n o k
    - pri narušenom spánku pacienta odporučí úpravu denného režimu dieťaťa, úpravu prostredia (vetranie, ticho, tlmené svetlo, príjemná hudba na zaspávanie, prítomnosť blízkej osoby pri zaspávaní);
    - pri spánkovej deprivácii dieťaťa, ak nepomôžu vyššie uvedené opatrenia, informuje lekára a v prípade ordinácie liekov na spanie edukuje rodinu o správnej aplikácii liekov (spôsob, monitoring dieťaťa);
    - pri spánkovej deprivácii ošetrujúcich osôb im odporučí úpravu denného režimu, organizácie domácnosti, prípadne riešenie problému cez všeobecného lekára, prípadne psychológa;

- pri riziku imobilizačného syndrómu rodine odporučí aktivity primerané veku a stavu dieťaťa (pohyb, aktívna rehabilitácia, dychová rehabilitácia, pasívna rehabilitácia, správne polohovanie, masáže, reflexné masáže, bazálna stimulácia);
- pri zhoršenej pohyblivosti dieťaťa edukuje rodinu o rizikách pádov, úrazov, možnosti zabezpečenia pomôcok na podporu mobility dieťaťa (vozíky, chodítka, palice), možnosti úpravu bytu/domu – úchyty, úprava hygienických priestorov, schodov, odstránenie kobercov a ostrých predmetov, rohov v prostredí, správna obuv, tlmené svetlo v noci, zvýšený dozor);
- pri zistení potulovania sa dieťaťa upozorní rodinu na zvýšený dohľad nad dieťaťom, informuje lekára, prípadne spolupracuje so psychológom;
- pri deficite sebaopatery pri obliekaní a úprave zovňajšku, deficite sebaopatery pri kúpaní a hygiene, deficite sebaopatery pri stravovaní, deficite sebaopatery pri vyprázdňovaní edukuje ošetrujúcu osobu o správnej realizácii ošetrovateľských výkonov (vzhľadom na vek a stav dieťaťa) súvisiacich s uvedenými deficitmi so zohľadnením sekundárnej a terciárnej prevencie;
- pri oneskorenom pooperačnom zotavovaní edukuje rodinu o podpore zotavenia dieťaťa (strava, pohybový režim, vitamíny, sociálne kontakty);
- pri únave dieťaťa v spolupráci s lekárom edukuje rodinu o úprave denného režimu a aktivít dieťaťa na zníženie únavy pri aktuálnom srdcovom výdaji, zníženej spontánnej ventilácii, neefektívnom dýchaní, intolerancia aktivity 1. – 4. stupňa;
- pri dysfunkčnom odpájaní umelej pľúcnej ventilácie edukuje dieťa (podľa mentálnej úrovne) a ošetrujúcu osobu o rizikách odpájania (hypoxia, poruchy vedomia, srdcovej činnosti), opatreniach na odstránenie odpájania (úprava polohy dýchacieho okruhu ventilátora, zabezpečenie dieťaťa proti sebapoškodeniu, rozhovor s dieťaťom, zvýšený dohľad nad dieťaťom, informovanie lekára, realizuje rozhovor s ošetrujúcim pedagógom, psychológom;
- pri neefektívnom prekrvení tkanív z dôvodu renálneho, cerebrálneho, kardiopulmonálneho, gastrointestinálneho, periférneho odporučí ošetrovateľský režim na prevenciu porúch z neefektívneho prekrvenia tkanív (úprava polohy dieťaťa, pohyb dieťaťa, príjem stravy, prevencia pádov, úrazov a otlačenín);

5. V n í m a n i e – p o z n á v a n i e
   - pri poruche pozornosti, kvantitatívnej poruche vedomia dieťaťa (somnolencia, sopor, kóma) upraví spôsob komunikácie a vhodnosť edukácie dieťaťa;
   - pri narušenej interpretácii okolia, narušenom zmyslovom vnímaní (zrakovom, sluchovom, chuťovom, kinetickom, hmatovom, čuchovom), akútnej a chronickej zmätenosti, narušenej pamäti, narušených myšlienkových procesoch a inej kvalitatívnej poruche vedomia dieťaťa ošetrujúcu osobu informuje o vhodnej komunikácii s dieťaťom, vhodnom ukľudnení dieťaťa, zabezpečenia bezpečnosti dieťaťa, o zistených zmenách informuje lekára;
   - pri deficite vedomostí ohľadom ošetrovateľskej starostlivosti edukuje dieťa (podľa mentálnej úrovne) so zameraním na spoluprácu pri ošetrovaní a selfmonitoring;
   - pri deficite vedomostí ohľadom ošetrovateľskej starostlivosti edukuje ošetrujúce osoby so zameraním na spoluprácu pri ošetrovaní a monitoring dieťaťa;
   - pri zhoršenej verbálnej komunikácii dieťaťa odporučí klásť dôraz na neverbálnu komunikáciu, napr. možnosť dieťaťa odpovedať kývnutím hlavy na súhlas (áno) / nesúhlas (nie), používanie tabuliek s písmenami alebo obrázkami, možnosť komunikácie písaním;
6. V n í m a n i e s e b a s a m é h o
   - pri neverbálnych a verbálnych prejavoch bezmocnosti, beznádeje, osamelosti dieťaťa realizuje povzbudzujúci rozhovor orientovaný na súčasnosť, na hodnoty a osoby v aktuálnom čase bez vytvárania dlhodobých plánov, pomáha dieťaťu robiť krátkodobé (teda realistické)

plány a tešiť sa z ich naplnenia; poukazuje na milujúce osoby, ktorými je dieťa obklopené, uvedené rozhovory vedie aj pri každej návšteve dieťaťa ako prevencia osamelosti a špecifické spracovanie bezmocnosti, o uvedených prejavoch informuje lekára, spolupracuje s ošetrujúcim psychológom, pedagógom;

- pri prejavoch zníženej sebaúcty realizuje povzbudzujúci rozhovor s dieťaťom orientovaný na jeho hodnoty, na jeho prínos pre blízke osoby, priateľov; o uvedených prejavoch informuje lekára, spolupracuje s ošetrujúcim psychológom, pedagógom;
- pri neprijatí narušeného obrazu tela realizuje povzbudzujúci rozhovor s dieťaťom orientovaný na prijatie narušeného obrazu tela, vytýčenia si dosiahnuteľných cieľov aj s hendikepom, o uvedených prejavoch informuje lekára, spolupracuje s ošetrujúcim psychológom, pedagógom;

7. R o l a - v z ť a h y
    - pri prejavoch preťaženia opatrovateľa v spolupráci s lekárom odporúča im pomoc, napr. respitnú starostlivosť, ktorú odporúča aj preventívne na eliminovanie rizika preťaženia;
    - pri prejavoch zhoršenia rodičovskej roly (vzťah k dieťaťu, kvalita ošetrovania) informuje lekára o zistených skutočnostiach a spolupracuje s úradmi a inštitúciami na odstránení príčin (vyčerpanie, finančná situácia, nové partnerské vzťahy rodičov);
    - pri dysfunkčnom živote rodiny, alkoholizme v rodine, neefektívnom vykonávaní roly rodiča zintenzívni monitorovanie funkčnosti rodiny, plnenia rol a kvality ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa, zameria sa na identifikáciu narušenej sociálnej interakcie, narušeného správania, zvážiť možnosť vyňatia dieťaťa z rodiny, kde mu nie je možné poskytovanie kvalitnej starostlivosti;
8. S e x u a l i t a
    - zistených prejavoch nezvládania prijatia sexuálnej dysfunkcie (školský vek, adolescenti) informuje lekára, spolupracuje s ošetrujúcim psychológom, pedagógom;
9. Z v l á d a n i e – t o l e r a n c i a s t r e s u
    - na prevenciu stresového syndrómu, strachu, úzkosti, strachu zo smrti, chronického zármutku odporučí prítomnosť rodiča pri každej ošetrovateľskej intervencii, edukuje rodičov o efektívnych spôsoboch ukľudnenia a povzbudenia dieťaťa;

Je potrebné si uvedomiť, že deti a mladí ľudia so životom obmedzujúcimi podmienkami a ich rodičia alebo opatrovatelia

- môžu mať emocionálne a psychické utrpenie a krízy,
- prekážky v súvislosti s problémami s duševnými chorobami,
- môžu potrebovať podporu.
- deti a mladí ľudia môžu mať rýchle zmeny vo svojom stave, a preto môžu potrebovať núdzové zásahy a naliehavý prístup k psychologickým službám (NATIONAL GUIDELINE CLEARINHOUSE, 2016).

10. Ž i v o t n é p r i n c í p y
    - pri riešení postoja k vlastným životným hodnotám, neochote dieťaťa spolupracovať spolupracuje s lekárom a psychológom;
    - pri prejavoch duchovnej úzkosti dieťaťa odporúča uspokojiť jeho duchovné potreby podľa požiadaviek dieťaťa (kultúra, televízia, rozhlas, video, počítač, rozhovory s priateľmi, psychológom, pedagógom); u starších detí pomáhať uspokojovať potrebu zmieriť sa so sebou, svojim životom, s blízkymi ľuďmi, s Bohom, s otázkami transcedentna;
11. B e z p e č n o s ť – o c h r a n a
    - edukuje rodinu o zabezpečení zníženia rizika vzniku infekcie (čistota prostredia, osobná hygiena, hygiena pomôcok a hračiek, ošetrovanie invazívnych vstupov (permanentný

močový katéter, epicystostómia, nefrostómia, gastrostómia, gastrická sonda, PEG, vývody, venózne kanyly), kontakt s osobami v rodine, kontakt s osobami mimo domácnosti, o možnosti zvýšenia odolnosti (výživa, aktivity);

- edukuje ošetrujúcu osobu o riziku narušenia sliznice dutiny ústnej a v spolupráci s lekárom o ošetrovaní narušenej sliznice dutiny ústnej, ošetruje narušenú sliznicu dutiny ústnej;
- edukuje rodinu o eliminovaní rizika pádu, rizika poranenia (predovšetkým ostrými predmetmi), intoxikácie, alergickej reakcie vytvorením bezpečného prostredia dieťaťa;
- edukuje ošetrujúcu osobu o eliminácii rizika narušenia integrity kože dieťaťa, predovšetkým dekubitmi (podkladanie predilekčných miest, polohovanie, čistota, masáže, výživa), ošetrení narušenej integrity kože (predovšetkým dekubity I. – IV. stupňa), ošetruje dekubity I. – IV. stupňa;
- pri poruche prehĺtania, regurgitácii, znížení obranných reflexov edukuje o prevencii aspirácie a následného dusenia, zvládaní stavov aspirácie a dusenia (vhodná technika príjmu potravy, poloha, záchranné manévre, monitoring dieťaťa),
- pri porušenom chrupe v spolupráci s lekárom odporučí jeho sanáciu, úpravu stravy a techniku jej prijímania;
- edukuje rodinu o zabezpečení priechodnosti dýchacích ciest (správna poloha hlavy – prevencia zapadnutia jazyka, priechodnosť tracheostomickej kanyly (správna technika ošetrovania, intervaly odsávania, fixovanie kanyly, zvlhčovanie dýchacej zmesi, vzduchu), spolupracuje s lekárom pri výmene tracheostomickej kanyly, v starostlivosti o odsávačku, oxymeter;
- pri sebapoškodzovaní dieťaťa odporučí rodine intervencie na elimináciu sebapoškodzovania (napr. zabalenie rúk pri škrabaní); o skutočnostiach informuje lekára, spolupracuje so psychológom, podobne pri riziku sebevraždy;
- edukuje rodinu o možnom násilí zo strany súrodencov, aktívne sa zaujíma o prejavy násilia na dieťati;
- edukuje o riziku nerovnováhy telesnej teploty, neefektívnej termoregulácie, hypotermie, hypertermie, správnom meraní telesnej teploty, opatreniach eliminujúcich hypertermiu (zábaly, chladené tekutiny, vlažný kúpeľ, sprcha, na základe ordinácie lekára aplikácii ordinovaných antipyretík enterálnou cestou a do konečníka), hypotermie (bezpečné zohrievanie dieťaťa);

12. K o m f o r t

- v rámci eliminácie chronickej bolesti odporúča úpravu lôžka (poloha, podkladanie), priateľský a citlivý prístup k dieťaťu, podľa ordinácií lekára sleduje správnu aplikáciu intradermálnych analgetických, opiátových náplastí, edukuje ich o správnej technike aplikácií a výmene náplastí;
- pri objavení akútnej bolesti bezodkladne informuje lekára a riadi sa jeho pokynmi;
- pri objavení nauzey informuje lekára, u dieťaťa zabezpečí a odporučí vhodnú polohu na elimináciu nauzey a aspirácie žalúdočného obsahu (dojča podľa stavu poloha na brušku s polohou hlavy na bok, väčšie dieťa do stabilizovanej polohy alebo so zvýšeným hrudníkom), úpravu zloženia stravy;
- v rámci komfortu súvisiaceho s prostredím odporúča rodine zabezpečiť dieťaťu príjemné prostredie podľa želania dieťaťa so zohľadnením bezpečnosti dieťaťa (zariadenie, výzdoba, domáce zvieratá);
- rodine odporúča postupy na prevenciu sociálnej izolácie dieťaťa (kamaráti, kluby, svojpomocné skupiny);

13. R a s t – v ý v o j

- pri prejavoch nesúmerného rastu, oneskoreného vývoja a rastu v spolupráci s lekárom podáva informácie vzťahujúce sa k ošetrovaniu dieťaťa, zvládanie denných aktivít dieťaťa (veku neprimeraná mentálna úroveň vo vzťahu k spolupráci, prevencii pádov, nesúmerný rast dolných končatín vo vzťahu k pohybu, obuvi, vnímaniu obrazu tela, sociálnej interakcii, sociálnej izolácii).

Sestra pri riešení potrieb dieťaťa v ústavnom zariadení

Ak nie sú podmienky pre paliatívnu starostlivosť o dieťa v domácom prostredí, starostlivosť sa poskytuje v ústavnom zariadení.

◊ Pri ústavnej forme starostlivosti sestra vychádza z posúdenia pacienta, sesterskej diagnostiky, plánovania intervencií, pri ktorých preberá manažment všetkých ošetrovateľských výkonov (vzhľadom k tomu, že vykonávanie ošetrovateľských výkonov príbuznými bude len sporadické alebo bude celkom absentovať).

Prognóza a vyhodnotenie

Terminálny stav života, zomieranie, je stav, kedy dochádza k postupnému a nevratnému zlyhávaniu dôležitých vitálnych funkcií organizmu a jeho tkanív. Dôsledkom tohto zlyhávania nastáva zánik organizmu ako celku, zánik jedinca a teda jeho smrť. Cieľom paliatívnej starostlivosti je dosiahnutie čo najlepšej možnej kvality života pacienta ale aj jeho rodiny, aby zostávajúci čas, obmedzený v kvantite (dĺžke) prežili na vrchole svojich možností pri maximálnom možnom uspokojení bio-psycho-sociálno-duchovných potrieb.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

V súčasnosti sa detská paliatívna/hospicová starostlivosť na Slovensku sústreďuje prevažne na domáce prostredie, hlavne mobilnou formou paliatívnej starostlivosti, ktorá je finančne menej náročná ako celostná forma a pre dieťa je prijateľnejšia. Hospicová starostlivosť o dieťa je multidisciplinárna. Pri **domácej hospicovej** starostlivosti najväčší diel starostlivosti spadá na rodinu dieťaťa, ktorá spolupracuje so sestrami z agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) alebo paliatívnym tímom z hospicu. **Ústavná paliatívna starostlivosť** sa poskytuje vtedy, keď nie sú splnené podmienky pre domácu starostlivosť. Paliatívna starostlivosť poskytovaná hospicmi sa označuje aj ako **hospicová starostlivosť**. Účelom hospicovej starostlivosti nie je násilne ukončiť život, ale ani predlžovať život. Účelom je pokojný, dôstojný priebeh poslednej fázy života dieťaťa v milujúcom prostredí. **Oddelenie paliatívnej starostlivosti** môže byť nielen v nemocniciach, ale i domoch ošetrovateľskej starostlivosti. **Jednotky paliatívnej starostlivosti** sú zriaďované pri zdravotníckych a sociálnych zariadeniach. **Ambulantná paliatívna starostlivosť** dopĺňa domácu paliatívnu starostlivosť, k nej patria aj **mobilné hospice.** Hospice, denné stacionáre, ošetrovateľské domy, domovy pre seniorov, liečebne pre dlhodobo chorých môžu zabezpečovať **respitnú starostlivosť.**

Koncepcia odboru paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti uvádza personálne zabezpečenie v **hospici a na oddelení paliatívnej starostlivosti** (na 20 postelí):

Tabuľka č. 8

Personálne zabezpečenie hospicu na 20 postelí	
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI (DIEŤA)
Profesia	**Počet**
Lekár	3
Sestra	15
Zdrav. asistent	5
Špeciálny / Liečebný pedagóg u detí	1
Sociálny pracovník	1
Duchovný	podľa potreby
Dobrovoľníci	podľa potreby

Zdroj : Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti

Poskytovateľ je povinný nepretržite zabezpečovať systém kvality. Pre posudzovanie kvality, audit ošetrovateľskej starostlivosti, je potrebné vypracovať výsledné kritéria starostlivosti.

Podporné subjekty v zdravotnej oblasti sú osoby alebo inštitúcie, ktoré pomáhajú, uľahčujú a riešia rôzne sociálno - zdravotné potreby pacientov. Pomáhajú v krízových situáciách, v prevencii, intervencii a rehabilitácii. Delíme ich na **štátne** a **neštátne**. Štátne subjekty sú štátna správa, orgány verejnej správy v oblasti sociálneho zabezpečenia ako je Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, nemocnice, nemocničný personál. Neštátne podporné subjekty sú nadácie, občianske združenia, dobrovoľníci a cirkev.

Ďalšie odporúčania

Odporúčame ošetrovateľskú starostlivosť realizovať prostredníctvom ošetrovateľského modelu vhodného pre dieťa v paliatívnej starostlivosti.

Špeciálny doplnok štandardu

ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

KONTROLNÝ LIST

POSÚDENIE INDIKÁCIE PALIATÍVNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI (DIEŤA)

Pracovisko :

Meno a priezvisko pacienta :

Dátum prijatia :

Vek :

Kategória	Charakteristika (označiť jednu možnosť ☑)[1]	Lekárska diagnóza / špecifikácia stavu
1.	☐ Stav, ktorý ohrozuje život, je možné v ňom využiť kuratívnu liečbu, ale tá nemusí byť úspešná. Dostupnosť služieb paliatívnej starostlivosti je možné využiť súbežne s úsilím o kuratívnu liečbu alebo v prípade, že táto nepovedie k úspechu.	
2.	☐ Stav, kedy sa predčasnej smrti nedá vyhnúť, môžu nastať dlhé obdobia intenzívnej liečby, ktorých cieľom je predĺženie života a umožnenie účasti dieťaťa v bežných činnostiach (napríklad cystická fibróza alebo HIV).	
3.	☐ Progresívny stav bez možnosti kuratívnej liečby, kedy je liečba výhradne paliatívna a môže v tejto podobe trvať bežne celé roky, (napríklad ak ide o svalovú dystrofiu).	**Lekárske odporúčanie na paliatívnu starostlivosť:** **Meno a priezvisko lekára**/grémia lekárov :
4.	☐ Nezvratný, avšak neprogresívny stav s komplexnými zdravotnými problémami, ktoré vedú ku komplikáciám a pravdepodobnosťou predčasného úmrtia. (Príklady zahŕňajú ťažkú mozgovú obrnu a kombinované postihnutie po poranení mozgu alebo miechy).	Záznam (názov) : Dátum záznamu:
Dňa :		**Posudzoval (-a) :** .....
Opatrenia zapracované v :		**Schválil (-a) :** .....

[1] Do indikačného rámca štandardu spadá každá z uvedených možností (kategórie 1 až 4).

Spracované podľa materiálu ***Klasifikácia život limitujúcich a ohrozujúcich ochorení v detskom veku*** (Vorlíček, 2004.)

Pozn. pre manažment a administratívu: Indikácia k zaradeniu do indikačného rámca štandardu Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (dieťaťa) na základe posúdenia kontrolným listom je platná dňom posúdenia so zápisom do zdravotnej dokumentácie

pacienta. Indikácia je prehodnocovaná podľa potreby priebežne, **najmenej však jedenkrát za 6 mesiacov**.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Ošetrovateľská paliatívna starostlivosť u detí musí byť vedená veľmi individuálne a citlivo. Vzhľadom k tomu, že detský vek je od 0 do 18 rokov je potrebné rozpracovať ďalšie špecifickejšie štandardy s orientáciou na jednotlivé vekové obdobia dieťaťa, jednotlivé potreby dieťaťa so zohľadnením špecifík jednotlivých postihnutí (onkologické ochorenia, degeneratívne ochorenia, vigilná kóma) a formu poskytovania starostlivosti (domáca, ústavná).

Odporúčame predložený vypracovaný štandard v budúcnosti (pri jeho revízii) prepracovať so zohľadnením špecifík ošetrovateľskej starostlivosti s implementáciou aktualizovaných poznatkov a výsledkov štúdií.

Pre audit ošetrovateľskej starostlivosti, je potrebné vypracovať výsledné kritéria starostlivosti.

Literatúra

ADESMAN, A.R. - WALCO, G.A. Validation of the Charleston Pediatric Pain Pictures in School-Age Children. In *Journal of Clinical Child Psychology.* p. 10-13 Vol. 21, [online]. 2010. [citované 2017-10-27]. Dostupné na:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15374424j ccp2101_2?journalCode=hcap19. >.

ARANDA-GALLARDO, M. - MORALES-ASENCIO, J. M. - CANCA-SANCHEZ, J. C. - BARRERO-SOJO, S. - PEREZ-JIMENEZ, C. a kol. *Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis* [online]. 2013. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3637640/>.

BECKER, R. Palliative care 1: principles of palliative care nursing and end-of-life care. In *Nursing Times.* 105:13. [online]. 2009. [citované 2017-08-04]. Dostupné na:
<https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/end-of-life-and-palliative-care/palliative-care-1-principles-of-palliative-care-nursing-and-end-of-life-care/2007480.article>.

BLUMENTHAL-BARBY, K. a kol. *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich.* Martin: Osveta 1988. 240 s. ISBN 70-002-89.

BLOUNT, R. L. - LOISELLE, K. A. Behavioural assessment of pediatric pain. In *Pain Res Manage* Vol. 14, No 1 [online]. 2009. [citované 2017-08-22]. Dostupné na:
<http://psyc.franklin.uga.edu/sites/default/files/CVs/Blount%20%26%20Louiselle_2009_Pain%20Research%20and%20Management.pdf>.

BOLAND, A. - DICKSON, R., JACK, B. - STEVENSON, J. *Best supportive care: Do we know what it is?* [online]. 2004. [citované 2017-08-26]. Dostupné na:
<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=y5PHFNh_S88=>.

CANADIAN HOSPICE PALLIATIVE CARE ASSOTIATION [online]. 2017. [citované 2017-08-29]. Dostupné na: <http://www.chpca.net/professionals/nurses.aspx>.

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR QUALITY PALIATIVE CARE [online]. 2013. [citované 2017-08-22]. Dostupné na:
https://www.hpna.org/multimedia/ NCP_Clinical_Practice _Guidelines_3rd_Edition.pdf.

COMPETENCY STANDARDS FOR SPECIALIST PALLIATIVE CARE NURSING PRACTICE CARE [online] [citované 2017-08-22]. Dostupné na:
<https://www.health.qld.gov.au/ __data/assets/pdf_file/0023/141188/compstand.pdf>.

ČO JE PALIATÍVNA MEDICÍNA, PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ? [online]. 2002. [citované 2017-08-12]. Dostupné na: <http://www.hospice.sk/hospice1/paliativ.html>.

DOCHERTY, S. L. - THAXON, XH. - ALLISON, C. - BARFIELD, R. C. - TAMBURRO, R. F. The Nursing Dimension of Providing Palliative Care to Children and Adolescents with Cancer. In *Clin Med Insights Pediatr* v. 6; [online]. 2012. [citované 2017-08-12]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3620813/>.
EDMONTON FUNCTIONAL ASSESSMENT TOOL. [online]. 2011. [citované 2017-08-12]. Dostupné na: <http://www.npcrc.org/files/news/edmonton_functional_assessment _tool_EFAT.pdf>.
GARRA, G. - SINGER, A. J. - TAIRA, B. R. - CHOBAN, J. - CARDOZ, H., CHISENA, E. - THODE, H. C. Validation of the Wong-Baker FACES Pain. In *Academic Emergency Medicine* Vol. 17, Issue 1, Version of Record online: 9 DEC 2009. [online]. 2009. [citované 2017-08-12]. Dostupné na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2009.00620.x/pdf>.
GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H. - KONDELOVÁ, A. - VAJDÍKOVÁ, K. 2008. Umelá pľúcna ventilácia v domácich podmienkach – nový rozmer v práci sestry. In *Zborník z konferencie Ružomberské zdravotnícke dni III* [CD-ROM]. Ružomberok: Verbum KU, 2008, *s.126 – 127***.** ISBN 978-80-8084-407-3.
HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života - líc smrti*. Praha: Orbis 1975. 174 s. ISBN 11-107-75.
HATOKOVÁ,M. a kol. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich, dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach*. Bratislava: Don Bosco 2009. 215 s. ISBN 978-80-8074-095-5.
HEBERT, K. - MOORE, H. - ROONEY, J. The Nurse Advocate in End-of-Life Care. In *Journal List Ochsner*. v.1(4); 11(4): p. 325–329. Winter 2011. [online]. 2011. [citované 2017-08-12]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241064/>.
HEGYI L. - BRAŽINOVÁ, A. - TÓTH, K. - WEBER, J. *Práva pacientov v Slovenskej republike* 1. vyd. Bratislava : MZ SR, 2000. 47 s. ISBN 80-968465-0-7.
HOSTI, L. - GRUNAU, R. E. Initial Validation of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP)**.** In *Journal List Pain.* 2007, Dec 5, 132(3): 264–272 [online]. 2007. [citované 2017-09-12]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2225385/>.
HUDÁKOVÁ, Z. *Psychologický přístup v komunikáci s onkologickým pacientem.* [online]. 2009. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/rejstrik/2009/>.
CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÝCH DETÍ [online]. 1988. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://dietaaja.sk/charta-prav-hospitalizovanych-deti/>.
CHIRDREN´S HOSPITAL OF EASTERN ONTARIO PAIN SCALE (CHEOPS) IN YOUNG CHILDREN [online]. 2017. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.modernmedicine.com/sites/default/files/images/Resource-Centers/Children%27s%20Hospital%20of%20Eastern%20Ontario%20Pain%20Scale%20%28CHEOPS%29.pdf
INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. The Global Nursing Shortage: Priority Areas for Intervention. [online]. 2006. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/The_Global_Nursing_Shortage-Priority_Areas_for_Intervention.pdf>.
JASENKOVÁ, M. *Ako žiť spolu až do konca*. Bratislava: Plamienok, 2005. 30 s. ISBN 80-969462-1-8.
KONCEPCIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V ODBORE PALIATÍVNA MEDICÍNA VRÁTANE HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI č. 17463/OZS dňa 19. 06. 2006. [online]. 2006. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: http://hospice.sk/hospice1/index2.php?id=324.
KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ, G. - OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1., 2*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN-80-21-70-05-28–0.
MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovateľstve 1.* Turany: P+M, 2007. 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
MAGUROVÁ, D. - RYBÁROVÁ Ľ. - UHEROVÁ, Z. *Hospicová starostlivosť a jej typy* [online]. 2017. [citované 2017-08-22]. Dostupné na:

<http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_93_29.pdf>.
MAGUROVÁ, D. - RYBÁROVÁ Ľ. - CIBRÍKOVÁ, S. Charta práv umierajúcich pacientov a etické princípy paliatívnej starostlivosti. [online]. 2008. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_92_29.pdf>.
MELIŠOVÁ, J. Sociálna starostlivosť o zomierajúcich a ich rodiny. *Diplomová práca*. Trnava[online]. 2000. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <https://www.google.sk/?gws_rd=ssl#q=paliat%C3%ADvna+starostlivos%C5%A5+diplomov%C3%A1+pr%C3%A1ca>.
NANDA INTERNATIONAL NURSING DIAGNOSES [online]. 2015. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.nanda.org/nanda-international-nursing-diagnoses-definitions-and-classification.html>.
NATIONAL GUIDELINE CLEARINHOUSE. 2016. *End of life care for infants, children and young people with life-limiting conditions: planning and management*. [online], 2013 [citované 2018-02-27]. Dostupné na internete: <https://www.guidelines.gov/summaries/ summary/50596/end-of-life-care-for-infants-children-and-young-people-with-lifelimiting-conditions-planning-and-management?q=palliative+care+of+child>.
NEMCOVÁ, J. *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva, 2013. 77 s. ISBN 978-80-89544-52-3.
MEDICÍNY JE U NÁS ZOPÁR. [online]. 2016. [citované 2017-08-12]. Dostupné na: <http://mediweb.hnonline.sk/spravy /aktualne /oddeleni-paliativnej-mediciny-je-u-nas-zopar>.
OCHRANA ĽUDSKÝCH PRÁV A DôSTOJNOSTI TERMINÁLNE CHORÝCH A UMIERAJÚCICH Odporúčanie Rady Európy č.1418/1999. [online]. 1999. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.hospice.sk/hospice1/data/ochrana.html>.
PALLIATIVE CARE FOR CHILDREN. *In Pediatrics August 2000, Vol. 106 / ISSUE 2.* [online]. 2000. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://pediatrics.aappublications.org/ content/ 106/2/351>.
PALLIATIVE CARE FOR INFANTS. (A documents for healtcare professionals and Policy Makers [online]. 2009. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=DeiV2yhtOZA%3D>.
ONDRIOVÁ, I. - CÍNOVÁ, J. *Dieťa v terminálnom štádiu a význam podpory rodiny v paliatívnej starostlivosti.* [online]. 2013. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6555&magazine_id=13.
POSTUP PRI NÁHRADE INTENZÍVNEJ LIEČBY ZA PALIATÍVNU LIEČBU A STAROSTLIVOSŤ V NEONATOLÓGII [online]. 2016. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://slovenskaneonatologia.sk/wp-content/uploads/2017/04/Paliati%CC%81vna-starostlivost%CC%8C.pdf>.
RYBÁROVÁ, D. *Posudzovanie detskej bolesti.* [online]. 2008. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3278&magazine_id=13>.
SIRACKÝ, J. *Čo by ste mali vedieť o rakovine.* Bratislava: Liga proti rakovine SR, 2001.
SAROYAN, J. M. - SCHECHTER, W. S. Pediatric Pain Assessment (dokument National Hospice and Palliative Care Organization 2017) [online]. 2017. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <https://www.nhpco.org/pediatric-pain-assessment>.
SCHROEDER, K. - LORENZ, K. Nursing and the Future of Palliative Care In *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2018 Jan-Mar; 5(1): 4–8. [online]. 2018. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763437/>.
SINGER, A. E. - GOEBEL, J. R. - KIM, Y. S. - DY, S.M. - AHLUWALIA, S.C. - CLIFFORD, M. a kol. Populations and Interventions for Palliative and End-of-Life Care. In *Journal of Palliative Medicine.* 2016;19:995–1008. [online]. 2016. [citované 2017-08-22]. Dostupné na:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5011630/>.
SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet.* Praha: Ecce homo, 1995.
SVETOVÝ KÓDEX DETSKÝCH PRÁV [online]. 2010. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: http://www.dfsr.sk/23/.
ŠEVČÍK, P. 2000. *Intenzivní medicina.* Praha: Galén, 2000. 393 s. ISBN 80-7262-042-8.
TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie – Psychoonkologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.
VALOVIČOVÁ, E. *Onkologická výchova pre stredné školy.* 3.vyd. Bratislava: Komprint, 2009. ISBN 978-80-89201-38-9.
VISSER, C. a kol. *Reality of evidence-based practice in palliative care.* [online]. 2015. [citované 2018-01-19]. Dostupné na internete: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC4607825/>.
VORLÍČEK, J. - ADAM, Z. - POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliatívní medicína.* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.
VYHLÁŠKA MZ SR č. 306/2005, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz [online]. 2005. [cit. 2017-08-22]. Dostupné na:
<http://*www.fntt.sk/.../Zbierka_zakonov _c_306_2005_Zz_vyhl_MZ_SR.pd.* >
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/Zákony/pravne-predpisy.html>.
WHITE, C. L. - LAUZON, S. - YAFFE, M. J. - WOOD-DAUPHINEE, S. *Toward a odel f quality of life for family care givers of stroke survivors.* Quality of Life Research, 004, vol. 13, s. 625-638. ISSN 0962- 9343.
WHO DEFINITION OF PALLIATIVE CARE [online]. 2017. [citované 2017-08-22]. Dostupné na internete: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
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. [citované 2017-08-22]. Dostupné na:
<http://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/admin/Vedavyskum/zdravotna_starostlivost.pdf>.
ZÁKON NR SR č. 578/2004 Z. z. *o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.* [online]. 2004. [cit. 2017-09-01]. Dostupné na: <http://www.zbierka.sk/sk/predpisy/578-2004-z-z.p-8186.pdf>.

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 1. apríla 2020

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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 v súvislosti s diagnostickými vyšetreniami

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0037	*14. februára 2019*	*schválené*	*1. apríla 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

PhDr. Anna Macková, MPH; PhDr. Monika Trnovcová; Mgr. Marianna Kličová; PhDr. Helena Gondarová – Vyhničková, dipl. s.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu **Prispievatelia a hodnotitelia:** členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS ošetrovateľstvo Mgr. Jaroslav Straka; Ing. Mgr. Ľubica Kočanová; Mgr. Gabriela Kmeťová; doc. PhDr. Jana Boroňová , PhD.; PhDr. Anna Bullová; PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.; PhDr. Zuzana Fabianová); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II (PhDr. Zuzana Fabianová, PhDr. Helena Gondárová Vyhničková dipl. s., PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., Mgr. Marianna Klíčová, Mgr. Gabriela Kmeťová); členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka, Mgr. Miroslav Hečko

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

ošetrovateľská starostlivosť, sestra, pacient, informovaný súhlas, komunikácia, psychická podpora, príprava pacienta, dlhodobá starostlivosť, diagnostické vyšetrenia, zobrazovacie metódy, laboratórne vyšetrenia, endoskopické vyšetrovacie metódy, biologický materiál, hygiena, bezpečnosť.

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
CRP	C reaktívny proteín
CT	Počítačová tomografia
DM	Diabetes mellitus / cukrovka
EBN	Evidence - Based Nursing / ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
EBM	Evidence - Based Medicine / medicína založená na dôkazoch
EÚ	Európska únia
EEG	Elektroencefalografia
EKG	Elektrokardiografia
EMG	Elektromyografia
HT	Hepatálne testy
JCI	Joint Commission International / Spoločná medzinárodná komisia
K+C	Kultivácia a citlivosť
KO	Krvný obraz
KOS	Komplexná ošetrovateľská starostlivosť
LLD	Life limiting and threatening disease /život limitujúce a ohrozujúce ochorenia
MR	Magnetická rezonancia
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
RTG	Röntgen
SONO	Sonografia
SR	Slovenská republika
USG	Ultrasonografia

Kompetencie

Tento štandardný ošetrovateľský postup je určený sestrám poskytujúcim ošetrovateľskú starostlivosť (ďalej len „sestrám").

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

Sestra zodpovedá za komplexný ošetrovateľský manažment pacienta, posudzovanie, plánovanie, realizáciu ošetrovateľských intervencií a ošetrovateľských výkonov 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 aj na zdravotníckych asistentov a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti. Sestra zodpovedá za primeranú úroveň starostlivosti v súlade s potrebami pacienta a pri zohľadnení prítomných rizík.
Sestra koordinuje ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú metódou ošetrovateľského procesu v súčinnosti s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu poskytujúceho starostlivosť pacientovi a rodine pacienta.
Za výkon činností definovaných v štandarde zodpovedajú jednotliví zdravotnícki pracovníci.

Úvod

Správne vyšetrenie pacienta je nutným predpokladom k rozhodovaniu o tom, aký typ starostlivosti a služieb je nutný bezprostredne a aké vyšetrovacie postupy sú nutné pri zmene klinického stavu. Vyšetrenie pacienta je dynamický kontinuálny proces, ktorý je tvorený z troch základných súčastí:

1 anamnéza,
2 analýza údajov s cieľom zistiť rozsah a spektrum potrebnej starostlivosti a služieb,
3 plánovanie starostlivosti pre konkrétneho pacienta.

Závery z vyšetrení pacienta slúžia v priebehu poskytovanej starostlivosti k zhodnoteniu zmeny zdravotného stavu, alebo k indikácii ďalších vyšetrení (JCI, 2005).
Štandard sa zaoberá špecifikami ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v súvislosti s diagnostickými vyšetreniami, ktoré sa u pacientov v zariadeniach dlhodobej starostlivosti realizujú najčastejšie. Cieľom štandardu je zadefinovať postupy správnej prípravy pacienta na diagnostické vyšetrenia, náležitej starostlivosti počas vyšetrenia a kompetentného posúdenia stavu pacienta po skončení vyšetrenia, následného manažmentu výsledkov a plánovania ďalších vyšetrení. Tieto postupy sú jedným z predpokladov pre kvalitné vykonanie vyšetrenia eliminácie rizika ohrozenia a destabilizácie zdravotného stavu pacienta. Pri realizácii štandardizovaného postupu je potrebné zohľadniť miestne podmienky a špecifiká konkrétnych vyšetrení.
Miesto výkonu štandardného postupu:

- ústavné zdravotnícke zariadenia a oddelenia poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť dlhodobo chorým (napr. dom ošetrovateľskej starostlivosti),
- ambulantná starostlivosť,
- ADOS za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu,
- zariadenia sociálnych služieb s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti.

Súbor definovaných prístupov efektívneho riešenia potreby diagnostického vyšetrenia u pacienta je určený predovšetkým pre oblasť dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov, no môže byť rámcovým podkladom či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax v ďalších príbuzných odboroch.
Jadrom štandardu sú kapitoly „Posudzovanie", „Diagnostika“, „Plánovanie a realizácia“ a „Zabezpečenie a organizácia starostlivosti ". Z hľadiska udržateľného, pokračujúceho rozvoja kvality má kľúčové postavenie kapitola „Odporúčania“, ktorá rekapituluje ďalšie možnosti zvyšovania kvality starostlivosti v oblasti úspešného riadenia diagnostických vyšetrení.
Tento štandard bol tvorený na základe analýzy odborných, publikovaných informácií od uznávaných autorít a overených skúseností v kontexte *totálneho manažérstva kvality* na vybraných pracoviskách dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike. 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 označené ◊.
Štandard vychádza

- zo štúdií a svetových a európskych (EÚ) odporúčaní (sila odporučenia A –C);

- z odborných, publikovaných informácií v problematike rešpektovaných, uznávaných autorít (sila odporučenia A – C);
- z nadnárodných guidelines pre medicínsku a ošetrovateľskú prax (sila odporučenia A – C, Level I – V);
- z klinicky overených skúseností v kontexte manažérstva kvality na vybraných pracoviskách (Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom v Humennom) (sila odporučenia D, Level IV – V).

Hodnotenie sily dôkazov

Ia: Dôkazy získané z metaanalýzy alebo systematických prehľadov randomizovaných kontrolovaných štúdií a / alebo syntézy viacerých štúdií zameraných predovšetkým na kvantitatívny výskum.

Ib: Dôkazy získané z aspoň jednej randomizovanej kontrolovanej štúdie.

IIa: Dôkazy získané z aspoň jednej dobre navrhovanej kontrolovanej štúdie bez randomizácie.

IIb: Dôkazy získané z aspoň jedného iného typu dobre navrhovanej kvázi experimentálnej štúdie bez randomizácie.

III: Syntéza viacnásobných štúdií predovšetkým z kvalitatívneho výskumu.

IV: Dôkazy získané z dobre navrhnutých neexperimentálnych pozorovacích štúdií, ako sú analytické štúdie alebo deskripčné štúdie a / alebo kvalitatívne štúdie.

V: Dôkazy získané z posudkov odborníkov alebo zo správ komisií a / alebo klinické skúsenosti príslušných inštitúcií (EBN).

Prevencia

Prevenciu v kontexte tohto štandardu chápeme ako cieľavedomé predchádzanie poškodenia pacienta v súvislosti s vyšetrením. Prístupy eliminujúce toto riziko sú definované v rámci častí „Posudzovanie“ a „Plánovanie a realizácia“.

Kladie sa dôraz na sekundárnu a terciárnu prevenciu vo všetkých rovinách holistického prístupu k pacientovi ako k bio-psycho-sociálnemu celku so špecifickými potrebami vychádzajúcimi nielen z ochorenia ale i veku.

Hlavnú úlohu v plánovaní a realizácii ošetrovateľskej starostlivosti zohráva prevencia rizika destabilizácie zdravotného stavu pacienta a zaistenie správnych výsledkov vyšetrení v súvislosti s realizáciou diagnostických vyšetrení.

Epidemiológia

V roku 2016 bolo v 183 laboratóriách klinickej biochémie v SR realizovaných 81 489 339 rutinných biochemických vyšetrení z toho 15 894 057 statimových vyšetrení a 9 148 697 vyšetrení v pohotovosti. Najviac rutinných biochemických vyšetrení bolo realizovaných v Bratislavskom kraji a to v počte 15 489 893, potom v Košickom kraji 11 822 596 a v Prešovskom kraji 11 436 844 vyšetrení. V danom roku boli realizované bežné laboratórne vyšetrenia pre hematológiu a transfúziológiu v počte vyšetrení (započítavajú sa aj vyšetrenia v pohotovostnej službe) u hospitalizovaných pacientov 100 628, u ambulantných pacientov 352 506 a u darcov 51 790 vyšetrení.

Najväčšiu skupinu rádiologických vyšetrení za rok 2016 v SR u ambulantných aj hospitalizovaných pacientov dosahovali skiagrafické a ďalšie špeciálne vyšetrenia (7 972 192), vyšetrenie ultrazvukom (2 362 910), vyšetrenie počítačovou tomografiou (881 271). Najväčšie zastúpenie vo všetkých krajoch v danom roku boli skiagrafické a ďalšie špeciálne vyšetrenia. Z týchto vyšetrení najviac vyšetrení počítačovou tomografiou realizoval Nitriansky kraj (viac ako 180 tisíc), vyšetrenie magnetickou rezonanciou Bratislavský kraj (viac ako 60 tisíc vyšetrení), najviac mamografií vykonali v Bratislavskom kraji (viac ako 50 tisíc) (NCZI, 2017).

U chronicky, dlhodobo chorých pacientov, ktorým sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť prostredníctvom ADOS sa väčšinou diagnostické vyšetrenia realizujú v súvislosti so vznikom akútneho problému, ktorý môže, ale nemusí súvisieť s ich chronickým ochorením alebo za účelom sledovania parametrov v súvislosti s liečbou chronického ochorenia. Najčastejšie sa preto realizujú biochemické a mikrobiologické vyšetrenia krvi, moču a hematologické vyšetrenia. V súvislosti s pádmi, závratmi sa realizujú aj zobrazovacie metódy röntgenové a pomocou MR, u žien aj výkony osteodenzitometrie.

Patofyziológia

Vyšetrenie pacienta je primerané vtedy, ak sa berie do úvahy jeho aktuálny stav, vek, potreba zdravotnej a sociálnej starostlivosti a jeho požiadavky a želania. Tieto postupy prebiehajú najúčinnejšie tam, kde dochádza pri starostlivosti o pacienta k spolupráci pracovníkov rôznych odborností, ktorí poznajú rozsah svojej zodpovednosti pri stanovení potrieb pacientov (JCI, 2005).

Klasifikácia

Z dôvodu veľkej skupiny diagnostických vyšetrení, súbor vyšetrení typických pre pacientov dlhodobej starostlivosti klasifikujeme do **dvoch základných oblastí**:

1. **laboratórne** vyšetrovacie metódy,
2. **zobrazovacie a endoskopické** vyšetrovacie metódy.

1. **Laboratórne vyšetrovacie metódy** sa významne podieľajú na stanovení správnej diagnózy i na včasnej a účinnej liečbe. V rámci týchto vyšetrení je najčastejšie vyšetrovaným ako biologický materiál:

- krv (celá, sérum, plazma),
- moč,stolica,
- spútum, žalúdočná, duodeálna a pankreatická šťava,
- nosový sekrét,
- zvratky,
- pot,
- mozgovomiechový mok,
- výtery z postihnutých ložísk na koži a sliznici,
- materiál získaný punkciou alebo biopsiou (Vytejčková, 2013).

Výber typických laboratórnych diagnostických vyšetrení v rámci vyšetrení **krvných parametrov**:

- KO,
- glykémie,
- biochemické vyšetrenie krvi ako napr. HT (hepatálne testy), ionogram a pod.,
- CRP.

Vyšetrenia iného biologického materiálu:

- vyšetrenie **moču- chemicky, močový sediment, kultivácia** moču,
- mikrobiologické / virologické **stolice (adenovírus, rotavírus, norovírus antigén)**,
- mikrobiologické vyšetrenie **spúta (kultivácia)**,
- mikrobiologické vyšetrenie výterov (hrdlo, nos, chorobné ložiská, rany, konečník).

Druhy laboratórnych vyšetrení biologického materiálu:

- biochemické,
- hematologické a hemokoagulačné,
- imunologické,
- sérologické,
- mikrobiologické:

- bakteriologické,
- parazitologické,
- virologické,
- mykologické;

- histologické a cytologické,
- genetické (Vytejčková, 2013).

Každé vyšetrenie biologického materiálu prebieha v troch fázach:

1. **Predanalytickej**, ktorá je podstatná z hľadiska odborných činností sestry; zahrňuje prípravu sestry, prípravu pomôcok, prípravu pacienta, pracovné postupy pri odbere, označenie (identifikáciu), predspracovanie, transport a uchovávanie biologického materiálu.
2. **Analytickej**, počas ktorej sa vykoná analýza vzorky, výpočet výsledku s využitím mikroskopických postupov a procedúr, ktoré dovoľuje materiálno-technické a personálne vybavenie pracoviska.
3. **Interpretačnej**, v ktorej sa výsledok porovná s referenčnými hodnotami (Krišková, 2006).

2. Zobrazovacie a endoskopické vyšetrovacie metódy zohrávajú kľúčovú úlohu pri odhaľovaní príčin ochorenia, ktoré sú inak bežnými diagnostickými postupmi nedostupné alebo neviditeľné. V snahe o včasné a presné stanovenie diagnózy nám dnes okrem **klasických postupov röntgenologických vyšetrení pomáha aj CT, zobrazovanie pomocou MR, ultrazvuk (sonografia), metódy nukleárnej medicíny ako aj endoskopické vyšetrovacie metódy** (Vytejčková, 2013).

U pacientov, ktorým sa poskytuje dlhodobá starostlivosť sa na základe ordinácie lekára najčastejšie realizujú **zobrazovacie a endoskopické** diagnostické vyšetrenia:

- RTG hrudníka,
- USG brucha, dolných končatín,
- CT hlavy, brucha, hrudníka,
- gastroskopia, kolonoskopia,
- denzitometria.

Posudzovanie

◊ **Prvé posúdenie pacienta** a jeho potrieb prebieha pred a v priebehu prijatia do KOS.

◊ Sestra realizujúca príjem pacienta do KOS posúdi **celkový zdravotný stav, riziká zhoršenia** zdravotného stavu (ďalej len „destabilizácie“) pri prijatí vrátane potreby **realizácie vstupných a i plánovaných vyšetrení**.

◊ Identifikáciu prítomných rizík a plánovanie realizácie väčšiny intervencií na ich redukciu sestra realizuje počas prvých 24 hodín od prijatia pacienta. Tento proces sestra finalizuje najneskôr do 48 hodín od prijatia.

◊ **Komplexné posúdenie** pacienta sestra realizuje predovšetkým na základe a pri zohľadnení:

- aktuálnej zdravotnej dokumentácie,
- rozhovoru s pacientom,
- konzultovaním s podpornými osobami, ktoré boli bezprostredne zainteresované do starostlivosti a ktoré vedia poskytnúť dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta,
- pozorovania pacienta
- fyzikálneho vyšetrenia pacienta,
- laboratórnych nálezov, výsledkov diagnostického vyšetrenia.

Základné posudzovacie údaje sa zhromažďujú pred vyšetrením a porovnávajú sa s výsledkami počas výkonu a po ňom. Vedomosti o vyšetrení a poznanie možných komplikácii pomáhajú sestre vykonať

nevyhnutné úkony po skončení vyšetrenia, aby sa zaistila bezpečnosť pacienta a jeho rýchle zotavenie (Kozierová, Erbová, Olivierová,1995).
◊ Sestra posudzuje, plánuje a realizuje vyšetrenia kontinuálne a priebežne ako súčasť ošetrovateľského procesu vrátane jeho primeranej dokumentácie.
◊ Sestra pri posudzovaní pacienta v rámci manažmentu pacienta na diagnostické vyšetrenie zohľadňuje:

- potreby pacienta so zreteľom na jeho stav,
- konzultácie, ordinácie, odporúčania lekára,
- svoju prax vykonáva v rozsahu svojich kompetencií, (Richards, 2004).

Odporúčania pre skríning infekčnosti pri prijatí do domov ošetrovateľskej starostlivosti a zariadení sociálnej pomoci
◊ Sestra ako súčasť skríningu pri príjme pacienta iniciuje ~~i~~ konzultáci~~u~~ s ošetrujúcim lekárom v súlade s jeho ordináciou zabezpečí/realizuje

- výtery z **nosa, hrdla, konečníka** na **mikrobiologické vyšetrenie** (vrátane vyšetrenia na kultiváciu a citlivosť),
- výtery z **prítomných rán** na **mikrobiologické vyšetrenie** (vrátane vyšetrenia na kultiváciu a citlivosť),
- venózny odber krvi na **sérologické vyšetrenie** so zameraním na infekčnú hepatitídu,
- **RTG hrudníka** (vzťahuje sa na zariadenia sociálnej pomoci a nie je potrebný v prípade, že je dostupný výsledok nie starší ako 3 mesiace).

Tieto vyšetrenia je vhodné rozšíriť v závislosti od aktuálneho posúdenia zdravotného stavu, podozrenia na infekčné ochorenie a na základe ordinácie ošetrujúceho lekára. [Level IV-V/EBN]

Diagnostika

Výber súvisiacich sesterských diagnóz podľa prílohy vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz, ktoré bezprostredne súvisia s diagnostickými vyšetreniami pred výkonom, počas výkonu a po výkone:
A 110 Intolerancia aktivity
A 111 Riziko intolerancie aktivity
A 113 Imobilita
A 115 Obmedzená pohyblivosť
A 116 Riziko úrazu, poranenia
A 117 Vyčerpanosť, únava
A 124 Riziko alergickej reakcie
B 110 Akútna bolesť
B 111 Chronická bolesť
B 112 Riziko vzniku bolesti
D 120 Neúčinné dýchanie
D 123 Riziko dusenia
D 124 Riziko hypoxie
E 100 Nedostatok informácií
E 102 Nezáujem o informácie
E 103 Nedostatok vedomostí
I 121 Riziko vzniku infekcie
K 100 Narušená verbálna komunikácia
K 103 Riziko narušenia neverbálnej komunikácie
K 111 Riziko narušenia celistvosti kože
K 113 Riziko narušenia celistvosti tkanív

K 117 Riziko krvácania
K 119 Riziko nedostatočného prekrvenia tkanív
P 107 Zmena správania
P 111 Strach
P 112 Úzkosť
S 100 Nedostatočná sebaopatera v osobnej hygiene
S 102 Riziko deficitu sebaopatery v osobnej hygiene
S 103 Nedostatočná sebaopatera v prijímaní potravy
S 105 Riziko deficitu sebaopatery v prijímaní potravy
S 106 Nedostatočná sebaopatera vo vyprázdňovaní
S 108 Riziko deficitu sebaopatery vo vyprázdňovaní
S 140 Narušený spánok
S 142 Riziko poruchy spánku
S 150 Nedostatočná spolupráca jednotlivca
S 151 Nedostatočná spolupráca rodiny
S 152 Neschopnosť spolupráce
S 153 Neochota spolupracovať
T 100 Znížený objem telesných tekutín
T 101 Riziko deficitu objemu telesných tekutín
T 110 Znížená telesná teplota
T 111 Zvýšená telesná teplota
V 102 Hnačka
V 103 Inkontinencia stolice
V 105 Meteorizmus
V 106 Retencia moču
V 107 Inkontinencia moču
V 123 Riziko menšieho príjmu potravy ako telesná potreba
V 130 Nevoľnosť
V 131 Zvracanie
V 132 Riziko zvracania
V 134 Riziko pálenia záhy
V 138 Riziko zníženého príjmu tekutín

13 Plánovanie a realizácia

Základným predpokladom kvalitných výsledkov laboratórnych vyšetrení je dodržanie správneho postupu pri odbere a odosielaní materiálu. Chybne vykonaný odber alebo chyba v ďalšej manipulácii vedie k znehodnoteniu materiálu, nesprávnym výsledkom, môže ohroziť pacienta a vedie aj k zvyšovaniu nákladov. Spôsob odberu je daný metodikou vyšetrení v laboratóriu a ich technickým vybavením.

Existuje celá rada faktorov, ktoré môžu ovplyvniť spoľahlivosť výsledkov vyšetrení. Niektoré z nich sa nedajú ovplyvniť. Sú to napr. faktory biologické, ako je rasa, vek alebo pohlavie pacienta. Niektoré faktory môžeme ovplyvniť napr. správnym načasovaním odberu, správnym poučením pacienta, správnou voľbou techniky odberu a pomôcok. Validitu získanej informácie ovplyvňujú postupy a operácie preanalytickej fázy, biologický materiál a použitá metóda vyšetrenia (Krišková, 2006).

◊ Sestra plánuje a zabezpečuje vyšetrenia ako **súčasť ošetrovateľského procesu** vrátane primeranej dokumentácie.

◊ Sestra plánuje a realizuje diagnostické vyšetrenia v nadväznosti na fázu posudzovania stavu a potrieb pacienta

- pri zohľadnení stavu a potrieb pacienta,
- v rozsahu svojich kompetencií,
- na základe konzultácie, ordinácie, odporúčania lekára.

◊ Proces plánovania, realizácie a hodnotenia intervencií sestra vhodne a cielene komunikuje, deleguje a zabezpečuje s **ďalšími členmi ošetrovateľského** (zdravotno-sociálneho) **tímu.**

◊ Sestra vedie ošetrujúci personál k tomu, aby bezodkladne nahlásil všetky zmeny zdravotného stavu, alebo zmeny správania a následne intervencie vhodne upraví.

◊ Do procesu plánovania, realizácie a hodnotenia intervencií sestra zapája **samotného pacienta a jeho blízkych** takým spôsobom, aby získala ich primeranú informovanosť a maximálnu súčinnosť pre dosiahnutie cieľov.

◊ V prípade, že u pacienta došlo k zhoršeniu stavu, o situácii bezodkladne informuje lekára, s ktorým konzultuje ďalšiu starostlivosť.

◊ Sestra zabezpečuje manažment **výsledkov vyšetrení.**

◊ Sestra zabezpečuje a aktívne podporuje:

- vylúčenie rizika narušenia sebaúcty;
- vylúčenie nedôstojných podmienok;
- vylúčenie podriadeného postavenia;
- vylúčenie akejkoľvek diskriminácie pacienta, bez ohľadu na vek, pohlavie, etnickú príslušnosť, náboženstvo, sociálne postavenie alebo charakter ochorenia.

◊ Sestra zabezpečuje a aktívne podporuje možnosť prejavu slobodnej vôle; **Informovaný súhlas pacienta s diagnostikou a terapiou je záležitosťou lekára**, ktorý pacienta informuje o ochorení, liečbe, plánovanom vyšetrení.

◊ Sestra realizuje intervencie na zmierňovanie utrpenia chorého.

◊ Sestra pacientovi poskytuje aj **emocionálnu a duchovnú podporu** v súlade s jeho **svetonázorovou orientáciou a individuálnymi potrebami**, ktoré súvisia s ochorením.

◊ Sestra sa aktívne, v rozsahu svojich kompetencií, informuje o **výsledkoch vyšetrení s cieľom podporiť proces včasnej, efektívnej a úspešnej liečby pacienta.**

◊ Sestra plánuje **všetky dostupné, efektívne intervencie** s cieľom vylúčiť, resp. redukovať komplikácie v súvislosti s realizáciou vyšetrení, pri uplatnení najnovších poznatkov moderného ošetrovateľstva a súvisiacich disciplín.

◊ Sestra poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť v súlade s platnými etickými princípmi.

Základné etické princípy, ktoré sú základnou povinnosťou v klinickej praxi sú nasledovné: rešpektovanie autonómie, beneficiencia, nonmaleficiencia a spravodlivosti. Klinicky, právne a eticky platné rozhodnutia pacientov alebo pre pacientov vyžadujú dôkladné vyváženie informácií, zásad, práv, zodpovednosti vo svetle medicínskej reality, kultúrnych faktorov a čoraz viac i obáv z alokácie zdrojov (Boltz, 2016).

◊ Sestra zabezpečuje a podporuje právo na **zachovanie intimity** pacienta.

◊ Sestra pri plánovaní intervencií vo vzťahu **k príprave pacienta** na diagnostické vyšetrenia vždy citlivo **zohľadní celkový stav pacienta.**

◊ Sestra **zaisťuje bezpečnosť pacienta i správnosť výkonu** (manažment prípravy pacienta, ošetrovateľskej starostlivosti počas výkonu, po výkone, vrátane transportu materiálu).

◊ Pri **potrebe špeciálnych vyšetrení** sa sestra riadi odporučením pracoviska realizujúcim vyšetrenie.

◊ Ak je vyšetrenie pacienta realizované mimo zariadenia, sestra pripraví potrebnú dokumentáciu (žiadanky, sprievodné listy, lekárske správy a pod.).

◊ Sestra zabezpečí **bezpečný transport pacienta vrátane doprovodu na vyšetrenie,** v závislosti od vyšetrenia má pacient podanú stravu, lieky, prípadne doprovod, (stravu, tekutiny a lieky má so sebou v závislosti od dĺžky vyšetrenia), pacient je oblečený primerane ročnému obdobiu, sprievod je poučený o možných komplikáciách a má možnosť kontaktovať zariadenie.
◊ Do procesu plánovania, realizácie a hodnotenia intervencií, vrátane realizácie vyšetrení sestra **zapája samotného pacienta** a jeho blízkych takým spôsobom, aby získala ich primeranú informovanosť a maximálnu súčinnosť.
◊ Sestra posúdi riziko a zabezpečí **zvýšený dohľad, primeranú pomoc a intervencie** na **prevenciu komplikácií** v súvislosti s vyšetrení u **rizikových** pacientov, napríklad u pacientov

- nesebestačných, imobilných, dezorientovaných, nepokojných;
- s diagnózou DM, u ktorých je realizované diagnostické vyšetrenie na lačno (riziko hypoglykémie);
- v ťažkom stave, akútnej fáze ochorenia;
- s indikovaným obmedzením pohybu apod. (Kapounová, 2007).

◊ V **starostlivosti ADOS** sestra zváži možnosti **telemonitoringu.**
Podľa Bowlesovej (2015) má telemonitoring pozitívne účinky na kontrolu glukózy. Domáci telemonitoring vykonávaný sestrou je v porovnaní s telefonickou mesačnou koordináciou kontroly glykémie u pacientov v primárnej starostlivosti s diabetes mellitus 2. typu účinnejší (Bowles, 2010 [Level Ia])
◊ Sestra zabezpečí **primeranú farmakoterapiu** v súlade s aktuálnou ordináciou lekára.
◊ Plánovanie a realizáciu intervencií **a vyšetrení sestra dokumentuje** správnym spôsobom. [Level V/EBN]
◊ Sestra realizuje **hygienickú dezinfekciu rúk**:

- pred a po každom kontakte s pacientom v rámci diagnostiky a ošetrovania vrátane podania ruky, pomáhania v pohybe;
- pred a po invazívnych zákrokoch, ako sú napríklad odbery krvi, podávanie injekcií a infúznych roztokov, spolupráca pri zavádzaní a odstraňovaní intravenóznych katétrov, punkciách, endoskopických výkonoch, manipulácia a odstraňovanie močových katétrov, manipulácia s invazívnymi pomôckami, a to aj pri použití ochranných rukavíc, pred manipuláciou s liekmi a prípravou infúznych roztokov;
- po kontakte s akýmkoľvek predmetom alebo povrchom v bezprostrednom okolí pacienta;
- po kontakte s biologickým materiálom, ako sú telesné tekutiny, sekréty, exkrementy a po kontakte so sliznicami, krytou ranou, porušenou kožou pacienta, a to aj pri použití ochranných rukavíc;
- v priebehu vyšetrovania alebo ošetrovania jedného pacienta, ak sa postupuje od kontaminovanej časti tela k čistej;
- po zvlečení jednorazových sterilných a jednorazových ochranných rukavíc.

1. Odber biologického materiálu
◊ Sestra pri odbere biologického materiálu:

- postupuje v súlade s ustanoveniami zavedeného systému kvality a typu odberového systému. Vždy sleduje pacienta zo širšieho pohľadu sesterských činností. Napríklad u pacienta, ktorý užíva antibiotiká či chemoterapeutiká, uvedie na žiadanke pri určených vyšetreniach druh a časové obdobia ich užívania,
- u pacientov s problematickým odoberaním biologického materiálu upozorní laboratórium o príčine nižšieho množstva materiálu a požiada o individuálne resp. manuálne realizovanie analytickej fázy;
- postupuje podľa harmonogramu, pokynov a metodických postupov, ktoré odborne určujú pracovníci biochemických, hematologických a mikrobiologických laboratórií; pri odbere, pri

ktorom predpokladá špeciálne vyšetrovacie postupy manažuje prípravu, postup a transport na základe konzultácie s laboratóriom a príslušnými pracoviskami;

- používa pomôcky na jedno použitie, dbá o vlastnú bezpečnosť a bezpečnosť pracovného prostredia tak, že každý biologický materiál považuje za infekčný, pracuje v ochrannom odeve, používa individuálne ochranné pomôcky;
- minimalizuje vznik aerosólu, vstreknutia či rozliatia biologického materiálu, nesmie ohýbať, lámať ani baliť ihly určené do odpadu, použité pomôcky odhadzuje do odpadových nádob podľa platných predpisov tak, aby sa nestali zdrojom kontaminácie (Krišková, 2006).

Príprava pacienta na odber biologického materiálu

◊ Sestra zabezpečí **psychickú a vlastnú prípravu** pacienta na odber biologického materiálu.

◊ Sestra v rámci psychologickej prípravy zabezpečí, aby pacient

- poznal dôvod a význam odberu biologického materiálu,
- vyjadril pripravenosť zvládnuť situáciu.

◊ Sestra v rámci vlastnej prípravy zabezpečí, aby pacient pred odberom

- bol nalačno, neprijímal žiadne tekutiny a nefajčil od 00:00 hod.,
- limitoval svoju fyzickú záťaž,
- zaujal polohu v sede alebo v ľahu, pričom dbá na prevenciu pádu, poranenia a je informovaný o tom, aké príznaky, reakcie na odber možno očakávať a ako v danej situácii postupovať (Krišková, 2006).

Zásady pri odbere biologického materiálu

◊ Sestra alebo zdravotnícky asistent

- odber realizuje na základe ordinácie lekára, resp. v rozsahu kompetencií podľa aktuálne platnej legislatívy;
- materiál odoberá podľa požiadaviek laboratória, zvyčajne ráno a nalačno;
- pred každým odberom vždy overí identifikáciu pacienta a zabráni akejkoľvek zámene;
- označí odberové nádoby základnými identifikačnými údajmi pacienta (meno a priezvisko, rodné číslo, kód zdravotnej poisťovne, diagnóza), údaje sú presné, čitateľné a identické s údajmi na žiadanke, ku každému odberu doplní sprievodný lístok;
- biologický materiál odoberie predpísanou technológiou do správne označenej nádoby;
- kladie dôraz na časovanie odberu, polohu pri odbere, špeciálne požiadavky (plazma alebo sérum);
- uchová biologický materiál za predpísaných podmienok, zabezpečí ho proti znehodnoteniu;
- dodržiava požiadavky na transport;
- dodržiava zásady bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci;
- predchádza možným komplikáciám, zámene materiálu a chybám.

Najčastejšie chyby a komplikácie pri odbere biologického materiálu

- hemolýza,
- dlhé zatiahnutie končatiny pri odbere,
- neskoré doručenie do laboratória,
- zámena skúmaviek,
- nesterilný odber (Vytejčková, 2013),
- odber realizovaný bezprostredne po mimoriadnej fyzickej záťaži,
- nevhodne zvolená doba odberu,
- výsledky môžu byť ovplyvnené dehydratáciou (Šamánková, 2003).

Spôsoby odberu krvi

◊ Sestra odoberá krv na biochemické, hematologické a ďalšie vyšetrenia viacerými spôsobmi. Podľa podmienok pracoviska volí odber formou otvoreného alebo uzatvoreného systému (Krišková, 2006).

Odber krvi (bežné biochemické a hematologické odbery)

◊ Pred úkonom sestra:

- postupuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie odberu;
- overí, či pacient nemá problémy so zrážaním krvi, či nemal v nedávnej minulosti poranenie horných končatín, zavedenú infúziu a pod., čo môže signalizovať komplikácie (krvácanie po odbere a pod.);
- posúdi stav žíl, ktoré prebiehajú súbežne s tepnami;
- vyberie miesto vpichu zrakom a palpačne ho posúdi;
- u dospelých s dobre viditeľnými žilami odber môže odber realizovať bez stiahnutia končatiny Esmarchovým ovínadlom (Krišková, 2006).
- vybrané odbery u dospelých môže realizovať aj zdravotnícky asistent v rozsahu povolenej praxe na základe ordinácie lekára alebo delegovania ošetrujúcou sestrou.

Odporúčania pre postup pri slabej viditeľnosti žíl

◊ **Sestra**

- **posúdi potenciálne príčinné súvislosti slabej viditeľnosti žíl** - napr. hypovolémia, hypotenzia, polymorbidita, starecké zmeny, konštitučné zmeny;
- pred plánovaným odberom (najmenej 20 minút pred realizáciou odberu) zabezpečí **príjem tekutín**;
- odber realizuje v **polohe v ľahu**; ak odber vykonáva v sede, pacient sedí najmenej 15 minút pred realizáciou odberu;
- pri posudzovaní najvhodnejšieho miesta vpichu používa intenzívne svetlo, optimálne **vyšetrovaciu lampu**;
- ako vhodné miesto vpichu vyberá najprv **periférnu žilu v lakťovej jamke**, pokiaľ možno nie z ramena, kde je privádzaná infúzia;
- oblasť **5 - 10 cm nad miestom vpichu jemne fixuje ovínadlom**, v trvaní najviac 1 minúty;
- orientovaného pacienta vyzve ku **krátkemu cvičeniu** - ohýbaniu končatiny v lakťovom kĺbe alebo otváraniu a zatváraniu ruky do päste;
- v prípade, že žila nie je viditeľná, sestra k jej identifikácii použije **palpáciu jej priebehu** (orientuje sa pohmatom);
- odber vykonáva ihlou, ktorej priemer pomerne zodpovedá priemeru žily.
- zváži realizáciu odberu pri použití sterilnej ihly a striekačky (nie uzavretým systémom),[Level V/EBN]

Odber krvi na hemokultúru

◊ Sestra:

- postupuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie odberu;
- zmeria pacientovi telesnú teplotu, odber vykoná na začiatku zvyšovania teploty a pri triaške (nad 38 stupňov Celzia) a ďalšie odbery realizuje v intervaloch podľa ordinácie lekára;
- pred odberom označí hemokultivačnú nádobu a dezinfikuje gumenú zátku na hemokultivačnej nádobe dezinfekčným roztokom. Dezinfekčný roztok s tampónom nechá pôsobiť na zátke nádoby;
- kožu v mieste vpichu dezinfikuje 3-krát dezinfekčným roztokom;
- na každý ster použije ďalší sterilný tampón;
- odoberie vzorku krvi 8-10 ml pre každú hemokultúru, u detí 1 – 3 ml;
- pri odbere nesmie kontaminovať miesto vpichu;

- po odbere na miesto vpichu priloží suchý, sterilný tampón a prelepí hypoalergénnou náplasťou;
- po odbere krvi vymení ihlu na striekačke a vstrekne krv do hemokultivačnej nádoby, obsah nádoby premieša;
- na gumenú zátku hemokultivačnej nádoby priloží suchý sterilný tampón a prelepí ho náplasťou.
- odber u dospelých môže realizovať aj zdravotnícky asistent v rozsahu povolenej praxe na základe ordinácie lekára alebo delegovania ošetrujúcou sestrou.

Odber krvi na CRP

Stanovenie koncentrácie C-reaktívneho proteínu (CRP) má veľký význam v starostlivosti o pacienta s príznakmi infekcie, alebo pri monitorovaní účinnosti liečby. Odber CRP je možné realizovať v laboratórnych podmienkach (ako odber krvi na biochemické vyšetrenie) po ordinácii lekára, alebo s použitím testovacej sady alebo kalibrovaného prístroja z kapilárnej krvi priamo v zariadení. V tomto prípade nie je nutná ordinácia lekára, o úkone môže rozhodnúť aj sestra o výsledkoch informuje lekára pri telefonickej konzultácii. Príprava pacienta nie je nutná. V prípade testovacej sady je potrené dodržať návod výrobcu.

◊ Sestra:

- postupuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie vyšetrení;
- zabezpečí prípravu pacienta, zvyčajne však nie je nutná;
- vyšetrenie vykoná podľa ordinácie lekára a štandardizovaného pracovného postupu pracoviska.

CRP – doplňujúce odporúčania pre prax domov ošetrovateľskej starostlivosti a zariadení sociálnej pomoci

Meranie pomocou kalibrovaného CRP prístroja je možné uskutočniť na základe ordinácie lekára alebo v prípade, že lekár nie je prítomný, na základe rozhodnutia službukonajúcej sestry v súvislosti so suspektným alebo prebiehajúcim bakteriálnym zápalovým ochorením.

Výsledky merania sestra dokumentuje a konzultuje s lekárom. [Level IV- V/EBN]

Výter z dýchacích ciest

◊ Sestra odoberá biologický materiál zo slizníc mandlí, nosohltanu, hrtanu, z nosových prieduchov formou výteru:

- postupuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie odberu;
- sterilným spôsobom odoberie typickú časť materiálu bez prímesi nežiaducej mikróbnej flóry;
- získaný materiál odosiela na mikrobiologické vyšetrenie a vyšetrenie citlivosti na antibiotiká (Vytejčková, 2013).

◊ Sestra výtery realizuje optimálne

- ráno,
- nalačno alebo aspoň 2 – 3 hodiny po jedle,
- pred aplikáciou ordinovanej liečby,
- pri polohe pacienta v sede, prípadne v polosede.

◊ Sestra pri realizácii výteru z nosohltana a hrtana zabezpečí, aby si pacient pred výkonom neumýval zuby a neoplachoval ústnu dutinu (Krišková, 2006).

Výter z chorobných ložísk a rán

◊ Sestra:

- postupuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie odberu,
- pri stere z rany a ostatných chorobných ložísk je potrebné odobrať priamo hnis alebo typickú časť patologického procesu,

- odber realizuje tampónom prísne aseptickým spôsobom. Zároveň sa obvykle stanovuje aj citlivosť na antibiotiká,
- týmto spôsobom odoberá materiál z očných spojiviek, uší, kožných defektov (Vytejčková, 2013).

Výter z konečníka

◊ Sestra

- pracuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie odberu,
- zabezpečí pacientovi intimitu,
- zabezpečí, aby bol pacient pred výkonom vyprázdnený,
- realizuje prípravu pacienta, pričom zabezpečí, aby pred odberom výteru na mikrobiologické vyšetrenie pacient neužíval črevné absorbenciá (napr. aktívne uhlie), antibiotiká a chemoterapeutiká.

◊ Sestra realizuje odber tak, že pacient je v kolenovo-lakťovej polohe, alebo laterálnej polohe s pokrčenými dolnými končatinami, prípadne urobí predklon (Krišková, 2006).

◊ Sestra zavedie tampón skrutkovým pohybom asi 5 cm do konečníka tak, aby sa povrch tampónu sfarbil stolicou.

Odber spúta

◊ Sestra:

- postupuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie odberu,
- odber spúta vykonáva aseptickou technikou spontánnym alebo úsilným kašľom pri rannom vstávaní pacienta,
- ak má pacient pri kašľaní bolesti, poučí ho o technikách, ktoré uľahčujú vykašlávanie alebo obmedzujú bolestivosť (napr. po operácii na hrudníku si pacient môže pri vykašlaní pevne pridržiavať vankúš na operovanom mieste),
- požiada pacienta, aby zhlboka dýchal a potom vykašľal spútum do nádoby (15 – 30 ml), ak nie je dostatočne zručný vykašlať spútum do nádoby, zabezpečí odbornú pomoc,
- sestra zabezpečí, aby si pacient pred výkonom neumýval zuby a neoplachoval ústnu dutinu (Krišková, 2006).

◊ Sestra

- posúdi spútum fyzikálne,
- po odobratí ihneď uzavrie nádobu,
- ponúkne pacientovi vypláchnutie úst ústnou vodou a hygienu ústnej dutiny;
- posúdi cyanózu slizníc - môže indikovať poškodené okysličovanie krvi (Krišková, 2006).
- odber môže realizovať aj zdravotnícky asistent v rozsahu povolenej praxe na základe ordinácie lekára alebo delegovania ošetrujúcou sestrou.

Odber moču

◊ Sestra

- informuje pacienta o potrebe vyšetrenia moču, vysvetlí mu význam vyšetrenia,
- postupuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie odberu,
- orientovanému a sebestačnému pacientovi vysvetlí postup odberu (vzorka moču nesmie byť znečistená stolicou),
- dáva prednosť získaniu moču metódou stredného prúdu pred močom získaným cievkovaním, aj keď je možná kontaminácia moču baktériami z kože či sliznice, z hľadiska pacienta je postup bezpečnejší, nehrozí riziko infikovania a poškodenia močových ciest ako pri zavedení močového katétra,
- v prípade odberu moču z katétra sestra nasáva moč z retenčného katétra pomocou ihly a striekačky, alebo priamo zo zavedeného katétra pri dodržiavaní zásad asepsy,

- v rámci **mikrobiologického vyšetrenia** sestra odoberá moč najmä na bakteriologickú a virologickú analýzu. Pri podozrení na bakteriálnu infekciu močových ciest sestra odoberá ranný moč na kultiváciu a citlivosť (K+C), a to spôsobom stredného prúdu moču, prípadne cievkovaním alebo z retenčného katétra (Krišková, 2006).
- odber môže realizovať aj zdravotnícky asistent v rozsahu povolenej praxe na základe ordinácie lekára alebo delegovania ošetrujúcou sestrou.

Odbery pri podozrení na prenosnú infekciu - odporúčania pre prax domov ošetrovateľskej starostlivosti a zariadení sociálnej pomoci

◊ Službukonajúca sestra po konzultácii s ošetrujúcim lekárom bezodkladne realizuje **odbery biologického materiálu** (výtery, vzorky), ktorými je s vysokou pravdepodobnosťou možné identifikovať pravdepodobného pôvodcu infekcie:

- mikrobiologické vyšetrenie (vrátane vyšetrenia na kultiváciu a citlivosť),
- virologické vyšetrenie,
- sérologické vyšetrenie.

◊ Vhodnosť odberov a vyšetrení službukonajúca sestra v spolupráci s lekárom konzultuje s regionálnym úradom verejného zdravotníctva. [Level V/EBN].

Transport biologického materiálu

◊ Sestra manipuluje s odobratým materiálom tak,

- aby ho neznehodnotila,
- aby sa materiál nestal zdrojom infekcie,
- nesmie byť kontaminovaný mikroorganizmami s vonkajšieho prostredia,
- transport môže zabezpečiť aj zdravotnícky asistent v rozsahu povolenej praxe na základe ordinácie lekára alebo delegovania ošetrujúcou sestrou.

Príprava na odoslanie a transport závisí od druhu biologického materiálu a akútnosti výsledku vyšetrenia (Krišková, 2006).

2 Zobrazovacie a endoskopické vyšetrovacie metódy

RTG

Ide o zobrazovaciu metódu využívajúcu röntgenové žiarenie, pri ktorom je obraz zaznamenávaný na špeciálny film. Vzniknutý obraz je negatívom, na ktorom sa zobrazujú štruktúry tela zatienením alebo naopak prejasneným obrazom (Jelínková, 2014).

◊ Sestra:

- postupuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie vyšetrenia,
- zabezpečí odloženie šperkov, prípadne kovových ozdôb (piercing a pod.) zo snímanej časti tela, prípadne overí prítomnosť kovových implantátov.

USG brucha, USG dolných končatín

Ultrasonografia je zobrazovacia metóda, ktorá nemá žiadne vedľajšie účinky. Táto metodika využíva ultrazvuk (vlnenie) o frekvencii vyššej ako 20 kHz. Základom USG diagnostickej metodiky je zachytenie, spracovanie a zobrazenie ultrazvukových signálov odrazených od tkanivových rozhraní (Jelínková, 2014). Je to neinvazívne, nebolestivé vyšetrenie a takmer vždy bezpečné.

◊ Sestra:

- postupuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie vyšetrenia,
- zabezpečí prípravu pacienta, pri USG brucha je pacient nalačno.

CT hlavy, CT brucha

Computerová tomografia sa od klasického röntgenového žiarenia líši tým, že obraz nie je iba „tieňom“ zaznamenaným na film, ale matematickou rekonštrukciou priečneho rezu telom vyšetrovaného pacienta.

Vyšetrenie je realizované bez kontrastnej látky (tzv. „natívne“), alebo za použitia kontrastnej látky. Nevýhodou CT vyšetrení je vysoká dávka ionizujúceho žiarenia, ktorému je pacient vystavený (Jelínková, 2014).

◊ Sestra:

- postupuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie vyšetrení,
- zabezpečí prípravu pacienta, zvyčajne však nie je nutná.

Gastroskopia

Je endoskopická vyšetrovacia metóda, ktorá umožňuje vyšetriť a prehliadnuť celú oblasť telových dutín priamym pozorovaním, zaznamenať peptické vredy a odhaliť zdroj krvácania (Richards, 2004). Z dôvodu, že vyšetrenie sa zvyčajne nerealizuje v zariadení dlhodobej starostlivosti, ošetrovateľská starostlivosť o pacienta je zameraná na starostlivosť pred výkonom a po výkone.

Sestra pred výkonom:

- informuje pacienta, vysvetlí mu význam a priebeh výkonu,
- poučí pacienta o tom, že vyšetrenie sa robí nalačno, pacient nesmie 12 hodín pred vyšetrením jesť, piť, fajčiť, v prípade neorientovaného pacienta túto prípravu zabezpečí,
- zistí u pacienta prítomnosť alergie na podávané lieky alebo anestetiká,
- večer – deň pred vyšetrením a v deň vyšetrenia realizuje medikamentóznu prípravu podľa ordinácie lekára, postup dokumentuje.

◊ Pri terapeutickej gastrofibroskopii zabezpečí sestra intravenózny prístup, podľa odporúčaní pracoviska (Jelínková, 2014).

◊ Sestra bezprostredne **po výkone**:

- monitoruje stav pacienta (napr. v stanovených intervaloch fyziologické funkcie a zaznamenáva ich do dokumentácie),
- monitoruje subjektívne ťažkosti, napr. bolesť vyžarujúca do šije (signalizácia prederavenia pažeráka),
- zabezpečí nepodanie stravy a tekutín až do odznenia lokálnej anestézie najmenej 2 hodiny, (teplé a dráždivé nápoje, pretože môže vzniknúť lokálny opuch v oblasti hltana),
- sleduje celkový stav pacienta, zvracanie, sleduje či zvratky neobsahujú prímes krvi, prítomnosť krvácania a pod.,
- ak sa počas vyšetrenia odobrala vzorka tkaniva, sestra zabezpečí dostupnosť výsledku v dohodnutom časovom intervale,
- výsledky vyšetrenia konzultuje s lekárom zaznamená všetky potrebné údaje a zistenia do dokumentácie pacienta.

Kolonoskopia

Je endoskopické vyšetrenie hrubého čreva od konečníka po slepé črevo. Cieľom vyšetrenia je odhaliť zdroj krvácania (pri nádorových procesoch, metastázach) alebo diagnostikovať Crohnovu chorobu, kolitídy, divertikulózy a pod. (Krišková, 2006).

Z dôvodu, že vyšetrenie sa zvyčajne nerealizuje v zariadení dlhodobej starostlivosti, ošetrovateľská starostlivosť o pacienta je zameraná na starostlivosť pred výkonom a po výkone. Výkon sa môže realizovať aj analgosedácii alebo krátkej anestézii (Grochová, Anestéziológia, 2013).

◊ Sestra **pred výkonom**:

- oboznámi pacienta s výkonom vysvetlí mu jeho význam a priebeh,
- niekoľko dní pred výkonom realizuje špeciálnu prípravu pacienta podľa ordinácie lekára a štandardizovaného pracovného postupu pracoviska,
- poučí pacienta o tom, že vyšetrenie sa robí nalačno, pacient má vyprázdnené hrubé črevo, v prípade neorientovaného pacienta túto prípravu zabezpečí,

- monitoruje vyprázdňovanie chorého, najmä frekvenciu vyprázdňovania a dostatočný príjem tekutín,
- realizuje medikamentóznu prípravu podľa ordinácie lekára, postup dokumentuje (zvyčajne večer – deň pred vyšetrením a v deň vyšetrenia),
- realizuje ostatnú prípravu pacienta podľa štandardizovaného pracovného postupu pracoviska v súlade s platnou legislatívou (Jelínková, 2014),
- zabezpečí bezpečný transport a doprovod pacienta na vyšetrenie.

◊ Sestra bezprostredne **po výkone**:

- monitoruje stav pacienta (napr. v stanovených intervaloch fyziologické funkcie a zaznamenáva ich do dokumentácie),
- o všetkých zmenách v zdravotnom stave pacienta informuje ošetrujúceho lekára;
- monitoruje subjektívne ťažkosti, napr. bolesti brucha,
- monitoruje defekáciu pacienta, prímesi v stolici, me-teorizmus, črevnú peristaltiku,
- podanie stravy a tekutín realizuje podľa odporúčaní lekára a pracoviska (napr. po diagnostickej kolonoskopii môže prijímať šetriacu stravu hneď po výkone, po terapeutickej kolonoskopii sestra upozorní pacienta, aby počas 6 hodín dodržiaval pokoj na lôžku a neprijímal potravu. Ak nenastanú žiadne kompli-kácie, môže pacient po 6 hodinách prijímať tekutú potravu a po 24 hod. prechádza na pôvodnú stravu),
- ak sa počas vyšetrenia odobrala vzorka tkaniva, sestra zabezpečí dostupnosť výsledku v dohodnutom časovom intervale,
- výsledky vyšetrenia konzultuje s lekárom zaznamená všetky potrebné údaje a zistenia do dokumentácie pacienta.

EKG

Elektrokardiografia je vyšetrovacia metóda, ktorá zaznamenáva elektrickú aktivitu srdečného svalu (Šafránková, 2006).

◊ Sestra:

- postupuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie vyšetrení,
- vyšetrenie vykoná podľa ordinácie lekára a štandardizovaného pracovného postupu pracoviska.

EKG – doplňujúce odporúčania pre prax domov ošetrovateľskej starostlivosti a zariadení sociálnej pomoci

Meranie pomocou kalibrovaného EKG prístroja je možné uskutočniť na základe ordinácie lekára alebo v prípade, že lekár nie je prítomný, na základe rozhodnutia službukonajúcej sestry, vždy keď je vhodné posúdiť činnosť srdca.

Výsledky merania sestra dokumentuje EKG záznamom alebo opisom informácii na displeji EKG prístroja a konzultuje s lekárom.[Level V/EBN]

EEG

Elektroencefalografia je vyšetrovacia metóda, ktorá sníma elektrickú aktivitu mozgu. Vyšetrenie nie je bolestivé.

◊ Sestra:

- postupuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie vyšetrení,
- vyšetrenie vykoná podľa ordinácie lekára a štandardizovaného pracovného postupu pracoviska,
- zabezpečí prípravu pacienta (umyté vlasy bez použitia laku na vlasy alebo tužidla. Po vyšetrení je potrebné umyť pacientovi vlasy, keďže k realizácii vyšetrenia ju nutné použiť gél pod každú upevnenú elektródu) (Jelínková, 2014).

EMG

Elektromyelografia je to metóda, ktorá umožňuje získať informácie o funkčnom stave pohybového systému a jeho inerváciu. Používa sa k diagnostike nervovo svalových porúch, pri podozrení na poškodenie nervov úrazom, zápalovým procesom alebo metabolickou poruchou.

◊ Sestra:

- postupuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie vyšetrení,
- zabezpečí prípravu pacienta, zvyčajne však nie je nutná,
- vyšetrenie vykoná podľa ordinácie lekára a štandardizovaného pracovného postupu pracoviska.

Denzitometria

Denzitometria znamená meranie hustoty kostnej hmoty v súvislosti s diagnostikou osteoporózy. U väčšiny prístrojov sa meria stupeň absorpcie röntgenových lúčov po prechode kostným tkanivom. Ide o bezbolestné vyšetrenie a na rozdiel od bežného röntgenového snímkovania je dávka ožiarenia zanedbateľná. Meria sa hustota kostí v miestach najčastejších zlomenín, t. j. oblasti predlaktia, driekové stavce a horný koniec stehennej kosti.

◊ Sestra:

- postupuje v súlade so všeobecnými zásadami realizácie vyšetrení,
- zabezpečí prípravu pacienta, zvyčajne však nie je nutná.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

◊ Poskytovateľ zdravotnej alebo sociálnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) má vytvorený a v praxi implementovaný **prístup pre primerané zabezpečenie diagnostických vyšetrení**.

◊ Poskytovateľ má k dispozícii primerané a vhodne poskytované laboratórne, rádiodiagnostické, endoskopické a iné vyšetrovacie služby.

◊ **Časová dostupnosť** diagnostických vyšetrení a služieb zodpovedá potrebám pacientov a požiadavkám národnej legislatívy.

◊ Poskytovateľ používa **efektívny spôsob edukácie** pacienta a podporných osôb o diagnostických vyšetreniach.

◊ Poskytovateľ má vytvorený záväzný interný postup/**manuál k správnej príprave pacienta na diagnostické vyšetrenia**.

◊ Poskytovateľ pravidelne audituje plnenie, prehodnocuje a primerane aktualizuje interný postup/manuál k správnej príprave pacienta na diagnostické vyšetrenia.

◊ V súvislosti so zabezpečovaním diagnostických vyšetrení poskytovateľ používa efektívny spôsob bezpečného **odovzdávania informácií**.

◊ Výsledky vyšetrení sú dostupné v stanovenom časovom intervale zodpovedajúcim potrebám pacienta, sú analyzované a vhodne riadené.

◊ Poskytovateľ používa efektívne prístupy na **vylúčenie prolongácie vyšetrení** pacientov v stanovených intervaloch.

Ďalšie odporúčania

◊ Sestra realizujúca príjem pacienta do KOS posudzuje prítomnosť rizík v rámci ich celkového zhodnotenia (zhodnotenia rizika destabilizácie).

◊ Poskytovateľ používa prístrojovú techniku ako súčasť diagnostického procesu u pacienta (napr. EKG, CRP testy/prístroj, glukomer).

◊ Poskytovateľ má vypracované **zásady transportu** pacienta na vyšetrenie mimo zariadenia (zohľadňujúce bezpečnosť, dôstojnosť, hygienické aspekty apod.).

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Štandard do budúcna (pri jeho revízii, vzhľadom pre jednotlivé diagnosticko-liečebné limity) odporúčame aktualizovať so zohľadnením špecifík ošetrovateľskej starostlivosti s ohľadom na aktualizované poznatky a výsledky štúdií.

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

ANESTÉZIOLÓGIA A INTENZÍVNA MEDICÍNA [online]. 2013. [cit. 2017-01-12]. Dostupné na:<http://www.solen.sk/pdf/4e9c01230773bb7d7ee5cd8bc24a5c32.pdf>.

BEĽAN, V. 2011. Moderné diagnostické metód. [online]. 2011. [cit. 2017-09-25].
Dostupné na: <http://zodiag.sk/magazin/clanok/moderne-diagnostike-metody/>.

Bowles H. K. 2010. Nurse practitioner provided home telemonitoring and medication management improves glycemic control in primary care patients with type 2 diabetes more than monthly care coordination telephone call. Evidence-Based Nursing, [online]. 2010. [cit. 2018-02-27]. Dostupné na internete: <http://ebn.bmj.com/content/13/3/74.info>.

FABIANOVÁ, Z. – KLIČOVÁ, M. 2017. Katétre a kanyly – interný postup. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. a kol. 2015. Vylúčenie šírenia infekcie a redukcia jej následkov – interný postup. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2015.

FABIANOVÁ, Z. a kol. 2016. Bezpečné používanie prístrojovej techniky, vybraných prístrojov a pomôcok na pracovisku – interný postup. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2016.

FABIANOVÁ, Z. a kol. 2016. Transport klienta na invalidnom vozíku – interný postup. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2016.

JELÍNKOVÁ, I. 2014. Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy. Praha**:** Grada Publishing a.s., 2014. 160 s. ISBN 978-80-247-5093-4.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. 2005. Medzinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči. Praha: Grada Publishing, a.s, 2005. 247 s. ISBN 80-247-1001-3.

KAPOUNOVÁ, G. 2007. Ošetřovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ, G. - OLIVIEROVÁ, R. 2004. Ošetrovateľstvo 1., 2. Martin: Osveta, 2004. 836 s. ISBN-80-21-70-05-28–0.

KRIŠKOVÁ, A. a kol. 2006. Ošetrovateľské techniky - metodika sesterských činností, 2. prep. vyd. Martin: Osveta, 2006.780 s. ISBN-80-8063-202-2.

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2017. Činnosť spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v SR 2016. Bratislava: NCZI, 2017. ZŠ-48/201. 38 s.

NEMČEKOVÁ, M. a kol. 2004. Práva pacientov. Martin: Osveta, 2004. 214 s. ISBN 80-8063-162-X.

RICHARDS, A. - EDWARDS, S. 2004. Repetitorium pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. - NEJEDLÁ, M. 2006. Interní ošetřovatelství 1., Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. 2003. Základy ošetřovatelství pro studující lékařskych fakult 1., 2. Praha: Karolinum, 2003. 275 s. ISBN- 80-246-0477-9.
VYHLÁŠKA MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz [online]. 2005. [cit. 2017-08-10]. Dostupné na: <http://www.fntt.sk/.../Zbierka_zakonov_c_306_2005_Zz_vyhl_MZ_SR.pd>.
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/Zákony/pravne-predpisy.html>.
VYTEJČKOVÁ, R. a kol. 2013. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II. Praha: Grada Publishing, a. s., 2013. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
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. 2017-09-01]. Dostupné na: <http://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/admin/Vedavyskum/zdravotna_starostlivost.pdf>.
ZÁKON NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. [online]. 2004. [cit. 2017-09-01]. Dostupné na: <http://www.zbierka.sk/sk/predpisy/578-2004-z-z.p-8186.pdf>.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 1. apríla 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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 so sondami

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0038	*14. februára 2019*	*schválené*	*1. apríla 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

PhDr. Anna Bullová; Mgr. Daniela Jarabová; Mgr. Marianna Kličová; PhDr. Zuzana Fabianová

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS ošetrovateľstvo Mgr. Jaroslav Straka; Mgr. Gabriela Kmeťová; doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.; PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.; PhDr. Anna Macková; Ing. Mgr. Ľubica Kočanová; PhDr. Helena Gondárová Vyhničková dipl. s.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II (PhDr. Zuzana Fabianová, PhDr. Helena Gondárová Vyhničková dipl. s., PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., Mgr. Marianna Klíčová, Mgr. Gabriela Kmeťová); členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing.

Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka, Mgr. Miroslav Hečko

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

výživa, malnutrícia, edukácia, sonda, nutričná podpora, karenčné riziko

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

B	body mass index
C	cukry
CH	1 charriere = 0,33 mm
DM	diabetes mellitus
EBN	Evidence - Based Nursing / ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
EBM	Evidence - Based Medicine / medicína založená na dôkazoch
EÚ	Európska únia
EV	enterálna výživa
GIT	gastrointestinálny trakt
HIV	Human immunodeficiency virus / HIV vírus
kCal	kilokalória
KOS	komplexná ošetrovateľská starostlivosť
NJS	nazojejunálna sonda
NGS	nazogastrická sonda
PEG	perkutánna endoskopická gastrostómia
ZSS	zariadenie sociálnych služieb
T	tuky

Kompetencie

Tento štandardný ošetrovateľský postup je určený sestrám poskytujúcim ošetrovateľskú starostlivosť (ďalej len „sestrám").

Za dodržiavanie požiadaviek štandardného postupu zodpovedá v súvislosti so zodpovednosťou za odborné poskytovanie a kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti, odborný zástupca (garant, zodpovedná osoba v ZSS) pre ošetrovateľskú starostlivosť **v príslušnom zariadení.**

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.

Lekár: určuje/ordinuje podávanie enterálnej výživy u indikovaného pacienta; posudzuje riziko destabilizácie celkového stavu pacienta; ordinuje vyšetrenia a terapiu vo vzťahu k riziku malnutrície, v prípadoch nezavedenej alebo nefunkčnej sondy; ordinuje parenterálny hydratačný režim v prípade karenčného rizika, ak sú všetky možnosti zabezpečenia enterálnej výživy vyčerpané; posudzuje a určuje postup v prípade prejavov intolerancie výživy; určuje/ordinuje podávanie prípravkov enterálnej výživy a tekutín; určuje postup pri komplikáciách spojených so zavedením žalúdočnej sondy nad rámec kompetencií sestry.

Špecifické činnosti a situácie sú definované v texte štandardu.

Zdravotnícky asistent, sanitár: Pre zabezpečenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta môže sestra delegovať činnosti aj na zdravotníckych asistentov a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti. Sestra zodpovedá za primeranú úroveň starostlivosti v súlade s potrebami pacienta a pri zohľadnení prítomných rizík.

Za výkon činností definovaných v štandarde zodpovedajú jednotliví zdravotnícki pracovníci.

Úvod

C: Odporučenie je založené priamo na dôkazoch úrovne III alebo na extrapolácii odporučenia s dôkazmi úrovne I alebo II. Enterálna výživa, t. j. aplikácia stravy spôsobom, ktorý obchádza hornú časť GIT-u (najmä pokiaľ ide o mechanickú a chemickú formu potravy), je najefektívnejší a najprijateľnejší spôsob dosiahnutia a udržania primeraného stavu výživy u ľudí, ktorí majú funkčný dolný zažívací systém. Za enterálnu výživu sa označuje podanie výživy per os, sondami a inými vstupmi do zažívacieho traktu. Ak je možné podávať výživu do žalúdka, volí sa nazogastrická sonda pre krátkodobé použitie alebo gastrostómia (perkutánna, alebo chirurgická) pre dlhodobé alebo trvalé použitie (Tedla, 2009).

Indikácia enterálnej a parenterálnej výživy (Tedla, 2009):

- neschopnosť chorého prijímať potravu po dobu dlhšiu ako 5 dní,
- neschopnosť prijímať adekvátnu výživu v nasledujúcich 5 dňoch,
- zistená podvýživa.

Hlavné indikácie enterálnej výživy:

- proteínovo-energetická malnutrícia akejkoľvek etiológie (akútna a chronická pankreatitída, nešpecifické črevné zápaly, syndróm krátkeho čreva, celiakia, onkologické ochorenia, geriatrickí pacienti, psychiatrické ochorenia, chronické kachektizujúce infekcie, AIDS),
- predoperačná a včasná pooperačná nutričná podpora,
- poruchy prehĺtania pri neurologických ochoreniach, úrazoch,
- dyspepsia pri chemoterapii, rádioterapii,
- kritické stavy so zlyhaním orgánov, polytrauma po odznení šoku,
- benígna a malígna nepriechodnosť hornej časti GIT,
- sepsa,
- potravinové alergie (Desatová, 2013 [Level IV]).

Absolútne kontraindikácie enterálnej výživy:

- strata funkcie čreva pri jeho zlyhaní, ťažkých zápaloch alebo paralýze čreva,
- obštrukcia čreva, perforácia čreva,
- nemožný prístup do tráviaceho traktu (trauma, rozsiahle popáleniny),
- straty črevnými fistulami,
- šok a náhle brušné príhody,
- toxické megakolon,
- krvácanie do GIT,
- vracanie (Desatová, 2013).

Tento štandard bol tvorený na základe analýzy odborných, publikovaných informácií od uznávaných autorít a overených skúseností v kontexte *totálneho manažérstva kvality* na vybraných pracoviskách dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike. 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 označené ◊.

Štandard vychádza

- zo štúdií a svetových a európskych odporúčaní (sila odporučenia A – C),
- z odborných, publikovaných informácií od v problematike rešpektovaných, uznávaných autorít (sila odporučenia A – C),
- z nadnárodných guidelines pre medicínsku a ošetrovateľskú prax (sila odporučenia A – C, Level I – V),
- z klinicky overených skúseností v kontexte manažérstva kvality na vybraných pracoviskách (Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom v Humennom) (sila odporučenia D , Level IV – VI/EBN).

1) Hodnotenie kvality dôkazov[1]

I: Dôkazom je najmenej jedna randomizovaná experimentálna štúdia (EBM/EBN).

II: Dôkazom je najmenej jedna kvázi experimentálna (jednoduchá) štúdia iného typu než štúdia uvedená vyššie (EBM) alebo jednoduchá experimentálna štúdia (EBN).

III: Dôkazom sú výsledky popisných štúdií bez realizácie experimentu, t. j. napr. porovnávacích štúdií, korelačných štúdií alebo štúdií prípadov a kontrol (EBM) alebo kvázi experimentálna štúdia (EBN).

IV: Dôkazom sú názory alebo klinické skúsenosti expertov a autorít (EBM) alebo štúdie bez experimentov (EBN).

V:Ošetrovateľské správy/programy, odborné články v literatúre (EBN).

VI. Názory rešpektovaných autorít (EBN).

2) Hodnotenie sily odporučenia (vo vzťahu k EBM)

A: Odporučenie je založené priamo na dôkazoch úrovne I.

B: Odporučenie je založené priamo na dôkazoch úrovne II alebo na extrapolácii odporučenia s dôkazmi úrovne I.

C: Odporučenie je založené priamo na dôkazoch úrovne III alebo na extrapolácii odporučenia s dôkazmi úrovne I alebo II.

D: Odporučenie je založené priamo na dôkazoch úrovne IV alebo na extrapolácii odporučenia s dôkazmi úrovne I, II alebo III.

Jadrom štandardu sú kapitoly „Diagnostika“, „Plánovanie a realizácia“ a „Zabezpečenie a organizácia starostlivosti“. Z hľadiska hodnotenia efektívnej starostlivosti a udržateľného, pokračujúceho rozvoja kvality má kľúčové postavenie kapitola „Odporúčania“, ktorá rekapituluje ďalšie možnosti zvyšovania kvality starostlivosti v oblasti úspešného riadenia rizika, či už prítomného rizika malnutrície v ošetrovateľskej praxi.

Súbor definovaných prístupov efektívnej starostlivosti o pacienta so sondou je určený predovšetkým pre oblasť dlhodobej (inštitucionálnej) i akútnej ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov, no môže byť rámcovým podkladom či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax poskytovanú formou ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti na ostatných pracoviskách.

Miesto výkonu štandardného postupu:

- ústavné zdravotnícke zariadenia a oddelenia poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť dlhodobo chorým (napr. dom ošetrovateľskej starostlivosti),
- ambulantná starostlivosť,
- ADOS za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu,
- zariadenia sociálnych služieb s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti.

Na tento štandard úzko nadväzuje osobitne vypracovaný štandard k problematike malnutrície.

Prevencia

Výživu a hydratáciu možno považovať za kľúčové faktory liečby a starostlivosti o chronických či nevyliečiteľne chorých pacientov. Malnutrícia je spojená so zhoršenou kvalitou života, zhoršením funkčných schopností a imunitou – preto zodpovedá za zvýšenú morbiditu, predovšetkým infekčnú a tým i urýchlenú mortalitu. Rastúci vek je spojený so zvýšenou pravdepodobnosťou dehydratácie. Ciccone a kol. (1998) zistili, že dospelí vo veku 85 rokov a starší mali trikrát vyššiu pravdepodobnosť diagnózy dehydratácie ako dospelí vo veku 65 až 74 rokov [Level IV] (Boltz, 2016).

V tejto populácii je podvýživa spojená s predĺženým pobytom v nemocnici, zlým zdravotným stavom, inštitucionalizáciou a smrťou (Corkins a kol., 2014 [Level IV]; Boltz, 2016). Cieľom nutričnej podpory je spomaliť nutričný rozvrat, resp. udržať daný stav, zabrániť dehydratácii, zlepšiť kvalitu života pacienta (Kabelka, 2017).

Zodpovednosťou ošetrujúceho personálu je účinne predchádzať a riešiť riziko alebo prítomný stav malnutrície vo všetkých fázach starostlivosti.

Epidemiológia

Malnutrícia sa vyskytuje u 19 – 80 % hospitalizovaných pacientov, čím sa klasifikuje ako jedna z najčastejších situácií, s ktorými sa je možné stretnúť vo všetkých oblastiach zdravotnej starostlivosti po celom svete. Ľahká alebo stredne ťažká malnutrícia, ktorá pacienta neohrozuje bezprostredne, zvyšuje počet komplikácií, spomaľuje reparačné procesy a predražuje liečbu, dosahuje podľa typov zariadení, spektra chorôb a veku pacientov frekvenciu výskytu okolo 60 % (Zadák, 2002).

Malnutrícia sa vyskytuje až u 11 % osôb starších ako 65 rokov a u 7 % osôb mladších.

Britské zdroje malnutríciu definujú ako stav nadmernej alebo nedostatočnej výživy. (http://malnutritionpathway.co.uk/downloads/Managing_Malnutrition.pdf).

Rizikovú skupinu ohrozenú malnutríciou v najvýznamnejšom zastúpení tvoria osoby s malígnymi nádormi a pacienti s ochorením tráviaceho traktu (dominujú pacienti s idiopatickými črevnými zápalmi, u ktorých výskyt malnutrície presahuje až 85 %). Ďalšou skupinou sú seniori, ktorí sú vo veku nad 75 rokov malnutríciou postihnutí v 50 - 80 % (Lukáš, 2014).

Výživa je jednou z oblastí, ktorá býva v nemocničnej starostlivosti najviac zanedbávaná. Zvlášť rizikovou skupinou sú geriatrickí pacienti, ktorí tvoria najväčšiu skupinu malnutríciou ohrozených osôb. Stav výživy v starobe ovplyvňujú faktory, ktoré je možné rozdeliť do troch základných skupín – sociálno-ekonomické problémy, fyziologické zmeny a vplyv choroby a užívania liekov. Geriatrický pacient je často pacientom imobilným, ktorý vyžaduje zvýšenú ošetrovateľskú starostlivosť a pozornosť (Kapounová, 2007).

Patofyziológia

Hladovanie vedie k účelovej reakcii charakterizovanej mobilizáciou tukových látok a ketolátok s cieľom chrániť proteínové zásoby v organizme. Aj pomerne nezávažné ochorenie alebo zranenie môže vyústiť do kritického stavu, ak pacient pred týmto ochorením trpel zjavnou alebo latentnou malnutríciou. Neschopnosť využívať tukové zdroje a tvoriť ketolátky, ktoré sú ubikvitárnym zdrojom energie pre všetky tkanivá tela, vedie ku stupňovaniu proteínového katabolizmu. Hrozia závažné, ireverzibilné zmeny. Niektorí jedinci nie sú schopní rýchle tvoriť ketolátky z mastných kyselín, uchovávajú i napriek vážnemu energetickému deficitu nevyužité tukové zásoby a enormne rýchlo spotrebovávajú ako zdroj energie predovšetkým ketogénne aminokyseliny (Zadák, 2002).

Podvýživa súvisí aj s krehkosťou a zhoršeným funkčným stavom (Litchford, 2014 [Level VI], In Boltz, 2016).

Ak je poskytnutie živín v gastrointestinálnom trakte kontraindikované, potom sa má začať parenterálna výživa centrálnou alebo periférnou cestou (Ukleja, 2010). Ak sa môže použiť gastrointestinálny trakt, živiny by sa mali podávať prostredníctvom enterálnej sondy (Ukleja, 2010 [Level I]), Boltz, 2016).

Denný príjem enterálnej výživy v rozsahu 100 - 300 ml je postačujúci aspoň na výživu čreva tzv. gutfeeding. V prípade, ak nie je zabezpečený minimálny denný príjem enterálnej výživy, dochádza k atrofii mikroklkov sliznice čreva, k zníženej perfúzii čreva, k spomaleniu obmeny buniek črevnej

sliznice, k zvýšeniu črevnej permeability, k stáze črevného obsahu, k zvýšenej absorpcii toxínov z čreva, k prerastaniu potenciálne patogénnych mikroorganizmov v čreve, k zvýšenej tvorbe potenciálne karcinogénnych sekundárnych žlčových kyselín, k zmenenej absorpcii živín a k strate reabsorpčnej schopnosti hrubého čreva. Nedostatok EV vedie k atrofii črevnej sliznice, tá je príčinou porušenej bariérovej funkcie čreva a následne dochádza k translokácii baktérií a toxínov cez lymfatické riečisko do cirkulácie (Desatová, 2013 [Level III]).

Klasifikácia

Typy vyživovacích sond:

1. Nazálne vyživovacie sondy:

a. Nazogastrická sonda (**NSG**): sonda je zavedená nosom cez pažerák do žalúdka,

b. Nazoduodenálna sonda, alebo nazojejunálna sonda (**NSJ**): sonda je zavedená nosom cez pažerák a žalúdok priamo do tenkého čreva;

2. Gastrické vyživovacie sondy:

a. Perkutánna endoskopická gastrostómia **(PEG)**: vyživovací set je zavedený za endoskopickej asistencie punkčne cez stenu brušnú do žalúdka,

b. Perkutánna endoskopická jejunostómia (**PEJ**): vyživovací set je zavedený za endoskopickej asistencie punkčne do tenkého čreva;

3. Výživový gombík (Feeding Button): diskrétna náhrada PEG-u, vhodný pre aktívnych pacientov (školáci, študenti), pre nepokojných pacientoch (Urbánek, 2016);

4. Chirurgická gastrostómia**:** je chirurgické zavedenie setu do žalúdka cez brušnú stenu.

Posudzovanie

Prvé posúdenie /identifikácia rizika malnutrície sestrou prebieha pred prijatím a v priebehu prijatia do KOS (Level I – IV/EBN).

Z dôvodu dôslednej prípravy pracoviska na zabezpečenie kontinuity indikovanej nutrície v prípade pacienta vyživovaného sondou, sestra pátra po odporúčaniach o pokračujúcom programe nutrície už pred prepustením z validného informačného zdroja predchádzajúcej starostlivosti (Level I – IV/EBN).

Identifikáciu rizika a plánovanie realizácie väčšiny intervencií na jeho redukciu sestra realizuje počas prvých 24 hodín od prijatia pacienta. Tento proces sestra finalizuje najneskôr do 48 hodín od prijatia (Level I – IV/EBN).

Zaradenie pacienta do indikačného rámca tohto štandardu určuje kontrolný list Posúdenie prítomnosti sondy (pozri časť 20 Špeciálny doplnok štandardu).

Komplexné posúdenie pacienta so sondami sestra realizuje na základe:

- aktuálnej zdravotnej dokumentácie,
- rozhovoru s pacientom,

- konzultovaním s podpornými osobami, ktoré boli bezprostredne zainteresované do starostlivosti, a ktoré vedia poskytnúť dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta,
- pozorovania pacienta,
- fyzikálneho vyšetrenia a meraní (hmotnosti/BMI),
- laboratórnych nálezov,
- použitia nástrojov posudzovania malnutrície.

Stav pacienta sestra posudzuje kontinuálne a priebežne ako súčasť ošetrovateľského procesu, vrátane jeho primeranej dokumentácie. (Level I – IV/ EBN).

Sestra posudzuje a primerane dokumentuje:

- aktuálny denný príjem potravy, frekvenciu podávania stravy do sondy, príjem bielkovín a kalórií (štandardný postup Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s rizikom malnutrície); Liberalizácia výživy zahŕňa osobné preferencie (Edington, 2004 [Level II]; Landefeld, 1995 [Level II]),
- symptómy malnutrície,
- prítomnosť celkovej a lokálnej infekcie,
- riziko aspirácie sondou podávanej výživy (porucha vedomia, porucha kašľacieho a zvraciaceho reflexu, postihnutie pažerákového zvierača, spomalené vyprázdňovanie žalúdka pri DM, demencia a pod.),
- prítomnosť opuchov,
- miesto inzercie sondy,
- liekové interakcie,
- alergie,
- črevné zvuky,
- žalúdočné a črevné dyspepsie,
- prijatie obrazu tela a jeho súladu so skutočnosťou (Doenges, 2001; Tomagová, 2008; Adams, 1999) (Level I – IV/EBN),
- stav ústnej dutiny (nástroj na hodnotenie orálneho zdravia – OHAT). OHAT poskytuje organizovanú a efektívnu metódu pre sestry na zdokumentovanie ich ústneho hodnotenia. Osem kategórií (pery, jazyk, ďasná a tkanivá, sliny, prírodné zuby, zubné protézy, orálna čistota a zubná bolesť) sú hodnotené od 0 zdravé, 1 zmeny, po 2 nezdravé (Chalmers, King, Spencer, Wright, Carter, 2005 [Level III], Boltz, 2016),

Sestra posudzuje a primerane dokumentuje prítomnosť komplikácií u pacienta:

a) v prípade NGS ad aspirácia výživy

- náhla respiračná nedostatočnosť,
- horúčka ,
- zrýchlené dýchanie,

- hypoxémia (v dôsledku pľúcnych infiltrátov).

Aspirácia býva dôsledkom nesprávneho umiestnenia zavedenej sondy, migráciou sondy po zavedení, alebo aspiráciou počas podávania výživy (Adams, 1999 [Level I/EBN]).

b) v prípade PEG

- obtekanie alebo upchatie sondy,
- aspirácia aj s prípadnou aspiračnou pneumóniou (len pri zavedení),
- krvácanie,
- peritonitída,
- syndróm zanoreného disku (A Guide to Managing Adult Malnutrition in the Community, 2017),
- gastrokolokutánna fistula, peristomálna infekcia a nekrotizujúca fascitída,
- vytrhnutie PEG pacientom (Malík, 2013 (Level I/EBN)).

c) v prípade gastrostómie

- uvoľnenie stehov, ktoré fixujú katéter ku koži brucha,
- poškodenie sondy fixačným stehom,
- podráždenie a macerácia kože v mieste zavedenia sondy v dôsledku dráždenia kože žalúdočným obsahom,
- poškodenie alebo neúmyselné vytiahnutie sondy (Psotová, 2010),
- zápal kože, až peritonitída.

Pri podozrení na komplikácie sestra auskultačne posúdi prítomnosť peristaltiky.

Diagnostika

Výber súvisiacich sesterských diagnóz podľa prílohy vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz:

A 100 - 109 Adaptácia

A 100 Narušená adaptácia jednotlivca

A 101 Riziko narušenej adaptácie jednotlivca

A 102 Narušená adaptácia rodiny

A 103 Riziko narušenej adaptácie rodiny

A 120 - 129 Alergická reakcia

A 120 Alergická reakcia na lieky

A 121 Alergická reakcia na potraviny

A 122 Alergická reakcia na uštipnutie

A 123 Kontaktná alergická reakcia

A 124 Riziko alergickej reakcie

A 130 - 139 Aspirácia

A 130 Aspirácia

A 131 Riziko aspirácie

B 110 - 119 Bolesť

B 110 Akútna bolesť

B 111 Chronická bolesť

B 112 Riziko vzniku bolesti

D 100 - 109 Dekubit

D 100 Dekubit I. štádium

E 110 – 119 Edukácia a vedomosti

E 100 Nedostatok informácií

E 101 Riziko deficitu informácií

E 102 Nezáujem o informácie

E 103 Nedostatok vedomostí

E 104 Riziko nedostatku vedomostí

I 120 - 129 Infekcia

I 120 Infekcia

I 121 Riziko vzniku infekcie

K 110 - 129 Koža a tkanivá

K 110 Narušená celistvosť kože

K 111 Riziko narušenia celistvosti kože

K 112 Narušená celistvosť tkanív

K 113 Riziko narušenia celistvosti tkanív

K 114 Zmenený vzhľad kože

K 115 Svrbenie kože

K 116 Zmenený vzhľad tkanív

K 117 Riziko krvácania

K 120 Zmena sliznice ústnej dutiny

S 120 - 129 Sebakoncepcia

S 120 Narušená sebakoncepcia

S 121 Riziko narušenia sebakoncepcie

S 124 Porucha prijatia vzhľadu vlastného tela

T 100 - 109 Telesné tekutiny

T 100 Znížený objem telesných tekutín

T 101 Riziko deficitu objemu telesných tekutín

T 102 Zvýšený objem telesných tekutín

T 103 Riziko zvýšeného objemu telesných tekutín

V 120 - 139 Výživa

V 120 Zmenená výživa - väčší príjem ako telesná potreba

V 121 Riziko väčšieho príjmu potravy ako telesná potreba

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 130 Nevoľnosť

V 131 Zvracanie

V 132 Riziko zvracania

V 133 Pálenie záhy

V 134 Riziko pálenia záhy

V 135 Zvýšený príjem tekutín

V 136 Riziko zvýšeného príjmu tekutín

V 137 Znížený príjem tekutín

V 138 Riziko zníženého príjmu tekutín

Plánovanie a realizácia

Odporúčania (sila odporučenia IV, ak nie je uvedené inak)

Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientovi so sondami ošetrujúca sestra (ďalej len „sestra“) plánuje, realizuje a deleguje intervencie v nadväznosti na fázu posudzovania.

Sestra aktívne pracuje s výsledkami laboratórnych vyšetrení.

Sestra plánuje všetky dostupné, efektívne intervencie s cieľom vylúčiť, resp. redukovať komplikácie pri uplatnení najnovších poznatkov moderného ošetrovateľstva a súvisiacich disciplín (Level I – IV/EBN).

Intervencie sestra plánuje a realizuje v rozsahu svojich kompetencií, v prípade predpokladu potreby/indikácie:

- zmeny terapie,
- nutričnej podpory,
- parenterálnej výživy,
- vyšetrení, tiež v prípadoch zhoršovania stavu,
- hroziacej destabilizácie celkového stavu pacienta, konzultuje starostlivosť s ošetrujúcim lekárom a následne zabezpečí plnenie ordinácií (Level I – IV/EBN).

Proces plánovania, realizácie a hodnotenia intervencií sestra cielene komunikuje, deleguje a zabezpečuje s ďalšími členmi ošetrovateľského tímu (Level I – IV/EBN).

Do procesu plánovania, realizácie a hodnotenia intervencií sestra zapája samotného pacienta a jeho blízkych takým spôsobom, aby získala ich primeranú informovanosť a maximálnu súčinnosť pre dosiahnutie cieľov (Level I – IV/EBN).

Zavedenie PEG sestra organizuje tak, aby bola dostupná možnosť následnej starostlivosti pri možných komplikáciách (v prípade absencie možnosti okamžitej odbornej pomoci sa pacient ocitá v ohrození života).

Ak enterálna výživa nie je možná, je nedostatočná alebo je kontraindikovaná, a všetky možnosti jej zabezpečenia sú vyčerpané, napriek tomu je vylúčené ponechať pacienta bez nutrície dlhšie ako 48 hodín (v prípade, že nutrícia pred vznikom problému nebola dostatočná, toto obdobie sa primerane skracuje), sestra s ošetrujúcim lekárom konzultuje a následne zabezpečí ordinovaný parenterálny hydratačný režim (Level I – IV/EBN).

Počítanie kalórií alebo analýza príjmu potravy je dobrý spôsob, ako kvantifikovať typ a množstvo živín požívaných počas hospitalizácie (DiMaria-Ghalili, Amelia, 2005 [Level V], Boltz, 2016).

Všetky činnosti sestra primerane dokumentuje v súlade s platnou legislatívou.

A. Prípravky enterálnej výživy

Klinická enterálna výživa je nutrične kompletná vyvážená strava vyrobená na podávanie do sondy. Obsahuje všetky pre telo potrebné živiny – tuky, cukry, bielkoviny, vitamíny, minerálne látky a stopové prvky v optimálnom pomere. Do PEG možno aplikovať potrebnú dennú dávku klinickej enterálnej výživy a tekutín. V nedávnej minulosti platilo, že po zavedení PEG sa odporúčalo vynechať príjem potravy na 12-24 hodín, podľa niektorých autorov však už možno začať podávať sondovú stravu o 4 hodiny po zavedení (Malík, 2013).

Výživové doplnky zlepšujú stav výživy u podvyživených starších dospelých v nemocnici a mali by sa zvážiť u starších dospelých, ktorí sú podvyživení alebo sú vystavení riziku podvýživy (Joanna Briggs Institute, 2007; Volkert, 2006 [Level I], Boltz, 2016).

Nutričné prípravky sú vo všeobecnosti na báze kazeínovej alebo sójovej bielkoviny. Prípravky enterálnej výživy sa podľa Šuchu a kol. (2011) delia na:

1. nízko zvyškové izotonické,
2. vlákninové izotonické,
3. imunitu podporujúce prípravky,
4. vysoko kalorické,
5. s vysokým obsahom proteínov,
6. elementárne prípravky,
7. prípravky pri renálnom zlyhávaní,
8. prípravky pri pľúcnom zlyhávaní,
9. prípravky pri pečeňovom zlyhávaní.

Mixované sú produktom vlastnej výroby v zariadeniach. Niektoré pracoviská mixujú rôzne diéty pre podávanie cez sondu. Podľa Beňa (2001) v rámci diétneho systému sa môžu podávať D – 0, D – 1S, D - 9S. V rámci posúdenia benefitov tekutej kuchynsky upravenej stravy (Kerhátová, 2017) oproti jedinej finančnej výhode sú jej **nevýhodami**:

1. absencia diétnej vlákniny a bielkoviny,

2. zanedbateľné až žiadne množstvo minerálov a vitamínov,
3. intolerancia mliečnej bielkoviny,
4. hygienické riziká,
5. zvýšené zaťaženie pracoviska,
6. energetická hodnota za celý deň je cca 600-800 kcal,
7. obsah základných živín je karenčný (napr. do 20 g bielkovín/deň).

Sestra podáva/zabezpečí podanie prípravkov enterálnej výživy a tekutín, v súlade s ordináciou lekára.

Sestra dokumentuje a kontinuálne overuje dodržiavanie ordinácie výživy a určený denný príjem tekutín [Level IV-V/EBN].

B. Podávanie enterálnej výživy sestrou cez sondy – všeobecný postup

Odporúčania (sila odporučenia V, ak nie je uvedené inak)

V **rámci prípravy pacienta na podávanie výživy** sestra pacientovi pri zohľadnení jeho stavu a schopností:

- vysvetlí dôvod a postup podávania výživy cez sondu,
- vysvetlí, že podávanie výživy nie je bolestivé, ale môže vyvolať tráviace ťažkosti (prejavy intolerancie, ako pocit plnosti, meteorizmus, hnačka, grganie, plynatosť, čkanie),
- pomôže zaujať vhodnú polohu (Fowlerova poloha) na posteli / v kresle; ak je poloha v kresle kontraindikovaná, zaistiť pravú laterálnu polohu s mierne zdvihnutou hlavou a trupom),
- pri podávaní výživy je vhodné, aby pacient sedel alebo mal zvýšenú hornú polovicu tela a zotrval v tejto polohe ešte 30 – 60 minút po skončení podávania (znižuje sa tým riziko aspirácie žalúdočného obsahu),
- po skončení podávania výživy sondu prepláchne vodou (prevencia upchatia sondy) a set vždy uzavrie (aby nedochádzalo k úniku výživy alebo žalúdočných štiav),
- zaznamená čas, typ a množstvo podanej výživy, toleranciu zo strany pacienta, nálezy fyzikálneho vyšetrenia brucha pri podaní každej dávky,
- podáva výživu podľa stanoveného harmonogramu a to dvoma spôsobmi – v jednotlivých dávkach alebo kontinuálne formou výživovej pumpy,
- sleduje a zaznamenáva príjem a výdaj tekutín za 24 hod.

Najčastejšou príčinou hnačiek alebo vracania je príliš rýchle podávanie dávky, priveľmi veľká dávka pri dávkovom podávaní, krátky interval medzi jednotlivými dávkami a poruchy črevnej mikroflóry z dôvodu kontaminácie podávanej stravy.

Sestra pri výskyte a pretrvávaní prejavov intolerancie výživy informuje lekára [Level IV-V/EBN].

C. Aplikácia enterálnej výživy cez NGS

Odporúčania (sila odporučenia V, ak nie je uvedené inak)

Do NGS sestra zabezpečí podanie/podáva kuchynsky upravenú mixovanú, cedenú výživu alebo farmaceuticky definovanú výživu v súlade s ordináciou lekára.

Sestra stravu nepodáva, ak sa pacient sťažuje na nauzeu, bolesť, pocit tlaku, napätie v bruchu a tiež po odsatí rezídua vo väčšom množstve (nad 100 ml) nestrávenej predchádzajúcej dávky.

- **Bolusové podávanie enterálnej výživy**

Sestra

- posúdi pred každou dávkou rezíduum v žalúdku (aspirovať, posúdiť množstvo, reinstilovať ho naspäť),
- ak je objem rezídua viac ako 100 ml, podáva stravu po ½ až 1 hod., kedy je znova potrebné posúdiť rezíduá,
- overí umiestnenie sondy príslušnými testami.

Spôsoby overenia polohy sondy - NGS:

- odmeranie dĺžky sondy ešte pred jej zavedením a po jej zavedení s nadobudnutou istotou, že zavádzanie sondy bolo plynulé a nenásilné,
- po zavedení aspirácia žalúdočného obsahu striekačkou a posúdenie rezidua žalúdočného obsahu,
- vyšetrenie pH odsatého žalúdočného obsahu pH indikátormi, hodnota má byť nižšia ako 4, u pacientov liečených inhibítormi žalúdočnej kyseliny nižšia ako 5,5 (o umiestnení NGS v dýchacích cestách svedčí pH 6.0 – 8.0),
- po overení polohy je vhodné označenie sondy nezmazateľnou fixkou v blízkosti nosnej dierky,
- pri problémovom zavádzaní nasogastrickej sondy je vhodné rádiografické overenie polohy sondy (Fendrychová, 2010; Zeleníková, 2008, [Level III/EBN])

- ak nedošlo k aspirácii rezídua postupuje podľa platných postupov,
- pripraví porciu do striekačky – pracuje pritom čistým spôsobom (výživa podávaná do žalúdka však nemusí byť sterilná), zabezpečí primeranú teplotu (teplota tela) a konzistenciu, primerané množstvo (jednorazovo je možné aplikovať max. 200-300 ml v 50 ml dávkach s prestávkami),
- pri manipulácii so sondou zabráni prieniku vzduchu do sondy,
- bolusovú dávku podá pomocou objemnej striekačky, a to možnými dvoma spôsobmi:

1. dávku podáva striekačkou tlakom, pomaly v 50 ml dávkach, v priebehu 20 – 30 minút,
2. samospádom zo striekačky s odstráneným piestom - regulovať rýchlosť podávania výživy zmenou polohy striekačky.

- požiada pacienta o verbalizovanie akýchkoľvek ťažkostí počas podávania výživy, v prípade ich výskytu preruší podávanie výživy,
- po podaní celej jednotlivej dávky NGS prepláchne 50 ml čaju alebo vody, uzavrie NGS,
- poučí pacienta (pri zohľadnení jeho stavu), aby zostal v nezmenenej polohe ešte hodinu po podaní výživy; prípadne zabezpečí stabilizáciu polohy na uvedený časový interval,

- opakuje podanie jednotlivej dávky 5 – 6 krát denne, podľa tolerancie (dodržať intervaly medzi jednotlivými dávkami 1,5 až 3 hod., v noci 6 až 8 hod.),
- nepodáva spolu s výživou prípadné ordinované lieky (každý liek podať samostatne rozdrvený v malom množstve vody/čaju), sleduje interakcie liekov,
- vykoná/zabezpečí primerané preplachovanie sondy v nadväznosti na podávanie dávok,
- **zafixuje** NGS tkaničkou alebo leukoplastom proti posunu a vypadnutiu,
- **kontroluje miesta fixácie** NGS – prevencia dekubitov,
- do ošetrovateľskej dokumentácie zaznamenáva aj všetky údaje vyplývajúce z posúdenia (čas, množstvo, typ stravy, tolerancia výživy, fyzikálne vyšetrenie brucha) [Level IV-V/EBN]).

Kontinuálne podávanie enterálnej výživy – špecifiká

Sestra používa gravitačné sety alebo enterálne pumpy.

Sestra zabezpečí hydratáciu v rámci hydratačného programu - teda do jednotlivých dávok, v pravidelných intervaloch v súlade s ordináciou lekára.

Závislosť a úroveň aktivít denného života vždy súviseli s pôvodom dehydratácie u starších dospelých (Men-tes, Iowa-Veterans, 2000 [Level I], Boltz, 2016).

D. Aplikácia enterálnej výživy cez gastrostomickú sondu, PEG

Odporúčania (sila odporučenia V, ak nie je uvedené inak)

Sestra podáva v súlade s ordináciou lekára:

a) do chirurgickej gastrostómie kuchynsky upravenú mixovanú cedenú výživu a farmaceuticky definovanú výživu,
b) do perkutánnej endoskopickej gastrostómie (PEG) farmaceuticky definovanú výživu.

Bolusové podávanie enterálnej výživy:

Sestra pri zohľadnení stavu pacienta:

- Janettovou striekačkou aspiruje obsah žalúdka a zhodnotí resorpciu poslednej dávky,
- zabezpečí, aby nutričná výživa mala primeranú teplotu (teplotu tela), a to, aby v striekačke nebola prítomná vzduchová bublina,
- dodržiava odporúčanú dávku výživy podľa ordinácie lekára,
- požiada pacienta o verbalizovanie akýchkoľvek ťažkostí: nutkanie na vracanie, pocit plnosti v bruchu počas podávania výživy a v prípade ich výskytu preruší podávanie výživy,
- po podaní celej bolusovej dávky sondu prepláchne čistou, prevarenou vodou, sondu nepreplachuje fyziologickým roztokom, džúsom, malinovkou, čajom,
- nasadí uzáver na sondu,
- požiada pacienta, aby zostal v nezmenenej polohe približne 30 – 60 minút po podaní výživy,
- zopakuje podanie jednotlivej dávky 5 – 6 krát denne, podľa tolerancie pacienta (dodržiava pritom intervaly medzi jednotlivými dávkami 1,5 až 3 hodiny, posledná odporúčaná nutričná dávka je o 22. hodine),

- liek nepridáva priamo do nutričnej výživy, (optimálne) každý liek podáva do vyživovacej sondy zvlášť, čím sa zníži riziko inkompatibility, sleduje účinky liekov,
- zabezpečí primerané preplachovanie sondy v nadväznosti na podávanie dávok,
- pri výskyte a pretrvávaní prejavov intolerancie výživy informuje lekára,
- zaznamená do zdravotnej dokumentácie: podané lieky, čas, typ a množstvo podanej výživy.

E. Ošetrenie perkutánnej gastrostómie (PEG)

Sestra priebežne:

- sleduje zmeny v mieste zavedenia (začervenanie, sekrécia, vytekanie výživy, hypergranulácia, uvoľnenie terčíka, zanorený terčík).

Sestra denne (do vytvorenia väzivového kanálika):

- šetrným potiahnutím sondy posúdi, či sa nevyťahuje z miesta inzercie,
- za stáleho šetrného ťahu sondou najprv uvoľní modrú fixačnú svorku a úchytky vonkajšej silikónovej doštičky fixujúcej sondu,
- posunie silikónovú doštičku po sonde smerom od brušnej steny asi o 4 cm a očistí miesto inzercie a doštičku,
- posunie doštičku späť ku koži, uzatvorí úchytky a zafixuje platničku modrou svorkou,
- opakovaným šetrným ťahom sondy zistí, či medzi kožou a doštičkou nie je vôľa (aj pri ťahu musí doštička dosadať na kožu),
- skontroluje stav sondy (zmena farby, trhliny, presakovanie výživy),
- ošetrí okolie sondy dezinfekčným prostriedkom bez jódu,
- po vytvorení väzivového kanálika postačuje ošetrenie dvakrát za týždeň.

Sestra raz za týždeň[1] otočí sondu o 360^0.

[1]Na prevenciu vzniku syndrómu zanoreného disku sa odporúča rotácia sondy o 360° raz za týždeň. Syndróm zanoreného disku vzniká zväčša neadekvátnym ťahom za sondu alebo uchytením sondy fixačným zariadením príliš natesno. Vnútorný disk sa tak vnorí do žalúdočnej alebo až brušnej steny. Prejaví sa to bolesťou brucha, nemožnosťou podávania stravy alebo aj preplachu cez sondu, ktorá sa nedá zatlačiť do žalúdka alebo sa nedarí vykonať jej rotáciu (Malík, 2013).

Sestra pri preväze nepoužíva vlhké krytie (z dôvodu rizika macerácie) [Level IV-V/EBN].

F. Ošetrenie nasogastrickej sondy (NGS)

Odporúčania (sila odporučenia V, ak nie je uvedené inak)

Sonda musí byť fixovaná dostatočne pevne, aby nedošlo k jej vytiahnutiu. Nesmie však byť pripevnená natoľko, aby vytvárala dekubity na nosovom krídle. Sonda môže byť fixovaná k nosovému krídlu, k hornej pere, alebo špeciálnou penou len v nosovom prieduchu. Striedanie týchto pozícií je vhodné k prevencii dekubitov nosovej sliznice (Šrámková, 2011 (Level III/EBN).

Nasogastrická sonda môže vyvolávať bolesť hlavy, nakoľko dráždi inerváciu v oblasti koreňa nosa. Tlak sondy môže spôsobiť slizničné krvácanie, môže vyvolať aj infekciu. V ojedinelých prípadoch spôsobuje útlak na septum, čo môže viesť k jeho prepadnutiu.

Sestra:

- na základe rôznych spôsobov pripevnenia NGS (náplasť, tkanička) monitoruje miesta ich kontaktu s kožou,
- pripevnenie NSG klasickým spôsobom (pomocou „leukoplastu“ je kontraindikované u pacientov so zistenou alergiou na typ leukoplastu),
- pri uchytení sondy tkaničkou, monitoruje integritu kožného krytu ušnice, okolia nosového vchodu,
- podľa potreby ošetruje masťou na podporu epitelizácie okolie nosového vchodu a hornej pery, kde môže sonda vyvolať maceráciu,
- denne mení tkaničku, ktorá fixuje nasogastrickú sondu,
- dbá na správnu techniku ošetrenia drobných exkoriácií, či prípadných hlbších zárezov dezinfekčným antialergickým prípravkom a vhodným krytím vzniknutej rany resp. narušenej celistvosti kože [Level IV-V/EBN].

G. Ošetrenie chirurgickej gastrostómie

Sestra:

- monitoruje stav inzercie chirurgickej gastrostómie,
- skontroluje fixáciu stehu sondy s kožou,
- sleduje, či nevyteká obsah z okolia gastrostómie,
- monitoruje, či okolie vpichu nie je začervenané, bolestivé a šetrným ťahom sondy zisťuje, či nie je uvoľnená,
- z miesta inzercie sondy odstráni znečistené krytie,
- miesto inzercie dezinfikuje prípravkom na kožu (nie na báze jódu),
- prekryje priedušným obväzom a voľný koniec fixuje o kožu náplasťou,
- pri preväze nepoužívať mokré krytie (macerácia).

H. Podávanie liečiv do sondy - všeobecný postup

Sestra (bezprostredne pred podaním) liečivo upraví vhodným spôsobom:

- tabletu umiestni do trecej misky a tĺčikom rozdrví na jemný prach,
- pridá 10 – 30 ml prevarenej vody izbovej teploty a obsah premieša.

Sestra:

- preruší podávanie výživy (v prípade, že výživa obsahuje aj vlákninu, počkať 2 hod. pred podaním liečiva),
- suspenziu liečiva natiahne do striekačky a podá do sondy;
- treciu misku opláchne 10 ml prevarenej vody izbovej teploty, natiahnuť do striekačky a podať do sondy,
- prepláchne sondu (15 – 30 ml prevarenej vody izbovej teploty),
- zabezpečí obnovenie podávania výživy (ak obsahuje vlákninu, podať výživu 1 hod. po liečive).

U pacientov, u ktorých je sledovaná bilancia tekutín, započítať aj množstvo tekutiny potrebné na úpravu liečiva i na preplachovanie sondy do celkového denného príjmu tekutiny (Komjáthy, 2017 [Level III/EBM]).

I. Komplikácie sondy – prechádzanie a riešenie

Odporúčania (sila odporučenia V, ak nie je uvedené inak)

Pri neporušenej funkcii trávenia je podávanie umelej výživy plnohodnotnou a rovnocennou náhradou potravy. U pacientov živených sondou musí byť strava v takej konzistencii, aby sondou bez problémov prechádzala a neupchávala ju. V tejto súvislosti je otázka podávania potravy upravenej mixovaním, kde možno dosiahnuť vhodnú konzistenciu (riedením čajom, vodou, bujónom, mliekom), ale výživová hodnota a celková kvalita nemôžu pokryť potreby organizmu, pretože sa mixovaná strava musí ešte precediť (prevencia upchatia sondy).

Mechanické komplikácie pri používaní enterálnej sondy

Príčiny upchatia nasogastrickej/enterálnej sondy (Komjáthy, 2017 [Level III/EBM]):

1. malý vnútorný priemer sondy,
2. nevhodná príprava liekov do sondy (rozdrvené lieky),
3. interakcia kyslého prostredia žalúdka, výživy, sondy a liekov,
4. neprepláchnutie sondy,
5. používanie mixovanej stravy,
6. bakteriálna kolonizácia vo vnútri sondy.

Sestra optimálne, v súlade so zvyklosťami pracoviska:

- používa polyuretánové sondy nad 16 CH,
- preplachuje sondu 15 - 30 ml vody,
- (optimálne) každý liek podáva samostatne a následne prepláchne sondu 10 ml vody.

Sestra **v prípade nepriechodnosti sondy:**

- nepriechodnú sondu prepláchne vlažnou (nie horúcou) vodou zo striekačky skôr menšieho obsahu (podľa veľkosti sondy 2 - 10 ml),
- môže použiť sýtenú vodu (minerálka, sódovka),
- vodu v krátkych intervaloch striedavo nasáva a vstrekuje,
- v prípade neúspechu rovnakým spôsobom napustí do sondy vlažný roztok pankreatických enzýmov v alkalickom roztoku (jedna tableta do 20 ml), po 10 minútach sa pokúsi o preplach,
- nepoužíva násilie alebo veľký tlak pri vstrekovaní do PEG / nezavádza drôtený vodič (môže dôjsť k poškodeniu setu) [Level IV],
- ak sa set nepodarí spriechodniť je potrebné kontaktovať gastroenerológa/ošetrujúceho lekára, s ktorým konzultuje ďalší postup pre včasné zabezpečenie nutrície [Level IV].

V prípade **prítomnosti exsudátu** sestra konzultuje ďalší postup s ošetrujúcim lekárom. Na základe ordinácie ošetrujúceho lekára, resp. v rozsahu svojich kompetencií môže:

- realizovať výter na mikrobiologické vyšetrenie, vrátane vyšetrenia kultivácie a citlivosti,
- vyšetrenie CRP zvlášť pri subfebrilitách,
- celkové/lokálne podávanie ATB [Level IV].

V prípade krvácania sestra:

- posúdi spôsob ošetrovania PEG sondy,
- zavedie opatrenie na zabránenie dráždenia PEG sondy,
- pri masívnom krvácaní kontaktuje RZP [Level IV].

V prípade vytiahnutia/vypadnutia PEG sondy/gastrostómie sestra:

- posúdi prítomnosť krvácania, exkrétu, hnisu,
- ranu prekryje sterilným štvorcom,
- konzultuje stav a intervencie pre včasné zabezpečenie nutrície s gastroenterológom/ošetrujúcim lekárom,
- po dobu 12 hodín nepodáva pacientovi nič jesť ani piť, ak lekár nerozhodne inak,
- po dobu 12 hodín pacienta nepolohovať, prípustné je mikropolohovanie, ak lekár nerozhodne inak,
- zabezpečí parenterálnu hydratáciu v súlade s ordináciou lekára,
- monitoruje ranu i stav pacienta [Level IV].

Uvoľnenie fixačných stehov sestra konzultuje s chirurgom [Level IV].

Prítomnosť hnačiek, zvracania sestra konzultuje s ošetrujúcim lekárom [Level IV].

Začervenanie, prítomnosť granulačného tkaniva v ústí PEG, bolesti v okolí sestra

- eliminuje opatreniami na zabránenie mechanického/chemického dráždenia napríklad odevom, podkladaním štvorčekov, vysoko dráždivými dezinfekčnými prostriedkami,
- v prípade pretrvávania symptómov/ťažkostí stav konzultuje s ošetrujúcim lekárom [Level IV]; Babjaková, 2016 [Level IV-V/EBN]).

J. Edukácia pacienta so sondami

Sestra posúdi a zhodnotí u pacienta:

- vedomosti o ochorení a liečbe,
- motiváciu a postoj k liečbe,
- rodinné zázemie, sociálne a ekonomické podmienky,
- schopnosti a možnosti dodržiavať správnu životosprávu a liekový režim,
- úroveň aktívnej spolupráce.

Sestra v spolupráci s pacientom, pri zohľadnení jeho stavu, vypracuje **edukačný plán**.

Sestra pacienta (rodinných príslušníkov) edukuje o:

- význame výživy,
- vedľajších účinkoch liečby,
- bilancii tekutín,
- starostlivosti o sondy.

Sestra poskytne pacientovi (rodinným príslušníkom) edukačný materiál.
Napomáha jednotlivcom opätovne získať základnú funkciu po akútnych ochoreniach pomocou konzultácií o fyzickej alebo pracovnej terapii, výžive a tréningu (Conn a kol., 2003 [Level I]; Covinsky, 1998 [Level II]; Engberg, 2002 [Level II]; Forbes, 2005 [Level VI]; Hodgkinson, Evans, Wood, 2003 [Level I]; Kresevic, 1998 [Level VI]).
Interdisciplinárna komunikácia týkajúca sa funkčného stavu, zmien a očakávanej trajektórie by mala byť súčasťou všetkých možností starostlivosti a mala by zahŕňať pacienta a rodinu, kedykoľvek je to možné. (Counsell a kol., 2000 [Level II]; Covinsky a kol., 1998 [Level II); Kresevic, 1998 [Level VI]; Landefeld, 1995 [Level II]).
Sestra overí vedomosti a zručnosti pacienta (rodinných príslušníkov) po realizácii edukačného procesu.
Sestra vykoná záznam do dokumentácie pacienta.

Prognóza a vyhodnotenie

U 70 % pacientov, ktorí prichádzajú do nemocnice už s rôznym stupňom malnutrície, sa v priebehu pobytu v nemocnici stav malnutrície výrazne zhorší. U 3 – 4 % hospitalizovaných je malnutrícia natoľko závažná, že pokiaľ nie je včas liečená umelou výživou, vedie k smrti pacienta (Zadák, 2002).
Existuje celá škála prístupov, ktoré zlej prognóze malnutrície dokážu účinne zabrániť. Prognóza pacientov s malnutríciou je vo významnej miere priamo úmerná úrovni efektívneho manažmentu rizika v kontexte zodpovedného a aktívneho prístupu sestier a ošetrujúceho personálu, ktorý bezprostredne zodpovedá za saturovanie biologických potrieb pacienta.
Požadovaným výsledkom ošetrovania pacienta metódou v kontexte ošetrovateľského procesu s kladením dôrazu na sekundárnu a terciárnu prevenciu má priniesť maximálne možné saturovanie jeho bio-psycho-sociálnych potrieb so zohľadnením získania čo najväčšej samostatnosti, zvládania denných aktivít a zachovania čo najvyššej kvality života pacienta. Súčasťou zvládnutia ošetrovateľskej starostlivosti je dostatočne edukovaný pacient, prípadne ošetrujúce osoby, ak je pacient mimo ústavnej starostlivosti. Základný princípom je analyzovanie príčinných súvislostí a následné plánovanie a zodpovedná realizácia opatrení s cieľom minimalizovať psychický či fyzický dyskomfort pacienta, prítomné poruchy správania a riziká s tým spojené. Prognózu vývoja stavu pacienta pozitívne ovplyvňuje skúmanie a prehodnocovanie prístupov s cieľom dosiahnuť individuálne definované výsledky starostlivosti. Pozitívny efekt prístupov: vzostup nutričnej krivky, zastavený predchádzajúci pokles hmotnosti, zlepšenie príjmu potravy, laboratórnych parametrov, zlepšenie kondície, zvýšená chuť do jedla, ústup opuchov, nauzey, odmietania potravy, zlepšenie úrovne schopnosti prijímať potravu. Poskytovateľ si kriticky určuje vlastné kritérium, napríklad 90 % úspešnosť z celkového počtu rizikových pacientov. Žiaduci je stabilný alebo vzostupný trend úspešnosti riešenia nutrície u všetkých rizikových pacientov.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Odporúčania (sila odporučenia IV, ak nie je uvedené inak)

Poskytovateľ zdravotnej alebo sociálnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) má vytvorený a v praxi implementovaný prístup pre primerané zabezpečenie starostlivosti vo vzťahu k potrebám a očakávaniam pacientov a ich blízkych.

Poskytovateľ používa efektívny spôsob bezpečného odovzdávania informácií súvisiacich s primeraným zabezpečením starostlivosti a vylúčením rizika aspirácie, infekcie, liekovej interakcie a malnutrície.

Poskytovateľ používa efektívny spôsob edukácie pacienta a jeho podporných osôb o podávaní výživy a starostlivosti o sondu.

Pacienti majú pravidelne k dispozícii výživu, ktorá je pre nich primeraná a je súčasťou zdravotnej starostlivosti a služieb, ktoré sú im poskytované.

Všetkým pacientom sa predpisujú výživové prípravky na základe ich nutričného stavu či nutričných potrieb, vrátane predpisu „per sondam“.

Pacienti sú primerane hydratovaní.

Starostlivosť o pacienta sa zabezpečuje multidisciplinárne.

Starostlivosť o pacienta so sondami sa zaznamenáva do jeho dokumentácie.

Pracovisko zohľadňuje chemické, fyzikálne a farmakokinetické interakcie liečiva/výživy a sondy v súlade s najnovšími poznatkami optimálne na základe interného manuálu.

Ošetrovanie pacienta so sondou v kontexte následnej (dlhodobej starostlivosti) je indikáciou pre ošetrovanie v:

- dome ošetrovateľskej starostlivosti,
- zariadení sociálnych služieb s celodenným zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti,
- hospici,
- ADOS/paliatívnom tíme/mobilnom hospici za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu.

Ďalšie odporúčania

Sestra realizujúca príjem pacienta do komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti posudzuje prítomnosť rizika malnutrície v rámci celkového zhodnotenia rizík (destabilizácie). Riziko malnutrície, osobitne karenčné riziko je vhodné zaradiť do dokumentácie ako súčasť vstupného posúdenia typických rizík dlhodobej starostlivosti v rámci štandardizovaného formulára pracoviska.

Poskytovateľ používa monitoring sondovej výživy.

Poskytovateľ používa monitoring dyspeptických ťažkostí.

Hromadné zabezpečenie merania hmotnosti, merania obvodu ramena

Pri zvýšenom počte rizikových pacientov (viac ako 30 %) odporúčame model napríklad týždenného, hromadného váženia všetkých pacientov.

Hromadné váženie menej ako raz za 2 týždne predstavuje riziko neskorej identifikácie malnutrície a následne oneskorených opatrení na zlepšenie stavu výživy.

Vedúca sestra rozhoduje o prístupe pri zohľadnení týchto aspektov:

a) eliminácia podcenenia sledovania váhy,
b) redukcia neefektívnej záťaže personálu.

Predovšetkým v zariadeniach dlhodobej starostlivosti s relatívne stabilnou štruktúrou pacientov je vhodné zefektívniť váženie hromadnou redukciou v bezpečnom intervale alebo určením frekvencie u každého pacienta individuálne, ktorú je potrebné definovať na základe objektívneho posúdenia potreby frekvencie kontroly.

Odporúčaná minimálna frekvencia (pacienta s nízkym rizikom malnutrície) je 1x za mesiac.

Používanie vzorových jedálnych lístkov

Poskytovateľ má vytvorený súbor formulárov, ktoré slúžia k efektívnym záznamom o nutričnej starostlivosti.

Používanie súboru špecifickej dokumentácie k nutrícii /sondám

Nutričné karty (nutričný skríning pri prijatí)

- Záznam o prijatej výžive,
- Posudzovanie kalorickej a biologickej hodnoty príjmu potravy,
- **Formulár k antropometrickému vyšetreniu, anamnéze,**
- Prehľad nutričnej výživy (manuál pre personál uskutočňujúci výdaj a podanie nutričnej výživy pacientom, pri príprave/dávkovaní stravy v kuchynke obsahujúca diéty i špecifiká z individuálnych nutričných plánov),
- Nutričný zoznam,
- Individuálny nutričný plán (požiadavka štandardu),
- Záznam vývoja stavu výživy (nutričná krivka),
- Informácia o nutričnej podpore ako súčasť Prehľadu/záznamu k dávkovaniu liekov,
- Záznam o výžive a hydratácii pre pacientov s PEG/NGS pri lôžku pacienta.

Záznam vývoja stavu výživy (nutričná krivka)

Vývojový záznam o hmotnosti/obvodu ramena je vhodné viesť v tabuľke nutričnej krivky ako súčasť dekurzu v podobe grafického záznamu. Takýto spôsob záznamu umožňuje efektívnu orientáciu pri posudzovaní vývoja malnutrície.

Kritériá zaradenia pacientov do Nutričného zoznamu:

- stanovená malnutrícia pri príjme,
- znížený príjem potravy,
- znížené/hraničné nutričné parametre pri zmene zdravotného/psychického stavu,
- pokles hmotnosti/obvodu ramena.

Určenie zodpovednosti za manažment nutrície na pracovisku, práca s kontrolným listom

Sestra zodpovedná za manažment nutrície v zariadení svojou prácou nadväzuje na prácu všetkých sestier, a ďalšieho ošetrujúceho personálu, ktorého úlohou je v rámci komplexnej zdravotnej starostlivosti dlhodobé a priebežné saturovanie potrieb vrátane potreby nutrície u všetkých pacientov.

Sestra v spolupráci s asistentom výživy:

- priebežne a dlhodobo vyhodnocuje prístupy sestier a ostatného ošetrujúceho personálu (primeranosť intervencií na riešenie malnutrície, resp. karenčného rizika) v oblasti nutrície u pacientov,
- kriticky prehodnocuje kvalitu príjmu potravy, diétu, a jedálny lístok, no predovšetkým priebežne hodnotí úroveň plnenia štandardu k vylúčeniu rizika malnutrície u nutrične rizikových pacientov prostredníctvom štandardizovaného kontrolného listu.

Meranie a hodnotenie výsledkov manažmentu rizika malnutrície

Úspešnosť manažmentu rizika malnutrície odporúčame hodnotiť meraním pozitívneho efektu prístupov vo vzťahu k celkovému počtu rizikových pacientov s potrebou špecifického nutričného prístupu.

Rizikový pacient s potrebou špecifického nutričného prístupu: nízka hmotnosť, neželaný pokles hmotnosti/úbytok hmoty, opuchy v dôsledku hypoproteinémie, znížená hladina transferínov/albumínov, nedostatočný denný príjem potravy z akýchkoľvek dôvodov, dekubity/rany 2. a ťažšieho stupňa, pokročilá porucha kognitívnych funkcií, porucha schopnosti prijímať potravu (nesebestačnosť, neschopnosť prehĺtať a pod.).

Špeciálny doplnok štandardu

ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA SO SONDAMI

KONTROLNÝ LIST

POSÚDENIE K ZARADENIU PACIENTA DO INDIKAČNÉHO RÁMCA ŠTANDARDU OŠETROVANIE PACIENTA SO SONDAMI

Pracovisko :

Meno a priezvisko pacienta :

Dátum prijatia :

	Špecifikácia / druh sondy (hodiace sa zaškrtnúť ☑)	**Dôvod zavedenia sondy**
1.	□ Nasogastrická sonda (NSG)	
2.	□ Nasoduodenálna sonda alebo nasojejunálna sonda (NSJ)	
3.	□ Perkutánna endoskopická gastrostómia (PEG)	
4.	□ Chirurgická gastrostómia	

Dňa : ..... **Posudzoval (-a) :** .....

Opatrenia zapracované v : .....

Schválil (-a) : .....

Zdroj: (Tedla, 2009), (Tobiaš, 2009).

Pozn. pre manažment a administratívu: Indikácia k zaradeniu do indikačného rámca štandardu Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta so sondami 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.**

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

ŠDTP odporúčame revidovať raz ročne a následne každých 5 rokov 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,
- posúdeniu efektivity,

- zberu podnetov zo strany pracovísk s implementovanými postupmi (v súlade s námetom OPS Akčného plánu pre efektívnu implementáciu zo 7.12.2017),
- podnetom zo strany ZP a ďalších zainteresovaných strán.

Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

Asociácia výrobcov klinickej výživy. Dostupné 15.9.2017 na: http://www.sgssls.sk/content/sgs/_files/quick-links/2014-03-25-ABT-SK-Protokol-2014.pdf

ADAMS, B - HAROLD, C., E. 1999. Sestra a akútni stavy od A do Z. Praha: Grada Publishing. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.

BÉDER, I. a kol. 2005. Výživa a dietetika. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2005. 186 s. ISBN 80-223-2007-2.

BEŇO, I. 2001: Náuka o výžive. Fyziologická a liečebná výživa. Martin: Osveta, 2001. 141 s. ISBN 80–8063–089–5.

BABJAKOVÁ, K. - FABIANOVÁ, Z. - HRISENKOVÁ, G. - KLIČOVÁ, M. 2016. Komplikácie PEG sondy/gastrostómie , minimanuál pre konzultácie s lekárom. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2016.

BOLTZ, M. – CAPEZUTI, E. – ZWICKER, D. 2016. Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2016. 752 s. ISBN 978-08-261-7167-2.

DESATOVÁ, B. - FOJTOVÁ, A. - BÁTOVSKÝ, M. 2013. Špecifiká enterálnej výživy. In Gastroenterologická prax 2013. 12 (1): s. 12-14. ISSN 1336–1473.

DOENGES, M., E. - MOORHOUSE, M., F. 2001. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Druhé, prepracované a rozšírene vydanie. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

FABIANOVÁ, Z. 2014. Sestry v ZSS – nástroj kvality v starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých. In Kvalita a spoločenská zodpovednosť. ISSN 1335 - 9231, 2014, ročník XXII., číslo 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 Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia. ISSN 1339-5920. 2015, číslo 6, s. 32-33.

FABIANOVÁ, Z. 2017. Sestry v dlhodobej starostlivosti: bojujme predovšetkým o život. In Zdravotnícke noviny. ISSN 1335-4477. 2017, ročník XXII., číslo 27, s. 7.

FABIANOVÁ, Z. a kol. 2017. Nutrícia – interný postup. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. 2017. Destabilizácia zdravotného stavu klientov – metodika rizika.Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. - KLIČOVÁ, M. 2017. Manažment a dokumentovanie ošetrovateľskej starostlivosti – interný predpis. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. - HRISENKOVÁ, G. - KLIČOVÁ, M. a kol. 2016. Individuálny plán výživy. Formulár. In Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2016.

FABIANOVÁ, Z. - HRISENKOVÁ, G. a kol. 2016. Check list 17 Kontrola kvality nutrície u klientov ODS a ZSS so zameraním na prevenciu a liečbu malnutrície. Formulár. In Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2016.

FABIANOVÁ, Z. - MOCHNÁČOVÁ, A. - KLIČOVÁ, M. 2017. Elektronický príjem - Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2015.

FENDRYCHOVÁ, J. 2010. Bezpečnost ošetřovatelských postupů – zhodnocení správného umístění gastrické sondy u novorozenců a kojenců. 11(1) In Pediatrie pro prax. Dostupné 10.10.2017 na https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2010/01/13.pdf

HRBKOVÁ, D. 2014. FN Brno. Oddelení léčební výživy. Osobný kontakt.

JARABOVÁ, D. - JESENSKÁ, Ľ. 2014. UNM. Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku, Onkologické centrum.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. 2005. Medzinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči. Praha: Grada Publishing, a.s, 2005. 247 s. ISBN 80-247-1001-3.

KABELKA, L. 2017. Geriatrická paliativní péče. Praha: Mladá fronta a.s., 2017. 317 s. ISBN 978–80–204–4225-3.

KAPOUNOVÁ, G. 2007. Ošetřovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KERHÁTOVÁ, A., 2017. Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s PEGom. Nestlé Health Science. Dostupné 30.9.2017 na: https://mail.google.com/mail/u/0/#search/k/15e6dcd2b05127e1?projector=1

KOMJÁTHY, H. 2017. Bezpečnosť pacienta, podanie liekov do sondy. Získané: VI. Celoslovenská konferencia s medzinárodnou účasťou. Bezpečnosť pacienta - bezpečnosť zdravotníckeho pracovníka. Komárno, 2017.

LUKÁŠ, K. 2005. Gastroenetrologie a hepatologie pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.

LUKÁŠ, K. 2014. Chorobné znaky a příznaky. Diferenciální diagnostika. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

MALÍK, D. 2013. Perkutánna endoskopiská gastrostómia (PEG) In Gastroenterologická prax. ISSN 1336–1473. 2013; 12 (1): s. 32-35.

Managing Adult Malnutrition in the Community. Produced by a multi-professional consensus panel [online]. 2017. [cit. 2018-01-27]. Dostupné na internete: <http://malnutritionpathway.co.uk/downloads/Managing_Malnutrition.pdf>.

NAVRÁTIL, L. a kol. 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.

PAULOVÁ, I. 2013. *Komplexné manažérstvo kvality*. Bratislava: Iura Edition, spol. s r.o., 2013. 160 s. ISBN 978-80-8078-574-1.

PSOTOVÁ, J. - BODNÁROVÁ, J. 2010. Gastroenterologické centrum FNsP Žilina Informácie pre pacienta/klienta, príp. príbuzného pacienta 2010. Dostupné 1.10.2017 na: file:///C:/Users/ntb/Downloads/%C4%8Co%20je%20gastroskopia.pdf

PITNĚROVÁ, E. 2017. Oddelenie liečebnej výživy. UNM Martin. Osobný kontakt.

ŠAMÁNKOVÁ, M. 2011. *Lidské potřeby v zdraví aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠUCHA, R. a kol. 2011. roč. 6 (5): s. 292–295, www.solen.sk | 2011; 6 (5) | In Onkológia [online]. Dostupné 23.10.2017 na: www.onkologiapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5456

ŠUPŠÁKOVÁ, P. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.

TEDLA, M. a kol. 2009. *Poruchy polykání*. Havličkův Brod: TOBIAŠ, 2009. 298 s. ISBN 978-80-7311-105-2.

TOMAGOVÁ, M., BORIKOVÁ, I. a kol. 2008. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2008. 196 s. ISBN 80-8063-270-0.

URBÁNEK, L. a kol. 2016. Môj život s PEGom. Praktická príručka. Bratislava: Fresenius Kabi. 35 s.

VORLÍČEK, J. a kol. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

ZADÁK, Z. 2002. *Výživa v intenzívni péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 487 s. ISBN 80-247-0320-3.

ZELENÍKOVÁ, R.- MANDYSOVÁ, P. 2008. Kontrola umístění nazogastrické sondy před zahájením enterální výživy u dospělých pacientů. In *Profese on-line*, 2008; r.1/2. s.113–122. ISSN 1803-4330. Dostupné 10.9.2017 na *https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2008/02/06.pdf*

Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz

Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., 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 v znení neskorších predpisov

Vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov

[cit. 2017-09-02]. Dostupné na internete: www.nutricia.cz.

[cit. 2018-02-27]. Dostupné na internete: https://www.guidelinecentral.com/summaries/assessment-of-physical-function-in-evidence-based-geriatric-nursing-protocols-for-best-practice/
[cit. 2018-02-27]. Dostupné na internete: https://www.guidelinecentral.com/summaries/assessment-of-physical-function-in-evidence-based-geriatric-nursing-protocols-for-best-practice/
Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008
Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 1. apríla 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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 s poruchami prehĺtania

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0039	*20. septembra 2018*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

Ing. Mgr. Ľubica Kočanová; Mgr. Andrea Somogyi; Mgr. Gabriela Kmeťová; Mgr. Daniela Jarabová

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; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundovú; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim.prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová

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

dysfágia, orofaryng, ezofagiálna dysfágia, odynofágia, aspirácia, afágia, achalázia, senior, manažment pacienta so sťaženým prehĺtaním, individuálny plán, ošetrovateľská starostlivosť o pacienta so sťaženým prehĺtaním, posúdenie rizík, riziko aspirácie, riziko dusenia, bezpečnosť pacienta.

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

Zoznam skratiek	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHĽTANIA
ADOS	agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
CNS	centrálna nervová sústava
CT	počítačová tomografia
EBN	(Evidence-Based Nursing) ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
EBM	(Evidence-Based Medicine) medicína založená na dôkazoch
EÚ	Európska únia
FEES	videofibroskopia
GUSS	Gugging Swalloving Screen – Test
KOS	komplexná ošetrovateľská starostlivosť
KPR	kardiopulmonálna resuscitácia
MRI	magnetická rezonancia
MBS	modifikovaný baryonový test prehĺtania
NCMP	náhla cievna mozgová príhoda
OAIM	oddelenie anesteticko intenzívnej medicíny
ODCCT	obštrukcia dýchacích ciest cudzím telesom
OPS	odborná pracovná skupina
ORL	otorinolaryngológia
PEG	perkutánna endoskopická gastrostómia
RCT	randomizované kontrolované štúdie
RLP	rýchla lekárska pomoc
RTG	rentgenoskopia, vyšetrovanie pomocou röntgenových lúčov
NGS	nasogastrická sonda
ŠDTP	štandardný diagnostický a terapeutický postup
VFSS	videofluoroskopia
ZSS	zariadenia sociálnych služieb

Kompetencie

Tento štandardný ošetrovateľský postup je určený sestrám poskytujúcim ošetrovateľskú starostlivosť (ďalej len „sestrám“). Za dodržiavanie požiadaviek štandardného postupu zodpovedá v súvislosti so zodpovednosťou za odborné poskytovanie a kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti, **odborný zástupca**(garant) **pre ošetrovateľskú starostlivosť v príslušnom zariadení.**

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 nariadení vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov.

Lekár: ošetrujúci lekár, všeobecný praktický lekár, lekár špecialista zabezpečuje komplexný lekársky manažment pacienta, indikuje liečbu pre ochorenia, ktoré spôsobujú sťažené prehĺtanie u pacienta, alebo zvyšujú riziko aspirácie u pacienta, alebo riziko dusenia, alebo riziko vzniku zápalu pľúc.

Pozn. Špecifické činnosti a situácie sú definované v texte štandardu.
Praktická sestra, sanitár: Pre zabezpečenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta môže sestra delegovať činnosti aj na praktickú sestru a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti. Sestra zodpovedá za primeranú úroveň starostlivosti v súlade s potrebami pacienta a pri zohľadnení prítomných rizík.
Za výkon činností definovaných v štandarde zodpovedajú jednotliví zdravotnícki pracovníci.

Úvod

Poruchu prehĺtania označujeme pojmom **dysfágia** (Jurgoš, 2006). Dysfágia je špecifický symptóm, ktorý u pacienta signalizuje poruchu transportu potravy, tekutín, slín, alebo liekov z ústnej dutiny do žalúdka. Termín pochádza z gréčtiny: „dys" - ťažkosť, „phagia" - hltať, jesť, to znamená ťažkosti pri jedení, prehĺtaní. Postihnutého obmedzuje v bežnom živote, môže pri nej dôjsť k **vdýchnutiu potravy**, alebo slín, môže spôsobovať **podvýživu**, alebo môže byť aj klinickým príznakom pri niektorých vážnych ochoreniach. Objavuje sa aj pri úrazoch, či pri niektorých operáciách a je častým problémom najmä u seniorov (Tedla a kol. 2009).
Neschopnosť akéhokoľvek prehĺtania sa nazýva **afágia.** Bolestivé prehĺtanie označujeme pojmom **odynofágia**. Subjektívne vnímanie niečoho cudzieho v krku pomenovávame **globus faryngeus. Fagofóbia** zase reprezentuje chorobný strach z prehĺtania. **Prehĺtacia apraxia** je stav, keď pacient nevie čo má urobiť so sústom v ústach i keď má zachovanú pohyblivosť všetkých štruktúr prehĺtania (pacienti s demenciou, Alzheimerova choroba). Pri úplnej areflexii, ako sa stáva pacientom s Parkinsonovou chorobou často dochádza k **tichej aspirácii**, ktorá nevyvolá kašeľ. Ak sa vyskytuje pravidelné zabiehanie potravy do dolných dýchacích orgánov, hovoríme o **aspirácii. Aspirácia potravy** spojená s niektorými typmi poruchy prehĺtania je stav, ktorý ohrozuje pacienta na živote vznikom **aspiračnej pneumó-nie**. V tomto prípade je normalizácia prehĺtania, alebo zavedenie inej formy príjmu potravy kardinálnou otázkou (Tedla a kol., 2009). Pacienti sú ohrození malnutríciou, hladom, znižujúcou sa hmotnosťou, dehydratáciou, aspiračnou pneumóniou, ezofagitídou, fibrózou, vážnym poškodením pľúcneho tkaniva, pľúcnym abscesom, udusením.
Tento štandard bol tvorený na základe analýzy odborných, publikovaných informácií od uznávaných autorít a overených skúseností v kontexte *totálneho manažérstva kvality* na vybraných pracoviskách dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike. Všetky definované prístupy sú koncipované tak, že predstavujú zároveň požiadavku, ktorá má byť v praxi zariadenia uplatňovaná. V textoch sú tieto prístupy označené indikátorom ◊.
Súbor definovaných prístupov efektívneho predchádzania a riešenia už prítomného stavu poruchy prehĺtania u pacienta je určený predovšetkým pre oblasť dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov, no môže byť rámcovým podkladom či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax v ďalších príbuzných odboroch.
Štandard vychádza

- zo štúdií a svetových a európskych (EÚ) odporúčaní (sila odporučenia A –C);
- z odborných, publikovaných informácií od v problematike rešpektovaných, uznávaných autorít (sila odporučenia A – C);
- z nadnárodných guideilajnov pre medicínsku a ošetrovateľskú prax; (sila odporučenia A – C, Level I – V);
- z klinicky overených skúseností (sila odporučenia D , Level IV – V/EBN).

Spracované podľa https://www.sign.ac.uk/assets/sign119.pdf
Súbor definovaných prístupov efektívneho predchádzania a riešenia už prítomného stavu poruchy prehĺtania u pacienta je určený predovšetkým pre oblasť dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov, no môže byť rámcovým podkladom či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú

prax poskytovanú formou ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti na ostatných pracoviskách.

Miesto výkonu štandardného postupu:

- ústavné zdravotnícke zariadenia a oddelenia poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť dlhodobo chorým (napr. dom ošetrovateľskej starostlivosti),
- ambulantná starostlivosť,
- ADOS za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu,
- zariadenia sociálnej pomoci s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti.

Jadrom štandardu sú kapitoly "Posudzovanie" „Diagnostika“ , „Plánovanie a realizácia“ a „Zabezpečenie a organizácia starostlivosti o pacienta so sťaženým prehĺtaním". Z hľadiska udržateľného, pokračujúceho rozvoja kvality má kľúčové postavenie kapitola „Odporúčania“ , ktorá rekapituluje ďalšie možnosti zvyšovania kvality starostlivosti v oblasti úspešného riadenia pacienta so sťaženým prehĺtaním.

- **Hodnotenie sily dôkazov (vo vzťahu k EBM, EBN):**
- Vysoká: Najmenej 1 randomizovaná kontrolovaná štúdia alebo 3 intervencie pred / po podaní alebo iné perspektívne zákroky alebo 3 dobre štruktúrované, relevantné pozorovacie štúdie,
- Mierna: Štúdie, ktoré využívajú osvedčené metódy na spravodlivé porovnávanie výsledkov, ale kde výsledok ponecháva priestor na neistotu (napr. z dôvodu veľkosti štúdie, straty následných opatrení alebo metódy použitej na výber skupín pre porovnanie),
- Nízka: Štúdie pri ktorých sú výsledky nejednoznačné, pretože návrh štúdie nezaručuje objektívne porovnanie so štandardnou praxou, alebo najlepšou praxou, alebo štúdie nie sú vôbec k používanej problematike realizované.
- **Hodnotenie sily doporučení:**
- Sila odporučenia naznačuje, aká je predpokladaná miera pozitívneho účinku pri dodržiavaní odporúčania. Odporučenie je:
  Silné – Výhody jasne prevažujú nad rizikami.
- Slabé – Výhody sú vyvážené rizikami.
- Nedostatočné – Dôkazy nie sú jasné na vydanie odporučenia.

Ratingová schéma pre silu dôkazov	
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHĽTANIA
Level 1^{++}	Vysoko kvalitné metaanalýzy, systematické posúdenie RCT alebo RCT s veľmi nízkym rizikom predpojatosti
Level 1^{+}	Dobre vykonávané metaanalýzy, systematické hodnotenia alebo RCT s nízkym rizikom skreslenia
Level 1^{-}	Metaanalýzy, systematické posudky alebo RCT s vysokým rizikom predpojatosti
Level 2^{++}	Vysoko kvalitné systematické posudky, kontroly prípadov, alebo Kohortových štúdií. Kvalitná kontrola prípadov alebo Kohortové štúdie s veľmi nízkym rizikom pochybenia alebo skreslenia a vysoká pravdepodobnosť, že vzťah je príčinný
Level 2^{+}	Dobre vykonávaná kontrola prípadov, alebo Kohortové štúdie s nízkym rizikom pochybenia, alebo skreslenia a mierna pravdepodobnosť, že vzťah je príčinný
Level 2^{-}	Kontroly prípadov, alebo Kohortové štúdie s vysokým rizikom pochybenia, alebo zaujatosti a významné riziko, že tento vzťah nie je príčinný
Level 3	Neanalytické štúdie, napr. prípadové správy, séria prípadov
Level 4	Odborný názor

Ratingová schéma pre silu odporúčaní	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHĹTANIA
Trieda A	Najmenej jedna metaanalýza, systematické preskúmanie alebo RCT hodnotené ako 1^{++}, priamo uplatniteľné na cieľovú populáciu alebo Súbor dôkazov pozostávajúci predovšetkým zo štúdií hodnotených ako 1^{+}, priamo uplatniteľné na cieľovú populáciu a preukázanie celkovej konzistentnosti výsledkov
Trieda B	Súbor dôkazov vrátane štúdií hodnotených ako 2^{++}, priamo uplatniteľné na cieľovú populáciu, preukázanie celkovej konzistentnosti výsledkov alebo Extrapolované dôkazy zo štúdií hodnotených ako 1^{++}, alebo 1^{+}
Trieda C	Súbor dôkazov vrátane štúdií hodnotených ako 2^{+}, priamo uplatniteľné na cieľovú populáciu a preukázanie celkovej konzistentnosti výsledkov alebo Extrapolované dôkazy zo štúdií hodnotených ako 2^{++}
Trieda D	Údajová úroveň 3 alebo 4 alebo Extrapolované dôkazy zo štúdií hodnotených ako 2^{+}

Prevencia

Predchádzať dysfágii pacienta je jednou z oblastí, ktorá býva zanedbávaná. Zvlášť rizikovou skupinou sú **gerontologickí pacienti , ktorí tvoria najväčšiu skupinu ohrozených osôb so zhoršenou motilitou pažeráka a rizikom vzniku dysfágie.**

Všetci **pacienti s mozgovou príhodou** by mali byť **pred podaním** potravy, alebo nápojov **vyšetrení na dysfágiu** (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní "Trieda C", sila dôkazov Level 2^{+}, 2^{++}]).

Epidemiológia

Problémy s prehĺtaním sa vyskytujú vo všetkých vekových kategóriách, **vyššia prevalencia je vo vyššom veku**.

Sťažené prehĺtanie sa vyskytuje u 40% pacientov postihnutých s refluxnou chorobou pažeráka. Asi 50 -73 % pacientov po NCMP trpí dysfágiou. U takýchto pacientov je **rizikovým faktorom pre rozvoj pneumónie, ktorá sa vyskytuje u 34% pacientov** (Lukáš, Žák a kol, 2014). Mnoho ochorení je sprevádzaných dysfágiou, najmä neurologických a otorinolaryngologických. Ťažkosti sa vyskytujú u 81% pacientov s Parkinsonovou chorobou (Wilkins et.al., 2007), 80% pacientov s cievnou mozgovou príhodou (Dziewas et. al., 2008), 72% pacientov s nádorom v oblasti hlavy a krku (Maclean, Cotton, Perry, 2009).

Patofyziológia

Dysfágia je vyvolaná pri rôznych ochoreniach rôznymi mechanizmami, ktoré porušujú prirodzený proces prehĺtania. Poruchy prehĺtania môžu vznikať na podklade organickej lézie, alebo funkčnej poruchy. (Rofes, 2010). Z hľadiska riadenia prehĺtacieho aktu sa príčiny rozdeľujú na neurogénne, štrukturálne a zmiešané. Štrukturálne abnormality môžu viesť ku obštrukčnej dysfágii. Obštrukčná dysfágia môže byť zapríčinená aj cudzím telieskom. Z ontogenetického hľadiska poruchy prehĺtania delíme na **vrodené a získané**, z časového hľadiska na **akútne a chronické**. Z pohľadu etiológie vzniku

dysfágie rozoznávame príčiny zápalové**, traumatické, nádorové, iatrogénne, kongenitálne, autoimunitné, metabolické, chemické**, atď.

Najčastejšie získané ochorenia, ktoré sú spojené so sťaženým prehĺtaním:

- neurogénne, neurodegeneratívne ochorenia - Parkinsonova choroba, Alzheimerova demencia, NCMP, menej časté polyomyelitída, myopatia, Huntingtonova choroba,
- onkologické ochorenia - rakovina pažeráka, rakovina hrtana, rakovina štítnej žľazy, menej časté rakovina pľúc, rakovina žalúdka,
- zápalové ochorenia - laryngititída, epiglotitída, zápal pažeráka, zápal nosohltanu, záškrt,
- autoimunitné neurologické ochorenie - myastenia gravis, sklerodermia a iné,
- alkoholizmus, menej časté tetanus, besnota.

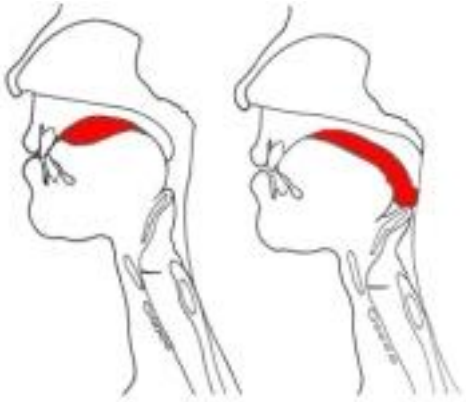
Najčastejšie vrodené ochorenia, ktoré sú spojené so sťaženým prehĺtaním:

- refluxná choroba pažeráka, rázštep pery a podnebia.

Vznik orofaryngálnej dysfágie je podmienený poruchou najmenej jednej fázy prehĺtania potravy. Podľa Tedlu (2007) rozlišujeme **tri fázy prehĺtania:**

- **1. Orálna fáza** (obr. č.1) formovanie sústa žuvaním a premiešaním jazykom

Orálnu fázu možno rozdeliť na dve časti. V prvej prípravnej časti sa pomocou pier, jazyka, sánky, žuvacích svalov, mäkkého podnebia a líc potrava v ústach zmieša so slinami. Prípravná časť je dôležitá pre ideálne prebehnutie ďalších fáz hltacieho aktu. Pripravený bolus sa posúva ďalej, čo je súčasťou transportnej časti orálnej fázy. Svalstvo pier a líc sa sťahuje, následne sa jazyk dotýka tvrdého podnebia. Po kontakte jazyka s podnebím sa zdvíha mäkké podnebie a prikladá sa k zadnej stene nosohltana. Bolus potravy prechádza do orofaryngu;



Obr. č. 1 Orálna fáza prehĺtania

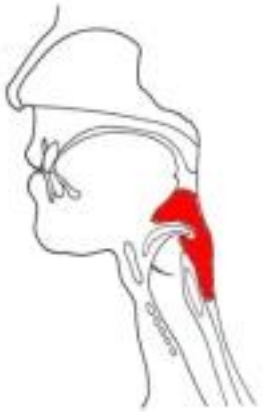
- **2. Faryngeálna fáza** (obr. č. 2), začiatok hltania s prechodom sústa do orofaryngu - Ako náhle bolus jedla dosiahne úroveň predných podnebných oblúkov, začína druhá, hltanová fáza hltacieho aktu. Hltanová fáza je reflexná, nie je ovládateľná vôľou. Hltanovú fázu hltacieho aktu charakterizuje:

- velofaryngeálny uzáver – bráni prieniku potravy do nosohltana, kontrakcia zvieračov hltana v kraniokaudálnom smere, uzáver hrtana – zabraňuje aspirácii, kontrakcia zvieračov hltana v kraniokaudálnom smere,

uzáver hrtana – zabraňuje aspirácii,

kontrakcia zvieračov hltana v kraniokaudálnom smere,

zdvihnutie hrtano-jazylkového komplexu smerom ku koreňu jazyka, relaxácia horného pažerákového zvierača, čím je umožnený prechod sústa do pažeráka;



Obr. č. 2 Faryngeálna fáza prehĺtania

- **3. Ezofageálna fáza** (obr. č. 3)

Pažeráková, podobne ako hltanová fáza prebieha autonómne, bez vôľovej kontroly. Transport bolusu je pomalší ako pri hltanovej fáze, dosahuje cca 3 – 4 cm za sekundu.



Obr. č. 3 Ezofageálna fáza prehĺtania

Narušenie fyziologického priebehu pasáže potravy pažerákom závisí od: veľkosti prehltnutého sústa, peristaltiky, veľkosti lúmenu, relaxácie horného a dolného sfinkteru počas prehĺtania (Jurgoš, 2006). Sťažené prehĺtanie je vyvolané poruchou motility pažeráka, alebo anatomickou prekážkou.

Faktory ovplyvňujúce prehĺtanie (Mandysová, Škvrňáková, 2016)

Fyziologické faktory - v spojitosti najmä zo starnutím, kedy dochádza k redukcii svalovej hmoty a k zníženiu elasticity spojivového tkaniva, následkom čoho sa znižuje sila a rozsah pohybu kĺbov. Dochádza k spomaleniu prehĺtacieho aktu, k zníženiu vlhkosti v ústnej dutine a k zníženiu čuchového a chuťového vnímania. Zubná protéza je v starobe je pokladaná za fyziologickú, zabezpečuje obnovu všetkých základných funkcií chrupu, estetiku, podrvenie potravy, správne vyslovenie hlások a slov. Prítomnosť ďalších ochorení, viac ako 50 rokov a ďalšie fyziologické faktory majú vplyv na prehĺtanie, takisto abnormálna funkcia čeľuste, pier, mäkkého podnebia, hrtanovej príchlopky, hltana, horného pažerákový zvierač, ktoré hrajú dôležitú rolu pri aspirácii.

Pridružené ochorenia - celý rad ochorení má vplyv na fyziologické faktory spojených s komplikáciami ako je penetrácia a aspirácia napr. pacienti s poruchou dýchania, pacienti s narušenou kognitívnou funkciou, demenciou, operačné výkony u pacientov po operácii krčnej chrbtice, pooperačná dysfágia u pacientov po operačnej liečbe proximálneho femuru, neurologické ochorenia.

Pridružené stavy - úroveň vedomia, chuť k jedlu, nálada, nauzea, sucho v ústach, zle pridŕžajúca zubná protéza, ťažkosti so zrakom, závrate, depresia, neprítomnosť druhej osoby, ktorá by pomohla s jedlom, v neposlednom rade konzistencia potravy.

Klasifikácia

Dysfágiu rozdeľujeme na dva typy:

1 **orofaryngeálna dysfágia** – ochorenia , ktoré sa týkajú faryngu, horného ezofagiálneho zvierača a svalstva ústnej dutiny. Orofaryngálna dysfágia spojená s odynofágiou (pocit bolesti pri prehĺtaní) je pri zápalových ochoreniach tonzíl a faryngu.

2 **ezofagiálna dysfágia** – postihuje telo pažeráka, dolný ezofagiálny zvierač. Príčina môže byť mechanická, alebo neuromuskulárna (Jurgoš, 2006).

Dysfágiu môžeme kategorizovať z hľadiska **lokalizácie** postihnutia: (Hep, Dolina, 2005, Jeřábková, 2006, Sheehan 2008).

- orofaryngeálna dysfágia,
- ezofageálna dysfágia,
- postezofageálna dysfágia,
- paraezofageálna dysfágia, (Hep, Dolina, 2005, Jeřábková, 2006, Sheehan 2008).

Niektorí autori uvádzajú **jednoduché rozdelenie** dysfágie na:

- dysfágia horného typu - zahŕňajúca oblasť hltanu a hornej časti pažeráku
- dysfágia dolného typu - zahŕňajúca oblasť dolnej časti pažeráka a dolný pažerákový zvierač (Mandysová, Škvrňáková, 2016).

Klinický obraz

Klinické príznaky sú odlišné pri orofaryngálnej a ezofagiálnej dysfágii.

Pri orofaryngálnej dysfágii sú charakteristické ťažkosti s iniciáciou prehĺtania, hromadenie sa potravy v ústnej dutine, prítomný je kašeľ, samovoľný únik slín, pocit intenzívnej únavy žuvacích svalov, zlá tolerancia tekutín alebo tuhej stravy, ptóza viečka, dyzartria, nosový alebo chrapľavý hlas, pocit dusenia.

Pri ezofagiálnej dysfágii je prítomný ***pocit*** „zastavenia“ potravy v oblasti za hrudnou kosťou, pocit pálenia, bolestivé prehĺtanie (odynofágia), precitlivenosť na studené a horúce jedlá, achalázia (regurgitácia nenatrávenej potravy), refluxné ťažkosti aj vracanie (Jurgoš, 2006).

- **Komplikácie vyvolané dysfágiou**

Odborníci uvádzajú dve závažné potenciálne komplikácie (Mandysová, Škvrňáková, 2016):

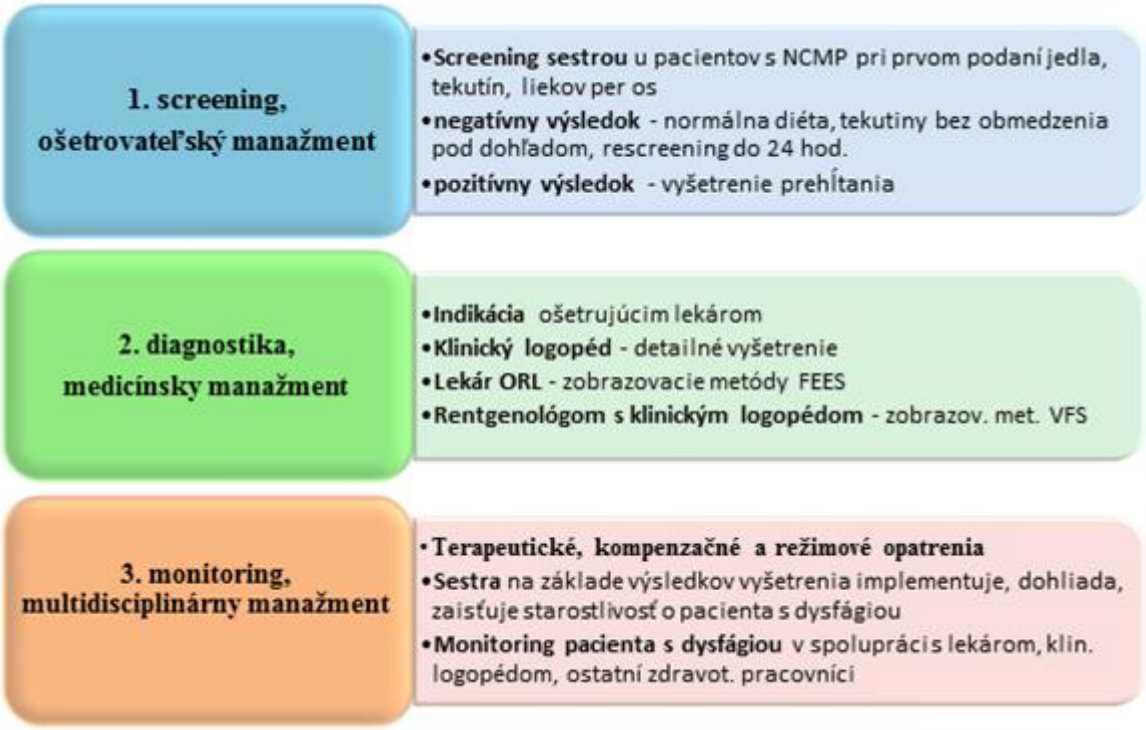
- znížená efektivita prehĺtania - jej následkom je malnutrícia, dehydratácia,
- znížená bezpečnosť prehĺtania - riziko aspirácie, riziko vzniku pneumónie, riziko udusenia.

Klinický obraz, resp. symptómy sťaženého prehĺtania závisia od prevažujúceho typu dysfágie.

Z hľadiska posúdenia a následného plánovania ošetrovateľskej starostlivosti je potrebné identifikovať rozsah i príčinu sťaženého prehĺtania.

Štandardizované klinické posúdenie patrí odborníkom, ktorí majú skúsenosti s liečbou dysfágie - klinickí logopédi, jazykoví terapeuti. (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda B, sila dôkazov Level 2+])

Obr. č.4. *Schéma diagnostiky sťaženého prehĺtania* (Mandysová, Škvrňáková 2016)



Diagnostika

Vyšetrenie pacienta s dysfágiou lekárom, anamnéza, ORL vyšetrenie, stanovenie príčiny dysfágie, vyšetrenie pacienta chirurgom, neurologické konzultácie, konzultácia s internistom apsychiatrom. Zobrazovacie vyšetrovacie metódy RTG, RTG s kontrastnou látkou, CT alebo MRI ezofagografia, videoezofagogram s báriovou kontrastnou látkou, videofluoroskopia - VFSS (zaznamenanie anatómie a fyziologie ústnej dutiny a hltana, separácia dýchacích ciest a pažeráka), zistiť spôsob prehĺtania, ktorý zabezpečí, aby pacient prehltol bez aspirácie (Bunová, 2011).

Relatívne nová metóda funkčného vyšetrenia prehĺtania je videofibroskopia – FEES (sleduje sa rýchlosť hltanovej fázy, predčasné zatekanie tekutín alebo prenikanie tuhých častí potravy do oblasti hltana a hrtana (Tedla, 2007).

Modifikovaný baryonový test prehĺtania MBS a optické endoskopické vyšetrenie FEES sú validné metódy pre hodnotenie dysfágie. Klinický lekár rozhodne, ktorá je vhodnejšia (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda B, sila dôkazov Level 2+]).

Screening

◊ Prvé posúdenie - **identifikáciu pacienta so sťaženým prehĺtaním** sestra realizuje pri prijatí pacienta do KOS a v priebehu celej realizácie KOS podľa individuálnych zistení u pacienta.

◊ Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta realizuje sestra ihneď v úvode procesu prijatia pacienta do starostlivosti v zariadení v súlade s platnou legislatívou.

◊ Z dôvodu dôslednej prípravy pracoviska na zabezpečenie kontinuity starostlivosti o pacienta sestra pátra po informáciách o prítomnosti dysfágii u pacienta, prípadne predbežných odporúčaniach o pokračujúcom programe starostlivosti v súvislosti so sťaženým prehĺtaním už **pred prepustením** z valídneho informačného zdroja predchádzajúcej starostlivosti.

Zaradenie pacienta do indikačného rámca tohto štandardu určuje kontrolný list Posúdenie prítomnosti sťaženého prehĺtania a stupňa dysfágie *(pozri časť 20 Špeciálny doplnok štandardu)* .

◊ Stanovenie prítomnosti a typu dysfágie sestra realizuje v rozsahu svojich kompetencií a pri **použití validného nástroja posudzovania**.

◊ **Prvú identifikáciu dysfágie a plánovanie realizácie väčšiny intervencií** na redukciu jej rizík sestra realizuje počas prvých **24 hodín** od času prijatia pacienta do starostlivosti. Hodnotenie a objektivizácia rizík pacienta pokračuje počas obdobia minimálne dvoch dní .

◊ **Posúdenie nutričného rizika** u pacienta s dysfágiou sestra stanoví podľa platného skríningu ktorý je uvedený v súvisiacom štandarde ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s malnutríciou. Posúdenie výživového rizika sestra realizuje počas **prvých 48 hodín** a opätovne posúdi počas zotavovania sa pacienta (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 2+]).

◊ Prítomnosť a typ dysfágie sestra **posudzuje kontinuálne a priebežne,** ako súčasť ošetrovateľského procesu, vrátane jeho primeranej dokumentácie.

◊ Pacienti s dysfágiou majú byť denne sledovaní v prvom týždni, aby sa zistil priebeh ich zotavovania. [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 3,4]

◊ Pozorovania sa majú zaznamenávať ako súčasť plánu starostlivosti (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 3,4]).

◊ Sestra realizuje **komplexné posúdenie** prítomnosti sťaženého prehĺtania, typu a stupňa dysfágie, úroveň rizika aspirácie v rozsahu svojich kompetencií, ďalšie **príčinné súvislosti, problémy, riziká** predovšetkým na základe:

- aktuálnej **zdravotnej dokumentácie**,
- **informácií od pacienta a osôb**, ktoré boli bezprostredne zainteresované do starostlivosti, a ktoré vedia poskytnúť dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta,
- **ošetrovateľskej anamnézy**,
- rozhovoru s pacientom,
- **pozorovania, subjektívne hodnotenie funkcie prehĺtania,**
- **objektívne klinické vyšetrenia funkcie prehĺtania.**

◊ Sestra používa pri komplexnom posúdení prítomnosti dysfágie u pacienta, stupňa dysfágie, úroveň rizika aspirácie vhodné subjektívne a objektívne screeningové nástroje posudzovania dysfágie (pozri Screeningový nástroj subjektívneho posudzovania stupňa dysfágie a rizika aspirácie v časti 17 Ďalšie odporúčania).

Diagnostika

Na základe zistených údajov sestra vyvodzuje, formuluje sesterskú diagnózu.

Výber súvisiacich sesterských diagnóz podľa prílohy vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz

- V 126 Porucha prehĺtania
- V 131 Zvracanie
- V 122 Zmenená výživa – menší príjem ako telesná potreba
- V 124 Odmietanie potravy
- V 131 Zvracanie
- V 137 Znížený príjem tekutín
- A 130 Aspirácia

- P 112 Úzkosť
- V 127 Riziko poruchy prehĺtania
- V 123 Riziko menšieho príjmu potravy ako telesná potreba
- V 132 Riziko zvracania
- V 125 Riziko odmietania potravy
- V 132 Riziko zvracania
- V 138 Riziko zníženého príjmu tekutín
- D 123 Riziko dusenia
- A 131 Riziko aspirácie

Plánovanie a realizácia

Liečba - informatívna časť

- Liečba pacienta s dysfágiou zahŕňa tieto liečebné postupy a opatrenia, ktoré realizuje sestra v spolupráci s lekárom:
- **Priama liečba prehĺtania**

Pod priamou terapiou prehĺtania rozumieme precvičovanie hltacieho aktu s použitím jedla a tekutín. K tomuto účelu slúžia 4 základné prehĺtacie manévre (Tedla 2007):

- **Supraglotické prehltnutie** pozostáva zo 4 úkonov. Nádych a zadržanie dychu, príprava bolusu na prehltnutie, prehltnutie počas zadržaného dychu, zakašľanie pred samotným nádychom. Princíp fungovania tohto manévru spočíva v uzatvorení hlasivkovej štrbiny pri zadržanom dychu. Pri konci prehltnutia je kašľom odstrá-nené prípadné rezíduum potravy v hrtanovom vchode.
- **Super-supraglotické prehltnutie** je podobné ako supraglotické prehltnutie. Vykonávajú sa tie isté štyri manévre, no pri zadržanom dychu pacient napne svaly brušnej steny, čím sa umocní uzá-ver v oblasti vestibulových rias a zadnej časti glottis.
- **Úsilné prehltnutie (effortfull swallow)** spočíva v zovretí svalstva hltacích orgánov. Manéver sa používa u pacientov, ktorí majú problémy s pochopením alebo so zapamätaním si niekoľkostupňových pokynov, u pacientov s mentálnou poruchou, u detí a taktiež u pacientov s vážnou poruchou senzorickej percepcie.
- **Mendelsonov manéver** je zameraný na otvorenie horného pažerákového zvierača. Pacient je inštruovaný, aby urobil niekoľko suchých prehltnutí za sebou, pričom by si mal uvedomiť zdvihnutie štítnej chrupky. V ďalšom kroku by mal udržať elevovaný hrtan počas niekoľkých sekúnd, čím dôjde k otvoreniu a relaxácii horné-ho pažerákového zvierača.

Prehĺtanie možno uľahčiť aj rôznymi polohami tela a hlavy. Polohovaním možno do istej miery kompenzovať anatomické poruchy, poruchu senzorickej inervácie ako aj poruchu transportu bolusu (Tedla 2007). Najvhodnejšou polohou je tá, ktorá redukuje aspiráciu na minimum.
Pretrvávajúcej poruche prehĺtania je možné v niektorých prípadoch predísť účinnou terapiou. Pri organickom postihnutí je indikovaná cielená konzervatívna, či radikálna liečba. V prípade postihnutia orálnej fázy sú indikované **špeciálne cvičenia zacielené na posilnenie svaloviny pier a jazyka**. Pri postihnutí faringeálnej či ezofaringeálnej fázy prehĺtania je cvičenie zamerané n**a nácvik prehĺtacieho aktu** podľa konkrétneho postihnutia (Lukáš, Žák a kol, 2014).

Plánovanie - ošetrovateľská časť:

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je predísť komplikáciám, ktoré vznikajú v súvislosti s dysfágiou, redukovať existujúce komplikácie so sťaženým prehĺtaním, alebo predchádzať riziku aspirácie, riziku dusenia, riziku vzniku pneumónie

◊ Pri plánovaní intervencií sestra zohľadňuje **ciele pre pacienta s dysfágiou**, pre jeho rodinu, príbuzných, alebo komunitu podľa priorít pacienta, ciele orientuje na pomoc pacientovi v súčinnosti s jeho rodinou, komunitou. Uvedené ciele starostlivosti je zároveň možné určiť ako výstupné kritériá starostlivosti

- **predísť komplikáciám z dysfágie**, minimalizovať riziko aspirácie, dusenia,
- **vyjadriť pochopenie príčin sťaženého prehĺtania**, prispievajúcich faktorov,
- **nájsť vhodné intervencie k zlepšeniu príjmu tekutín stravy, liekov**, predchádzať aspirácii,
- **nájsť primerané metódy kŕmenia pacienta** k individuálnej situácii a postihnutiu pacienta, v spolupráci s pacientom, informovať pacienta, rodinu, personál, komunitu o spôsobe podávania stravy,
- **bezpečne transportovať jedlo a tekutiny** z úst do žalúdka, (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda C, sila dôkazov Level 2+]),
- **zabezpečiť hydratáciu pacienta** s normálnym kožným turgorom, s vlhkými sliznicami a primeranou diurézou,
- **dosiahnuť a udržiavať normálnu telesnú hmotnosť** BMI, predchádzať malnutrícii,
- **poskytnúť akútnu pomoc** v prípade dusenia,
- **efektívne zapojiť rodinu, opatrovateľov, komunitu** do starostlivosti, edukovať o rizikách aspirácie.

◊ Sestra **plánuje vhodné intervencie, pri zohľadnení 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. Aktívne spolupracuje s celým tímom, s ošetrujúcim lekárom, logopedom, ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi a s rodinou.

◊ Sestra aktívne koordinuje činnosti v rozsahu svojich kompetencií, pričom usiluje o:

a **včasnú prevenciu aspirácie u pacienta a zníženie rizika vzniku pneumónie,**

b čo najrýchlejší návrat k:

- normálnym vitálnym funkciám,
- dostatočnej hydratácii a nutrícii,
- sebestačnosti pacienta,
- uspokojovaniu potrieb pri **maximálnom využití potenciálu** pacienta.

◊ Sestra aktívne **predchádza neefektívnemu manažmentu** individuálnej starostlivosti:

- neskorá, alebo nedostatočná aktivizácia posúdenia pacienta,
- neposkytnutie prevencie,
- nedostatočné zabezpečenie pomôcok,
- podpora sebestačnosti pacienta,
- podcenenie podpory fyzickej a psychickej kondície apod.

◊ Sestra opakuje skríning dysfágie u pacienta 1x/týždeň (prípadne podľa potreby/stavu pacienta) posúdi stupeň dysfágie a riziko aspirácie.

◊ Sestra kontinuálne posudzuje a cielene intervenuje pri komplexnom zohľadnení **príčinných faktorov** , ktoré môžu viesť ku komplikáciám z dysfágie :

- nastaví **základnú a špeciálnu ošetrovateľskú starostlivosť** u pacienta s dysfágiou, zúčastňuje sa na diagnosticko-terapeutických činnostiach v spolupráci s tímom, vedie administratívu, dokumentuje ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu;
- vytýči **krátkodobé a dlhodobé ciele** pre pacienta s dysfágiou, určuje **výsledné kritériá** a podľa zistených problémov plánuje nezávislé, závislé a súčinné sesterské intervencie;

- zostaví **individuálny plán**, s uvedením, kto plán pripravil, kto sa na starostlivosti bude podieľať, sestra plánuje, realizuje v rozsahu svojich kompetencií, v prípade potreby konzultuje s ošetrujúcim lekárom a na jeho indikácie plní ordinácie;
- **pracuje v tíme** a preto proces plánovania a ošetrovateľské činnosti cielene komunikuje, deleguje na ostatných zdravotníckych a iných pracovníkov tímu a zabezpečuje;
- v záverečnej fáze **vyhodnotí splnenie cieľov pre pacienta s dysfágiou** na základe vytýčených kritérií a štandardov a posudzuje účinnosť ošetrovateľskej starostlivosti.

Intervencie sestry pre efektívne predchádzanie rizika vzniku malnutrície, dehydratácie sú definované v osobitných, s problematikou dysfágie úzko súvisiacich ošetrovateľských štandardoch. Rovnako aj intervencie sestry pre zavedenie NGS a ošetrovateľskej starostlivosti o NGS a PEG sú definované v osobitných, s problematikou dysfágie úzko súvisiacich ošetrovateľských štandardoch.

V nasledujúcom texte sú definované niektoré **z kľúčových požiadaviek ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s prítomnou dysfágiou a zároveň s prítomným rizikom aspirácie a riziku rozvoja pneumónie**:

A. Posúdenie príčin, prispievajúcich faktorov a stupeň poruchy (Doenges. Moorhouse. 2001.)

- **posúdenie stavu zmyslov a vnímanie** u pacienta, zmyslové vnemy, orientácia, koncentrácia, motorická koncentrácia, znížená úroveň vedomia je indikátorom rizika aspirácie [Sila odporúčaní Trieda B, sila dôkazov Level 2+],
- **posúdenie aktuálneho stavu pacienta**, sebestačnosť, nutrícia, hydratácia a hmotnosť,
- **navrhnutie vhodných kompenzačných pomôcok** pri prijme potravín, tekutín, napr. ľahký malý pohár s uškom, slamky na pitie, malá vankúšik pre správne polohovanie hlavy, estetický podbradník, ploché lyžičky atď.,
- **kontrola orálnej časti hltana**, či nie je prítomný opuch, zápal, porucha celistvosti sliznice, zlá hygiena dutiny ústnej,
- zistenie **prítomnosti kašľa, nauzea, zvracanie,**
- **zhodnotenie schopnosti prehĺtať** subjektívne a objektívne,
- **auskultačné vyšetrenie dýchania**, či nie sú prítomné prídavné fenomény,
- posúdenie sily a exkurzie svalov zapojených do žuvania, prehĺtania,
- zistenie zubného kazu, prítomnosť kariogénnych baktérií a iných perorálnych patogénov zvyšujú riziko aspirácie [Sila odporúčaní Trieda C, sila dôkazov Level 2+],
- overenie správneho **nasadenia zubnej protézy,**
- **nutričný skríning, zaznamenanie váhy pacienta,** zmien v poslednej dobe, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 2^{+}],

B. Prevencia aspirácie a zachovanie normálnej priechodnosti dýchacích ciest

Riziko aspirácie je stav charakterizovaný rizikom preniknutia žalúdočnej, alebo črevnej šťavy, orofaryngeálnych sekrétov, tekutej, alebo tuhej potravy do tracheobronchyálneho úseku dýchacích ciest v dôsledku oslabenia, alebo absencie normálnych ochranných mechanizmov (Doenges, Moorhouse, 2001)

◊ Pri posúdení rizika aspirácie sestra hodnotí a dokumentuje prítomnosť rizikových faktorov, predovšetkým však :

- **kvantitatívnu poruchu vedomia**, stupne somnolencie, sopor, kómu,
- **zmätenosť,** poruchy duševných funkcií,
- utlmenie kašliaceho a nauzeálneho reflexu,
- **chirurgické výkony, úrazy v oblasti tváre, v dutine ústnej, v krku, fixácia čeľuste**

- **nedokonalý uzáver dolného konca pažeráku, oneskorené vyprázdňovanie žalúdka, zníženú gastrointestinálnu motilitu, zvýšenie tlaku v žalúdku,**
- tracheostómie, endotracheálne kanyly, gastrointestinálne sondy, nasogastrické sondy,
- dehydratáciu, celkovú **slabosť,**
- **zníženie hmotnosti**, kachexiu,
- užívanie analgetík, sedatív, hypnotík, kombinácie liečiv a pod.),
- vek nad 70 rokov.

◊ **Riziko aspirácie a vhodnosť opatrení sestra prehodnocuje počas celého obdobia poskytovania KOS.**

◊ Sestra zodpovedá za odovzdanie informácie o riziku aspirácie (v zmysle dostatočnej identifikácie pacienta pre ošetrujúci personál) .

◊ Sestra plánuje všetky dostupné, **efektívne intervencie s cieľom vylúčiť, resp. redukovať riziko aspirácie, dusenia** pri uplatnení najnovších poznatkov moderného ošetrovateľstva a súvisiacich disciplín.

◊ U pacienta s rizikom aspirácie zavedie **špecifickú dokumentáciu**, s cieľom evidovať a eliminovať riziko aspirácie (napríklad pri použití individuálneho plánu prevencie aspirácie).

◊ Pri plánovaní intervencií je **bezpečnosť pacienta prioritou**, opatrenia však musia byť plánované a realizované pri **rešpektovaní etických princípov** starostlivosti.

Príklady vhodných intervencií:

- označenie, indikátor **"vysokého rizika aspirácie"** (napríklad nad posteľ pacienta),
- **zabezpečenie vhodných pomôcok,** ľahký malý pohár s uškom, jednorazové slamky na pitie, malý vankúšik pre správne polohovanie hlavy, vlhčené utierky, jednorazový estetický podbradník, ploché lyžičky,
- **umiestnenie** pacienta na izbu blízko vyšetrovne/centrály sestier,
- **umiestnenie** signalizácie v dosahu pacienta a vysvetlenie jeho používania v prípade potreby,
- zabezpečenie **intimity, súkromia** pri pravidelnom stravovaní,
- **prispôsobenie stravovacieho režimu individuálnym potrebám pacienta, ak**tívne pomáhať pacientovi minimálne 5x/12 hod. pri stravovaní, podľa potreby pitie aj pred spánkom,
- **odstránenie rušivých prekážok a rušivých momentov** v okolí pacienta pri stravovaní,
- umiestnenie **stolíka v dosahu** pacienta.

◊ V prípade rizika aspirácie spojeného so **stavmi zmätenosti, poruchami kognitívnych funkcií/správania**, sestra konzultuje s ošetrujúcim lekárom **možnosti úpravy psychiatrickej liečby** (počas dňa a na noc) a následne plní ordinácie lekára.

◊ **Sestra priebežne pozoruje, hodnotí a zohľadňuje nové zmeny v zdravotnom stave** (teploty, zmätenosť, únava, spavosť, zápaly dolných dýchacích ciest, nestabilita, náhla zmätenosť, porucha rovnováhy, zhoršenie mobility a ďalšie riziká a pod.).

◊ Sestra konzultuje starostlivosť **s ošetrujúcim lekárom**, prípadne so psychiatrom, a následne zabezpečí plnenie ordinácií v prípade predpokladu potreby/indikácie

- zmeny terapie ,
- zmeny správania sa pacienta,
- zmeny zdravotného stavu pacienta,
- nárastu komplikácii z aspirácie,
- rizika aspirácie.

◊ Proces plánovania, realizácie a hodnotenia intervencií sestra vhodne a cielene komunikuje, deleguje a zabezpečuje s **ďalšími členmi ošetrovateľského** (zdravotno-sociálneho) **tímu,** napr. so sociálnou sestrou, s praktickou sestrou, s fyzioterapeutom, opatrovateľkou, sanitárkou, príbuznými, komunitou.

◊ Do procesu plánovania, realizácie a hodnotenia intervencií **sestra zapája samotného pacienta a jeho blízkych** takým spôsobom, aby získala ich primeranú informovanosť a maximálnu súčinnosť pre dosiahnutie cieľov, napr. aktívnym pozorovaním porúch prehĺtania u pacienta, alebo edukáciou pacienta a jeho príbuzných.
◊ Sestra vedie ošetrujúci personál k tomu, aby bezodkladne nahlásil všetky zmeny zdravotného stavu, alebo zmeny správania sa u pacienta s dysfágiou a následne intervencie vhodne upraví.
◊ V prípade, že u pacienta došlo k zhoršeniu stavu prehĺtania, o situácii bezodkladne informuje a ďalšiu starostlivosť konzultuje s lekárom.
◊ Sestra manažuje všetky intervencie u pacienta s dysfágiou, do procesu plánovania, realizácie zahrnie tie najvhodnejšie s prihliadnutím na individuálne potreby pacienta s rizikom destabilizácie:

- zabezpečenie **pokojného prostredia a dostatok času** pre príjem potravy a tekutín pacienta s rizikom; pokiaľ to podmienky umožňujú;
- uloženie, napolohovanie pacienta do vhodnej polohy na stolovanie, estetická príprava stolíka s výklopnou doskou na servírovanie stravy, zabezpečenie, aby pacient mal pomôcky pri stravovaní na dosah ruky;
- hygiena rúk, umytie rúk pacienta pred a po jedle;
- podávanie jedla vkusne naservírované a teplé, nakrájané na vhodné kúsky, alebo pomleté, alebo mixované;
- **asistencia pri prijme stravy, tekutín a liekov per os** u pacienta s rizikom, dodržiavanie všetkých zásad;
- podávanie stravy v sede, vo vysokej **Fowlerovej polohe;**
- **kontrola dutiny ústnej,** pred podaním tekutín, potravy, po prehltnutí, po ukončení pitia a jedenia, hygienická starostlivosť;
- **stimulácia senzorických vnemov** kontrolou dutiny ústnej, hygienou tesne pre príjmom stravy, tekutín;
- **bazálna** stimulácia - po prijatí bolusu do úst, ak pacient neprehĺta, stimulujeme prehltací reflex, opakom dlane prejdeme časťou krku, laterálne, z bočnej strany krku;
- nastavenie **rovnakej výšky očného kontaktu**, oči sestry v úrovni očí pacienta;
- **polohovanie hlavy** - neutrálne postavenie, hlava nesmie byť v záklone, vtedy sú uvoľnené dýchacie cesty, vyzývanie pacienta k miernemu predklonu hlavy, sklonenie brady smerom k hrudi, kontinuálne polohovanie hlavy a krku;
- **oboznámenie pacienta** (pri zohľadnení jeho stavu) s postupným príjmom potravy a pomalou záťažou pažeráka;
- podávanie pacientovi najskôr **tekutiny po lyžičkách**, postupný prechod na kašovitú, mixovanú stravu s mierne zachovanou štruktúrou stravy;
- vyzývanie pacienta, **aby sa kŕmil sám**, pokiaľ je to možné;
- podávanie tekutiny, stravy a liekov do úst na nepostihnutej strane;
- používanie pomôcok pri pití tekutín, zahusťovadlo tekutín, používanie slamky pri pití, slamka u pacientov so zníženou pohyblivosťou jazyka pomáha dostať tekutinu do zadnej časti DÚ;
- sledovanie a **monitoring ťažkosti pacienta pri prehĺtaní**, nechutenstvo, kašeľ, sledovanie koncentrácie pacienta a toleranciu každého sústa, každé nasledujúce sústo podávať až po prehltnutí predchádzajúceho;
- trénovanie pitia z hrnčeku "naraz" a pitie z hrnčeku po "dúškoch";
- podávať zahustené tekutiny (v troch formách) : nektár, med a puding;
- **pri zvýšenej únave pacienta nepokračovať v kŕmení;**
- priebežná **kontrola dutiny ústnej;**
- počas kŕmenia **nerozvíjať konverzáciu s pacientom;**

- v prevencii regurgitácie **ponechať pacienta vo vysokej Fowlerovej polohe** minimálne 30 min. po príjme stravy;
- informovanie/**edukácia príbuzných** o vhodnej konzistencii stravy a postupoch pri kŕmení.
- **evidencia o príjme a výdaji stravy a tekutín;**
- rešpektovanie individuálnych možností pacienta.

◊ Sestra pripraví manažment dysfágie pacienta podľa všeobecných platných zásad ošetrovateľstva s prihliadnutím na rozvoj poznatkov v oblasti dysfágie pacienta.

◊ Sestra uplatňuje všeobecné zásady pre stravovanie pacientov v riziku:

- podáva stravu častejšie a menšie porcie;
- vyberie najvýživnejšie z pacientových obľúbených jedál;
- podľa potreby rozmixuje resp. zabezpečí rozmixovanú stravu;
- podáva špeciálne doplnky stravy vo forme nutričných prípravkov;
- sleduje príjem potravy, v súlade s diétnym a liečebným režimom;
- zabezpečuje **optimálny** (dostatočný) **príjem tekutín** v súlade s ordináciou lekára;
- zabezpečí/overí **zabezpečenie primeranej socializácie a aktivizácie;**
- poučí pacienta o **používaní signalizácie**, umiestni signalizačný prvok tak, aby ho mal pacient po ruke;
- kontroluje **dýchanie**, auskultuje pľúca, sleduje charakter spúta, realizuje nácvik kašľania a hlbokého dýchania, nácvik meniť polohu, odsávava sekréty podľa ordinácie lekára;
- poučí (pri zohľadnení schopnosti pacienta porozumieť a komunikovať) o cvičení prehltacích reflexov;
- zabezpečuje zmenu polohy, vysádza, poučí o riziku aspirácie postupne vertikalizuje pacienta,
- sleduje krvný tlak pred a po záťaži, prítomnosť cyanózy, zmenu teploty, farby, citlivosti, pohyblivosti;
- realizuje **manažment bolesti** pacienta, eliminuje bolesť v spolupráci s lekárom a podľa potreby pacienta;
- **povzbudzuje pacienta** k **aktívnej účasti** v starostlivosti o seba.

◊ **Pri podávaní liekov** sestra podá pacientovi pripravenú dávku liekov, alebo vloží lyžičkou lieky pacientovi **do úst na strednú časť jazyka.** Sestra poskytne pacientovi dostatok vhodnej tekutiny, aby mohol lieky bezpečne prehltnúť a zapiť. Podávanie liekov u pacientov so sťaženým prehĺtaním je možné po konzultácii s lekárom vo forme **podrvených tabletiek pomiešaných s trochou tekutiny** prostredníctvom injekčnej striekačky tak, aby pacient neaspiroval. Dôležité je následne podať pacientovi vhodné tekutiny na zapitie tak, aby lieky neostali v hornej tráviacej časti tela pacienta.

C. Prevencia dusenia a zachovanie normálnej priechodnosti dýchacích ciest

- **Obštrukcia dýchacích ciest cudzím telesom (dusenie)**

Pri kŕmení pacienta aj keď boli dodržiavané preventívne opatrenia proti aspirácii môže dochádzať k oslabeniu svalstva zodpovedného za prehĺtanie, ktoré zapríčiňuje kašeľ až dusenie. **Dusenie nastane, ak jedlo, alebo tekutina upchá dýchacie cesty**. U pacientov s dysfágiou môže vyvolať núdzovú situáciu vyžadujúcu okamžité poskytnutie prvej pomoci. Ak pacient ešte dokáže kašľať, dýchať alebo vydávať zvuky ide o čiastočné dusenie. Sestra povzbudzuje pacienta, aby kašľal ďalej, kým sa dýchacie cesty neuvoľnia a dráždenie neustúpi. Ak pacient nedokáže kašlať, dýchať, hovoriť ide o silné dusenie, ktoré vyžaduje okamžitý zásah (Doenges, Moorhouse. 2001).

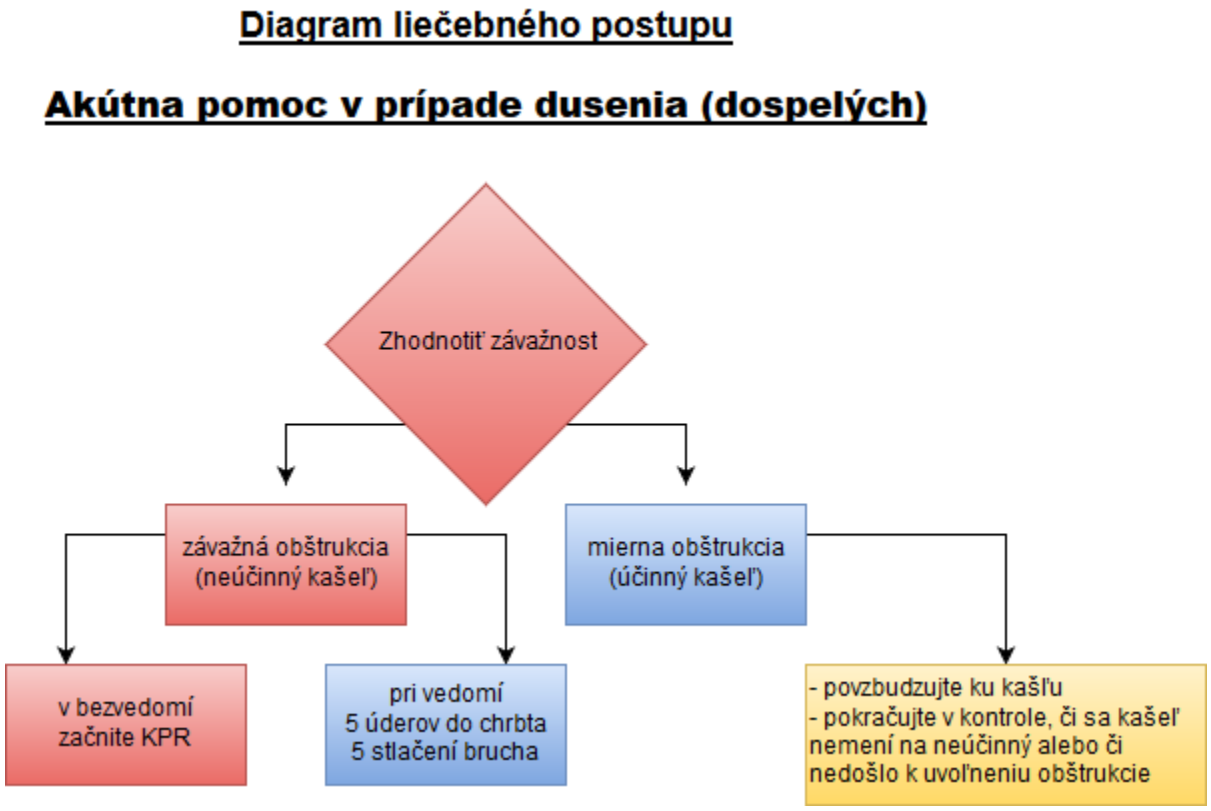
Podľa Európskej resuscitačnej rady (2012) je obštrukcia dýchacích ciest cudzím telesom (ODCCT) je zriedkavá, ale potenciálne liečiteľná príčina náhlej smrti. Príznaky, ktoré umožnia rozlíšenie medzi ľahkou a ťažkou obštrukciou, sú zhrnuté v tabuľke č. 5. Postup pri dusení u dospelého je na obrázku č. 5.

Tabuľka č. 5

Rozlíšenie ľahkej a ťažkej obštrukcie dýchacích ciest		
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHĽTANIA		
Príznak	**Ľahká obštrukcia**	**Ťažká obštrukcia**
„Dusíte sa ?“	„Áno“	Neschopnosť rozprávať, môže súhlasne kývať hlavou
Iné príznaky	Môže rozprávať, kašľať, dýchať	Nemôže dýchať, pískavé dýchanie, tiché pokusy o kašeľ, bezvedomie

Všeobecné príznaky ODCCT: vznik počas jedenia, postihnutý si chytá krk.

Algoritmus č. 1: Akútna pomoc v prípade dusenia u dospelých



Zdroj: autori štandardu.

◊ Sestra aktívne **predchádza duseniu u pacienta pri individuálnej starostlivosti**, sestra, ktorá kŕmi pacienta má **potrebné znalosti a zručnosti**, vie poskytnúť prvú pomoc pri dusení a bezodkladne zasiahne :
okamžite privolá pomoc ostatného personálu a podľa stavu pacienta použije
a) Gordonov úder
b) Heimlichov manéver

Ak sa nepodarí odstrániť cudzie teleso, resp. pacient sa dusí, sestra zavolá, alebo požiada niekoho, aby zavolali v nemocnici na OAIM oddelenie, v iných zariadeniach, alebo v zariadeniach sociálnych služieb privolá **RLP, a do príchodu RLP pokračuje KPR**.

D. Špecifiká ústnej hygieny pri dysfágii

Dobrá ústna hygiena je základným prvkom v prevencii negatívnych následkov aspirácii. Zdravá ústna dutina závisí na adekvátnom príjme tekutín a potravy, produkcie slín, orálnej hygieny a schopnosti žuvania. Zvýšená starostlivosť o dutinu ústnu vedie k zníženiu množstva respiračných patogénov a tým aj k zníženiu rizika aspiračnej pneumónie, zlepšením prehltacieho reflexu a prahu kašľacieho reflexu. (Van der Maarel-Wierink et.al., 2013)

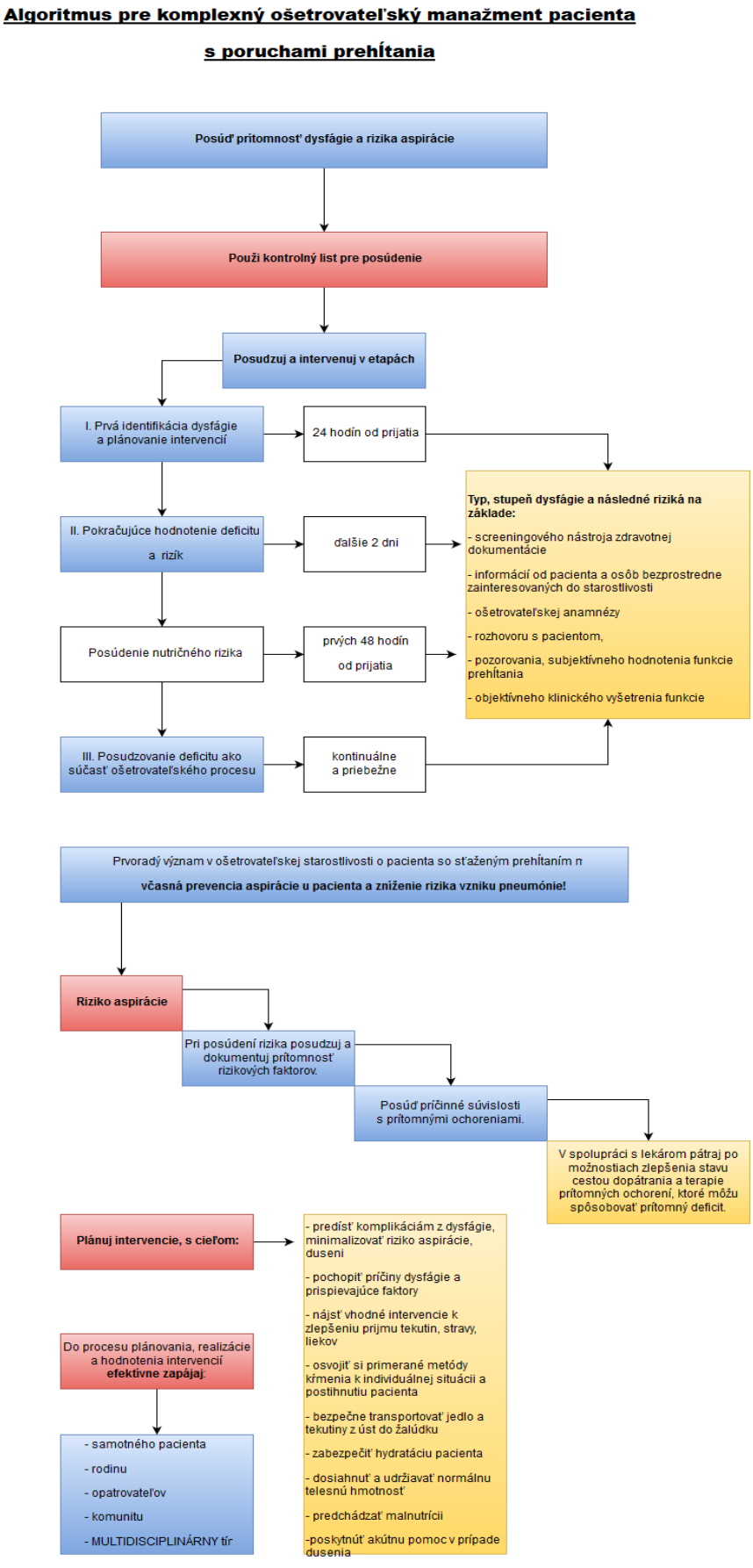
◊ Sestra aktívne **predchádza poškodeniu, k zanedbaniu hygieny ústnej dutiny**, sestra, ktorá kŕmi pacienta má **potrebné znalosti a zručnosti**, zabezpečí aby pacient s dysfágiou mal zdravú ústnu dutinu, aj keď má zavedenú sondu (NGS, PEG, chirurgická gastrostómia), alebo dostáva výživu a hydratáciu iným spôsobom (parenterálne). Sestra pozná objektívne kritéria pri zhodnotení zdravej ústnej dutiny, ktorými sú:

- čisté zuby a zubná protéza bez zbytkov potravy, kontrola sestrou 1x/12 hod.;
- vhodná zubná snímateľná náhrada (totálna, čiastočná);
- vlhká, bledoružová alebo bledočervená sliznica ústnej dutiny (bez zápalu), povrch jazyka (hladký) a ďasná (pevné, nekrvácajúce), kontrola sestrou 2x/týždeň;
- vlhké pery;
- zdravá ružová sliznica ústnej dutiny, jazyka a ďasna, kontrola sestrou 2x/týždeň (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda B, sila dôkazov Level 2^{++}]);

Rizikom sú lepivé potraviny, napr. tavený syr, zrelý banán, suchý tvaroh.

◊ Manažment dysfágie je dlhodobým procesom, preto je dôležité uviesť v prepúšťacej/prekladovej ošetrovateľskej správe stratégie starostlivosti u pacienta s dysfágiou (úprava stravy, režimové opatrenia, nutričná kontrola, následná logopedická starostlivosť).

Algoritmus č. 2: Pacient s poruchami prehĺtania



Zdroj: autori štandardu.

Prognóza a vyhodnotenie

Prognóza u pacientov s príznakom sťaženého prehĺtania sa veľmi líši. Veľmi dobrú prognózu má dysfágia pri refluxnej chorobe, ale infaustnú pri pokročilom karcinóme pažeráka. Dysfagické ťažkosti prítomné pri viacerých neurologických ochoreniach nemusia byť zo začiatku vážne, ale v konečnom dôsledku môžu mať fatálne následky (Jurgoš, 2006).

- **Meranie a hodnotenie výsledkov manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s dysfágiou**

Úspešnosť manažmentu pacientov s dysfágiou individuálnym posúdením plnenia cieľov (pozri tiež Ciele v časti Plánovanie a realizácia). Pracoviskám odporúčame **hodnotiť celkovú úspešnosť prístupov meraním efektu prístupov u všetkých pacientov s dysfágiou pri použití vybraných ukazovateľov** (uvádzame príklady):

- nárast sebestačnosti v prijme potravy, tekutín, liekov, bez rizika aspirácie
- zlepšenie psychického/mentálneho stavu u pacientov s dysfágiou,
- znižujúci sa počet aspirácii, dusenia sa
- klesajúci počet pacientov s aspiračnou pneumóniou
- rastúci/stabilný pozitívny trend spokojnosti orientovaných pacientov/ich blízkych apod.

Požadovaným výsledkom ošetrovania pacienta metódou v kontexte ošetrovateľského procesu s kladením dôrazu na sekundárnu a terciárnu prevenciu má priniesť maximálne možné saturovanie jeho bio – psycho – sociálnych potrieb so zohľadnením získania čo najväčšej samostatnosti, zvládania denných aktivít a zachovania čo najvyššej kvality života pacienta. Súčasťou zvládnutia ošetrovateľskej starostlivosti je dostatočne edukovaný pacient, prípadne ošetrujúce osoby, ak je pacient mimo ústavnej starostlivosti. Základný princípom je analyzovanie príčinných súvislostí a následné plánovanie a zodpovedná realizácia opatrení s cieľom minimalizovať psychický, či fyzický dyskomfort pacienta, prítomné poruchy správania a riziká s tým spojené. Prognózu vývoja stavu pacienta pozitívne ovplyvňuje skúmanie a prehodnocovanie prístupov s cieľom dosiahnuť individuálne definované výsledky starostlivosti.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

◊ Ošetrovanie pacienta s poruchou prehĺtania v rámci následnej (dlhodobej starostlivosti), je indikáciou pre ošetrovanie v

- dome ošetrovateľskej starostlivosti,
- zariadení sociálnych služieb s celodenným zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti,
- ADOS/mobilnom hospici za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu.

Dôvodom je riziko aspirácie (destabilizácie), predpokladaná potreba poskytnutia prvej pomoci i kontext ochorenia (progresívne ochorenie, polymorbidita, krehkosť).

◊ Poskytovateľ zdravotnej, alebo zdravotno-sociálnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) má vytvorený a v praxi implementovaný postup na eliminovanie **rizika aspirácie, rizika vzniku pneumónie, rizika dusenia sa.** Cieľom postupu je **predchádzať aspirácii, aspiračnej pneumónii a znižovať riziko dusenia sa** pacientov v súvislosti s dysfágiou.

◊ **Poskytovateľ realizuje činnosti znižujúce počet predvídateľných rizík vzniku aspiračnej pneumónie u pacientov** v zariadení.

◊ Poskytovateľ efektívnym spôsobom **analyzuje príčiny** a **vyhodnocuje následky rizík z aspirácie u pacientov s dysfágiou**. Výsledky hodnotení zohľadňuje pri udržaní a budovaní kultúry bezpečnosti pacienta.

◊ Poskytovateľ zabezpečuje **vhodnú nedráždivú stravu** a tekutiny pre pacienta s dysfágiou, strava je vkusne upravená, vhodnej konzistencie a primeranej teploty, mixovaná, alebo pomletá, s dôrazom na výber preferovanej stravy pacientom, alebo vhodné tekutiny upravené zahusťovadlom.
◊ Poskytovateľ zabezpečuje **pravidelné, preventívne vzdelávanie** zdravotníckeho a iného personálu pre zlepšovanie techník a výmenu zručností v oblasti podávania stravy a tekutín pacientom s rizikom v súvislosti disfágiou.
◊ Personál organizácie je povinný vykonať opatrenia na zabránenie aspirácie, dusenia sa u pacienta, a tým predísť vážnym komplikáciám v dôsledku aspirácie – zápalu pľúc, udusenia sa a iné. Ošetrujúci personál pritom dbá na udržanie rovnováhy medzi ochranou ľudských práv, zachovaním dôstojnosti a ochranou zdravia a života pacienta pred poškodením v dôsledku jeho slabosti, nerovnováhy, dezorientácie, či straty posúdenia vlastných schopností.
◊ V organizácii nemožno dopustiť zanedbanie, resp. vedomé pripustenie situácie, ktorá je riziková z hľadiska zachovania zdravia pacienta a života, zvlášť ak u pacienta v minulosti došlo k aspirácii, alebo pneumónii z vyššie uvedených dôvodov.
◊ Poskytovateľ zabezpečí aby sestra pri príjme a v priebehu pobytu pacienta realizovala dokumentované posúdenie rizika aspirácie, rizika aspiračnej pneumónie, rizika dusenia a poškodenia pacienta, určenie opatrení na zníženie toho to rizika, spadá to do kompetencie službukonajúcej sestry (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 3,4]).
◊ Súčasťou dokumentácie je písomný informovaný súhlas pacienta v zmysle platnej legislatívy.
◊ Informáciu o výsledkoch posúdenia, v prípade preukázateľného rizika aspirácie a poškodenia, poskytuje ošetrujúca, resp. príjmová sestra tiež rodine, blízkym pacienta, pacienta.
◊ Nesúhlas blízkych s opatreniami na zabezpečenie pacienta je okamžite oznámený vedúcej sestre, ktorá citlivo posúdi riešenie tejto situácie (rozhovor s blízkymi, edukácia o rizikách….).
◊ Opatrenia na úpravu stravy, prevenciu aspirácie musia byť vykonávané len s predchádzajúcou podporou a poučením pacienta, jeho príbuzných, rodiny, komunity na základe:

- **posúdenia rizika** a so súhlasom blízkych,
- **písomného informovaného súhlasu pacienta**, jeho zástupcu, ktorému predchádzala zreteľná a jasná edukácia zdravotníckym personálom poskytovateľa,
- **individuálna úprava režimu** tak, aby sa pacient mal dostatok času na bezpečný príjem potravy, tekutín, tak, ako je to možné,
- **individuálna úprava priestoru** s eliminovaním narušenia súkromia a intimity u pacienta počas stravovania len na nevyhnutný čas,
- **individuálne stravovanie**, s ohľadom na preferencie pacienta, vždy pod dozorom ošetrujúceho personálu.

◊ Poskytovateľ používa efektívny spôsob bezpečného odovzdávania informácií súvisiacich s primeraným zabezpečením KOS u pacienta v súvislosti s dysfágiou, vrátane eliminovania aspirácie, dusenia.
◊ Poskytovateľ používa efektívny spôsob **na podporu stravovania**, **hydratácie,** resp. prevenciu zníženia hmotnosti a prevenciu nežiaducej dehydratácie pacientov.
◊ Poskytovateľ používa efektívny spôsob **posúdenia potreby a zabezpečenia kompenzačných pomôcok pre vkusnú úpravu jedla, zahusťovadlá tekutín, ploché lyžičky, špeciálne poháriky, termosky pre udržiavanie teplého jedla, nápojov.**
◊ Poskytovateľ používa efektívny spôsob **včasnej edukácie pacienta a jeho blízkych o vhodných kompenzačných pomôckach.**
◊ Poskytovateľ podporuje všetkých pracovníkov, ktorí sa podieľajú na indikácii a prevencii pacienta s dysfágiou pravidelne vo vzdelávaní v tejto problematike a stanovuje štandardné kritériá na interpretáciu

výsledkov (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 3,4]).

◊ Poskytovateľ pacientom s deficitom seba opatery 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, po každom jedle,
- celkový kúpeľ /sprchu minimálne raz za 7 dní,
- hygiena, bezprostredne po znečistení stravou.

◊ 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 nutné uložiť do bezpečnej, vysokej Fowlerovej polohy.**
◊ Pacienti s dysfágiou **nie sú umiestnení na izbe s nepokojným, mobilným pacientom** (riziko ublíženia).
◊ Všetci zamestnanci sú školení a vedení k priebežnej kontrole a **udržiavaniu bezpečnosti pacienta z hľadiska rizika aspirácie**:

- bezpečný režim stravovania pacientov,
- primerané osvetlenie,
- včasné reagovanie na dožadovanie sa pomoci zo strany imobilného pacienta,
- kolektívny dozor, kolektívna zodpovednosť za aktívny prístup v prípade identifikácie rizika (napríklad dusiaci sa pacient, porucha signalizácie apod.).

◊ Všetci zamestnanci sú školení a vedení k **bezpečnému stravovaniu pacienta s dysfágiou** pri dodržiavaní nasledujúcich pravidiel:
1. Za bezpečné stravovanie, hydratovanie pacienta s dysfágiou zodpovedá zamestnanec, ktorý pacienta kŕmi, hydratuje.
2. Pred stravovaním, pitím skontrolovať teplotu, viskozitu, konzistenciu stravy tekutín, ak je to potrebné pacienta zabezpečiť polohu hlavy pacienta.
◊ V prostredí mimo izbu, oddelenie, pracovisko (napr. nemocnica, ambulancia..) neponechávať zmäteného pacienta samotného, bez dohľadu (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 3,4]).
◊ Poskytovateľ zabezpečuje **denný program pohybovej a mentálnej aktivizácie pacientov s dysfágiou.** Hlavným cieľom činností je aktivizovať/stimulovať osobnosť udržať, stabilizovať jeho mentálne, fyzické, senzorické, spirituálne danosti.
◊ Poskytovateľ zabezpečuje pri zohľadnení zdravotného stavu, možností a schopností **individuálne,** alebo **skupinovo** tieto druhy aktivít:

- činnosti podporujúce mentálne schopnosti (napríklad kvízy, spoločenské hry, krížovky),
- činnosti podporujúce fyzickú zdatnosť (kinezioterapia – telesná aktivizácia, napríklad dýchacie cvičenia, rozcvička, cviky s loptou),
- činnosti podporujúce senzorické schopnosti (napríklad muzikoterapia, techniky výtvarného umenia, spev),
- spirituálne aktivity (napríklad modlitby, sväté omše, evanjelické služby),
- podpora sociálnych kontaktov,
- ergoterapia, animoterapia, liečba smiechom a iné činnosti, ktoré pozitívne stimulujú pacienta.

◊ Pracovisko je primerane **vybavené funkčnými pomôckami** uľahčujúcimi úpravu stravy, tekutín, manipuláciu, polohovanie imobilných pacientov.

◊ Pacienti s **najťažším stupňom imobility, ktorí nedokážu zmeniť polohu**, **súčasne majú aj sťažené prehĺtanie,** vzhľadom na **riziko udusenia 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 dysfágiou sa zabezpečuje multidisciplinárne v tíme.

Ďalšie odporúčania

◊ Sestra realizujúca príjem pacienta do KOS, posudzuje prítomnosť dysfágie u pacienta v kontexte **celkového zhodnotenia rizík/destabilizácie** pacienta. **Stupeň dysfágie, úroveň rizika aspirácie, riziko aspiračnej pneumónie, riziko sociálnej izolácie, osobitne riziko dusenia a udusenia** 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.

- **Multidisciplinárna spolupráca** je pri procese prevencie rizík destabilizácie pacienta z dysfágie veľmi dôležitá v zariadeniach vznikajú **dysfagiologické tímy**, ktorých členovia sú ošetrujúci lekár, klinický logopéd, sestra, lekár ORL, röntgenológ, nutričný odborník, fyzioterapeut, ergoterapeut a ďalší zdravotnícki pracovníci.
- Používanie **informatívnych etikiet pre rýchlu identifikáciu pacienta s dysfágiou**, určenie stupňa dysfágie spolu s úrovňou rizika aspirácie, transparentná a etická identifikácia pacienta vedie k eliminácii rizík destabilizácie pacienta so sťaženým prehĺtaním.
- **Používanie textúr úpravy stravy, vhodných pre pacienta s dysfágiou**

Prehĺtanie tekutín u pacientov s dyságiou je najproblémovejšie. Rozdielna obtiažnosť prehĺtania je u pacientov s demenciou, alebo bez demencie**. Prehĺtanie tekutín ovplyvňuje najmä viskozita, ale aj teplota tekutín.** Pre väčšinu tekutín platí nepriamo úmerný vzťah, čím vyššia teplota, tým nižšia viskozita. Chladný bolus potraviny pacientom pomáha rozpoznať prítomnosť potraviny v ústach. Pri prehĺtaní tekutín, ktoré sú sýtené oxidom uhličitým dochádza k stimulácii nociceptorov v ústnej dutine a zrejme i faryngu a tým i k zlepšeniu prehĺtania. (Cichero, Murdoch, 2006). **Zahustené tekutiny majú primárny ciel znížiť riziko aspirácie, modifikácia pevnej stravy je zasa dôležitá pre zníženie rizika dusenia** (Cichero et. al., 2013).
Poradenstvo o modifikácii stravy a kompenzačných technikách sa zvyčajne uvádza po analýze fyziológie prehĺtania (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 3,4]).
Solná a kol. (bez dátumu) opísali **tri úrovne zahustených tekutín: nektár, med a puding.**
V snahe znížiť riziko dusenia je používaná strava, ktorá sa ľahko požuje, alebo ju vôbec netreba požuť, je kompaktná a vlhká. Solná a kol. definovali dve textúry úpravy stravy vhodné pre pacienta s dysfágiou:

1 **pevné látky vo forme pyré, alebo pudingu**, ktoré sú homogénne a súdržné, nevyžadujú hryzenie, požutie
2 **pomleté, posekané polotuhé látky**, ktoré vyžadujú mierne požutie, môžu obsahovať malé kúsky stravy, ktorá je dostatočne vlhká a ľahko sa žuje.

V zahraničí sú uvádzané ďalšie varianty textúr vhodných pre pacientov s dysfágiou. Cicherová et. al. (2013) uvádza 4 typy diét, podľa textúry:

- **tekutá** - riedke pyré homogénne pri podávaní si neudrží svoj tvar,
- **husté pyré** - mäkká, hladká, homogénna, súdržná strava, po podaní si udrží svoj tvar,

- **jemne mletá** - mäkká diéta súdržnej textúry s kúskami potravy s veľkosťou 0,5cm x 0,5cm, vyžaduje požutie,
- **modifikovaná normálna strava** rôznych textúr, vyžadujúca požutie, ale konkrétne jedlá, ktoré predstavujú riziko dusenia nie sú podávané.

Textúra modifikovaného jedla by mala byť príťažlivo prezentovaná a chutná, pacienti by mali máte možnosť výberu jedál, modifikované textúry môžu byť obohatené, aby mohli vyhovieť výživovým hodnotám pre pacienta. **Príjem potravy a tekutín by sa mal monitorovať**, ak je to potrebné, malo by sa zvážiť odporúčanie dietológa (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 2+]).

Rizikové sú potraviny, ktoré sa vyznačujú lepivosťou napr. **tavený syr, nezrelý banán, suchý tvaroh, vajce natvrdo** a pod, pri prehĺtaní sa obtiažne spracovávajú. V mnohých prípadoch dysfágie sa neodporúčajú podávať (Solná a kol.).

- **Príklady screeningových nástrojov subjektívneho posudzovania stupňa dysfágie a rizika aspirácie**

Obr. č.5. *Subjektívne a objektívne metódy uplatňované pri diagnostike dysfágie* (Mandysová, Škvrňáková 2016)



Príklad screeningových nástrojov subjektívneho posudzovania stupňa dysfágie a rizika aspirácie u pacientov - dotazník EAT - 10 (Belafský et.al) :

Dotazník je používaný pre posúdenie funkcie prehĺtania v mnohých krajinách, aj v Česku (Mandysová 2016). Český preklad publikovala Vejrostová a kol. (2012). Autori tento dotazník použili k zisťovaniu prevalencie subjektívnych problémov u pacientov so sťaženým prehĺtaním u seniorov. Validita dotazníka síce nie je potvrdená, ale odborní autori - Cheney et. al. (2015) prešetrili, že dotazník predikuje riziko aspirácie u pacientov s dysfágiou s rôznymi primárnymi diagnózami.

Sestra pacientovi číta jednotlivé položky nástroja EAT-10 a pritom realizuje záznam odpovedí. Tento postup umožňuje indikovanie i takých pacientov, ktorí majú problémy so zrakom, alebo z rôznych príčin nemôžu dotazník sami vyplňovať. Prítomnosť čo i len 1 bodu, na jednej položke v dotazníku EAT-10 znamená, že sú prítomné symptómy sťaženého prehĺtania u pacienta. Sestra výsledok zaznamená do dokumentácie a upresní v akej oblasti dysfágie má pacient problém.

Tabuľka č. 1

Dotazník o prijímaní potravy (EAT - 10) (Vejrostová a kol., 2012)					
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHĽTANIA					
Dotazník o prijímaní potravy (EAT - 10)					
Meno:	Dátum a čas:				
Určite, do akej miery sú pre vás problematické tieto situácie:	0 = tento problém vobec nemám 4 = toto je pre mňa veľký problém				
1. Kvôli sťaženému prehĺtaniu strácam na váhe.	0	1	2	3	4
2. Kvôli sťaženému prehĺtaniu ísť sa inam stravovať, je ťažké.	0	1	2	3	4
3. Prehĺtanie tekutín je pre mňa obtiažne.	0	1	2	3	4
4. Prehltanie liekov, tabletiek je pre mňa obtiažne.	0	1	2	3	4
6. Prehĺtanie je pre mňa bolestivé.	0	1	2	3	4
7. Prehĺtanie mi kazí radosť z jedla.	0	1	2	3	4
8. Pri prehĺtaní sa mi jedlo zadrháva, ostáva v krku.	0	1	2	3	4
9. Pri jedle kašlem.	0	1	2	3	4
10. Prehĺtanie je pre mňa stresujúce.	0	1	2	3	4
Celkom EAT - 10					

Príklad screeningových nástrojov objektívneho klinického posudzovania stupňa dysfágie a rizika aspirácie u pacientov s CMO a neurologickým ochorením GUSS:
V klinickej praxi sa najčastejšie používajú Massey Bedside Swallowing Screen test a Gugging Swallowing Screen test (GUSS), alebo Daniels (test vodou), ktorých reliabilita, špecificita senzitivita a prediktívna validita boli potvrdené viacerými výskumnými štúdiami. Test vodou na prehĺtanie sa má používať ako súčasť skríningu aspiračného rizika (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda B, sila dôkazov Level 2+]). Skríningové vyšetrenie, až po indikácie lekára vykonáva sestra. Výsledky skríningu sestra vždy oznámi ošetrujúcemu lekárovi, urobí záznam s menom pacienta, dátumom a časom, podpisom sestry a založí do dokumentácie pacienta.

Negatívny výsledok skríningového vyšetrenia – sestra zabezpečí stravu normálnej konzistencii, tekutiny a medikácie bez obmedzenia, pri prvom príjme potravy sestra je vždy prítomná, v prípade potreby asistuje.

Pozitívny výsledok skríningového vyšetrenia – sestra zabezpečí stravu, tekutiny a medikácie a v prípade potreby aj logopedickú starostlivosť, dľa výsledkov a dľa ordinácie lekára. Ak je prítomné riziko aspirácie vzhľadom na pretrvávajúcu poruchu prehĺtania je potrebné pokračovať v režime NPO. Výživu pacienta sestra zabezpečí vo forme parenterálnej alebo enterálnej výživy (kŕmenie cez nasogastrickú sondu, cez PEG) podľa ordinácie lekára v rámci závislých ošetrovateľských intervencií.

Skríningové vyšetrenie je potrebné opakovať, prehodnocovať a aktualizovať terapeutický plán 1x týždenne od prijatia pacienta do nemocnice, pri prepustení, alebo podľa potreby napr. pri zhoršení zdravotného stavu.

- **Screeningový nástroj objektívneho klinického posudzovania stupňa dysfágie a rizika aspirácie u pacientov s CMO a neurologickým ochorením GUSS :**

Pre screening pacientov s cievnou mozgovou príhodou sestrou je vhodný štandardný objektívny screening vyšetrovania GUSS, založený na dôkazoch "evidence-based". Nástroj obsahuje aj odporučenia vychádzajúce z výsledkov vyšetrenia. Sestra pritom spolupracuje s logopédom, s lekárom. Validita diagnostických parametrov je známa pre anglickú verziu. Senzitivita screeningu je 100%, negatívna prediktívna hodnota 100%, špecificita 50-69%, pozitívna prediktívna hodnota 74-81%, na základe výsledkov u 50-tich pacientov s diagnózou NCMP (Mandysová, P., Škvrňáková J., 2016) .

Guss skríningový test dysfágie je realizovaný pri lôžku pacienta, (step by step) s akútnou cievnou mozgovou príhodou. Na základe výsledkov určuje stupeň dysfágie (4 stupne – ťažká dysfágia, stredne ťažká, ľahká a bez dysfágie) a riziko aspirácie.

Test má dve časti: **Nepriamy test prehĺtania** (sestra sleduje bdelosť, kašeľ a prehltnutie slín – bez ťažkostí, slintanie, zmena hlasu). **Priamy test prehĺtania** – obsahuje 3 subtesty, prehĺtanie zahustenej tekutiny, tekutiny a tuhej stravy (sestra sleduje 1. prehĺtanie -nie je možné, oneskorene, bez ťažkostí, 2. kašeľ, 3.slintanie, 4. zmena hlasu.

Sestra pred skríningovým vyšetrením pacienta testom GUSS:

- **nachystá pomôcky** - hrnček alebo pohár, čajovú lyžičku, čistú vodu, zahusťovadlo (Nutilis Powder), piškóty alebo kus chleba, GUSS skríningový test, informuje pacienta o plánovanom výkone;
- **pacienta uloží do vhodnej polohy**, sed, alebo polosed, skontroluje stav hygieny ústnej dutiny, hodnotí stav vedomia;
- **vykonáva vyšetrenie** dľa pokynov testu GUSS:

  - pacient je najmenej 15 min. v bdelom stave;
  - pacient je schopný cielene zakašlať, alebo odkašlať si;
  - pacient je schopný na výzvu prehltnúť sliny bez slintania, bez zmeny hlasu, ak má pacient výrazne sucho v ústach sestra navlhčí pacientovi ústnu dutín;
  - sestra zahusťuje tekutinu do konzistencie typu pyré, alebo pudingu, podáva ½ lyžičky do úst pacienta, pri úspešnom prehĺtaní opakuje 5 x, pričom stále sleduje pacienta
  - sestra tekutinu, čistú vodu podáva z pohára po dúšku, pri úspešnom prehĺtaní vyzve pacienta aby vypil naraz cca 50 ml vody;
  - sestra podáva kúsok chleba, alebo ½ piškóty a opakuje 5x. Sestra sleduje pacienta, čas a ťažkosti pri prehĺtaní;

- **vypracuje záznam.**

Tabuľka č. 2a

GUSS vyšetrenie - Gugging Swalloving Screen (Trapl, M. et al., 2007)
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHĽTANIA

GUSS - vyšetrenie			
Meno:		Dátum:	Čas:
1. Predtestové vyšetrenie - Nepriamy test prehĺtania			
		Áno	Nie
Bdelosť	Pacient musí byť bdelý najmenej 15 min.	1 □	0 □
Kašeľ, odkašľávanie	Voľný kašeľ Pacient by mal zakašľať, odkašľať 2x	1 □	0 □
Prehĺtanie slín úspešné		1 □	0 □
Drooling		0 □	1 □
Zmena hlasu	Chrapot, kloktavý hlas, zastretý hlas, slabý hlas	0 □	1 □
	Celkom	(5)	
		B=1-4 → zastavte vyšetrovanie a pokračujte neskôr B=5 → pokračujte časťou 2	

2. Priamy test prehĺtania - pomôcky : čistá voda, plochá čajová lyžička, zahusťovadlo, chlieb			
V nasledujúcom poradí	1→	2→	3→
	Zahustená tekutina *	Tekutina**	Pevná strava***
Prehĺtanie			
• Prehĺtanie nie je možné	0 □	0 □	0 □
• Prehĺtanie oneskorené, tekutiny $> 2\ sec.$ tuhé sústo $> 10\ sec.$	1 □	1 □	1 □
• Prehĺtanie úspešné	2 □	2 □	2 □
Kašeľ mimovoľný, pred, počas, alebo po prehltnutí s oneskorením do 3 minút			
• Áno	0 □	0 □	0 □
• Nie	1 □	1 □	1 □

Tabuľka č. 2b

GUSS vyšetrenie - Gugging Swalloving Screen (Trapl, M. et al., 2007)
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHĽTANIA

GUSS - vyšetrenie			
Drooling			
• Áno	0 □	0 □	0 □
• Nie	1 □	1 □	1 □
Zmena hlasu: počúvajte hlas pred a po prehltnutí - pacient by mal hovoriť "O"			
• Áno	0 □	0 □	0 □
• Nie	1 □	1 □	1 □
Celkom	(5)	(5)	(5)
	B= 1-4 → zastavte vyšetrovanie a pokračujte neskôr[1] B= 5 → pokračujte tekutinami	B= 1-4 → zastavte vyšetrovanie a pokračujte neskôr[1] B= 5 → pokračujte pevnou konzistenciou stravy	B= 1-4 → zastavte vyšetrovanie a pokračujte neskôr[1] B= 5 → norma
Celkom: Súčet výsledkov priameho a nepriameho testu prehĺtania.....(20)			

*	Prvé zaznamenanie po 1/3-1/2 čajovej lyžičky vody so zahusťovadlom (konzistencia pudingu) Pokiaľ nie sú žiadne symptómy, aplikujete 3-5 lyžičiek. Hodnoťte po 5.-tej lyžičke.
**	3, 5, 10, 20 ml vody - pokiaľ symptómy nie sú prítomné, pokračujte s 50 ml vody (Daniels et al., 2012, Gottlieb et al., 1996). Hodnoťte a ukončite vyšetrenie akonáhle spozorujete jedno z kritérií
***	Klinicky: suchý chlieb, FEES: suchý chlieb namočený do zafarbenej tekutiny
1	Použite funkčné vyšetrovacie metódy ako VFS, FEES

Tabuľka č. 3

GUSS vyhodnotenie testu - Gugging Swalloving Screen (Trapl, M. et al., 2007)			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHĽTANIA		
Výsledky GUSS testu v bodoch		**Stupeň dysfágie**	**Odporúčanie**
20	Zahustená a tekutá konzistencia úspešná, Pevná strava úspešná	**Ľahká dysfágia** Minimálne riziko aspirácie	Normálna diéta Bežné tekutiny, prvýkrát pod dohľadom logopéda, asistenta výživy
15-19	Zahustená a tekutá konzistencia úspešná, Pevná strava neúspešná	**Ľahký stupeň dysfágie** Nízke riziko aspirácie	Dysfagická diéta* Tekutiny pomaly po dúšku Funk.vyšetr. metódy FEES,VFS Kontaktovať klinického logopéda
10-14	Zahustená konzistencia úspešná, Tekutiny neúspešné	**Stredný stupeň dysfágie** Vysoké riziko aspirácie	Dysfagická diéta** Tekutiny zahusťované Funk.vyšetr. metódy FEES,VFS Kontaktovať klinického logopéda dopl. NGS, Parenterálna výživa
0-9	Predtestové vyšetrenie neúspešné, Zahustená konzistencia neúspešná	**Ťažká dysfágia** Vysoké riziko aspirácie	Nič per os Funk.vyšetr. metódy FEES,VFS Upozorniť klinického logopéda NGS, parenterálna výživa

* Pyré a mäkká konzistencia jedla

** Strava konzistencie ako detská výživa, doplnená parenterálnou výživou.

Všetky tekutiny musia byť zahusťované. Lieky musia byť drvené a zmiešané so zahustenou tekutinou, žiadne lieky v tekutej forme, t.j. kvapky, sirupy.

Sestra po ukončení skríningového vyšetrenia pacientovi vyčistí ústnu dutinu, test vyhodnotí, o výsledkoch informuje ošetrujúceho lekára, zabezpečuje vhodný typ výživy. GUSS skríningové vyšetrenie sestra opakuje po 24 hod., po prvom teste u pacienta s NCMP, potom 1x týždenne v prvých 4 týždňoch, pri zmene celkového stavu a pred prepustením.

Alternatívne odporúčania

Tabuľka č. 4a

Možnosti dotazníkov pre subjektívne hodnotenia dysfágie k roku 2017 (Keage et al., 2005)				
Dotazník	**Zdroj**	**Počet položiek**	**Čas administ.**	**Poznámka**
Dysfhagia in multiple Sclerosis Questionnaire (DYMUS)	Bergamaschi et al. (2008)	10	-	Pre pacientov s rozstrúsenou sklerózou, posudzuje sa prehĺtanie stravy a tekutín, odpovede "áno", alebo "nie"
Dysfhapark Questionnaire	Bayes - Rusinňol et al. (2011)	18	-	Pre pacientov s Parkinsonovou chorobou, k dispozícii v španielčine, posudzuje efektivitu a bezpečnosť prehĺtania na škále od 0 = "nikdy" až 3 = "vždy"
EAT - 10	Belafský et al. (2008)	10	< 2 min.	Pre pacientov s dysfágiou rôznej etiológie zameranéj na fyzické ťažkosti pri prehĺtaní, netýka sa psychosociálnej oblasti a funkčnej schopnosti pacienta
Radboud Oral Motor Inventory for Parkinson´s Disease (ROMP)	Kalf et al. (2011)	23	-	Pre pacientov s Parkinsonovou chorobou, posudzuje fyzické potiaže s prehĺtaním, jedna otázka je zameraná na psychosociálnu oblasť, hodnotí sa na škále 1 = "normálne", až do 5 = "najzávažnejšie"
Swallowing Disturbance Questionnaire (SDQ)	Cohen, Manor (2011)	15	10 min.	Pôvodne pre pacientov s Parkinsonovou chorobou, ale používaný pre dysfágiu spojenú s inými diagnózami, zameriava sa na fyzické potiaže s prehĺtaním, hodnotí sa na škále 0 = "nikdy" až 3 = "veľmi často", 7x týždenne, jedna otázka sa hodnotí "áno" alebo "nie"

Tabuľka č. 4b

Možnosti dotazníkov pre subjektívne hodnotenia dysfágie k roku 2017 (Keage et al., 2005)

Dotazník	Zdroj	Počet položiek	Čas administ.	Poznámka
SWAL-QOL	McHorney et al. (2000)	44	15 min.	Hodnotí 10 oblastí kvality života zahŕňa fyzické, sociálne, psychické a kultúrne aspekty, hodnotí sa na 5 bodovej Likertovej škále, bol preložený do viacerých jazykov, praktické uplatnenie je sťažené jeho dĺžkou a náročnou formuláciou niektorých otázok
Sydney Swallow Questionnaire (SSQ)	Wallace, Midleton, Cook (2000)	17	5-10 min	Pre pacientov s dysfágiou rôznej etiológie, zameriava sa na fyzické potiaže s prehĺtaním, berie do úvahy konzistenciu prehĺtaného jedla alebo tekutiny, hodnotí sa pomocou vizuálnej analógovej škály okrem dvoch otázok, ktoré sa hodnotia pomocou číselného skóre
Deglutition Handicap Index (DEGHI)	Woisard, Andrieux, Puech (2006)	30	-	Pre pacientov s dysfágiou rôznej etiológie, hodnotí tri oblasti fyzickú, emočnú a funkčnú, hodnotí sa na 5 bodovej škále od 0 = "nikdy", až 4 = "vždy"
Dysphagia Handicap Index (DHI)	Silbergleit et al. (2012)	25	-	Pre pacientov s dysfágiou rôznej etiológie, hodnotí tri oblasti fyzickú, emočnú a funkčnú, hodnotí sa frekvenica ťažkostí ("nikdy", "niekedy" a "často") a ich závažnosť na škále od 1 = "normálne" až do 7 = "závažný problém"

Špeciálny doplnok štandardu

ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP

KONTROLNÝ LIST

POSÚDENIE PRÍTOMNOSTI DYSFÁGIE A RIZIKA ASPIRÁCIE

Pracovisko :

Meno :

Dátum prijatia :

P. č.	Stupeň dysfágie (hodiace sa zaškrtnúť ☑)	Charakteristika stupňa dysfágie (hodiace sa zaškrtnúť ☑)
1.	□ **Ľahká dysfágia** Minimálne riziko aspirácie	□ Tekutiny, zahustené tekutiny prehĺta pacient úspešne □ Stravu pevnej konzistencie prehĺta pacient úspešne **Nespadá do indikačného rámca štandardu**
2.	□ **Ľahký stupeň dysfágie** Nízke riziko aspirácie	□ Tekutiny, zahustené tekutiny prehĺta pacient úspešne □ Stravu pevnej konzistencie prehĺta pacient neúspešne **Spadá do indikačného rámca štandardu**
3.	□ **Stredný stupeň dysfágie** Vysoké rizko aspirácie	□ Zahustené tekutiny prehĺta pacient úspešne □ Stravu pevnej konzistencie prehĺta pacient úspešne □ Tekutiny prehĺta neúspešne **Spadá do indikačného rámca štandardu**
4.	□ **Ťažký stupeň dysfágie** Vysoké riziko aspirácie	□ Zahustené tekutiny prehĺta pacient neúspešne □ Stravu pevnej konzistencie prehĺta pacient úspešne □ Tekutiny prehĺta neúspešne **Spadá do indikačného rámca štandardu**

Dňa : .....

Opatrenia zapracované v : .....

Schválil (-a) : .....

Posudzoval (-a) : .....

GUSS vyšetrenie - Gugging Swalloving Screen (Trapl, M. a kol., 2007) spracované na podklade ENCAD "Evidence - Based Nursing Care Algorytm of Dysphagia" (Mandysová, Škvrňáková, 2016.)

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

ŠDTP odporúčame revidovať raz ročne z hľadiska posúdenia potreby aktualizácie vo vzťahu k

- aktuálnym publikovaným poznatkom a výsledkom výskumu v dotknutých oblastiach,
- aktualizácie legislatívy,
- najnovším poznatkom vo vzťahu k problematike v zahraničnej praxi,
- výsledkom indikátorov kvality v rámci dobrej praxe pracovísk v SR,
- posúdeniu efektivity,
- zberu podnetov zo strany pracovísk s implementovanými postupmi (v súlade s námetom OPS Akčného plánu pre efektívnu implementáciu zo 7.12.2017),
- podnetom zo strany ZP a ďalších zainteresovaných strán.

Literatúra

BELAFSKÝ, P.C.,MOUADEB, D.A.,RES, C.J., et.al. 2008. *Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10).* Annals of otology, Rhiligy and laryngology, 2008. 117(12):919-924.ISSN 003-4894

CICHERO, J.A.Y., MURDOCH, B., 2006. *Dysphagia: Fundation, Theory and Practice*. Chichester, West Sussex, England: John Wiley & sONS lTD., 2006. 582 S. ISBN 9781-86156-505-1.

CICHERO, J.A.Y., STEELE, C., DUIVESTEIN, J et. al., 2013. *The need for international terminology and definitions for texture - modifeid foods and thickened liquids used in dysphagia management: Foundations of a global initiative.* Current Physical Medicine and Rehabilitation reports, 2013, 1(4): 208-291. ISSN 2167-4833.

DANIELS, S.K., ANDERSON,J.A.,WILSON,P.C., 2012. *Valid items for screening dysphagia risk in patients with stroke.* A systematic rewiew. Stroke, 2012. 43(3): 892-897. ISSN 1524-4628.

DANIELS, S.K., 2000. *Swallowing apraxia: A disorder of the praxis systém?* Dysphagia, 2000. 15(3):159-166.ISSN 1432-0460.

DOENGES, M., MOORHOUSE, M.F., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8

DZIEWAS, R., WARNECKE, T., OLENBERG, S. et. al. 2008. *Towards a basic endoscopic assesment of swalowing in acute stroke - deveůopment and evaluation of a simple dysphagia score.* Cerebrovascular Diseas, 2008, 26(1): 41-47.ISSN 1421-9786.

Európska resuscitačná rada. 2012. *Kardiopulmonálna resuscitácia.* Podľa odporúčaní ERC 2010. Autorizovaný slovenský preklad. Košice: SSAIM, SSUMaMK a I. KAIM UPJŠ LF v Košiciach, 2012. 391 s.

HEP, A., DOLINA, J. 2005. *Funkční poruchy horní části trávicího traktu z pohledu specialisty.* Interní medicína pro praxi, 2005, 1: 17-19, ISSN 1212-7299.

CHENEY, D.M., SIDDIQUI,M.T., LITTS, J.K. et. al. 2015. The *ability of the item Eating Assessment Tool (EAT-10) to predict aspiration risk in person with dysfagia*. Annals of Otology, Rhinology, Laryngology, 2015, 124(5):351-354.ISSN 0003-4894.

JEŘABKOVÁ, P. 2006. *Poruchy polykání - diferenciálna diagnóza.* Lékařské listy (online), 2006. 3 (cit.2015-11-27). Dostupné z http://zdraví.e15cz/clanek/príloha-lekarske-listy/poruchy-polykani-diferencialni-diagnoza-170867.

JURGOŠ, Ľ. a kol., 2006. *Gastroenterologia*, Veda 2006, ISBN 80-224-0893-X.

KEAGE, M., DELATYCKI, M., CORBEN,L., VOGEL,A. *A systematic review of self reported swalloving assesments in progressive neurological disorders.* Dysphagia, 2015. 30(1):27-46, ISSN 1432-0460.

KONTROVÁ, Ľ. et. al. 2005. *Štandardy v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-198-0

LUKÁŠ, K. - ŽÁK, A. a kol. 2014. *Chorobné znaky a příznaky. Diferenciálni diagnostika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

MACLEAN, J., COTTON, S., PERRY, A.,2009. *Post - laryngectomy: its hard to swallow: australian study of prevalence and self-reports of swaloving function after a total laryngectomy.* Dyshagia, 2009, 24(2): 172-179. ISSN 1432-0460.

MANDYSOVÁ, P. ŠKVRŇÁKOVÁ, J., 2016. *Diagnostika porúch polykání z pohledu sestry.* Praha: Grada Publishing.a.s. 2016. 127 s. ISBN 978-80-271-0158.

MIERTOVÁ , M., KURČA, E., TOMAGOVÁ, M. a kol. 2014. *Ošetrovateľstvo v neurológii.* [online]. Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2014.Dostupné na: http://osevneu.jfmed.uniba.sk/. ISBN 978-80-89544-71-4.

ROFES, L.,ARREOLA, V., ROMEA,M. a kol. 2010. Pathophysiology or oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. Neurogastroenterology end Motility, 2010, 22(8): 851-858, e230. ISSN 1365-2982.
SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. Edinburg: SIGN, 2010. 49 s., ISBN 978 1 905813 65 0.
Dostupné na http://www.sign.ac.uk/assets/sign119.pdf
SHEEHAN, N.J., 2008. *Dysphagia and other manifestations of oesophageal involvement in the musculosceletal diseases.* Rheumatology, 2008. 47(6): 746-752. ISSN 1462-0332.
SOLNÁ, G., LASOTOVÁ, N., LEBEDOVÁ, Z. a kol. Návrh jednotného postupu v starostlivosti o pacientov s dysphágiou na iktových jednotkách v ČR (online). Bez dátumu (cit. 2015-10-21). Dostupné z http://nemocnicevitkovice.agel.cz/pracoviste/oddeleni/neurologicke-oddeleni/pdf/pece-o-pac-dysfagie.pdf
TEDLA, M. a kol., *Poruchy polykání.* Havlíčkuv Brod: Tobiáš 2009. 312 s.ISBN: 978-80-7311-105-2.
TEDLA, M.a kol., 2007. *Diagnostika a liečba pacienta s poruchou prehĺtania*. In: Via practica, roč. 4.
TRAPL, M., ENDERLE, P., NOWOTNY, M. a kol. *Dysphagia bedside screening for acute stroke patients: The Gugging Swalowing Screen.* Stroke, 2007.38(11):2948-2952. ISSN 1524-4628
VEJROSTOVÁ, H., PÁNKOVÁ, J., MANDYSOVÁ, P., ŠKVRŇÁKOVÁ,J., *Subjektívně pociťované potíže při polykání: výzkumné šetření pomoci nástroje EAT-10.* Profese online. 2012. V(1):31-34. ISSN 1803-4330.
VAN DER MAAREL-WIERINK, C.D.,2013. *Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people*: a systematic litarature reviuw. Gerondotology, 2013, 30(1): 3-9. ISSN 1741-2358.
Vyhláška č. 306/2005 Z.z. MZ SR, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.
Vyhláška č. 95/2018 Z.z. MZ SR, 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
WILKINS, T.M., GILLIES, R.A., THOMAS, A.M., WAGNER, P.J., 2007. *The prevalence of dysphagia in primary care patients. A HamesNe research network study.* Journal of the American Board of Familymedicine, 2007, 20(2):144-150. ISSN 1558-7118.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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:

Sociálna fóbia - štandardné diagnostické a terapeutické postupy

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0040	*5. apríla 2018*	*schválené*	*1. apríl 2020*

Autori štandardného postupu

MUDr. Ľubica Ferenčáková; PhDr. Katarína Kubašovská; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; prof. MUDr. Ján Pečeňák CSc.

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; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH (odborný garant)

Recenzenti (1. verzie):

Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH.

Technická a administratívna podpora:

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová, Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Mgr. Mária Syneková; PhDr. Katarína Gatialová; Mgr. Anton Moises; Ing. Katarína Krkošková.

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) a NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NPF312041R239)

Kľúčové slová

sociálna fóbia, úzkosť, psychoterapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

EBM – Evidence Based Medicine (medicína založená na dôkazoch)
GABA- gama- Aminomaslová kyselina
KBT- Kognitívne-behaviorálna psychoterapia
MKCH – Medzinárodná klasifikácia chorôb
SSRI - Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (ďalej len „psychiater“) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník - sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Úvod

Sociálna fóbia sa prejavuje silným strachom a vyhýbaním sa sociálnym situáciám. Od bežnej trémy sa líši tým, že výrazne narušuje výkonnosť a sociálnu adaptáciu. Najčastejšie sa jedná o strach z vystupovania na verejnosti, písania, pitia alebo jedenia pred druhými. Typickým rysom sociálnej fóbie je anticipačná úzkosť, čiže strach z očakávania a rozvoj vyhýbavého správania sa. Človek trpiaci sociálnou fóbiou je presvedčený, že iní ľudia si ho nadmerne všímajú a hodnotia ho [1]. Opisuje sa subtyp sociálnej fóbie, ktorý súvisí len so strachom z prezentácie, ktorá je spojená s profesionálnou činnosťou, tento subtyp má lepšiu prognózu [2]. V americkej klasifikácii a v odbornej literatúre je porucha označovaná ako Social Anxiety Disroder s bežne užívanou skratkou SAD.

Prevencia

Prevencia tejto poruchy sa začína už výchovou v rodine, kedy by deti nemali byť vystavované zosmiešňovaniu, ponižovaniu, ale mali by byť vychovávané k zdravému sebavedomiu. Už od útleho detstva je potrebné u detí rozvíjať sociálne zručnosti. V školách je dôležité zamerať sa proti šikane, ktorá môže byť tiež jednou z príčin rozvoja sociálnej fóbie.

Epidemiológia

Sociálnou fóbiou trpí každoročne odhadom okolo 3% populácie. Celoživotná prevalencia je okolo 13% [3]. Okolo 80 - 90 % populácie má niekedy v živote obdobie, že trpia nadmernou hanblivosťou a trémou. V klinickej praxi tvorí sociálna fóbia asi 30% všetkých fóbii [4]. Sociálna fóbia je pomerne málo diagnostikovaná, nakoľko sa ľudia mnohokrát hanbia vyhľadať odborníka kvôli tomuto problému. Najčastejšie sa objavuje v neskorom detstve alebo vo včasnej adolescencii.

Patofyziológia

V patofyziológii sociálnej fóbie sa predpokladajú biologické vplyvy, ale aj vplyvy výchovy a životných udalostí. Poukazuje na významnú mieru genetických faktorov, ktoré presahujú vplyv faktorov zdieľaného (rodinného) prostredia, no významným faktorom je nezdieľané prostredie (škola, sociálne situácie). Neurobiologické zmeny spočívajú v dysregulácii systémov zapojených do spracovania úzkosti spojených so sociálnymi stimulmi, s centrálnou rolou amygdaly. Odlišnosti sa zistili aj v aktivite bazálnych ganglií a autonómneho nervového systému [5].

Všeobecné etiologické koncepty pre úzkosť a úzkostlivosť založené na psychologických alebo psychosociálnych faktoroch platia aj pre sociálnu fóbiu. Psychosociálne príčiny môžu zahrnovať narušené rodinné vzťahy a traumatické udalosti v detstve, kognitívny model predpokladá distorzné spracovanie informácií, kognitívno – behaviorálny model zdôrazňuje proces učenia a rozvoj maladaptívnych postojov, psychoanalytický model vysvetľuje úzkosť ako reprezentáciu potlačených konfliktov. Tieto koncepty sú dôležitým základom pre psychoterapeutické intervencie.

Tabuľka č. 1

Klasifikácia
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SOCIÁLNA FÓBIA
A
Musí byť prítomný 1 z nasledujúcich príznakov : 1. Pacient má výrazný strach, aby nebol stredobodom pozornosti alebo aby sa nechoval trápnym a ponižujúcim spôsobom. 2. Nápadne sa vyhýba situáciám, kedy by bol stredobodom pozornosti alebo kde by mal strach z trápneho a ponižujúceho konania. Tieto strachy sa prejavujú v sociálnych situáciách ako je napr. jedlo alebo rozprávanie na verejnosti, stretávanie známych na verejnosti, alebo účasť v malých skupinách (napr. večierky, schôdze, trieda).
B
Od začiatku poruchy sa musia niekedy prejaviť aspoň dva príznaky úzkosti v obávanej situácii, ako sú definované pod F40.0 kritérium B* a to spoločne s aspoň jedným z nasledujúcich príznakov : 1. červenanie alebo tras 2. strach zo zvracania 3. potreba alebo strach z močenia a defekácie
C
Závažná emočná úzkosť je vyvolaná príznakmi alebo vyhýbaním sa týmto príznakom a jedinec si je vedomý, že sú prehnané alebo nezmyselné.
D
Príznaky sa obmedzujú na obávané situácie alebo na ich očakávanie, alebo v týchto situáciách prevažujú.
E
Príznaky uvedené pod kritériami A a B nevyplývajú z bludov, halucinácii a z iných porúch ako napr. organické duševné poruchy, schizofrénia alebo príbuzné poruchy, poruchy nálady alebo obsedantne kompulzívna porucha a nie sú sekundárnym prejavom kultúrnych povier.

Klinický obraz

Podstatným rysom sociálnej fóbie je neprimeraný strach jedincov z toho, že budú negatívne hodnotení inými ľuďmi v sociálnych situáciách – napr. vystupovanie na verejnosti, pitie a jedenie na verejnosti, telefonovanie a pod.

Ľudia trpiaci sociálnou fóbiou majú výrazné pocity úzkosti v sociálnych situáciách ako napr. búšenie srdca, potenie, tras, zvýšené svalové napätie.

Časté sú pocity ťažoby na žalúdku, sucho v ústach, sčervenanie v tvári, pocity tepla či chladu, bolesti hlavy, pocity na zvracanie, nutkanie na močenie alebo stolicu.

Následne sa u týchto jedincov rozvíja vyhýbavé správanie sa, čo často vedie k strate sociálnych kontaktov a sociálnej izolácii. Sociálna fóbia môže mať negatívny dopad na vzdelávanie, prácu aj partnerské vzťahy.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostika sociálnej fóbie:

Vychádza z psychiatrického vyšetrenia t. j. anamnézy, klinického obrazu, psychopatologického rozboru, diagnostických kritérií podľa MKCH 10. Doplnkovým vyšetrením je psychodiagnostické vyšetrenie, ktoré môže pomôcť pri diferenciálnej diagnostike oproti iným psychickým poruchám a k stanoveniu osobnostných čŕt, prípadne dg. vyhýbavej poruchy osobnosti, ktorá sa so sociálnou fóbiou značne pokrýva. Dôležité aj odlíšenie atenuaovaných paranoidných psychotických symptómov.

V diagnostike a v posudzovaní závažnosti sa môžu využiť škály [7], využíva sa najmä Liebowitzova škála sociálnej úzkosti [8]. Pre rýchly skríning je odporučená krátka škála Mini-SPIN-R [9] [10]. Súčasťou základného vyšetrenia je vytvorenie hierarchie strachov a vyhýbavého konania.

Diferenciálna diagnostika

Úzkosť (anxieta) je vedúcim symptómom aj pre iné úzkostné poruchy, ktorých skupiny psychických a somatických (vegetatívnych) prejavov sa prekrývajú. Najdôležitejšie odlišnosti sú nasledovné:

- panická porucha – úzkosť ma charakter panických záchvatov s rýchlym nástupom a silnou intenzitou,
- generalizovaná úzkostná porucha – sú dlhodobé (voľne plávajúca úzkosť), neviažu sa obvykle na objekt alebo situáciu,
- obsedantno kompulzívna porucha – úzkosť sa viaže na intruzívne (obsedantné) myšlienky, ktoré sú ego-dystónne (jedinec si uvedomuje ich „nezmyselnosť“),

depresívna porucha – v rámci depresie je častá strata záujmov a vyhýbanie sa spoločnosti a priateľom, čo však má súvis s depresívnou náladou a ďalšou depresívnou symptomatikou.

Úzkostná porucha osobnosti – je charakterizovaná úzkostlivosťou, symptómy nedosahujú takú závažnosť, aby mohla byť diagnostikovaná sociálna fóbia.

Vyhýbavá poruchy osobnosti - symptómy sú črtovou charakterisitkou, nedosahujú takú intenzitu, aby mohla byt diagnostikovaná sociálna fóbia.

Paranoidný syndróm, vzťahovačnosť - najmä počiatočné štádiá schizofrénie, kedy sa často krát vyskytuje sociálne stiahnutie a strata interpersonálnych kontaktov [11]. Pri diferenciálnej diagnostike je nutné pátrať po ďalších príznakoch, ktoré už patria do okruhu psychotických (bludy, halucinácie, autizmus). Črtovou charakteristikou je vyhýbanie sa sociálnemu kontaktu pri paranoidnej poruche osobnosti.

Komorbidita

Sociálna fóbia má veľmi častú komorbiditu s inými úzkostnými poruchami, najviac so špecifickou fóbiou, agorafóbiou a generalizovanou úzkostnou poruchou [12].

Liečba

V liečbe sociálnej fóbie sú odporučené nasledujúce kroky [10] [12]:

1. krok

Individuálna psychoterapia s využitím KBT v modele podľa Clarka a Wellsa alebo Heimberga [10] poskytovaná psychoterapeutom s certifikátom.

2. krok

Možnosť iného typu psychoterapie - pri nedostupnosti KBT alebo podľa preferencie pacienta je možné využiť aj podporné psychoterapeutické metódy, krízovú psychoterapeutickú intervenciu v odôvodnených prípadoch, racionálne náhľadovú podpornú psychoterapiu, psychodynamicky orientovanú psychoterapiu, čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie), rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu rodinných príslušníkov.

Návrh konkrétneho liečebného psychoterapeutického postupu závisí od individuálneho postoja pacienta k farmakoterapii a od jeho motivácie a ochoty spolupracovať v psychoterapii.

3. krok

Farmakologická liečba (podľa preferencie pacienta alebo pri nedostupnosti psychoterapie môže byť aj prvým krokom so zapojením psychoedukácie, podpornej psychoterapie a relaxačných metód).

4. krok

Pri závažných stavoch, komorbidite alebo nedostatočnom účinku predchádzajúcich postupov kombinácie psychoterapie a farmakologickej liečby a augmentačné postupy, prípadne hospitalizácia.

Psychoterapeutické intervencie

Pacienti so sociálnou fóbiou sú v spoločnosti druhých ľudí napätí, a tak majú tendenciu vyhýbať sa spoločnosti, čo má za následok to, že im chýbajú sociálne zručnosti. Preto opakovane v sociálnych situáciách zlyhávajú, a tým sa ich vyhýbanie a negatívne sebahodnotenie posilňuje. Najdôležitejším cieľom v liečbe sociálnej úzkosti je teda to, aby pacient zlepšil svoje sociálne zručnosti a dokázal ich uplatniť v praktických situáciách a zvýšil tak svoje sebavedomie.

Vychádzajúc z tohto modelu, **kognitívne behaviorálna terapia (KBT)** v liečbe sociálnych fóbií používa metódy edukácie o faktoroch vzniku a udržiavania sociálnej fóbie ako aj zmyslu jednotlivých liečebných metód. Pri edukácii postupujeme metódou podpornej psychoterapie vzhľadom na zvýšenú úzkostlivosť pacienta a tiež treba prihliadať na to, že pacient sa ťažko sústredí na zložitý výklad. Ďalej postupujeme nácvikom sociálnych zručností ako základnou metódou liečby sociálnych fóbií. Postupujeme od jednoduchších k zložitejším zručnostiam (napr. začatie konverzácie, prijímanie pochvaly a kritiky, vyjadrenie kritiky, asertívne správanie a pod.). Dôležitou stratégiou v liečbe sociálnych fóbií je kognitívna reštrukturalizácia, v rámci ktorej sa pacient učí meniť katastrofické myšlienky a predstavy na adaptívnejšie kognitívne schémy (zmena úzkostných myšlienok). Popri nácviku sociálnych zručností je dôležité postupne začať vystavovať pacienta situáciám, ktorým sa pôvodne vyhýbal. Využívame expozície in vivo alebo v imaginácii. Je potrebné vystríhať sa predčasne zaradeným expozíciám, pokiaľ pacient neovláda konkrétnu zručnosť, pretože zážitok zlyhania môže upevniť jeho negatívne sebahodnotenie. Pri tejto poruche je dôležitý aj nácvik relaxačných techník na zvládanie vegetatívnych príznakov a zníženie celkového napätia[13].

V prípade sociálnej fóbie je vysoko efektívne využitie ***skupinovej psychoterapie.***

U pacientov, ktorí nedostatočne reagujú na KBT liečbu alebo pri komplikovanejšom intrapsychickom konflikte či súčasnej komorbidite s poruchou osobnosti je vhodná ***psychodynamicky orientovaná psychoterapia.*** Psychodynamické mechanizmy môžu byť dôležitými faktormi pri rozvoji symptómov, a tak táto liečba môže priniesť úľavu. V týchto prípadoch môže byť dlhodobá psychodynamická terapia potrebná na preskúmanie pacientovho odporu k zmene a na porozumenie psychodynamického pôvodu symptómov.

U pacientov s fóbiou sa aj v rámci psychodynamickej terapie opisujú rôzne variácie expozičných techník, pretože pokiaľ pacienti obávanej situácii nečelia, napredujú len málo a pomaly. U pacientov so sociálnou fóbiou je redukcia prenosových úzkostí po istom čase výsledkom expozícií, keď pacient rozpozná, že jeho obavy z toho, že ho terapeut bude kritizovať a/alebo ponižovať sú nerealistické. Pacient si pri opakovaných návštevách privykne na úzkosť a získa alternatívny pohľad, ktorý naznačuje bezpečie.

Farmakoterapia sociálnej fóbie:
Farmakoterapia má byť vyhodnocovaná po 8 – 12 týždňoch liečby. Pokračovanie sa vyhodnocuje podľa stavu pacienta, minimálne odporučené trvanie je 12 až 18 mesiacov [12].
Preferovanou skupinou liekov pre liečbu sociálnej fóbie sú antidepresíva zo skupiny SSRI, v ďalších krokoch sú využiteľné aj ďalšie liečivá [14]. Overené sú aj antidepresíva z iných skupín (tabuľka č. 3). Dostupné SSRI a ich dávkovanie ju uvedené v tabuľke č. 2

Tabuľka č. 2

Antidepresíva v liečbe SAD [2]			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SOCIÁLNA FÓBIA		
Liečivo	**Dávkovanie (mg / deň)**		**Poznámka**
	Počiatočná dávka	**Terapeutická / maximálna dávka**	
SSRI			
paroxetín*	10 mg / deň	20 - 40 mg	anticholínergický efekt, priberanie na hmotnosti, interakcie cez CYP2D6 izoenzým
escitalopram*	5 mg	10 - 20 mg	upozornenie na možnosť predĺženia QT intervalu
citalopram	10 mg	20 až 40 mg	upozornenie na možnosť predĺženia QT intervalu
sertralín*	50 mg	do 200 mg	
fluvoxamín	50 mg	100 mg až 300 mg	silný inhibítor CYP1A2 izoenzýmu
Ďalšie antidepresíva			
venlafaxín*	37,5 mg	do 150 mg až 225 mg	SNRI antidepresívum; pri liečbe depresie sú maximálne dávky vyššie - až do 375 mg; potrebná kontrola tlaku krvi
moclobemid*	150 mg	300 až 600 mg	RIMA antidepresívum; nemá sa kombinovať s SSRI a SNRI
klomipramín*	25 mg	do 150 mg	tricyklické antidepresívum; pre anticholínergický účinok a riziko porúch srdcového rytmu pri vyšších dávkach je použitie obmedzené; nie je odporúčaný v prvom kroku

* registrovaná indikácia v súhrnoch charakteristických vlastností liekov [15]

Benzodiazepíny
Používanie benzodiazepínov v liečbe úzkostných porúch je kontroverzné, bez dostatočne overených odporúčaní, no benzodiazepíny sú široko využívané, pacientmi preferované, prinášajú bezprostrednú úľavu pri rôznych úzkostných stavoch a ich účinnosť v krátkodobej liečbe je vyššia ako pri použití antidepresív [16]. Ich využitie je obmedzené, nie sú odporúčané ako prvá voľba [10] pre skupinové nežiaduce účinky, ktoré sa ale prekrývajú s terapeutickým efektom (útlm, ospalosť), ale hlavne pre riziko rozvoja závislosti. U každého pacienta je z toho dôvodu potrebné:

vyhodnocovať zvyšovanie tolerancie/strata účinnosti,
svojvoľné zvyšovanie dávky,
cielené otázky na predpis benzodiazepínov od viacerých lekárov,
obmedziť podávanie benzodiazepínov na čo najkratšiu dobu.

Na druhej strane by sa použitiu benzodiazepínov nemalo vyhýbať u stavov so závažnými príznakmi úzkosti, ktoré spôsobujú významný distres a postihnutie [17]. Odporúčaná doba podávania je 8 – 12 týždňov [12] s postupným vysadzovaním o 25 % dávky za týždeň.
Podľa EBM je overená účinnosť pri použití klonzepamu a bromazepamu, menej pri alprazolame [18] [12] [19]. Dávkovanie uvedených benzodiazepínov je uvedené v tabuľke č. 3.

Tabuľka č. 3

Dávkovanie benzodiazepínov pri liečbe sociálnej fóbie		
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SOCIÁLNA FÓBIA	
Liečivo	**Dávkovanie mg / deň**	**Poznámka**
alprazolam	0,25 mg až 4 mg	Pri všetkých liečivách sú uvedené nižšie dávky obvyklé pre liečbu úzkosti. Maximálne dávky uvádzané v súhrnoch charakteristických vlastností liekov (SPC) sa v klinickej praxi zvyčajne nevyužívajú.
bromazepam	do 3 mg	
klonazepam	1 mg až 6 mg	

Ďalšie liečivá overené v liečbe sociálnej fóbie, odporučené v pri nedostatočnom účinku liekov voľby alebo pri augmentácii liečby s nedostatočným podkladmi na to, aby boli použité ako prvá voľba.
Gabapentín – antiepileptikum s vplyvom na GABA-ergný systém. Efektívny len u závažnejších stavov [20].
Bupropión – NRI (noradrenalin re-uptake inhibitor) antidepresívum. Dávkovanie je od 150 mg do 360 mg/deň .
Beta blokátory – ich využitie je u pacientov so situačnou fóbiou (verejné vystúpenie v rámci profesie), nie je dostatok dôkazov pre ich všeobecné použitie, vyžaduje sa spolupráca so špecialistom [18].
Atypické antipsychotiká [18] – nedostatočne overené, využiteľné ako augmentácia u ťažkých stavov a pri komorbidite, nutné kontrolovať nežiaduce účinky (hmotnosť, metabolický syndróm a ďalšie).

Prognóza

Porucha je obvykle chronická, ale jej závažnosť môže kolísať s exacerbáciami. Keďže má negatívny dopad na fungovanie pacienta v sociálnych situáciách môže to negatívne ovplyvniť život pacienta či už v rovine vzťahovej alebo profesijnej [21]. Zriedka je tak silná, že invalidizuje.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Sociálna fóbia je pri včasnej liečbe, a to najmä pri kombinácii farmakoterapie a psychoterapie, väčšinou úspešne liečiteľná. Avšak existujú ťažšie formy sociálnej fóbie, najmä v komorbidite s inými psychickými poruchami či poruchami osobnosti, a tieto môžu viesť až k invalidizácii pacienta.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.
Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný manažment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.
Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.
Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.
Sociálny pracovník- sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.
Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.
Denné psychiatrické stacionáre - psychiater, psychológ, liečebný pedagóg, sestra, sociálny pracovník.
Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.
Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

Pri zvládaní sociálnej fóbie je dôležitý nácvik sociálnych spôsobilostí a komunikačných zručností, redukcia stresu a osvojenie si relaxačných techník.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Pri liečbe sociálnej fóbie sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Alternatívne odporúčania

Jedinci trpiaci touto poruchou by si mali zlepšiť sociálne a komunikačné zručnosti, napr. aj absolvovaním kurzov asertivity. Dôležité sú aj relaxačné, meditačné techniky či riadené dýchanie na zvládanie vegetatívnych prejavov úzkosti.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia - za 2 roky, následne každých 5 rokov pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.

Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Literatúra

[1] HOSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. Psychiatrie. Praha: Tigis, 2004. ISBN 978-80-900130-7-0.

[2] LEICHSENRING, Falk, LEWEKE, Frank. Social Anxiety Disorder. Ed. Caren G. Solomon. New England Journal of Medicine. 2017, roč. 376, č. 23, s. 2255–2264. doi: 10.1056/NEJMcp1614701. ISSN 0028-4793, 1533-4406.

[3] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Fifth Edition vyd. Washington: American Psychiatric Association, 2013. 991 s. ISBN 978-0-89042-554-1.

[4] PRAŠKOVÁ, Hana, PRAŠKO, Ján. Úzkostné a fobické poruchy. Praha: Galén, 2000. Folia practica. ISBN 80-7262-039-8.

[5] SPENCE, Susan H., RAPEE, Ronald M. The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. Behaviour Research and Therapy. 2016, roč. 86, s. 50–67. doi: 10.1016/j.brat.2016.06.007. ISSN 0005-7967.

[6] MKCH – 10. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5.

[7] WONG, Quincy J. J., GREGORY, Bree, MCLELLAN, Lauren F. A Review of Scales to Measure Social Anxiety Disorder in Clinical and Epidemiological Studies. Current Psychiatry Reports. 2016, roč. 18, č. 4, s. 38. doi: 10.1007/s11920-016-0677-2. ISSN 1535-1645.

[8] LIEBOWITZ, M. R. Social phobia. Modern Problems of Pharmacopsychiatry. 1987, roč. 22, s. 141–173. ISSN 0077-0094.

[9] ADERKA, Idan M. a kol. Development of a Brief Version of the Social Phobia Inventory Using Item Response Theory: The Mini-SPIN-R. Behavior Therapy. 2013, roč. 44, č. 4, s. 651–661. doi: 10.1016/j.beth.2013.04.011. ISSN 0005-7894.

[10] NICE. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. Clinical guideline. 2013.

[11] COOPER, Shanna a kol. Attenuated positive psychotic symptoms and social anxiety: Along a psychotic continuum or different constructs?. Psychiatry Research. 2016, roč. 235, s. 139–147. doi: 10.1016/j.psychres.2015.11.027. ISSN 0165-1781, 1872-7123.

[12] RABOCH, J a kol. PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2014. 204 s. ISBN 978-80-260-5792-5.

[13] SEIFERTOVÁ Dagmar,, PRAŠKO Ján, HOSCHL Cyril: Postupy v léčbe psychických porúch, Academia Medica Pragensis 2004, Praha 479 s ISBN 80-86694-06-2

[14] WILLIAMS, Taryn a kol. Pharmacotherapy for social anxiety disorder (SAnD). The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017, roč. 10, s. CD001206. doi: 10.1002/14651858.CD001206.pub3. ISSN 1469-493X.

[15] FERENČÁKOVÁ, Ľ. Reálne možnosti liečby duševných porúch v súlade s SPC. Psychiatria pre prax. 2014, roč. 15, č. 3, s. 122–126.
[16] GOMEZ, Angelina F., BARTHEL, Abigail L., HOFMANN, Stefan G. Comparing the efficacy of benzodiazepines and serotonergic anti-depressants for adults with generalized anxiety disorder: a meta-analytic review. Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2018, roč. 19, č. 8, s. 883–894. doi: 10.1080/14656566.2018.1472767. ISSN 1744-7666.
[17] BALDWIN, David S a kol. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology. 2014, roč. 28, č. 5, s. 403–439. doi: 10.1177/0269881114525674. ISSN 0269-8811, 1461-7285.
[18] BLANCO, Carlos a kol. The evidence-based pharmacotherapy of social anxiety disorder. The International Journal of Neuropsychopharmacology. 2013, roč. 16, č. 1, s. 235–249. doi: 10.1017/S1461145712000119. ISSN 1469-5111.
[19] DAVIDSON, Jonathan R. T. Pharmacotherapy of Social Anxiety Disorder: What Does the Evidence Tell Us?. The Journal of Clinical Psychiatry. 2006, roč. 67, č. suppl 12, s. 20–26. ISSN 0160-6689.
[20] KATZMAN, Martin A a kol. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry. 2014, roč. 14, č. Suppl 1, s. S1. doi: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1. ISSN 1471-244X.
[21] AXELBY, Clayton P. Social Phobia: Etiology, Diagnosis and Treatment. Nova Biomedical Books, 2009. 314 s. ISBN 978-1-60692-159-3.

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 1. apríla 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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:

Špecifické fóbie

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0041	*5. apríla 2018*	*schválené*	*1. apríla 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:
MUDr. Ľubica Ferenčáková; PhDr. Katarína Kubašovská;
MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; prof. MUDr. Pečeňák, CSc.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS Psychiatria - MUDr. Mária Králová , CSc., MUDr. Marek Zelman, PhDr. Milana Kovaničová CSc., MUDr. Ivan André, PhD., MPH, MUDr. Ján Dúžek), hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD, MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH (odborný garant)

Recenzenti (1. verzie):
Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH,

Technická a administratívna podpora:
Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová, Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková;; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Mgr. Mária Syneková; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Anton Moises, Ing. Katarína Krkošková

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) a NFP s názvom: "Tvorba nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NPF312041R239)

Kľúčové slová

strach, fóbia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

EEG - Elektroencefalogram
GABA - Gama- aminomaslová kyselina
IMAO - Inhibíroty monoaminooxidázy
KBT - Kognitívne-behaviorálna psychoterapia
MKCH- Medzinárodná klasifikácia chorôb
RIMA - Reverzibilné inhibíroty monoaminooxidázy
SNRI - Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu a noradrenalínu
SSRI - Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu
TCA - Tricyklické antidepresíva
TRH - Thyreotropin releasing hormón
TSH - Tyreotropný hormón

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (ďalej len „psychiater") - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný menežment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník- sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Úvod

Pre špecifické fóbie je charakteristické, že strach je u nich vyvolaný iba určitými konkrétnymi situáciami alebo objektmi, ktoré bežne nie sú nebezpečné. Medzi najčastejšie špecifické fóbie patria fóbie zo zvierat, napr. psov, hadov, myší, hmyzu a pod. Častý je strach z výšok (akrofóbia) či strach z uzavretých priestranstiev (klaustrofóbia), z búrky, tmy, cestovania lietadlom, strach z ostrých predmetov, strach z lekárov, stomatologického ošetrenia alebo z pohľadu na krv. Ľudia si uvedomujú, že ich strachy sú iracionálne, ale napriek tomu nevedia svoj strach ovládať.

Prevencia

Prevencia špecifických fóbií by mala byť už v detstve formou výchovy, ktorá by nemala byť príliš úzkostná, tieto poruchy totiž majú vysokú rodinnú záťaž.

Epidemiológia

Ide o najčastejšiu úzkostnú poruchu vôbec. Postihuje okolo 11,3% populácie. Často ide o pozostatky starých atavistických reakcií, ktoré boli pôvodne účelné, napr. strach z hadov a veľkých zvierat. Je častejšia u žien ako u mužov. Začína prevažne v detstve a rannej dospelosti a môže pretrvávať desiatky rokov. Relatívne málo ľudí, ktorí trpia iba špecifickou fóbiou vyhľadáva odbornú pomoc.

Patofyziológia

Niektoré hypotézy predpokladajú vysokú rodinnú záťaž pri tejto poruche. Väčšina špecifických fóbií je osvojená buď imitáciou vzorov či nepríjemných zážitkov v detstve a udržuje sa pomocou vyhýbavého správania.
Výsledky zobrazovacích metód sú nejednotné.
Klasická psychodynamická teória predpokladá, že ide o presunutie a vyhnutie sa zakázaným a úzkosť provokujúcim sexuálnym alebo agresívnym prianiam.

Klasifikácia

Diagnostické kritériá pre špecifickú fóbiu F40.2 podľa MKCH 10:
A: Musia byť prítomné obidva nasledujúce príznaky:
1. Výrazný strach z určitého objektu alebo situácie, ktorá nie je zahrnutá do agorafóbie (F40.0) alebo do sociálnej fóbie (F 40.1).
2. Nápadné vyhýbanie sa určitým objektom alebo situáciám, ktoré nie sú zahrnuté do agorafóbie (F40.0) alebo do sociálnej fóbie (F 40.1).
Medzi najčastejšie objekty a situácie patria zvieratá (psy, hady, myši, hmyz), strach z výšok, strach z uzavretých priestorov, z búrky, tmy, cestovania lietadlom, strach z ostrých predmetov, strach z lekárov, stomatologického ošetrenia alebo z pohľadu na krv.
B: Od začiatku poruchy sa musia občas vyskytnúť príznaky úzkosti v obávanej situácii ako sú definované v F40.0 v kritériu B.
Príznaky vegetatívneho podráždenia
1. palpitácie alebo búšenie srdca alebo zrýchlený pulz
2. potenie
3. chvenie alebo tras
4. sucho v ústach

Príznaky týkajúce sa hrudníka a brucha
5. obtiažne dýchanie
6. pocit dusenia sa
7. bolesti alebo nepríjemné pocity na hrudníku
8. nauzea alebo brušná nevoľnosť
Príznaky týkajúce sa duševného stavu
9. pocit závratu, nepokoja, mdloby, točenia hlavy
10. pocit, že objekty nie sú reálne (derealizácia) alebo, že jedinec je mimo "nie je tu skutočne", (depersonalizácia)
11. strach zo straty kontroly, "zbláznenia sa", straty vedomia
12. strach, že zomrie
Celkové príznaky
13. návaly tepla alebo chladu
14. pocity znecitlivenia alebo mravenčenia
C: Vyhýbavé alebo úzkostné príznaky spôsobujú výraznú emočnú nepohodu a jedinec si uvedomuje, že sú prehnané a nezmyselné.
D: Príznaky sa obmedzujú na obávané situácie alebo sa prevažne vyskytujú pri nich alebo pri ich očakávaní.
E: Strach, alebo vyhýbanie sa (kritérium A) nie sú následkom bludov, halucinácií alebo iných porúch (organické duševné poruchy, schizofrénia a príbuzné poruchy, poruchy nálady, obsedantne-kompulzívna porucha) ani dôsledkom všeobecne rozšírených povier.

Klinický obraz

Pre špecifické fóbie je typické, že jedinci pri kontakte s fóbickým objektom alebo situáciou cítia výraznú úzkosť, majú búšenie srdca, tlaky na hrudníku, pocity nevoľnosti, pocity na odpadnutie až panické záchvaty, strach zo „zbláznenia sa“ či straty sebakontroly. Úzkosť sa nezmierni ani vtedy, keď si postihnutý uvedomuje, že iní ľudia tieto objekty alebo situácie nepovažujú za nebezpečné. Už len myšlienka na túto fóbickú situáciu vyvoláva silnú úzkosť, tzv. anticipačnú. Typické je vyhýbanie sa fóbickým situáciám a objektom.

Diagnostika/Postup určenia diagnózy

Diagnostika špecifickej fóbie sa opiera o psychiatrické vyšetrenie anamnézu, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH 10 a psychopatologický rozbor. K spresneniu diagnostiky je možné použiť aj psychologické testy a dotazníky.
Iracionálne strachy sa objavujú pri rôznych duševných poruchách. Diagnóza špecifickej fóbie sa stanovuje len vtedy, ak jedna alebo viac fóbií sú dominantné v klinickom obraze.
Diferenciálne diagnosticky je potrebné odlíšiť agorafóbiu a sociálnu fóbiu. Agorafóbia i sociálna fóbia sú zvyčajne generalizované na celý rad situácií, ale špecifická fóbia len na jeden objekt alebo situáciu.
Posttraumatická stresová porucha má zjavný súvis s traumatickou udalosťou a sú prítomné ďalšie typické príznaky ako sú tzv. flashbacky a nočné mory.
Poruchy príjmu potravy môžu spočiatku imitovať špecifickú fóbiu, ale pri poruchách príjmu potravy je dôvodom vyhýbania sa jedeniu možný prírastok hmotnosti.
Aj pri schizofrénii či iných psychotických poruchách sú prítomné rôzne objekty alebo situácie, ktoré vyvolávajú stav podobný fóbii, ale ich pôvod je bludný.
Obsedantne - kompulzívna porucha taktiež môže viesť k vyhýbavému správaniu (napr. vyhnutie sa nákaze), ale typická je prítomnosť obsedantných myšlienok a kompulzií.

Liečba

Najúčinnejšou liečbou špecifických fóbií je **desenzitizácia a expozícia in vivo.**

Psychoterapia

Podľa **kognitívne behaviorálneho modelu (KBT)** na vzniku špecifických fóbií majú okrem genetických dispozícií vplyv konkrétne zážitky. Vzniknutá fóbická reakcia je potom udržiavaná v dôsledku vyhýbavého správania a kognitívnych skreslení pacienta, ktorý preceňuje ohrozenie. Základom liečby špecifických fóbií je expozičná terapia. Pacienta je dôležité edukovať o príčinách jeho ťažkostí a zmysle jednotlivých terapeutických krokov. V expozičnej terapii využívame expozície in vivo alebo expozíciu v imaginácii ako prípravu na expozíciu in vivo u silne úzkostných pacientov. U úzkostnejších pacientov sa odporúča postupovať metódou systematickej desenzitizácie.

Expozičná terapia patrí do stratégií KBT, ale dá sa využiť aj v rámci **podpornej psychoterapie.** Racionálne podporné intervencie spolu s relaxačnými technikami môžu znížiť úzkosť, zvýšiť nádej a pocit zvládnutia a napomôcť tak expozíciám.

Úspešnosť liečby špecifických fóbií je podmienená tým, že fóbia nie je viazaná na iné problémy. Ako pri iných úzkostných poruchách, pri komplikovanejšom intrapsychickom konflikte, či súčasnej komorbidite poruchy osobnosti, je vhodná **psychodynamicky orientovaná psychoterapia**. U fóbických pacientov sa aj v rámci psychodynamickej terapie objavujú rôzne variácie na expozíciu, pretože pokiaľ pacienti obávanej situácii nečelia, napredujú len málo a pomaly.

Psychofarmakoterapia

U pacientov, ktorí majú obtiaže zahájiť expozičnú liečbu vzhľadom na silnú úzkosť, môžu byť prechodne podávané **benzodiazepíny v nízkych dávkach**. Nie je nezvyčajné predpísať pacientom nízke dávky benzodiazepínových anxiolytík pred obávanými situáciami, napr. pred letom. V niektorých štúdiách sa preukázala účinnosť **SSRI** znižujúcich príznaky paniky.

Prognóza

Prognóza je rôzna. Niektoré fóbie v dospelosti vymiznú alebo sa oslabia, niektoré pretrvávajú celé roky a neliečené trvajú väčšinou celý život. Niektoré špecifické fóbie môžu mať veľmi negatívny dopad na život pacienta, napr. strach z lietania môže byť pre jedincov veľmi obmedzujúci, či už v osobnom alebo pracovnom živote. Taktiež strach zo stomatologického ošetrenia mnohokrát vedie k tomu, že pacienti majú veľmi zanedbaný chrup, keďže sa vyhýbajú preventívnym prehliadkam. Následná oprava takto zanedbaného chrupu môže byť finančne niekoľkonásobne drahšia ako pravidelné ošetrenie chrupu. Taktiež strach z lekára všeobecne vedie k vyhýbaniu sa lekárskym prehliadkam a ošetrení, čo môže mať pre pacienta niekedy aj fatálne následky pri neskorej diagnostike niektorých vážnych ochorení.

Niektoré fóbie naopak poväčšine pacienta v bežnom živote neobmedzujú, napr. strach zo žiab.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Diagnóza väčšinou nevedie k invalidizácii pacienta.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný manažment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.
Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.
Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.
Sociálny pracovník- sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.
Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.
Denné psychiatrické stacionáre - psychiater, psychológ, liečebný pedagóg, sestra, sociálny pracovník.
Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.
Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

Ako pri iných úzkostných poruchách, je potrebné dodržiavať zásady zdravej životosprávy ako je vyvážená strava, telesná aktivita, dostatok spánku a odpočinku.

Alternatívne odporúčania

Niektoré fóbie napr. strach z lietania sa dajú zvládnuť správnou stratégiou a absolvovaním tréningov a seminárov na to určených. Jedinci sa učia celý rad praktických dýchacích aj relaxačných cvičení. Účastníci majú možnosť ísť aj do leteckého simulátora, ktorý simuluje turbulencie.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia - za 2 roky, následne každých 5 rokov pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.
Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.
Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Literatúra

ALLGULANDER, C., 1999. Paroxetine in social anxiety disorder: a randomized placebo-controlled study. En: PMID: 10493085, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 100, no. 3, pp. 193-198. ISSN 0001-690X.

BLANCO, C.; SCHNEIER, F.R.; SCHMIDT, A.; BLANCO-JEREZ, C. R.; MARSHALL, R.D.; SÁNCHEZ-LACAY, A.; LIEBOWITZ, M. R., 2003. Pharmacological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. En: PMID: 12900950, *Depression and Anxiety*, vol. 18, no. 1, pp. 29-40. ISSN 1091-4269. DOI 10.1002/da.10096.

DAVIDSON, J. R.; POTTS, N.; RICHICHI, E.; KRISHNAN, R.; FORD, S.M.; SMITH, R.; WILSON, W.H., 1993. Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. En: PMID: 8120156, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 13, no. 6, pp. 423-428. ISSN 0271-0749.

DUŠEK, K.; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.

GABBARD G.O. 2005. *Dlhodobá psychodynamická psychoterapia*. Vydavateľstvo F Trenčín, 2005, 37-55, 105-109 s. ISBN 80-88952-29-8.

HOSCHL C. - LIBIGER J. - ŠVESTKA J., 2002. *Psychiatrie*, s..486-488, Tigis: Praha, ISBN 82-900130-1-5.

JUNEK, P. *Psychoterapie úzkostných poruch.* http://www.psychoterapeuti.cz/dokumenty/category/10-standardy?download=158:standardy-uzkostne-poruchy

KUSÁ, K.; HAŠTO, J., 2003. *Psychoterapia*. Trenčín, 2003. www.psychoterapia-sk.sk/dokumenty/informácie/psychoterapia.pdf

MKCH 10. *Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov*. 10. revízia., 1993. S.l.: Obzor. ISBN 80-215-0249-5

MOŽNÝ, P.; PRAŠKO, J. 1999. *Kognitívne behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe.* TRITON, 1999, 175-179 s., ISBN 80-7254-038-6

PRAŠKO, J.; KOSOVÁ, J.; PRAŠKOVÁ, H.; SEIFERTOVÁ, D., 1998: *Sociálni fóbie a její léčba. Príručka pro vedení terapie*. Zprávy č.147 Praha, Psychiatrické centrum Praha.

PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H. *Psychoterapie úzkostných poruch* uhsl.wz.cz/elearning/pstuzkostpor.pdf

PRAŠKO, J. 2002. *Úzkostné poruchy a jejich léčba. Doporučené postupy pro praktické lékaře*. www.cls.cz/dokumenty2/os/t303.rtf

PRAŠKOVÁ, H.; PRAŠKO, J., 2000. *Úzkostné a fóbické poruchy.* Praha: Galén. Folia practica. ISBN 80-7262-039-8.

RABOCH, J.; UHLÍKOVÁ, P.; HELLEROVÁ, P.; ANDERS, M.; ŠUSTA, M., 2014. *PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče IV*. S.l.: Psychiatrická společnost ČLS JEP. ISBN 978-80-260-5792-5.

SEIFERTOVÁ D.; PRAŠKO J.; HŐSCHL C., 2004. *Postupy v léčbě psychických poruch.* Academia Medica Pragensis: Praha, ISBN 80-86694-06-2.

SMOLÍK, P., 1996. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací : nástin nozologie : diagnostika.* Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 80-85800-33-0.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize., Duševní poruchy a poruchy chování : diagnostická kritéria pro výzkum* (Přel. z angl. orig.). Praha: Psychiatrické centrum Praha, str. 262-265

WRIGHT, J.H.; BASCO, M.R.; THASE, M.E., 2009. U*čenie sa kognitívno-behaviorálnej psychoterapii. Ilustrovaný sprievodca.* Trenčín: Vydavateľstvo F. ISBN 978-80-88952-53-4.

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 1. apríla 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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:

Panická porucha - štandardné diagnostické a terapeutické postupy

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0042	*5. apríla 2018*	*schválené*	*1. apríla 2020*

Autori štandardného postupu

MUDr. Ľubica Ferenčáková; PhDr. Katarína Kubašovská; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; prof. MUDr. Ján Pečeňák CSc.

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; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH (odborný garant)

Recenzenti (1. verzie):

Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH,

Technická a administratívna podpora:

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová, Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Mgr. Mária Syneková; PhDr. Katarína Gatialová; Mgr. Anton Moises; Ing. Katarína Krkošková

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) a NFP s názvom: "Tvorba nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NPF312041R239)

Kľúčové slová

úzkosť, strach, SSRI

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

EEG - Elektroencefalogram
GABA - gama - Aminomaslová kyselina
GAD - Generalized anxiety disorder - generalizovaná úzkostná porucha
KBT - Kognitívne behaviorálna psychoterapia
MKCH - Medzinárodná klasifikácia chorôb
PET - Pozitrónová emisná tomografia
RIMA - Reverzibilné inhibíroty monoaminooxidázy
SNRI - Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu a noradrenalínu
SSRI - Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu
TCA - Tricyklické antidepresíva
TRH - Thyreotropin - releasing hormón
TSH - Tyreotropný hormón

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár so špecializáciou v odbore neurológia - preferenčne so subšpecializáciou pre záchvatové stavy - diferenciálna diagnostika

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný menežment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník- sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta pri akútnom stave .

Úvod

Panická porucha je charakteristická opakovanými masívnymi záchvatmi úzkosti /paniky/, ktoré nie sú obmedzené na určitú situáciu. Objavuje sa strach z odpadnutia, straty sebakontroly, zošalenia, či strachu zo smrti. Typické sú telesné príznaky ako je búšenie srdca, zrýchlený dych, závraty, triaška, potenie a pocity derealizácie a depersonalizácie (Prašková , Praško, 2000)

Prevencia

Jednoznačná prevencia panickej poruchy nie je známa. Prevencia úzkostných porúch všeobecne spočíva najmä v zásadách zdravej životosprávy a psychohygieny, ako je dostatok odpočinku, spánku, telesné cvičenie a zdravá vyvážená strava. K prevencii prispieva aj osvojenie si a praktizovanie niektorej z relaxačných techník.

Epidemiológia

Epidemiologické štúdie uvádzajú celoživotnú prevalenciu panickej poruchy na 1,5-3,5 %. (Kessler a kol., 1994) a ročnú prevalenciu okolo 1%.

Panická poruchy obvykle začína okolo 15-24 roku života a druhý vrchol je 45 až 54 rokov (Seifertová, Praško a kol., 2004). Je dvakrát častejšia u žien ako u mužov. Ojedinelé panické ataky zažije počas života okolo 7 až 9% ľudí.

Patofyziológia

Existuje niekoľko odlišných teórii na etiopatogenézu panickej poruchy.

Biologický pohľad: Pri panickej poruche sa predpokladá dysregulácia serotonínergného systému /najmä nucleus raphe, hipocampus a amygdala /noradrenergného/zvýšená aktivita v locus coeruleus/ dopamínergného systému /vo frontoorbitálnom kortexe /. Pre tieto dysregulácie svedčí celý rad provokačných štúdií s látkami , ktoré navodzujú paniku tzv. panikogény – napr. laktát, johimbín, fenfluramin, kofeín atd.

Uvažuje sa aj o dysfunkcii GABA - ergného neurtotransmiterového systému (Prašková, Praško, 2000).

Panická porucha má vysokú genetickú komponentu , riziko ochorenia u príbuzných prvého stupňa sa pohybuje v rozmedzí 15-18% (Prašková, Praško, 2000).

Psychologické teórie: Podľa týchto teórii majú ľudia trpiaci panickou poruchou strach z opustenia a zároveň pripútania sa k druhej osobe . Preto majú tendenciu kontrolovať svoje vzťahy a vyhnúť sa samote alebo nadmernej blízkosti (Seifertová ,Praško a kol., 2004).

Psychoanalytická teória - predpokladá, že panická porucha je spojená so stratou rodiča , alebo separačnou úzkosťou v detstve. Byť sám bez možnosti pomoci oživuje detskú úzkosť z opustenia (Höschl, Libiger a kol. 2002).

Kognitívne behaviorálne teória - Podľa tejto teórie panická porucha vzniká na základe toho, že jedinci sú nesprávne interpretujú rôzne telesné pocity, ktoré sú prejavmi stresovej reakcie a vnímajú ich ako signály ohrozenia.

Klasifikácia

Diagnostické kritériá (MKCH 10, 1993)
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PANICKÁ PORUCHA
A
U jedinca sa vyskytujú opakované panické ataky, ktoré nie sú v priamej súvislosti s určitou situáciou alebo objektom a ktoré sa často objavia spontánne, čiže nemožno ich predvídať. Panické ataky nesúvisia s výraznou námahou alebo expozíciou nebezpečným či život ohrozujúcim situáciám.
B
Panické ataky sú charakterizované všetkými nasledujúcimi kritériami : 1. Je to ohraničná epizóda intenzívneho strachu a nepohody. 2. Začína sa náhle. 3. Dosahuje maximum behom niekoľko málo minút a trvá najmenej niekoľko minút. 4. Musia byť prítomné najmenej štyri z nižšie uvedených príznakov, pričom jeden musí byť z (a) až (d). Príznaky vegetatívneho podráždenia : (a) palpitácie alebo búšenie srdca alebo zrýchlený pulz (b) potenie (c) chvenie alebo tras (d) sucho v ústach (nie z dôvodu medikácie alebo dehydratácie) Príznaky týkajúce sa hrudníka a brucha : (e) obtiažne dýchanie (f) pocit dusenia sa (g) bolesti alebo nepríjemné pocity na hrudníku (h) nauzea alebo brušná nevoľnosť Príznaky týkajúce sa duševného stavu : (i) pocit závratu, nekľudu, mdloby, točenia hlavy (j) pocit, že objekty nie sú reálne (derealizácia) alebo, že jedinec je mimo "nie je tu skutočne,, / (depersonalizácia) (k) strach zo straty kontroly, "zbláznenia sa", straty vedomia (l) strach, že zomrie Celkové príznaky : (m) návaly tepla alebo chladu (n) pocity znecitlivenia alebo mravenčenia
C
Najbežnejšie užívané vylučovacie podmienky. Panické ataky nie sú spôsobené somatickou poruchou, organickou duševnou poruchou alebo inými duševnými poruchymi ako je schizofrénia a príbuzné poruchy, poruchy nálady alebo somatoformné poruchy.

Klinický obraz

Pre panickú poruchu sú typické ***opakované záchvaty úzkosti /paniky/***, ktoré nie sú obmedzené na určitú situáciu.

Úzkosť je natoľko silná, že jedinci majú strach:

- z odpadnutia,
- straty sebakontroly,
- zošalenia či strachu zo smrti.

Typické sú telesné príznaky:

- búšenie srdca,
- zrýchlený dych,
- závraty,
- triaška,
- potenie,
- pocity derealizície a depersonalizácie.

Jedinci majú pocit, že dostali infarkt či porážku. Sú častými návštevníkmi pohotovostí, odkiaľ sú najčastejšie po podaní injekčného diazepamu odosielaní domov .
Mnohokrát opakovane vyhľadávajú rôznych odborníkov a niekedy sú označovaní aj za hypochondrov. Pokiaľ sa panika prvýkrát objaví v dopravnom prostriedku, obchode či dave dochádza k rozvoju vyhýbavého správania sa a agoraföbii (Ballenger, 2000).

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

1.1 Diagnostika panickej poruchy

Vychádza z psychiatrického vyšetrenia t.j. anamnézy, klinického obrazu, psychopatologického rozboru, diagnostických kritérií podľa MKCH-10.
Doplnkovým vyšetrením je psychodiagnostické vyšetrenie, ktoré môže pomôcť pri diferenciálnej diagnostike oproti iným psychickým poruchám či k stanoveniu osobnostných čŕt. Taktiež je možné použiť posudzovacie stupnice úzkosti - Sheehanovu, Beckovu, Hamiltonovu či Zungovu.
Dôležité je zhodnotenie anamnézy somatických ochorení, podrobné fyzikálne vyšetrenie, zmeranie pulzu, krvného tlaku, EKG vyšetrenie ev. EEG vyšetrenie. Pri nutnosti diferenciálnej diagnózy porúch súvisiacich s užívaním psychoaktívnych látok (skupina F1x) realizácia krvného a diferenciálneho krvného obrazu s markerom chronického, škodlivého pitia MCV a zo základných biochemických vyšetrení - hepatálne testy - GMT, skríningovo vyšetriť moč na toxikológiu: THC ,BZD, MDMA, metamfetamíny - ide o kvalitatívne vyšetrenie typu "áno/nie", o tzv. jednokrokové platničkové testy) (DSM-5, APA).

1.2 Diferenciálna diagnostika

1.2.1 Úzkosť

Úzkosť ako symptóm je častým nálezom pri ďalších psychických poruchách (Seifertová, Praško a kol., 2004), vtedy je nevyhnutné stanoviť primárny (osový syndróm) a diagnostiku a terapeutické postupy zamerať naň. Sú to najmä: depresívny syndróm (primárne afektívna porucha ako je depresívna epizóda alebo dystýmia) – vedúcimi symptómami je depresívna nálada a anhedónia,
intoxikácia a abstinenčný syndróm pri užívaní psychotropných látok – úzkosť je typickým sprievodným syndrómom pri užívaní stimulancií a abstinenčnom syndróme pri ich užívaní, pri abstinenčnom syndróme od alkoholu a benzodiazepínov.
Ďalšie psychické poruchy pri ktorých môže byť úzkosť jedným z príznakov, ale klinické vyšetrenie vedie k stanoveniu inej primárnej diagnózy:

- generalizovaná úzkostná porucha – sú dlhodobé (voľne plávajúca úzkosť), neviažu sa obvykle na objekt alebo situáciu,
- depresívna porucha – v rámci depresie je častá strata záujmov a vyhýbanie sa spoločnosti a priateľom, čo však má súvis s depresívnou náladou a ďalšou depresívnou symptomatikou,
- sociálna fóbia – vyhýbavé správanie sa týka sociálnych situácii,
- schizofrénne poruchy môžu taktiež viesť k tomu, že sa pacienti vyhýbajú chodiť von, tam sa však jedná o psychotickú motiváciu,
- poruchy príjmu potravy, somatoformné poruchy, organické poruchy spojené s poruchou orientácie.

1.2.2 Somatické poruchy

Diferenciálne diagnosticky je potrebné realizovať interné vyšetrenie a rutinné laboratórne vyšetrenia vrátane EKG, pričom pri zložitejšej diferenciálnej diagnostike je vhodné EEG a neurologické vyšetrenie ev. CT vyšetrenie pri podozrení na organické poškodenie mozgu. Diferenciálne diagnosticky do úvahy prichádzajú najmä tieto somatické ochorenia (Prašková, Praško, 2000):

- kardiovaskuláne ochorenia /prolaps mitrálnej chlopne, arytmie, angina pectoris, arteriálna hypertenzia/,

- hypoglykémia, metabolické ochorenia ,
- akútna intoxikácia /liekmi, hubami,organofosfátmi /, abstinenčný syndróm,
- peptický vred,
- hypovitaminózy,
- nádorové ochorenia /najmä mozgu/,
- systémové ochorenia,
- hypertyreóza,
- astma bronchiale, chronická obštrukčná choroba pľúc,
- epilepsia, záchvatové ochorenia,
- anémia.

1.2.3 Komorbidita

Pri panickej poruche je komorbidita s inými poruchami veľmi častá. V 50 - 90% prípadov sa vyskytuje spolu s agorafóbiou, v 40% s depresívnou poruchou a v tretine prípadov so špecifickou fóbiou, generalizovanou úzkostnou poruchou, sociálnou fóbiou a obsedantne-kompulzívnou poruchou. Kritériá pre vyhýbavú a závislú poruchu osobnosti spĺňa 25 - 60%.

Liečba

V liečbe panickej poruchy sú odporučené **psychoterapeutické a farmakologické postupy**.

Psychoterapia panickej poruchy

Empiricky najviac overenou psychoterapeutickou metódou je KBT**,** čo je dôvodom na jej odporučenie v prvom kroku. KBT má vykonávať terapeut, ktorý sa preukázateľne pridržiava overených protokolov pre liečbu (NICE, 2011). Overená účinnosť je aj pri využití dynamickej psychoterapie a relaxačných metód, metodologické obmedzenia však neumožňujú exaktne vyhodnotiť viaceré metódy – napr. účinnosť interpersonálnej psychoterapie pri liečbe úzkostných porúch (Milrod a kol., 2016) (Markowitz a kol., 2014).

Návrh konkrétneho liečebného psychoterapeutického postupu závisí od individuálneho postoja pacienta k farmakoterapii a od jeho motivácie a ochoty spolupracovať v psychoterapii.

V psychoterapeutickej liečbe panickej poruchy je možné využiť psychoedukáciu, podporné psychoterapeutické metódy, krízovú psychoterapeutickú intervenciu v odôvodnených prípadoch, racionálne náhľadovú podpornú psychoterapiu.

Možno tiež čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie). Je možné uplatniť aj psychodynamicky orientovanú psychoterapiu, rodinnú a párovú psychoterapiu či psychoedukáciu rodinných príslušníkov.

Psychoterapia môže mať individuálny alebo skupinový formát.

Kognitívne behaviorálna psychoterapia /KBT/

Pri liečbe panickej poruchy sa ako veľmi účinná uvádza kognitívne behaviorálna terapia /KBT/. V liečbe panickej poruchy podľa KBT sa odporúča postupovať podľa jednotlivých krokov, ktoré sú podrobne prepracované. Terapiu je vhodné začať edukáciou pacienta o spúšťačoch a faktoroch udržujúcich túto poruchu ako aj dôsledkoch vyhýbavého správania. Vhodné je pokračovať nácvikom upokojujúceho dýchania, prípadne nácvikom svalovej relaxácie, aby pacient dostal viac pod kontrolu náhle vegetatívne príznaky úzkosti (telesné prejavy). V ďalšej fáze sa odporúča zaradiť interoceptívne expozície, najskôr v imaginácii neskôr in vivo, ktoré zabraňujú spusteniu panického ataku vyvolaného telesnými príznakmi podobnými tým, ktoré zažíva pacient pri panickom záchvate.

Pri panickej poruche je potrebné pracovať s úzkostnými myšlienkami najmä čo sa týka anticipačnej úzkosti, redukcie katastrofických interpretácií telesných príznakov, zvládania vyhýbavého správania. Postupujeme metódou expozícií v imaginácii a in vivo, aby pacient do svojho života zaraďoval činnosti, ktorým sa v dôsledku panickej poruchy začal vyhýbať.

Psychodynamicky orientovaná psychoterapia

Tak ako pri iných úzkostných poruchách, pri komplikovanejšom intrapsychickom konflikte, probléme tolerovať a pomenovať vnútorné emočné prežívanie a nevedomé konflikty, pri prítomnej komorbidite osobnosti je vhodná psychodynamicky orientovaná psychoterapia. Dynamické mechanizmy môžu byť dôležitými faktormi pri tvorbe symptómov a tak táto liečba môže priniesť úľavu (Gabbard, 2005).

U pacientov s panickou poruchou sa často vyskytujú vzťahové problémy či iné psychosociálne záťažové faktory. V takom prípade, po zvládnutí akútnej symptomatiky možno pokračovať párovou psychoterapiou či rodinnou psychoterapiou. Indikácia je na mieste v prípadoch, keď symptómy zdieľa partner/rodina. Zásahy do partnerskej (či rodinnej) schémy môžu prispieť k liečbe úzkostných porúch zrejme častejšie ako súčasť kombinácie rôznych foriem psychoterapie (Junek).

Farmakologická liečba

Farmakologická liečbe je určená pre pacientov s dlhším trvaním ochorenia alebo pre tých, u ktorých na nepreukázala účinnosť psychoterapie alebo psychoterapiu nechcú absolvovať (NICE 2011). Miera efektu, čo odráža účinnosť, je podľa niektorých zdrojov vyššia ako pre psychoterapiu (Bandelow a kol., 2015).

Farmakoterapia má byť vyhodnocovaná po 8 – 12 týždňoch liečby. Pokračovanie sa vyhodnocuje podľa stavu pacienta, minimálne odporučené trvanie liečby je 12 až 18 mesiacov pri remisii príznakov (Baldwin a kol., 2014) (Raboch a kol., 2014).

Preferovanou skupinou liekov pre liečbu panickej poruchy sú antidepresíva zo skupiny SSRI, overené sú niektoré antidepresíva z iných skupín. Tie sa majú použiť v prvom kroku liečbu. Dávkovanie antidepresív v úvode liečby by malo byť pri úzkostných poruchách nižšie.

Dostupné antidepresíva a ich dávkovanie ju uvedené v tabuľke č. 1:

Tabuľka č. 1

Dostupné antidepresíva a ich dávkovanie			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PANICKÁ PORUCHA		
Liečivo	**Dávkovanie (mg / deň)**		**Poznámka**
	Počiatočná dávka	**Terapeutická / maximálna dávka**	
SSRI			
paroxetín*	10 mg / deň	20 - 40 mg	anticholínergický efekt, priberanie na hmotnosti, interakcie cez CYP2D6 izoenzým
escitalopram*	5 mg	10 - 20 mg	upozornenie na možnosť predĺženia QT intervalu
citalopram*	10 mg	20 až 40 mg	
sertralín*	25 - 50 mg	do 200 mg	
fluvoxamín	50 mg	100 mg až 300 mg	silný inhibítor CYP1A2 izoenzýmu
Ďalšie antidepresíva			
venlafaxín*	37,5 mg	do 150 mg až 225 mg	SNRI antidepresívum; pri liečbe depresie sú maximálne dávky vyššie - až do 375 mg; potrebná kontrola tlaku krvi
moclobemid	150 mg	300 až 600 mg	RIMA antidepresívum; nemá sa kombinovať s SSRI a SNRI
klomipramín*	25 mg	do 150 mg	tricyklické antidepresívum; pre anticholínergický účinok a riziko porúch srdcového rytmu pri vyšších dávkach je použitie obmedzené; nie je odporúčaný v prvom kroku

Benzodiazepíny

Používanie benzodiazepínov v liečbe úzkostných porúch je kontroverzné, bez dostatočne overených odporúčaní, no benzodiazepíny sú široko využívané, pacientmi preferované, prinášajú bezprostrednú úľavu pri rôznych úzkostných stavoch a ich účinnosť v krátkodobej liečbe je vyššia ako pri použití antidepresív (Gomez a kol., 2018). Ich využitie je obmedzené, nie sú odporúčané ako prvá voľba (NICE 2013) pre skupinové nežiaduce účinky, ktoré sa ale prekrývajú s terapeutickým efektom (útlm, ospalosť), ale hlavne pre riziko rozvoja závislosti. U každého pacienta je z toho dôvodu potrebné:

vyhodnocovať zvyšovanie tolerancie/strata účinnosti,

svojvoľné zvyšovanie dávky,

cielené otázky na predpis benzodiazepínov od viacerých lekárov,

obmedziť podávanie benzodiazepínov na čo najkratšiu dobu.

Na druhej strane by sa použitiu benzodiazepínov nemalo vyhýbať u stavov so závažnými príznakmi úzkosti, ktoré spôsobujú významný distres a postihnutie (Baldwin a kol., 2014). Sú odporučené v liečbe akútnych panických atakov (Bandelow a kol., 2013). Odporúčaná doba v druhom kroku liečby je 8 – 12 týždňov (Raboch a kol., 2014) s postupným vysadzovaním o 25 % dávky za týždeň.

Podávanie benzodiazepínov v úvode liečby vedie k rýchlejšej pozitívnej zmene, ale z dlhodobého hľadiská nie je viac efektívne Dávkovanie najviac overených benzodiazepínov v liečbe panickej poruchy je uvedené v tabuľke *č. 2.*

Tabuľka č. 2

Dávkovanie benzodiazepínov pri liečbe panickej poruchy		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PANICKÁ PORUCHA	
Liečivo	**Dávkovanie mg / deň**	**Poznámka**
alprazolam	0,25 mg až 4 mg	Pri oboch liečivách sú uvedené nižšie dávky obvyklé pre liečbu úzkosti. Maximálne dávky uvádzané v súhrnoch charakteristických vlastností liekov (SPC) sa v klinickej praxi zvyčajne nevyužívajú.
klonazepam	1 mg až 6 mg	

Ďalšie liečivá overené v liečbe panickej poruchy, odporučené pri nedostatočnom účinku liekov voľby alebo pri augmentácii liečby s nedostatočným podkladmi na to, aby boli použité ako prvá voľba:

mirtazapín – odporučený ako tretia voľba po druhom korku, ktorým je výmena antidepresív odporučených v prvom kroku (Bandelow a kol., 2017),

gabapentín – antiepileptikum s vplyvom na GABA-ergný systém. Efektívny len u závažnejších stavov (Katzman a kol., 2014),

atypické antipsychotiká – nedostatočne overené, využiteľné ako augmentácia u ťažkých stavov a pri komorbidite (Perna a kol., 2016), nutné kontrolovať nežiaduce účinky (hmotnosť, metabolický syndróm a ďalšie).

Liečba panickej poruchy by mala zohľadňovať pacientove potreby a cieľom liečby by mala byť úplná eliminácia panických atakov. Dôležité je vytvoriť terapeutický vzťah s pacientom, edukovať ho o poruche a stanoviť si ciele terapie s postupným odstránením vyhýbavého správania sa (Barlow, 1998, Jefferson, 1997).

Psychofarmakologická liečba panickej poruchy je dlhá minimálne 12-18 mesiacov. Po uplynutí tejto doby je potrebné zhodnotiť individuálne priebeh liečby a rozhodnúť o postupnom vysadení medikácie alebo o ďalšom pokračovaní v liečbe.

Prognóza

Priebeh a prognóza panickej poruchy sú rôzne. Je popísaný ako chronický priebeh, tak spontánna úzdrava, či recidíva po niekoľkoročnej remisii. Jednou z najzávažnejších komplikácii panickej poruchy je suicídium, ktorého celoživotné riziko je až 20 %. Psychosociálnymi dôsledkami panickej poruchy môže byť často aj strata zamestnania alebo partnerské problémy.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Panická porucha môže byť u časti pacientov farmakorezistentná a môže mať chronický priebeh. Takéto ťažké formy panickej poruchy môžu viesť až k invalidizácii pacienta, a to obzvlášť s komorbiditou s inými psychickými poruchami.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.
Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný menežment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.
Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.
Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.
Sociálny pracovník- sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.
Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.
Denné psychiatrické stacionáre - psychiater, psychológ, liečebný pedagóg, sestra, sociálny pracovník.
Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave.
Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

Úzkostné poruchy vrátane panickej poruchy tvoria väčšinu psychických porúch v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti. Výhodou je, že pacienti môžu vyhľadať psychiatra aj bez odporučenia všeobecného lekára, čo mnohokrát urýchli proces vyšetrenia a následnej liečby.
Včasná liečba môže často zabrániť vzniku chronického ochorenia.
Väčšina pacientov s panickou poruchou je v dlhodobej starostlivosti ambulantných psychiatrov.
Okrem účinnej farmakoterapie je dôležité vytvorenie kvalitného terapeutického vzťahu s pacientom a psychoterapeutické vedenie pacienta.
Okrem liečby základnej poruchy pacienti mnohokrát riešia svoje vzťahové či pracovné problémy a v dnešnej dobe aj sociálnu situáciu. Tieto faktory taktiež modifikujú a ovplyvňujú celkový výsledok liečby.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Pri liečbe panickej poruchy sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Alternatívne odporúčania

Súčasťou komplexného prístupu k liečbe panickej poruchy je odporúčanie zásad zdravej životosprávy čiže dostatok odpočinku, spánku, plánovanie aktivít, telesné cvičenie, vyvážená strava.
Zásady zdravej životosprávy a psychogynieny by mali byť súčasťou výchovy detí v rodinách a školách. Taktiež zamestnávatelia by mali dbať na zabezpečenie takých pracovných podmienok, aby nedochádzalo k preťažovaniu zamestnancov. Niektoré podniky už vytvárajú podmienky na krátke pracovné pauzy s možnosťou telesného cvičenia. Dôležitá je aj edukácia o duševných poruchách a destigmatizácia psychiatrie ako takej. Túto úlohu môžu veľmi dobre zastávať média, v ktorých by mali dostávať priestor odborníci z oblasti duševného zdravia.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia - za 2 roky, následne každých 5 rokov pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.

Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Literatúra

BALDWIN, D.S., ANDERSON, I.M., NUTT, D.J., ALLGULANDER, C., BANDELOW, B., DEN BOER, J.A., CHRISTMAS, D.M., DAVIES, S., FINEBERG, N., LIDBETTER, N., MALIZIA, A., MCCRONE, P., NABARRO, D., O'NEILL, C., SCOTT, J., VAN DER WEE, N. y WITTCHEN, H.-U., 2014. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology, vol. 28, no. 5, pp. 403-439. ISSN 0269-8811, 1461-7285. DOI 10.1177/0269881114525674

BALLENGER, J.C., 2000. Panic disorder and agorafobia In: Gelder MG ,Lopez-Ibor JJ Andreasen N /eds/New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press: UK, 807-822, ISBN 9780199696758

BANDELOW, B., BALDWIN, D.S. y ZWANZGER, P., 2013. Pharmacological treatment of panic disorder. Modern Trends in Pharmacopsychiatry, vol. 29, pp. 128-143. ISSN 1662-2685. DOI 10.1159/000351953.

BANDELOW, B., MICHAELIS, S. y WEDEKIND, D., 2017. Treatment of anxiety disorders. Dialogues in Clinical Neuroscience, vol. 19, no. 2, pp. 93-107. ISSN 1294-8322.

BANDELOW, B., REITT, M., RÖVER, C., MICHAELIS, S., GÖRLICH, Y. y WEDEKIND, D., 2015. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. International Clinical Psychopharmacology, vol. 30, no. 4, pp. 183-192. ISSN 1473-5857. DOI 10.1097/YIC.0000000000000078

BARLOW, D. H., 2004. Anxiety and its disorders. Second edition. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. Guilfoprd Press: New York. ISBN 9781593850289.

DUŠEK, K.; a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. Diagnostika a terapie duševních poruch. Grada, ČR, s.353-368 ISBN 978-80-247-4826-9

FERENČÁKOVÁ, Ľ., 2014. Reálne možnosti liečby duševných porúch v súlade s SPC. Psychiatria pre prax, vol. 15, no. 3, pp. 122-126

GABBARD G.O. 2005. Dlhodobá psychodynamická psychoterapia.Vydavateľstvo F Trenčín, 2005,s.49-55,105-109 s.ISBN 80-88952-29-8
GOMEZ, A.F., BARTHEL, A.L. y HOFMANN, S.G., 2018. Comparing the efficacy of benzodiazepines and serotonergic anti-depressants for adults with generalized anxiety disorder: a meta-analytic review. Expert Opinion on Pharmacotherapy, vol. 19, no. 8, pp. 883-894. ISSN 1744-7666. DOI 10.1080/14656566.2018.1472767
HOSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J., 2002. Psychiatrie, s..488-490, Tigis: Praha, ISBN 82-900130-1-5
JEFFERSON J. W., 1997. Antidepressants in panic disorder. In J Clin Psychiatry 58, Suppl.2, s. 20-24, ISSN 1555-2101
JESSE H.a kol., 2008. Učenie sa kognitívno-behaviorálnej terapii, s. 169-187
JUNEK,P. Psychoterapie úzkostných poruch. http://www.psychoterapeuti.cz/dokumenty/category/10-standardy?download=158:standardy-uzkostne-poruchy
KATZMAN, M.A., BLEAU, P., BLIER, P., CHOKKA, P., KJERNISTED, K. y VAN AMERINGEN, M., 2014. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry, vol. 14, no. Suppl 1, pp. S1. ISSN 1471-244X. DOI 10.1186/1471-244X-14-S1-S1
KUSÁ, K.; HAŠTO ,J. 2003. Psychoterapia. Trenčín,2003. www.psychoterapia-sk.sk/dokumenty/informácie/psychoterapia.pdf
MARKOWITZ, J.C., LIPSITZ, J. y MILROD, B.L., 2014. CRITICAL REVIEW OF OUTCOME RESEARCH ON INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY FOR ANXIETY DISORDERS. Depression and anxiety, vol. 31, no. 4, pp. 316-325. ISSN 1091-4269. DOI 10.1002/da.22238
MILROD, B., CHAMBLESS, D.L., GALLOP, R., BUSCH, F.N., SCHWALBERG, M., MCCARTHY, K.S., GROSS, C., SHARPLESS, B.A., LEON, A.C. y BARBER, J.P., 2016. Psychotherapies for Panic Disorder: A Tale of Two Sites. The Journal of Clinical Psychiatry, vol. 77, no. 7, pp. 927-935. ISSN 1555-2101. DOI 10.4088/JCP.14m09507
MILROD B., BUSCH F., COOPER A., SHAPIRO T., 2006. Psychodynamická psychoterapia panickej poruchy. Vydavateľstvo F: Bratislava, ISBN 8088952336
MOŽNÝ P.; PRAŠKO J., 1999. Kognitivně-behaviorální terapie: Úvod do teorie a praxe. Triton: Praha, s. 214-217, ISBN 80-7254-038-6
NICE, 2011. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management [en línea]. 2011. S.l.: s.n. Disponible en: nice.org.uk/guidance/cg113.
NICE, 2013. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. Clinical guideline [en línea]. 2013. S.l.: s.n. Disponible en: nice.org.uk/guidance/cg159.
PERNA, G., ALESSANDRA, A., RAFFAELE, B., ELISA, M., GIUSEPPINA, D., PAOLO, C., MARIA, N. y DANIELA, C., 2016. Is There Room for Second-Generation Antipsychotics in the Pharmacotherapy of Panic Disorder? A Systematic Review Based on PRISMA Guidelines. International Journal of Molecular Sciences [en línea], vol. 17, no. 4. [Consulta: 20 agosto 2018]. ISSN 1422-0067. DOI 10.3390/ijms17040551. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4849007/
PRAŠKO J., MOŽNÝ P., ŠLEPECKÝ M., 2007. Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch. Triton: Praha, s. 1048, ISBN 8072548651
PRAŠKO J., PRAŠKOVÁ H., ADAMCOVÁ K., VYSKOČILOVÁ J. 2007. Panická porucha a jak ji zvládat. Galén: Praha, s. 55
PRAŠKO, Ján; Vyskočilová, Jana; Adamcová, Katarína; Prašková, Hana. 2014. Agorafobie a panická porucha. Portál: Praha. ISBN 978-80-262-0518-0
PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H. Psychoterapie úzkostných poruch.
uhsl.wz.cz/elearning/pstuzkostpor.pdf

PRAŠKOVÁ, H.; PRAŠKO, J., 2000. Úzkostné a fobické poruchy. s. 14-29, Galén: Bratislava, ISBN 8072620398
RABOCH, J., UHLÍKOVÁ, P., HELLEROVÁ, P., ANDERS, M. y ŠUSTA, M., 2014. PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. S.l.: Psychiatrická společnost ČLS JEP. ISBN 978-80-260-5792-5
SEIFERTOVÁ, D. ;PRAŠKO, J.; HOSCHL, C., 2004. Postupy v léčbě psychických poruch. Academia Medica Pragensis: Praha, s. 140-161, ISBN 80-86694-06-2
SMOLÍK, P., 1996. Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací : nástin nozologie : diagnostika. Praha: Maxdorf Jessenius. 267 – 269 s., ISBN 80-85800-33-0
WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize., Duševní poruchy a poruchy chování : diagnostická kritéria pro výzkum (Přel. z angl. orig.). Praha: Psychiatrické centrum Praha, str. 262-265
WRIGHT,J. W.; BASCO,M.R.; THASE, M.E. 2008. Učenie sa kognitívno-behaviorálnej terapii. Vydavateľstvo F, Trenčín, 2008, 75 -187 s., ISBN 978-80-88952-53-4

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 1. apríla 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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:

Generalizovaná úzkostná porucha - štandardné diagnostické a terapeutické postupy

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0043	*5. apríla 2018*	*schválené*	*1. apríla 2020*

Autori

MUDr. Ľubica Ferenčáková; PhDr. Katarína Kubašovská; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; prof. MUDr. Ján Pečeňák CSc.

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; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH (odborný garant)

Recenzenti (1. verzie):

Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH.

Technická a administratívna podpora:

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová, Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Mgr. Mária Syneková; PhDr. Katarína Gatialová; Mgr. Anton Moises; Ing. Katarína Krkošková.

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) a NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie

a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NPF312041R239)

Kľúčové slová

úzkosť, strach

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

EEG - Elektroencefalogram
GABA - gama - Aminomaslová kyselina
GAD - Generalized anxiety disorder - generalizovaná úzkostná porucha
KBT - Kognitívne behaviorálna psychoterapia
MKCH - Medzinárodná klasifikácia chorôb
OCD - Obsedantne - kompulzívna porucha
PET - Pozitrónová emisná tomografia
RIMA - Reverzibilné inhibíroty monoaminooxidázy
SNRI - Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu a noradrenalínu
SSRI - Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu
TCA - Tricyklické antidepresíva
TRH - Thyreotropin - releasing hormón
TSH - Tyreotropný hormón

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (ďalej len „psychiater") - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný menežment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecifikácia psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník - sociálnoprávna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií, preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Úvod

Generalizovaná úzkostná porucha /ďalej len „GAD „/ sa prejavuje pretrvávajúcou, voľne plynúcou úzkosťou, ktorá nie je obmedzená na konkrétne situácie a objekty. Úzkosť sa týka každodenných problémov, starostí a obáv pred neurčitým ohrozením. Je sprevádzaná únavou, nepríjemnými telesnými pocitmi, napätím, bolesťami hlavy, búšením srdca, potením – príznakmi charakteristickými pre všetky úzkostné poruchy.

Prevencia

Prevencia úzkostných porúch vo všeobecnosti, a teda aj GAD by mala začínať už v detstve formou výchovy, ktorá by nemala byť príliš úzkostlivá a kontrolujúca. Prevenciou úzkostných stavov je aj zdravá životospráva a eliminácia stresu, či už formou relaxácie, dostatočného odpočinku, alebo telesného cvičenia a posilňovanie nácviku stratégii, ktoré posilňujú schopnosti v zvládaní záťažových situácií (tzv. coping mechanizmy).

Epidemiológia

12- mesačná prevalencia GAD v dospelej populácii je udávaná približne v 3 %, celoživotné riziko je do 9 %. Incidencia kulminuje v strednom veku [1]. V slovenskej epidemiologickej štúdii EPIA u dospelých obyvateľov SR sa zistila 6-mesačná prevalencia GAD u asi 5% účastníkov výskumu. GAD sa vyskytuje často v komorbidite spolu s inou úzkostnou poruchou, alebo ľahšími formami depresívnych porúch a je dvojnásobne častejšia u žien.

Patofyziológia

V patofyziológii GAD sa predpokladajú biologické vplyvy, ale aj vplyvy výchovy a životných udalostí. Heritabilita sa podieľa na vzniku poruchy približne z jednej tretiny, suspektné gény sú však pre poruchu nešpecifické. Pomocou zobrazovacích metód sa preukázala dysregulácia v neuronálnych okruhoch riadiacich úzkosť s centrálnym postavením amygdaly [2] s narušením signalizácie viacerých neutrotransmiterových systémov (sérotonín, dopamín, noradrenalín, GABA, glutamát) [3].

Všeobecné etiologické koncepty pre úzkosť a úzkostlivosť založené na psychologických alebo psychosociálnych faktoroch platia aj pre GAD. Psychosociálne príčiny môžu zahŕňať narušené rodinné vzťahy a traumatické udalosti v detstve, kognitívny model predpokladá distorzné spracovanie informácií, kognitívno – behaviorálny model zdôrazňuje proces učenia a rozvoj maladaptívnych postojov, psychoanalytický model vysvetľuje úzkosť ako reprezentáciu potlačených konfliktov. Tieto koncepty sú dôležitým základom pre psychoterapeutické intervencie.

Klasifikácia

GAD patrí podľa klasifikácie MKCH 10 [4] medzi úzkostné poruchy, kódové označenie je F 41.1, diagnostické kritériá sú nasledovné (tabuľka č. 1).

Tabuľka č. 1a

Diagnostické kritéria pre generalizovanú úzkostnú poruchu
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA
A :
Výrazné napätie, strach a obavy trvajú aspoň 6 mesiacov
B :
Musia byť prítomné najmenej 4 z nižšie uvedených príznakov, pričom najmenej jeden z nich musí byť príznakom vegetatívneho podráždenia :
Príznaky vegetatívneho podráždenia
1. palpitácie alebo búšenie srdca alebo zrýchlený pulz
2. potenie
3. chvenie alebo tras
4. sucho v ústach
Príznaky týkajúce sa hrudníka a brucha
5. obtiažne dýchanie
6. pocit dusenia sa
7. bolesti alebo nepríjemné pocity na hrudníku
8. nauzea alebo brušná nevoľnosť
Príznaky týkajúce sa duševného stavu
9. pocit závratu, nepokoja, mdloby, točenia hlavy
10. pocit, že objekty nie sú reálne (derealizácia), alebo, že jedinec je mimo „ nie je tu skutočne (depersonalizácia)
11. strach zo straty kontroly,“ zbláznenia sa“, straty vedomia
12. strach zo smrti
Celkové príznaky
13. návaly tepla alebo chladu
14. pocity znecitlivenia alebo mravenčenia
Príznaky napätia
15. napätie, pobolievanie alebo bolesti vo svaloch
16. nepokoj a neschopnosť uvoľniť sa
17. pocit podráždenia, neznesiteľného duševného napätia
18. pocit „hrče v krku „ alebo ťažkosti s prehĺtaním

Tabuľka č. 1b

Diagnostické kritéria pre generalizovanú úzkostnú poruchu	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA
B :	
Musia byť prítomné najmenej 4 z nižšie uvedených príznakov, pričom najmenej jeden z nich musí byť príznakom vegetatívneho podráždenia :	
Ďalšie nešpecifické príznaky	
19. prehnaná reakcia na malé prekvapenie a vyrušenie	
20. obtiaže s koncentráciou alebo „ prázdno v hlave „ z dôvodu strachu a úzkosti	
21. neustále podráždenie	
22. obtiaže so zaspávaním kvôli strachu	
C :	
Porucha nespĺňa kritéria pre panickú poruchu, fobické úzkostné poruchy, obsedantne kompulzívnu poruchu alebo hypochondrickú poruchu.	
D:	
Základné vylučovacie kritériá : Úzkostná porucha nie je spôsobená somatickou poruchou, ako je hypertyreóza, organickou poruchou alebo poruchou vyvolanou psychoaktívnou látkou ako je silná konzumácia amfetamínu alebo abstinenčný syndróm po odňatí benzodiazepínov.	

Klinický obraz

Typické prejavy GAD sú uvedené v diagnostických kritériách. Porucha je charakteristická tým, že sa vyskytuje často v komorbidite s inými psychickými poruchami (depresívnymi, úzkostnými), výskyt komorbidných stavov je skôr pravidlom ako výnimkou [3]. Porucha zodpovedá historickému termínu „úzkostná neuróza“ [5]

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostika sa opiera o psychiatrické vyšetrenie, o diagnostické kritéria podľa MKCH 10 a prípadne doplnkové psychologické vyšetrenie pacienta. Psychodiagnostika môže prispieť predovšetkým k stanoveniu osobnostných čŕt (úzkostlivosť).

Diferenciálna diagnostika

Úzkosť (anxieta) je vedúcim symptómom aj pre iné úzkostné poruchy skupiny psychických a somatických (vegetatívnych) prejavov sa prekrývajú. Najdôležitejšie odlišnosti sú nasledované:

- panická porucha – úzkosť ma charakter panických záchvatov s rýchlym nástupom a silnou intenzitou,
- sociálna úzkostná porucha (sociálna fóbia) – prejavy sú viazané na sociálne situácie (napr. hovorenie na verejnosti, spoločenský kontakt, konverzácia),
- obsedananto - kompulzívna porucha – úzkosť sa viaže na intruzívne (obsedantné) myšlienky, ktoré sú ego-dystónne (jedinec si uvedomuje ich „nezmyselnosť“).

Úzkostná porucha osobnosti – je charakterizovaná úzkostlivosťou, symptómy nedosahujú takú závažnosť, aby mohla byť diagnostikovaná GAD.

Úzkosť ako symptóm je častým nálezom pri ďalších psychických poruchách, vtedy je nevyhnutné stanoviť primárny (osový syndróm) a diagnostiku a terapeutické postupy zamerať naň. Sú to najmä:

- depresívny syndróm (primárne afektívna porucha ako je depresívna epizóda alebo dystýmia) – vedúcimi symptómami je depresívna nálada a anhedónia,
- intoxikácia a abstinenčný syndróm pri užívaní psychotropných látok – úzkosť je typickým sprievodným syndrómom pri užívaní stimulancií a abstinenčnom syndróme pri ich užívaní, pri abstinenčnom syndróme od alkoholu a benzodiazepínov,
- ďalšie psychické poruchy pri ktorých môže byť úzkosť jedným z príznakov, ale klinické vyšetrenie vedie k stanoveniu inej primárnej diagnózy: poruchy príjmu potravy, somatoformné poruchy, organické poruchy spojené s poruchou orientácie, psychotické stavy s paranoidným syndrómom.

Somatické ochorenia:
Vegetatívna dysbalancia, únava, poruchy spánku, obavy môžu byť súčasťou množstva somatických porúch. Dôsledná anamnéza, vyhodnotenie už uskutočnených vyšetrení a nálezov poväčšine umožňuje stanovenie diagnózy bez potreby ďalších somatických vyšetrení, ich prípadný rozsah musí byť individuálne zvažovaný. Extenzívne doplňujúce vyšetrenia môžu viesť u niektorých pacientov k prehĺbeniu úzkostného prežívania. Medzi základné odporučené vyšetrenia pre vylúčenie možnej somatickej etiológie, ale aj s informačnou hodnotou pri začatí psychofarmakologickej liečby patria [6] [7]:

- základné biochemické vyšetrenie – najmä pečeňové testy, urea, kreatinín, u starších pacientov iónogram, CRP pre identifikáciu zápalového syndrómu,
- krvný obraz – najmä pre identifikáciu anémie,
- EKG – najmä pri prítomnosti palipitácii,
- EEG – najmú pri výskyte stavov depresonalizácie, derealizácie,
- vyšetrenie funkcie štítnej žľazy – pri únave alebo dlhodobom nepokoji, poruchách spánku,
- test moču na prítomnosť psychotropných látok v prípade podozrenia na ich zneužívanie.

Liečba

V liečbe **GUP** sú indikované psychoedukačné, psychoterapeutické a farmakologické postupy. Odporučenia pre základné postupy sú nasledovné [6] [8] (tabuľka č. 2) a v ďalšom texte sú rozpracované.

Tabuľka č. 2

Postupné kroky pri liečbe generalizovanej úzkostnej poruchy		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA	
1. krok	Stanovenie diagnózy, informovanie pacienta, psychoedukácia, využitie edukačných zdrojov, vyhodnotenie závažnosti poruchy s vplyvom na kvalitu života a funkčnosť, stanovenie cieľov liečby, vyhodnotenie preferencií pacienta o liečbe	
2. krok podľa závažnosti poruchy	mierna až stredná závažnosť	Psychoterapia
		Farmakoterapia s vyhodnotením účinku po 8 - 12 týždňoch
	závažná porucha - komorbidita, významný vplyv na funkčnosť	Kombinovaná psychoterapeutická a farmakologická liečba
3. krok	závažná porucha s nedostatočnou terapeutickou odpoveďou na predchádzajúce intervencie	Intenzívna psychoterapia, augmentačné postupy vo farmakoterapii s využitím off-label postupov, prípadná hospitalizácia

1. krok

Psychoedukácia s informovaním pacienta o poruche, poskytnutím informačných materiálov a prípadným odkazom na webové stránky. Je mimoriadne dôležité nadviazanie terapeutického kontaktu s pacientom, uvedomenie si pacienta, že porucha je relatívne častá, pre profesionálov známa a je možnosť terapeutických opatrení. Vyhodnotenie preferencie pacienta (psychoterapeutické vs. farmakologické postupy) môže byť rozhodujúca pre ďalšiu liečbu.

2. krok

Psychoterapia

Exaktnými štúdiami je najviac overenou psychoterapeutickou metódou je kognitívno – behaviorálna psychoterapia [9], odporúčané sú aj relaxačné metódy [8], pri nedostupnosti KBT, alebo podľa preferencie pacienta, môžu byť využité aj iné postupy, najmä interpersonálna psychoterapia, humanistické smery, psychodynamické metódy, prípadne biofeedback.

Farmakoterapia

Farmakoterapia GAD má spoločné charakteristiky s liečbou ostatných úzkostných porúch. Sú možnosti využitia liekov s registrovanou indikáciou [10], no pri komplikovaných a rezistentných aj liečba off-label, ktorá nemá oficiálne schválenú indikáciu, ale je overená klinickými štúdiami (t.j. lege-artis liečba). Trvanie liečby závisí od stavu pacienta, hodnotenie odpovede, prípadne dosiahnutia remisie sa má uskutočniť po 8 – 12 týždňov, udržiavacia liečba trvá zvyčajne 12 mesiacov, u niektorých pacientov je potrebná celoživotná liečba s periodickým (ročným) posúdením potreby ďalšej farmakoterapie.

V liečbe sú uplatňované nasledovné skupiny liekov [11]:

- antidepresíva,
- benzodiazepíny,
- pregabalín,
- buspirón,
- antihistaminiká,
- antipsychotiká 2. generácie,
- antiepileptiká,
- betablokátory.

Antidepresíva

Antidepresíva sú prvou voľbou liečby (tabuľka č.3). V bežnej klinickej praxi sú najviac využívané a overené antidepresíva zo skupiny SSRI – Selektívne inhibítory spätného vstrebávania sérotonínu (tabuľka č. 3). Z celej skupiny majú explicitne určenú indikáciu pre liečbu GAD len paroxetín a escitalopram, preto by mali byť použité v prvom kroku. Na základe mechanizmu účinku a publikovaných štúdii sa v liečbe dajú využiť aj ostatné SSRI antidepresíva [12]. Pri ich indikácii je potrebné zvažovať skupinové nežiaduce účinky ako je možnosť zvýšeného krvácania, nežiaduce účinky na sexuálne funkcie (zníženie libida, zhoršenie orgazmického prežívania, farmakodynamické interakcie s inými látkami ovplyvňujúce sérotonínový systém, hlavne u starších pacientov syndróm neadekvátnej sekrécie antidiuretického hormónu (SIADH)) [13]. U pacientov s úzkostnou symptomatikou sa odporúča nižšie dávkovanie na začiatku liečby. Vysadzovanie má byť postupné, v priebehu niekoľkých týždňov.

Zo skupiny SNRI antidepresív má registrované indikácie pre liečbu GAD venlafaxín a duloxetín (tabuľka č. 3).

Ďalšie antidepresíva sú využiteľné pri intolerancii prvej voľby liečby, v liečbe rezistentných stavov, pri komorbidných poruchách, alebo pri potrebe kombinácie. Sú to staršie tricyklické antidepresíva (tabuľka č. 3), z iných antidepresív trazodón[14], agomelatín v dávke 10 mg alebo 25 mg[15], mirtazapín[16], bupropión[17], v metaanalýze sa preukázal efekt vortioxetínu hlavne u pacientov s vyššou intenzitou úzkosti[18].

Tabuľka č. 3

Antidepresíva v liečbe GAD - prvá voľba			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA		
Liečivo	**Dávkovanie (mg / deň)**		**Poznámka**
	Počiatočná dávka	**Terapeutická / maximálna dávka**	
SSRI			
paroxetín*	10 mg	20 - 40 mg	anticholínergický efekt, priberanie na hmotnosti, interakcie cez CYP2D6 izoenzým
escitalopram*	5 mg	10 - 20 mg	upozornenie na možnosť predĺženia QT intervalu
citalopram	10 mg	20 až 40 mg	
sertralín	50 mg	do 200 mg	
fluvoxamín	50 mg	100 mg až 300 mg	silný inhibítor CYP1A2 izoenzýmu
SNRI			
venlafaxín*	37,5 mg	od 50 mg až 225 mg	pri liečbe depresie sú maximálne dávky vyššie - až do 375 mg; potrebná kontrola tlaku krvi
duloxetín*	30 mg	obvykle 60 mg	pri liečbe depresie až 120 mg / deň
Staršie - tricyklické antidpresíva			
amitriptylín	25 mg	do150 mg	pre anticholínergický účinok a riziko porúch srdcového rytmu pri vyšších dávkach je použitie obmedzené; pri liečbe depresie sa používali vyššie dávky ako je uvedené
klomipramín*	25 mg	do 150 mg	
imipramín	50 mg	do 150 mg	

Poznámka : * registrovaná indikácia pre liečbu generalizovanej úzkostnej poruchy

Benzodiazepíny

Používanie benzodiazepínov v liečbe GAD je kontroverzné, bez dostatočne overených odporúčaní [19], no benzodiazepíny sú široko využívané, pacientmi preferované, prinášajú bezprostrednú úľavu pri rôznych úzkostných stavoch a ich účinnosť v krátkodobej liečbe je vyššia ako pri použití antidepresív [20]. Ich využitie je obmedzené pre skupinové nežiaduce účinky, ktoré sa ale prekrývajú s terapeutickým efektom (útlm, ospalosť), ale hlavne pre riziko rozvoja závislosti. U každého pacienta je z toho dôvodu potrebné:

vyhodnocovať zvyšovanie tolerancie/strata účinnosti,

svojvoľné zvyšovanie dávky,

cielené otázky na predpis benzodiazepínov od viacerých lekárov,

obmedziť podávanie benzodiazepínov na čo najkratšiu dobu.

Odporúčaná doba podávania je 8 – 12 týždňov [6] s postupným vysadzovaním o 25 % dávky za týždeň. Dávkovanie benzodiazepínov je uvedené v tabuľke č. 4.

Tabuľka č. 4

Dávkovanie benzodiazepínov pri liečbe generalizovanej úzkostnej poruchy		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA	
Liečivo	**Dávkovanie mg / deň**	**Poznámka**
alprazolam*	0,25 mg až 4 mg	Pri všetkých liečivách sú uvedené nižšie dávky obvyklé pre liečbu úzkosti. Maximálne dávky uvádzané v súhrnoch charakteristických vlastností liekov (SPC) sa v klinickej praxi zvyčajne nevyužívajú.
bromazepam	do 3 mg	
diazepam*	15 až 30 mg	
chlordiazepoxid	30 mg	
klonazepam	1 mg až 6 mg	
oxazepam	do 30 mg	

Poznámka : * registrovaná indikácia pre generalizovanú úzkostnú poruchu

3. krok

Pri rezistentných stavoch je vhodná intenzívna **psychoterapia v kombinácii s farmakoterapiou**. Vo farmakoterapii sa môžu využiť aj liekové skupiny, ktoré neboli použité v kroku 2, kombinácia liekov s cieľom augmentácie účinku (najmä antidepresív z rôznych farmakologických skupín, kombinácia antidepresíva s antipsychotikom). V tabuľke č. 5 sú uvedené ďalšie možnosti farmakoterapie (podľa [12] [21] [6]).

Tabuľka č. 5

Liečivá využiteľné v 3. kroku liečby generalizovanej úzkostnej poruchy		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA	
Liečivo / Skupina	**Dávkovanie**	**Charakteristika / Poznámka**
buspirón*	od 2 x 5 mg/deň až do celkovej 60 mg/deň	nebenzodiazepínové anxiolytikum so sérotonínergným účinkom
hydroxyzín	50 mg/deň, maximálne 100 mg/deň	antihistaminikum s anxiolytickým efektom; novšie upozornenie na riziko predĺženia QT intervalu
pregabalín*	150 mg až do 600 mg/deň	antieleptikum s nepriamym vplyvom na GABA-ergný systém
antipsychotiká	Z typických antipsychotík najčastejšie chlórportixén, z atypických antipsychotík kvetiapín, olanzapín, risperidón, sulpirid. Podávame nízke dávky vo večerných hodinách	
betablokátory	Nízky stupeň dôkazu o účinnosti [22], je vhodné zahájiť liečbu v spolupráci so špecialistom	

Poznámka : * registrovaná indikácia pre generalizovanú úzkostnú poruchu

Psychoterapeutické intervencie:

V liečbe GAD sú účinné metódy psychoterapie, najmä pri miernych a stredne ťažkých úzkostných stavoch v kombinácii s farmakoterapiou [23].

V prvom pláne psychoterapeutickej intervencie sú účinné **KBT postupy** [24]:

Prvým krokom psychoterapeutickej stratégie je edukácia pacienta o faktoroch udržujúcich túto poruchu (vyhýbavé správanie, uisťovanie a pod.) a o potrebe zmeny spôsobu myslenia a konania. KBT GAD je zameraná hlavne na kognitívnu rekonštrukciu obáv, rozpoznanie negatívnych kognícií a hľadanie alternatívnych, neutrálnych, alebo pozitívnych kognícií, intoleranciu neistoty, pocitov

nekontrolovanosti, či ohrozenia. V rámci redukcie úzkosti je vhodné využiť aj behaviorálne techniky, ako napr. metódu systematickej desenzitizácie (expozícia podnetom vyvolávajúcich úzkosť). Nevyhnutnou súčasťou edukácie pacienta s GAD je podporné terapeutické vedenie pacienta.
Pri zvládaní telesných prejavov úzkosti je účinný **nácvik svalovej relaxácie, autogénneho tréningu**, čo môže viesť k zníženiu chronického úzkostného napätia, s možnosťou ju postupne využívať priamo v stresujúcich situáciách.
Inou psychoterapeutickou možnosťou je individuálna **psychodynamicky orientovaná psychoterapia.** Psychodynamická psychoterapia umožňuje pacientom získať väčší náhľad a pochopenie príčin ich úzkostí, súvislosti medzi chronickou úzkosťou a situačnými faktormi s cieľom dosiahnuť to, aby ju tolerovali natoľko, že nebude zasahovať do ich životov.
V psychoterapii GAD je účinná kombinácia individuálnej psychoterapie a skupinovej psychoterapie pre zvyšovanie pocitov sebadôvery, sebaistoty, pocitu bezpečia, asertívneho správania a riešenia problémov [25].

Prognóza

Ochorenie máva chronický priebeh. Začína sa okolo 16-25 roku života, ale porucha môže vzniknúť kedykoľvek. Ochorenie s kolísavou intenzitou prebieha celý život. Nepriaznivým prognostickým faktorom je komorbidita najmä s depresívnou poruchou, poruchou osobnosti, užívaním psychotropných látok.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Aj keď má ochorenie chronický priebeh, zvyčajne nevedie k invalidizácii pacienta.

Chronická úzkosť je však pacientmi vnímaná veľmi nepríjemne a môže mať negatívny dopad na život pacienta. Neustále obavy a pochybnosti môžu jedincom skomplikovať pracovnú kariéru.

Pri komorbidite s ďalšími psychickými poruchami, napr. depresiou, môže viesť aj k invalidizácii pacienta.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný menežment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník - sociálnoprávna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Denné psychiatrické stacionáre - psychiater, psychológ, liečebný pedagóg, sestra, sociálny pracovník.

Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

GAD je chronickou psychickou poruchou, pacienti sú v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti mesiace aj roky. Okrem psychofarmakoterapie je dôležité vytvorenie kvalitného terapeutického vzťahu s pacientom a psychoterapeutické vedenie pacienta, posilňovanie pacienta pri zvládaní záťažových a stresových životných situácií.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Liečba GAD patrí do kompetencie psychiatra, ktorý zabezpečuje farmakologickú aj psychoterapeutickú liečbu.

Psychológ zabezpečuje psychoterapiu.

Lekár so špecializáciou všeobecné lekárstvo s 3-mesačnou psychiatrickou praxou v rámci rezidenčného programu môže začať liečbu GAD.

Alternatívne odporúčania

Keďže dominujúcim prejavom GAD je chronická úzkosť, je dôležité, aby si jedinci trpiaci touto poruchou osvojili niektoré relaxačné, či meditačné techniky a podľa možností zaradili do svojho života pravidelný telesný pohyb.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia - za 2 roky, následne každých 5 rokov pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.

Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Literatúra

[1] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-5 (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013. ISBN 978-0-89042-555-8.

[2] SADOCK, Benjamin J., SADOCK, Virginia A., RUIZ, Pedro. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Tenth edition vyd. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017. 2 s. ISBN 978-1-4511-0047-1.

[3] BYSTRITSKY, Alexander a kol. Current Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. Pharmacy and Therapeutics. 2013, roč. 38, č. 1, s. 30–57. ISSN 1052-1372.

[4] MKCH – 10. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5.

[5] CROCQ, Marc-Antoine. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2017, roč. 19, č. 2, s. 107–116. ISSN 1958-5969.

[6] RABOCH, J a kol. PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2014. 204 s. ISBN 978-80-260-5792-5.

[7] Anxiety Disorders Workup: Approach Considerations, Studies to Exclude Medical Disorders [online]. [cit. 2018-08-8]. Dostupné z: https://emedicine.medscape.com/article/286227-workup?pa=57u1rbIBIfj5uE1eYfyE6q6zJbhGtoDCYjjz62W6GSlrNy9VV0OYlSwrsydbxk2w8SIvl8zjYv73GUyW5rsbWA%3D%3D

[8] NICE. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. 2011.

[9] CUIJPERS, Pim a kol. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2014, roč. 34, č. 2, s. 130–140. doi: 10.1016/j.cpr.2014.01.002. ISSN 1873-7811.

[10] FERENČÁKOVÁ, Ľ. Reálne možnosti liečby duševných porúch v súlade s SPC. Psychiatria pre prax. 2014, roč. 15, č. 3, s. 122–126.

[11] MOHR, Pavel, A KOL. Klinická psychofarmakologie. Praha: Maxdorf Jessenius, 2017. 568 s. ISBN 978-80-7345-546-0.

[12] STRAWN, Jeffrey R. a kol. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: an evidence-based treatment review. Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2018, roč. 19, č. 10, s. 1057–1070. doi: 10.1080/14656566.2018.1491966. ISSN 1465-6566.

[13] PEČEŇÁK, J., KOŘÍNKOVÁ, V., A KOL. Psychofarmakológia. Bratislava: Wolters Kluwer, 2016. 672 s. ISBN 978-80-8168-978-80-8168-542-2.[14] RICKELS, K. a kol. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder. A placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam. Archives of General Psychiatry. 1993, roč. 50, č. 11, s. 884–895. ISSN 0003-990X.

[15] STEIN, Dan J. a kol. Efficacy and safety of agomelatine (10 or 25 mg/day) in non-depressed out-patients with generalized anxiety disorder: A 12-week, double-blind, placebo-controlled study. European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. 2017, roč. 27, č. 5, s. 526–537. doi: 10.1016/j.euroneuro.2017.02.007. ISSN 1873-7862.

[16] GAMBI, Francesco a kol. Mirtazapine treatment of generalized anxiety disorder: a fixed dose, open label study. Journal of Psychopharmacology (Oxford, England). 2005, roč. 19, č. 5, s. 483–487. doi: 10.1177/0269881105056527. ISSN 0269-8811.

[17] BYSTRITSKY, Alexander a kol. A pilot controlled trial of bupropion XL versus escitalopram in generalized anxiety disorder. Psychopharmacology Bulletin. 2008, roč. 41, č. 1, s. 46–51. ISSN 0048-5764.

[18] PAE, Chi-Un a kol. Vortioxetine: a meta-analysis of 12 short-term, randomized, placebo-controlled clinical trials for the treatment of major depressive disorder. Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN. 2015, roč. 40, č. 3, s. 174–186. doi: 10.1503/jpn.140120. ISSN 1180-4882.

[19] CANADIAN AGENCY FOR DRUGS AND TECHNOLOGIES IN HEALTH. Short- and Long-Term Use of Benzodiazepines in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Review of Guidelines [online]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2014. CADTH Rapid Response Reports. [cit. 2018-08-7]. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK254091/.
[20] GOMEZ, Angelina F., BARTHEL, Abigail L., HOFMANN, Stefan G. Comparing the efficacy of benzodiazepines and serotonergic anti-depressants for adults with generalized anxiety disorder: a meta-analytic review. Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2018, roč. 19, č. 8, s. 883–894. doi: 10.1080/14656566.2018.1472767. ISSN 1744-7666.
[21] HUH, John a kol. Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Comprehensive Review of the Literature for Psychopharmacologic Alternatives to Newer Antidepressants and Benzodiazepines. The Primary Care Companion to CNS Disorders [online]. 2011, roč. 13, č. 2, doi: 10.4088/PCC.08r00709blu. ISSN 2155-7772. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184575/ [cit. 2018-08-8]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184575/
[22] BALDWIN, David S a kol. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology. 2014, roč. 28, č. 5, s. 403–439. doi: 10.1177/0269881114525674. ISSN 0269-8811, 1461-7285
[23] DÓCI, I.; BEDNÁŘOVÁ, A.; VANČÍKOVÁ, J., 2011. Aktuálne názory na generalizovanú úzkostnú poruchu. In Psychiatr. prax. Supl.; 12(Supl. 1): 1316, ISSN 0303-4259
[24] PRAŠKO, J., Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu: Semily, Galén, 2009, 84s. ISBN 978-80-7262-631-1
[25] PRAŠKOVÁ Hana , PRAŠKO Ján : Úzkostné a fobické poruchy , Galén, Praha 2000, 102s. ISBN 80-7262-039-8.

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 1. apríla 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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:

Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0044	*5. apríla 2018*	*schválené*	*1. apríla 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:
MUDr. Ľubica Ferenčáková; PhDr. Katarína Kubašovská,
MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; prof. MUDr. Pečeňák, CSc.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu
Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS Psychiatria - MUDr. Mária Králová , CSc., MUDr. Marek Zelman, PhDr. Milana Kovaničová CSc., MUDr. Ivan André, PhD., MPH, MUDr. Ján Dúžek), hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD, MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH (odborný garant)

Recenzenti (1. verzie):
Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH,

Technická a administratívna podpora:
Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová, Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková;; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin

Malina; Ing. Mgr. Mária Syneková; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Anton Moises, Ing. Katarína Krkošková

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) a NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NPF312041R239)

Kľúčové slová

úzkosť, depresia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

EEG - Elektroencefalogram
GABA - Gama - aminomaslová kyselina
GAD - Generalized anxiety disorder - generalizovaná úzkostná porucha
KBT - Kognitívne behaviorálna psychoterapia
MKCH - Medzinárodná klasifikácia chorôb
PET - Pozitrónová emisná tomografia
RIMA - Reverzibilné inhibítory monoaminooxidázy
SNRI - Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu a noradrenalínu
SSRI - Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu
TCA - Tricyklické antidepresíva
TRH - Thyreotropin - releasing hormón
TSH - Tyreotropný hormón

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (ďalej len „psychiater") - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.
Sociálny pracovník- sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.
Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Úvod

Pri zmiešanej úzkostnej a depresívnej poruche sa vyskytujú príznaky úzkosti aj príznaky depresie, ale ani príznaky depresie ani príznaky úzkosti nie sú natoľko vyjadrené, aby spĺňali samostatnú diagnózu depresívnej či úzkostnej poruchy.
Pacienti s touto poruchou sú často pacientmi v primárnej starostlivosti.
Lekári niekedy podceňujú závažnosť tejto poruchy.
Ochorenie máva chronický priebeh.
Riziko suicidálneho správania sa vylúčiť nedá.

Prevencia

Prevenciou úzkostných stavov všeobecne je zdravá životospráva, eliminácia stresu či už formou relaxácie, dostatočného odpočinku alebo telesného cvičenia, ale tiež posilňovanie životných postojov, ktorými sú pacienti schopní zvládať záťažové situácie.

Epidemiológia

Výskyt neurotických a úzkostných porúch v populácii je relatívne vysoký. Štúdia, ktorá bola zameraná na primárnu starostlivosť ukázala, že prevalencia zmiešanej úzkostnej a depresívnej poruchy v primárnej starostlivosti je približne 4,1 %.
Príznaky závažnej úzkosti sa objavujú asi u 60-90 % pacientov s depresívnou poruchou. Podobne pacienti, ktorí trpia primárne niektorou z úzkostných porúch, vykazujú veľmi často príznaky depresívnej poruchy.

Patofyziológia

Etiológia zmiešanej úzkostnej a depresívnej poruchy nie je známa.
Niektoré štúdie nachádzajú súvislosť medzi depresívnou a úzkostnou symptomatikou v rodinách. Výrazne vyššia je prevalencia u nižších sociálnych vrstiev, u menej vzdelaných a kvalifikovaných alebo u nezamestnaných osôb.
Podľa **psychodynamických teórií** príčinu úzkosti a depresie je potrebné hľadať v detstve. Deti, ktoré stratili do svojho desiateho roku niektorého z rodičov, majú dvakrát až trikrát vyššiu pravdepodobnosť, že u nich dôjde k rozvoju depresie alebo úzkosti. Taktiež sexuálne zneužívanie v detstve, predčasná separácia či konfliktné vzťahy v rodine vedú k horšiemu zvládaniu dospelých interpersonálnych problémov a k rozvoju úzkostnej a depresívnej symptomatiky.
Pri depresívnej poruche nachádzame aj určité **biologické abnormality**, napr. oploštelú odpoveď rastového hormónu na podanie klonidínu, chýbajúcu supresiu kortizolu pri podaní dexametazónu, zvýšenú hladinu kortizolu či dysreguláciu sérotonínovej neurotransmisie.
Pri úzkostných poruchách sa vyskytujú dve abnormality, ktoré sú typické pre depresívnu poruchu, a to je abnormálne spánkové EEG a znížená odpoveď TSH a TRH po stimulácii.

Klasifikácia

V MKCH 10 je zmiešaná úzkostne depresívna porucha definovaná ako porucha, kde sú prítomné príznaky úzkosti a depresie, ale žiadny typ príznakov nie je vyjadrený do tej miery, aby mohol viesť k stanoveniu samostatnej diagnózy ktorejkoľvek z oboch porúch.

Klinický obraz

Pri zmiešanej úzkostne depresívnej poruche sa miešajú príznaky úzkosti s príznakmi depresie. Príznaky tejto poruchy sa rozvíjajú týždne aj mesiace.
Typické sú problémy so spánkom, bolesti hlavy, napätie.
Časté sú somatické príznaky ako palpitácie, tlaky na hrudníku, nadmerné potenie, opresie v oblasti žalúdka, tiež bolesti chrbtice, telesná vyčerpanosť, zhoršené videnie.
Pacienti sú bez energie, často popisujú, že nemajú náladu, nič im nerobí radosť, sú unavení a vyčerpaní.
Typické sú obavy do budúcna, precitlivelosť, sklony k plačlivosti či podráždenosť.
Pacienti majú často obavy týkajúce sa bežných životných situácií podobne ako pri generalizovanej úzkostnej poruche. Častá je katastrofizácia.
Niekedy sa objavujú aj jemné obsedantné príznaky ako napr. posadnutosť poriadkom v domácnosti či zdravým varením. Pacienti často nadmerne pijú kávu alebo jedia veľa čokolády v snahe zlepšiť koncentráciu.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostika zmiešanej úzkostne depresívnej poruchy sa opiera o psychiatrické vyšetrenie anamnézu, zhodnotenie klinického obrazu, psychopatologický rozbor. K spresneniu problému je možné použiť dotazníky (Beckov dotazník depresie, Hamiltonovu stupnicu pre posúdenie depresie, Montgomeryho a Aspergovej stupnicu pre posudzovanie depresie, Sheehanovu stupnicu nespôsobilostí ev. Dotazník životných udalostí). Doplnkovým vyšetrením je psychologické vyšetrenie. K hodnoteniu osobnosti sú vhodné dotazníky MMPI alebo CPI.
Diferenciálne diagnosticky je potrebné vylúčiť anémiu, poškodenie pečene, chronické infekčné ochorenie, lymskú boreliózu, reumatické ochorenia, endokrinopatie (najmä tyreopatie), metabolické ochorenia, nádorové či systémové ochorenia.
Mnoho somatických ochorení sa môže prejavovať úzkostne depresívnou symptomatikou ako napr. **kardiovaskulárne ochorenia** (arytmie, srdcové zlyhávanie, koronárna insuficiencia, prolaps mitrálnej chlopne, infarkt myokardu, stavy po kardiochirurgických operáciách), **endokrinologické ochorenia** (karcinoid, Cushingov syndróm, hypertyreóza, hypotyreóza, hypoparatyreóza, hypoglykémia, menopauza, feochromocytóm, premenštruačný syndróm), **respiračné ochorenia** (astma, chronická obštrukčná pľúcna choroba, hyperventilačný syndróm, hypoxia), **neurologické ochorenia** (epilepsia, cievna mozgová príhoda, Parkinsonova choroba, roztrúsená skleróza, chronická bolesť, bolesti hlavy, stavy po mozgových traumách, operáciách a mozgových léziách, Hutingtonova choroba, vestibulárna dysfunkcia,Wilsonova choroba) a **užívanie psychoaktívnych látok** (anticholínergné lieky, kyselina acetylsalicylová, kofeín, steroidy, sympatomimetiká, psychostimulanciá) a tiež **odvykacie príznaky** (alkohol, narkotiká, sedatíva, hypnotiká).
Z psychických porúch diferenciálne diagnosticky je potrené myslieť na **úzkostné poruchy** ako panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, agorafóbia, či sociálna fóbia. Príznaky úzkostne depresívnej poruchy však nedosahujú závažnosť niektorej z úzkostných porúch.
Psychotické poruchy najmä počiatočné štádiá sa môžu prejavovať úzkostne depresívnou symptomatikou, preto je potrebné pátrať po špecifických psychotických príznakoch, na ktoré sa pacient nemusí sťažovať.

Závislosti dlhodobý abúzus psychoaktívnych látok môže viesť k rozvoju úzkostne depresívnej symptomatiky, ktorá sa môže objaviť aj v rámci syndrómu z vysadenia.
Následky po traumatických udalostiach napr. po strate blízkej osoby. Je niekedy ťažké odlíšiť poruchu adaptácie so zmiešanou úzkostne depresívnou symptomatikou od úzkostne depresívnej poruchy. Rozhodujúce je vyhodnotenie priebehu. Poruchy adaptácie po čase odznievajú, avšak úzkostne depresívna porucha má chronický priebeh.

Liečba

Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha je diagnostická jednotka, ktorá má osobité postavenie. Je uvádzaná ako kódovateľná diagnóza v MKCH-10, nie v americkej klasifikácii DSM-5. Keďže nie je zhoda v explicitne stanovených diagnostických kritériách, o liečbe tejto diagnostickej jednotky málo dostupných informácií z kontrolovaných štúdií a to aj napriek tomu, že je to najčastejšie diagnostikovaná úzkostná porucha (Forgáčová, 2013) v ambulantnej praxi. Kombinácia úzkostných a depresívnych syndrómov spôsobuje subjektívny diskomfort, je často spojená s telesnými ťažkosťami a preto je relevantným terapeutickým cieľom (Praško a kol., 2003) (Möller a kol., 2016) aj so zameraním sa na zamedzenie prehĺbeniu symptómov anxiety či depresie. Dôležitým prvkom je opakované vyhodnocovanie časového priebehu závažnosti symptómov a prispôsobenie terapie klinickému obrazu. Zaradenie medzi úzkostné poruchy a najvyššia príbuznosť s generalizovanou úzkostnou poruchou, od ktorej sa líši viac vyjadrenými príznakmi depresívneho syndrómu a menej vyjadrenými somatickými príznakmi anxiety (Möller a kol., 2016), umožňuje pre liečbu použiť postupy odvodené od odporučení pre generalizovanú úzkostnú poruchu.

1. Psychoedukácia s informovaním pacienta o poruche. Je mimoriadne dôležité nadviazanie terapeutického kontaktu s pacientom, uvedomenie si pacienta, že porucha je relatívne častá, pre profesionálov známa a je možnosť terapeutických opatrení. Vyhodnotenie preferencie pacienta (psychoterapeutické vs. farmakologické postupy) môže byť rozhodujúca pre ďalšiu liečbu.

2. Psychoterapia

Exaktnými štúdiami je najviac pre liečbu úzkostných porúch najviac overenou psychoterapeutickou metódou kognitívno – behaviorálna psychoterapia, vhodné sú aj relaxačné metódy (Kusá a kol., Junek, 2003). V závislosti od predpokladanej etiológie (hlavne chronický stres alebo interpersonálne konflikty) alebo podľa preferencie pacienta, môžu byť využité aj iné postupy, najmä interpersonálna psychoterapia, humanistické smery, psychodynamické metódy.

Najčastejšie býva používaná **kognitívne behaviorálna psychoterapia (KBT)** (Praško, 2002, Prašková a kol., 2000). Liečebné stratégie KBT pri zmiešanej úzkostne depresívnej poruche sa nelíšia podstatne od bežných prístupov v KBT. Liečba je konkrétne plánovaná tak, aby špecificky vyhovovala pacientovým potrebám, schopnosti spolupracovať a riešiť problémy a napĺňala jeho očakávania. Cieľom je získať kontrolu nad stresujúcimi podnetmi, zvládanie príznakov, zvýšenie sebavedomia a zníženie pocitu bezmocnosti, ktorý s touto poruchou často súvisí. KBT zmiešanej úzkostne depresívnej poruchy používa základné behaviorálne a kognitívne stratégie potrebné ako pre liečbu depresie, tak úzkostných stavov:

Edukácia o poruche, vzájomnom ovplyvňovaní jednotlivých skupín príznakov (bludný kruh), o možnostiach liečby poruchy, čo napomáha k vytvoreniu terapeutického vzťahu a posilneniu nádeje na zmenu. Je výhodné edukovať aj partnera alebo iného blízkeho príbuzného, od ktorého budeme očakávať sociálnu podporu pacienta. Ďalšou stratégiou je plánovanie aktivít. Cieľom sledovania a plánovania činností a zadávania viac náročných úloh, je zapojiť pacienta čo najviac do aktivít, ktoré mu zlepšujú náladu.

Nácvik upokojenia dychu a relaxačné techniky (autogénny tréning, nácvik svalovej relaxácie a pod.) pomáhajú rýchlo a účinne znížiť napätie v situáciách, kedy sa pacient dostáva do silnej úzkosti a cestou

telesného uvoľnenia pomáhajú k zníženiu telesných prejavov úzkosti a chronického telesného napätia. *Kognitívna reštrukturalizácia* (identifikácia automatických negatívnych kognícií a ich spochybňovanie) a nácvik komunikácie s cieľom vyrovnania deficitov sociálnych zručností, ktoré sú u úzkostných a depresívnych pacientov často rozsiahle. Na ovplyvnenie vyhýbavého správania sa využíva metóda expozície (v predstavách, in vivo alebo interoceptívne expozície). S cieľom zníženia celkovej hladiny úzkosti a depresívnych stavov, a teda aj ako prevenciu proti relapsom v budúcnosti, využíva KBT metódy riešenia problémov v záujme skvalitnenia interpersonálnych vzťahov.

V prípadoch, keď symptómy zasahujú do partnerského/rodinného života, je vhodná *párová ev. rodinná terapia.* V liečbe úzkostne depresívnej poruchy okrem individuálnej psychoterapie sa ako efektívne uplatňuje skupinová psychoterapia ev. kombinácia individuálnej a skupinovej psychoterapie. Pri ťažších stavoch alebo poruchách s chronickým priebehom môže byť psychoterapeutická starostlivosť poskytovaná aj v rámci programu denného stacionára.

Tak ako pri iných úzkostných či depresívnych poruchách, pri komplikovanejšom intrapsychickom konflikte, výskyte záťažových psychosociálnych faktoroch ev. prítomnej komorbidite s poruchou osobnosti, je vhodná *psychodynamicky orientovaná psychoterapia* (Gabbard, 2005, Milrod a kol., 2006). Jej cieľom je taktiež dosiahnutie zmiernenia príznakov a subjektívnych pocitov úzkosti a depresie na základe porozumenia dynamike ich vzniku a zmyslu ich fungovania a sprostredkovanie novej korektívnej skúsenosti.

3. Farmakoterapia

Farmakoterapia má spoločné charakteristiky s liečbou ostatných úzkostných porúch. Možnosti využitia liekov s registrovanou indikáciou sú obmedzené (antidepresívum amitriptylín, anxiolytiká alprazolam a diazepam) (Ferenčáková, 2014), preto je nutné využiť liečebné postupy overené pri iných úzkostných poruchách. Trvanie liečby závisí od stavu pacienta, hodnotenie odpovede, prípadne dosiahnutia remisie sa má uskutočniť po 8 – 12 týždňov. Trvanie udržiavacej liečby je závislé od posúdenia anamnézy a možných etiologických faktorov. V prípade kauzálnej väzby na stresové situácie a adaptačných porúch môže byť liečba ukončená po dosiahnutí remisie, pri dlhšie trvajúcom priebehu má pokračovať najmenej šesť mesiacov.

V liečbe sú uplatňované nasledovné skupiny liekov (Mohr P. a kol., 2017):

- antidepresíva,
- benzodiazepíny,
- pregabalín,
- buspirón (Vaškovský, 2003),
- antihistaminiká,
- antipsychotiká 2. generácie,
- antiepileptiká,
- betablokátory.

Antidepresíva

Antidepresíva sú prvou voľbou farmakologickej liečby. V bežnej klinickej praxi sú najviac využívané a overené antidepresíva zo skupiny SSRI – Selektívne inhibítory spätného vstrebávania sérotonínu (tabuľka č. 3). Pri ich indikácii je potrebné zvažovať skupinové nežiaduce účinky ako je možnosť zvýšeného krvácania, nežiaduce účinky na sexuálne funkcie (zníženie libida, zhoršenie orgastického prežívania, farmakodynamické interakcie s inými látkami ovplyvňujúce sérotonínový systém, hlavne u starších pacientov syndróm neadekvátnej sekrécie antidiuretického hormónu (SIADH)) (Pečeňák, Kořínková a kol., 2016). U pacientov s úzkostnou symptomatikou sa odporúča nižšie dávkovanie na začiatku liečby. Pokiaľ sú viac vyjadrené depresívne syndrómy, ktoré nie sú zvládnuté nižšou dávkou pristupujeme k dávkovaniu odporučenému pre liečbu depresie. Vysadzovanie má byť postupné, v priebehu niekoľkých týždňov.

Ďalšie antidepresíva sú využiteľné pri intolerancii prvej voľby liečby, v liečbe rezistentných stavov, pri komorbidných poruchách alebo pri potrebe kombinácie. Pri potrebe takejto zmene liečby je nutné prehodnotiť diagnózu (najčastejšie na formu depresívnej poruchy s prítomnosťou anxiózno – depresívneho syndrómu). Pri staršom tricyklickom antidepresíve amitriptylíne je síce registrovaná indikácia, ale vzhľadom na nežiaduce účinky je vhodné použiť len nízke dávky večer alebo pred spaním.

Tabuľka č. 1a

Antidepresíva v liečbe zmiešanej úzkostnej a depresívnej poruchy			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP ZMIEŠANÁ ÚZKOSTNÁ A DEPRESÍVNA PORUCHA		
Liečivo	**Dávkovanie (mg / deň)**		**Poznámka**
	Počiatočná dávka	**Terapeutická / maximálna dávka**	
SSRI			
paroxetín	10 mg	20 - 40 mg	anticholínergický efekt, priberanie na hmotnosti, interakcie cez CYP2D6 izoenzým
escitalopram	5 mg	10 - 20 mg	upozornenie na možnosť predĺženia QT intervalu
citalopram	10 mg	20 až 40 mg	
sertralín	50 mg	do 200 mg	
fluvoxamín	50 mg	100 mg až 300 mg	silný inhibítor CYP1A2 izoenzýmu
SNRI			
venlafaxín	37,5 mg	od 50 mg až 225 mg	pri liečbe depresie sú maximálne dávky vyššie - až do 375 mg; potrebná kontrola tlaku krvi
duloxetín	30 mg	obvykle 60 mg	pri liečbe depresie až 120 mg / deň
Staršie - tricyklické antidpresíva			
amitriptylín*	25 mg	do150 mg	pre anticholínergický účinok a riziko porúch srdcového rytmu pri vyšších je použitie obmedzené; pri liečbe depresie sa používali vyššie dávky ako je uvedené
klomipramín	25 mg	do 150 mg	

Tabuľka č. 1b

Antidepresíva v liečbe zmiešanej úzkostnej a depresívnej poruchy			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP ZMIEŠANÁ ÚZKOSTNÁ A DEPRESÍVNA PORUCHA		
Liečivo	**Dávkovanie (mg / deň)**		**Poznámka**
	Počiatočná dávka	**Terapeutická / maximálna dávka**	
Ostatné antidepresíva			
tianeptín	25 mg postupne zvyšovať 12,5 mg počas 3 dní až týždňa	37,5 mg	Vedľajšie účinky: ojedinele tras, nauzea, tachykardia, závrate, bolesti hlavy, bolesti brucha, flatulencia. V prípade, že úzkostne depresívna symptomatika je spojená s hyposomniou, je vhodné v liečbe využiť antidepresíva s tlmivým účinkom.
mirtazapín	15 mg postupne zvyšovať 15 mg počas 3 dní až týždňa	30 - 45 mg	Vedľajšie účinky: ospalosť, závraty, zvýšená chuť do jedla.
trazodón	50 mg postupne zvyšovať 50 mg počas 3 dní až týždňa	150 - 600 mg	Vedľajšie účinky: závraty, somnolencia, ortostatická hypotenzia.

Poznámka : * registrovaná indikácia pre liečbu zmiešanej úzkostnej a depresívnej poruchy (Ferenčáková 2014)

Benzodiazepíny

Používanie benzodiazepínov v liečbe úzkostných porúch je kontroverzné, bez dostatočne overených odporúčaní (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2014), no benzodiazepíny sú široko využívané, pacientmi preferované, prinášajú bezprostrednú úľavu pri rôznych úzkostných stavoch a ich účinnosť v krátkodobej liečbe je vyššia ako pri použití antidepresív (Gomez, Barthel a Hofmann, 2018). Ich využitie je obmedzené pre skupinové nežiaduce účinky, ktoré sa ale prekrývajú s terapeutickým efektom (útlm, ospalosť), ale hlavne pre riziko rozvoja závislosti. U každého pacienta je z toho dôvodu potrebné:

- vyhodnocovať zvyšovanie tolerancie/strata účinnosti,
- svojvoľné zvyšovanie dávky,
- cielené otázky na predpis benzodiazepínov od viacerých lekárov,
- obmedziť podávanie benzodiazepínov na čo najkratšiu dobu.

Tabuľka č. 2

Dávkovanie benzodiazepínov pri liečbe zmiešanej úzkostnej a depresívnej poruchy		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP ZMIEŠANÁ ÚZKOSTNÁ A DEPRESÍVNA PORUCHA	
Liečivo	**Dávkovanie mg / deň**	**Poznámka**
alprazolam*	0,25 mg až 4 mg	Pri všetkých liečivách sú uvedené nižšie dávky obvyklé pre liečbu úzkosti. Maximálne dávky uvádzané v súhrnoch charakteristických vlastností liekov (SPC) sa v klinickej praxi zvyčajne nevyužívajú.
bromazepam	do 3 mg	
diazepam*	15 až 30 mg	
chlordiazepoxid	30 mg	
klonazepam	1 mg až 6 mg	
oxazepam	do 30 mg	

Poznámka : * registrovaná indikácia pre zmiešanú úzkostnú a depresívnu poruchu (Ferenčáková 2014)

Použitie ďalších liečiv, ktoré majú overenú účinnosť pri iných typoch úzkostných porúch sú indikované len po dôslednom diagnostickom prehodnotení. Predpokladá sa, že v prípade potreby použitia tejto doplnkovej liečby je klinický obraz takého charakteru, že umožňuje diagnózu inej špecifikovanej úzkostnej alebo afektívnej (depresívnej) poruchy /Tabuľka č. 3/:

Tabuľka č. 3

Iné možnosti liečby		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP ZMIEŠANÁ ÚZKOSTNÁ A DEPRESÍVNA PORUCHA	
Liečivo / Skupina	**Dávkovanie**	**Charakteristika / Poznámka**
buspirón	od 2 x 5 mg/deň až do celkovej 60 mg/deň	nebenzodiazepínové anxiolytikum so sérotonínergným účinkom
hydroxyzín	50 mg/deň, maximálne 100 mg/deň	antihistaminikum s anxiolytickým efektom; novšie upozornenie na riziko predĺženia QT intervalu
pregabalín	150 mg až do 600 mg/deň	antieleptikum s nepriamym vplyvom na GABA-ergný systém
antipsychotiká	Z typických antipsychotík najčastejšie chlórportixén, z atypických antipsychotík kvetiapín, olanzapín, risperidón, sulpirid. Podávame nízke dávky vo večerných hodinách	
betablokátory	Nízky stupeň dôkazu o účinnosti (Baldwin et al. 2014), je vhodné zahájiť liečbu v spolupráci so špecialistom	

Prognóza

Ochorenie máva chronický priebeh a to buď periodický, ako pri recidivujúcej depresívnej poruche, alebo dlhodobo kolísavý, ako pri generalizovanej úzkostnej poruche. Symptomatika sa často mení. Spontánna remisia je výnimkou.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Ochorenie má často chronický priebeh, niektorí pacienti reagujú na farmakologickú liečbu dobrou terapeutickou odpoveďou a príznaky poruchy sú výrazne redukované. Avšak určitá časť pacientov napriek liečbe prechádza do chronicity, čo v ojedinelých prípadoch môže viesť k invalidite pacienta.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.
Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.
Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný manažment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.
Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.
Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.
Sociálny pracovník- sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.
Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.
Denné psychiatrické stacionáre - psychiater, psychológ, liečebný pedagóg, sestra, sociálny pracovník.
Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.
Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

Zmiešaná úzkostne depresívna porucha je častou diagnózou v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti, ale aj v starostlivosti všeobecných lekárov. Je to porucha, ktorá má chronický priebeh, preto je dôležité vytvorenie dobrého a bezpečného terapeutického vzťahu medzi lekárom a pacientom vzhľadom na to, že porucha je často podmienená aj rôznymi stresormi v živote pacienta. Podporná psychoterapia je nevyhnutná nakoľko pacienti mnohokrát riešia svoje vzťahové, pracovné či sociálne problémy.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Liečbu zmiešanej úzkostne depresívnej poruchy môže začať lekár so špecializáciou v odbore všeobecné lekárstvo, pričom je v kompetencii všeobecného lekára zvážiť závažnosť poruchy a rozhodnúť o poukázaní k psychiatrovi.
Lekár psychiater zabezpečuje psychofarmakologickú aj psychoterapeutickú liečbu.
Psychológ zabezpečuje psychoterapiu.

Alternatívne odporúčania

Súčasťou komplexného prístupu v liečbe zmiešanej úzkostne depresívnej poruchy je odporúčanie zásad zdravej životosprávy, čiže dostatok odpočinku, spánku, plánovanie aktivít, telesné cvičenie, vyvážená strava a tiež techniky na zvládanie stresu a posilňovanie životných postojov k zvládaniu záťažových situácii.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia - za 2 roky, následne každých 5 rokov pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.
Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.
Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Literatúra

BALDWIN, D.S., ANDERSON, I.M., NUTT, D.J., ALLGULANDER, C., BANDELOW, B., DEN BOER, J.A., CHRISTMAS, D.M., DAVIES, S., FINEBERG, N., LIDBETTER, N., MALIZIA, A., MCCRONE, P., NABARRO, D., O'NEILL, C., SCOTT, J., VAN DER WEE, N., WITTCHEN, H.-U., 2014. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology, vol. 28, no. 5, pp. 403-439. ISSN 0269-8811, 1461-7285. DOI 10.1177/0269881114525674

BARLOW, D. H., 2004. Anxiety and its disorders. Second edition. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. Guilfoprd Press: New York. ISBN 9781593850289

CANADIAN AGENCY FOR DRUGS AND TECHNOLOGIES IN HEALTH, 2014. Short- and Long-Term Use of Benzodiazepines in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Review of Guidelines [en línea]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. [Consulta: 7 agosto 2018]. CADTH Rapid Response Reports. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK254091/. NBK254091

DUŠEK, K.; a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. Diagnostika a terapie duševních poruch. Grada, ČR, s.353-368 ISBN 978-80-247-4826-9

FERENČÁKOVÁ, Ľ., 2014. Reálne možnosti liečby duševných porúch v súlade s SPC. Psychiatria pre prax, vol. 15, no. 3, pp. 122-126

FORGÁČOVÁ, L., 2013. Zmiešaná úzkostno-depresívna porucha - najčastejšia diagnóza v ambulanciách psychiatrov a neurológov na Slovensku. Úzkostné poruchy. Martin: Osveta, pp. 159-179. ISBN 978-80-8063-400-1

GABBARD G. O. Dlhodobá psychodynamická psychoterapia. Vydavateľstvo F Trenčín, 2005, 49-55, 105-109 s., ISBN 80-88952-29-8

HOSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J., 2002. Psychiatrie, s..488-490, Tigis: Praha, ISBN 82-900130-1-5

HUH, J., GOEBERT, D., TAKESHITA, J., LU, B.Y. y KANG, M., 2011. Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Comprehensive Review of the Literature for Psychopharmacologic Alternatives to Newer Antidepressants and Benzodiazepines. The Primary Care Companion to CNS Disorders, vol. 13, no. 2.. ISSN 2155-7772

JUNEK,P. Psychoterapie úzkostných poruch. http://www.psychoterapeuti.cz/dokumenty/category/10-standardy?download=158:standardy-uzkostne-poruchy

KUSÁ, K.; HAŠTO ,J. 2003. Psychoterapia. Trenčín,2003. www.psychoterapia-sk.sk/dokumenty/informácie/psychoterapia.pdf

KOSOVÁ, J., 2005. Farmakoterapie psychoterapie úzkostných poruch. In Psychiatrie pro praxi, 6 (6), s. 285-288. ISSN 1213-0508
MILROD B., BUSCH F., COOPER A., SHAPIRO T., 2006. Psychodynamická psychoterapia panickej poruchy. Vydavateľstvo F: Bratislava, ISBN 8088952336
MOHR, P. a kol., 2017. Klinická psychofarmakologie. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 978-80-7345-546-0
MÖLLER, H.-J., BANDELOW, B., VOLZ, H.-P., BARNIKOL, U.B., SEIFRITZ, E. y KASPER, S., 2016. The relevance of 'mixed anxiety and depression' as a diagnostic category in clinical practice. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, vol. 266, no. 8, pp. 725-736. ISSN 0940-1334. DOI 10.1007/s00406-016-0684-7
MOŽNÝ P.; PRAŠKO J., 1999. Kognitivně-behaviorální terapie: Úvod do teorie a praxe. Triton: Praha, s. 214-217, ISBN 80-7254-038-6
PEČEŇÁK, J., KOŘÍNKOVÁ, V. a kol., 2016. Psychofarmakológia. Bratislava: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-8168-978-80-8168-542-2
PRAŠKO, J., HERMAN, E., HOVORKA, J., PAŠKOVÁ, B., PRAŠKOVÁ, H., 2003. Smíšená úzkostně Depresivní Porucha. Praha: Galén. ISBN 80-86257-34-7
PRAŠKO J., 2002. Úzkostné poruchy. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyne, Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3
PRAŠKOVÁ, H.; PRAŠKO, J., 2000. Úzkostné a fobické poruchy. s. 14-29, Galén: Bratislava, ISBN 8072620398
RABOCH, J., UHLÍKOVÁ, P., HELLEROVÁ, P., ANDERS, M. y ŠUSTA, M., 2014. PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. S.l.: Psychiatrická společnost ČLS JEP. ISBN 978-80-260-5792-5
SEIFERTOVÁ, D. ;PRAŠKO, J.; HOSCHL, C., 2004. *Postupy v léčbě psychických poruch.* Academia Medica Pragensis: Praha, s. 140-161, ISBN 80-86694-06-2
SMOLÍK, P., 1996. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací : nástin nozologie : diagnostika.* Praha: Maxdorf Jessenius. 267 269 s., ISBN 80-85800-33-0
STRAWN, J.R., GERACIOTI, L., RAJDEV, N., CLEMENZA, K. y LEVINE, A., 2018. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: an evidence-based treatment review. Expert Opinion on Pharmacotherapy, vol. 19, no. 10, pp. 1057-1070. ISSN 1465-6566. DOI 10.1080/14656566.2018.1491966
ŠVESTKA, J.; ČEŠKOVÁ, E.; NÁHUNEK K., 1995. *Psychofarmaka v klinické praxi.* Praha: Grada Publishing, 252, ISBN 80-7169-169-0
VAŠKOVSKÝ, R. 2003. Liečba úzkostne depresívnej poruchy buspironom. In *Psychiatrie pro praxi.* 2003, č.3, s.134-137. https://www.psychiatriepropraxi.cz/.../psy-200303-0009_Liecba_
WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize., Duševní poruchy a poruchy chování : diagnostická kritéria pro výzkum* (Přel. z angl. orig.). Praha: Psychiatrické centrum Praha, str. 262-265
WRIGHT J., BASCO M. R., THASE M. E., 2008. *Učenie sa kognitívno-behaviorálnej terapii.* s. 169-187, Bratislava: Vydavateľstvo F, ISBN 978-80-88952-53-4

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 1. apríla2020

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Demencia pri Alzheimerovej chorobe

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0045	*10. decembra 2019*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

MUDr. Mária Králová, CSc., MUDr. Dagmar Breznoščáková; PhD.; MUDr. Marek Zelman

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS Psychiatria - prof. MUDr. Ján Pečeňák, CSc., PhDr. Milana Kovaničová, CSc., PhDr. Katarína Kubašovská, MUDr. Ivan André, PhD., MPH, MUDr. Ján Dúžek, MUDr. Ľubica Ferenčáková), hodnotitelia AGREE II: MUDr. Dagmar Breznoščáková; PhD.; MUDr. Marek Zelman, MUDr. Ján Dúžek, PhDr. Milana Kovaničová, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD., MPH; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD., MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

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

demencia, neurodegenerácia, Alzheimerova choroba, neuropsychologické vyšetrenie, štrukturálna magnetická rezonancia, kognitíva

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

AD	Alzheimerova demencia
AChEI	Inhibítory cholínesteráz
APA	American Psychiatric Association
CADASIL	cerebrálna autozomálne dominantná artériopatia so subkortikálnymi infarktmi a leukoencefalopatiou
CDT	Clock Drawing Task
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
MCI	Mild Cognitive Impairment, Ľahká kognitívna porucha
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10.revízia
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MRI	Magnetická rezonancia
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NINDS – AIREN	National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Association Internationale pour la Recherche et l´Enseignment en Neurosciences
RF	rizikový faktor
VaD	vaskulárna demencia

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater), lekár so špecializáciou v odbore neurológia (neurológ) – nozologická diagnostika demencie pri Alzheimerovej chorobe, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia.

Lekár bez špecializácie – klinické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra/neurológa, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Všeobecný lekár, geriater – diagnostika syndrómu demencie, diagnostika a menežment najčastejších sekundárnych demencií.

Klinický psychológ/neuropsychológ – neuropsychologická diagnostika, psychoterapie, tréning kognitívnych funkcií, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Špeciálny pedagóg – psychoedukácia, tréning kognitívnych funkcií, nefarmakologická liečba, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Logopéd – logopedická diagnostika a terapia komunikačných porúch.

Sestra – podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Sociálny pracovník – následná liečba po farmakologickej liečbe, psychorehabilitačná pomoc, komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora, psychoedukácia, podporná psychologická liečba, manažment sociálnych služieb.
Všetky vyššie uvedené profesie – vykonávanie skríningových testov kognície.

Úvod

Téma demencií je dnes výsostne aktuálna, pretože populácia starne a odhaduje sa, že v roku 2050 bude na svete žiť viac ľudí nad 65 rokov ako detí do 15 rokov. Demencie sú ochorenia charakteristické práve pre vyšší vek - ich prevalencia je vo veku do 65 rokov 1% celkovej populácie, ale nad 65 rokov je to už 5,4 % populácie. Incidencia demencie sa každých 5 rokov zdvojnásobuje, takže v populácii ľudí nad 85 rokov trpí demenciou už približne každý druhý človek. Ide hlavne o nárast prípadov Alzheimerovej choroby, ktorá je celosvetovo najčastejšou demenciou vôbec.

Pacienti v pokročilom štádiu demencie si vyžadujú 24-hodinovú opatrovateľskú starostlivosť, ktorá je obrovskou záťažou (fyzickou aj psychickou) nielen pre ich opatrovateľov, a preto demencia predstavuje problém nielen medicínsky, ale aj spoločenský a ekonomický.

Niektoré sekundárne demencie sú potenciálne reverzibilné stavy, ale pre väčšinu ostatných, najmä primárnych degeneratívnych a vaskulárnych demencií, máme dnes k dispozícii len symptomatickú liečbu. Aj táto liečba je však schopná spomaliť, prípadne na istý čas aj pozastaviť progresiu ochorenia. Predpokladom je však včasná diagnostika demencie, aby sa s liečbou mohlo začať čo najskôr.
Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím metodiky adaptácie a to podľa NICE Guidelines on Dementia, 2011 (updated 2018); The Maudsley Presribing Guidelines in Psychiatry (2018); WFSBP Guidelines on Dementia (2015) a podľa Doporučených postupov psychiatrické péče IV., Česká republika (2014).

Prevencia

Keďže u Alzheimerovej choroby ide o ochorenie nie úplne známej etiológie, pri ktorom zohráva úlohu vrodená dispozícia k neurodegenerácii v kombinácii s rizikovými faktormi, jedinou možnosťou prevencie je ovplyvnenie modifikovateľných rizikových faktorov.

Protektívnymi faktormi sú napr. vyšší dosiahnutý stupeň **vzdelania a aktívny životný štýl**, vysoká miera uspokojenia v pracovnom živote, **sociálna zaangažovanosť** a bohatá sociálna sieť, častejšia účasť v aktivitách stimulujúcich mentálne a fyzické schopnosti. Vyššie vzdelanie môže zlepšiť kognitívnu rezervu, teda dôjde k vzniku takých kompenzačných mechanizmov, ktoré sa dokážu vysporiadať s patologickými zmenami v mozgu a tým oddialiť nástup klinicky manifestného syndrómu demencie. Bohaté sociálne kontakty taktiež poskytujú stimuláciu intelektu a tak môžu ovplyvniť kognitívne funkcie. Pravidelná **fyzická námaha** je pravdepodobne asociovaná s oneskorením nástupu demencie u starších ľudí. Pravidelná fyzická aktivita v strednom veku je veľmi silným ochranným faktorom predovšetkým u nositeľov APO-ε4 alely.

Prevenciou rozvoja neurodegenerácie je aj **predchádzanie rozvoja ďalších modifikovateľných RF**, ako sú hyperlipidémia, hypertenzia, obezita, diabetes mellitus a ďalšie. Zdravá výživa, dostatok fyzickej aktivity, aktívny životný štýl, vyhýbanie sa nadmernej konzumácii alkoholu a fajčeniu môžu významne oddialiť rozvoj neurodegeneratívnych zmien.

V rámci **sekundárnej prevencie** ide najmä o udržiavanie prítomných kardiovaskulárnych či metabolických porúch v čo najviac kompenzovanom stave a o tréning zachovaných kognitívnych funkcií a sociálnych interakcií.

Epidemiológia

Alzheimerova choroba je **najčastejšou demenciou vôbec**. Celosvetovo predstavuje asi **60% všetkých prípadov demencie**, najmä ak hodnotíme prevalenciu demencií v starobe. Ďalších 15% demencií tvoria prípady zmiešanej etiológie (najmä kombinácia alzheimerovskej patológie a vaskulárnej demencie). Prevalencia Alzheimerovej demencie s vekom prudko stúpa, od menej ako 1% do veku 65 rokov, cez cca 5% v skupine ľudí 65-ročných a starších až po cca 40% u ľudí 85-ročných a starších. Veľkú väčšinu prípadov tvorí **sporadická senilná forma**, presenilná forma s včasným začiatkom je oveľa zriedkavejšia (menej ako 10 % všetkých prípadov Alzheimerovej demencie). Pri tejto forme je tiež oveľa častejšia **geneticky podmienená familiárna forma** (tvorí asi 2% všetkých prípadov Alzheimerovej demencie, začína často už okolo 40. roku života), ktorá sa v pokročilej starobe takmer nevyskytuje. Vyššia je prevalencia Alzheimerovej choroby u ľudí s Downovým syndrómom (trizómiou 21. chromozómu), pretože sa u nich vo zvýšenej miere exprimuje gén pre amyloidový prekurzorový proteín, ktorý sa nachádza práve na 21. chromozóme. Ochorenie nastupuje skoro, v ojedinelých prípadoch už vo veku 20-30 rokov.

Patofyziológia

Alzheimerova demencia patrí medzi **primárne neurodegeneratívne demencie**. V patogenéze sa predpokladá vrodená príčina degenerácie nervových buniek a bunkových spojení, ktorá vedie ku atrofii kortikálnych alebo subkortikálnych oblastí mozgu. U mnohých z nich zohráva genetická dispozícia veľmi významnú úlohu, vo väčšine prípadov sa však nededí „choroba“, ale len dispozícia k nej. K prejavom dementného syndrómu väčšinou dôjde vplyvom „spúšťacieho faktora v geneticky zmenenom teréne“, akým môže byť interkurentná telesná choroba, zmena prostredia, riešenie psychicky náročných životných udalostí a iné. Primárne degeneratívne demencie sú proteínopatiami, pri ktorých sa v mozgu ukladá špecifický typ patologickej bielkoviny **(β-amyloid, tau-proteín, α-synukleín, TDP-43 - transactive response DNA binding protein 43 kDa a ďalšie)**, ktorý neurotoxicky a prostredníctvom reaktívneho aseptického zápalu vo svojom okolí poškodzuje neuróny. Medzi najznámejšie primárne neurodegeneratívne demencie patria demencia pri Alzheimerovej chorobe, demencia s Lewyho telieskami, frontotemporálne demencie, demencia pri Parkinsonovej chorobe a demencia pri Huntingtonovej chorobe.

Alzheimerova choroba je progresívne neurodegeneratívne ochorenie, u ktorého dochádza k akumulácii **β-amyloidu extracelulárne** do tzv. **neurotických či senilných plakov** a k ukladaniu depozít **hyperfosforylovaného tau proteínu do tzv. neurofibrilárnych klbiek intracelulárne**. Výsledkom je potom úbytok neurónov a difúzna atrofia mozgu.

Geneticky podmienená familiárna forma demencie pri Alzheimerovej chorobe je autozomálne dominantne dedičné ochorenie, spôsobené mutáciou troch génov: **génu pre amyloidový prekurzorový proteín (APP) na 21. chromozóme, génu pre presenilín-1 na 14. chromozóme (PSEN1) a génu pre presenilín-2 na 1. chromozóme (PSEN2).**

Pri absolútne najčastejšej **sporadickej forme Alzheimerovej demencie** sa predpokladá synergický efekt konštelácie viacerých génov a účasť ďalších faktorov, ktoré označujeme ako rizikové. **Rizikové faktory** sú zmesou genetických a environmentálnych faktorov. Najdôležitejšími tzv. **nemodifikovateľnými rizikovými faktormi** sú samotný **vek** a **nosičstvo APO-ε4 alely** pre apolipoproteín E na 19. chromozóme. Ide o gén náchylnosti pre AD, nie príčinu tejto choroby. Medzi tzv. **modifikovateľné rizikové faktory** patria **hypercholesterolémia so zvýšenými hladinami nízkodenzitných lipoproteínov, hypertriglyceridémia, obezita, hypertenzia, kardiovaskulárne ochorenia, diabetes mellitus, pravidelné fajčenie, nadmerný konzum alkoholu, nižšie vzdelanie a nedostatočná psychická a fyzická aktivita.**

Klasifikácia

Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH-10, WHO, 1992) definuje demenciu, zaradenú v podkapitole Organické duševné poruchy pod kódovým označením F00-F03, ako „syndróm zapríčinený chorobou mozgu, zvyčajne chronickou alebo progresívnou, pri ktorom sa zhoršujú viaceré vyššie kôrové funkcie vrátane pamäti, myslenia, orientácie, chápania, rátania, kapacity učenia, jazyka a úsudku. Vedomie nie je zastreté. Deteriorácia emočnej kontroly, spoločenského správania alebo motivácie zvyčajne sprevádza, ale niekedy aj predchádza poruchu kognitívnych funkcií. Tento syndróm sa objavuje pri Alzheimerovej chorobe, pri cerebrovaskulárnej poruche a pri iných stavoch, ktoré prvotne alebo druhotne postihujú mozog“.

V klasifikačnej kategórii **F00, Demencia pri Alzheimerovej chorobe**, sú zahrnuté:

- **F00.0 Demencia pri Alzheimerovej chorobe so skorým začiatkom**
- **F00.1 Demencia pri Alzheimerovej chorobe s neskorým začiatkom**
- **F00.2 Demencia pri Alzheimerovej chorobe, atypický alebo zmiešaný typ**
- **F00.9 Nešpecifikovaná demencia pri Alzheimerovej chorobe**

Pre klinické účely (najmä pri voľbe terapeutického postupu) je účelné **delenie demencií podľa stupňa závažnosti (hĺbky demencie)**:

Pri **ľahkej demencii** (celkové skóre štandardizovaného MMSE 25-21) pokles kognitívnych schopností zhoršuje výkon v každodennom živote, pacient nemôže vykonávať zložitejšie každodenné činnosti (napr. organizovať si stretnutia s priateľmi, bankové finančné operácie, správne vypĺňať a pravidelne platiť šeky na pošte, zodpovedne šoférovať) alebo realizovať rekreačné aktivity ako predtým. Pokles výkonu však nie je taký, aby bol pacient závislý od pomoci okolia, potrebuje len občasný dohľad a pripomínanie.

Pri **stredne ťažkej demencii** (celkové skóre štandardizovaného MMSE 20-10) pokles kognitívnych funkcií už nedovoľuje pacientovi fungovať bez pomoci iných ani pri bežných každodenných činnostiach, ako je nakupovanie, telefonovanie, či výber vhodného oblečenia. V domácom prostredí dokáže vykonávať jednoduché činnosti (zohriať pripravené jedlo, ale nie uvariť ho). Potrebuje asistenciu pri obliekaní, úprave zovňajšku, udržiavaní hygieny. Je narušená kritickosť k ochoreniu, zachované schopnosti sa ťažko udržiavajú.

Pri **ťažkej demencii** (celkové skóre štandardizovaného MMSE 9-0) ide o hlboký nedostatok až úplnú stratu kognitívnych schopností a bežných zručností, takže pacient je plne odkázaný na celodennú pomoc a opateru okolia. Kritickosť k ochoreniu celkom chýba, pravidelne sa vyskytujú nekognitívne neuropsychiatrické, ale aj telesné symptómy (Kořínková, Králová, 2010).

Aktuálne NICE odporúčania konštatujú, že pre určenie stupňa závažnosti demencie **nesmie byť určujúce len celkové skóre v použitom skríningovom kognitívnom inštrumente**, dôležitejšie je zohľadniť funkčnú kapacitu pacienta.

V **5. revízii Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch (DSM-5**, APA, 2013) sa pre organické a somatogénne poruchy prvýkrát používa termín **neurokognitívne poruchy**. Demencie, vrátane demencie pri Alzheimerovej chorobe, nájdeme pod novo pomenovanou entitou ***veľká neurokognitívna porucha***.

Klinický obraz

Symptomatika syndrómu demencie je komplexná. Základnými príznakmi sú prejavy špecifické pre organické psychické poruchy, teda **poruchy kognitívnych funkcií**. Okrem kognitívnych symptómov nachádzame v klinickom obraze demencií aj **nekognitívne (neuropsychiatrické) a telesné symptómy a prejavy postihnutia funkčnosti**.

Tabuľka č. 1

KLINICKÉ PREJAVY SYNDRÓMU DEMENCIE

ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
DEMENCIA PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE

Kognitívne prejavy	Nekognitívne prejavy	Telesné prejavy	Funkčné obmedzenia
Porucha :	psychopatologické		ťažkosti
• pamäti • myslenia • úsudku • orientácie • reči • učenia • poznávania • praxie • exekutívnych funkcií	• depresia • anxieta • apatia • mánia, hypománia, mória • bludy • halucinácie • misidentifikácia • agitovanosť • agresia • poruchy spánkového rytmu	• inkontinencia • úbytok hmotnosti, malabsorpcia • zmeny trofiky svalov, ubúdanie svalovej hmoty • motorické symptómy • extrapyramídové symptómy	• s komplexnými činnosťami (v zamestnaní, pri šoférovaní...) • s domácimi prácami • so sebaobsluhou v základných činnostiach (jedenie, hygiena,...) • s komunikáciou • so samostatným pohybom • so samostatným fungovaním, plná závislosť od pomoci druhých
	„behaviorálne“		
	• spoločensky neprijateľné správanie • zvláštne motorické prejavy		

Klinickým prejavom Alzheimerovej choroby je vždy **rozvoj dementného syndrómu.** Priebeh je **plynulo progredientný**, bez nápadnejších skokovitých zhoršení. **Kognitívne poruchy** sa rozvíjajú veľmi nenápadne, prvým príznakom býva spravidla **porucha epizodickej pamäti**. Zhoršuje sa pozornosť a novopamäť, najmenej sú postihnuté najlepšie fixované staré pamäťové obsahy, pacient je nesústredený, objavujú sa poruchy motivácie, porucha úsudkových schopností sa spočiatku prejavuje ako bezradnosť, najmä pri riešení nových či zložitejších situácií, prípadne prekvapivo nesprávne rozhodnutia, spočiatku tiež len v náročnejších situáciách. K včasným príznakom patrí aj porucha vizuálno-priestorových schopností, ktorá sa prejaví poruchou priestorovej orientácie, spočiatku najmä v menej známom prostredí. Sú pacienti, u ktorých je výraznejšia porucha exekutívnych funkcií prítomná už na začiatku ochorenia. Pri výraznejšom postihnutí dominantnej hemisféry sa typicky vyskytuje výraznejšia porucha reči a komunikácie (spočiatku anomická afázia s postupnou progresiou). S progresiou ochorenia sa k postihnutiu krátkodobej pamäti pridáva aj zhoršenie v oblasti staropamäti – dlhodobej pamäti, ktorá sa postupne zhoršuje vo všetkých svojich vrstvách – epizodickej, sémantickej aj procedurálnej. V pokročilejších štádiách ochorenia sa progresia porúch pamäti prejaví poruchami orientácie (spočiatku v čase, neskôr aj miestnej a situačnej orientácie). Chorý pomerne rýchlo stráca kritický náhľad, nie je si vedomý svojich deficitov, najmä problémov s pamäťou, necíti sa byť chorý. Stupňuje sa porucha intelektu, chorý nechápe situáciu, v ktorej sa nachádza, preceňuje svoje schopnosti (odmieta napríklad prestať šoférovať). Prudko sa zhoršuje úsudok, logické a abstraktné myslenie. Pacient nie je schopný vykonávať svoje zamestnanie, ale postupne zlyháva aj pri riešení bežných situácií každodenného života. Pamäť je postihnutá vo všetkých zložkách, pacient sa nevie orientovať ani vo

svojom vlastnom príbytku, nespoznáva svojich blízkych, častým príznakom býva fenomén zámeny osôb. Keďže ide o kortikálnu demenciu, častým príznakom bývajú poruchy symbolických funkcií – afázia, apraxia, agnózia, agrafia a akalkúlia. V pokročilejších štádiách pacient komunikuje len niekoľkými slovami a apraxia postihne aj chôdzu, terminálne štádium niekedy dospeje až k akinetickému mutizmu, pacient vôbec nie je schopný verbálne komunikovať, je imobilný, inkontinentný a musí byť kŕmený.

V priebehu rozvoja Alzheimerovej demencie sa ku kognitívnej poruche pridáva množstvo **nekognitívnych symptómov**. Neuropsychiatrické príznaky sa môžu vyskytovať aj v skorších štádiách choroby, dokonca aj v prodromálnej fáze v rámci ľahkej kognitívnej poruchy, ktorá je považovaná za predstupeň dementného syndrómu (Lyketsos a kol., 2011). Nekognitívne symptómy bývajú niekedy nápadnejšie a pre okolie sú pravidelne rušivejšie ako kognitívne príznaky, takže práve tieto prejavy sú zvyčajne dôvodom akútnej hospitalizácie pacienta s Alzheimerovou demenciou a napokon aj dôvodom definitívnej inštitucionalizácie pacienta.

Časté sú poruchy nálady, najmä depresívna nálada, ktorá sa najviac vyskytuje v skorých štádiách ochorenia, v pokročilejších štádiách choroby býva skôr apatia. Časté sú aj psychotické prejavy, častejšie sú bludy (asi u 20% pacientov) ako halucinácie. Ide najčastejšie o jednoduché paranoidné bludy. Tieto psychotické príznaky chorý prežíva zvyčajne úzkostne a bývajú najčastejším dôvodom vzniku nepokoja (vyskytuje sa asi u 60% pacientov), ktorý môže byť sprevádzaný aj agresívnym správaním (obvykle ide o obrannú agresivitu z nepochopenia situácie pri nešetrnom pokuse o usmernenie pacienta). Okrem týchto psychopatologických prejavov sa v pokročilejších štádiách AD pravidelne pridružujú aj behaviorálne poruchy (rôzne formy zvláštneho neúčelného komplexného správania, ako je tmolenie, blúdenie, vykrikovanie, preklínanie, opakovanie stereotypných nezmyselných úkonov, hromadenie vecí a ďalšie). Časté sú poruchy nočného spánku, typická je spánková inverzia, keď pacient cez deň drieme, ale v noci nespí, je dezorientovaný a blúdi. V pokročilom štádiu sa vyskytujú aj regulárne tranzitórne kvalitatívne poruchy vedomia (najmä stavy zmätenosti), opäť najmä v noci.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostika a diferenciálna diagnostika demencií prebieha klasicky v troch krokoch:

1. Prvým krokom je stanoviť, že skutočne ide o **syndróm demencie.**
2. V druhom kroku ide v prvom rade o **vylúčenie všetkých potenciálne reverzibilných príčin** dementného syndrómu, teda o identifikáciu prípadov sekundárnych demencií (v užšom slova zmysle, teda s výnimkou demencií vaskulárneho pôvodu).
3. Po vylúčení sekundárnych demencií nastupuje **nozologická diagnostika a diferenciálna diagnostika v rámci skupiny primárnych degeneratívnych demencií a vaskulárnych demencií.**

V prvom a do značnej miery aj v druhom kroku majú veľkú úlohu lekári prvého kontaktu, ktorí môžu najskôr zachytiť rozvoj syndrómu demencie u svojho pacienta, ktorého poznajú roky a všimnú si na ňom zmeny, teda nástup kognitívnej poruchy. Tretí krok realizujú špecialisti, psychiatri alebo neurológovia. Treba zdôrazniť, že nozologickú diagnózu primárnej degeneratívnej, teda aj Alzheimerovej demencie, stanovujeme v prvom rade **klinickým vyšetrením pacienta**, výsledky pomocných vyšetrení ju môžu len podporiť.

Tabuľka č. 2

VŠEOBECNÉ DIAGNOSTICKÉ KRITÉRIÁ MKCH-10 PRE DEMENCIU
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIA PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE
G1. Sú preukázateľné všetky nasledujúce kritériá : 1) Úpadok pamäti je najnápadnejší pri zapamätaní si nových informácií, v ťažších prípadoch je postihnuté aj vybavovanie si starších naučených vecí. Úpadok by mal byť objektivizovaný spoľahlivými údajmi inej osoby a pokiaľ možno aj neuropsychologickými testami alebo kvantifikovaným vyhodnotením kognitívnych funkcií. 2) Pokles ďalších kognitívnych funkcií je charakterizovaný úpadkom úsudku a myslenia, napr. pri plánovaní, organizovaní a všeobecnom spracovaní informácií. Je potrebná objektivizácia inou osobou, doplnená pokiaľ možno neuropsychologickými testami alebo kvantifikovaným objektívnym hodnotením.
G2. Povedomie o prostredí (teda chýbanie zastretého vedomia) je zachované po dobu dostatočne dlhú na to, aby bolo možné jednoznačne preukázať príznaky kritéria G1.
G3. Pokles emočnej kontroly alebo motivácie alebo zmena v sociálnom správaní sa prejavujú najmenej jedným z nasledujúcich príznakov : 1) emočná labilita, 2) podráždenosť, 3) apatia, 4) hrubosť pri spoločenskom vystupovaní.
G4. Pre stanovenie spoľahlivej klinickej diagnózy by malo byť kritérium G1 prítomné počas najmenej 6 mesiacov.

Tabuľka č. 3

DIAGNOSTICKÉ KRITÉRIÁ MKCH-10 PRE F 00 DEMENCIU PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIA PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE
A. Musia byť splnené všeobecné kritériá G1-G2 pre demenciu. B. Anamnéza ani somatické či zvláštne laboratórne vyšetrenia nesvedčia pre žiadnu inú možnú príčinu demencie (napr. cerebrovaskulárna choroba, infekcia HIV, Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba, normotenzný hydrocefalus), systémové ochorenie (napr. hypotyreóza, nedostatok vitamínu B12 alebo kyseliny listovej, hyperkalciémia) alebo abúzus alkoholu a iných návykových látok.
F 00.0 Demencia pri Alzheimerovej chorobe s včasným začiatkom
1) Musia byť splnené kritériá pre F 00 a vek začiatku musí byť nižší ako 65 rokov. 2) Okrem toho musí byť splnené najmenej jedno z nasledujúcich kritérií : a) Známky relatívne rýchleho začiatku a postupu, b) Okrem zhoršenia pamäti musí byť afázia (amnestická alebo senzorická), agrafia, alexia, akalkúlia alebo apraxia (ukazujúca na prítomnosť postihnutia temporálneho, parietálneho a/alebo okcipitálneho laloka).
F 00.1 Demencia pri Alzheimerovej chorobe s neskorým začiatkom
1) Musia byť splnené kritériá pre F 00 a vek začiatku musí byť 65 rokov alebo viac. 2) Okrem toho musí byť splnené najmenej jedno z nasledujúcich kritérií : a) Známky veľmi pomalého, postupného začiatku a postupu (rýchlosť postupu môže byť hodnotená len retrospektívne po uplynutí 3 alebo viacerých rokov), b) Prevláda zhoršenie pamäti G1 (1) nad zhoršením intelektu G1 (2).
F 00.2 Demencia pri Alzheimerovej chorobe, atypický alebo zmiešaný typ
Tento termín a kódové označenie by sa mali používať pre demencie, ktoré majú významné atypické rysy alebo ktoré spĺňajú kritériá tak pre včasný, ako aj neskorý typ Alzheimerovej choroby. Patrí sem aj zmiešaná Alzheimerova a vaskulárna demencia.

Keďže klasifikácia MKCH-10 pochádza ešte z roku 1992, všetky novšie diagnostické odporúčania zdôrazňujú, že prednostne by sa v **diagnostike Alzheimerovej demencie mali používať diagnostické kritériá NINCDS-ADRDA** (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA)) (McKhann a kol., 2011).

Tabuľka č. 4

NINDCS-ADRDA VŠEOBECNÉ KRITÉRIÁ PRE DEMENCIU
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIA PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE
Demencia sa diagnostikuje, ak kognitívne a behaviorálne (neuropsychiatrické) symptómy :
1. interferujú so schopnosťou fungovať v práci alebo v bežných aktivitách a
2. predstavujú úpadok oproti predošlému fungovaniu a výkonnosti a
3. nie sú vysvetliteľné delíriom alebo inou psychiatrickou poruchou;
4. Kognitívne poškodenie sa zistí a diagnostikuje kombináciou : (1) anamnézy od pacienta a spoľahlivého informátora a (2) objektívnym kognitívnym hodnotením, či už „bedside" vyšetrením mentálneho stavu alebo neuropsychologickým testovaním.
5. Kognitívne a neuropsychiatrické poruchy zahŕňajú minimálne 2 z nasledujúcich oblastí : a. Porušenú schopnosť získavať a pamätať si nové informácie - symptómy zahŕňajú : opakovanie otázok, opakovanie sa v konverzácii, strácanie osobných vecí, zabúdanie udalostí alebo termínov, zablúdenie na známej ceste. b. Poruchu úsudku a zvládania komplexných úloh - symptómy zahŕňajú : nedostatočné chápanie bezpečnostných rizík, neschopnosť narábať s financiami, nerozhodnosť, neschopnosť plánovať komplexné alebo následné aktivity. c. Porucha vizuopriestorových schopností - symptómy zahŕňajú : neschopnosť rozpoznávať tváre alebo známe objekty alebo nájsť objekty napriek dobrej viditeľnosti, neschopnosť narábať s jednoduchými prístrojmi alebo správne si poobliekať šatstvo. d. Porucha rečových funkcií (rozprávanie, čítanie, písanie) - symptómy zahŕňajú : ťažkosti s hľadaním bežných slov počas hovoru, váhanie; chyby v reči, výslovnosti a pri písaní. e. Zmeny osobnosti alebo správania, nepriliehavé správanie - symptómy zahŕňajú : netypické výkyvy nálady ako nepokoj, poruchy motivácie, iniciatívy, apatiu, sociálne stiahnutie sa, znížený záujem o predošlé aktivity, stratu empatie, kompulzívne a obsesívne prejavy, sociálne neprijateľné správanie.

Tabuľka č. 5

PRAVDEPODOBNÁ ALZHEIMEROVA DEMENCIA – NINCDS-ADRDA JADROVÉ KLINICKÉ KRITÉRIÁ
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIA PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE
Pacient spĺňa všeobecné kritériá pre demenciu a okrem toho má nasledujúce charakteristiky :
A. Pozvoľný začiatok. Symptómy nastupujú postupne, pomaly v priebehu mesiacov až rokov, nie náhle počas hodín či dní;
B. Jasná anamnéza zhoršovania kognície subjektívne alebo od pozorovateľa;
C. Úvodné a najnápadnejšie kognitívne deficity podľa anamnézy a vyšetrení sú niektoré z nasledujúcich kategórií : a. Amnestická prezentácia: najčastejšia syndrómová prezentácia AD demencie. Deficity by mali zahŕňať poruchu vštepenia a vybavenia si nedávno vštepených informácií. Mali by tiež byť dôkazy o kognitívnej dysfunkcii v najmenej jednej ďalšej kognitívnej doméne, ako bolo definované pri demencii všeobecne b. Nonamnestické prezentácie : (1) Rečová : najnápadnejší deficit je hľadanie slov, ale mali by byť prítomné aj poruchy iných kognitívnych domén. (2) Vizuopriestorové prezentácie : najnápadnejší je deficit v priestorovej kognícii, vrátane agnózie objektov, poruchy rozpoznávania tvárí, simultánnej agnózie a alexie. Mali by byť prítomné aj iné kognitívne deficity. (3) Exekutívna dysfunkcia : najnápadnejšími deficitmi sú poruchy logického myslenia, úsudku, riešenia problémov. Mali by byť prítomné aj deficity iných kognitívnych domén.
D. Diagnóza pravdepodobnej AD demencie by sa nemala stanovovať, ak sú dôkazy o : (a) podstatnej sprievodnej cerebrovaskulárnej poruche (anamnéza cievnej mozgovej príhody v časovej súvislosti s nástupom alebo zhoršením kognitívnej poruchy) alebo prítomnosť mnohopočetných alebo rozsiahlych infarktov alebo závažné hyperintenzity v bielej hmote alebo (b) jadrové črty demencie s Lewyho telieskami iné ako samotná demencia alebo (c) prominentné črty behaviorálneho variantu frontotemporálnej demencie alebo (d) prominentné črty sémantického variantu primárnej progresívnej afázie alebo nonfluentného/agramatického variantu primárnej progresívnej afázie alebo (e) dôkazy o inom aktívnom neurologickom ochorení alebo nie neurologickej telesnej chorobe alebo užívaní liekov, ktoré by mohli mať podstatný vplyv na kogníciu.

Tabuľka č. 6

MOŽNÁ ALZHEIMEROVA DEMENCIA - NINCDS-ADRDA JADROVÉ KLINICKÉ KRITÉRIÁ
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIA PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE
1. Atypický priebeh
Sú splnené jadrové klinické kritériá pre kognitívne deficity pri AD demencii, ale začiatok kognitívnej poruchy je buď náhly alebo nie sú dostatočné dôkazy o progresívnom úpadku podľa anamnézy alebo objektívnej dokumentácie.
2. Etiologicky zmiešaná prezentácia
Etiologicky zmiešaná prezentácia spĺňa všetky jadrové klinické kritériá pre AD demenciu, ale sú dôkazy o (a) sprievodnej cerebrovaskulárnej poruche (anamnéza mozgovej príhody v časovej súvisloti s nástupom alebo zhoršením kognitívnej poruchy alebo prítomnosť mnohopočetných alebo rozsiahlych infarktov či závažných hyperintenzít v bielej hmote) alebo (b) črty demencie s Lewyho telieskami iné ako samotná demencia alebo (c) dôkazy o inej neurologickej poruche alebo nie neurologickej telesnej chorobe či užívaní liekov, ktoré by mohli mať podstatný vplyv na kogníciu.

Tabuľka č. 7

PRAVDEPODOBNÁ ALZHEIMEROVA DEMENCIA S DÔKAZMI O AD PATOFYZIOLOGICKOM PROCESE
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIA PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE
Biomarkery patofyziologického AD procesu podľa NINCDS-ADRDA
Biomarkery depozít **beta-amyloidu** v mozgu sú nízka hladina Ab42 v likvore a zobrazenie amyloidu na PET.
Biomarkermi **neuronálnej degenerácie** sú zvýšené hladiny tau v likvore, tak celkového tau ako aj fosforylovaného tau, znížené vychytávanie 18fluórodeoxyglukózy na PET v temporo-parietálnom kortexe, disproporcionálna atrofia v štrukturálnom MRI v mediálnom, bazálnom a laterálnom temporálnom laloku a mediálnom parietálnom kortexe.

SÚHRN ODPORÚČANÍ - DIAGNOSTICKÝ POSTUP PRI PODOZRENÍ NA DEMENCIU PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE:

A. Diagnostika (záchyt) syndrómu demencie:

1. Úvodné klinické vyšetrenie – podrobná anamnéza

- zameranie na kognitívne príznaky, nekognitívne neuropsychiatrické príznaky a ich dopad na každodenné fungovanie pacienta
- prvé a nasledujúce prejavy, charakter ich nástupu (pozvoľný, náhly, a pod.), priebeh, prípadné vyvolávajúce či zhoršujúce faktory: od samotného pacienta a ak je to len trochu možné, aj od jemu blízkej osoby, ktorá ho dobre pozná.

2. Skríningové testy kognície

Štandardizovaný MiniMental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Clock Drawing Task (CDT), testy slovnej fluencie, prípadne iné.

B. Vylúčenie sekundárnych (potenciálne reverzibilných) demencií (kroky 1 a 2 v kompetencii všeobecného lekára, geriatra):

1. Základná batéria laboratórnych vyšetrení (zachytí najčastejšie sekundárne demencie, najmä metabolické):

- krvný obraz vrátane diferenciálneho KO,
- biochemické vyšetrenie: hladiny minerálov (Na, K, Cl, Ca), glykémia, kreatinín, urea, kyselina močová, AST, ALT, GMT, bilirubín, albumín, zápalové markery (CRP),
- moč chemicky a sediment,
- vyšetrenie hormónov štítnej žľazy – TSH, fT4,
- vyšetrenie sérových hladín B12 a kyseliny listovej,
- sérologické testy na syfilis.

2. Zhodnotenie kardiálneho a pulmonálneho systému klinicky a eventuálne pomocnými vyšetrovacími metódami (EKG, RTG).

- **Rozšírená batéria laboratórnych vyšetrení** – cielene podľa anamnézy a klinického obrazu:
- napr. hladiny vitamínov B1, B3, B6, D, stanovenie hladín liekov, toxikologický skríning,
- napr. sérologické testy napr. na HIV a borélie,
- napr. stanovenie hladín ťažkých kovov a ďalšie.

C. Štandardný postup diagnostiky samotnej Alzheimerovej demencie:

1. Klinické vyšetrenie u špecialistu (psychiater, neurológ)

- zameranie na jednotlivé príznaky a priebehové charakteristiky podľa jadrových klinických kritérií NINCDS-ADRDA,
- anamnéza nielen od pacienta samotného, ale aj od inej osoby, ktorá ho dobre pozná.

2. Neuropsychologické vyšetrenie – realizuje klinický psychológ alebo neuropsychológ

- bližšie rozlíšenie typického „amnestického" variantu a atypických „rečových", „vizuopriestorových" a „dysexekutívnych" variantov,
- odlíšenie iných primárnych degeneratívnych demencií.

3. Neurozobrazovacie vyšetrenie

- štandardom v diagnostike Alzheimerovej demencie je **štrukturálne MRI mozgu**, kde je pre Alzheimerovu demenciu charakteristická atrofia mediálneho, bazálneho a laterálneho temporálneho laloka (Scheltensovo skóre) a mediálneho parietálneho kortexu (Koedamovo skóre); zároveň je možné stanoviť podiel vaskulárnych zmien na etiológii kognitívnej poruchy,
- CT slúži hlavne na vylúčenie iných procesov (subdurálny hematóm, tumor, normotenzný hydrocefalus), ale najmä vo včasných štádiách nie je v diagnostike Alzheimerovej demencie postačujúce.

D. Ak sa predchádzajúcimi vyšetreniami nedokáže príčina alebo pre potreby diferenciálnej diagnostiky je potrebné urobiť ďalšie vyšetrenia, môžu sa zvážiť dostupné vyšetrenia z alternatívnych vyšetrení (kapitola 19) na základe konzultácie ošetrujúceho lekára, špecializovaného pracoviska, rádiológa (pracoviska pre nukleárnu medicínu) a zdravotnej poisťovne.:

E. Pri **presenilnej forme**, **pozitívnej rodinnej anamnéze** Alzheimerovej choroby, pri **veľmi rýchlom priebehu**:

Genetické vyšetrenie – detekcia geneticky podmienenej familiárnej formy demencie pri Alzheimerovej chorobe, autozomálne dominantne dedičnej - prítomnosť kauzálnej genetickej mutácie génu pre amyloidový prekurzorový proteín **(APP)** na 21. chromozóme, génu pre presenilín-1 na 14. chromozóme **(PSEN1)** alebo génu pre presenilín-2 na 1. chromozóme **(PSEN2)**.

Diferenciálna diagnostika:

Odlíšenie demencie od **MCI (Mild Cognitive Impairment, Ľahká kognitívna porucha)** spočíva v posúdení, či kognitívna porucha významne zasahuje do predošlej schopnosti pacienta fungovať v práci a v každodenných bežných činnostiach. Dopad na každodenné fungovanie pacienta posudzuje skúsený klinik na základe individuálnych okolností a konkrétnej situácie pacienta a opisu každodenného fungovania pacienta, ktorý získa od neho samotného, ale aj od jemu blízkeho informátora.

Ostatné diagnózy, ktoré je potrebné odlíšiť (dif. dg.):

- Delírium
- Depresia
- Iné primárne degeneratívne demencie (LBD, FTD, PDD, Huntingtonova choroba)
- Vaskulárne demencie
- Sekundárne demencie

Liečba

Liečba Alzheimerovej demencie musí byť vždy **komplexná**, s využitím dostupných možností symptomatickej farmakoterapie, ale aj nefarmakologickej liečby.

Nefarmakologická liečba spočíva v tréningu zachovaných kognitívnych funkcií, reminiscenčnej terapii, psychosociálnej rehabilitácii, edukácii opatrovníkov, rôznych komplemetárnych postupoch, ako je pet-terapia, muzikoterapia, aromaterapia a mnohé ďalšie metódy. Komplementárne metódy často poslúžia najmä pri zvládaní nekognitívnych príznakov demencií.

Farmakologickú liečbu môžeme rozdeliť na **„primárnu" a „sekundárnu"** liečbu. **Primárnou** rozumieme kognitíva, **liečivá na symptomatickú liečbu kognitívneho deficitu pri demenciách**, ktorými je možné spomaliť progresiu ochorenia. Podľa ATC klasifikácie pod kódom N06D Liečivá proti demencii nájdeme Anticholínesterázy (N06DA) a Iné liečivá proti demencii (N06DX), kde sú zaradené memantín a Ginkgo biloba extrakt – Egb 761. **Sekundárnou** liečbou označujeme ostatné **liečivá, používané v symptomatickej liečbe neuropsychiatrických symptómov** demencií, napr. depresie či psychotických príznakov.

Doteraz najúspešnejšou symptomatickou liečbou demencie je posilnenie cholínergickej transmisie inhibíciou enzýmov, ktoré rozkladajú acetylcholín, najmä inhibíciou acetylcholínesterázy. **Inhibítory cholínesteráz** u väčšiny pacientov spomalia progresiu klinických príznakov demencie. Najúčinnejšie sú vo včasných štádiách demencie a aj keď sa nezistil štatisticky významný rozdiel v účinnosti inhibítorov cholínesteráz v 3 rôznych štádiách Alzheimerovej demencie, údajov o ich použití pri demencii ťažkého stupňa je veľmi málo (Di Santo a kol., 2013). Oficiálnou indikáciou je liečba pacientov s ľahkou a stredne ťažkou Alzheimerovou demenciou, ale v praxi sa dnes používajú vo všetkých štádiách, aj ťažkom.

Aj keď je liečba inhibítormi cholínesteráz len symptomatickou liečbou, asi 50% pacientov s Alzheimerovou chorobou s miernou až stredne ťažkou demenciou vykazuje zlepšenie kognitívnych funkcií, ale aj zlepšenie a dlhodobú stabilizáciu každodenného fungovania.

V súčasnosti sú na liečbu demencie pri Alzheimerovej chorobe registrované tri inhibítory cholínesteráz, a to **donepezil, rivastigmín a galantamín.** V metaanalýzach štúdií všetkých troch inhibítorov cholínesteráz sa zistila porovnateľná účinnosť v zmysle zlepšenia kognície, nekognitívnych príznakov demencie a funkčnosti v skorších štádiách AD a v zmysle oddialenia deteriorácie kognície a funkčnosti v pokročilejších štádiách AD (Birks, 2006, Cummings a kol., 2004).

Nežiaduce účinky celej skupiny inhibítorov cholínesteráz: zvýšením cholínergickej aktivity môžu viesť k bradykardii, zvýšenej sekrécii žalúdočnej kyseliny a zvýšenej motilite gastrointestinálneho traktu. Najčastejšími nežiaducimi účinkami sú gastrointestinálne symptómy (nauzea, hnačka , anorexia), ktoré môžu limitovať používanie týchto liekov. Sú zvyčajne miernej až strednej intenzity, od dávky závislé , obvykle prechodné a málokedy vedú k prerušeniu liečby. Možno im do veľkej miery predísť pomalšou titráciou dávok.

Vzhľadom k nežiaducim účinkom sú hlavnými **kontraindikáciami** použitia inhibítorov cholínesteráz bradyarytmie, aktívny zápal žalúdočnej alebo črevnej sliznice a nadmerná sekrécia slizníc najmä dolných dýchacích ciest (všetky tieto poruchy môžu byť potenciálne exacerbované či zhoršené zvýšením periférneho cholínergického tonusu).

Celkovo majú inhibítory cholínesteráz výhodu nízkej hepatotoxicity a malého potenciálu liekových interakcií. V dôsledku farmakodynamických liekových interakcií môže nastať potenciácia odpovede na myorelaxanciá sukcinylcholínového typu, používané pri anestéze (vrátane anestézy pred ECT), aditívne efekty s inými liekmi, ktoré znižujú srdcovú frekvenciu, antagonistické efekty s anticholínergickými liekmi (Králová, 2016; In: Pečeňák, Kořínková, 2016).

Memantín je napäťovo závislý nekompetitívny antagonista otvorených iónových kanálov NMDA receptorov s nízkou až strednou afinitou (Stahl, 2008). Jeho hlavným mechanizmom účinku je inhibícia

tonického uvoľňovania excesívnych množstiev glutamátu. Tým vracia glutamátergický neurón do nového pokojového stavu. Jeho účinkom je nielen klinické zlepšenie kognitívnej (najmä pamäťovej) poruchy, ale aj spomalenie miery neurotoxického úhynu neurónov a tým aj progresie demencie.

Memantín je primárne indikovaný u dospelých pacientov so stredne ťažkou až ťažkou demenciou Alzheimerovho typu. V metaanalýze 6-mesačných dvojito slepých placebom kontrolovaných štúdií sa u pacientov so stredne ťažkou a ťažkou demenciou liečených memantínom preukázalo zlepšenie kognitívnych funkcií, úprava nekognitívnych príznakov demencie a zlepšenie funkčnosti (McShane a kol., 2006).

Memantín je obvykle veľmi dobre tolerovaný, **nežiaduce účinky** sú zriedkavé (s výskytom takmer na úrovni placeba) a obvykle miernej intenzity (najčastejšie v štúdiách boli závraty, cefalea, obstipácia a ospalosť).

Keďže mechanizmus účinku memantínu je významne odlišný od mechanizmu účinku inhibítorov cholínesteráz, mnoho klinikov dnes pokladá ich kombináciu za ideálnu liečbu demencie pri Alzheimerovej chorobe. Využije sa tým potenciál oboch prístupov a je predpoklad, že sa zvýraznia aj benefity pre pacienta. V ťažších štádiách demencie (najmä AD) je napríklad vyšší výskyt nekognitívnych príznakov, najmä psychotických a behaviorálnych, ktoré (na rozdiel od nekognitívnych afektívnych príznakov) odpovedajú lepšie na liečbu memantínom ako AChEI. Efektivitu **kombinovanej liečby inhibítormi cholínesteráz a memantínom** dokladá napríklad metaanalýza randomizovaných kontrolovaných štúdií, kde sa pri kombinovanej liečby inhibítormi cholínesteráz a memantínom oproti monoterapii zistil významný rozdiel v účinnosti v prospech kombinácie u pacientov so stredne ťažkou až ťažkou demenciou. Najväčší rozdiel bol v ovplyvnení nekognitívnych príznakov demencie, menší v ovplyvnení kognície a funkčnosti pacientov. Výsledkom práce bolo odporúčanie panelu expertov uprednostniť v terapii stredne ťažkej až ťažkej demencie pri Alzheimerovej chorobe kombináciu ChEI a memantínu pred monoterapiou (Schmidt a kol., 2015).

Tabuľka č. 8

DÁVKOVANIE INHIBÍTOROV CHOLÍNESTERÁZ A MEMANTÍNU

ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
DEMENCIA PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE

Charakteristika	Donepezil	Rivastigmín	Galantamín	Memantín
Mechanizmus účinku	Selektívny, reverzibilný inhibítor acetylcholínesterázy	Reverzibilný, nekompetitívny inhibítor acetylcholínesterázy a butyrylcholínesterázy	Kompetitívny reverzibilný inhibítor acetylcholínesterázy a agonista nikotínových receptorov	Antagonista NMDA glutamátových receptorov a 5-HT3 receptorový antagonista
Štartovacia dávka	5 mg večer	1,5 mg tbl 2x denne 4,6 mg denne transdermálna náplasť	4 mg tbl 2x denne 8 mg denne (XL)	5 mg ráno
Obvyklá terapeutická dávka / maximálna dávka	10 mg večer/ 10 mg večer	3 / 6 mg tbl 2x denne 9,5 mg / 13,3 mg transdermálna náplasť	8 / 12 mg tbl 2x denne 16 / 24 mg XL denne	20 mg / 20 mg ráno
Odporúčaný minimálny interval zvyšovania dávky	4 týždne (o 5 mg)	2 týždne pre tbl (o 1,5 mg 2xd) 4 týždne pre náplasť 6 mesiacov pre zvýšenie na 13,3 mg	4 týždne (o 4 mg pri 2xd alebo o 8 mg pri 1xd)	1 týždeň (o 5 mg)

Osobitné postavenie medzi nootropnými látkami má **extrakt z ginkga biloba** (ktorý sa nazýva **EGb 761)**. Pôsobí nootropne, neuroprotektívne a hemoreologicky a vychytáva voľné radikály, teda je zároveň antioxidantom. Pri liečbe EGb 761 sa preukázalo zvýšenie počtu predovšetkým nikotínových cholínergických receptorov a α-2 adrenoreceptorov, ktorých počet je vo vyššom veku znížený, a tiež zvýšenie syntézy a uvoľnovania acetylcholínu a zvýšená absorpcia cholínu v hippokampe. V prefrontálnom kortexe sa zvyšuje hladina dopamínu, dochádza tiež k istému zvýšeniu hladiny noradrenalínu (Jirák, 2014). V klinickej praxi sa EGb 761 používa najmä v liečbe ľahkej kognitívnej poruchy, vaskulárnych demencií a včasných štádií degeneratívnych demencií. Ako augmentačná liečba sa v pokročilejších štádiách demencií používa v kombinácii s memantínom či inhibítormi cholínesteráz, prípadne s ich kombináciou. Podľa odporúčaní Svetovej federácie Spoločností pre biologickú psychiatriu je jedným z troch farmakoterapeutických postupov založených na dôkazoch (spolu s inhibítormi cholínesteráz a memantínom) v liečbe Alzheimerovej choroby v štádiu demencie (Ihl a kol., 2011). **Dávkovanie** EGb 761 v terapii demencií je 120-240 mg v jednej, prípadne v dvoch dávkach v prvej časti dňa. Liek je netoxický, veľmi dobre tolerovaný, **nežiaduce účinky** sú zriedkavé a nezávažné, pre možné antiagregačné pôsobenie je potrebná opatrnosť u stavov s vyšším rizikom krvácania.

Pri nasadzovaní terapie inhibítormi cholínesteráz, memantínom či EGb 761 je potrebné **stanovenie stupňa závažnosti demencie**. V najnovších odporúčaniach NICE (2018) sa zdôrazňuje, že pre určenie štádia demencie **nesmie byť určujúce výlučne dosiahnuté skóre v kognitívnom skríningovom inštrumente**, dôležitejšie je zohľadniť celkový stav a úroveň funkčnosti pacienta.

Dlho prebiehala diskusia, kedy a či **symptomatickú terapiu Alzheimerovej demencie ukončiť**. Dnes sa ukončenie terapie odporúča len v prípade, že terapia už neprináša žiaden klinický benefit, prípadne ju pacient netoleruje, resp. má napríklad problém s prehĺtaním. V žiadnom prípade na vynechanie terapie **nepostačuje pokles kognitívneho skóre** pod určité hodnoty (NICE Guideline on dementia – updated 2018).

FARMAKOTERAPEUTICKÝ POSTUP V LIEČBE ALZHEIMEROVEJ DEMENCIE
(podľa NICE Guidelines on Dementia, 2011, updated 2018, The Maudsley Presribing Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, 2018, WFSBP Guidelines on Dementia, 2015, Doporučené postupy psychiatrické péče IV., 2014)

A. Ľahká a stredne ťažká Alzheimerova demencia:

1. voľba: donepezil, rivastigmín alebo galantamín (EBM úroveň I, sila odporúčaní A)
2. voľba: ak sú AChEI kontraindikované alebo pri zlej tolerancii AChEI – memantín (EBM úroveň I, sila odporúčaní A)
3. pri progresii: kombinácia AChEI a memantínu (EBM úroveň I, sila odporúčaní A)
4. EGb 761: už v štádiu MCI samotné a pri demencii ako augmentácia k monoterapii AChEI alebo memantínom alebo k ich kombinácii (EBM úroveň I, sila odporúčaní A).

B. Ťažká Alzheimerova demencia:

1. voľba: memantín (EBM úroveň I, sila odporúčaní A)
2. voľba: kombinácia memantínu a AChEI (EBM úroveň I, sila odporúčaní A)
3. EGb 761: ako augmentácia k monoterapii alebo kombinácii memantínu a AChEI.

V rámci **„sekundárnej“ terapie neuropsychiatrických symptómov pri demenciách** sa musíme vyhnúť všetkým liekom, ktoré majú výrazne **sedatívny** efekt a liekom s nežiaducimi účinkami najmä **anticholínergickými, alfa-adrenergickými, antihistamínovými a antidopamínergickými.** V prvom rade sa musíme pokúsiť o ovplyvnenie neuropsychiatrických príznakov nefarmakologicky, prípadne využitím základnej terapie demencie (AChEI, memantín, EGb 761). V ovplyvnení jednotlivých typov neuropsychiatrických príznakov pri Alzheimerovej demencii sú inhibítory cholínesteráz úspešnejšie pri zvládaní afektívnych porúch (depresívnej nálady, anxiety) a memantín zasa pri zvládaní psychotických príznakov, nepokoja, agresie a iritability. Po symptomatickom farmakologickom riešení (antidepresíva, antipsychotiká) siahneme až vtedy, keď tieto postupy nie sú úspešné.

V terapii depresie pri demencii je režim farmakoterapie **antidepresívami** podobný ako pri liečbe depresívnej epizódy, teda dodržíme dobu akútnej, po dosiahnutí remisie aj udržiavacej liečby a často prechádzame aj do fázy profylaktickej.

Dlhodobá liečba **antipsychotikami** je u starších pacientov, zvlášť pacientov s demenciou, vždy spojená s oveľa vyšším rizikom všetkých nežiaducich účinkov vrátane tardívnych dyskinéz. V liečbe psychotických nekognitívnych príznakov pri demencii je použitie antipsychotík až na malé výnimky (napr. tiaprid) off-label. Od apríla 2005 má celá skupina atypických antipsychotík vo svojich SPC varovanie, v ktorom sa konštatuje, že „...starší pacienti s psychózou pri demencii, liečení antipsychotikami, majú zvýšené riziko úmrtia...primárne z kardiovaskulárnych alebo infekčných príčin.“ Sú zistenia o tom, že všetky – nielen atypické – antipsychotiká zvyšujú riziko úmrtia u starších pacientov s demenciou, dokonca aj pri krátkodobom užívaní. V júni 2006 sa varovanie rozšírilo zo skupiny antipsychotík druhej generácie aj na antipsychotiká prvej generácie a konštatuje sa v ňom, že „...môžu zvyšovať mortalitu“ (Agronin a Maletta, 2011). Ak teda musíme siahnuť po antipsychotikách (pacient výrazne trpí, pre psychotické resp. behaviorálne príznaky predstavuje riziko pre seba alebo svoje okolie), je potrebné zachovať zásadu „start low and go slow“ – teda začať s nízkou dávkou a len pomaly ju zvyšovať na najnižšiu účinnú dávku, ktorú sa veľmi rýchlo po odznení symptómov snažíme znovu postupne znižovať a liek vysadiť. Vždy je potrebné dbať na užívateľský komfort pacienta – preferovať lieky podávané v jednej dennej dávke a v najlepšie tolerovanej liekovej forme.

Tabuľka č. 9

HLAVNÉ ZÁSADY PSYCHOFARMAKOTERAPIE NEUROPSYCHIATRICKÝCH SYMPTÓMOV DEMENCIÍ
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIA PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE
• Vylúčiť **somatickú príčinu**, potenciálne precipitujúcu NP prejavy pri demencii (dehydratácia, infekcia, bolestivý sy,...) • **Liečiť** túto príčinu • Zvážiť **nefarmakologické postupy** • Využiť vplyv základnej **symptomatickej terapie demencie** (kognitíva,...)
• **Individualizovaná liečba** • **Vždy zvážiť pomer riziko / benefit – kedy (či vôbec) psychofarmaká** • „**Start low and go slow**“ - začať nízkou dávkou a len pomaly ju zvyšovať • Všeobecne používať **menšie dávky** liekov (priemerne tretina až polovica dávky mladšieho dospelého bez demencie) • Vyhýbať sa výrazne **sedatívnym liekom a liekom s NÚ anticholínergickými, alfa-adrenergickými, antihistamínovými a antidopamínergickými** • Pri zmene liečby robiť naraz len jeden krok • Dbať na užívateľský komfort - preferovať lieky podávané v jednej dennej dávke a v najlepšie tolerovanej liekovej forme • Depresia **(antidepresíva)** - bežný režim, psychóza / behaviorálne poruchy **(antipsychotiká)** - len krátkodobo

Tabuľka č. 10

ANTIDEPRESÍVA, POUŽITEĽNÉ V TERAPII DEPRESIE PRI DEMENCII			
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIA PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE			
Skupina antidepresív	**Úvodná denná dávka (mg)**	**Obvyklá / maximálna denná dávka (mg)**	**Cieľový symptóm / syndróm**
SSRI			Depresia
Citalopram	10	20 / 40	Anxieta
Escitalopram	5	10 / 20	Psychóza
Paroxetín	10	20 / 40	Nepokoj
Sertralín	25	75 / 100	
Fluoxetín	5	10 / 40	
SNRI			Depresia
Venlafaxín	2x25	2x100 / 2x150	Anxieta
Duloxetín	15	30 / 60	
NaSSA			Depresia
Mirtazapín	7,5	15 / 30	Anxieta
Agomelatín	12,5	25 / 50	Depresia
Vortioxetín	5	10 / 20	Depresia
Trazodón	50	50 / 100	Depresia Nepokoj

Poznámka : Upravené podľa The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, 2018

Tabuľka č. 11

ANTIPSYCHOTIKÁ V TERAPII NEUROPSYCHIATRICKÝCH SYMPTÓMOV DEMENCIE				
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIA PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE			
Liečivo	**Indikácia**	**Štartovacia denná dávka (mg)**	**Obvyklá udržiavacia dávka (mg)**	**Maximálna denná dávka (mg)**
Olanzapín	Agitovanosť/psychóza pri demencii	2,5 (na noc)	2,5 - 10	10 na noc (optimálne 5)
Kvetiapín	Agitovanosť/psychóza pri demencii	12,5 - 25	50 - 100	100 - 300 (nie prolongované formy)
Risperidón	Agitovanosť/psychóza pri demencii	0,25 - 2 x 0,25	2 x 0,5	2 (optimálne 1)
Aripiprazol	Agitovanosť/psychóza pri demencii	5	5 - 10	10 - 15
Klozapín	Psychóza pri Parkinsonovej chorobe a LBD	6,25	25 - 37,5	50
Tiaprid	Agitovanosť a iné poruchy správania pri demencii, poruchy spánku pri demencii. Kvalitatívne poruchy vedomia	50 - 200	do 300	300
Haloperidol	Delírium Agitovanosť	0,25 - 0,5	0,5 - 1,5 (len akútna liečba, krátko)	cca 3 mg (len akútna liečba, krátko)

Poznámka : Upravené podľa The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, 2018

Prognóza

Obvyklý **priebeh Alzheimerovej choroby je plynulo progredientný**, bez nápadnejších krátkodobých výkyvov. Môžu sa dokonca vyskytnúť obdobia ustáleného stavu, plateau, keď je progresia takmer nebadateľná. Ochorenie je ale **nezvratné, progredujúce a napokon smrteľné**. Pokiaľ je príčinou smrti Alzheimerova choroba, pacienti zomierajú väčšinou na interkurentnú infekciu pri kompromitovanom imunitnom systéme. Presenilná forma ochorenia má zvyčajne rýchlejší, malignejší priebeh. Pri oveľa častejšej senilnej forme je **priemerná doba prežitia 7 – 8 rokov od stanovenia diagnózy**, ale sú aj pacienti, ktorí prežívajú 15 a viac rokov. Doba prežitia závisí od viacerých faktorov, jedným z najdôležitejších nepriaznivých faktorov je stanovenie diagnózy v pokročilejšom štádiu ochorenia.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Poskytovatelia ústavnej starostlivosti - psychiatrické prípadne neurologické kliniky, oddelenia, gerontopsychiatrické oddelenia, psychiatrické nemocnice, liečebne s materiálno-technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – diagnostika a liečba, najmä neuropsychiatrických symptómov, farmakoterapia, kognitívny tréning, rehabilitácia, v pokročilých štádiách aj starostlivosť o pridružené somatické komplikácie. Vzhľadom na to, že Alzheimerova demencia postihuje v prevažnej väčšine ľudí v pokročilom veku, mnohokrát polymorbídnych, pre ktorých každá zmena prostredia

predstavuje enormnú záťaž, je vhodné obmedziť pobyt v nemocničnom zariadení len na dobu nevyhnutnú na zvládnutie akútneho stavu.

Poskytovatelia ambulantnej starostlivosti – psychiatrické a neurologické ambulancie s materiálno - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – diagnostika a liečba Alzheimerovej demencie, najmä symptomatická farmakoterapia kognitívnej poruchy.

Denný psychiatrický stacionár pre pacientov s demenciou – udržiavacia liečba Alzheimerovej demencie, farmakoterapia, psychoterapia, tréning zachovaných kognitívnych funkcií, psychoedukácia, rehabilitácia.

Najmä v stacionároch, ale aj v ústavných a v ambulantných zariadeniach sa starostlivosti významným spôsobom zúčastňuje aj **klinický psychológ, neuropsychológ, logopéd, sociálny pracovník.**

Veľmi dôležité je vo všetkých týchto zariadeniach venovať pozornosť aj **opatrovníkom pacienta s demenciou.**

Ďalšie odporúčania

Vzhľadom k tomu, že prognóza dožitia, ale najmä zachovania kvality života pacienta s Alzheimerovou demenciou významne závisí od skorej diagnostiky, je mimoriadne dôležité venovať pozornosť **včasnému záchytu ochorenia**. V tejto oblasti majú nezastupiteľnú úlohu najmä **všeobecní lekári a geriatri**, pretože pacienta dlhšie poznajú a majú možnosť všimnúť si na ňom známky nástupu kognitívnej poruchy. Je potrebné **systematicky ich edukovať v problematike demencií a v používaní a hodnotení skríningových kognitívnych testov.**

V rámci problematiky demencií je nevyhnutné zintenzívniť **spoluprácu zdravotníctva so sociálnou sférou.**

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Starostlivosť o pacientov s demenciou pri Alzheimerovej chorobe poskytujú **ústavné zariadenia - psychiatrické prípadne neurologické kliniky, oddelenia, gerontopsychiatrické oddelenia, psychiatrické nemocnice a liečebne**. Prebieha v nich diagnostika a liečba, najmä farmakoterapia, kognitívny tréning, rehabilitácia, v pokročilých štádiách aj starostlivosť o pridružené somatické komplikácie.

Ambulantná starostlivosť je poskytovaná na **psychiatrických a neurologických ambulanciách**, kde prebieha diagnostika a liečba Alzheimerovej demencie, najmä symptomatická farmakoterapia kognitívnej poruchy.

V **denných psychiatrických stacionároch** pre pacientov s demenciou je poskytovaná udržiavacia liečba Alzheimerovej demencie, farmakoterapia, psychoterapia, tréning zachovaných kognitívnych funkcií, psychoedukácia, rehabilitácia.

V pokročilých štádiách ochorenia je poskytovaná aj **paliatívna, resp. hospicová starostlivosť'.**

Vo všetkých, ale najmä v pokročilejších štádiách demencie, sú dôležitou súčasťou starostlivosti aj **sociálne služby, vrátane kompenzácií**. V prílohe č. 3 k zákonu č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov sú jednotlivé ochorenia zaradené podľa miery funkčnej poruchy, pričom za osobou s ťažkým zdravotným postihnutím sa považuje osoba, ktorej miera funkčnej poruchy je najmenej 50%.

Neoceniteľný je prínos **dobrovoľníckych organizácií a občianskych združení**, na práci ktorých sa zúčastňujú aj mnohí odborníci, ale najmä opatrovníci a príbuzní pacientov s Alzheimerovou demenciou.

Alternatívne odporúčania

Pre alternatívne postupy v liečbe Alzheimerovej demencie (napr. dodržiavanie zdravej životosprávy, zdravej výživy, dostatok fyzickej aktivity) nie sú EBM dáta.

V prípade, že sa v diagnostike Alzheimerovej dmencie **predchádzajúcimi štandardnými vyšetreniami nedokáže príčina , vo včasných štádiách ochorenia, v diferenciálnej diagnostike medzi inými neurodegeneratívnymi demenciami, u mladších pacientov, pri rýchlom priebehu demencie** je možné zvážiť dostupné vyšetrenia z nasledujúcich alternatívnych postupov na základe konzultácie ošetrujúceho lekára, špecializovaného pracoviska, rádiológa (pracoviska pre nukleárnu medicínu) a zdravotnej poisťovne:

- stanovenie hladín **fosforylovaného tau proteínu (p-TAU) a celkového tau proteínu (total-TAU) v likvore** (zvýšené hodnoty) a stanovenie hladiny **amyloidu beta o 42 aminokyselinách (Aβ 1-42) v likvore** (znížené hodnoty), prípadne **zmenený pomer Aβ 1-42 a Aβ 1-40 v likvore,**
- **PET-Aβ** (pozitrónová emisná tomografia s vizualizáciou β-amyloidu),
- **PET-Tau** (pozitrónová emisná tomografia s vizualizáciou tau-proteínu),
- **FDG-PET** (pozitrónová emisná tomografia s fluórdeoxyglukózou – vizualizácia hypometabolických oblastí v mozgu).

Špeciálny doplnok štandardu

Informovaný súhlas a postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bez súhlasu a návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou.

Informovaný súhlas pri diagnostike a liečbe Alzheimerovej demencie:

Každý zdravotnícky pracovník je povinný poučiť pacienta pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytovanej zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Túto povinnosť upravuje zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Pri liečbe pacienta s Alzheimerovou demenciou sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk). Ak je pacient s pokročilou Alzheimerovou demenciou obmedzený v spôsobilosti na právne úkony, informovaný súhlas podpisuje jeho súdom určený zákonný zástupca.

Pri liečbe Alzheimerovej demencie sa najmä v pokročilejších štádiách môže vyskytnúť situácia, kedy sa takýto informovaný súhlas nevyžaduje. Súhlas pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nevyžaduje v prípadoch stanovených v § 6 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, čiže v prípade demencie ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu (§ 6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z.)

Postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z.

Podľa § 253 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilného mimosporového poriadku zdravotnícke zariadenie, v ktorom je osoba umiestnená z dôvodov uvedených v osobitnom predpise, je povinné oznámiť súdu do 24 hodín prevzatie umiestneného bez jeho informovaného súhlasu. Oznamovaciu povinnosť má zdravotnícke zariadenie aj vtedy, ak umiestnený svoj informovaný súhlas odvolá, a to do 24 hodín od odvolania informovaného súhlasu. Ak je umiestnený, ktorý bol prijatý do zdravotníckeho zariadenia s informovaným súhlasom, obmedzený vo voľnom pohybe alebo styku s vonkajším svetom, je toto zdravotnícke zariadenie povinné urobiť oznámenie podľa odseku 1 do 24 hodín od takého obmedzenia.

Návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou

Prekladový list medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou by mal obsahovať informácie o zdravotnom stave v rozsahu:

1. dôvod hospitalizácie
2. popis klinického stavu pri prijatí
3. diagnostické intervencie
4. terapeutické intervencie vrátane nefarmakologických
5. popis klinického stavu pri prepustení
6. diagnostický záver s upresnením štádia demencie (ľahká, stredne ťažká, ťažká demencia)
7. odporučenie diagnostických a terapeutických postupov po prepustení.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit v prípade vydania 11. Revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaniach. Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Komunitná starostlivosť predstavuje ideálny spôsob starostlivosti o pacientov s Alzheimerovou demenciou, s možnosťou ponechania pacienta čo najdlhšie v jeho prirodzenom rodinnom prostredí. V kombinácii s denným stacionárom umožňuje poskytnúť pacientovi v jednotlivých štádiách progresie choroby najvhodnejší a najbezpečnejší typ starostlivosti, monitorovanie výskytu najrušivejších neuropsychiatrických symptómov a oddialenie finálnej inštitucionalizácie. V rámci komunitnej starostlivosti je tiež oveľa jednoduchšie poskytovať zároveň starostlivosť aj rodinám a opatrovníkom pacientov s demenciou, najmä v **psychosociálnych centrách a svojpomocných skupinách.**

Zo strany špecialistov by v rámci koordinovanej starostlivosti bolo potrebné vybudovať (resp. dobudovať) **centrá včasnej diagnostiky kognitívnych porúch** pri existujúcich psychiatrických a neurologických klinikách či oddeleniach, prípadne vytvoriť takéto špecializované centrá s **dobrou dostupnosťou neuropsychologického vyšetrenia a volumometrického MRI vyšetrenia.**

Kým bude vybudovaný **systém komunitnej starostlivosti**, ktorého prirodzenou súčasťou budú aj **denné stacionáre**, bolo by vhodné pokúsiť sa zriadiť tam, kde je to možné, takéto zariadenia ako zdravotnícke, nie sociálne zariadenia.

Literatúra

AGRONIN ME, MALETTA GJ, editors. Principles and practice of geriatric psychiatry. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 862 s.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-V), 5th ed. Washington: American Psychiatric Press, 2013. 991 s.

BIRKS J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1): CD005593.

DI SANTO SG, PRINELLI F, ADORNI F, CALTAGIRONE C, MUSICCO M. A meta-analysis of the efficacy of donepezil, rivastigmine, galantamine, and memantine in relation to severity of Alzheimer's disease. J Alzheimers Dis. 2013;35(2): 349–361.

GORNO-TEMPINI,M.L, HILLIS, A., WEINTRAUB, S. a kol. Classification of primary progressive aphasia and its variants. Neurology 2011;76:1006-1014.
HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA , J.:Psychiatrie. Druhé, doplněné a opravené vydání. TIGIS, 2004, 883 s.
IHL R, FRÖLICH L, WINBLAD B, SCHNEIDER L, BURNS A, MÖLLER H-J, a kol. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of Alzheimer's disease and other dementias. World J Biol Psychiatry. 2011;12(1): 2–32.
IHL R , BUNEVICIUS R, FRÖLICH L, WINBLAD B, SCHNEIDER LS, DUBOIS B, BURNS A, TH IBAUT F, KASPER S & MÖLLER HJ on behalf of the WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care and WFSBP Task Force on Dementias: World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines for the pharmacological treatment of dementias in primary care. Int J Psychiatry Clin Pract 2015; 19: 2–7. ISSN 1365-1501 print/ISSN 1471-1788 online. DOI: 10.3109/13651501.2014.961931
JIRÁK R. Extrakt z Ginkgo biloba EGb 761 v léčbě organických psychických poruch. Remedia. 2014;24(6): 479–482.
KRÁLOVÁ, M., 2016. Neuroprotektíva. In: PEČEŇÁK, J.; KOŘÍNKOVÁ, V. A KOL., 2016. Psychofarmakológia. Bratislava: Wolters Kluwer ISBN 978-80-8168-978-80-8168-542-2.
KRÁLOVÁ, M., CSÉFALVAY, Zs., MARKOVÁ, J.: Kognitívno-komunikačné poruchy pri demenciách. Vydavateľstvo UK Bratislava, 2016, 126s.
KRÁLOVÁ, M. 2017. Demencie. Univerzita Komenského Bratislava, Lekárska fakulta. 88 s. Online ISBN 978-80-223-4307-7.
McKEITH I.G. a kol.: Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology 2017;89:88–100.
MCSHANE R, AREOSA SASTRE A, MINAKARAN N. Memantine for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(2): CD003154.
NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Dementia. A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. National Clinical Practice Guideline Number 42. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2007. ISBN: 978-1-85433-451-0. Updated in March 2011 and September 2016.
NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. NICE Pathway last updated 27 March 2018. Online https://www.nice.org.uk/guidance/cg42.
RABOCH J, UHLÍKOVÁ P, HELLEROVÁ P, ANDERS M a ŠUSTA M. 2014. PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. B.m.: Psychiatrická společnost ČLS JEP. 208 s. ISBN 978-80-260-5792-5.
ROMAN GC A KOL. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN international workshop. Neurology, 1993; 43(2): 250–260.
STAHL, S.M., 2008. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. 3rd ed, Fully and expanded. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2008. 1117 s.
SCHMIDT R, HOFER E, BOUWMAN FH, BUERGER K, CORDONNIER C, FLADBY T, a kol. EFNS-ENS/EAN Guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. Eur J Neurol. 2015;22(6): 889–898.
TAYLOR DM, BARNES TRE, YOUNG AH, editors. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 13th edition. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; 2018, 854 s. ISBN 9781119442608.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Codification of Diseases, 10th edition (ICD 10). 1992. Medzinárodná klasifikácia chorôb – 10. revízia. 1992. BRATISLAVA: OBZOR, 1992. 171 s.

YOUSUF, R.M., FAUZI, A.R.M., WAI, K.T., AMRAN, M., AKTER, S.F.U., RAMLI, M. Potentially reversible causes of dementia. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health. 2010, vol. 2, No. 8, s. 258-265.
Zákon č. 461/2003 Z.z o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov
Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Vaskulárne demencie

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0046	*10. decembra 2019*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

MUDr. Mária Králová, CSc., MUDr. Dagmar Breznoščáková; PhD.; MUDr. Marek Zelman

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; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti

Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc., MBA, FRSM; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundovú; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD. MPH; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová

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

demencia, vaskulárna demencia, cerebrovaskulárne ochorenia, neuropsychologická diagnostika, symptomatická farmakoterapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

AD	Alzheimerova demencia
AChEI	Inhibítory cholínesteráz
APA	American Psychiatric Association
CADASIL	cerebrálna autozomálne dominantná artériopatia so subkortikálnymi infarktmi a leukoencefalopatiou
CDT	Clock Drawing Task
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
MCI	Mild Cognitive Impairment, Ľahká kognitívna porucha
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10.revízia
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MRI	Magnetická rezonancia
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NINDS – AIREN	National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Association Internationale pour la Recherche et l´Enseignment en Neurosciences
RF	rizikový faktor
VaD	vaskulárna demencia

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater), lekár so špecializáciou v odbore neurológia (neurológ) – nozologická diagnostika vaskulárnych demencií, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia.

Lekár bez špecializácie – klinické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra/neurológa, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Všeobecný lekár pre dospelých, geriater – diagnostika syndrómu demencie, diagnostika a manažment najčastejších sekundárnych demencií.

Klinický psychológ/ neuropsychológ – neuropsychologická diagnostika, psychoterapie, tréning kognitívnych funkcií, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Špeciálny pedagóg – psychoedukácia, tréning kognitívnych funkcií, nefarmakologická liečba, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Logopéd – logopedická diagnostika a terapia komunikačných porúch.

Sestra – podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Sociálny pracovník – následná liečba po farmakologickej liečbe, psychorehabilitačná pomoc, komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora, psychoedukácia, podporná psychologická liečba, manažment sociálnych služieb.

Všetky uvedené profesie – vykonávanie skríningových testov kognície.

Úvod

Téma demencií je dnes výsostne aktuálna, pretože populácia starne a odhaduje sa, že v roku 2050 bude na svete žiť viac ľudí nad 65 rokov ako detí do 15 rokov. Demencie sú ochorenia charakteristické práve pre vyšší vek – ich prevalencia je vo veku do 65 rokov 1% celkovej populácie, ale nad 65 rokov je to už 5,4% populácie. Incidencia demencie sa každých 5 rokov zdvojnásobuje, takže v populácii nad 85 rokov trpí demenciou už približne každý druhý človek, a vo vyššom veku ide hlavne o nárast prípadov Alzheimerovej choroby a rôznych foriem vaskulárnych demencií. Vaskulárne demencie sú celosvetovo druhým najčastejším typom demencie a na ich rozvoji sa významným spôsobom podieľajú modifikovateľné "civilizačné" rizikové faktory.

Pacienti v pokročilom štádiu demencie si vyžadujú 24-hodinovú opatrovateľskú starostlivosť, ktorá je obrovskou záťažou (fyzickou aj psychickou) pre opatrovateľov, a preto demencia predstavuje problém nielen medicínsky, ale aj spoločenský a ekonomický.

Niektoré sekundárne demencie sú potenciálne reverzibilné stavy, ale pre väčšinu ostatných, najmä primárnych degeneratívnych a vaskulárnych demencií máme dnes k dispozícii len symptomatickú liečbu. Aj táto liečba je schopná spomaliť, prípadne na istý čas aj pozastaviť progresiu ochorenia. Predpokladom je však včasná diagnostika demencie, aby sa s liečbou mohlo začať čo najskôr.

Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adaptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Keďže k vzniku vaskulárnej demencie predisponujú určité **rizikové faktory** (hypertenzia, hyper- a dyslipidémie, aterosklerotické postihnutie iných orgánových systémov, diabetes mellitus, metabolický syndróm so všetkými svojimi zložkami, fajčenie, nadmerný konzum alkoholu a ďalšie), najdôležitejšie je predchádzať ich rozvoju. Ak už rozvinuté sú, v sekundárnej prevencii sa musíme snažiť sa o čo najlepšiu kompenzáciu týchto ochorení.

Vo všeobecnosti **protektívnymi faktormi** rozvoja akejkoľvek demencie sú napr. vyšší dosiahnutý stupeň **vzdelania a aktívny životný štýl**, vysoká miera uspokojenia v pracovnom živote, **sociálna zaangažovanosť** a bohatá sociálna sieť, častejšia účasť v aktivitách stimulujúcich mentálne a fyzické schopnosti. Pravidelná **fyzická námaha** je pravdepodobne asociovaná s oneskorením nástupu demencie u starších ľudí.

Epidemiológia

Vo vyššom veku (v starobe) prevalencia demencií prudko narastá. U ľudí vo veku 65 rokov a starších sa demencie vyskytujú najmenej u 5% tejto populácie a s každou dekádou dožitia sa ich výskyt približne zdvojnásobuje, takže vo veku 85 a viac rokov trpí demenciou takmer každý druhý človek. Nárast počtu ľudí s demenciou vo vyššom veku je dôsledkom najmä zvýšenej incidencie demencie pri Alzheimerovej chorobe a rôznych foriem vaskulárnych demencií.

Väčšina autorov uvádza, že vaskulárne demencie sú druhým najčastejším typom demencií (hneď po demencii pri Alzheimerovej chorobe, s celkovým podielom 15 – 30% všetkých demencií). V ďalších desiatich percentách sú súčasťou demencií zmiešanej etiológie, väčšinou vaskulárnej a alzheimerovskej.

Patofyziológia

Vaskulárne demencie sa spomedzi sekundárnych demencií (ako protipólu primárnych neurodegeneratívnych demencií) vyčleňujú ako osobitná, tretia skupina demencií pre charakteristický

a jednotný mechanizmus vzniku. Tým je poškodenie mozgového tkaniva v dôsledku chorobných procesov, ktoré primárne postihujú cievy, čo vedie k poruchám perfúzie a oxygenácie mozgu.
Patologicko-anatomickým základom väčšiny vaskulárnych demencií sú **ložiská mozgových infarktov.** Väčšinou ide o infarkty ischemické, ale môže sa podieľať aj hemoragická zložka. Ložiská sú väčšinou malé a mnohopočetné, ale nezriedka nájdeme aj väčšie. Demencia sa môže rozvinúť aj na podklade jednej veľkej náhlej cievnej mozgovej príhody, väčšinou v tzv. strategickej oblasti, dôležitej pre kognitívne funkcie, najmä pamäť. K drobným hypoxicko-ischemickým maláciám dochádza v mozgovom tkanive predovšetkým v dôsledku uzáveru drobných koncových arteriol, prípadne až kapilár. Pri nekontrolovanej hypertenzii dochádza v mozgovom tkanive ešte k ďalšiemu fenoménu – tvorbe malých dutiniek okolo neustále nadmerne pulzujúcich drobných arteriol, ktoré svojou pulzáciou poškodzujú okolité tkanivo mechanicky. Drobné malatické ložiská sú roztrúsené, neskôr splývajú. Na vznik dementného syndrómu je nevyhnutné, aby celkový objem malácií bol aspoň 100 ml v prípade drobných infarktov a aspoň 50 ml v prípade jedného väčšieho mozgového infarktu. K rozvoju vaskulárnej demencie môže dôjsť (hoci oveľa zriedkavejšie) aj mechanizmom globálnej ischemizácie, napr. po náhlom zastavení srdcovej činnosti alebo po strangulácii. Málokedy má na vzniku demencie podstatný podiel aterosklerotické postihnutie veľkých prívodných mozgových ciev.
Ischemické poškodenie mozgového tkaniva, ktoré vzniklo akýmkoľvek mechanizmom, vyvolá celý rad ďalších zmien: aktivuje sa excitotoxická kaskáda, uvoľňujú sa voľné kyslíkové radikály a napokon dochádza k deštrukcii neurónov.
K vzniku vaskulárnej demencie predisponujú určité **rizikové faktory**. Jednoznačne najvýznamnejším rizikovým faktorom je **hypertenzia**, ďalšími sú **hyper- a dyslipidémie, aterosklerotické postihnutie iných orgánových systémov** (napr. ischemická choroba srdca v dôsledku aterosklerózy koronárnych tepien)**, diabetes mellitus**, resp. plne rozvinutý **metabolický syndróm** so všetkými svojimi zložkami, **fajčenie, nadmerný konzum alkoholu.**
Vzácnou geneticky prenášanou formou vaskulárnej demencie je **CADASIL** (cerebrálna autozomálne dominantná artériopatia so subkortikálnymi infarktmi a leukoencefalopatiou). Jej príčinou je mutácia génu NOTCH3 na 19. chromozóme.

Klasifikácia

MKCH-10 definuje vaskulárne demencie ako spôsobené vaskulárnou nekrózou (infarktom) mozgu v priebehu cievneho ochorenia, vrátane hypertenzného cerebrovaskulárneho ochorenia. Demencia môže nasledovať po prechodných ischemických atakoch, po náhlych mozgových príhodách alebo menej často po jedinej veľkej či strategickej mozgovej príhode. Infarkty sú však obvykle malé, ale ich následky sa sčítavajú. Začiatok býva obvykle v staršom veku.

Tabuľka č. 1

VŠEOBECNÉ DIAGNOSTICKÉ KRITÉRIÁ MKCH-10 PRE DEMENCIU
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VASKULÁRNE DEMENCIE
G1. Sú preukázateľné všetky nasledujúce kritériá : 1) Úpadok pamäti je najnápadnejší pri zapamätaní si nových informácií, v ťažších prípadoch je postihnuté aj vybavovanie si starších naučených vecí. Úpadok by mal byť objektivizovaný spoľahlivými údajmi inej osoby a pokiaľ možno aj neuropsychologickými testami alebo kvantifikovaným vyhodnotením kognitívnych funkcií. 2) Pokles ďalších kognitívnych funkcií je charakterizovaný úpadkom úsudku a myslenia, napr. pri plánovaní, organizovaní a všeobecnom spracovaní informácií. Je potrebná objektivizácia inou osobou, doplnená pokiaľ možno neuropsychologickými testami alebo kvantifikovaným objektívnym hodnotením.
G2. Povedomie o prostredí (teda chýbanie zastretého vedomia) je zachované po dobu dostatočne dlhú na to, aby bolo možné jednoznačne preukázať príznaky kritéria G1.
G3. Pokles emočnej kontroly alebo motivácie alebo zmena v sociálnom správaní sa prejavujú najmenej jedným z nasledujúcich príznakov : 1) emočná labilita, 2) podráždenosť, 3) apatia, 4) hrubosť pri spoločenskom vystupovaní.
G4. Pre stanovenie spoľahlivej klinickej diagnózy by malo byť kritérium G1 prítomné počas najmenej 6 mesiacov.

Tabuľka č. 2

VŠEOBECNÉ DIAGNOSTICKÉ KRITÉRIÁ MKCH-10 PRE F 01 VASKULÁRNE DEMENCIE
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VASKULÁRNE DEMENCIE
G1. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre demenciu.
G2. Deficity vyšších kôrových funkcií sú rozložené nerovnomerne, niektoré sú postihnuté, iné relatívne zachované. Kým pamäť môže byť postihnutá celkom zreteľne, myslenie, logika a spracovanie informácií môžu vykazovať len mierne zhoršenie.
G3. Sú zreteľné známky fokálneho poškodenia mozgu, prejavujúce sa jedným z nasledujúcich príznakov : (1) unilaterálna spastická slabosť končatín, (2) unilaterálne zvýšenie šľachovosvalových reflexov, (3) reflex extenzora planty (Babinského), (4) pseudobulbárna paralýza.
G4. Anamnéza, vyšetrenie alebo testy preukazujú zreteľné cerebrovaskulárne ochorenie, ktoré môže byť logicky považované za etiologickú príčinu demencie (napr. anamnéza mozgovej príhody, dôkaz mozgového infarktu).

Tabuľka č. 3

DIAGNOSTICKÉ KRITÉRIÁ MKCH-10 PRE SUBTYPY VASKULÁRNYCH DEMENCIÍ
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VASKULÁRNE DEMENCIE
F 01.0 Vaskulárne demencie s akútnym začiatkom
A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre F 01. B. Demencia vzniká rýchlo (t.j. obvykle v priebehu 1 mesiaca, ale nie dlhšie ako 3 mesiace) po niekoľkých mozgových príhodách alebo (zriedka) po jedinej rozsiahlej mozgovej príhode.
F 01.1 Multiinfarktová demencia
A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre F 01. B. Začiatok demencie je postupný (v priebehu 3-6 mesiacov) a nasleduje po mnohých malých ischemických epizódach.
F 01.2 Subkortikálna vaskulárna demencia
A. Musia byť splnené všeobecnékritériá pre F 01. B. V anamnéze je hypertzenzia. C. Klinické a laboratórne vyšetrenia svedčia pre vaskulárne ochorenie, lokalizované hlboko v bielej hmote mozgových hemisfér, so zachovaním nepoškodenej mozgovej kôry. Ak je možné preukázať difúznu demyelinizáciu bielej hmoty, môže sa použiť termín Binswangerova choroba.
F 01.3 Zmiešaná kortikálna a subkortikálna vaskulárna demencia
Klinické prejavy a výsledky vyšetrení svedčia pre kôrové aj podkôrové komponenty vaskulárnej demencie.

Pre klinické účely (najmä pri voľbe terapeutického postupu) je účelné **delenie demencií podľa stupňa závažnosti (hĺbky demencie):**

Pri **ľahkej demencii** (celkové skóre štandardizovaného MMSE 25-21) pokles kognitívnych schopností zhoršuje výkon v každodennom živote, pacient nemôže vykonávať zložitejšie každodenné činnosti (napr. organizovať si stretnutia s priateľmi, bankové finančné operácie, správne vypĺňať a pravidelne platiť šeky na pošte, zodpovedne šoférovať) alebo realizovať rekreačné aktivity ako predtým. Pokles výkonu však nie je taký, aby bol pacient závislý od pomoci okolia, potrebuje len občasný dohľad a pripomínanie.

Pri **stredne ťažkej demencii** (celkové skóre štandardizovaného MMSE 20-10) pokles kognitívnych funkcií už nedovoľuje pacientovi fungovať bez pomoci iných ani pri bežných každodenných činnostiach, ako je nakupovanie, telefonovanie, či výber vhodného oblečenia. V domácom prostredí dokáže vykonávať jednoduché činnosti (zohriať pripravené jedlo, ale nie uvariť ho). Potrebuje asistenciu pri obliekaní, úprave zovňajšku, udržiavaní hygieny. Je narušená kritickosť k ochoreniu, zachované schopnosti sa ťažko udržiavajú.

Pri **ťažkej demencii** (celkové skóre štandardizovaného MMSE 9-0) ide o hlboký nedostatok až úplnú stratu kognitívnych schopností a bežných zručností, takže pacient je plne odkázaný na celodennú pomoc a opateru okolia. Kritickosť k ochoreniu celkom chýba, pravidelne sa vyskytujú nekognitívne neuropsychiatrické, ale aj telesné symptómy.

Aktuálne NICE odporúčania konštatujú, že pre určenie stupňa závažnosti demencie **nesmie byť určujúce len celkové skóre v použitom skríningovom kognitívnom inštrumente**, dôležitejšie je zohľadniť funkčnú kapacitu pacienta.

V **5. revízii Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch** (DSM-5, APA, 2013) sa pre organické a somatogénne poruchy prvýkrát používa termín **neurokognitívne poruchy**. Demencie, vrátane vaskulárnych, nájdeme pod novo pomenovanou entitou **veľká neurokognitívna porucha**.

Klinický obraz

Symptomatika syndrómu demencie je komplexná. Základnými príznakmi sú prejavy špecifické pre organické psychické poruchy, teda **poruchy kognitívnych funkcií**. Okrem kognitívnych symptómov nachádzame v klinickom obraze demencií aj **nekognitívne (neuropsychiatrické) a telesné symptómy a prejavy postihnutia funkčnosti**.

Tabuľka č. 4

KLINICKÉ CHARAKTERISTIKY VASKULÁRNYCH DEMENCIÍ
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VASKULÁRNE DEMENCIE
• náhly, resp. relatívne rýchly vznik demencie, • priebeh kognitívneho úpadku obvykle nie plynulo progredientný (ako napríklad pri Alzheimerovej chorobe), ale „schodovitý“, s obdobiami náhlych prudších zhoršení, ktoré sa už nevrátia na pôvodnú úroveň, ale progresia pokračuje z nižšej úrovne, • v krátkom časovom horizonte je intenzita kognitívnej poruchy aj nekognitívnych príznakov kolísavá, stav fluktuuje, ale nie tak rýchlo ako pri demencii s Lewyho telieskami, • veľmi dlho zostáva zachovaná premorbídna osobnosť pacienta, dlho zostáva zachovaná kritickosť k ochoreniu, • porucha pamäti dlho zostáva v oblasti novopamäti s relatívnou hypertrofiou staropamäti, • výrazný mnestický deficit dlho kontrastuje s relatívne zachovaným logickým a abstraktným myslením, chápavosťou a úsudkom, • prevažujúcim a veľmi častým nekognitívnym prejavom je depresia, • častejšie ako pri neurodegeneratívnych demenciách sa vyskytujú kvalitatívne poruchy vedomia, najviac stavy zmätenosti, ale aj amentno-delirantné obrazy, ktorých príčinou býva náhle prechodné prehĺbenie hypoperfúzie mozgu, napr. pri prudšom poklese krvného tlaku, • pravidelne sa vyskytujú rôzne neurologické syndrómy, extrapyramídové prejavy a ložiskové neurologické príznaky, • v anamnéze je u všetkých pacientov nejaké vaskulárne ochorenie, najčastejšie hypertenzia, ale aj prejavy aterosklerotického postihnutia iných orgánov či systémov, ako je ischemická choroba srdca, obliterujúce ochorenie periférnych artérií, napríklad na dolných končatinách, • vždy sa dá identifikovať somatogénna príčina - mozgová hypoperfúzia.

Najčastejším typom vaskulárnej demencie v starobe je **multiinfarktová demencia** (MID). Je dôsledkom mnohých drobných infarktov mozgového tkaniva. Klinický obraz sa odvíja od lokalizácie a rozsahu lézií a obsahuje **kortikálne i subkortikálne prejavy.** Vzniku demencie predchádza rôzne dlhé obdobie **pseudoneurastenických ťažkostí** so zvýšenou iritabilitou, tenziou, afektívnou labilitou, hyposomniou, poruchami pozornosti, neschopnosťou relaxácie, patickou únavnosťou, bolesťami hlavy a závratmi. Porucha pamäti je dlho obmedzená na oblasť novopamäti, staropamäť je relatívne hypertrofovaná, staré obsahy si pacienti dlho vybavujú pomerne dobre, aj keď pomalšie. Táto demencia sa nazýva aj **ostrovčekovitou demenciou**, a to najmä preto, že je pri nej výrazne nerovnomerné postihnutie jednotlivých kognitívnych, ale aj ostatných psychických funkcií. Porucha pamäti zvyčajne o dlhý čas predchádza poruchu intelektu, takže v skorších štádiách je popri už aj hlbšom mnestickom deficite relatívne dobre zachované abstraktné a logické myslenie, chápavosť, úsudok aj kritickosť k ochoreniu. Rovnako dlho bývajú zachované pôvodné osobnostné charakteristiky. Zjavné je však

spomalenie psychomotoriky a včasná porucha vizuálno-priestorových schopností. Afektívna labilita sa časom stupňuje až do afektívnej inkontinencie, keď pacient už nedokáže kontrolovať prchavé afektové reakcie, vznikajúce bez zjavného podnetu. Veľmi častým sprievodným javom je depresia. Oproti degeneratívnym demenciám je zvýšené riziko výskytu kvalitatívnych porúch vedomia. Pri postihnutí dominantnej hemisféry môže vznikať porucha fatických funkcií. Pri prevažujúcom postihnutí nedominantnej hemisféry vznikajú rôzne typy agnózie. (Cummings a kol., 2003) Časté sú neurologické pyramídové aj extrapyramídové príznaky, napríklad hemiparéza, parkinsonský syndróm či pseudobulbárna paralýza.

Priebeh multiinfarktovej demencie je typicky **schodovito progredientný**, náhle zhoršenia súvisia so vznikom nových malatických ložísk a môžu byť sprevádzané tranzitórnymi amentnými alebo amentno-delirantnými stavmi. Ak sa už vyvinie demencia, prognóza poruchy nie je dobrá, pacienti zomierajú priemerne do 5 rokov od stanovenia diagnózy, najčastejšie na následky cievnej mozgovej príhody.

Osobitným typom cievnej demencie je **demencia pri status lacunaris**, pri ktorej sú drobné cysty po infarktoch len mikroskopické (aj keď časom ložiská splývajú), lokalizované najmä v bazálnych gangliách, mozgovom kmeni, talame, mozočku a bielej hmote hemisfér. Tento typ demencie najčastejšie postihuje hypertonikov najčastejšie ide o obraz subkortikálnej, zriedkavejšie zmiešanej kortikálnej a subkortikálnej demencie. Pravidelne je prítomný parkinsonský syndróm s typickou svalovou rigiditou a hypokinézou, typická porucha chôdze (brachy- a bradybázická chôdza), poruchy mikcie, dyzartria a spastický plač a smiech.

Demencia môže vzniknúť aj po jednej **rozsiahlej alebo tzv. strategickej náhlej cievnej mozgovej príhode**. Oblasti strategické pre kognitívne funkcie (najmä pre pamäť) sú talamus, bazálne časti frontálnych lalokov, mediálna časť temporálneho laloka, oblasti zásobované a. cerebri anterior a posterior. Okrem kognitívnej poruchy sú pravidelne prítomné neurologické príznaky, ktoré závisia od lokalizácie lézie. Začiatok je vždy náhly a dramatický, častá býva úvodná kvantitatívna porucha vedomia.

Vzácnou geneticky prenášanou formou vaskulárnej demencie je **CADASIL** (cerebrálna autozomálne dominantná artériopatia so subkortikálnymi infarktmi a leukoencefalopatiou). Jej príčinou je mutácia génu NOTCH3 na 19. chromozóme. Pacienti majú okrem demencie aj migrenózne bolesti hlavy a častá je aj depresia či anxiózne poruchy.

Diagnostika I Postup určenia diagnózy

Diagnostika a diferenciálna diagnostika demencií prebieha klasicky v troch krokoch:

1. Prvým krokom je stanoviť, že skutočne ide o **syndróm demencie**.
2. V druhom kroku ide v prvom rade o **vylúčenie všetkých potenciálne reverzibilných príčin dementného syndrómu**, teda o identifikáciu prípadov sekundárnych demencií (v užšom slova zmysle, teda s výnimkou demencií vaskulárneho pôvodu).
3. Po vylúčení sekundárnych demencií nastupuje **nozologická diagnostika a diferenciálna diagnostika v rámci skupiny vaskulárnych a primárnych degeneratívnych demencií.**

V prvom a do značnej miery aj v druhom kroku majú veľkú úlohu lekári prvého kontaktu, ktorí môžu najskôr zachytiť rozvoj syndrómu demencie u svojho pacienta, ktorého poznajú roky a všimnú si na ňom zmeny, teda nástup kognitívnej poruchy. Tretí krok realizujú špecialisti, psychiatri alebo

neurológovia. Treba zdôrazniť, že nozologickú diagnózu vaskulárnej demencie stanovujeme v prvom rade **klinickým vyšetrením pacienta**, výsledky pomocných vyšetrení ju môžu len podporiť.

SÚHRN ODPORÚČANÍ – DIAGNOSTICKÝ POSTUP PRI PODOZRENÍ NA VASKULÁRNU DEMENCIU:

A. Diagnostika (záchyt) syndrómu demencie:

1. **Úvodné klinické vyšetrenie – podrobná anamnéza**
    - zameranie na kognitívne príznaky, nekognitívne neuropsychiatrické príznaky a ich dopad na každodenné fungovanie pacienta
    - prvé a nasledujúce prejavy, charakter ich nástupu (pozvoľný, náhly, skokovitý...), priebeh, prípadné vyvolávajúce či zhoršujúce faktory
    - od samotného pacienta a
    - ak je to len trochu možné, aj od jemu blízkej osoby, ktorá ho dobre pozná.
2. **Skríningové testy kognície**
    - Štandardizovaný MiniMental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Clock Drawing Task (CDT), testy slovnej fluencie, prípadne iné.

B. Vylúčenie sekundárnych (potenciálne reverzibilných) demencií (kroky 1 a 2 v kompetencii všeobecného lekára, geriatra):

1. **Základná batéria laboratórnych vyšetrení (zachytí najčastejšie sekundárne demencie, najmä metabolické):**
    - krvný obraz vrátane diferenciálneho KO,
    - biochemické vyšetrenie: hladiny minerálov (Na, K, Cl, Ca), glykémia, kreatinín, urea, kyselina močová, AST, ALT, GMT, bilirubín, albumín, zápalové markery (CRP),
    - moč chemicky a sediment,
    - vyšetrenie hormónov štítnej žľazy – TSH, fT4,
    - vyšetrenie sérových hladín B12 a kyseliny listovej,
    - sérologické testy na syfilis.
2. **Zhodnotenie kardiálneho a pulmonálneho systému** klinicky a eventuálne pomocnými vyšetrovacími metódami(EKG, RTG).
3. **Rozšírená batéria laboratórnych vyšetrení** – cielene podľa anamnézy a klinického obrazu:
    - napr. hladiny vitamínov B1, B3, B6, D, stanovenie hladín liekov, toxikologický skríning,
    - napr. sérologické testy napr. na HIV a borélie,
    - napr. stanovenie hladín ťažkých kovov a ďalšie.

C. Štandardný postup diagnostiky samotnej vaskulárnej demencie

Väčšina odporúčaní uprednostňuje v diagnostike vaskulárnych demencií používať **diagnostické kritériá NINDS – AIREN** (National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Association Internationale pour la Recherche et l´Enseignment en Neurosciences) (Roman a kol., 1993). Podľa týchto kritérií je **diagnóza vaskulárnej demencie pravdepodobná**, ak je preukázaná demencia + cievne ochorenie mozgu + ich vzájomná súvislosť a **diagnóza vaskulárnej demencie je možná**, ak je preukázaný kognitívny syndróm + objektívny nález, ale chýba časová súvislosť či neurozobrazovací dôkaz cievneho ochorenia mozgu alebo je preukázané cievne ochorenie mozgu, ale kognitívny deficit má nejasný začiatok prípadne kolísavý priebeh.

1. **Klinické vyšetrenie u špecialistu (psychiater, neurológ)**
    - zameranie na jednotlivé príznaky a priebehové charakteristiky podľa kritérií NINDS- AIREN,
    - anamnéza nielen od pacienta samotného, ale aj od inej osoby, ktorá ho dobre pozná.
2. **Neuropsychologické vyšetrenie** – realizuje klinický psychológ alebo neuropsychológ
    - bližšie rozlíšenie kôrového a podkôrového postihnutia, jednotlivých variantov vaskulárnej demencie,
    - odlíšenie primárnych degeneratívnych demencií.
3. **Neurozobrazovacie vyšetrenie**
    - absolútnym štandardom v diagnostike vaskulárnych demencií je **štrukturálne MRI mozgu**, kde nachádzame charakteristické cievne zmeny s následkami najmä v bielej hmote mozgu, pričom je možné hodnotiť aj rozsah, či stupeň tohto poškodenia (Fazekasov index). Zároveň je možné stanoviť podiel neurodegeneratívnych zmien na etiológii kognitívnej poruchy,
    - CT slúži hlavne na vylúčenie iných procesov (subdurálny hematóm, tumor, normotenzný hydrocefalus), ale v diagnostike vaskulárnych demencií nie je postačujúce.

D. V prípade podozrenia na CADASIL je indikovaná genetická konzultácia s ev. následným vyšetrením (mutácia génu NOTCH na 19.chromozóme).

Diferenciálna diagnostika:
Odlíšenie demencie od **MCI (Mild Cognitive Impairment, Ľahká kognitívna porucha)** spočíva v posúdení, či kognitívna porucha významne zasahuje do predošlej schopnosti pacienta fungovať v práci a v každodenných bežných činnostiach. Dopad na každodenné fungovanie pacienta posudzuje skúsený klinik na základe individuálnych okolností a konkrétnej situácie pacienta a opisu každodenného fungovania pacienta, ktorý získa od neho samotného, ale aj od jemu blízkeho informátora.
Ostatné diagnózy, ktoré je potrebné odlíšiť:

- Delírium
- Depresia
- Primárne degeneratívne demencie (Alzheimerovu chorobu, LBD, FTD, PDD, Huntingtonovu choroba)
- Sekundárne demencie
- V diferenciálnej diagnostike medzi vaskulárnymi a inými (najmä primárnymi degeneratívnymi) demenciami môže klinikovi pomôcť tzv. Hachinského ischemické skóre.

Tabuľka č. 5

HACHINSKÉHO ISCHEMICKÉ SKÓRE	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VASKULÁRNE DEMENCIE
Príznak	**Body - ak je položka pozitívna**
Náhly začiatok	2
Deteriorácia v skokoch	1
Fluktuujúci priebeh	2
Nočné stavy zmätenosti	1
Relatívne zachovaná osobnosť	1
Depresia	1
Somatické ťažkosti	1
Emočná labilita	1
Hypertenzia v anamnéze	1
Cievna mozgová príhoda v anamnéze	2
Ateroskleróza prítomná mimo CNS	1
Fokálne neurologické príznaky	2
Ložiskový reflexologický nález	2

Hodnotenie:
Skóre 0 – 4 body svedčí proti vaskulárnej demencii,
skóre 5 – 6 bodov nediferencuje vaskulárnu od napr. Alzheimerovej demencie,
skóre 7 a viac bodov svedčí o možnosti vaskulárnej demencie.

Liečba

Liečba vaskulárnych demencií musí byť vždy komplexná, s využitím dostupných možností symptomatickej farmakoterapie, ale aj nefarmakologickej liečby. Základom liečby vaskulárnych demencií však je (v spolupráci s príslušným špecialistom, prípadne všeobecným lekárom) **udržiavať v čo najlepšie kompenzovanom stave všetky ochorenia**, ktoré prispeli k rozvoju demencie, teda napr. diabetu, hypertenzie, ischemickej choroby srdca, dyslipoproteinémie a ďalších.
Nefarmakologická liečba spočíva v tréningu zachovaných kognitívnych funkcií, reminiscenčnej terapii, psychosociálnej rehabilitácii, edukácii opatrovníkov, rôznych komplemetárnych postupoch, ako je pet-terapia, muzikoterapia, aromaterapia a mnohé ďalšie metódy. Komplementárne metódy často poslúžia najmä pri zvládaní nekognitívnych príznakov demencií.
Farmakologickú liečbu môžeme rozdeliť na „**primárnu“ a „sekundárnu“** liečbu. Primárnou rozumieme kognitíva, **liečivá na symptomatickú liečbu kognitívneho deficitu pri demenciách**, ktorými je možné spomaliť progresiu ochorenia. Podľa ATC klasifikácie pod kódom N06D Liečivá proti demencii nájdeme Anticholínesterázy (N06DA) a Iné liečivá proti demencii (N06DX), kde sú zaradené memantín a Ginkgo biloba extrakt – Egb 761. **Sekundárnou liečbou** označujeme ostatné **liečivá, používané v symptomatickej liečbe neuropsychiatrických symptómov demencií**, napr. depresie či psychotických príznakov.

Liečivom prvej voľby v terapii vaskulárnych demencií je látka s osobitným postavením medzi nootropnými látkami, a to **extrakt z ginkga biloba**, ktorý sa nazýva **EGb 761**. Pôsobí nootropne, neuroprotektívne a hemoreologicky a vychytáva voľné radikály, teda je zároveň antioxidantom. Pri liečbe EGb 761 sa preukázalo zvýšenie počtu predovšetkým nikotínových cholínergických receptorov

a α-2 adrenoreceptorov, ktorých počet je vo vyššom veku znížený, a tiež zvýšenie syntézy a uvoľňovania acetylcholínu a zvýšená absorpcia cholínu v hippokampe. V prefrontálnom kortexe sa zvyšuje hladina dopamínu, dochádza tiež k istému zvýšeniu hladiny noradrenalínu. (Jirák, 2014) V klinickej praxi sa EGb 761 používa najmä v liečbe ľahkej kognitívnej poruchy, vaskulárnych demencií a včasných štádií degeneratívnych demencií. Pri vaskulárnych demenciách je benefitom jeho hemoreologické, antiagregačné a vazodilatačné pôsobenie bez vyvolania steel fenoménu. Ako augmentačná liečba sa v pokročilejších štádiách demencií používa v kombinácii s memantínom či inhibítormi cholínesteráz, prípadne s ich kombináciou. Podľa odporúčaní Svetovej federácie Spoločností pre biologickú psychiatriu je jedným z troch farmakoterapeutických postupov založených na dôkazoch (spolu s inhibítormi cholínesteráz a memantínom) v liečbe vaskulárnych demencií a Alzheimerovej choroby v štádiu demencie. (Ihl a kol., 2011) **Dávkovanie** EGb 761 v terapii demencií je 120 – 240 mg v jednej, prípadne v dvoch dávkach v prvej časti dňa. Liek je netoxický, veľmi dobre tolerovaný, **nežiaduce účinky** sú zriedkavé a nezávažné, pre možné antiagregačné pôsobenie je potrebná opatrnosť pri stavoch s vyšším rizikom krvácania.

Doteraz najúspešnejšou symptomatickou liečbou demencie je posilnenie cholínergickej transmisie inhibíciou enzýmov, ktoré rozkladajú acetylcholín, najmä inhibíciou acetylcholínesterázy. **Inhibítory cholínesteráz** u väčšiny pacientov spomalia progresiu klinických príznakov demencie. Najúčinnejšie sú vo včasných štádiách demencie a aj keď sa nezistil štatisticky významný rozdiel v účinnosti inhibítorov cholínesteráz v 3 rôznych štádiách demencie, údajov o ich použití pri demencii ťažkého stupňa je veľmi málo. (Di Santo a kol., 2013) Oficiálnou indikáciou je liečba pacientov s ľahkou a stredne ťažkou Alzheimerovou demenciou, ale v praxi sa dnes používajú vo všetkých štádiách, aj ťažkom, a aj v terapii všetkých ostatných degeneratívnych demencií a vaskulárnych demencií, kde sa na rozvoji kognitívnej poruchy významne podieľa cholínergický deficit.
Aj keď je liečba inhibítormi cholínesteráz len symptomatickou liečbou, asi 50% pacientov s miernou až stredne ťažkou demenciou vykazuje zlepšenie kognitívnych funkcií, ale aj zlepšenie a dlhodobú stabilizáciu každodenného fungovania.
V súčasnosti sú registrované tri inhibítory cholínesteráz, a to **donepezil, rivastigmín a galantamín**. V metaanalýzach štúdií všetkých troch inhibítorov cholínesteráz sa zistila porovnateľná účinnosť v zmysle zlepšenia kognície, nekognitívnych príznakov demencie a funkčnosti v skorších štádiách demencie a v zmysle oddialenia deteriorácie kognície a funkčnosti v pokročilejších štádiách demencie. (Birks, 2006, Cummings a kol., 2004)
Cholínergický deficit je aj súčasťou vaskulárnej demencie, takže hoci oficiálnou indikáciou inhibítorov cholínesteráz je liečba Alzheimerovej demencie a pri rivastigmíne aj demencie pri Parkinsonovej chorobe, je ich použitie v terapii vaskulárnych demencií opodstatnené, aj keď ide o indikáciu „off-label“.

Nežiaduce účinky celej skupiny inhibítorov cholínesteráz: zvýšením cholínergickej aktivity môžu viesť k bradykardii, zvýšenej sekrécii žalúdočnej kyseliny a zvýšenej motilite gastrointestinálneho traktu. Najčastejšími nežiaducimi účinkami sú gastrointestinálne symptómy (nauzea, hnačka, anorexia), ktoré môžu limitovať používanie týchto liekov. Sú zvyčajne miernej až strednej intenzity, od dávky závislé, obvykle prechodné a málokedy vedú k prerušeniu liečby. Možno im do veľkej miery predísť pomalšou titráciou dávok.
Vzhľadom k nežiaducim účinkom sú **hlavnými kontraindikáciami** použitia inhibítorov cholínesteráz bradyarytmie, aktívny zápal žalúdočnej alebo črevnej sliznice a nadmerná sekrécia slizníc najmä dolných dýchacích ciest (všetky tieto poruchy môžu byť potenciálne exacerbované, či zhoršené zvýšením periférneho cholínergického tonusu).

Celkovo majú inhibítory cholínesteráz výhodu nízkej hepatotoxicity a malého potenciálu liekových interakcií. V dôsledku farmakodynamických liekových interakcií môže nastať potenciácia odpovede na myorelaxanciá sukcinylcholínového typu, používané pri anestéze (vrátane anestézy pred ECT), aditívne efekty s inými liekmi, ktoré znižujú srdcovú frekvenciu, antagonistické efekty s anticholínergickými liekmi. (Králová, 2016; In: Pečeňák, Kořínková, 2016)

Memantín je napäťovo závislý nekompetitívny antagonista otvorených iónových kanálov NMDA receptorov s nízkou až strednou afinitou. (Stahl, 2008) Jeho hlavným mechanizmom účinku je inhibícia tonického uvoľňovania excesívnych množstiev glutamátu. Tým vracia glutamátergický neurón do nového pokojového stavu. Jeho účinkom je nielen klinické zlepšenie kognitívnej (najmä pamäťovej) poruchy, ale aj spomalenie miery neurotoxického úhynu neurónov a tým aj progresie demencie.

Memantín je primárne indikovaný u dospelých pacientov so stredne ťažkou až ťažkou demenciou Alzheimerovho typu. V metaanalýze 6-mesačných dvojito slepých placebom kontrolovaných štúdií sa u pacientov so stredne ťažkou a ťažkou demenciou liečených memantínom preukázalo zlepšenie kognitívnych funkcií, úprava nekognitívnych príznakov demencie a zlepšenie funkčnosti. (McShane a kol., 2006) Podobne ako inhibítory cholínesteráz sa však v „off-label“ indikácii úspešne používa aj na liečbu vaskulárnych a zmiešaných demencií.

Memantín je obvykle veľmi dobre tolerovaný, **nežiaduce účinky** sú zriedkavé (s výskytom takmer na úrovni placeba) a obvykle miernej intenzity (najčastejšie v štúdiách boli závraty, cefalea, obstipácia a ospalosť).

Keďže mechanizmus účinku memantínu je významne odlišný od mechanizmu účinku inhibítorov cholínesteráz, mnoho klinikov dnes pokladá ich kombináciu za ideálnu liečbu demencie, vrátane demencií vaskulárnych. Využije sa tým potenciál oboch prístupov a je predpoklad, že sa zvýraznia aj benefity pre pacienta. V ťažších štádiách demencie je napríklad vyšší výskyt nekognitívnych príznakov, najmä psychotických a behaviorálnych, ktoré (na rozdiel od nekognitívnych afektívnych príznakov) odpovedajú lepšie na liečbu memantínom, ako AChEI. Efektivitu **kombinovanej liečby inhibítormi cholínesteráz a memantínom** dokladá napríklad metaanalýza randomizovaných kontrolovaných štúdií, kde sa pri kombinovanej liečby inhibítormi cholínesteráz a memantínom oproti monoterapii zistil významný rozdiel v účinnosti v prospech kombinácie u pacientov so stredne ťažkou až ťažkou demenciou. Najväčší rozdiel bol v ovplyvnení nekognitívnych príznakov demencie, menší v ovplyvnení kognície a funkčnosti pacientov. Výsledkom práce bolo odporúčanie panelu expertov uprednostniť v terapii stredne ťažkej až ťažkej demencie pri Alzheimerovej chorobe kombináciu AChEI a memantínu pred monoterapiou. (Schmidt a kol., 2015)

Na rozdiel od väčšiny pacientov s Alzheimerovou demenciou sú pacienti s vaskulárnymi demenciami vážne **somaticky polymorbídni** a obvykle užívajú množstvo ďalších liekov, takže pri voľbe psychofarmakoterapie je potrebné klásť veľký dôraz na tolerabilitu a bezpečnosť a zohľadniť všetky potenciálne **farmakodynamické a farmakokinetické interakcie** s pacientovou nevyhnutnou somatickou medikáciou.

Tabuľka č. 6

DÁVKOVANIE INHIBÍTOROV CHOLÍNESTERÁZ A MEMANTÍNU				
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VASKULÁRNE DEMENCIE			
Charakteristika	**Donepezil**	**Rivastigmín**	**Galantamín**	**Memantín**
Mechanizmus účinku	Selektívny, reverzibilný inhibítor acetylcholínesterázy	Reverzibilný, nekompetitívny inhibítor acetylcholínesterázy a butyrylcholínesterázy	Kompetitívny reverzibilný inhibítor acetylcholínesterázy a agonista nikotínových receptorov	Antagonista NMDA glutamátových receptorov a 5-HT3 receptorový antagonista
Štartovacia dávka	5 mg večer	1,5 mg tbl 2x denne 4,6 mg denne transdermálna náplasť	4 mg tbl 2x denne 8 mg denne (XL)	5 mg ráno
Obvyklá terapeutická dávka / maximálna dávka	10 mg večer/ 10 mg večer	3 / 6 mg tbl 2x denne 9,5 mg / 13,3 mg transdermálna náplasť	8 / 12 mg tbl 2x denne 16 / 24 mg XL denne	20 mg / 20 mg ráno
Odporúčaný minimálny interval zvyšovania dávky	4 týždne (o 5 mg)	2 týždne pre tbl (o 1,5 mg 2xd) 4 týždne pre náplasť 6 mesiacov pre zvýšenie na 13,3 mg	4 týždne (o 4 mg pri 2xd alebo o 8 mg pri 1xd)	1 týždeň (o 5 mg)

Pri nasadzovaní terapie inhibítormi cholínesteráz, memantínom, či EGb 761 je potrebné stanovenie **stupňa závažnosti demencie**. V najnovších odporúčaniach NICE (2018) sa zdôrazňuje, že pre určenie štádia demencie **nesmie byť určujúce výlučne dosiahnuté skóre v kognitívnom skríningovom inštrumente**, dôležitejšie je zohľadniť celkový stav a úroveň funkčnosti pacienta.

Dlho prebiehala diskusia, kedy a či **symptomatickú terapiu demencie ukončiť**. Dnes sa ukončenie terapie odporúča len v prípade, že terapia už neprináša žiaden klinický benefit, prípadne ju pacient netoleruje, resp. má napríklad problém s prehĺtaním. V žiadnom prípade na vynechanie terapie **nepostačuje pokles kognitívneho skóre** pod určité hodnoty. (NICE Guideline on dementia – updated 2018)

FARMAKOTERAPEUTICKÝ POSTUP V LIEČBE VASKULÁRNYCH DEMENCIÍ

(Metodologicky pripravené s použitím prístupu *adaptácie* a vychádzajúc z NICE Guidelines on Dementia, 2011, updated 2018, The Maudsley Presribing Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, 2018, WFSBP Guidelines on Dementia, 2015, Doporučené postupy psychiatrické péče IV., 2014)

- Liečba ochorení podieľajúcich sa na vzniku cerebrovaskulárneho ochorenia
- EGb 761 (dávkovanie 120-240 mg v prvej časti dňa) – už v štádiu MCI, vo všetkých štádiách demencie, v monoterapii alebo v kombinácii s AChEI, s memantínom, či s ich kombináciou (sila odporúčaní B)
- AChEI: donepezil, rivastigmín, galantamín – off label (ale sila odporúčaní A)
- Memantín – off label (ale sila odporúčaní A)
- Kombinácia AChEI + memantín – off label (ale sila odporúčaní A)

V rámci **„sekundárnej“ terapie neuropsychiatrických symptómov pri demenciách** sa musíme vyhnúť všetkým liekom, ktoré majú výrazne **sedatívny efekt** a liekom s nežiaducimi účinkami najmä

anticholínergickými, alfa-adrenergickými, antihistamínovými a antidopamínergickými. V prvom rade sa musíme pokúsiť o ovplyvnenie neuropsychiatrických príznakov nefarmakologicky, prípadne využitím základnej terapie demencie (EGb 761, AChEI, memantín). V ovplyvnení jednotlivých typov neuropsychiatrických príznakov sú inhibítory cholínesteráz úspešnejšie pri zvládaní afektívnych porúch (depresívnej nálady, anxiety) a memantín zasa pri zvládaní psychotických príznakov, nepokoja, agresie a iritability. Po symptomatickom farmakologickom riešení (antidepresíva, antipsychotiká) siahneme až vtedy, keď tieto postupy nie sú úspešné, hoci pri vaskulárnych demenciách je na rozdiel od Alzheimerovej demencie málo pravdepodobné, že najmä depresia odznie bez cielenej antidepresívnej liečby.

V terapii depresie pri vaskulárnej demencii je režim farmakoterapie **antidepresívami** podobný ako pri liečbe depresívnej epizódy, teda dodržíme dobu akútnej, po dosiahnutí remisie aj udržiavacej liečby a spravidla prechádzame aj do fázy profylaktickej.

Dlhodobá liečba **antipsychotikami** je u starších pacientov, zvlášť pacientov s demenciou, vždy spojená s oveľa vyšším rizikom všetkých nežiaducich účinkov vrátane tardívnych dyskinéz. V liečbe psychotických nekognitívnych príznakov pri demencii je použitie antipsychotík až na malé výnimky (napr. tiaprid) off-label. Od apríla 2005 má celá skupina atypických antipsychotík vo svojich SPC varovanie, v ktorom sa konštatuje, že „...starší pacienti s psychózou pri demencii, liečení antipsychotikami, majú zvýšené riziko úmrtia...primárne z kardiovaskulárnych alebo infekčných príčin.“ Sú zistenia o tom, že všetky – nielen atypické – antipsychotiká zvyšujú riziko úmrtia u starších pacientov s demenciou, dokonca aj pri krátkodobom užívaní. V júni 2006 sa varovanie rozšírilo zo skupiny antipsychotík druhej generácie aj na antipsychotiká prvej generácie a konštatuje sa v ňom, že „...môžu zvyšovať mortalitu“. (Agronin a Maletta, 2011) Ak teda musíme siahnuť po antipsychotikách (pacient výrazne trpí, pre psychotické resp. behaviorálne príznaky predstavuje riziko pre seba alebo svoje okolie), je potrebné zachovať zásadu „start low and go slow“ – teda začať s nízkou dávkou a len pomaly ju zvyšovať na najnižšiu účinnú dávku, ktorú sa veľmi rýchlo po odznení symptómov snažíme znovu postupne znižovať a liek vysadiť. Vždy je potrebné dbať na užívateľský komfort pacienta – preferovať lieky podávané v jednej dennej dávke a v najlepšie tolerovanej liekovej forme.

Tabuľka č. 7

HLAVNÉ ZÁSADY PSYCHOFARMAKOTERAPIE NEUROPSYCHIATRICKÝCH SYMPTÓMOV DEMENCIÍ
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VASKULÁRNE DEMENCIE
• Vylúčiť **somatickú príčinu**, potenciálne precipitujúcu NP prejavy pri demencii (dehydratácia, infekcia, bolestivý sy,...) • **Liečiť** túto príčinu • Zvážiť **nefarmakologické postupy** • Využiť vplyv základnej **symptomatickej terapie demencie** (kognitíva,...)
• **Individualizovaná liečba** • **Vždy zvážiť pomer riziko / benefit – kedy (či vôbec) psychofarmaká** • „**Start low and go slow**“ - začať nízkou dávkou a len pomaly ju zvyšovať • Všeobecne používať **menšie dávky** liekov (priemerne tretina až polovica dávky mladšieho dospelého bez demencie) • Vyhýbať sa výrazne **sedatívnym liekom a liekom s NÚ anticholínergickými, alfa-adrenergickými, antihistamínovými a antidopamínergickými** • Pri zmene liečby robiť naraz len jeden krok • Dbať na užívateľský komfort - preferovať lieky podávané v jednej dennej dávke a v najlepšie tolerovanej liekovej forme • Depresia **(antidepresíva)** - bežný režim, psychóza / behaviorálne poruchy **(antipsychotiká)** - len krátkodobo

Tabuľka č. 8

ANTIDEPRESÍVA, POUŽITEĽNÉ V TERAPII DEPRESIE PRI DEMENCII			
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VASKULÁRNE DEMENCIE			
Skupina antidepresív	**Úvodná denná dávka (mg)**	**Obvyklá / maximálna denná dávka (mg)**	**Cieľový symptóm / syndróm**
SSRI			Depresia
Citalopram	10	20 / 40	Anxieta
Escitalopram	5	10 / 20	Psychóza
Paroxetín	10	20 / 40	Nepokoj
Sertralín	25	75 / 100	
Fluoxetín	5	10 / 40	
SNRI			Depresia
Venlafaxín	2x25	2x100 / 2x150	Anxieta
Duloxetín	15	30 / 60	
NaSSA			Depresia
Mirtazapín	7,5	15 / 30	Anxieta
Agomelatín	12,5	25 / 50	Depresia
Vortioxetín	5	10 / 20	Depresia
Trazodón	50	50 / 100	Depresia Nepokoj

Poznámka : Upravené podľa The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, 2018

Tabuľka č. 9

ANTIPSYCHOTIKÁ V TERAPII NEUROPSYCHIATRICKÝCH SYMPTÓMOV DEMENCIE				
Standardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VASKULÁRNE DEMENCIE			
Liečivo	**Indikácia**	**Štartovacia denná dávka (mg)**	**Obvyklá udržiavacia dávka (mg)**	**Maximálna denná dávka (mg)**
Olanzapín	Agitovanosť/psychóza pri demencii	2,5 (na noc)	2,5 - 10	10 na noc (optimálne 5)
Kvetiapín	Agitovanosť/psychóza pri demencii	12,5 - 25	50 - 100	100 - 300 (nie prolongované formy)
Risperidón	Agitovanosť/psychóza pri demencii	0,25 - 2 x 0,25	2 x 0,5	2 (optimálne 1)
Aripiprazol	Agitovanosť/psychóza pri demencii	5	5 - 10	10 - 15
Klozapín	Psychóza pri Parkinsonovej chorobe a LBD	6,25	25 - 37,5	50
Tiaprid	Agitovanosť a iné poruchy správania pri demencii, poruchy spánku pri demencii. Kvalitatívne poruchy vedomia	50 - 200	do 300	300
Haloperidol	Delírium Agitovanosť	0,25 - 0,5	0,5 - 1,5 (len akútna liečba, krátko)	cca 3 mg (len akútna liečba, krátko)

Poznámka : Upravené podľa The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, 2018

Prognóza

Obvyklý **priebeh** vaskulárnych demencií je na rozdiel od primárnych degeneratívnych demencií nie plynulo progredientný, ale **schodovito progredientný**, kde náhle zhoršenia súvisia so vznikom nových malatických ložísk alebo hypoperfúziou mozgu z najrôznejších príčin a môžu byť sprevádzané tranzitórnymi amentnými alebo amentno-delirantnými stavmi. Ak sa už vyvinie demencia, **prognóza poruchy nie je dobrá**, pacienti zomierajú priemerne do 5 rokov od stanovenia diagnózy, najčastejšie na následky cievnej mozgovej príhody, prípadne iných komplikácií somatických ochorení, ktoré prispeli k rozvoju kognitívnej poruchy.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Vaskulárne demencie sú v súčasnosti nezvratné, progredujúce ochorenia, ktoré postihujú pacientov s mnohými ďalšími závažnými somatickými ochoreniami. Na rozdiel od napr. Alzheimerovej demencie nemusí vždy ísť o pacientov dôchodkového veku, takže posudzovanie pracovnej spôsobilosti či schopnosti zárobkovej činnosti býva aktuálne častejšie. Podľa prílohy č. 4 k zákonu o sociálnom poistení č. 461/2003 Z.z. má stredne ťažká forma demencie cievnej etiológie určenú mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť na účely invalidity 35% – 45% a ťažká forma s narušením integrity mozgových funkcií 60% – 75%. Z podstaty ochorenia charakteru demencie však vyplýva, že u pacienta je už v ľahkom štádiu prítomné závažné narušenie každodenného fungovania, pričom ako prvé sú postihnuté zložitejšie činnosti, vrátane pracovnej spôsobilosti. Navyše pri vaskulárnej demencii ide o pacientov závažne telesne chorých, často s fokálnymi neurologickými príznakmi, problémami

s pohyblivosťou a komunikáciou, takže na obmedzení pracovnej spôsobilosti sa podieľajú aj tieto telesné ochorenia a ich komplikácie. Vaskulárne demencie sú progredujúce ochorenia a v pokročilejších štádiách dochádza k obmedzeniu samostatnosti pacienta až na úroveň úplnej odkázanosti na pomoc a opateru iných.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Poskytovatelia ústavnej starostlivosti – psychiatrické prípadne neurologické kliniky, oddelenia, gerontopsychiatrické oddelenia, psychiatrické nemocnice, liečebne s materiálno-technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – diagnostika a liečba, najmä neuropsychiatrických symptómov, farmakoterapia, kognitívny tréning, rehabilitácia, v spolupráci s konziliármi - špecialistami starostlivosť o základné somatické ochorenia. Vzhľadom na to, že vaskulárna demencia postihuje v prevažnej väčšine ľudí v pokročilejšom a polymorbídnych, pre ktorých každá zmena prostredia predstavuje enormnú záťaž, je vhodné obmedziť pobyt v nemocničnom zariadení len na dobu nevyhnutnú na zvládnutie akútneho stavu.

Poskytovatelia ambulantnej starostlivosti – psychiatrické a neurologické ambulancie s materiálno - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – diagnostika a liečba vaskulárnych demencií, najmä symptomatická farmakoterapia kognitívnej poruchy a neuropsychiatrických symptómov, v spolupráci s inými špecialistami starostlivosť o somatické ochorenia.

Denný psychiatrický stacionár pre pacientov s demenciou – udržiavacia liečba demencie, včasný záchyt neuropsychiatrických symptómov, farmakoterapia, psychoterapia, tréning zachovaných kognitívnych funkcií, psychoedukácia, rehabilitácia.

Najmä v stacionároch, ale aj v ústavných a v ambulantných zariadeniach sa starostlivosti významným spôsobom zúčastňuje aj klinický psychológ, neuropsychológ, logopéd, sociálny pracovník.

Veľmi dôležité je vo všetkých týchto zariadeniach venovať pozornosť aj opatrovníkom pacienta s demenciou.

Ďalšie odporúčania

Vzhľadom k tomu, že prognóza dožitia, ale najmä zachovania kvality života pacienta s vaskulárnou demenciou významne závisí od skorej diagnostiky, je mimoriadne dôležité venovať pozornosť včasnému záchytu ochorenia. V tejto oblasti majú nezastupiteľnú úlohu najmä všeobecní lekári a geriatri, pretože pacienta dlhšie poznajú a majú možnosť všimnúť si na ňom známky nástupu kognitívnej poruchy. Je potrebné systematicky ich edukovať v problematike demencií a v používaní a hodnotení skríningových kognitívnych testov.

Zo strany špecialistov by v rámci koordinovanej starostlivosti bolo potrebné vybudovať (resp. dobudovať) centrá včasnej diagnostiky kognitívnych porúch pri existujúcich psychiatrických a neurologických klinikách či oddeleniach, prípadne vytvoriť takéto špecializované centrá s dobrou dostupnosťou neuropsychologického vyšetrenia a volumometrického MRI vyšetrenia.

Kým bude vybudovaný systém komunitnej starostlivosti, ktorého prirodzenou súčasťou budú aj denné stacionáre, bolo by vhodné pokúsiť sa zriadiť tam, kde je to možné, takéto zariadenia ako zdravotnícke, nie sociálne zariadenia.

V rámci problematiky demencií je nevyhnutné zintenzívniť spoluprácu zdravotníctva so sociálnou sférou.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Starostlivosť o pacientov s vaskulárnou demenciou poskytujú **ústavné zariadenia – psychiatrické prípadne neurologické kliniky, oddelenia, gerontopsychiatrické oddelenia, psychiatrické nemocnice a liečebne**. Vzhľadom na vaskulárnu somatickú polymorbiditu týchto pacientov je však

častá aj hospitalizácia na **geriatrickom, prípadne internom oddelení**, pretože je často v popredí starostlivosť o somatické komplikácie.
V pokročilých štádiách ochorenia je poskytovaná **paliatívna, resp. hospicová starostlivosť**.
Vo všetkých, ale najmä v pokročilejších štádiách demencie, sú dôležitou súčasťou starostlivosti aj **sociálne služby, vrátane kompenzácií**. V prílohe č.3 k zákonu č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov sú jednotlivé ochorenia zaradené podľa miery funkčnej poruchy, pričom za osobou s ťažkým zdravotným postihnutím sa považuje osoba, ktorej miera funkčnej poruchy je najmenej 50%.

Špeciálny doplnok štandardu

Informovaný súhlas a postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bez súhlasu a návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou.

Informovaný súhlas pri diagnostike a liečbe vaskulárnej demencie:
Každý zdravotnícky pracovník je povinný poučiť pacienta pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytovanej zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Túto povinnosť upravuje zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Pri liečbe pacienta s vaskulárnou demenciou sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk). Ak je pacient s vaskulárnou demenciou obmedzený v spôsobilosti na právne úkony súvisiace so zdravotnou starostlivosťou, informovaný súhlas podpisuje jeho súdom určený zákonný zástupca.
Pri liečbe vaskulárnej demencie sa najmä v pokročilejších štádiách môže vyskytnúť situácia, kedy sa takýto informovaný súhlas nevyžaduje. Súhlas pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nevyžaduje v prípadoch stanovených v § 6 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, čiže v prípade demencie ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu (§6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z.)

Postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 6 ods. 9 písm. d zákona č. 576/2004 Z. z.
Podľa § 253 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilného mimosporového poriadku zdravotnícke zariadenie, v ktorom je osoba umiestnená z dôvodov uvedených v osobitnom predpise, je povinné oznámiť súdu do 24 hodín prevzatie umiestneného bez jeho informovaného súhlasu. Oznamovaciu povinnosť má zdravotnícke zariadenie aj vtedy, ak umiestnený svoj informovaný súhlas odvolá, a to do 24 hodín od odvolania informovaného súhlasu. Ak je umiestnený, ktorý bol prijatý do zdravotníckeho zariadenia s informovaným súhlasom, obmedzený vo voľnom pohybe alebo styku s vonkajším svetom, je toto zdravotnícke zariadenie povinné urobiť oznámenie podľa odseku 1 do 24 hodín od takého obmedzenia.

Návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou
Prekladový list medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou by mal obsahovať informácie o zdravotnom stave v rozsahu:

1. dôvod hospitalizácie
2. popis klinického stavu pri prijatí

3. diagnostické intervencie
4. terapeutické intervencie vrátane nefarmakologických
5. popis klinického stavu pri prepustení
6. diagnostický záver s upresnením štádia demencie (ľahká, stredne ťažká, ťažká demencia)
7. odporučenie diagnostických a terapeutických postupov po prepustení.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit v prípade vydania 11. revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaniach. Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Komunitná starostlivosť predstavuje ideálny spôsob starostlivosti o pacientov s demenciou, s možnosťou ponechania pacienta čo najdlhšie v jeho prirodzenom rodinnom prostredí. V kombinácii s denným stacionárom umožňuje poskytnúť pacientovi v jednotlivých štádiách progresie choroby najvhodnejší a najbezpečnejší typ starostlivosti, monitorovanie výskytu najrušivejších neuropsychiatrických symptómov a oddialenie finálnej inštitucionalizácie. V rámci komunitnej starostlivosti je tiež oveľa jednoduchšie poskytovať zároveň starostlivosť aj rodinám a opatrovníkom pacientov s demenciou, najmä v psychosociálnych centrách a svojpomocných skupinách.

Literatúra

AGRONIN ME, MALETTA GJ, editors. Principles and practice of geriatric psychiatry. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 862 s.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-V), 5th ed. Washington: American Psychiatric Press, 2013. 991 s.

BIRKS J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1): CD005593.

DI SANTO SG, PRINELLI F, ADORNI F, CALTAGIRONE C, MUSICCO M. A meta-analysis of the efficacy of donepezil, rivastigmine, galantamine, and memantine in relation to severity of Alzheimer's disease. J Alzheimers Dis. 2013;35(2): 349–361.

GORNO-TEMPINI,M.L, HILLIS, A., WEINTRAUB, S. a kol. Classification of primary progressive aphasia and its variants. Neurology 2011;76:1006-1014.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA , J.: Psychiatrie. Druhé, doplněné a opravené vydání. TIGIS, 2004, 883 s.

IHL R, FRÖLICH L, WINBLAD B, SCHNEIDER L, BURNS A, MÖLLER H-J, a kol. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of Alzheimer's disease and other dementias. World J Biol Psychiatry. 2011;12(1): 2–32.
IHL R , BUNEVICIUS R, FRÖLICH L, WINBLAD B, SCHNEIDER LS, DUBOIS B, BURNS A, TH IBAUT F, KASPER S & MÖLLER HJ on behalf of the WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care and WFSBP Task Force on Dementias: World Federation of Societies of Biological

Psychiatry guidelines for the pharmacological treatment of dementias in primary care. Int J Psychiatry Clin Pract 2015; 19: 2–7. ISSN 1365-1501 print/ISSN 1471-1788 online. DOI: 10.3109/13651501.2014.961931

JIRÁK R. Extrakt z Ginkgo biloba EGb 761 v léčbě organických psychických poruch. Remedia. 2014;24(6): 479–482.

KRÁLOVÁ, M., 2016. Neuroprotektíva. In: PEČEŇÁK, J.; KOŘÍNKOVÁ, V. a kol., 2016. Psychofarmakológia. Bratislava: Wolters Kluwer ISBN 978-80-8168-978-80-8168-542-2.

KRÁLOVÁ, M., CSÉFALVAY, Zs., MARKOVÁ, J.: Kognitívno-komunikačné poruchy pri demenciách. Vydavateľstvo UK Bratislava, 2016, 126s.

KRÁLOVÁ, M. 2017. Demencie. Univerzita Komenského Bratislava, Lekárska fakulta. 88 s. Online ISBN 978-80-223-4307-7.

McKEITH I.G. a kol. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology 2017;89:88–100.

MCSHANE R, AREOSA SASTRE A, MINAKARAN N. Memantine for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(2): CD003154.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Dementia. A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. National Clinical Practice Guideline Number 42. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2007. ISBN: 978-1-85433-451-0.
Updated in March 2011 and September 2016.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. NICE Pathway last updated 27 March 2018. Online https://www.nice.org.uk/guidance/cg42.

RABOCH J, UHLÍKOVÁ P, HELLEROVÁ P, ANDERS M a ŠUSTA M. 2014. PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. B.m.: Psychiatrická společnost ČLS JEP. 208 s. ISBN 978-80-260-5792-5.

ROMAN GC a kol. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN international workshop. Neurology, 1993; 43(2): 250–260.

STAHL, S.M., 2008. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. 3rd ed, Fully and expanded. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2008. 1117 s.

SCHMIDT R, HOFER E, BOUWMAN FH, BUERGER K, CORDONNIER C, FLADBY T, a kol. EFNS-ENS/EAN Guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. Eur J Neurol. 2015;22(6): 889–898.

TAYLOR DM, BARNES TRE, YOUNG AH, editors. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 13th edition. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; 2018, 854 s. ISBN 9781119442608.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Codification of Diseases, 10th edition (ICD 10). 1992. Medzinárodná klasifikácia chorôb – 10. revízia. 1992. BRATISLAVA: OBZOR, 1992. 171 s.

YOUSUF, R.M., FAUZI, A.R.M., WAI, K.T., AMRAN, M., AKTER, S.F.U., RAMLI, M. Potentially reversible causes of dementia. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health. 2010, vol. 2, No. 8, s. 258-265.

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Demencie u chorôb klasifikovaných inde

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0047	*10. decembra 2019*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

MUDr. Mária Králová, CSc., MUDr. Dagmar Breznoščáková; PhD.; MUDr. Marek Zelman

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS Psychiatria - prof. MUDr. Ján Pečeňák, CSc., PhDr. Milana Kovaničová, CSc., PhDr. Katarína Kubašovská, MUDr. Ivan André, PhD., MPH, MUDr. Ján Dúžek, MUDr. Ľubica Ferenčáková), hodnotitelia AGREE II: MUDr. Dagmar Breznoščáková; PhD.; MUDr. Marek Zelman, MUDr. Ján Dúžek, PhDr. Milana Kovaničová, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD., MPH; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD., MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

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

demencia, reverzibilné demencie, sekundárna demencia, primárne degeneratívne demencie, neuropsychologické vyšetrenie, štrukturálna magnetická rezonancia, symptomatická farmakoterapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

AD	Alzheimerova demencia
AChEI	Inhibítory cholínesteráz
APA	American Psychiatric Association
APP	amyloidový prekurzorový proteín
CDT	Clock Drawing Task
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FTD	Frontotemporálna demencia
LBD	Demencia s Lewyho telieskami
MCI	Mild Cognitive Impairment, Ľahká kognitívna porucha
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10.revízia
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MRI	Magnetická rezonancia
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
PDD	Demencia pri Parkinsonovej chorobe
PET	Pozitrónová emisná tomografia
RF	rizikový faktor
SPECT	Jednofotónová emisná tomografia

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater), lekár so špecializáciou v odbore neurológia (neurológ) – nozologická diagnostika demencie, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia.
Lekár bez špecializácie – klinické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra/neurológa, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Lekár so špecializáciou všeobecné lekárstvo, geriatria – diagnostika syndrómu demencie, diagnostika a manažment najčastejších sekundárnych demencií.
Psychológ - klinický psychológ/neuropsychológ – neuropsychologická diagnostika, psychoterapie, tréning kognitívnych funkcií, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Špeciálny pedagóg - psychoedukácia, tréning kognitívnych funkcií, nefarmakologická liečba, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Logopéd - logopedická diagnostika a terapia komunikačných porúch.
Sestra - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Sociálny pracovník – následná liečba po farmakologickej liečbe, psychorehabilitačná pomoc, komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora, psychoedukácia, podporná psychologická liečba, manažment sociálnych služieb.
Všetky uvedené profesie - vykonávanie skríningových testov kognície.

Úvod

Téma demencií je dnes výsostne aktuálna, pretože populácia starne a odhaduje sa, že v roku 2050 bude na svete žiť viac ľudí nad 65 rokov ako detí do 15 rokov. Demencie sú ochorenia charakteristické práve pre vyšší vek - ich prevalencia je vo veku do 65 rokov 1% celkovej populácie, ale nad 65 rokov je to už 5,4% populácie. Incidencia demencie sa každých 5 rokov zdvojnásobuje, takže v populácii nad 85 rokov trpí demenciou už približne každý druhý človek.
Na rozvoji demencie sa významným spôsobom podieľajú modifikovateľné "civilizačné" rizikové faktory. Pacienti v pokročilom štádiu demencie si vyžadujú 24-hodinovú opatrovateľskú starostlivosť, ktorá je obrovskou záťažou (fyzickou aj psychickou) pre opatrovateľov, a preto demencia predstavuje problém nielen medicínsky, ale aj spoločenský a ekonomický.
Veľmi dôležitou skupinou demencií sú tzv. sekundárne demencie, pretože sú jedinými potenciálne reverzibilnými stavmi. Reverzibilita však významne závisí od včasnej diagnostiky. Pre primárne degeneratívne demencie, ktoré klasifikujeme pod kódom F 02, máme dnes k dispozícii len symptomatickú liečbu. Aj táto liečba je však schopná spomaliť, prípadne na istý čas aj pozastaviť progresiu ochorenia. Predpokladom je však opäť včasná diagnostika demencie, aby sa s liečbou mohlo začať čo najskôr.
Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adoptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Keďže u **primárnych degeneratívnych demencií** ide o ochorenia nie úplne známej etiológie, pri ktorých zohráva úlohu vrodená dispozícia k neurodegenerácii v kombinácii s rizikovými faktormi, jedinou možnosťou prevencie je ovplyvnenie **modifikovateľných rizikových faktorov**, ako sú hyperlipidémia, hypertenzia, obezita, diabetes mellitus a ďalšie. Zdravá výživa, dostatok fyzickej aktivity, aktívny životný štýl, vyhýbanie sa nadmernej konzumácii alkoholu a fajčeniu môžu významne oddialiť rozvoj neurodegeneratívnych zmien. V rámci **sekundárnej prevencie** ide najmä o udržiavanie prítomných kardiovaskulárnych či metabolických porúch v čo najviac kompenzovanom stave a o tréning zachovaných kognitívnych funkcií a sociálnych interakcií.
U **sekundárnych demencií** ide najmä o včasný záchyt základného ochorenia, ktoré môže potenciálne viesť k demencii, a jeho liečbu, pokiaľ je možná. Typickým príkladom je jedna z potenciálne skutočne reverzibilných demencií, najčastejší typ sekundárnej demencie vôbec, a to alkoholová demencia.
Vo všeobecnosti **protektívnymi faktormi** rozvoja akejkoľvek demencie, resp. jej klinickej manifestácie, sú napr. vyšší dosiahnutý stupeň **vzdelania a aktívny životný štýl**, vysoká miera uspokojenia v pracovnom živote, **sociálna zaangažovanosť** a bohatá sociálna sieť, častejšia účasť v aktivitách stimulujúcich mentálne a fyzické schopnosti. Vyššie vzdelanie môže zlepšiť kognitívnu rezervu, teda dôjde k vzniku takých kompenzačných mechanizmov, ktoré sa dokážu vysporiadať s patologickými zmenami v mozgu a tým oddialiť nástup klinicky manifestného syndrómu demencie. Bohaté sociálne kontakty taktiež poskytujú stimuláciu intelektu a tak môžu ovplyvniť kognitívne funkcie. Pravidelná **fyzická námaha** je pravdepodobne asociovaná s oneskorením nástupu demencie u starších ľudí.

Epidemiológia

Demencia s Lewyho telieskami (LBD) je druhou najčastejšie sa vyskytujúcou primárnou neurodegeneratívnou demenciou, hneď po demencii pri Alzheimerovej chorobe, s prevalenciou cca 5-10% všetkých demencií. Manifestuje sa prevažne vo vysokom veku, priemerne vo veku 75 – 80 rokov s predominanciou u mužského pohlavia. Parkinsonova choroba je chronické neurodegeneratívne ochorenie prevažne ľudí vo vyššom veku. Postihuje asi 1% populácie vo veku nad 55 rokov, so zvyšujúcim sa vekom prevalencia stúpa. **Demencia pri Parkinsonovej chorobe (PDD**) sa vyvinie asi len u 10 – 40% pacientov s Parkinsonovou chorobou, aj to až po priemerne osem až desaťročnom trvaní motorickej parkinsonskej symptomatiky. Zdá sa, že incidencia LBD stúpa priamoúmerne s vekom pacienta, zatiaľ čo pri Parkinsonovej chorobe výskyt demencie po dosiahnutí veku 85 rokov klesá. **Frontotemporálne demencie (FTD)** predstavujú asi 5-10% všetkých demencií. Ide o jednu z najčastejších foriem demencií v presenilnom veku (tu väčšinou ide o frontálny/behaviorálny variant FTD, bvFTD).

Stanoviť prevalenciu **sekundárnych demencií** je zložité, odhaduje sa, že tvoria približne 5% všetkých prípadov demencie. Príčiny sekundárnych demencií sú veľmi rôznorodou skupinou ochorení, ktorých prevalencia v súčasnosti rapídne narastá so zvyšujúcim sa vekom najmä preto, že moderné terapeutické možnosti dovoľujú pacientom dlhšie žiť so svojím primárnym ochorením. Jednoznačne najčastejšia sekundárna demencia je alkoholová demencia, o ktorej možno uvažovať ako o potenciálnej epidémii 21. storočia.

Patofyziológia

Primárne degeneratívne demencie sú poruchami, ktoré označujeme ako **proteínopatie.** Pri týchto poruchách sa v mozgu ukladá špecifický typ patologickej bielkoviny **(β-amyloid, tau-proteín, α-synukleín, TDP-43 - transactive response DNA binding protein 43 kDa a ďalšie)**, ktorý neurotoxicky a prostredníctvom reaktívneho aseptického zápalu vo svojom okolí poškodzuje neuróny. V patogenéze sa predpokladá vrodená príčina degenerácie nervových buniek a bunkových spojení, ktorá vedie ku atrofii kortikálnych alebo subkortikálnych oblastí mozgu. U mnohých z nich zohráva genetická dispozícia veľmi významnú úlohu, vo väčšine prípadov sa však nededí „choroba“, ale len dispozícia k nej. Druh preferenčne akumulovaného patologického proteínu do značnej miery determinuje klinický obraz (teda fenotyp) poruchy. Špecifické populácie buniek CNS sú totiž rozdielne vulnerabilné voči agregácii špecifického typu patologického proteínu, takže každý z nich postihuje iné mozgové regióny. Medzi primárne neurodegeneratívne demencie, zaradené do skupiny demencií u chorôb klasifikovaných inde patria demencia s Lewyho telieskami (LBD), frontotemporálne demencie (FTD), demencia pri Parkinsonovej chorobe (PDD) a demencia pri Huntingtonovej chorobe.

Preferenčné α-synukleínopatie, pri ktorých sa intracelulárne ukladá α-synukleín (napríklad **demencia s Lewyho telieskami či demencia pri Parkinsonovej chorobe**) prednostne postihujú subkortikálne štruktúry (mozgový kmeň, bazálne gangliá) a limbický systém. Následkom degenerácie neurónov dochádza k nerovnováhe vegetatívneho nervového systému, k poruche dopamínergického extrapyramídového systému a k poruche cholínergickej transmisie. Tu je kognitívna symptomatika sprevádzaná množstvom nekognitívnych afektívnych a psychotických, ale aj neurologických príznakov. Podkladom **frontotemporálnych demencií** je intraneuronálne ukladanie abnormálne transformovaných proteínov (najmä hyperfosforylovaného τ-proteínu, ubikvitínu a proteínu TDP-43) v oblasti frontálnych a temporálnych lalokov mozgu. Progreduje degenerácia a následná atrofia týchto oblastí, pričom často býva postihnutá aj parietálna kôra a bazálne gangliá. Pri frontotemporálnych demenciách bol preukázaný nie cholínergický deficit (aký je pri Alzheimerovej chorobe alebo LBD), ale deficit sérotonínergickej neurotransmisie. Pri behaviorálnom variante FTD je častejší familiárny výskyt. Asi u 40% pacientov sa v blízkom príbuzenstve vyskytuje podobný typ demencie. U takmer

90% pacientov s familiárnym výskytom ide o autozomálne dominantný spôsob prenosu, mutácie postihujú alely pre tau-proteín na 17. chromozóme, ale aj niektoré ďalšie.

Huntingtonova choroba je neurodegeneratívne, **autozomálne dominantne dedičné ochorenie** s neurologickou aj psychiatrickou symptomatikou, vedúce k demencii. Porucha je kódovaná na 4. chromozóme, kde sa nadmerne opakuje triplet, ktorý obsahuje cytozín-adenín-guanín. Čím je počet opakovaní vyšší (tzv. CNV – Copy Number Variation), tým je nástup ochorenia skorší.

Na **sekundárne demencie** je potrebné myslieť najmä vtedy, ak sa demencia objaví pred 65. rokom života. Ide o veľmi rôznorodú skupinu približne 70 ochorení, ktorých prevalencia v súčasnosti rapídne narastá so zvyšujúcim sa vekom najmä preto, že moderné terapeutické možnosti dovoľujú pacientom dlhšie žiť so svojím primárnym ochorením. Mechanizmami vzniku sekundárnych demencií sú najmä difúzna hypoxia mozgu, porucha hematoencefalickej bariéry a rôzne typy exogénnej (alkohol, ťažké kovy,…) či endogénnej (produkty metabolizmu) intoxikácie. Všetky tieto procesy vedú k oxidatívnemu stresu a aseptickému zápalu a napokon k deštrukcii neurónov, podľa príčiny buď lokalizovanej alebo difúznej. Medzi najdôležitejšie potenciálne liečiteľné príčiny sekundárnych demencií patria normotenzný hydrocefalus, hypotyreóza, hyperparatyreóza, alkoholová demencia, deficiencia vitamínu B12 a kyseliny listovej.

Tabuľka č. 1a

SEKUNDÁRNE DEMENCIE
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIE U CHORÔB KLASIFIKOVANÝCH INDE
Demencie pri metabolických ochoreniach :
A. Hereditárne podmienené :
• Wilsonova choroba
• Akútna intermitentná porfýria
• Metachromatická leukodystrofia
B. Hereditárne nepodmienené :
• Uremická encefalopatia
• Hepatálna encefalopatia
Demencie pri endokrinopatiách :
• Tyreopatie (hypotyreóza, tyreotoxikóza)
• Poruchy funkcie prištítnych teliesok
• Poruchy funkcie nadobličiek (Addisonova choroba, Cushingov syndróm)
• Diabetes mellitus, hypoglykémia
Demencie na podklade infekčnej etiológie :
• AIDS asociovaná demencia (HIV demencia)
• Demencia pri neurosyfilise
• Demencia pri lymskej borelióze
• Progresívna multifokálna leukoencefalopatia
• Behçetova choroba (uveomeningitída)
• Herpetická encefalitída
• Prionózy
Demencie pri hypovitaminózach :
• Hypovitamínóza D
• Deficit vitamínov skupiny B : tiamín (B1), riboflavín (B2), niacín (B3), pyridoxín (B6), folát (B9) a kobalamín (B12)

Tabuľka č. 1b

SEKUNDÁRNE DEMENCIE
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIE U CHORÔB KLASIFIKOVANÝCH INDE
Demencie toxickej etiológie : • Alkoholová demencia • Na podklade exogénnych intoxikácií: organické rozpúšťadlá, ťažké kovy, iné návykové látky • Farmakogénne demencie
Posttraumatická demencia
Demencie v dôsledku kardiopulmonálnych a hematologických ochorení : • Chronická obštrukčná choroba pľúc • Srdcové zlyhávanie • Ťažké anémie
Demencia na podklade normotenzného hydrocefalu
Demencie nádorovej alebo paraneoplastickej etiológie
Demencie pri kolagenózach

Klasifikácia

Do tejto kategórie sú zaradené demencie, rozvoj ktorých bol vyvolaný inými príčinami, než sú Alzheimerova choroba alebo cerebrovaskulárne ochorenie.

V tejto kategórii teda diagnostikujeme **všetky sekundárne demencie** (heterogénnu skupinu porúch, pri ktorých je syndróm demencie sekundárnym dôsledkom konkrétnej primárnej poruchy, ktorá postihuje priamo/výlučne mozog, iný orgánový systém alebo celý organizmus) a **primárne degeneratívne demencie s výnimkou Alzheimerovej choroby**, teda frontotemporálne demencie (v MKCH-10 je kód F 02.0 len pre Pickovu chorobu), demenciu pri Huntingtonovej chorobe, demenciu pri Parkinsonovej chorobe a mali by sme sem zaradiť aj príbuznú demenciu s Lewyho telieskami – LBD (MKCH-10 túto kategóriu v kapitole F vôbec neobsahuje, nachádza sa len v kapitole G – Choroby nervovej sústavy, pod kódom G 31 – Iná degeneratívna choroba nervovej sústavy, nezatriedená inde; LBD patrí konkrétne kód G31.82), hoci psychiatri v praxi prípady LBD kódujú najčastejšie pod F 00 demencia pri Alzheimerovej chorobe.

DEMENCIE U CHORÔB KLASIFIKOVANÝCH INDE(F 02) A ICH DIAGNOSTICKÉ KRITÉRIÁ PODĽA MKCH-10

F 02.0 Demencia pri Pickovej chorobe

A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre demenciu (G1-G4).
B. Začína pozvoľna a deteriorácia stále postupuje.
C. Dva alebo viac z nasledujúcich príznakov svedčí pre prevahu postihnutia frontálneho laloka:
    1. emočná plochosť
    2. hrubosť sociálneho vystupovania
    3. odbrzdenosť
    4. apatia alebo nepokoj
    5. afázia
D. V skorších štádiách sú relatívne zachované pamäť a funkcie parietálneho laloka.

Dnes sa pod týmto kódom klasifikuje celá skupina **frontotemporálnych demencií (FTD)**, teda **behaviorálny variant FTD (bvFTD)** vrátane Pickovej choroby a tzv. **„rečové demencie“**, teda **sémantický variant primárnej progresívnej afázie (sv-PPA), non-fluentný/agramatický variant PPA (nfv-PPA) a logopenický variant PPA (lv-PPA).**

F 02.1 Demencia pri Creutzfeld – Jakobovej chorobe

A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre demenciu (G1-G4).
B. Veľmi rýchla progresia demencie s dezintegráciou prakticky všetkých vyšších mozgových funkcií.
C. Po rozvoji demencie alebo súčasne s ňou sa obvykle objaví jeden alebo viac nasledujúcich typov neurologických príznakov a znakov:
    1. pyramídové príznaky
    2. extrapyramídové príznaky
    3. mozočkové príznaky
    4. afázia
    5. zhoršenie zraku

F 02.2 Demencia pri Huntingtonovej chorobe

A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre demenciu (G1-G4).
B. Ako prvé sú postihnuté podkôrové funkcie, a tie dominujú obrazu demencie; podkôrové postihnutie sa prejavuje spomalením myslenia alebo pohybov a alteráciou osobnosti s apatiou alebo depresiou.
C. Typické mimovôľové choreiformné pohyby tváre, rúk, ramien alebo celého tela. Pacient sa môže pokúšať tieto pohyby zakryť tým, že ich prevádza na vôľovú činnosť.
D. V anamnéze je Huntingtonova choroba u jedného rodiča alebo súrodenca alebo je v rodinnej anamnéze údaj, ktorý svedčí o výskyte poruchy.
E. Nie sú žiadne klinické rysy, ktoré by svedčili pre iný pôvod abnormálnych pohybov.

F 02.3 Demencia pri Parkinsonovej chorobe

A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre demenciu (G1-G4).
B. Bola stanovená diagnóza Parkinsonovej choroby.
C. Žiadna z kognitívnych porúch nie je zavinená liečbou antiparkinsonikami.
D. Anamnéza ani somatické či zvláštne laboratórne vyšetrenia nesvedčia pre žiadnu inú možnú príčinu demencie, vrátane iných foriem ochorenia mozgu, poškodenia alebo dysfunkcie (napr. cerebrovaskulárne ochorenie, infekcia HIV, Huntingtonova choroba, normotenzný hydrocefalus), systémovú poruchu (napr. hypotyreózu, nedostatok vitamínu B12 alebo kyseliny listovej, hyperkalciémiu) alebo abúzus alkoholu či iných návykových látok.

F 02.4 Demencia pri infekcii HIV

A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre demenciu (G1-G4).
B. Bola stanovená diagnóza infekcie HIV.
C. Anamnéza ani somatické či zvláštne laboratórne vyšetrenia nesvedčia pre žiadnu inú možnú príčinu demencie, vrátane iných foriem ochorenia mozgu, poškodenia alebo dysfunkcie (napr. Alzheimerova choroba, cerebrovaskulárne ochorenie, Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba, normotenzný hydrocefalus), systémovú poruchu (napr. hypotyreózu, nedostatok vitamínu B12 alebo kyseliny listovej, hyperkalciémiu) alebo abúzus alkoholu či iných návykových látok.

F 02.8 Demencie pri ostatných chorobách klasifikovaných inde

Demencia je prejavom alebo následkom rôznych mozgových alebo somatických porúch. Patria k nim napr. Wilsonova choroba, supranukleárna obrna, demencia pri normotenznom hydrocefale (demencia, ataxia, inkontinencia) a pri mozgových nádoroch. Zo systémových ochorení alebo porúch to môžu byť napr. choroby štítnej žľazy, hypofýzy, Addisonova choroba, Cushingova choroba, zlyhávanie obličiek, dialýza, nedostatok nikotínamidu (pellagra spôsobuje demenciu, dermatitídu, hnačky), nedostatok B12, kyseliny listovej (folátov), infekcie, intoxikácie ťažkými kovmi, chronický abúzus alkoholu.

Tabuľka č. 2

DIAGNOSTICKÉ KRITÉRIÁ PRE DEMENCIU S LEWYHO TELIESKAMI
Štandardné postupy ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIE U CHORÔB KLASIFIKOVANÝCH INDE
Jadrové klinické črty (prvé tri sa objavujú skoro a môžu pretrvávať v celom priebehu) :
• Fluktuácia kognitívnej poruchy s výraznými zmenami úrovne pozornosti a bdelosti • Rekurentné vizuálne halucinácie, typicky dobre formované a detailné • REM spánková porucha, ktorá môže predchádzať kognitívnz úpadok • Jedna alebo viac spontánnych kardinálnych čŕt parkinsonizmu: bradykinézia (spomalenie pohybov a zníženie amplitúdy alebo rýchlosti), pokojový tremor alebo rigidita.
Podporné klinické črty :
• Závažná hypersenzitivita na antipsychotiká • Posturálna instabilita • Opakované pády • Synkopy alebo iné prechodné epizódy nereagovania • Závažná autonómna dysfunkcia, napr. obstipácia, ortostatická hypotenzia, inkonitencia moču • Hypersomnia • Hyposmia • Halucinácie iných modalít • Systemizované bludy • Apatia, anxieta a depresia
Indikatívne biomarkery :
• Redukované vychytávanie dopamínového transportéra na PET a SPECT • Abnormálna (nízke vychytávanie) 123iódová-MIBG myokardiálna scintigrafia • Polysomnografické potvrdenie REM spánku bez atónie.
Podporné biomarkery :
• Relatívne ušetrenie štruktúr mediálneho temporálneho laloka na CT/MRI. • Generalizované nízke vychytávanie na SPECT/PET perfúzno/metabolickom skene s redukovanou okcipitálnou aktivitou a znakom cingulárneho ostrova na FDG-PET. • Prominentná posteriórna pomalovlnová aktivita na EEG s periodickými fluktuáciami v rozsahu pre-alfa/theta.

Pravdepodobnú LBD možno diagnostikovať, ak:

a) sú prítomné dve alebo viac jadrových klinických čŕt, a to s alebo bez prítomnosti indikatívnych biomarkerov alebo

b) je prítomná len jedna jadrová klinická črta, ale zároveň s jedným alebo viacerými indikatívnymi biomarkermi.

c) Diagnóza pravdepodobnej LBD by sa nemala stanoviť len na základe prítomnosti samotných biomarkerov.

Možnú LBD možno diagnostikovať, ak:

a) je prítomná len jedna jadrová klinická črta LBD, bez prítomnosti indikatívnych biomarkerov alebo
b) sú prítomné jeden alebo viaceré indikatívne biomarkery, ale žiadna jadrová klinická črta.

LBD by sa mala diagnostikovať, ak sa demencia objaví pred alebo približne v tom čase, kedy aj parkinsonizmus. Termín demencia pri Parkinsonovej chorobe (PDD) by sa mal použiť pre demenciu, ktorá sa objavuje v kontexte stanovenej Parkinsonovej choroby. Platí arbitrárne stanovené **pravidlo 1 roka**: ak sa demencia objaví do roka od vzniku parkinsonských príznakov, ide o LBD, ak neskôr, stav klasifikujeme ako PDD.

Klinický obraz

Diagnóza LBD sa stanovuje v prvom rade klinicky. Charakterizuje ju **triáda jadrových syndrómov: fluktuujúca porucha kognitívnych funkcií, parkinsonizmus a rekurentné scénické vizuálne halucinácie, prípadne paranoidne-halucinatórna psychóza.**

Hlavným znakom potrebným na stanovenie diagnózy LBD je **progresívny pokles kognitívnych funkcií**, demencia sa rozvíja pomaly, nenápadne, podobne ako je to aj pri Alzheimerovej demencii. V krátkodobom časovom horizonte má však táto choroba **fluktuujúci charakter**, čo môže pripomínať vaskulárnu demenciu. Najvýraznejšími príznakmi kognitívnej poruchy (dementného syndrómu) sú porucha pozornosti, porucha exekutívnych funkcií (plánovania, vykonávania viackrokových činností, prispôsobenia sa zmeneným podmienkam zadania) a vizuálno-percepčných schopností. **Nekognitívne neuropsychiatrické príznaky** sú veľmi časté, vo včasných štádiách demencie až u 75 % a v pokročilých štádiách u vyše 90 % pacientov nachádzame **rekurentné (menej často perzistentné) vizuálne halucinácie**, často detailné, dobre formované a komplexné (väčšinou scénické halucinácie skupiny ľudí alebo zvierat). Bludy sú zriedkavejšie ako halucinácie, ale asi u polovice pacientov sa vyskytnú väčšinou **paranoidno-perzekučné bludy**, obvykle sekundárne k poruchám vnímania. Asi u štvrtiny chorých sa vyskytuje **misidentifikácia** (bludná identifikácia osôb) alebo **Capgrasov fenomén** (blud dvojníka – pacient je bludne presvedčený, že jemu blízku osobu nahradil jej dvojník). Podrobná analýza nekognitívnych príznakov môže veľmi pomôcť v nozologickej diagnostike.

V obraze **extrapyramídového syndrómu**, ktorý sa rozvinie u takmer troch štvrtín postihnutých, dominuje pokojový tremor končatín, bradykinéza, rigidita, hypomímia tváre a poruchy chôdze a postoja. Takmer u polovice postihnutých sú časté **pády** (už v skorých štádiách poruchy), ktoré súvisia s postihnutím extrapyramídových dráh, **synkopy** a prechodné poruchy vedomia, ktoré sú zrejme následkom vegetatívnej dysbalancie a postihnutia štruktúr mozgového kmeňa. **Poruchy spánku (parasomnia typu RBD – REM sleep behavioral disorder)** sa vyskytujú niekoľko rokov pred objavením sa demencie, môžeme ich teda považovať za prodromálny príznak. Jedným z veľmi dôležitých znakov pacientov s demenciou s Lewyho telieskami je ich mimoriadna **senzitivita na antipsychotiká**. LBD patrí k **plynulo progredujúcim demenciám**, ale najmä vo včasných štádiách sa nemusia vyskytovať všetky tri charakteristické syndrómy zároveň, resp. dominuje len jeden z nich. Progresia ochorenia je vo všeobecnosti rýchlejšia ako pri Alzheimerovej demencii, boli opísané aj prípady veľmi rýchlej progresie s úmrtím do 1 – 2 rokov od nástupu prvých klinických prejavov.

Demencia sa vyvinie asi len u 10 – 40 % pacientov s **Parkinsonovou chorobou**, aj to až po priemerne osem až desaťročnom trvaní motorickej parkinsonskej symptomatiky. Kognitívna porucha má charakter

prevažne **subkortikálnej demencie**, nevyskytujú sa kôrové výpadové javy typu fatických, gnostických a praktických porúch. V popredí je výrazný bradypsychizmus, porucha pozornosti, porucha exekutívnych funkcií, poruchy verbálnej a vizuálnej pamäti a vizuálno-priestorových schopností. Demencia pri Parkinsonovej chorobe je chápaná ako demencia, ktorá sa rozvinie v kontexte klinicky jasnej Parkinsonovej choroby, pri ktorej výlučne **motorické príznaky trvajú aspoň jeden rok.** Naproti tomu diagnóza LBD sa stanoví vtedy, ak demencia predchádza alebo sa rozvinie súbežne s motorickými prejavmi parkinsonizmu do jedného roka.

Frontotemporálna demencia – frontálny/behaviorálny variant typicky začína medzi 45. – 60. rokom života, teda zväčša u ľudí plne profesionálne výkonných. Predstavuje jednu z najčastejších foriem presenilných demencií. Typickým patologicko-anatomickým nálezom je **kortikálna atrofia frontálnych lalokov a frontotemporálneho rozhrania s pravostrannou predilekciou**. Prvé príznaky sú v oblasti kognitívnych funkcií zvyčajne nenápadné, oveľa nápadnejšie, v klinickom obraze dominantné, sú **zmeny osobnosti a pod ich vplyvom poruchy správania**. Chorý sa stáva netaktným, krajne egocentrickým, správa sa nadmerne familiárne, odbrzdene, niekedy požívačne, sexuálne nevhodne. Je zvýšená impulzivita (resp. porucha kontroly impulzov), hyperoralita (tendencia testovať predmety ústami). Niekedy je naopak mimoriadne ľahostajný, stráca záujem o druhých, aj o najbližších, ku ktorým mal predtým intenzívny citový vzťah. Porušuje spoločenské normy správania, môže sa dopustiť aj deliktov. Dezinhibované správanie sa môže prejaviť aj ako hypersexualita alebo sexuálne deviantné správanie či excesívny konzum návykových látok (napr. alkoholu či drog). U istej časti chorých, najmä v pokročilejších štádiách ochorenia, sa vyskytujú aj stereotýpie, obsedantno-kompulzívna symptomatika a poruchy nálad, najčastejšie anxiózna či depresívna nálada s nepokojom alebo naopak výrazná apatia s hypobúliou a hypoaktivitou. Porucha kognitívnych funkcií sa prejavuje najmä poruchou verbálnej fluencie, zhoršením výkonu v testoch zapamätania si slov a včasnou poruchou exekutívnych funkcií. Priebeh tejto demencie je **plynulo progredientný**, ale oproti Alzheimerovej demencii **rýchlejší**, priemerná doba prežitia je do 5 rokov od stanovenia diagnózy. Obzvlášť alarmujúci je fakt, že vo väčšine prípadov ide skutočne o predčasné úmrtia, keďže frontálny variant FTD postihuje prevažne ľudí v plne aktívnom presenilnom veku, nezriedka somaticky úplne zdravých.

Pri **„rečových demenciách", teda pri FTD, variante primárnej progresívnej afázie (PPA),** sa medzi prvými symptómami ochorenia manifestujú špecifické lingvistické deficity, ktoré môžu mať variabilný klinický obraz. Diskrétne jazykové poruchy sa pravdepodobne vyskytujú u pacientov už vo včasnom štádiu ochorenia. Pri **logopenickom variante** je spontánna reč spomalená, prerušovaná anomickými pauzami, nie je agramatizmus ani ťažkosti pri porozumení izolovaných slov, sú fonologické chyby (zámeny hlások v slove), ale slová sú dobre artikulované, pri **sémantickom variante** ide o postupnú degradáciu sémantickej pamäti, teda poruchy porozumenia reči už na úrovni izolovaných slov, v produkcii reči sémantické parafázie, pacienti tvoria gramaticky správne vety, ale významom irelevantné až prázdne a **nonfluentný/agramatický variant** je podobný klasickej neplynulej (nonfluentnej) afázii na podklade NCMP s anómia a agramatizmami – pacienti vedia, ktoré slovo chcú povedať, začnú ho opisovať (napr. funkciu, tvar objektu), porozumenie izolovaným a najmä vysoko frekventovaným slovám je zachované, je apraxia reči - v spontánnej reči zámeny hlások, dlho sú ale zachované neverbálne zručnosti a relatívne ušetrená funkčnosť.

Klinický obraz **sekundárnych demencií** je veľmi variabilný, v závislosti od základnej príčiny ide o lokalizované alebo difúzne, viac kortikálne, subkortikálne alebo zmiešané postihnutie. Rovnako sa môže veľmi líšiť priebeh sekundárnej demencie – od stacionárnej (napr. demencia po traume mozgu) cez rýchlo progredujúcu (napr. demencia pri Creutzfeld-Jakobovej chorobe) až po plynulo či skokovito pomalšie progredujúcu (napr. metabolické demencie).

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostika a diferenciálna diagnostika demencií prebieha klasicky v troch krokoch:

1. Prvým krokom je stanoviť, že skutočne ide o **syndróm demencie**.
2. V druhom kroku ide v prvom rade o **vylúčenie všetkých potenciálne reverzibilných príčin dementného syndrómu**, teda o identifikáciu prípadov sekundárnych demencií (v užšom slova zmysle, teda s výnimkou demencií vaskulárneho pôvodu).
3. Po vylúčení sekundárnych demencií nastupuje **nozologická diagnostika a diferenciálna diagnostika v rámci skupiny primárnych degeneratívnych demencií a vaskulárnych demencií.**

V prvom a do značnej miery aj v druhom kroku majú veľkú úlohu lekári prvého kontaktu, ktorí môžu najskôr zachytiť rozvoj syndrómu demencie u svojho pacienta, ktorého poznajú roky a všimnú si na ňom zmeny, teda nástup kognitívnej poruchy. Tretí krok realizujú špecialisti, psychiatri alebo neurológovia. Treba zdôrazniť, že nozologickú diagnózu primárnych degeneratívnych demencií stanovujeme v prvom rade **klinickým vyšetrením pacienta**, výsledky pomocných vyšetrení ju môžu len podporiť.

SÚHRN ODPORÚČANÍ - DIAGNOSTICKÝ POSTUP PRI PODOZRENÍ NA DEMENCIU

A. Diagnostika (záchyt) syndrómu demencie:

1. Úvodné klinické vyšetrenie – podrobná anamnéza

- zameranie na kognitívne príznaky, nekognitívne neuropsychiatrické príznaky a ich dopad na každodenné fungovanie pacienta
- prvé a nasledujúce prejavy, charakter ich nástupu (pozvoľný, náhly,...), priebeh, prípadné vyvolávajúce či zhoršujúce faktory:
  - od samotného pacienta a
  - ak je to len trochu možné, aj od jemu blízkej osoby, ktorá ho dobre pozná.

2. Skríningové testy kognície

Štandardizovaný MiniMental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Clock Drawing Task (CDT), testy slovnej fluencie, prípadne iné.

B. Vylúčenie sekundárnych (potenciálne reverzibilných) demencií (kroky 1 a 2 v kompetencii všeobecného lekára , geriatra):

V anamnéze pátrame podľa indícií napr. po dedičných ochoreniach, chronických intoxikáciách, dlhodobom užívaní liekov s nepriaznivým účinkom na kognitívne funkcie, chronických infekciách, vredovej žalúdočnej chorobe, chronickej gastritíde, pečeňovej dysfunkcii, renálnej dysfunkcii, úrazoch hlavy, pobyte v exotických krajinách.

1. Základná batéria laboratórnych vyšetrení (zachytí najčastejšie sekundárne demencie, najmä metabolické):

- krvný obraz vrátane diferenciálneho KO,
- biochemické vyšetrenie: hladiny minerálov (Na, K, Cl, Ca), glykémia, kreatinín, urea, kyselina močová, AST, ALT, GMT, bilirubín, albumín, zápalové markery (CRP),
- moč chemicky a sediment,
- vyšetrenie hormónov štítnej žľazy – TSH, fT4,
- vyšetrenie sérových hladín B12 a kyseliny listovej,
- sérologické testy na syfilis.

2. Zhodnotenie kardiálneho a pulmonálneho systému klinicky a eventuálne pomocnými vyšetrovacími metódami(EKG, RTG).

3. Rozšírená batéria laboratórnych vyšetrení – cielene podľa anamnézy a klinického obrazu:

- napr. hladiny vitamínov B1, B3, B6, D, stanovenie hladín liekov, toxikologický skríning,
- napr. sérologické testy napr. na HIV a borélie,
- napr. stanovenie hladín ťažkých kovov a ďalšie.

C. Štandardný postup diagnostiky demencie zo skupiny F 02 u špecialistu (psychiater, neurológ):

1. Klinické vyšetrenie u špecialistu (psychiater, neurológ)

- zameranie na jednotlivé príznaky a priebehové charakteristiky podľa diagnostických kritérií MKCH-10, v prípade LBD alebo FTD podľa príslušných diagnostických kritérií panelu expertov (pre FTD Lund-Manchester kritériá, pre FTD-PPA Gorno-Tempini a kol., 2011, pre LBD International Consensus Criteria for LBD McKeith a kol., 2017)
- anamnéza nielen od pacienta samotného, ale aj od inej osoby, ktorá ho dobre pozná.

2. Neuropsychologické vyšetrenie – realizuje **klinický psychológ alebo neuropsychológ**

- bližšie rozlíšenie štruktúry kognitívneho deficitu,
- na základe neho rozlíšenie jednotlivých typov demencií (najmä nozologická diagnostika primárnych degeneratívnych demencií.

3. Neurozobrazovacie vyšetrenie

Zobrazovacie metódy (CT, MRI) sú v rámci diagnostiky sekundárnych demencií esenciálne napr. pri diagnostike mozgových novotvarov, subdurálneho hematómu, normotenzného hydrocefalu, pomocný charakter majú napríklad v diagnostike prionóz, HIV demencie (MRI), Wernickeho encefalopatie, Wilsonovej choroby a alkoholovej demencie.

- štandardom v diagnostike primárnych degeneratívnych demencií je **štrukturálne MRI mozgu**, kde je pre FTD charakteristická atrofia frontálnych a temporálnych alalokov a pre LBD, prípadne PDD atrofia subkortikálnych štruktúr (kmeňa a bazálnych ganglií) a limbického systému. Zároveň je možné stanoviť podiel vaskulárnych zmien na etiológii kognitívnej poruchy,
- CT slúži hlavne na vylúčenie iných procesov (subdurálny hematóm, tumor, normotenzný hydrocefalus), ale v diagnostike degeneratívnych demencií nie je postačujúce.

4. EEG vo väčšine prípadov demencie neprinesie užitočné informácie. Sú ale výnimky, napríklad charakteristický obraz trifázických komplexov pri priónových ochoreniach.

5. Logopedické vyšetrenie - realizuje logopéd

- dôležité v diagnostike frontotemporálnych "rečových" demencií.

D. V prípade, že diagnóza je stále nejasná, **vo včasných štádiách, v diferenciálnej diagnostike medzi jednotlivými neurodegeneratívnymi demenciami, u mladších pacientov, pri rýchlom priebehu demencie**:

- **FDG-PET** (pozitrónová emisná tomografia s fluórdeoxyglukózou) – vizualizácia hypometabolických oblastí v mozgu, indikovaná najmä pri podozrení na FTD a pri jej odlíšení od Alzheimerovej demencie.

- **SPECT – DAT Scan** (jednofotónová emisná tomografia s joflupánom 123I) – detekcia aktivity dopamínergického systému (v bazálnych gangliách a kortexe), indikovaná v diagnostike LBD a PDD a pri ich odlíšení od Alzheimerovej demencie.

E. Pri podozrení na **frontotemporálnu demenciu (najmä behaviorálny variant)**, najmä pri **pozitívnej rodinnej anamnéze**, pri podozrení na **Huntingtonovu chorobu**:

- **Genetické vyšetrenie** – detekcia geneticky podmienenej familiárnej formy FTD s mutáciou génu pre tau-proteín na 17.chromozóme a niektorých ďalších, detekcia opakovania tripletov cytozín-adenín-guanín na 4.chromozóme pri Huntingtonovej chorobe.

Diferenciálna diagnostika:

Odlíšenie demencie od **MCI (Mild Cognitive Impairment, Ľahká kognitívna porucha)** spočíva v posúdení, či kognitívna porucha významne zasahuje do predošlej schopnosti pacienta fungovať v práci a v každodenných bežných činnostiach. Dopad na každodenné fungovanie pacienta posudzuje skúsený klinik na základe individuálnych okolností a konkrétnej situácie pacienta a opisu každodenného fungovania pacienta, ktorý získa od neho samotného, ale aj od jemu blízkeho informátora.

Ostatné diagnózy, ktoré je potrebné odlíšiť:

- Delírium
- Depresia
- Demencia pri Alzheimerovej chorobe
- Vaskulárne demencie

Liečba

Liečba každej demencie musí byť vždy **komplexná**, s využitím dostupných možností symptomatickej farmakoterapie, ale aj nefarmakologickej liečby.

Nefarmakologická liečba spočíva v tréningu zachovaných kognitívnych funkcií, reminiscenčnej terapii, psychosociálnej rehabilitácii, edukácii opatrovníkov, rôznych komplemetárnych postupoch, ako je pet-terapia, muzikoterapia, aromaterapia a mnohé ďalšie metódy. Komplementárne metódy často poslúžia najmä pri zvládaní nekognitívnych príznakov demencií. Použiteľnosť jednotlivých metód závisí od stupňa závažnosti demencie.

Pri **sekundárnych demenciách** je v terapii esenciálne zamerať sa na príčinu demencie. V niektorých prípadoch je možné ju odstrániť (mozgový tumor, deficit vitamínov) a demencia môže byť reverzibilná, výsledok liečby však závisí od včasnej diagnózy. Vo väčšine prípadov sa musíme pokúsiť aspoň dostať príčinu pod kontrolu a stav stabilizovať (napr. skompenzovať metabolické ochorenie), aby demencia ďalej neprogredovala. V oboch prípadoch je možné využiť podpornú neuroprotektívnu medikamentóznu liečbu, napr. nootropiká alebo antioxidanty.

Farmakologickú liečbu demencií môžeme rozdeliť na **„primárnu“ a „sekundárnu**“ liečbu. **Primárnou** rozumieme kognitíva, **liečivá na symptomatickú liečbu kognitívneho deficitu pri demenciách**, ktorými je možné spomaliť progresiu ochorenia. Podľa ATC klasifikácie pod kódom N06D Liečivá proti demencii nájdeme Anticholínesterázy (N06DA) a Iné liečivá proti demencii (N06DX), kde sú zaradené memantín a Ginkgo biloba extrakt – Egb 761. Podpornou neuroprotektívnou medikamentóznou liečbou sú napr. nootropné látky alebo antioxidanty. **Sekundárnou** liečbou označujeme ostatné **liečivá, používané v symptomatickej liečbe neuropsychiatrických symptómov demencií**, napr. depresie či psychotických príznakov.

Cholínergický deficit je súčasťou demencie s Lewyho telieskami a demencie pri Parkinsonovej chorobe, ale napr. aj sekundárnej alkoholovej demencie. V ich liečbe teda majú svoje opodstatnenie **inhibítory**

cholínesteráz a na základe EBM dôkazov je ich účinnosť a bezpečnosť v liečbe demencie s Lewyho telieskami a demencie pri Parkinsonovej chorobe potvrdená, rovnako ako účinnosť a bezpečnosť **memantínu** (EBM úroveň I, sila odporúčaní A). U frontotemporálnych demencií nejde o cholínergický deficit, preto podávanie AChEI nemá zmysel, ale pre memantín platí rovnaké konštatovanie ako v liečbe LBD a PDD. Napriek tomu žiadne z týchto liečiv nie je na liečbu demencie s Lewyho telieskami, demencie pri Parkinsonovej chorobe či frontotemporálnych demencií registrované (výnimkou je len rivastigmín, indikovaný na liečbu demencie pri Parkinsonovej chorobe). Pokiaľ sa rozhodneme použiť ich v tejto indikácii, ide síce o liečbu lege artis, ale "off-label", ako sa konštatuje aj v zahraničných odporúčaných postupoch (napr. NICE Guidelines on Dementia, 2011, updated 2018, The Maudsley Presribing Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, 2018, WFSBP Guidelines on Dementia, 2015, Doporučené postupy psychiatrické péče IV., 2014).

Osobitné postavenie medzi liečivami na demenciu má **extrakt z ginkga biloba**, ktorý sa nazýva **EGb 761**. Pôsobí nootropne, neuroprotektívne a hemoreologicky a vychytáva voľné radikály, teda je zároveň antioxidantom. Pri liečbe EGb 761 sa preukázalo zvýšenie počtu predovšetkým nikotínových cholínergických receptorov a α-2 adrenoreceptorov, ktorých počet je vo vyššom veku znížený, a tiež zvýšenie syntézy a uvoľňovania acetylcholínu a zvýšená absorpcia cholínu v hippokampe. V prefrontálnom kortexe sa zvyšuje hladina dopamínu, dochádza tiež k istému zvýšeniu hladiny noradrenalínu (Jirák, 2014). V klinickej praxi sa EGb 761 používa najmä v liečbe ľahkej kognitívnej poruchy, vaskulárnych demencií a včasných štádií primárnych degeneratívnych demencií. Ako augmentačná liečba sa v pokročilejších štádiách demencií používa v kombinácii s memantínom či inhibítormi cholínesteráz, prípadne s ich kombináciou. Ako nootropnú látku je možné ho použiť aj pri sekundárnych demenciách. Dávkovanie EGb 761 v terapii demencií je 120-240 mg v jednej, prípadne v dvoch dávkach v prvej časti dňa. Liek je netoxický, veľmi dobre tolerovaný, **nežiaduce účinky** sú zriedkavé a nezávažné, pre možné antiagregačné pôsobenie je potrebná opatrnosť u stavov s vyšším rizikom krvácania.

Pri nasadzovaní terapie inhibítormi cholínesteráz, memantínom či EGb 761 je potrebné stanovenie **stupňa závažnosti demencie.** V najnovších odporúčaniach NICE (2018) sa zdôrazňuje, že pre určenie štádia demencie **nesmie byť určujúce výlučne dosiahnuté skóre v kognitívnom skríningovom inštrumente**, dôležitejšie je zohľadniť celkový stav a úroveň funkčnosti pacienta.

Dlho prebiehala diskusia, kedy a či **symptomatickú terapiu demencie ukonči**ť. Dnes sa ukončenie terapie odporúča len v prípade, že terapia už neprináša žiaden klinický benefit, prípadne ju pacient netoleruje, resp. má napríklad problém s prehĺtaním. V žiadnom prípade na vynechanie terapie **nepostačuje pokles kognitívneho skóre** pod určité hodnoty (NICE Guideline on dementia – updated 2018).

V rámci **„sekundárnej" terapie neuropsychiatrických symptómov** pri demenciách sa musíme vyhnúť všetkým liekom, ktoré majú výrazne **sedatívny efekt** a liekom s nežiaducimi účinkami najmä **anticholínergickými, alfa-adrenergickými, antihistamínovými a antidopamínergickými**. V prvom rade sa musíme pokúsiť o ovplyvnenie neuropsychiatrických príznakov nefarmakologicky, prípadne využitím základnej terapie demencie (AChEI, memantín, EGb 761). V ovplyvnení jednotlivých typov neuropsychiatrických príznakov sú inhibítory cholínesteráz úspešnejšie pri zvládaní afektívnych porúch (depresívnej nálady, anxiety) a memantín zasa pri zvládaní psychotických príznakov, nepokoja, agresie a iritability. Po symptomatickom farmakologickom riešení (antidepresíva, antipsychotiká) siahneme až vtedy, keď tieto postupy nie sú úspešné.

V terapii depresie pri demencii je režim farmakoterapie **antidepresívami** podobný ako pri liečbe depresívnej epizódy, teda dodržíme dobu akútnej, po dosiahnutí remisie aj udržiavacej liečby a často prechádzame aj do fázy profylaktickej. Indikáciou sérotonínergických antidepresív v liečbe FTD, najmä behaviorálneho variantu, sú najmä anxiózne symptómy, impulzívne prejavy a obsedantno-kompulzívne príznaky.

Dlhodobá liečba **antipsychotikami** je u starších pacientov, zvlášť pacientov s demenciou, vždy spojená s oveľa vyšším rizikom všetkých nežiaducich účinkov vrátane tardívnych dyskinéz. V liečbe psychotických nekognitívnych príznakov pri demencii je použitie antipsychotík až na malé výnimky (napr. tiaprid) off-label. Od apríla 2005 má celá skupina atypických antipsychotík vo svojich SPC varovanie, v ktorom sa konštatuje, že „...starší pacienti s psychózou pri demencii, liečení antipsychotikami, majú zvýšené riziko úmrtia... primárne z kardiovaskulárnych alebo infekčných príčin." Sú zistenia o tom, že všetky – nielen atypické – antipsychotiká zvyšujú riziko úmrtia u starších pacientov s demenciou, dokonca aj pri krátkodobom užívaní. V júni 2006 sa varovanie rozšírilo zo skupiny antipsychotík druhej generácie aj na antipsychotiká prvej generácie a konštatuje sa v ňom, že „...môžu zvyšovať mortalitu" (Agronin a Maletta, 2011). Ak teda musíme siahnuť po antipsychotikách (pacient výrazne trpí, pre psychotické resp. behaviorálne príznaky predstavuje riziko pre seba alebo svoje okolie), je potrebné zachovať zásadu „start low and go slow" – teda začať s nízkou dávkou a len pomaly ju zvyšovať na najnižšiu účinnú dávku, ktorú sa veľmi rýchlo po odznení symptómov snažíme znovu postupne znižovať a liek vysadiť. Vždy je potrebné dbať na užívateľský komfort pacienta – preferovať lieky podávané v jednej dennej dávke a v najlepšie tolerovanej liekovej forme. Zvláštna opatrnosť je potrebná u pacientov s PDD alebo LBD, kde musíme voliť veľmi malé dávky druhogeneračných antipsychotík bez potenciálu k extrapyramídovým nežiaducim účinkom, teda kvetiapín alebo klozapín.

Tabuľka č. 4

HLAVNÉ ZÁSADY PSYCHOFARMAKOTERAPIE NEUROPSYCHIATRICKÝCH SYMPTÓMOV DEMENCIÍ
Štandardné postupy ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIE U CHORÔB KLASIFIKOVANÝCH INDE
• Vylúčiť **somatickú príčinu**, potenciálne precipitujúcu NP prejavy pri demencii (dehydratácia, infekcia, bolestivý sy,...) • **Liečiť** túto príčinu • Zvážiť **nefarmakologické postupy** • Využiť vplyv základnej **symptomatickej terapie demencie** (kognitíva,...)
• **Individualizovaná liečba** • **Vždy zvážiť pomer riziko / benefit – kedy (či vôbec) psychofarmaká** • „**Start low and go slow**" - začať nízkou dávkou a len pomaly ju zvyšovať • Všeobecne používať **menšie dávky** liekov (priemerne tretina až polovica dávky mladšieho dospelého bez demencie) • Vyhýbať sa výrazne **sedatívnym liekom a liekom s NÚ anticholínergickými, alfa-adrenergickými, antihistamínovými a antidopamínergickými** • Pri zmene liečby robiť naraz len jeden krok • Dbať na užívateľský komfort - preferovať lieky podávané v jednej dennej dávke a v najlepšie tolerovanej liekovej forme • Depresia **(antidepresíva)** - bežný režim, psychóza / behaviorálne poruchy **(antipsychotiká)** - len krátkodobo

Tabuľka č. 5

ANTIDEPRESÍVA, POUŽITEĽNÉ V TERAPII DEPRESIE PRI DEMENCII			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIE U CHORÔB KLASIFIKOVANÝCH INDE		
Skupina antidepresív	**Úvodná denná dávka (mg)**	**Obvyklá / maximálna denná dávka (mg)**	**Cieľový symptóm / syndróm**
SSRI			Depresia
Citalopram	10	20 / 40	Anxieta
Escitalopram	5	10 / 20	Psychóza
Paroxetín	10	20 / 40	Nepokoj
Sertralín	25	75 / 100	
Fluoxetín	5	10 / 40	
SNRI			Depresia
Venlafaxín	2x25	2x100 / 2x150	Anxieta
Duloxetín	15	30 / 60	
NaSSA			Depresia
Mirtazapín	7,5	15 / 30	Anxieta
Agomelatín	12,5	25 / 50	Depresia
Vortioxetín	5	10 / 20	Depresia
Trazodón	50	50 / 100	Depresia Nepokoj

Poznámka : Upravené podľa The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, 2018

Tabuľka č. 6

ANTIPSYCHOTIKÁ V TERAPII NEUROPSYCHIATRICKÝCH SYMPTÓMOV DEMENCIE				
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIE U CHORÔB KLASIFIKOVANÝCH INDE			
Liečivo	**Indikácia**	**Štartovacia denná dávka (mg)**	**Obvyklá udržiavacia dávka (mg)**	**Maximálna denná dávka (mg)**
Olanzapín	Agitovanosť/psychóza pri demencii	2,5 (na noc)	2,5 - 10	10 na noc (optimálne 5)
Kvetiapín	Agitovanosť/psychóza pri demencii	12,5 - 25	50 - 100	100 - 300 (nie prolongované formy)
Risperidón	Agitovanosť/psychóza pri demencii	0,25 - 2 x 0,25	2 x 0,5	2 (optimálne 1)
Aripiprazol	Agitovanosť/psychóza pri demencii	5	5 - 10	10 - 15
Klozapín	Psychóza pri Parkinsonovej chorobe a LBD	6,25	25 - 37,5	50
Tiaprid	Agitovanosť a iné poruchy správania pri demencii, poruchy spánku pri demencii. Kvalitatívne poruchy vedomia	50 - 200	do 300	300
Haloperidol	Delírium Agitovanosť	0,25 - 0,5	0,5 - 1,5 (len akútna liečba, krátko)	cca 3 mg (len akútna liečba, krátko)

Poznámka : Upravené podľa The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, 2018

Prognóza

Sekundárne demencie sú jedinou skupinou demencií, pri ktorej je možnosť stav zvrátiť, teda sú to demencie potenciálne reverzibilné. Reverzibilita nie je vysoká, všetky doteraz publikované štúdie sa zhodli na nižšej ako 20% zvrátiteľnosti, pričom s úplnou reverzibilitou sa dá počítať v menej ako 10% prípadov a všeobecne platí, že lepšiu prognózu majú mladší pacienti s menej výrazným poškodením (Yousuf, 2010). Pri správnej a skorej liečbe základného ochorenia s pridaním podpornej terapie dementného syndrómu však môže pacient dosiahnuť takú úroveň kognitívnych a ostatných funkcií, akú mal pred ochorením, alebo aspoň ich čiastočné zlepšenie. Zvlášť v tejto skupine demencií je veľmi dôležitá včasná diagnostika, lebo čím je priebeh neliečenej sekundárnej demencie dlhší, tým viac klesá možnosť úplnej obnovy funkcií. Platí to najmä pre hypovitaminózu B12, neurosyfilis, či normotenzný hydrocefalus.

Primárne degeneratívne demencie, ako je demencia s Lewyho telieskami, demencia pri Parkinsonovej chorobe a frontotemporálne demencie, sú ochorenia nezvratné, plynulo progredujúce a napokon fatálne. Priebeh môže byť relatívne pomalý (napr. u LBD), ale aj pomerne veľmi rýchly (behaviorálny variant FTD).

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Podľa prílohy č. 4 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov predstavujú organické duševné poruchy vrátane demencií v stredne ťažkej forme mieru poklesu schopnosti zárobkovej činnosti 30-45% a v ťažkej forme 50-80%. Z podstaty ochorenia charakteru demencie však vyplýva, že u pacienta je už v ľahkom štádiu prítomné závažné narušenie každodenného fungovania, pričom ako prvé sú postihnuté zložitejšie činnosti, vrátane pracovnej spôsobilosti. Niektoré sekundárne demencie, ak sa diagnostikujú včas, sú potenciálne aspoň čiastočne reverzibilné, ale pri primárnych degeneratívnych demenciách (LBD, PDD, FTD) je prirodzená a nezvratná plynulá progresia ochorenia, takže postupne dochádza k obmedzeniu samostatnosti pacienta až na úroveň úplnej odkázanosti na pomoc a opateru iných.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Poskytovatelia ústavnej starostlivosti - psychiatrické prípadne neurologické kliniky, oddelenia, gerontopsychiatrické oddelenia, psychiatrické nemocnice, liečebne s materiálno-technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – diagnostika a liečba, najmä neuropsychiatrických symptómov, farmakoterapia, kognitívny tréning, rehabilitácia, v pokročilých štádiách aj starostlivosť o pridružené somatické komplikácie. Vzhľadom na to, že pre pacienta s demenciou každá zmena prostredia predstavuje enormnú záťaž, je vhodné obmedziť pobyt v nemocničnom zariadení len na dobu nevyhnutnú na zvládnutie akútneho stavu.

Poskytovatelia ambulantnej starostlivosti – psychiatrické a neurologické ambulancie s materiálno - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – diagnostika a liečba demencie, najmä symptomatická farmakoterapia kognitívnej poruchy a neuropsychiatrických symptómov.

Denný psychiatrický stacionár pre pacientov s demenciou – udržiavacia liečba demencie, farmakoterapia, psychoterapia, tréning zachovaných kognitívnych funkcií, psychoedukácia, rehabilitácia.

Najmä v stacionároch, ale aj v ústavných a v ambulantných zariadeniach sa starostlivosti významným spôsobom zúčastňuje aj **klinický psychológ, neuropsychológ, logopéd, sociálny pracovník.**

Veľmi dôležité je vo všetkých týchto zariadeniach venovať pozornosť aj **opatrovníkom** pacienta s demenciou.

Ďalšie odporúčania

Vzhľadom k tomu, že prognóza dožitia, ale najmä zachovania kvality života pacienta s demenciou významne závisí od skorej diagnostiky, je mimoriadne dôležité venovať pozornosť včasnému záchytu ochorenia. Sekundárne demencie sú jedinou skupinou potenciálne reverzibilných demencií, pri ktorých včasná diagnostika nadobúda ešte väčší význam. Čím je priebeh neliečenej sekundárnej demencie dlhší, tým viac klesá možnosť úplnej obnovy funkcií. V oblasti včasnej diagnostiky demencií, najmä najčastejších sekundárnych demencií, majú nezastupiteľnú úlohu najmä všeobecní lekári a geriatri, pretože pacienta dlhšie poznajú a majú možnosť všimnúť si na ňom známky nástupu kognitívnej poruchy. Je potrebné systematicky ich edukovať v problematike demencií a v používaní a hodnotení skríningových kognitívnych testov.

Zo strany špecialistov by v rámci koordinovanej starostlivosti bolo potrebné vybudovať (resp. dobudovať) centrá včasnej diagnostiky kognitívnych porúch pri existujúcich psychiatrických a neurologických klinikách či oddeleniach, prípadne vytvoriť takéto špecializované centrá s dobrou dostupnosťou neuropsychologického vyšetrenia a volumometrického MRI vyšetrenia.

Vzhľadom k tomu, že je EBM dôkazmi (väčšinou úrovne I) potvrdená účinnosť a bezpečnosť inhibítorov cholínesteráz v liečbe demencií s cholínergickým deficitom (ako je demencia s Lewyho telieskami a demencia pri Parkinsonovej chorobe) a rovnako účinnosť a bezpečnosť memantínu v liečbe LBD, PDD aj frontotemporálnych demencií, bolo by v budúcnosti užitočné dosiahnuť registráciu týchto liečiv aj v týchto indikáciách. Výrazne by to zjednodušilo prístup pacientov k tejto dnes síce lege artis, ale stále "off-label" liečbe.

Kým bude vybudovaný systém komunitnej starostlivosti, ktorého prirodzenou súčasťou budú aj denné stacionáre, bolo by vhodné pokúsiť sa zriadiť tam, kde je to možné, takéto zariadenia ako zdravotnícke, nie sociálne zariadenia.

V rámci problematiky demencií je nevyhnutné zintenzívniť spoluprácu zdravotníctva so sociálnou sférou.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Starostlivosť o pacientov s demenciou poskytujú **ústavné zariadenia - psychiatrické prípadne neurologické kliniky, oddelenia, psychiatrické nemocnice a liečebne**. Ambulantná starostlivosť je poskytovaná na **psychiatrických a neurologických ambulanciách.** Na starostlivosti sa podieľajú aj **denné psychiatrické stacionáre**. V pokročilých štádiách ochorenia sa poskytuje aj **paliatívna, prípadne hospicová starostlivosť.**

Ideálny spôsob starostlivosti o pacientov s demenciou predstavuje **komunitná starostlivosť** s možnosťou ponechania pacienta čo najdlhšie v jeho prirodzenom rodinnom prostredí. V kombinácii s denným stacionárom umožňuje poskytnúť pacientovi v jednotlivých štádiách progresie choroby najvhodnejší a najbezpečnejší typ starostlivosti, monitorovanie výskytu najrušivejších neuropsychiatrických symptómov a oddialenie finálnej inštitucionalizácie. V rámci komunitnej starostlivosti je tiež oveľa jednoduchšie poskytovať zároveň starostlivosť aj rodinám a opatrovníkom pacientov s demenciou, najmä v psychosociálnych centrách a svojpomocných skupinách.

Vo všetkých, ale najmä v pokročilejších štádiách demencie, sú dôležitou súčasťou starostlivosti aj **sociálne služby, vrátane kompenzácií**. V prílohe č. 3 k zákonu č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov sú jednotlivé ochorenia zaradené podľa miery funkčnej poruchy, pričom za osobou s ťažkým zdravotným postihnutím sa považuje osoba, ktorej miera funkčnej poruchy je najmenej 50%.

Špeciálny doplnok štandardu

Informovaný súhlas a postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bez súhlasu a návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou.

Informovaný súhlas pri diagnostike a liečbe demencie:

Každý zdravotnícky pracovník je povinný poučiť pacienta pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytovanej zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Túto povinnosť upravuje zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Pri liečbe pacienta s demenciou sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk). Ak je pacient s demenciou obmedzený v spôsobilosti na právne úkony súvisiace so zdravotnou starostlivosťou, podpisuje informovaný súhlas jeho súdom určený zákonný zástupca. Ak je pacientom s demenciou dieťa alebo adolescent, informovaný súhlas podpisuje zákonný zástupca - obvykle rodič.

Pri liečbe demencie sa najmä v pokročilejších štádiách môže vyskytnúť situácia, kedy sa takýto informovaný súhlas nevyžaduje. Súhlas pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nevyžaduje v prípadoch stanovených v § 6 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, čiže v prípade demencie ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu (§6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z.)

Postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 6 ods. 9 písm. d zákona č. 576/2004 Z. z.

Podľa § 253 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilného mimosporového poriadku zdravotnícke zariadenie, v ktorom je osoba umiestnená z dôvodov uvedených v osobitnom predpise, je povinné oznámiť súdu do 24 hodín prevzatie umiestneného bez jeho informovaného súhlasu. Oznamovaciu povinnosť má zdravotnícke zariadenie aj vtedy, ak umiestnený svoj informovaný súhlas odvolá, a to do 24 hodín od odvolania informovaného súhlasu. Ak je umiestnený, ktorý bol prijatý do zdravotníckeho zariadenia s informovaným súhlasom, obmedzený vo voľnom pohybe alebo styku s vonkajším svetom, je toto zdravotnícke zariadenie povinné urobiť oznámenie podľa odseku 1 do 24 hodín od takého obmedzenia.

Návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou

Prekladový list medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou by mal obsahovať informácie o zdravotnom stave v rozsahu:

1. dôvod hospitalizácie
2. popis klinického stavu pri prijatí
3. diagnostické intervencie
4. terapeutické intervencie vrátane nefarmakologických
5. popis klinického stavu pri prepustení
6. diagnostický záver s upresnením štádia demencie (ľahká, stredne ťažká, ťažká demencia)
7. odporučenie diagnostických a terapeutických postupov po prepustení.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit v prípade vydania 11. Revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaniach. Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do

zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Ideálny spôsob starostlivosti o pacientov s demenciou predstavuje komunitná starostlivosť s možnosťou ponechania pacienta čo najdlhšie v jeho prirodzenom rodinnom prostredí. Umožňuje poskytnúť pacientovi v jednotlivých štádiách progresie choroby najvhodnejší a najbezpečnejší typ starostlivosti, monitorovanie výskytu najrušivejších neuropsychiatrických symptómov a oddialenie finálnej inštitucionalizácie. V budúcnosti bude v rámci komunitnej starostlivosti tiež oveľa jednoduchšie poskytovať zároveň starostlivosť aj rodinám a opatrovníkom pacientov s demenciou, najmä v psychosociálnych centrách a svojpomocných skupinách.

Zo strany špecialistov by v rámci koordinovanej starostlivosti bolo potrebné vybudovať (resp. dobudovať) centrá včasnej diagnostiky kognitívnych porúch pri existujúcich psychiatrických a neurologických klinikách či oddeleniach, prípadne vytvoriť takéto špecializované centrá s dobrou dostupnosťou neuropsychologického vyšetrenia a volumometrického MRI vyšetrenia.

Kým bude vybudovaný systém komunitnej starostlivosti, ktorého prirodzenou súčasťou budú aj denné stacionáre, bolo by vhodné pokúsiť sa zriadiť tam, kde je to možné, takéto zariadenia ako zdravotnícke, nie sociálne zariadenia.

Literatúra

AGRONIN ME, MALETTA GJ, editors. Principles and practice of geriatric psychiatry. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 862 s.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-V), 5th ed. Washington: American Psychiatric Press, 2013. 991 s.

BIRKS J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1): CD005593.

DI SANTO SG, PRINELLI F, ADORNI F, CALTAGIRONE C, MUSICCO M. A meta-analysis of the efficacy of donepezil, rivastigmine, galantamine, and memantine in relation to severity of Alzheimer's disease. J Alzheimers Dis. 2013;35(2): 349–361.

GORNO-TEMPINI,M.L, HILLIS, A., WEINTRAUB, S. a kol. Classification of primary progressive aphasia and its variants. Neurology 2011;76:1006-1014.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA , J.: Psychiatrie. Druhé, doplněné a opravené vydání. TIGIS, 2004, 883 s.

IHL R, FRÖLICH L, WINBLAD B, SCHNEIDER L, BURNS A, MÖLLER H-J, a kol. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of Alzheimer's disease and other dementias. World J Biol Psychiatry. 2011;12(1): 2–32.

IHL R , BUNEVICIUS R, FRÖLICH L, WINBLAD B, SCHNEIDER LS, DUBOIS B, BURNS A, TH IBAUT F, KASPER S & MÖLLER HJ on behalf of the WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care and WFSBP Task Force on Dementias: World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines for the pharmacological treatment of dementias in primary care. Int J Psychiatry Clin Pract 2015; 19: 2–7. ISSN 1365-1501 print/ISSN 1471-1788 online. DOI: 10.3109/13651501.2014.961931

JIRÁK R. Extrakt z Ginkgo biloba EGb 761 v léčbě organických psychických poruch. Remedia. 2014;24(6): 479–482.

KRÁLOVÁ, M., 2016. Neuroprotektíva. In: PEČEŇÁK, J.; KOŘÍNKOVÁ, V. A KOL., 2016. Psychofarmakológia. Bratislava: Wolters Kluwer ISBN 978-80-8168-978-80-8168-542-2.

KRÁLOVÁ, M., CSÉFALVAY, Z., MARKOVÁ, J.: Kognitívno-komunikačné poruchy pri demenciách. Vydavateľstvo UK Bratislava, 2016, 126s.

KRÁLOVÁ, M. 2017. Demencie. Univerzita Komenského Bratislava, Lekárska fakulta. 88 s. Online ISBN 978-80-223-4307-7.

McKEITH I.G. a kol.: Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology 2017;89:88–100.
MCSHANE R, AREOSA SASTRE A, MINAKARAN N. Memantine for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(2): CD003154.
NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Dementia. A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. National Clinical Practice Guideline Number 42. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2007. ISBN: 978-1-85433-451-0.
Updated in March 2011 and September 2016.
NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. NICE Pathway last updated 27 March 2018. Online https://www.nice.org.uk/guidance/cg42.
RABOCH J, UHLÍKOVÁ P, HELLEROVÁ P, ANDERS M a ŠUSTA M. 2014. PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. B.m.: Psychiatrická společnost ČLS JEP. 208 s. ISBN 978-80-260-5792-5.
ROMAN GC A KOL. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN international workshop. Neurology, 1993; 43(2): 250–260.
STAHL, S.M., 2008. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. 3rd ed, Fully and expanded. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2008. 1117 s.
SCHMIDT R, HOFER E, BOUWMAN FH, BUERGER K, CORDONNIER C, FLADBY T, a kol. EFNS-ENS/EAN Guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. Eur J Neurol. 2015;22(6): 889–898.
TAYLOR DM, BARNES TRE, YOUNG AH, editors. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 13th edition. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; 2018, 854 s. ISBN 9781119442608.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Codification of Diseases, 10th edition (ICD 10). 1992. Medzinárodná klasifikácia chorôb – 10. revízia. 1992. BRATISLAVA: OBZOR, 1992. 171 s.
YOUSUF, R.M., FAUZI, A.R.M., WAI, K.T., AMRAN, M., AKTER, S.F.U., RAMLI, M. Potentially reversible causes of dementia. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health. 2010, vol. 2, No. 8, s. 258-265.
Zákon č. 461/2003 Z. z o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov
Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Dissociálna porucha osobnosti – štandardné diagnostické a terapeutické postupy

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0048	*20. septembra 2018*	*Schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PhDr. Katarína Kubašovská; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD; doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; MUDr. Marek Zelman

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; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Ing. Mgr. Mária Syneková

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

dissociálna porucha osobnosti, agresivita, anetickosť, prevencia, terapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

DPO	dissociálna porucha osobnosti
DSM 5	diagnostický a štatistický manuál duševných porúch 5
KBT	kognitívno behaviorálna terapia
MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb-10
VTI	videotréning interakcií

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Pediater – dostáva sa do kontaktu s dieťaťom a rodičom ako prvý, súčasťou komplexného pediatrického vyšetrenia je odobratie kompletnej anamnézy a zhodnotenie správy od neonatológa vrátane sociálneho prostredia rodiny (napr. prostredníctvom dotazníka), či ide o dieťa z rizikového tehotenstva (napr. tehotenstvo po umelom oplodnení, hroziaci predčasný pôrod, hypertenzia u matky, tehotenský diabetes, prekonanie infekčných ochorení, prežívanie závažného stresu, atď.), rizikový pôrod, sťažená popôrodná adaptácia, závažný ev. prolongovaný novorodenecký ikterus. V rámci nasledujúcich preventívnych prehliadok je potrebné sledovať: psychomotorický vývoj (u detí s ADHD sa často vyskytuje skorá vertikalizácia a chôdza už pred prvým rokom života, vynechanie alebo preskočenie fázy lozenia), vyšetrenie reči (slovná zásoba, plynulosť, správna výslovnosť), stav psychického vývinu, prejavy porúch správania, následne školská úspešnosť.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. V prevencii uplatňuje edukáciu, poradenstvo pre rodičov zamerané na výchovné postupy, komunikačné stratégie, vedenie rodičovských skupín, behaviorálny tréning rodičov, VTI (videotréning interakcií).

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. V prevencii uplatňuje edukáciu, poradenstvo pre rodičov zamerané na výchovné postupy, komunikačné stratégie, vedenie rodičovských skupín, behaviorálny tréning rodičov, VTI (videotréning interakcií).

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy, so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.
Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.
Sociálny pracovník – sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.
Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.
Špeciálny pedagóg - psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v ústavoch na výkon trestu odňatia slobody. V rámci prevencie vykonáva depistáž v materských školách (napr. Dotazník správania sa predškolských detí, T18), špeciálnopedagogickú diagnostiku (posúdenie úrovne motoriky - hrubej, jemnej, grafomotoriky, motoriky artikulačných orgánov, pohybovej koordinácie, senzomotoriky, vyšetrenie telovej schémy, percepcie, komunikácie, orientácie, sociálnych faktorov - rodinné zázemie, školské prostredie, vrstovnícke vzťahy a pod.), telesné a psychické charakteristiky (vývinové ukazovatele, emócie, motivácia, atď.), správanie, úroveň schopností a spôsobilostí (hlavne školských spôsobilostí, t. j. čítanie, písanie, počítanie a pod.), štruktúrovaný rozhovor napr. pomocou Pelhamovho dotazníka, Connersovej škály pre rodičov a učiteľov. V prevencii tiež uplatňuje edukáciu rodičov a učiteľov, realizuje výchovné poradenstvo pre rodičov, metodické vedenie a podporu učiteľov materských a základných škôl, tiež vykonáva behaviorálne tréningy pre rodičov a učiteľov.

Úvod

Základným znakom dissociálnej poruchy osobnosti je podľa Praška (2003) dlhodobý vzorec sociálne anetického správania, ktorý odráža nezáujem o práva druhých ľudí. Postihnutý je charakterizovaný nezodpovednosťou, porušovaním práv a vedomým podvádzaním druhých bez pocitov viny. Dissociálni jedinci majú veľmi nízku frustračnú toleranciu a nízky prah pre výbuchy agresivity a násilia, chýba im súcit a empatia. Nedodržiavajú spoločenské pravidlá a záväzky, morálku, či zavedené zvyklosti. Títo jedinci ignorujú následky svojho správania, nedokážu sa dostatočne poučiť zo skúsenosti, sú zameraní hlavne na seba, neberú do úvahy pocity druhých a opakovane porušujú pravidlá. Za všetky neúspechy obviňujú druhých a svoje konfliktné správanie ospravedlňujú a racionalizujú (Livesley, 2007).
Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adoptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Dissociálna porucha osobnosti je multifaktiorálne podmienená, v jej etiológii sa teda uplatňujú ako genetické faktory (dedičnosť), tak aj biologické vplyvy, ktoré môžu pôsobiť v priebehu pre-/peri-/post-natálneho obdobia (napr. užívanie alkoholu/drog v priebehu tehotenstva, komplikovaný pôrod, nízka pôrodná hmotnosť, mozgová hypoxia/asfyxia, atď.), psychosociálne a socioekonomické faktory. Z metaanalýz (podľa NICE guidelines, 2013) rezultuje niekoľko rizikových faktorov spojených s neskorším výskytom DPO. Sú to problémy v správaní v predškolskom, školskom a adolescentnom veku, ADHD /Attention Deficit Hyperactivity Disorder/ prejavy, rodinné faktory /antisociálne správanie rodičov či drsný, krutý výchovný štýl rodičov/ a sociálno-ekonomické faktory /napr. nízky

socioekonomický status/. Avšak to neznamená, že sa následkom týchto podmienok musí táto nutne porucha prejaviť. Z viacerých prospektívnych longitudinálnych štúdií (Robins a kol.,1991, Simonoff a kol., 2004) vyplýva, že približne u 40- 70% detí s poruchami správania, agresívnym správaním, či prejavmi ADHD, toto správanie pretrváva aj do dospelosti a prejavuje sa ako DPO. Z tohto dôvodu je pre prevenciu vzniku DPO kľúčový včasný skríning, depistáž, diagnostika a intervencia u detí a adolescentov s poruchami správania. U detí z rizikovej skupiny sa uplatňuje selektívna prevencia, ktorá je cielená na subpopuláciu v podmienkach vysokého rizika (napr. deti závislých rodičov) a indikovaná prevencia, zameraná na jednotlivcov prejavujúcich špeciálne znaky a symptómy (maladaptívne prejavy správania v predškolskom veku). Dôležitá je realizácia takých preventívnych programov, ktoré sú zamerané na rozvíjanie socio-emocionálnych a komunikačných kompetencií. Napr. programy pre predškolákov („Aby každý z nás mohol rásť...“, „Aj ja sa teším do školy!“), preventívne programy určené pre deti na 1. a 2. stupni ZŠ („Srdce na dlani“, „Akí sme?“, „Cesta!). Možno čerpať aj zo zahraničných programov typu „tréning rodičov“ (Webster-Stratton, 2010; NICE guidelines, 2013).

Z viacerých ekonomických štúdií vyplýva, že z dlhodobého hľadiska včasne realizované preventívne intervencie môžu viesť k významnej úspore finančných prostriedkov vynakladaných na sociálne dávky a trestno-právne konania(NICE guidelines, 2013).
Primárna prevencia teda spočíva najmä v osvetovej a prednáškovej činnosti lekárov, pedagógov a psychológov, ktorí budú viesť rodičov a vychovávateľov k takým výchovným postupom, ktoré uľahčia zvereným deťom ich vlastný osobnostný vývoj a čo najlepšie zvládanie vývojových úloh. V tom sú užitočné všetky aktivity, ktoré vedú k zvyšovaniu sebavedomia a interpersonálnych zručností rodičov a opatrovateľov.
Sekundárna prevencia u pacientov s DPO sa zameriava na dôsledné sledovanie komorbidity, agresívneho správania, motivovaní pacienta k spolupráci a udržaní kontaktu s terapeutickými podpornými aktivitami.

Epidemiológia

Celková prevalencia DPO sa v populácii pohybuje od 0, 2 – 9, 4%, u hospitalizovaných psychiatrických pacientov 3 -37% a až 75% u väzňov. Je častejšia u mužov v pomere 2:1 až po 7:1 (Praško, 2015). Dissociálna porucha osobnosti je medzi odsúdenými častá, v celosvetových prehľadoch sa výskyt DPO uvádza u 47% mužov a 21% u žien (Fazel, 2002).

Patofyziológia

Tak ako u väčšiny psychických porúch je výsledný obraz poruchy kombináciou biologickej a psychosociálnej etiológie. Viding a kol. (2008) zistili, že deti, ktoré začali páchať priestupky v ranom veku a so zvýraznenou agresivitou, mali k tomuto správaniu zvýšenú heritabilitu. Avšak aj keď sú dôkazy, že agresívne protispoločenské správanie je v mozgu „zakódované“ od raného veku, tieto deti tiež často pochádzajú z rodinného prostredia s prísnou, či nekonzistentnou výchovou, boli fyzicky, sexuálne, či emocionálne zneužívané rodičmi, ktorí často sami zneužívali návykové látky, čo ich predpoklady k antisociálnemu správaniu zhoršuje. Štúdie adoptovaných detí ukazujú interaktívny účinok genetickej vulnerability a averzívneho prostredia, čo kumuluje patológiu viac ako by sme očakávali len pri jednom vplyve (Cadoret a kol, 1995).
Za etiologicky signifikantné vo vývoji DPO sa uvádzajú aj socioekonomické faktory, napr. časté sťahovania, rozpad rodiny, chudoba, mestské prostredie, nepravidelná školská dochádzka. Manifestácia DPO vychádza z dvoch možných vzorcov. Ostražitý vzorec fyziologického autonómneho profilu je silne spojený s vývinom jedinca. Vigilantné vzorce sa vytvárajú v stresovom prostredí, kde umožňujú jedincovi efektívne a pružne zvládnuť nebezpečenstvo a hrozbu z fyzikálneho a sociálneho prostredia.

Preto je vigilantný typ charakterizovaný vysokou bazálnou aktivitou sympatika a HPA a vysokou reaktivitou obidvoch fyziologických systémov. Naproti tomu základná parasympatiková aktivita a reaktivita je nízka. Zotavovacia fáza je predĺžená, ostražitým ľuďom trvá dlho, než sa vrátia na základnú úroveň po sympatikovej a HPA aktivácii a ich habituácia je pomalšia (Gunnar, 2006). Ostražitý fenotyp sa rozvinie u temperamentovo obtiažnych/inhibovaných detí, ktoré sú vystavené častým a príliš silným stresovým podmienkam vo svojom ranom živote, čo vedie k prehnanej regulácii stresovej reaktivity. Zvlášť úzkostní a hyperprotektívni rodičia dávajú signál dieťaťu, že prostredie je nebezpečné a nepredvídateľné, čo vedie k rozvoju ostražitého fenotypu u temperamentovo labilných detí (Rubin, 2002). Pre mužov je typický vigilantne agonistický vzorec s dominantnou reakciou útok a pre ženy vzorec ostražitého stiahnutia. Muži s chýbajúcou emocionalitou majú nízku úroveň empatie a sociálnej kooperácie a majú sklon k vysokému riziku antisociálneho/rušivého správania. Tieto špecifické behaviorálne charakteristiky sú pravdepodobne spôsobené pohlavnými hormónmi, zvlášť antisociálne správanie je spojené s vysokou úrovňou androgénov (testosterónu, dehydroepiandrosteronu) sprevádzané nízkou úrovňou kortizolu.

Klasifikácia

Diagnostické kritériá MKCH 10 pre F60.2 – Dissociálnu poruchu osobnosti

A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti.
B. Musia byť splnené najmenej tri z nasledujúcich príznakov:

1. chladný nezáujem o pocity druhých
2. hrubý a trvalý postoj nezodpovednosti a bezohľadnosti voči spoločenským normám, pravidlám a záväzkom
3. neschopnosť udržať trvalé vzťahy pri nedotknutej schopnosti takéto vzťahy bez ťažkostí vytvárať
4. veľmi nízka tolerancia k frustrácii a nízky prah pre uvoľnenie agresie, vrátane násilia
5. neschopnosť cítiť vinu a poučiť sa zo skúsenosti, zvlášť trestu
6. výrazná tendencia prenášať vinu na iných alebo k uvádzaniu racionálneho vysvetlenia pre správanie, ktoré jedinca privádza do konfliktu so spoločnosťou.

Ako pridružená črta môže byť prítomná pretrvávajúca iritabilita. Diagnózu môžu ďalej podporovať poruchy správania v detstve a dospievaní, hoci nemusia byť trvale prítomné.

Klinický obraz

Vzorec nerešpektovania a pohŕdania právami ostatných nastupuje už v detstve alebo ranej adolescencii a pokračuje do dospelosti. Títo ľudia často už od detstva kradnú, klamú, týrajú slabších rovesníkov alebo zvieratá, chodia poza školu, vytvárajú asociálne partie a majú problém s autoritami.
Jedinci s disociálnou poruchou osobnosti postrádajú empatiu, bývajú bezcitní, nedokážu udržať trvalý vzťah. Niekedy sú prehnane a arogantne sebavedomí, môžu disponovať povrchným šarmom a verbálnou pohotovosťou. Jedinci s touto poruchou sa často ocitajú vo väzeniach, aj keď kriminálne aktivity sami o sebe nemusia znamenať prítomnosť DPO (Raboch a kol., 2015). Oproti ostatným ľuďom v bežnej populácii sú jedinci s DPO náchylnejší k predčasnej smrti násilnou cestou (napr. samovraždou, pri nehode, zabitím). Mávajú nízky prah pre výbuchy agresivity a násilia a podobne radikálne môžu pristupovať k samovražednému správaniu (Mulder a kol., 2011). Hoci v správaní dominuje nadmerná ziskuchtivosť a chýbanie škrupulí, suicidalita pri DPO je relatívne vysoká (Krysinska a kol,, 2006; Fazel, 2002). Často sa u pacientov s DPO kombinuje niekoľko faktorov zvýšeného rizika: impulzivita, porucha nálady, vysoká tenzia, abúzus alkoholu, či iných návykových látok a nedostatočná sociálna podpora.

Diagnostika (postup určenia diagnózy)

Diagnostika dissociálnej poruchy osobnosti sa opiera o psychiatrické a psychodiagnostické vyšetrenie a heteroanamnestické údaje.

Psychiatrické vyšetrenie – anamnéza, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH -10 a psychopatologický rozbor. Počas vyšetrenia popíšeme klinický obraz poruchy, pričom sa opierame o diagnostické kritériá podľa MKCH-10.

Heteroanamnestické údaje - od príbuzných a blízkych osôb pacienta sú tiež veľmi dôležité pri diagnostikovaní porúch osobnosti, získavame ich aj opakovane pre spresnenie diagnostiky a identifikáciu faktorov v kontexte vývinovej a sociálnej adaptácie.

Psychodiagnostické vyšetrenie – využíva kombináciu klinických a testových metód. V klinických metódach je dôležité zhodnotenie vývinových aspektov. Je výhodou, ak sú tiež k dispozícii objektívne informácie od blízkych osôb. Pri interpretácii testových metód /sebaposudzovacie škály a dotazníky/ treba byť obozretný vzhľadom na možnosť skresleného sebavnímania a interferenciu aktuálnej psychopatologickej symptomatiky. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti sú štruktúrované diagnostické interview, ktoré umožňujú odlíšiť trvalé osobnostné charakteristiky od stavových charakteristík, ktoré sú v čase viac variabilné (Smolík, 2006).
V prístupe jednak ku klinickému tak i psychodiagnostickému posúdeniu prítomnosti špecifickej poruchy osobnosti (najmä vzhľadom k individualizácii posúdenia a plánovaniu terapeutickej stratégie) je vhodné rozširovať kategoriálny rámec uvažovania o rozmer dimenzionálny. Perspektívne sa javí v praxi relevantné hodnotenie A/ stupňa postihu osobnostného fungovania a B/ hodnotenie rysových variantov v rámci širších domén (Raboch a kol., 2015).
V prípade spáchania násilných trestných činov alebo ich vážnej hrozby, by sa odborníci mali spojiť s orgánmi činnými v trestnom konaní, zvlášť v prípade zraniteľných osôb.
Pri diagnostikovaní osoby s podozrením na DPO by mali odborníci na duševné zdravie v sekundárnej a súdnej (forenznej) starostlivosti čo najúplnejšie posúdiť:

1. Antisociálne správanie,
2. Fungovanie osoby, jej zvládacie stratégie, prednosti a nedostatky,
3. Komorbidné duševné ochorenia (vrátane depresie a úzkosti, zneužívanie drog alebo alkoholu, prítomnosť postraumatickej stresovej poruchy a iných porúch osobnosti,
4. Potrebu psychologickej (psychoterapeutickej) liečby, sociálnej starostlivosti a podpory, zamestnaneckej rehabilitácie a ďalšieho vývinu poruchy (NICE guidelines, 2013).

Diferenciálna diagnostika - je nevyhnutné vylúčiť v rámci klinického vyšetrenia iné ochorenia kódované pod inými kategóriami MKCH-10 (Raboch a kol., 2015, Praško, 2015, Robinson, 2001).

Iné špecifické poruchy osobnosti:
Narcistická porucha osobnosti - rovnako ako pri DPO môže mať takýto jedinec tendenciu k povrchnosti, vykorisťovaniu iných ľudí a nedostatku empatie, ale nevykazuje znaky akými sú impulzivita, agresivita a podvádzanie. Narcistický jedinec zneužíva z titulu pocitu svojej výnimočnosti, dissociálny jedinec najmä za účelom materiálneho zisku.
Histriónska porucha osobnosti - títo ľudia nemajú primárne sklon k antisociálnemu správaniu. Keď sa to objaví, súvisí to skôr s nezvládnutými emóciami a nie z potreby mať priamy zisk zo situácie.
Hraničná porucha osobnosti - ľudia s touto poruchou osobnosti môžu spáchať asociálny čin hlavne v okamžikoch nezvládnutých emócií a naviac sú tu prítomné časté sebapoškodzovania a samovražedné

pokusy. Jedinci s DPO bývajú menej emočne nestabilní a agresívnejší ako hraniční jedinci. *Paranoidná porucha osobnosti* - môžu vykazovať asociálne správanie, to ale zvyčajne nie je motivované túžbou po osobnom prospechu alebo snahou zneužívať iných, ako je to u jedincov s DPO, ale je skôr motivované túžbou po pomste.

Iné duševné poruchy so psychotickými symptómami: Porucha s bludmi, schizofrénia, bipolárna afektívna porucha. Asociálne správanie môže vzniknúť ako následok bludov a halucinácií a v takom prípade by nemalo byť diagnostikované ako DPO. Môže sa však vyskytovať súbežne.

Poruchy vyvolané účinkom psychoaktívnych látok: Asociálne správanie sa môže objaviť ako dôsledok užívania psychoaktívnych látok. Môže sa však vyskytovať ako komorbididná porucha.

Mentálna retardácia: Asociálne správanie sa môže objaviť ako dôsledok zníženého intelektu a nedostatku kognitívnej kontroly nad správaním. Môže sa však vyskytovať tiež ako komorbidita. Kriminálne správanie v dospelom veku za účelom zisku, ktoré ale nesprevádzajú osobnostné črty, ktoré sú typické pre DPO.
ADHD v dospelosti: Títo postihnutí sa tiež môžu dostať do konfliktu so zákonom, ale dominujúcou črtou je impulzívne správanie (netrpezlivosť). DPO môže tiež imitovať nezvládnutú postraumatickú stresovú poruchu. Jedinci s DPO môžu často trpieť dysforickými alebo depresívnymi zmenami nálad, niektorou z úzkostných porúch, intrapsychickým napätím, neschopnosťou znášať nudu. Z výsledkov štúdie Goodwina a kol. (2003) vyplynulo, že polovica ľudí s DPO trpela súčasne úzkostnými poruchami a štvrtina z nich trpela depresívnou poruchou (Lenzenweger a kol., 2007). Tieto údaje sú dôležité o. i. z toho dôvodu, že prítomnosť DPO ako takej predstavuje vysoko pravdepodobne negatívny moderátor celkovej liečebnej odpovede. DPO sa konceptuálne silne prekrýva (ale v súčasnom výskume a teórii nie je totožná) s opisom tzv. antisociálnej poruchy osobnosti a tiež psychopatie a sociopatie.

Liečba

V celkovom manažmente liečby porúch osobností je **optimálne v každom individuálnom prípade vychádzať z kombinácie farmakoterapie a psychoterapie** (Herpertz a kol., 2007, Bateman a kol., 2015). V súčasnej dobe neexistuje jednoznačný odporúčaný postup liečby DPO ani vo všeobecne uznávaných odporúčaniach. Kauzálna farmakoterapia porúch osobnosti neexistuje (Duggan a kol., 2007). Cieľom psychofarmakoterapie je pri tejto skupine ochorení liečba komorbidných duševných porúch, ktoré sa v súbehu s nimi vyskytujú častejšie ako v ostatnej populácii. Pri niektorých poruchách osobností je možné psychofarmakami ovplyvniť niektoré ich symptómy. Jej predpokladom je, že u DPO majú mnohé prejavy správania biologický základ a sú spojené s neurochemickými abnormitami centrálneho nervového systému (Coccaro a kol., 1996a, 1996b). Ak sa pacient s DPO dostane do terapie, je potrebné v prvom rade zvážiť jeho motiváciu k liečbe a otvorene s ním o tom hovoriť, pretože práca na osobnostnej zmene je v tomto prípade veľmi náročná. Motiváciu je potrebné zvažovať priebežne, pretože ak je jeho motívom mať z terapie iné zisky (invalidný dôchodok) alebo vyhnutie sa trestu, terapia nebude účinná.

Všeobecné zásady **farmakologickej liečby porúch osobnosti:**

1. Primárnym cieľom psychofarmakoterapie je liečba eventuálnej komorbidnej duševnej poruchy - depresia, anxieta, PTSP, psychóza, insomnia, afektívna porucha, závislosť od alkoholu alebo drog. V takomto prípade sa postupuje podľa príslušného štandardného postupu.

2. Farmakologická liečba symptómov poruchy osobnosti je indikovaná pri zlyhaní respektíve nedostatočnej účinnosti psychoterapeutických intervencií a ako komedikácia popri psychoterapii.
3. Pacient musí byť informovaný, že ide o liečbu mimo indikácií liekov uvedených v SPC.
4. Pri indikovaní liečby je nevyhnutné posúdenie eventuálneho potenciálu lieku vyvolávať závislosť resp. potenciovať účinok alkoholu a iných návykových látok.
5. Vzhľadom na zvýšené riziko suicidálneho/sebapoškodzujúceho správania pri poruchách osobnosti je potrebné zvážiť pri indikovaní farmakoterapie pomer rizika a benefitu pri predávkovaní, či intoxikácii. Pri existencii takéhoto rizika je nevyhnutné predpisovať jednorazovo minimálne množstvá liekov.
6. Pacienta je potrebné edukovať o vyššie uvedených rizikách.
7. Stav pacienta musí byť pravidelne kontrolovaný vrátane compliancie a eventuálnych nežiaducich účinkov podľa odporučení pre skupiny psychofarmák.
8. Účinnosť liečby musí byť pravidelne preverovaná, podávanie psychofarmák bez preukázateľného účinku po troch mesiacoch nie je indikované.

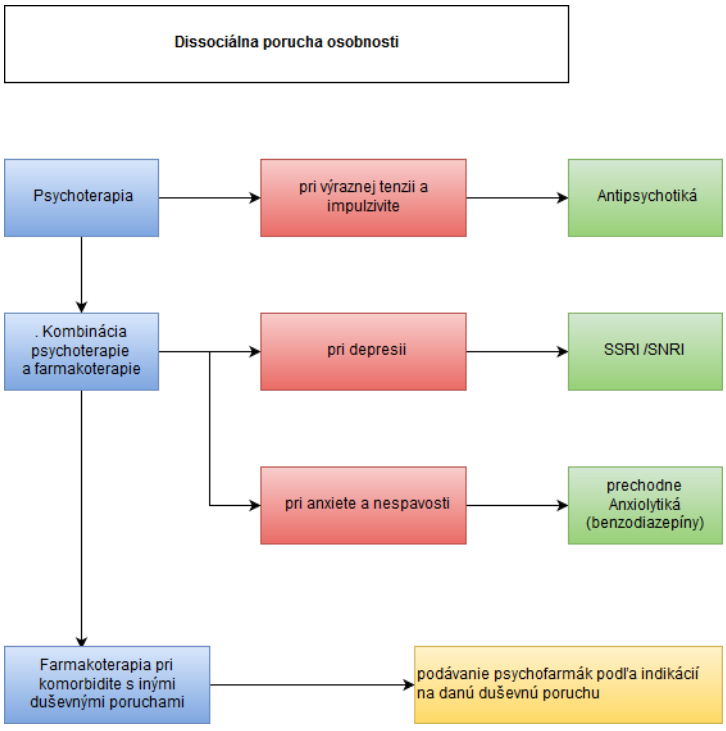
Pri dissociálnej poruche osobnosti nie je indikovaná rutinná farmakoterapia na zvládanie prejavov agresivity, impulzivity či hnevu (NICE guidelines, 2013). Khalifa a kol. (2009) neuvádzajú ako jednoznačne účinnú žiadnu medikáciu, efekt liečby bol preukázaný len na *úrovni D* pri obsolentnej medikácii ako je fenytoín, bromokryptín a nortryptilín. Vychádzajúc z klinickej praxe a racionálnej farmakoterapie v odôvodnených prípadoch môžeme použiť psychofarmaká, najčastejšie zo skupiny antipsychotík ev. anxiolytík. Aj keď samotné **psychoterapeutické intervencie** pri DPO majú svoje limity, liečebné postupy pre čiastkové diagnostikované symptómy pri DPO sú lepšie rozpracované, zvlášť pri zvládaní agresie. Kognitívno-behaviorálna terapia /KBT/ koncepčne vysvetľuje dissociálne správanie prítomnosťou dysfunkčných postojov k sebe, druhým a budúcnosti. Cieľom je zmeniť zjednodušené konkrétne myslenie na uvažovanie v širších súvislostiach a alternatívnych možnostiach, aby pacient získal širší, prosociálnejší spôsob interagovania s ostatnými. KBT k tomu využíva diskusie, štruktúrované kognitívne cvičenia a behaviorálne experimenty - nácvik zvládania impulzívneho správania a agresie, nácvik empatie a pod. U pacientov s DPO je ľahšie ovplyvniť temperamentové vlastnosti - výbušnosť, impulzivitu a agresivitu ako charakterové kvality (Praško, 2015). Máme k dispozícii úroveň dôkazov (A) Antisocial Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment, Management and Prevention (National Clinical Practice Guideline) (2013) pre kognitívne a behaviorálne liečebné postupy, ktoré sú stredne efektívne u porušovateľov zákona. To je dôležité zistenie najmä z toho dôvodu, že zníženie agresie a hnevlivosti nie je účinné, keď osoba pokračuje v protispoločenskom správaní. Aj z ekonomických analýz vyplýva, že uplatňujúc tieto kognitívne a behaviorálne postupy, možno potenciálne znížiť náklady na celkovú liečbu a súvisiace náklady (podľa Antisocial Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment, Management and Prevention (2013).

Aplikácia skupinových kognitívnych a behaviorálnych intervencií sa doporučuje aj pre ľudí s DPO, ktorí nemali vážne problémy so zákonom. Na základe týchto údajov je užitočné aplikovať skupinové kognitívne a behaviorálne postupy na zvládanie problémov s impulzivitou, problémami v medziľudských vzťahoch a asociálnym správaním u ľudí s DPO, vrátane problémov so zneužívaním návykových látok v ambulantnej a nemocničnej starostlivosti. Pre účinnosť skupinových kognitívnych a behaviorálnych postupov počas výkonu trestu, ktoré znižujú u adolescentov pravdepodobnosť budúcich trestných činov existujú stredne silné ale štatisticky signifikantné dôkazy (NICE guidelines, 2013). Pacientom s DPO, ktorý zároveň zneužívajú návykové látky, zvlášť opiáty či psychostimulačné látky je potrebné poskytnúť psychoterapeutické intervencie podľa odporúčaní štandardov pre liečbu

drogových závislostí. Pri komorbidite DPO a návykových látok treba zvážiť pokračovanie liečby v resocializačnom, či inom špecializovanom zariadení v rámci komunitnej liečby.
V prípade, že nie je k dispozícii skupinová kognitívna a behaviorálna liečba alebo ju pacient odmieta a preferuje iné formy liečby je možné použiť aj **iné psychoterapeutické postupy** napr.: podporné psychoterapeutické metódy, krízovú psychoterapeutická intervencia v odôvodnených prípadoch, racionálnu náhľadovú podpornú psychoterapiu, psychologickú liečbu druhého stupňa - čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie), iné špecifické psychoterapeutické metódy v zmysle certifikovaných smerov, rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu pacienta a rodinných príslušníkov. Psychoterapia môže byť formátu individuálneho alebo skupinového (Robinson, 2001).
Pri voľbe akejkoľvek psychoterapeutickej intervencie je potrebné zohľadňovať špecifiká príslušnej poruchy osobnosti (Bartak a kol. 2011). V súčasnej dobe neexistuje psychoterapia alebo farmakoterapia, ktorá by bola dôsledne úspešná v redukovaní sociopatie. Vo všeobecnosti jedinci s DPO neprofitujú z ambulantnej psychoterapeutickej starostlivosti. Metódou voľby je najčastejšie inštitucionálna liečba s celodenným režimom. V rámci nej možno realizovať formy skupinovej psychoterapie, individuálnej psychoterapie a ich kombináciu.

Podporná terapia

Pri vytvorení terapeutického vzťahu treba brať do úvahy tendenciu dissociálnych jedincov manipulovať, provokovať, využívať. Je dôležité zostať morálne neutrálny, nemoralizovať ale ani nevyvolať dojem súhlasu s asociálnymi činmi. Terapeutický vzťah popri chápajúcom a ústretovom postoji terapeuta by mal mať jasne a pevne stanovené pravidlá a hranice. Liečba pacientov s DPO sa zameriava na prijatie väčšej zodpovednosti za svoje vlastné správanie a uvedomenie si, že jeho problémy vychádzajú z jeho činov. Šanca na zmenu je vtedy, ak pacient pochopí, že dlhodobé dôsledky jeho správania sú pre neho významnejšie ako tie krátkodobé (Glenn a kol., 2013).



Prognóza

Postupne po 45. roku života môže dôjsť k zmierneniu agresívneho správania (Höschl a kol., 2004).

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Poruchy osobnosti s vyššou závažnosťou alebo nepriaznivým priebehom môžu viesť k invalidizácii človeka. Podľa Prílohy č. 4 - Percentuálna miera poklesu zárobkovej činnosti podľa druhu zdravotného postihnutia orgánov a systémov - k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, je miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosť pre stredne ťažké paranoidné poruchy osobnosti s miernym obmedzením výkonnosti organizmu, určená hodnotou 20% - 30% a pre ťažké narušenie osobnosti so závažným obmedzením výkonnosti organizmu až dezintegráciou , 50% - 80%.

Taktiež komorbidita s ďalšími psychickými poruchami napr. ťažkou formou depresie, či obsedantne kompulzívnej poruchy môže viesť až k invalidizácii pacienta.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Zabezpečenie starostlivosti je v gescii Ministerstva zdravotníctva SR, Ministerstva školstva SR, Ministerstva práce a sociálnych vecí SR a Ministerstva spravodlivosti SR. Za odborné vedenie sú zodpovedné odborné spoločnosti. Za vzdelávanie jednotlivé pregraduálne a postgraduálne inštitúcie. Organizácia starostlivosti je multidisciplinárna a viacúrovňová. Štandardný diagnostický a terapeutický postup je určený pre zdravotníkov v primárnom kontakte, pre špecializovanú zdravotnú starostlivosť, iných zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa dostávajú do priameho kontaktu a rozhodujú o liečbe DPO, odborných pracovníkov v sociálnej sfére, znalcov pre posúdenie vyžadované štátnymi orgánmi, odborných pracovníkov v nápravno-výchovných ústavoch, v centrách pedagogicko-psychologického poradenstva a centrách špeciálno-pedagogického poradenstva, liečebných výchovných sanatóriách, reedukačných centrách, resocializoačných centrách a iných odborných pracovníkov liečiacich ľudí s DPO. Za liečbu ľudí s dissociálnou poruchou osobnosti sú zodpovedné viaceré odbornosti a zariadenia, hlavne vo väzenskej sfére, avšak tiež v zdravotníctve, hlavne pri liečbe komorbidných porúch. Prevenciu poruchy vykonávajú zariadenia v pôsobnosti Ministerstva školstva SR a Ministerstva práce a sociálnych vecí SR. Manažment a liečba dissociálnej poruchy osobnosti je potom vykonávaná nasledovne:

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár a všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Pediater – dostáva sa do kontaktu s dieťaťom a rodičom ako prvý, súčasťou komplexného pediatrického vyšetrenia je odobratie kompletnej anamnézy a zhodnotenie správy od neonatológa vrátane sociálneho prostredia rodiny (napr. prostredníctvom dotazníka), či ide o dieťa z rizikového tehotenstva (napr. tehotenstvo po umelom oplodnení, hroziaci predčasný pôrod, hypertenzia u matky, tehotenský diabetes, prekonanie infekčných ochorení, prežívanie závažného stresu, atď.), rizikový pôrod, sťažená popôrodná adaptácia, závažný ev. prolongovaný novorodenecký ikterus. V rámci nasledujúcich preventívnych prehliadok je potrebné sledovať: psychomotorický vývoj (u detí s ADHD sa často vyskytuje skorá vertikalizácia a chôdza už pred prvým rokom života, vynechanie alebo preskočenie fázy lozenia), vyšetrenie reči (slovná zásoba, plynulosť, správna výslovnosť), stav psychického vývinu, prejavy porúch správania, následne školská úspešnosť.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.
Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť , podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.
Sociálny pracovník- sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.
Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.
Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.
Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

V prípade tejto poruchy je v určitých prípadoch dôležitá súčinnosť orgánov činných v trestnom konaní, taktiež spolupráca, edukácia a podpora rodinných príslušníkov.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívneho psychoterapeutického režimu.
Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.
Denné psychiatrické stacionáre - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.
Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti s materiálno - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - psychoterapia, psychoedukácia.
Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo - v rámci celkového manažmentu pacienta, po stabilizácii stavu pacienta. Pri poruchách osobnosti len vo výnimočných prípadoch (napr. pri suicidálnom konaní) dochádza k naplneniu kritérií pre nutnosť nedobrovoľnej liečby. Všeobecný lekár/ lekár RLP, ak zistí suspektné prejavy duševnej poruchy: posúdi, či pacient svojim správaním ohrozuje seba, svoje okolie alebo hrozí vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu - ak áno, zabezpečí prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Ak takéto riziko nehrozí, odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie. Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár /lekár záchrannej zdravotnej služby/ vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie, postupuje podľa príslušného štandardu. Definitívne posúdenie rizika ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra. Ak sa na všeobecného lekára, službukonajúceho lekára APS (Ambulantná

pohotovostná služba), lekára urgentného príjmu nemocnice alebo ambulantného psychiatra v ich riadnom pracovnom čase obráti zainteresovaná osoba (napr. príbuzní duševne chorého, príslušníci polície a podobne) s informáciami svedčiacimi o tom, že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojím správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí bezprostredné ohrozujúce vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí tento lekár prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia prostredníctvom záchrannej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Pojem zainteresovaná osoba je termín zadefinovaný v novom ZZV.

Alternatívne odporúčania

Alternatívne liečebné postupy t. č. nie sú známe. Vo všeobecnosti u pacientov s poruchou osobnosti je dôležité, aby si osvojili základné zásady zdravého životného štýlu a psychohygieny, vrátane postupov na redukciu stresu. Bazálnou je vždy koordinovaná psychiatrická a psychoterapeutická starostlivosť, alternatívnym doplnkom môže byť angažovanie pacienta v svojpomocných skupinách alebo aj dobrovoľníckych aktivitách.

Špeciálny doplnok štandardu

Pri liečbe porúch osobnosti sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk), pričom pacienta aj príbuzných dostatočne zrozumiteľne a individuálne poučí ošetrujúci lekár.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit v prípade vydania 11. Revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaniach.
Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu je plánovaný do 1. roka od jeho vydania kedy má byť vytvorený jednotný komplexný manažment pacienta s dissociálnou poruchou osobnosti spolu s OPS klinická psychológia.
Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Potreba vytvoriť „Tím krízovej intervencie“ ako súčasť centra integrovanej starostlivosti: zložený zo zdravotníckych pracovníkov rôznych profesií – kompetencie podľa zloženia tímu - poskytovanie krízovej intervencie (najmä zhodnotenie rizika, podporná psychoterapia, ev. farmakoterapia) pre zvládanie akútnych reaktívnych i nie situačne podmienených dekompenzáciách stavu ľudí s poruchami osobnosti s ev. pokračovaním intervencie v iných segmentoch zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

BARTAK A. a kol. (2011) *Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders,* Psychother Psychosom; 80(1):28-38
BATEMAN, A. W., GUNDERSON, J., MULDER, R. (2015) *Treatment of personality disorder.* The Lancet. 385, 9969, 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5. ISSN 01406736.
CADORET, R. J., Yates, W. R., Troughton, E., a kol. (1995) *Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders.* Archives of General Psychiatry, 52, 916–924
COCCARO, E. F., Kavoussi, R. J., Sheline, Y. I., a kol. (1996a) *Impulsive aggression in personality disorder correlates with tritiated paroxetine binding in the platelet*. Archives of General Psychiatry, 53, 531–536

COCCARO, E. F., Berman, M. E., Kavoussi, R. J., a kol. (1996b) *Relationship of prolactin response to d-fenfluramine to behavioural and questionnaire assessments of aggression in personality disordered men.* Biological Psychiatry, 40, 157–164
DUGGAN, C., Adams, C., McCarthy, L., a kol. (2007a) *Systematic review of the effectiveness of pharmacological and psychological strategies for the management of people with personality disorder.* NHS National R&D Programme in Forensic Mental Health. (2008) Available at: http://www.nfmhp.org.uk/MRD%2012%2033%20Final%20Report.pdf [accessed March 2008]
DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. (2015) *Diagnostika a terapie duševních poruch.* Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-4826-9
FAZEL, S. & Danesh, J. (2002) *Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys.* Lancet, 359, 545–550
GLENN, A. L., JOHNSON, A. K., RAINE, A. (2013) *Antisocial Personality Disorder: A Current Review*. Current Psychiatry Reports, roč. 15, č. 12, s. 427. doi: 10.1007/s11920-013-0427-7. ISSN 1523-3812, 1535-1645
GOODWIN, R. & Hamilton, S. P. (2003) *Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community*. Psychiatry Research, 117, 159–166
GUNNAR M.R, Vazques D. (2006) *Stress neurobiology and developmental psychopathology.* In: Developmental Psychopathology, vol. 2. Cicchetti D., Cohen D.J. (eds), Wiley, Hoboken, pp 533-577. 4, 61–75
HERPERTZ, Sabine C. a kol. (2007) *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders.* The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry, roč. 8, č. 4, s. 212–244. doi: 10.1080/15622970701685224. ISSN 1562-2975
HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. (2004) *Psychiatrie*. Praha: Tigis, ISBN 978-80-900130-7-0
KHALIFA, Najat a kol. (2009) *Pharmacological interventions for antisocial personality disorder*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Ed. The Cochrane Collaboration. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, Pharmacological interventions for antisocial personality disorder[online]
KRYSINSKA K, Heller T.S., De Leo D: (2006) *Suicide and deliberate self-harm in personality disorders*. Current Opinion in Psychiatry; 19(1): 95-101
LENZENWEGER, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., a kol. (2007) *DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication.* Biological Psychiatry, 5, 553–564
LIVESLEY, J. W. (2007) *A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder.* Journal of Personality Disorders, 21, 199–224
*MKCH – 10. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov (1993), 10. revízia.*Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5
MULDER RT, Newton-Howes G, Crawford MJ, Tyrer PJ (2011) The central domains of personality pathology in psychiatric patients. Journal of Personality Disorders,25(3): 364-377
NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (UK) (2010) *Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention[online]*. Leicester (UK): The British Psychological Society, National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. ISBN 978-1-85433-478-7. [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55345/.10
NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (section of the Colleges Research Unit) (Author) (2013) *Antisocial Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment, Management and Prevention (National Clinical Practice Guideline), National Clinical Practice Guideline Number 77,* The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, London, 1st Edition, ISBN-13: 978-1854334787, ISBN-10: 1854334786,
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834198
PRAŠKO, J. (2003) *Poruchy osobnosti* Praha: Portál, 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3.

PRAŠKO, J. (2015) *Poruchy osobnosti* Praha: Portál, 2015, 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3
RABOCH J., Hrdlička M., Mohr P., Pavlovský P., Ptáček R. (2015) *DSM-5 Diagnostický a statistický manual duševních poruch.* Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5
Robins, L. N., Tipp, J. & Przybeck, T. (1991) *Antisocial personality. In Psychiatric Disorders in America* (eds L. N. Robins & D. A. Regier), pp. 258–290. New York: Free Press
ROBINSON, D. J. (2001) *Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené.* Trenčín: Vydavateľstvo F, 2001. 138 s. ISBN 80-88952-06-9
RUBIN K., H. (2002) *"Brokering" emotion dysregulation: the moderating role of parenting in the relation between child temperament and children's peer interactions.* In: Emotional Regulation and Developmental Health: Infancyand Early Childhood. Zuckerman B.S., Lieberman A.F., Fox N., A. (eds), Johnson & Johnson, New Brunswick, pp 81-99
Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., a kol. (2004) *Predictors of antisocial personality disorder. Continuities from childhood to adult life.* The British Journalof Psychiatry, 184, 118–127.
SMOLÍK P. (1996) *Duševní a behaviorální poruchy*, Maxdorf Praha. 502. ISBN 80-85800-33-0
VERHEUEL R., Herbrink M. (2007) *The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations,* Int Rev Psychaitry, 2007;19(1):25-38
VIDING, E., Larsson, H. & Jones, A. P. (2008) *Quantitative genetic studies of antisocial behaviour.* Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences, 363, 2519–2527
WEBSTER-STRATTON, C., Reid, M.J. (2010) "*The incredible Years parets, teacher, and children training series: a multifaceted treatment approach for young children with conduct disorders"* v Weisz, J, a Kazdin, A. (eds), Evidence-basedpsychotherapies for children and adolescents, 2ndedn. New York: Guilford Publications: 194-210
Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Emočne nestabilná porucha osobnosti - impulzívny typ a hraničný typ

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0049	*20. septembra 2018*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PhDr. Milana Kovaničová, CSc., prof. MUDr. Ján Praško, CSc., doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; Konzultanti: MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD., MUDr. Marek Zelman

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; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Ing. Mgr. Mária Syneková

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

emočne nestabilná porucha osobnosti, impulzívny typ, hraničný typ, diagnostika, terapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

APA	American Psychiatric Association
DSM 5	Diagnostický a štatistický manuál chorôb 5
ENPO	Emočne nestabilná porucha osobnosti
HPO	Hraničná porucha osobnosti
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb
PZ	Policajný zbor
RZP	Rýchla zdravotná pohotovosť
ZZV	Zoznam zdravotníckych výkonov

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár a všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný menežment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Pediater – dostáva sa do kontaktu s dieťaťom a rodičom ako prvý, súčasťou komplexného pediatrického vyšetrenia je odobratie kompletnej anamnézy a zhodnotenie správy od neonatológa vrátane sociálneho prostredia rodiny (napr. prostredníctvom dotazníka), či ide o dieťa z rizikového tehotenstva (napr. tehotenstvo po umelom oplodnení, hroziaci predčasný pôrod, hypertenzia u matky, tehotenský diabetes, prekonanie infekčných ochorení, prežívanie závažného stresu, atď.), rizikový pôrod, sťažená popôrodná adaptácia, závažný ev. prolongovaný novorodenecký ikterus. V rámci nasledujúcich preventívnych prehliadok je potrebné sledovať: psychomotorický vývoj (u detí s ADHD sa často vyskytuje skorá vertikalizácia a chôdza už pred prvým rokom života, vynechanie alebo preskočenie fázy lozenia), vyšetrenie reči (slovná zásoba, plynulosť, správna výslovnosť), stav psychického vývinu, prejavy porúch správania, následne školská úspešnosť.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidencie based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. V prevencii uplatňuje edukáciu, poradenstvo pre rodičov zamerané na výchovné postupy, komunikačné stratégie, vedenie rodičovských skupín, behaviorálny tréning rodičov, VTI (videotréning interakcií).

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidencie based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu (terapia zameraná na prenos, dialekticko-behaviorálna terapia, mentalizačná terapia, schematerapia) vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou

organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.
Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.
Sociálny pracovník – sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.
Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.
Špeciálny pedagóg - psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií.

Úvod

V zmysle klasifikácie MKCH-10 (1993) sa jedná o poruchu osobnosti, u ktorej je výrazná tendencia konať impulzívne, bez uváženia následkov, spolu s afektívnou nestálosťou.
V záťaži sú títo jedinci všeobecne nestabilní, stav je často komplikovaný zneužívaním drog, alkoholu, krátkodobými vášnivými, intenzívnymi a impulzívnymi vzťahmi a tiež krátkodobými psychotickými stavmi, môže byť prítomná derealizácia a depersonalizácia. Pre obidva typy poruchy je typická znížená kontrola impulzov a neschopnosť odložiť uspokojenie. V prejave obvykle vystopujeme tendenciu myslieť tzv. "čierno-bielo".
Popisujú sa dva varianty tejto poruchy, ktoré spája impulzivita a nedostatok sebakontroly. Sú to Impulzívny typ (F60.30) a Hraničný typ (F60.31), ktorých zreteľné rozlišovanie je v praktickej klinickej diagnostike bežné.
Hraničná porucha osobnosti /HPO/ patrí medzi významného prispievateľa k chorobnosti v západnej spoločnosti. To je spojené s nežiaducimi dlhodobými dôsledkami, medzi ktoré patria vážne a trvalé funkčné postihnutie (Gunderson a kol., 2011), vysoká záťaž rodiny a opatrovateľov, zlé telesné zdravie (El-Gabalawy a kol., 2010) a predčasná úmrtnosť, vrátane samovrážd dosahujú až 8% (Pompili a kol., 2005). Ľudia trpiaci touto poruchou využívajú psychiatrické služby nepretržite po dlhú dobu (Hörz a kol., 2010). Vzájomná prenosovo-protiprenosová vzťahová situácia pripravuje niekedy dramatické situácie (sebapoškodzovanie, suicidálne pokusy, vzájomná manipulácia, sťažnosti na lekára a neetické odmietanie starostlivosti či tresty).

Impulzívny typ (F60.30)
Prevládajúcimi charakteristikami sú emočná nestálosť a nedostatočná kontrola impulzivity. Bežné sú výbuchy násilia alebo výhražné správanie, zvlášť, ak je jedinec kritizovaný ostatnými.

Hraničný typ (F60.31)
Sú prítomné viaceré charakteristiky emocionálnej nestálosti, navyše má pacient často nejasné alebo narušené predstavy o sebe samom, cieľoch a vnútorných preferenciách (vrátane sexuálnych). Obvykle má chronické pocity prázdnoty. Sklon angažovať sa v intenzívnych a nestálych interpersonálnych vzťahoch môže byť príčinou opakovaných emocionálnych kríz, môže sa spájať s excesívnymi pokusmi vyhnúť sa opustenosti početnými samovražednými vyhrážkami alebo sebapoškodzujúcimi činmi (tieto sa vyskytujú tiež bez zjavných vonkajších príčin, a bývajú ventilom intenzívneho vnútorného napätia). Klinicky zrozumiteľnejšie je hovoriť o hraničnej (borderline) poruche osobnosti.
Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adoptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Impulzívny aj Hraničný typ osobnosti

Platia všeobecné zásady ako pri ostatných vývinových odlišnostiach: edukácia verejnosti (zvlášť vzdelávacieho sektora) a príčinách a charakteristikách porúch osobnosti, edukácia rodičov a opatrovateľov ako viesť výchovu tak, aby poskytovala podporu, vedenie a primeranú angažovanosť.
Významné môžu byť preventívne programy týkajúce sa sociálnych zručností v situáciách šikany, verbálneho i fyzického násilia.

Epidemiológia

Presné údaje nie sú k dispozícii.

Impulzívny typ

Presné údaje o prevalencii pacientov s emočne nestabilnou poruchou osobnosti zatiaľ chýbajú, tvoria však značnú časť vyšetrených v ústavných pohotovostných službách.

Hraničný typ

Podľa DSM 5 (Raboch a kol., 2015) sa mediánová populačná prevalencia hraničnej poruchy osobnosti (HPO) odhaduje na 1,6%, podľa niektorých štúdií až 5,9% (APA 2013, Kessler a kol. 2005). Prevalencia tejto poruchy osobnosti je približne 6% v primárnej zdravotnej starostlivosti, približne 10% u ambulantne vedených pacientov a 20% u hospitalizovaných psychiatrických pacientov (Sansone a kol. 2011). Objavuje sa u mužov a žien približne rovnako často (Torgersen a kol., 2001), aj keď ženy sa podstatne častejšie objavujú v liečbe (Chanen at al., 2008). Prevalencia HPO sa znižuje vo vyšších vekových kategóriách. Podľa niektorých autorov asi 84 % pacientov s diagnostikovanou HPO trpí aspoň jednou ďalšou psychickou poruchou.
Trull a kolegovia (2010) opisujú najmä vysokú mieru celoživotnej komorbidity so závislosťou od alkoholu (47 %). O samovraždu sa niekedy pokúsi 40-85% pacientov s HPO (Oumaya a kol. 2008) a 10% z nich suicídum skutočne dokoná (Gerson a Stanley, 2002).

Patofyziológia

Z **genetických a biologických aspektov** sa zisťuje familiárna tendencia zníženej kapacity regulovať náladu a impulzy, ďalej sa často pozorujú "mäkké" neurologické znaky, ako sú ťažkosti v učení, ADHD a EEG abnormality a predpokladajú sa narušenia prefrontálnej aktivity s dopadom na kvalitu exekutívnych funkcií, čo následne môže byť podkladom impulzivity. Častá býva nižšia úroveň diferenciácie osobnosti (Robinson, 2001).
V porovnaní so všeobecnou populáciou je výskyt HPO približne päťkrát vyšší u biologicky príbuzných prvého stupňa. Príslušní jedinci vykazujú aj zvýšenú rodinnú záťaž pre návykové poruchy, dissociálnu poruchu osobnosti a depresívnu alebo bipolárnu afektívnu poruchu (APA, 2013).
Psychosociálne aspekty v prípade rozvoja HPO poukazujú na zníženú kohéziu v rodinách, fyzické, sexuálne zneužívanie a extrémne zanedbávanie, tiež aj rodičovskú psychopatológiu. V detstve možno bežne vysledovať častejšie telesné, emocionálne a sexuálne zneužívanie, zanedbávanie, nepriateľské konflikty a skorú stratu rodiča (Ménard a Pincus 2014, Waxman a kol. 2014). Dieťa môže byť týrané, opustené či odmietané alebo naopak zažívať hyperprotektivitu.
Medzi základné výchovné vplyvy patria: chaotické rodinné vzťahy pripomínajúce vzťahy známe z filmových seriálov, rôzne potýčky, aj so zákonom, užívanie drog, aféry jedného alebo oboch rodičov, ďalej traumatické opustenie spojené s extrémnym zážitkom (sexuálny abúzus), odsúdenie k samote za to, že "som zlý" po pokuse vyhnúť sa trestu, útekom a pod. a prednosť závislých vzťahov pred autonómnymi.

Klasifikácia

Impulzívny typ (MKCH-10, 1993)

A/ Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti (F60)

B/ Musia byť splnené najmenej tri z nasledujúcich charakteristík a jedným z nich musí byť kritérium 2:

1. Zreteľná tendencia konať nepredvídateľne a bez zváženia následkov
2. Zreteľná tendencia k neznášanlivému správaniu a ku konfliktom s ostatnými, zvlášť ak je impulzívne správanie niekým prerušené alebo kritizované
3. Sklon k výbuchom hnevu alebo zúrivosti s neschopnosťou kontrolovať následné explozívne správanie
4. Ťažkosti zotrvať v akejkoľvek činnosti, ktorá neponúka okamžitý zisk
5. Nestála a nevypočítateľná nálada

Hraničný typ (MKCH-10, 1993)

A/ Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti (F60)

B/ Musia byť splnené najmenej tri príznaky z kritérií B pre impulzívnu poruchu spolu s najmenej dvomi z nasledujúcich:

1. Narušená a neistá predstava o sebe samom, vlastných cieľoch a vnútorných preferenciách, vrátane sexuálnych
2. Sklon angažovať sa v intenzívnych a nestálych vzťahoch, ktoré často vedú k emočným krízam
3. Prehnané úsilie vyhnúť sa odmietnutiu
4. Opakovaná hrozba sebapoškodením alebo realizácia sebapoškodenia
5. Chronické pocity prázdnoty

Klinický obraz

Impulzívny typ

Najbežnejším dôvodom kontaktu s psychiatrickými službami je akcelerácia záťaže a konfliktov v životne významných oblastiach. Impulzívne správanie je nefunkčné, následne spôsobuje značný intrapsychický diskomfort prežívaný ako výrazná vnútorná tenzia, depresia, bezvýchodiskovosť, s prejavmi verbálneho i brachiálneho agresívneho správania. časté sú suicidálne ideácie i pokusy (zvlášť skratkového typu).

V dospelosti je zreteľná anamnéza instability sociálnych a pracovných vzťahov, u adolescentov rodinné problémy, ako aj problémy partnerské a problémy s abusom psychoaktívnych látok (MKCH-10,1993, Dušek a Večeřová-Procházková, 2015.)

Hraničný typ

HPO je s plne vyjadrenými príznakmi pomerne ľahko identifikovateľná. Do kontaktu s odborníkom prichádzajú zvyčajne v stave veľkej tiesne a zmätku.

Často to býva psychosociálna kríza s hroziacim odmietnutím, sprevádzaná búrlivým emočným doprovodom a presuicidálnou alebo suicidálnou aktivitou. Vo svojej bezmocnosti často sami vyžadujú hospitalizáciu. Sú to zvyčajne verbalizujúci pacienti, náchylní k hnevlivým výbuchom.

Typickými je znevažovanie minulých vzťahov, terapeutov, ako aj všetkých predchádzajúcich pomocných snáh. Dominantnou subjektívnou ťažkosťou býva intrapsychické napätie. Diagnosticky zaujímavý je ich vzhľad (nie je pravidlom), často už "vyzerajú dramaticky" aj oblečením, make-upom, piercingmi, tetovaniami, ale aj jazvami po sebapoškodzovaní. Narušený osobnostný terén je v pozadí viacerých iných prednostne diagnostikovaných psychiatrických porúch (napr. poruchy nálady, abúzy psychoaktívnych látok, poruchy príjmu potravy, úzkostné stavy).

V prípade HPO sa stretáme tiež so značnou diagnostickou rôznorodosťou – v priebehu opakovaných návštev sa diagnózy menia, a to aj pri vedení jedným odborníkom. Typickými znakmi sú tiež opakované krízy, ústiace do urgentných kontaktov, či už psychiatra, psychoterapeuta alebo pohotovostných služieb (Höschl a kol., 2004).
Podľa DSM-5 (APA 2013) je základným rysom HPO pervazívny vzorec nestability v medziľudských vzťahoch, sebaobraze, afektoch a výraznej impulzivite, ktorý začína v ranej dospelosti a prejavuje sa v najrôznejších súvislostiach. Jedinci s HPO vyvíjajú zúrivé úsilie, aby sa vyhli skutočnému alebo domnelému opusteniu. Ak majú pocit, že im hrozí odlúčenie, odmietnutie alebo strata vonkajšej štruktúry, môže to vyvolať hlboké zmeny v ich sebaobraze, afektoch, kogníciach a správaniu. Títo jedinci prejavujú veľkú citlivosť na podmienky prostredia. Hlboko prežívajú strach z opustenosti a neprimeraný hnev aj v situáciách, keď musia čeliť odôvodnenému, časovo obmedzenému odlúčeniu, alebo kedy nastanú nutné zmeny v plánoch (náhle zúfalstvo, keď im lekár oznámi, že čas vyhradený na konzultáciu vypršal, panika, prípadne zúrivosť, keď sa niekto pre nich dôležitý len o pár minút oneskorí alebo je nútený zrušiť schôdzku). Ak sú takto "opustení", môžu v tom vidieť, že sú "zlí". Obavy z toho, že budú opustení, súvisia s neschopnosťou byť sám a s potrebou byť obklopený ľuďmi. Ich zúrivá snaha vyhnúť sa opustenosti môže viesť k impulzívnym činom typu, ako je sebapoškodzujúce alebo samovražedné jednanie. Môže sa objavovať vzorec podkopávania seba samého vo chvíli, keď je cieľ na dosah (dotyčný napr. odíde zo školy tesne pred ukončením štúdia; po diskusii o tom ako dobre u nich terapia postupuje, prejaví ťažkú regresiu; práve vo chvíli, keď sa vzťah ukáže ako perspektívny, daný jednotlivec ho ukončí) (APA, 2013).

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostika emočne nestabilnej poruchy osobnosti **a/ impulzívny a b/ hraničný typ** sa opiera o psychiatrické a psychodiagnostické vyšetrenie a heteroanamnestické údaje.

Psychiatrické vyšetrenie – anamnéza, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH -10 a psychopatologický rozbor.
Počas vyšetrenia popíšeme klinický obraz poruchy, pričom sa opierame o diagnostické kritériá podľa MKCH-10. Na stanovenie diagnózy je potrebný diagnostický rozhovor, ktorý je doplnený údajmi od blízkych osôb a pozorovaním správania v prípade hospitalizácie alebo dochádzky do denného psychiatrického stacionára. Dôležité je zhodnotiť eventuálnu prítomnosť komorbidity (často depresívna porucha, závislosť na návykových látkach, poruchy príjmu potravy, OCD, PTSD, disociatívná porucha či niektorá úzkostná alebo somatoformná porucha), s ktorou pacient prichádza, aby sa mohlo začať liečbou, ktorá spravidla potrebuje akútne riešenie.
Napriek spoľahlivým dôkazom o platnosti diagnózy a liečiteľnosti poruchy (Tyrer a kol., 2015) veľa ľudí s HPO v mnohých prípadoch nie je správne diagnostikovaných. Hrozí potom, že terapeutické prístupy, ktoré sú použité, im nepomôžu, alebo ich dokonca poškodia (Chanen, 2015).
Častou príčinou **nesprávnej diagnózy HPO** je spoliehanie sa na "intuíciu", najmä keď sa pacient prezentuje ako interpersonálne drsný, nespokojný alebo nepriateľský, a to najmä v prípade, že je zrejmé tiež sebapoškodzovanie (Praško a Grambal. 2016). Takéto diagnózy sú väčšinou nespoľahlivé, pretože neposudzujú všetky kritériá potrebné pre diagnózu HPO a neberú do úvahy iné dôvody na takú prezentáciu, ako sú prechodná dekompenzácia psychického stavu, depresívne alebo iné poruchy.

Heteroanamnestické údaje - od príbuzných a blízkych osôb pacienta sú tiež veľmi dôležité pri diagnostikovaní porúch osobnosti získavame ich aj opakovane pre spresnenie diagnostiky a identifikáciu faktorov v kontexte vývinovej a sociálnej adaptácie.

Psychodiagnostické vyšetrenie – využíva kombináciu klinických a testových metód. V klinických metódach je dôležité zhodnotenie vývinových aspektov. Je výhodou, ak sú tiež k dispozícii objektívne informácie od blízkych osôb. Pri interpretácii testových metód /sebaposudzovacie škály a dotazníky/ treba byť obozretný vzhľadom na možnosť skresleného sebavnímania a interferenciu aktuálnej psychopatologickej symptomatológie. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti sú štruktúrované diagnostické interviews, ktoré umožňujú odlíšiť trvalé osobnostné charakteristiky od stavových charakteristík.
V prístupe jednak ku klinickému, tak i psychodiagnostickému posúdeniu prítomnosti špecifickej poruchy osobnosti (najmä vzhľadom k individualizácii posúdenia a plánovaniu terapeutickej stratégie) je vhodné rozširovať kategoriálny rámec uvažovania rozmer dimenzionálny Perspektívne sa javí praxi relevantné hodnotenie A/ stupňa postihu osobnostného fungovania a B/ hodnotenie rysových variantov v rámci širších domén (Raboch a kol., 2015).

Pri impulzívnom type je primárnym rozbor vývinovej anamnézy, zvlášť významným je výskyt porúch adaptability, ADHD, tiež aj špecifických porúch učenia – všetko poukazujúce na neurokognitívnu vulnerabilitu vývinu.
V rámci **diferenciálnej diagnostiky pri impulzívnom type** prichádza do úvahy, zvlášť pri jednorazovom hodnotení bez doplňujúcich heteroanamnestických údajov, dissociálna porucha osobnosti.
V **diferenciálnej diagnostike pri type hraničnom** zvažujeme:
V rámci diferenciálnej diagnostiky (zvlášť u adolescentných jedincov) je vhodné odlíšiť konštrukt HPO od adolescentnej vývojovej krízy identity– odlišujúcou charakteristikou je bezproblémový vývoj. Pacient nespĺňa kritériá pre duševnú poruchu. Adolescenti a mladí dospelí s problémom identity (zvlášť medzi užívateľmi návykových látok) môžu krátkodobo vykazovať také prejavy správania, ktoré vyvolajú chybný dojem, že sa jedná o HPO. Situáciu tohto typu charakterizuje emocionálna nestabilita, "existenciálnu" dilemy, neistota, voľby vzbudzujúci úzkosť, konflikty v oblasti sexuálnej orientácie a konkurenčné spoločenské tlaky v rozhodovaní o profesijnej dráhe (APA 2013).
V diferenciálnej diagnostike je potrebné zvážiť možnosť depresívnej či bipolárnej afektívnej poruchy(epizóda zmeny nálady býva dlhšie, zvyčajne aspoň 14 dní na rozdiel od HPO) alebo ochorenia zo schizofrénneho okruhu(tzv. mikropsychotické epizódy sú veľmi krátke na rozdiel od porúch schizofrénneho spektra).

Diferenciálna diagnostika - Iné poruchy osobnosti a osobnostné črty:

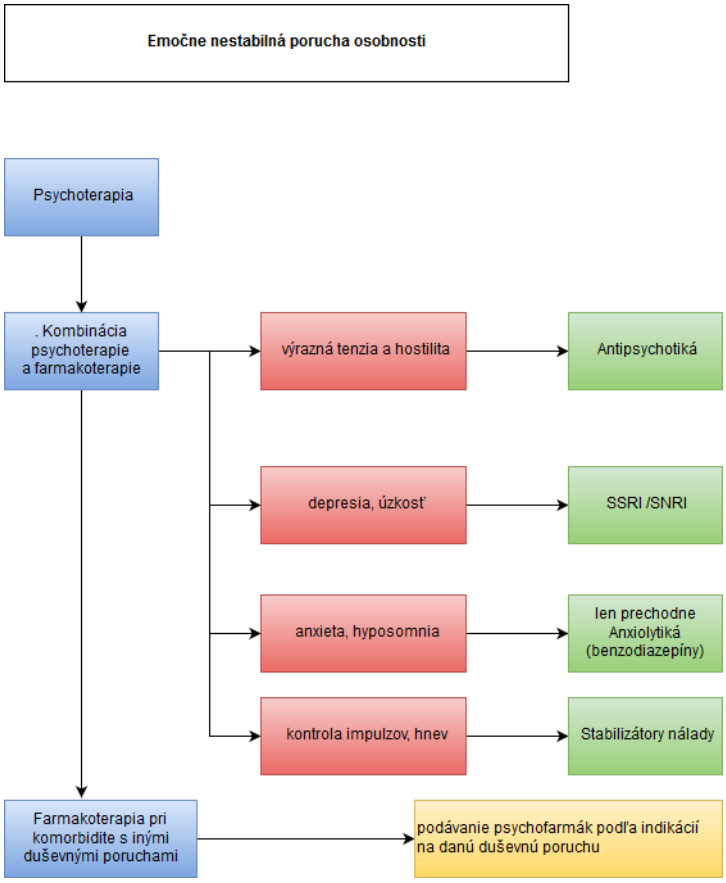
a) HPO vs. Histriónska porucha osobnosti - Pri HPO sa tiež môže vyskytovať pozornosť vyhľadávajúce, manipulatívne správanie a prudké zmeny emócií, ale pri histriónskej poruche chýbajú pre HPO typická sebadeštruktívnosť, zlobné výbuchy v blízkych vzťahoch, chronické pocity hlbokej prázdnoty a poruchy identity.
b) HPO vs. Paranoidná a narcistická porucha osobnosti zdieľajú zvýšenú hnevlivú reaktivitu na minimálne podnety, pri týchto je však stabilný sebaobraz, chýbanie sebadeštruktivity, impulzivity, a nie je taká výrazná téma opustenia.
c) HPO vs. Dissociálna porucha osobnosti. Zdieľanou črtou je manipulatívne správanie, pri dissociálej poruche osobnosti je zreteľným cieľom manipulácie profit, moc a iné materiálne uspokojenie, pri HPO je cieľom pozornosť blízkych.
d) HPO vs. Závislá porucha osobnosti. Zdieľaným je strach z opustenia, pričom u pacientov s HPO sú reakciou pocity emocionálnej prázdnoty, zúrivosť a zvýšenie nárokov. Pacienti so závislou poruchou osobnosti reagujú zvýšením submisivity a naliehavým vyhľadávaním nového zdroja podpory. Odlíšením je takisto schéma nestálych a intenzívnych vzťahov.

e) HPO vs. Vyhýbavá porucha osobnosti. Má stále vzťahy aj stabilnejšie formácie identity. Chýbajú divoké prejavy porúch správania a afektívna instabilita.

HPO je tiež nevyhnutné odlíšiť od príznakov, ktoré sa môžu rozvinúť v súvislosti s pretrvávajúcim užívaním psychoaktívnych návykových látok.
HPO treba odlíšiť od zmeny osobnosti spôsobenej telesným ochorením, kedy možno vzniknuté znaky pripísať priamym vplyvom takéhoto ochorenia na centrálnu nervovú sústavu. Napospol ide o ochorenia, ktoré postihujú CNS alebo poruchy vzniknuté v spojitosti s chronickým užívaním psychoaktívnych látok. Prejavy môžu byť podobné ako sú pri HPO, príčina je však zjavne iná. Môže sa však jednať aj o komorbiditu oboch.

Komorbidita
Bežnými komorbidnými poruchami sú depresívna alebo bipolárna afektívna porucha, návykové poruchy, poruchy príjmu potravy (najmä mentálna bulímia), posttraumatická stresová porucha a porucha pozornosti /hyperaktívna porucha. HPO sa tiež často vyskytuje spoločne s inými osobnostnými poruchami. Výskyt komorbidity Emočne nestabilnej poruchy osobnosti s úzkostnými poruchami nie je ojedinelý, zistil sa u približne 7% pacientov s generalizovanou úzkosťou, 6,7% pacientov s obsedantne-kompulzívnou poruchou a až v 13% prípadov s akútnou či prechodnou reakciou na stres a poruchou prispôsobenia sa (Breznoščáková a Ivančová, 2015).

Suicidalita
Vždy, keď sa u pacientov s HPO objaví suicidálne (ale i sebapoškodzujúce) správanie, musí byť analyzované. Reťazec medzi vyvolávajúcimi udalosťami a nasledujúcim kognitívnym, emocionálnym a behaviorálnym spracovaním je potrebné logicky a zrozumiteľne podchytiť. Výčitka voči pacientovi, že sa chová "manipulatívne" nepomáha, práve naopak, spravidla vedie k nárastu symptomatiky, pretože opakuje patogenetickú skúsenosť. Je potrebné brať samovražedné ohrozenia vážne a hovoriť o ňom s pacientom.
Pýtame sa na sebapoškodzovanie, prudké náhle rozhodnutia, suicidálne pokusy v minulosti a samovražedné tenziu aktuálne. Hodnotíme samovražedné nápady, myšlienky, tendencie i rozhodnutie, plány. Dôležité je rozhodnúť, či pre vysoké riziko suicidálneho správania nie je nutná hospitalizácia. Pacient môže mať samovražedné myšlienky s kolísavou intenzitou roky a za sebou rôzne závažné suicidálne pokusy. Terapeutický kontrakt pacienta nezaväzuje, ale môže byť použitý na zhodnotenie pacientovho potenciálu a zdôraznenie jeho zodpovednosti za situáciu.
Psychoterapeut by mal počítať s tým, že sa kríza môže v priebehu liečby objaviť opakovane a tiež by mal pacientovi vyjadriť, čo od neho v prípade krízy očakáva a čo sám bude a nebude robiť (Kernberg a kol. 1989; Linehan a kol. 1993). Pacienti s HPO často prežívajú samovražedné rozladenie a môžu byť k suicidálnemu pokusu alebo sebapoškodzujúcemu správaniu disponovaní celé mesiace. Monitorovanie ich bezpečia je dôležitá úloha. Suicidálne správanie aj sebapoškodzovania sa zvyšuje v obdobiach, keď sa pacienti dostávajú do väčšieho stresu, ale tiež, keď terapeut toto správanie neberie vážne (Kjelsberg a kol. 1991). K zníženiu rizika takéhoto správania patrí detailné mapovanie všetkých rizikových foriem správania od začiatku liečby, starostlivé monitorovanie v jej priebehu, upevňovanie terapeutického vzťahu, dobrá spolupráca, komunikácia s ďalšími ľuďmi, ktorí sú v liečbe angažovaní a vedenie adekvátnej dokumentácie.
Terapeut by si mal všímať problémy spojené s prenosom a proti prenosom, konzultovať s kolegami a nebáť sa požiadať o supervíziu. Pri hrozbe suicídia alebo agresívneho správania voči iným ľuďom treba zvážiť aj hospitalizáciu bez súhlasu pacienta.



Liečba

Pacienti s emočne nestabilnou poruchou osobnosti vykazujú viaceré charakteristiky ovplyvňujúce plánovanie terapie, ako je: komorbidita, problémové užívanie psychoaktívnych látok, násilné správanie a antisociálne rysy, chronické sebadeštruktívne správanie, detské traumy a PTSD, disociatívne rysy a psychosociálne stresory. Preto je žiaduci komplexný prístup zabezpečujúci kontinuálnosť starostlivosti a monitorovanú stratégiu vedenia konkrétneho pacienta (ako bazálna sa v dlhodobom pláne odporúča intenzívna psychoterapia). Hospitalizácia či zaradenie do denného stacionára je vždy nutné, ak pacient je hrozbou sebe či druhým (APA, 2001).

PSYCHOTERAPIA

Pokrok v psychoterapii je síce značný, ale účinnosť stále zaostáva za optimom, pričom nie všetkým pacientom je možné pomôcť a časť pacientov je rezistentná na psychoterapeutické intervencie. Nezanedbateľným faktom ostáva to, že vo väčšine krajín, vrátane Českej republiky a Slovenska, sú tieto postupy relatívne málo dostupné alebo neefektívne používané. Neúspech liečby má často za následok stigmatizáciu a nezriedka iatrogénne poškodenie pacientov s ENPO (Praško a Grambal, 2016, Bateman a kol., 2015).

Všeobecné pravidlo pri zvažovaní psychoterapeutického plánu u pacientov s poruchou osobnosti je zváženie bezprostredných potrieb pacienta – je dôležité v úvodných fázach plánovaného budúceho psychoterapeutického zabezpečiť motiváciu pacienta k zmene a pochopenie významu psychoterapeutických intervencií. V úvodných fázach je vhodné, ak je plán liečby komplexný a zahŕňa podporu, štruktúru a samozrejme medikáciu špecifických symptómov (fáza psychoedukácie, podpornej terapie a ev. krízovej intervencie).

V prvých fázach psychoterapeutických intervencií u pacientov s ENPO by sa psychoterapeut mal sústrediť na problém, ktorý pacienta privádza, nie na dynamickú štruktúru konfliktov či postojov

(schém), ktoré ho plodia. Pracovať na úrovni interpersonálneho náhľadu, s hlbším porozumením (náhľadom) pracovať, až keď je zreteľne vybudovaná terapeutická aliancia. Pre psychoterapeuta je potrebné, aby počítal s porušovaním terapeutického kontraktu a aby bol pripravený na zvládanie protiprenosových aspektov.
V psychoterapeutickej liečbe v prípade ENPO je možné využiť:

- podporné psychoterapeutické metódy
- individuálne psychoterapeutické intervencie (psychoedukácia, krízová intervencia
- špecifické psychoterapeutické prístupy overené výskumom v zmysle certifikovaných smerov
- čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie)
- iné certifikované psychoterapeutické prístupy, rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu rodinných príslušníkov

Návrh konkrétneho liečebného psychoterapeutického postupu závisí aj od individuálneho postoja pacienta k psychoterapii a farmakoterapii a od jeho motivácie a ochoty spolupracovať v psychoterapii.

Podporná psychoterapia: V rámci dlhodobého vedenia je podporná psychoterapia zmesou empatie, povzbudzovania, podpory, trpezlivej klasifikácie, edukácie a permanentného určovania hraníc. Vysvetľujúce techniky (edukácia) sa snažia pacientovi sprostredkovať:

- Pochopenie oscilácií nálad poukázaním na anamnesticky zistené výchovné vplyvy a zážitky z detstva
- Vysvetlenie oscilácie nálad na základe biologického vysvetlenia emocionálnej nestability ako prejavu deficitu sérotonínu - dôsledkom je znížená rozumová kontrola emočných výbuchov.
- Problémové aktuálne vzťahy na základe súvislostí s minulými vzťahmi preskúmaním základných obáv týkajúcich sa blízkosti, strachu z opustenia a strachu z toho, že pacient bude niekým ovládaný (Melges a Swartz 1989).

Vedenie hraničného pacienta predpokladá porozumenie jeho strachom z opustenosti (Clarkin a kol. 2004). Potrebujú však zároveň jasné ohraničenie toho, čo pre nich terapeut môže urobiť a čo nie. Pacienti s HPO dobre reagujú na uznanie príznakov a skúseností, ktoré prežívajú. Dôležité je, aby im dal lekár najavo, že berie ich príznaky vážne a uznáva, že prežívajú výrazný stres. Cieľom je spolupracovať s pacientmi na zlepšení ich fungovania a redukcii ich psychickej bolesti. Je vhodné posilniť nádej na zlepšenie, zvýšenie kontroly nad príznakmi a problémami vo vzťahoch, odovzdať pocit optimizmu, čo sa týka prognózy a liečby. Tento prístup, ktorý zdôrazňuje starostlivosť, môže dobre chrániť terapeutický vzťah, pričom sa dobre osvedčili aj návrhy „jasných hraníc“ (Praško a Grambal, 2016).
Dáta z kohortných štúdií a kazuistík poukazujú na to, že pacientom s HPO môžu pomôcť viaceré druhy psychoterapeutických intervencií, pričom silnú výskumnú podporu má dialekticko-behaviorálna terapia DBT, na mentalizácii založená terapia má miernu podporu, podobne ako schematerapia. Na prenos zameraná terapia má silnú, ale kontroverznú výskumnú podporu (Tabuľka č.1).

Tabuľka č. 1

Psychosociálny prístup	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP EMOČNE NESTABILNÁ PORUCHA OSOBNOSTI
Psychosociálny prístup	**Spoločné charakteristiky**
▪ Dialekticko-behaviorálna terapia ▪ Mentalizačná terapia ▪ Schematerapia ▪ Terapia zameraná na prenos	▪ Prístupy k prototypovým problémom hraničných pacientov sú štruktúrované (manuály) ▪ Pacientom je doporučované, aby sa naučili sebaovládaniu (t. j. porozumeli situácii, adaptívne regulovali správanie v nej a zvážili následky tohto správania) ▪ Terapeuti pomáhajú pacientom prepojiť pocity s udalosťami a aktivitou ▪ Terapeuti sú aktívni, citliví a potvrdzujúci ▪ Terapeuti diskutujú svoje prípady, vrátane osobných reakcií s ďalšími terapeutmi

Dialekticko-behaviorálna terapia /DBT/ (Linehan a kol., 1993): Ľudia trpiaci HPO zažívajú emócie intenzívnejšie ako ostatní ľudia. V snahe regulovať nadmerné emócie, majú tendenciu reagovať extrémne a impulzívne (napr. sebapoškodzovaním, samovražednými pokusmi). Nedostatok porozumenia a prijatia týchto emočných zážitkov narúša rozvoj účinnejších stratégií zvládania stresu. DBT učí klientov zručnosti na zvyšovanie sebareflexie, ako tolerovať lepšie stres, zvýšiť interpersonálnu efektivitu a emočnú reguláciu. Dĺžka terapie: je rôzna, ale zvyčajne trvá 1-1,5 roka a zahŕňa individuálnu terapiu a skupinový nácvik zručností. Výskumná podpora je silná, boli vykonané desiatky kontrolovaných výskumných štúdií a efektivita bola potvrdená aj v meta-analýzach (Kliem, Kroger, & Kosfelder, 2010, Stoffers a kol., 2012).

Terapia založená na mentalizácii (Bateman a Fonagy, 2009): Mentalizácia je proces, ktorým sa snažíme rozumieť iným a sebe, implicitne a explicitne, z hľadiska subjektívnych stavov a duševných procesov. Pacienti s HPO vykazujú zníženú kapacitu k mentalizácii, čo vedie k problémom s emočnou reguláciou a problémom s riadením impulzivity, najmä v kontexte interpersonálnych interakcií. Pacient zvedomňuje svoje prežívanie a jeho kontext a učí sa porozumieť emočným reakciám druhých a ich kontextu. Dĺžka terapie je rôzna, zvyčajne trvá 1-1,5 roka, ale môže trvať aj dlhšie. Môže mať individuálnu aj skupinovú formu. Výskumná podpora je mierna až stredná.

Terapia zameraná na schémy (schematerapia) (Young a kol., 2003):Terapia zameraná na schémy (schematerapia) je integrovaný prístup založený na princípoch kognitívno-behaviorálnej terapie, gestaltterapie a ego-psychológie, následne rozšírených o prístupy a koncepcie iných psychoterapií. U jedincov s HPO došlo na základe averzívnych skúseností v detstve k rozvoju hlbokých postojov k sebe a svetu (raných maladaptívnych schém), ktoré sú prepojené s emočnými reakciami, motiváciami a vzorcami správania. Rané maladaptívne schémy potom ovplyvňujú maladaptívne kognitívne, behaviorálne a emočné reakcie na každodenné zážitky. Schematerapeuti pomáhajú pacientom zmeniť svoje zakorenené, sebapodrývajúce životné vzorce - schémy - pomocou zážitkových, kognitívnych, behaviorálnych a na emócie zameraných stratégií. Liečba sa zameriava na vzťah s terapeutom (limitovanej rodičovstvo), každodenný život mimo terapiu a traumatické detské skúsenosti. Dĺžka terapie môže byť rôzna, v zásade je dlhodobá, trvajúca 1-3 roky. Výskumná podpora je mierna až stredná podľa kritérií Giesen-Bloo a kol. 2006.

Terapia zameraná na prenos - na transferenciu fokusovaná terapia (Clarkin a kol. 1999, 2006, Yeomans a kol. 2002): sa zameriava na psychodynamické odhalenie základných príčin pacientových

hraničných stavov a na vytváranie nových, zdravších spôsobov premýšľania a správania. Z pohľadu tejto terapie je vnímanie seba aj druhých pri HPO rozdelené do nereálnych extrémov, všetko je zlé alebo dobré. Na základe týchto kofliktných diád sa potom objavujú špecifické sebazničujúce príznaky. Termín "prenos" odkazuje na skúsenosť pacienta, ktorú zažíva v momentálnom vzťahu s terapeutom. Liečba sa zameriava na prenos, pretože sa predpokladá, že pacienti prejavia svoje nezdravé dichotomné vnímanie nielen v každodennom živote, ale aj v interakciách, ktoré majú s terapeutom. Terapia sa zameriava na komunikáciu medzi pacientom a terapeutom, ktorá umožňuje pacientovi integrovať tieto rôzne reprezentácie seba samého a v priebehu procesu liečby vyvinúť kvalitnejšie metódy sebaovládania. Táto terapia má rôznorodú podporu vo výskume, z niektorých výsledkov štúdií, spravidla organizovaných psychoanalytickými autormi, vyplýva silná efektivita, z práce hodnotiacej z pozície nezávislých hodnotiteľov sú však výsledky mierne (Clarkin a kol., 2007; Doering a kol., 2010).
Použiteľných psychoterapeutických prístupov je opodstatnené v prípade, že vyššie uvedené prístupy nie sú dostupné alebo je to voľba pacienta, ktorý by mal byť upozornený na to, že existujú prístupy so známou účinnosťou.

PSYCHOFARMAKOTERAPIA

Chýbajú dostatočné dôkazy pre použitie psychofarmák v prvej línii liečby alebo ako jedinej liečby. Psychofarmakologická liečba je však užitočná najmä v prípade dekompenzácie alebo pri komorbidných depresívnych prejavoch, adaptačnej poruche, úzkostnej poruche či v čase krízy (Praško a Grambal, 2016). Niekoľko randomizovaných kontrolovaných štúdií s psychofarmakami preukázalo miernu efektivitu medikácie, pričom najúčinnejšie boli antikonvulzíva, atypické antipsychotíka (Tabuľka č.2) a suplementácia omega-3 mastnými kyselinami v cielených oblastiach systémových okruhov (NICE, 2009, Stoffers a kol., 2010, Stoffers a Lieb, 2015).

Tabuľka č. 2

Ktoré lieky zmierňujú aké-to HPO príznaky (Stoffers et al. 2010)		
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP EMOČNE NESTABILNÁ PORUCHA OSOBNOSTI	
Medikácia	**Príznaková oblasť**	**Účinnosť**
antipsychotiká	kognitívno percepčné hnev	stredná stredná / veľká
antidepresíva	úzkosť hnev	mierna mierna
stabilizátory nálady	kontrola impulzou a správania hnev úzkosť depresivná nálada	veľmi veľká veľmi veľká veľká stredná

Stabilizátory nálady (topiramát, valproát sodný, lamotrigín) preukázali určitý vplyv na kontrolu afektívnej dysregulácie a impulzívnu agresivitu. Antipsychotiká ako aripiprazol, olanzapín a quetiapín preukázali určitý vplyv na redukciu kognitívno-percepčných príznakov a na afektívnu dysreguláciu. Omega-3 nenasýtené mastné kyseliny (Tabuľka č.3) môžu znižovať celkovú závažnosť prejavov HPO (Stoffers a kol., 2015).

Tabuľka č. 3

Farmakoterapia pri HPO : Výsledky Cochrane review (Stoffers et al. 2015)	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP EMOČNE NESTABILNÁ PORUCHA OSOBNOSTI
Trieda	**Medikácia**
Kognitívno percepčné príznaky	
antipsychotiká	olanzapín, aripiprazol
Porucha kontroly impulzivity a správania	
stabilizátory nálady	topiramát, lamotrigin
antipsychotiká	aripiprazol
Afektívna dysregulácia	
antidepresíva	amitriptylín (depresívna nálada)
stabilizátory nálady	topiramát, lamotrigín (hnev), valproát (depresívna nálada)
antipsychotiká	haloperidol (hnev), olanzapín, aripiprazol
omega-3 masné kyseliny	rybí olej (depresia)
Suicidálne správanie / suicidalita	
antipsychotiká	flupenthixol decanoat
omega-3 masné kyseliny	rybí olej
Interpersonálne problémy	
antipsychotiká	aripiprazol
stabilizátory nálady	valproát, topiramát

Vo farmakoterapii ENPO sa využívajú antidepresíva, antipsychotiká a stabilizátory nálady (Kendall 2010, Herpertz 2007).

Pri výskyte prejavov afektívnej dysregulácie:

- Antidepresíva zo skupín SSRI/SNRI - fluoxetín, sertralín, venlafaxín (váha dôkazov na úrovni A), SSRI sú vzhľadom na ich nízku toxicitu liekom voľby pri výskyte parasuicidálnych prejavov
- Tricyklické antidepresíva (váha dôkazov na úrovni D)
- Stabilizátory nálady - lithium carbonicum, valproát, karbamazepín (váha dôkazov na úrovni C)
- Benzodiazepíny - alprazolam, klonazepam (váha dôkazov na úrovni C)
- Antipsychotiká prvej generácie - haloperidol - nízke dávky (váha dôkazov na úrovni A)

Pri výskyte prejavov dysregulácie impulzivity a správania:

- Antidepresíva zo skupiny SSRI - fluoxetín, sertralín (váha dôkazov na úrovni A)
- Stabilizátory nálady - lithium carbonicum (váha dôkazov na úrovni A), valproát, karbamazepín (váha dôkazov na úrovni C)
- Benzodiazepíny - alprazolam, klonazepam (váha dôkazov na úrovni C)
- Antipsychotiká prvej generácie - haloperidol (váha dôkazov na úrovni A)
- Antipsychotiká druhej generácie - klozapín (váha dôkazov na úrovni A)

Pri výskyte kognitívne percepčných prejavov:

- Antidepresíva zo skupiny SSRI (váha dôkazov na úrovni A)
- Antipsychotiká prvej generácie - nízke dávky - haloperidol, flupentixol (váha dôkazov na úrovni A)

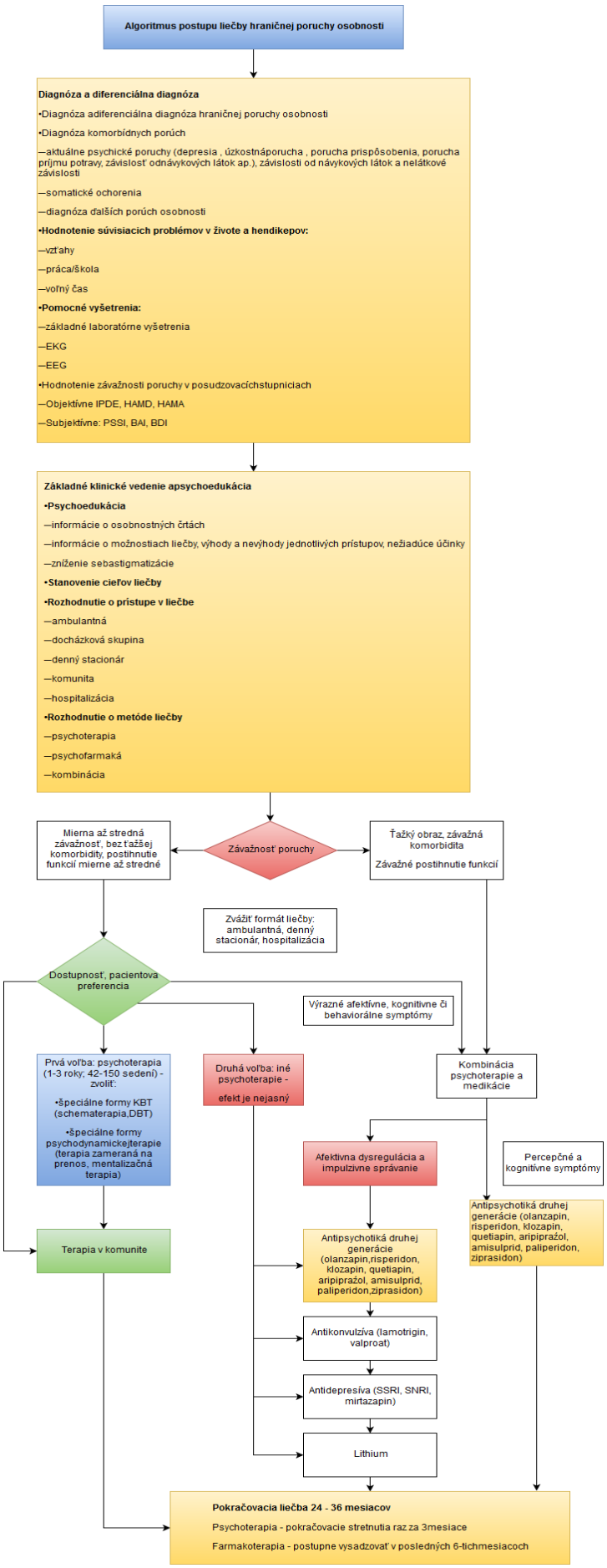
- Antipsychotiká druhej generácie - klozapín, olanzapín, risperidón, aripiprazol (váha dôkazov na úrovni C)

Všeobecné zásady farmakologickej liečby porúch osobnosti (Grenyer a kol., 2015, Herpertz a kol., 2007):

1. Primárnym cieľom psychofarmakoterapie je liečba eventuálnej komorbidnej duševnej poruchy - depresia, anxieta, PTSP, psychóza, insomnia, afektívna porucha, závislosť od alkoholu alebo drog. V takomto prípade sa postupuje podľa príslušného štandardného postupu.
2. Farmakologická liečba symptómov poruchy osobnosti je indikovaná pri zlyhaní respektíve nedostatočnej účinnosti psychoterapeutických intervencií a ako komedikácia popri psychoterapii.
3. Pacient musí byť informovaný, že ide o liečbu mimo indikácií liekov uvedených v SPC.
4. Pri indikovaní liečby je nevyhnutné posúdenie eventuálneho potenciálu lieku vyvolávať závislosť resp. potenciovať účinok alkoholu a iných návykových látok.
5. Vzhľadom na zvýšené riziko suicidálneho/sebapoškodzujúceho správania pri poruchách osobnosti je potrebné zvážiť pri indikovaní farmakoterapie pomer rizika a benefitu pri predávkovaní či intoxikácii. Pri existencii takéhoto rizika je nevyhnutné predpisovať jednorazovo minimálne množstvá liekov.
6. Pacienta je potrebné edukovať o vyššie uvedených rizikách.
7. Stav pacienta musí byť pravidelne kontrolovaný vrátane kompliancie a eventuálnych nežiaducich účinkov podľa odporučení pre skupiny psychofarmák.
8. Účinnosť liečby musí byť pravidelne preverovaná, podávanie psychofarmák bez preukázateľného účinku po troch mesiacoch nie je indikované.

Vzhľadom na riziko predávkovania a suicidálne riziko nie sú v prípade ENPO vhodné tricyklické antidepresíva, hoci pri komorbidite s OCD alebo depresívnou poruchou môžu byť veľmi účinné. Poruchy nálady, tak v zmysle depresívnej nálady či epizód úzkosti, dobre reagujú na antidepresíva, najmä inhibítory spätného vychytávania sérotonínu. Mikropsychotické epizódy, pseudohalucinácie a derealizáciu možno pozitívne ovplyvniť nízkymi dávkami vysoko potentných antipsychotík či atypickými antipsychotikami (Feurino a Silk, 2012).

Pozitívny účinok liekov možno očakávať aj pri jednotlivých príznakoch. Na problémy s kontrolou impulzov efektívne pôsobia tymoprofylaktiká (lithiumkarbonát, karbamazepín, valproát alebo lamotrigín či gabapeptín). Poruchy nálady, tak v zmysle depresívnej nálady či epizód úzkosti, dobre reagujú na antidepresíva, najmä inhibítory spätného vychytávania sérotonínu. Mikropsychotické epizódy a derealizáciu možno pozitívne ovplyvniť nízkymi dávkami vysoko potentných antipsychotík či atypickými antipsychotikami.


Algoritmus postupu liečby hraničnej poruchy osobnosti
Diagnóza a diferenciálna diagnóza
•Diagnóza adiferenciálna diagnóza hraničnej poruchy osobnosti
•Diagnóza komorbídnych porúch
—akt
uálne psychické poruchy (depresia , úzkostnáporucha , porucha prispôsobenia, porucha príjmu potravy, závislosť odnávykových látok ap.), závislosti od návykových látok a nelátkové závislosti
—somatické ochorenia
—diagnóza ďalších porúch osobnosti
•Hodnotenie súvisiacich problémov v živote a hendikepov:
—vzťahy
—práca/škola
—voľný čas
•Pomocné vyšetrenia:
—základné laboratórne vyšetrenia
—EKG
—EEG
•Hodnotenie závažnosti poruchy v posudzovacíchstupniciach
—Objektívne IPDE, HAMD, HAMA
—Subjektívne: PSSI, BAI, BDI
Základné klinické vedenie apsychoedukácia
•Psychoedukácia
—informácie o osobnostných črtách
—informácie o možnostiach liečby, výhody a nevýhody jednotlivých prístupov, nežiadúce účinky
—zníženie sebastigmatizácie
•Stanovenie cieľov liečby
•Rozhodnutie o prístupe v liečbe
—ambulantná
—docházková skupina
—denný stacionár
—komunita
—hospitalizácia
•Rozhodnutie o metóde liečby
—psychoterapia
—psychofarmaká
—kombinácia
Závažnosť poruchy
Mierna až stredná závažnosť, bez ťažšej komorbidity, postihnutie funkcií mierne až stredné
Ťažký obraz, závažná komorbidita
Závažné postihnutie funkcií
Zvážiť formát liečby: ambulantná, denný stacionár, hospitalizácia
Dostupnosť, pacientova preferencia
Výrazné afektívne, kognitívne či behaviorálne symptómy
Prvá voľba: psychoterapia (1-3 roky; 42-150 sedení) - zvoliť:
•Špeciálne formy KBT (schematerapia,DBT)
•Špeciálne formy psychodynamickejterapie (terapia zameraná na prenos, mentalizačná terapia)
Druhá voľba: iné psychoterapie - efekt je nejasný
Kombinácia psychoterapie a medikácie
Afektívna dysregulácia a impulzívne správanie
Percepčné a kognitívne symptómy
Terapia v komunite
Antipsychotiká druhej generácie (olanzapin,risperidon, klozapin, quetiapin, aripiprazol, amisulprid, paliperidon,ziprasidon)
Antipsychotiká druhej generácie (olanzapin, risperidon, klozapin, quetiapin, aripiprazol, amisulprid, paliperidon, ziprasidon)
Antikonvulzíva (lamotrigin, valproat)
Antidepresíva (SSRI, SNRI, mirtazapin)
Lithium
Pokračovacia liečba 24 - 36 mesiacov
Psychoterapia - pokračovacie stretnutia raz za 3mesiace
Farmakoterapia - postupne vysadzovať v posledných 6-tichmesiacoch

Prognóza

Prognóza je variabilná, vývoj osobnostného nastavenia v čase v mnohom závisí od bazálnej osobnostnej štruktúry, charakterových vlastností a psychosociálneho zázemia – ak sú tieto priaznivo nastavené, je možná stabilizácia reakčných schém. V prípade negatívnych vývinových charakteristík a životných okolností je skôr tendencia k psychologickej i sociálnej deteriorácii a nárastu závažnosti komorbidných komplikácií (afektívne poruchy, abúzy, suicidalita).

Priebeh je rôznorodý, najčastejšou schémou je chronická instabilita a v ranej dospelosti, s epizódami vážnych afektívnych a impulzívnych maladaptácií so značným využívaním psychiatrických služieb. Riziko suicídia je vyššie u mladších. Hoci tendencia k výrazným emóciám, impulzivite a intenzívnemu prežívaniu vzťahov býva celoživotnou témou, vo vyššom veku však majú viacerí šancu dosiahnuť lepšiu stabilitu v sociálnom i pracovnom fungovaní (Zanarini a kol. 2003).

HPO je najčastejšou poruchou osobnosti u trestaných žien. U mužov je, spoločne s paranoidnou poruchou osobnosti, na druhom mieste v poradí po dissociálnej poruche osobnosti (Esbec a Echeburúa 2010). Aj keď u žien s HPO prevažuje autoagresivita nad heteroagresivitou, impulzivita, problémy s identitou, emočné deregulácie a konzumácia drog ich tiež vedú k častému násilnému správaniu. Vo väčšine prípadov ide o reaktívny (reakcia na afekt), nie inštrumentálny (plán získať prospech) typ násilia. Základná motiváciou je teda hnev a vybitie napätia (Coid a kol. 2006). Toto násilné správanie býva často zamerané na blízke osoby. A tak ľudia, ktorí boli v minulosti často fyzicky zneužívaní, môžu fyzicky napádať a zneužívať druhých (Dutton 2007). Násilný čin najčastejšie vzniká ako reakcia na stres vzniknutý zo skutočného alebo imaginárneho odmietnutie alebo žiarlivosti, kedy sú všetky viny a problémy prenesené na blízku osobu.

Spolu s dissocálnou a vyhýbavou poruchou osobnosti sa ľudia s HPO objavujú častejšie medzi sexuálnymi agresormi (Marshall 2007). Tu dochádza častejšie k sexuálnej agresii voči blízkym osobám, ktorými sa cítia byť opúšťaní.

Násilné správanie u ľudí s HPO narastá, ak komorbidne zneužívajú drogy (v 65% násilných prípadov, predovšetkým ide o konope, kokaín, alkohol a psychofarmaká) alebo majú komorbídnu ADHD (v 37% prípadov). Komorbidita medzi týmito tromi klinickými obrazmi môže byť v pozadí až 18% prípadov násilného správania u osôb s HPO. Komorbidita sa môže objaviť aj u pacientov s poruchami nálady (depresiou a bipolárnou afektívnou poruchou). Devastujúca je však najmä komorbidita s dissociálnou poruchou osobnosti, pretože tam je častejšie impulzívne správanie aj zneužívanie drog. Táto komorbidita prevláda (až 77%) u žien vo väzeniach, u 62% mužov prijatých do väzenských nemocníc a 30% mužov sa strednou bezpečnostnou ostrahou (Duggan a Howard 2009).

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Podľa Prílohy č. 4 - Percentuálna miera poklesu zárobkovej činnosti podľa druhu zdravotného postihnutia orgánov a systémov - k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, je miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosť pre stredne ťažké paranoidné poruchy osobnosti s miernym obmedzením výkonnosti organizmu, určená hodnotou 20% - 30% a pre ťažké narušenie osobnosti so závažným obmedzením výkonnosti organizmu až dezintegráciou , 50% - 80%.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.
Všeobecný lekár, všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný menežment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.
Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidencie based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidencie based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.
Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť , podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.
Sociálny pracovník- sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.
Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.
Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.
Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

Emočne nestabilná porucha osobnosti je psychiatrickým ochorením s komplikovaným priebehom, pacienti sú v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti mesiace aj roky, takisto časté sú rehospitalizácie. Pri liečbe je dôležité vytvorenie dobrého terapeutického vzťahu s pacientom a koordinovanie komplexnej starostlivosti.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívneho psychoterapeutického režimu.
Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.
Denné psychiatrické stacionáre - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.
Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti s materiálno - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - psychoterapia, psychoedukácia.
Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo a **všeobecné lekárstvo pre deti a dorast –**v rámci celkového manažmentu pacienta, po stabilizácii stavu pacienta.
Pri poruchách osobnosti len vo výnimočných prípadoch (napr. pri suicidálnom konaní) dochádza k naplneniu kritérií pre nutnosť nedobrovoľnej liečby. Všeobecný lekár/ lekár RLP, ak zistí suspektné

prejavy duševnej poruchy: posúdi či pacient svojim správaním ohrozuje seba, svoje okolie alebo hrozí vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu - ak áno, zabezpečí prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Ak takéto riziko nehrozí, odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie.
Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár /lekár záchrannej zdravotnej služby/ vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie, postupuje podľa príslušného štandardu. Definitívne posúdenie rizika ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra.
Ak sa na všeobecného lekára, službukonajúceho lekára APS (Ambulantná pohotovostná služba), lekára urgentného príjmu nemocnice alebo ambulantného psychiatra v ich riadnom pracovnom čase obráti zainteresovaná osoba (napr. príbuzní duševne chorého, príslušníci polície a podobne) s informáciami svedčiacimi o tom, že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojím správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí bezprostredné ohrozujúce vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí tento lekár prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia prostredníctvom záchrannej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Pojem zainteresovaná osoba je termín zadefinovaný v novom ZZV.

Alternatívne odporúčania

Alternatívne liečebné postupy t. č. nie sú známe. Vo všeobecnosti u pacientov s poruchou osobnosti je dôležité, aby si osvojili základné zásady zdravého životného štýlu a psychohygieny, vrátane postupov na redukciu stresu.
Bazálnou je vždy koordinovaná psychiatrická a psychoterapeutická starostlivosť, alternatívnym doplnkom môže byť angažovanie pacienta v svojpomocných skupinách alebo aj dobrovoľníckych aktivitách.

Špeciálny doplnok štandardu

Pri liečbe porúch osobnosti sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk), pričom pacienta aj príbuzných dostatočne zrozumiteľne a individuálne poučí ošetrujúci lekár.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit v prípade vydania 11. Revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaniach. Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Potreba vytvoriť „Tím krízovej intervencie“ ako súčasť centra integrovanej starostlivosti: zložený zo zdravotníckych pracovníkov rôznych profesií – kompetencie podľa zloženia tímu - poskytovanie krízovej intervencie (najmä zhodnotenie rizika, podporná psychoterapia, ev. farmakoterapia) pre zvládanie akútnych reaktívnych i nie situačne podmienených dekompenzáciách stavu ľudí s poruchami osobnosti s ev. pokračovaním intervencie v iných segmentoch zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

American Psychiatric Association (APA) Practice Guidelines (2001) Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry; 158(10 Suppl):1-52

American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association

BATEMAN, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. American journal of Psychiatry, 166, 1355-64

BATEMAN, Anthony W, GUNDERSON, John, MULDER, Roger. Treatment of personality disorder. The Lancet. 2015, roč. 385, č. 9969, s. 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5. ISSN 01406736

BATEMAN, Anthony W, RYLE A., FONAGY P., KERR IB: Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalizatiion based therapy and cognitive analytic therapy compared. Int Rev Psychiatry, 2007; 19(1): 51-62

BREZNOŠČÁKOVÁ D. a Ivančová I. (2015) Výskyt porúch osobnosti u pacientov s úzkostnou poruchou.Psychiatr. prax; 16(1): 26–30

CHANEN AM, Jackson HJ, McCutcheon L, Dudgeon P, Jovev M, Yuen HP, a kol. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using Cognitive Analytic Therapy: a randomised controlled trial. Br J Psychiatry; 193:477–84

CHANEN AM (2015). Borderline personality disorder in young people: are we there yet? J Clin Psychol; 71:778-791

CLARKIN, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., and Kenberg, O.F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. The American Journal of Psychiatry, 164, 922-928.

CLARKIN, JF, Yeomans, FE, & Kernberg, OF (1999). Psychotherapy for Borderline Personality. New York: J. Wiley and Sons

CLARKIN JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2004). The Personality Disorder Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized controlled trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patients characteristics. Journal of personality disorders; 18:52-72

COID J, Yang M, Roberts A, Ullrich S, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Farrell M, Lewis G, Singleton N (2006): Violence and psychiatric morbidity in a national household population -a report from the British Household Survey. Am J Epidemiol;164:1199-1208

DOERING, S., Horz, S., Rentrop, M., Fishcer-Kern, M. a kol. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry, 196, 389-395

DUGGAN C, Howard RC (2009): The 'functional link' between personality disorder and violence: A critical appraisal. In M McMurran, RC Howard (Eds.): Personality, personality disorder and violence. Chichester: Wiley; 19–38

DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena.: Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9

DUTTON DG (2007): The abusive personality. Violence and control in intimate relationships (2ªed.). New York: Guilford Press

EL-GABALAWY R, Katz LY, Sareen J. (2010). Comorbidity and associated severity of borderline personality disorder and physical health conditions in a nationally representative sample. Psychosom Med; 72: 641-647

ESBEC E, Echeburúa E. (2010). Violence and personality disorders: clinical and forensic implications. Actas Esp Psiquiatr;38(5):249-261
FEURINO L 3rd, Silk KR (2011). State of the art in the pharmacologic treatment of borderline personality disorder. Curr Psychiatry Rep. Feb;13(1):69-75
GERSON J., Stanley B (2002). Suicidal and self-injurious behavior in personality disorder: controversies and treatment directions. Current psychiatry reports; 4(1):30-38
GIESEN-BLOO, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., a kol. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 63, 649–658
GRENYER, B. F. S., a kol.:Treatment guidelines for personality disorders. Wollongong, Australia: University of Wollongong. (2015), p.53, ISBN 978-1-74128-246-7
HERPERTZ, SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Möller H. (2007). WFSBP task Force on Personality Disorders: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry, roč. 8, č. 4, s. 212–244. doi: 10.1080/15622970701685224. ISSN 1562-2975
GUNDERSON JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Markowitz JC, Sanislow C, Ansell E, Pinto A, Skodol AE (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. Arch Gen Psychiatry; 68(8):827-837
HERPERTZ, Sabine C. a kol. (2007). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry, roč. 8, č. 4, s. 212–244. doi: 10.1080/15622970701685224. ISSN 1562-2975
Hörz S, Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G (2010). Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. Psychiatr Serv; 61: 612-616
KENDALL, Tim, BURBECK, Rachel, BATEMAN, Anthony (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: NICE guideline. British Journal of Psychiatry, roč. 196, č. 02, s. 158–159. doi: 10.1192/bjp.196.2.158. ISSN 0007-1250, 1472-1465
KERNBERG OF (1993). Between conventionality and aggression: the boundaries of passion. Psychother Psychosom Med Psychol.; 43(2):37-45
KJELSBERG E, Eikeseth PH, Dahl AA (1991). Suicide in borderline patients—predictive factors. Acta psychiatrica Scandinavica; 84:283–287
KESSLER RC, Chiu WT, Demler O, a kol. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry; 62:617–627
KLIEM S, Kröger C, Kosfelder J. (2010) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. J Consult Clin Psychol. Dec;78(6):936-951
LINEHAN M.M (1993) The Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York, Guilford Press
MELGES FT, Swartz MS (1989). Oscillations of attachment in bordeline personality disorder. Am. J. Psychiatry; 146: 1115-1120
LUBORSKY, Lester a kol. The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well—Mostly. Clinical Psychology: Science and Practice. roč. 9, č. 1, s. 2–12. doi: 10.1093/clipsy.9.1.2. ISSN 1468-2850
MARSHALL WL (2007): Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. Aggression and Violent Behavior;12:16-35.
MÉNARD KS, Pincus AL (2014). Child maltreatment, personality pathology, and stalking victimization among male and female college students. Violence; 29(2):300-316

MKCH – 10. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5
MOŽNÝ,P., PRAŠKO, J. 1999. Kognitívne behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe. TRITON, 1999, 230-244 s. ISBN 80-7254-038-6
National Collaborating Centre for Mental Health (2009). Borderline personality disorder: the NICE guideline on treatment and management. National clinical practice guideline no. 78. London United Kingdom: RCPsych Publications
OUMAYA M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F (2008). Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. L'Encéphale; 34(5):452-458
POMPILI M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. Nord J Psychiatry; 59: 319-324
PRAŠKO, J.: Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2015. 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3
PRAŠKO J, Grambal A (2016). Farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti. Psychiatrie; 20(3): 155-164
RABOCH J., Hrdlička M., Mohr P., Pavlovský P., Ptáček R. (2015). DSM-5 Diagnostický a statistický manual duševních poruch. Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5
ROBINSON, David J. Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2001. 138 s. ISBN 80-88952-06-9
SANSONE R.A., Farukhi S., Wiederman M.W (2011). Disruptive behaviors in the medical setting and borderline personality. International journal of psychiatry in medicine; 41(4):355-363
STOFFERS JM, Lieb K. (2015). Pharmacotherapy for borderline personality disorder--current evidence and recent trends. Curr Psychiatry Rep; 17:534. 10.1007/s11920-014-0534-0
STOFFERS JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. (2012) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev; 8:CD005652
STOFFERS J, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev 2010; 6:CD005653
TORGERSEN S, Kringlen E, Cramer V (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry; 58: 590-596
TRULL TJ, JahngS, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. Journal of Personality Disorders; 24(4): 412–426
TYRER P, Reed GM, Crawford MJ (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. Lancet; 385:717-726
van den BOSCH LM., SINNAEVE R., HAKAARTt-vanROIJEN L., van FURTH EF.,: Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical behavior Therapy (DBT) program: study protocol for randomized controlled trial, Trials, 2014, doi:10.1186/1745-6215-152
WAXMAN R, Fenton MC, Skodol AE, Grant BF, Hasin D (2014). Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: specificity of effects and the impact of gender. Personal Ment Health; 8(1):30-41
YEOMANS, FE, Clarkin JF, & Kernberg, OF (2002). A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient. Northvale, NJ: Jason Aronson
YOUNG JE, Klosko JS, Weishaar ME: Schema therapy: A practitioner’s guide. Guilford Press, New York 2003
ZANARINI MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM IV borderline psychopathology. J Pers Disord. ; 17(3):233-242

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Histriónska porucha osobnosti

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0050	*20. septembra 2018*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PhDr. Milana Kovaničová, CSc.; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD; MUDr. Marek Zelman; doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; MUDr. Ľubica Ferenčáková

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; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Ing. Mgr. Mária Syneková

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

histriónska porucha osobnosti, diagnostika, terapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

APA	American Psychiatric Association
DSM 5	Diagnostický a štatistický manuál 5
KBT	Kognitívno-behaviorálna terapia
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb-10
PO	Porucha osobnosti
ZZV	Zoznam zdravotníckych výkonov

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých, všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník- sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Úvod

Slovom osobnosť sa chápe dynamický súbor relatívne trvalých vlastností, ktoré sa utvárajú v priebehu individuálneho vývoja a ktoré predurčujú schopnosť adaptácie na okolie. Väčšina definícií porúch osobnosti sa sústreďuje na motiváciu a mentálnu adaptáciu. Poruchy osobnosti predisponujú k rozvoju ďalších porúch, či už psychických alebo aj somatických.

Poruchy osobnosti možno definovať ako pretrvávajúci vzorec alebo profil správania sa, ktorý sa výrazne odlišuje od toho, čo očakáva a vyžaduje príslušná kultúra a spoločnosť. Porucha osobnosti je

stabilná a vedie k vnútorným ťažkostiam, nepohode či konfliktom v sociálnom prostredí. Pre poruchy osobnosti sú charakteristické poruchy adaptability, rigidita v myslení a správaní sa, nedostatok pružnosti, odolnosti a prispôsobenia (Höschl a kol., 2002).
Pre osobnosť je charakteristický temperament, ktorý sa vzťahuje na spôsob emočného prejavu a predpokladá sa, že je daný biologicky. Charakter vytvárajú predovšetkým osvojené a zvnútornené morálne hodnoty a postoje v psychoanalytickom zmysle zodpovedá konceptu super ega (Höschl a kol.,2002). Charakter sa tiež definuje ako relatívne trvalá pohotovosť jedinca prejavovať sa určitým spôsobom v spoločenskom prostredí.
Klasifikácia porúch osobnosti sa dynamicky vyvíja, zvažuje sa predovšetkým dimenzionálny prístup s plynulým presahom medzi normalitou a patologickými prejavmi a kategoriálny prístup, kde sú definované oddelené diagnostické entity.
Poruchy osobnosti neboli zaraďované na rozdiel od psychóz, porúch nálady, úzkostných porúch a iných porúch, medzi tzv. prvoosové diagnózy. Môžu byť považované za extrémne vystupňované temperamentové a charakterové rysy, u závažných porúch osobnosti však dochádza k výraznému narušeniu sociálnej adaptácie so subjektívnymi dôsledkami pre okolie.
Charakteristika histriónskej poruchy osobnosti:
Histriónska porucha osobnosti sa radí medzi špecifické poruchy osobnosti, podľa niektorých klasifikačných systémov patrí do klastra označovaného „B“, kde je jednotiacim znakom dramatický prejav (Raboch a kol., 2015). Podstatnou charakteristikou je excesívny emocionálny prejav a pozornosť-vyhľadávajúce správanie. Často sú nápadní už vzhľadom, so zreteľným dôrazom na oblečenie, úpravu, doplnky, make-up. Ich prejav je živý, s bohatou mimikou, dramatickými gestami, modulovaným hlasovým prejavom, často s flirtujúcim podtónom. Dôležité však je, že ich emocionalita je povrchná, bez reflexie. Odbornú konzultáciu vyhľadávajú zvyčajne po frustrujúcich záťažových situáciách (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).
Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adoptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Platia všeobecné zásady ako pri ostatných vývinových odlišnostiach: edukácia verejnosti (zvlášť vzdelávacieho sektora) o príčinách a charakteristikách porúch osobnosti, edukácia rodičov a opatrovateľov ako viesť výchovu tak, aby poskytovala podporu, vedenie a primeranú angažovanosť.

Epidemiológia

Údaje v literatúre sa líšia, vo všeobecnosti sa odhaduje výskyt tejto poruchy 2 – 3% (Praško, 2015). Raboch a kol. (2015) uvádza prevalenciu 1,48%.
V klinických podmienkach je táto porucha častejšie diagnostikovaná u žien, z niektorých štúdií však vyplýva podobné zastúpenie oboch pohlaví.

Patofyziológia

V dostupnej literatúre nie je špecifikovaná, v etiologickej rovine sa predpokladajú ako formujúce a potencujúce psychosociálne vplyvy. Tiež sa predpokladajú vplyvy konštitučné, temperamentové (Robinson, 2001).

Klasifikácia

Diagnostické kritériá MKCH-10 (1993) pre Histriónsku poruchu osobnosti (F60.4) sú nasledovné:

Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti (F60)
Musia byť splnené najmenej štyri z nasledujúcich kritérií:

1. Sebadramatizácia, teatrálnosť, prehnané prejavy emócií
2. Sugestibilita, ovplyvniteľnosť inými ľuďmi alebo okolnosťami
3. Plytká a labilná emotivita
4. Trvalé vyhľadávanie vzrušenia a ocenenia druhými, a činností, pri ktorých je jedinec centrom pozornosti
5. Neprimeraná koketéria vo vzhľade alebo správaní
6. Nadmerná pozornosť venovaná vlastnej fyzickej príťažlivosti

K pridruženým charakteristikám môžu patriť egocentrickosť, zhovievavosť voči sebe, trvalá túžba po ocenení, zraniteľnosť citov a pretrvávajúce manipulatívne správanie za dosiahnutím vlastných potrieb.

Klinický obraz

Jedinec s histriónskou poruchou osobnosti potrebuje a vynucuje si predovšetkým pozornosť. Potrebuje dynamiku a často organizuje situáciu tak, aby sa dynamika točila okolo neho, pretože potom je schopný pohyb svojho okolia ovládať a kontrolovať. Neznáša pokoj, stereotyp, priemer a stabilitu. V správaní, gestikulácii a aj mimickom a verbálnom prejave obvykle preháňa, miluje romantiku, snenie a všetko na povrchu krásne – na vnútorných kvalitách akoby záležalo menej. Pokiaľ ostatní nezapadajú svojím správaním do konceptu jedinca s histriónskou poruchou, môže sa veľmi kruto, efektívne a cielene mstiť, produkuje ohovárania, klebety, nedôveru a postranné koalície. V nárokoch na partnera je veľmi naliehavý až bezohľadný, zvlášť vtedy, ak požaduje pomoc (Höschl a kol. 2004).

Diagnostika I Postup určenia diagnózy

Diagnostika histriónskej poruchy osobnosti sa opiera o psychiatrické a psychodiagnostické vyšetrenie a heteroanamnestické údaje.
Psychiatrické vyšetrenie – anamnéza, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH-10 a psychopatologický rozbor.
Heteroanamnestické údaje - od príbuzných a blízkych osôb pacienta, sú tiež veľmi dôležité pri diagnostikovaní porúch osobnosti, získavame ich aj opakovane pre spresnenie diagnostiky a identifikáciu faktorov v kontexte vývinovej a sociálnej adaptácie.
Psychodiagnostické vyšetrenie – využíva kombináciu klinických a testových metód. V klinických metódach je dôležité zhodnotenie vývinových aspektov. Je výhodou, ak sú tiež k dispozícii objektívne informácie od blízkych osôb. Pri interpretácii testových metód /sebaposudzovacie škály a dotazníky/ treba byť obozretný vzhľadom na možnosť skresleného sebavnímania a interferenciu aktuálnej psychopatologickej symptomatológie. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti sú štruktúrované diagnostické, interview, ktoré umožňujú odlíšiť trvalé osobnostné charakteristiky od stavových charakteristík.
V prístupe jednak ku klinickému, tak i psychodiagnostickému posúdeniu prítomnosti špecifickej poruchy osobnosti (najmä vzhľadom k individualizácii posúdenia a plánovaniu terapeutickej stratégie) je vhodné rozširovať kategoriálny rámec uvažovania o rozmer dimenzionálny Perspektívne sa javí praxi relevantné hodnotenie A/ stupňa postihu osobnostného fungovania a B/ hodnotenie rysových variantov v rámci širších domén (Raboch a kol., 2015).
Mnoho ľudí v populácii môže vykazovať histriónske osobnostné črty. Len v prípade, ak sú tieto charakteristiky neflexibilné, maladaptívne, perzistentné a spôsobujú značný funkčný postih alebo subjektívny distres môžeme hovoriť o Histriónskej poruche osobnosti. Významný je tiež kultúrny kontext. Skôr než označíme rôzne črty osobnosti (napr. emocionalitu, flirtovanie, dramatický interpersonálny štýl, vyhľadávanie zmeny, sociabilitu, šarm, impresívnu výrazovosť, tendenciu

k somatizácii) za dôkazy prítomnosti histriónskej poruchy osobnosti, je dôležité zhodnotiť do akej miery tieto spôsobujú klinicky významný distres.

Diferenciálna diagnostika:
V rámci klinického vyšetrenia je nevyhnutné vylúčiť iné ochorenia kódované pod inými kategóriami MKCH-10 (Raboch a kol., 2015, Praško, 2015, Robinson a kol., 2001):

a) Hraničná porucha osobnosti – môže sa tiež vyskytovať pozornosť vyhľadávajúce, manipulatívne správanie a prudké zmeny emócií, ale pri histriónskej poruche chýbajú pre hraničnú PO typická sebadeštruktívnosť, zlobné výbuchy v blízkych vzťahoch, chronické pocity hlbokej prázdnoty a poruchy identity.
b) Dissociálna porucha osobnosti - zdieľanou charakteristikou je tendencia k impulzivite, povrchnosti, vyhľadávanie excitácie, nekľud, flirtovanie a manipulatívnosť, ale jedinci s histriónskou poruchou osobnosti majú dramatickejšie emócie a nezvyknú sa správať antisociálne. Ľudia s histriónskaou poruchou osobnosti manipulujú s cieľom dosiahnuť podporu, zatiaľ čo ľudia s dissociálnou poruchou osobnosti manipulujú za účelom profitu, moci a získania iných materiálnych výhod.
c) Narcistická porucha osobnosti- takisto prahne po pozornosti druhých, ale zvyčajne chcú pochvalu za ich „výnimočnosť“, v tomto aspekte jedinci s histriónskou poruchou dávajú prednosť byť vnímaní ako krehkí a závislí, ak je to inštrumentálne pri dosahovaní pozornosti. Takisto aj jedinci s Narcistickou poruchou osobnosti môžu preháňať blízky vzťah k druhým, ale zdôrazňujú skôr „VIP“ status alebo bohatstvo svojich priateľov.
d) Závislá porucha osobnosti – títo jedinci sú takisto nadmerne závislí na pochvale a vedení od druhých, ale toto sa realizuje bez dramatických emócií histriónskych jedincov

Zmeny osobnosti spôsobené inou medicínskou príčinou - tu je potrebné odlíšiť zmenu osobnosti pripísateľnú efektu iných zdravotných zmien na centrálny nervový systém.

Abúzus psychoaktívnych látok - Histriónsku poruchu treba odlíšiť od zmien osobnosti, ktoré sa môžu dostaviť pri trvalom používaní psychoaktívnych látok.

Liečba

V celkovom manažmente liečby porúch osobností je optimálne v každom individuálnom prípade vychádzať z kombinácie farmakoterapie a psychoterapie (Herpertz a kol., 2007, Bateman a kol., 2015). V súčasnej dobe neexistuje jednoznačný odporúčaný postup liečby histriónskej poruchy osobnosti ani vo všeobecne uznávaných európskych odporúčaniach NICE (Národný inštitút pre zdravie a klinickú excelenciu) či Americkej psychiatrickej asociácie (APA).

Kauzálna farmakoterapia porúch osobnosti neexistuje. Cieľom psychofarmakoterapie je pri tejto skupine ochorení liečba komorbidných duševných porúch, ktoré sa v súbehu s nimi vyskytujú častejšie ako v ostatnej populácii. Pri niektorých poruchách osobností je možné psychofarmakami ovplyvniť niektoré ich symptómy.

Všeobecné zásady farmakologickej liečby porúch osobnosti (Gryeyner, 2015, Herpertz a kol., 2007):

1. Primárnym cieľom psychofarmakoterapie je liečba eventuálnej komorbidnej duševnej poruchy - depresia, anxieta, PTSP, psychóza, insomnia, afektívna porucha, závislosť od alkoholu alebo drog. V takomto prípade sa postupuje podľa príslušného štandardného postupu.
2. Farmakologická liečba symptómov poruchy osobnosti je indikovaná pri zlyhaní respektíve nedostatočnej účinnosti psychoterapeutických intervencií a ako komedikácia popri psychoterapii.
3. Pacient musí byť informovaný, že ide o liečbu mimo indikácií liekov uvedených v SPC.
4. Pri indikovaní liečby je nevyhnutné posúdenie eventuálneho potenciálu lieku vyvolávať závislosť, resp. potenciovať účinok alkoholu a iných návykových látok.

5. Vzhľadom na zvýšené riziko suicidálneho/sebapoškodzujúceho správania pri poruchách osobnosti je potrebné zvážiť pri indikovaní farmakoterapie pomer rizika a benefitu pri predávkovaní či intoxikácii. Pri existencii takéhoto rizika je nevyhnutné predpisovať jednorazovo minimálne množstvá liekov.
6. Pacienta je potrebné edukovať o vyššie uvedených rizikách.
7. Stav pacienta musí byť pravidelne kontrolovaný vrátane kompliancie a eventuálnych nežiaducich účinkov podľa odporučení pre skupiny psychofarmák.
8. Účinnosť liečby musí byť pravidelne preverovaná, podávanie psychofarmák bez preukázateľného účinku po troch mesiacoch nie je indikované.

Základom liečby býva psychoterapia, no najmä preparáty SSRI môžu obmedziť precitlivenosť k odmietnutiu a beta-blokátory môžu pomôcť zvládnuť príznaky hyperaktivity vegetatívneho nervového systému (Höschl a kol., 2002). Účinné je podávanie antidepresív zo skupiny SSRI (evidencia A) a krátkodobo benzodiazepínov (alprazolam) (evidencia C) (Herpertz a kol., 2007).
Pri výskyte prejavov afektívnej dysregulácie môžu byť efektívne antidepresíva zo skupín SSRI/SNRI - fluoxetín, sertralín, venlafaxín (evidencia A). SSRI sú vzhľadom na ich nízku toxicitu liekom voľby pri výskyte parasuicidálnych prejavov, tricyklické antidepresíva (evidencia D), stabilizátory nálady - lithium carbonicum, valproát, karbamazepín (evidencia C), benzodiazepíny - alprazolam, klonazepam (evidencia C), AP1G - haloperidol - nízke dávky (evidencia A) (Herpertz a kol., 2007).
Na potlačenie úzkosti, najmä, ak je veľmi výrazná, možno použiť benzodiazepínové aj nebenzodiazepínové anxiolytiká. Spoločnou indikáciou benzodiazepínov podľa SPC sú symptómy, ktoré zahŕňajú úzkosť, napätie, agitovanosť, nespavosť, obavy, podráždenosť a/alebo vegetatívnu hyperaktivitu. Podávanie benzodiazepínov (alprazolam, bromazepam, oxazepam medazepam) sa nedoporúča dlhodobo, avšak prechodne či pri komorbidite s inými úzkostnými poruchami, môžu byť indikované. Je dôležité brať do úvahy riziko vzniku závislosti, sedatívny efekt, schopnosť ovplyvňovať riadenie strojov a motorových vozidiel. Alprazolam sa podáva v počiatočných dávkach 0,25 – 0,5 mg denne, dávka sa zvyšuje podľa individuálnej odpovede, v ambulantných podmienkach by mala byť čo najnižšia.
Kontraindikácie benzodiazepínov– akútna otrava alkoholom, myastenia gravis, glaukóm s uzavretým uhlom, respiračná insuficiencia, spánkové apnoe, zlyhávanie pečene a tehotenstvo.
Vedľajšie a nežiaduce účinky benzodiazepínov: únava, ospalosť, hypotenzia, ataxia, závraty, útlm dýchacieho centra, poruchy pozornosti a pamäti, riziko vzniku závislosti (Pečeňák a kol., 2016).
Nebenzodiazepínové anxiolytiká - Na potlačenie úzkosti je indikovaný aj hydroxyzín (v SPC sa uvádza indikácia symptomatickej liečby anxiety u dospelých) v počiatočnej dávke 12,5-12,5-25 mg na deň, maximálna dávka je 100 mg/deň. Hydroyzín je kontraindikovaný u pacientov so známym získaným alebo vrodeným predĺžením QT intervalu, tiež u pacientov so známym rizikovým faktorom predĺženia QT intervalu, náhlou srdcovou smrťou v rodinnej anamnéze, významnou bradykardiou a pri súčasnom užívaní iných liekov, o ktorých je známe, že predlžujú QT interval.

Buspirón (podľa SPC je indikovaný na liečbu pretrvávajúcej úzkosti) - odporúčaná úvodná dávka je 3 x 5mg denne. Možno ju zvýšiť o 5mg denne každé 2-3 dni. Priemerná denná dávka je 20 - 30mg. Jednotlivá dávka by nemala prekročiť 30mg. Maximálna denná dávka nesmie prekročiť 60mg.

Beta blokátory – môžu potlačiť príznaky hyperaktivity vegetatívneho nervového systému - predpis patrí do kompetencie praktického lekára alebo internistu (Höschl a kol., 2002).

V psychoterapeutickej liečbe v prípade porúch osobnosti je možné využiť:
- podporné psychoterapeutické metódy

- individuálne psychoterapeutické intervencie (psychoedukácia, krízová intervencia)
- špecifické psychoterapeutické metódy v zmysle certifikovaných smerov
- čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie)
- rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu rodinných príslušníkov

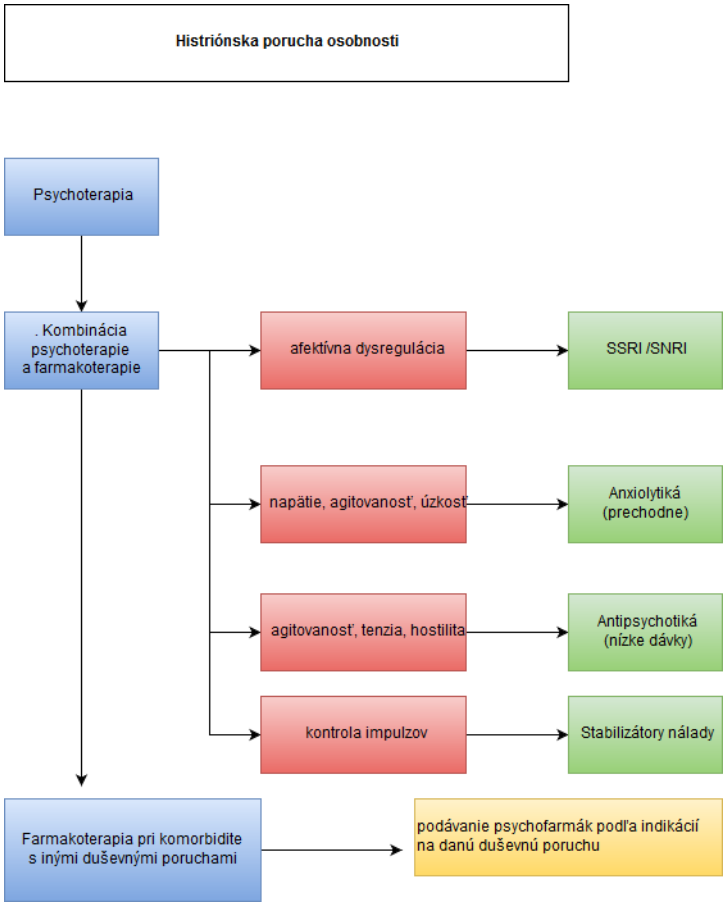
Histriónskej poruche osobnosti je venovaná pozornosť už od čias Freuda a jeho psychoanalýzy. V liečbe sa používajú viaceré psychoterapeutické prístupy. V súčasnej chvíli existuje len jedna randomizovaná kontrolovaná štúdia overenie účinnosti jedného z psychoterapeutických smerov. Ide o terapiu zameranú na schémy (Bamelis a kol. 2014).
Psychoterapia môže byť formátu individuálnej psychoterapie alebo skupinovej psychoterapie.
Návrh konkrétneho liečebného psychoterapeutického postupu závisí od individuálneho postoja pacienta a od jeho motivácie a ochoty spolupracovať v psychoterapii. Pri voľbe akejkoľvek psychoterapeutickej intervencie je potrebné zohľadňovať špecifiká príslušnej poruchy osobnosti (Bartak a kol., 2011).
Podporná psychoterapia - môže byť metódou voľby u nestabilných pacientov, ktorých nie je možné zaradiť do dlhodobej psychoterapie. Tento typ terapie nevyžaduje u terapeuta špecifický výcvik v psychoterapii. Cieľom terapie je mierniť emočné excesy pacienta. Terapeut sa sústreďuje predovšetkým na čo najvyššiu mieru emočnej podpory. Príliš blízky vzťah nie je žiaduci. Úlohou terapeuta je nereagovať na manipulatívne jednanie pacienta a udržať si stabilitu. Hlavným prostriedkom je láskavosť a pochopenie. Pacienti s histriónskou poruchou osobnosti majú celý rad vytesnených konfliktov, z čoho vyplýva, že priama konfrontácia nemá zmysel. Cestou ako umožniť vhľad je dopytovanie sa na rôzne detaily, prípadne nechať pacienta, nech sa sám pokúsi situáciu znovu vyhodnotiť. Premenlivosť pocitov je pre pacientov s histriónskou poruchou osobnosti typická. Je dôležité sa na neho nehnevať, nepovažovať ho za klamára, ale skôr ho so zmenám nálady i pocitov jemne konfrontovať a pátrať po príčinách zmien.
S*kupinová terapia* - má oproti individuálnej mnoho výhod. Okrem terapeuta sú v procese zapojené aj iné osoby, ktoré môžu poskytnúť spätnú väzbu, a tým umožniť lepšie pochopenie problémov pacienta. Podobne ako iní pacienti, aj pacienti s histriónskou poruchou osobnosti môžu mať obavu zo skupinovej terapie, ale prijímajú ju zvyčajne lepšie, pretože ostatných členov skupiny považujú za svoje publikum. Problém môže nastať v situácii, keď chce byť viac členov centrom pozornosti. Úlohou terapeuta je potom zvládnuť túto situáciu a ukázať pacientom, že môžu byť ocenení nielen v situáciách, keď sú v centre pozornosti, ale aj v momentoch, keď dávajú priestor ostatným a správajú sa empaticky. Pri individuálnom sedení len s terapeutom sa táto možnosť praktickej spolupráce a úcty k ďalším ľuďom nevyskytuje.
Zo špecifických psychoterapeutických metód sú najčastejšie využívané: psychodynamická psychoterapia a kognitívno-behaviorálna psychoterapia.

Psychodynamická psychoterapia - je vhodným prístupom v terapii histriónskej poruchy osobnosti. Pri používaní princípov dynamickej terapie sa terapeut snaží, aby pacient pochopil a bol schopný popísať svoju vnútornú skúsenosť, svoj vnútorný svet. Terapeut interpretuje pacientove obranné mechanizmy, ktoré sa snažia vyhnúť nepríjemným pocitom a myšlienkam v tomto prípade vytesneniu, sexualizácii, regresii a disociácii. Pacienti sa často bránia hlbšiemu prežívaniu, pretože sa boja zranenia. V priebehu terapie sa učia tomu prežívaniu porozumieť a nebáť sa ho. S tým, ako pacienti lepšie identifikujú svoje pocity, sú schopní i viac pochopiť svoje priania a menej sa stavajú do role obetí. Začnú si viac všímať detaily v interpersonálnych vzťahoch a potreby iných ľudí, čo im umožňuje lepšie fungovanie. Táto terapia môže mať formát individuálny i skupinový, každý z nich má svoje benefity. V individuálnej terapii je možné cielenejšie formulovať terapeutický kontrakt a modulovať terapeutickú alianciu,

skupinová práca viac koncentruje pacienta na vzťahové témy. Jednotiacim motívom intervencií v prípade pacienta s histrónskou poruchou osobnosti je stimulovať reflexívne uvažovanie (Robinson, 2001).

Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) - môže ponúknuť pacientovi s histriónskou poruchou osobnosti to, v čom často robí chyby - racionalitu a logiku. Z hľadiska KBT má porucha súvislosť s nedostatočným sebavedomím. Kvôli nemu sa pacienti pokúšajú byť stredobodom pozornosti, vyhýbajú sa životu vo vonkajšom "zlom" svete, často majú skon k závislosti na druhej osobe. I drobná kritika alebo nezáujem ich hlboko zasahuje a mení ich správanie. Hlavné všeobecné ciele KBT v liečbe (Praško, 2015) sú:

- postupne podporovať sebavedomie tak, aby bolo postavené na vlastnom ocenení a výkone, nie pozornosti druhých;
- modifikovať spôsob spracovania informácií (viac myslieť a menej sa oddávať momentálnym): pomôcť pacientovi zmeniť spôsob myslenia aby bolo systematickejšie a viac zamerané na problém;
- pomôcť úplne prežívať bolestivé emócie tak, aby sa im pacient nemusel vyhýbať alebo ich disociovať;
- zlepšiť vzájomnú komunikáciu vo vzťahoch (výcvik empatie, kompromisov), zvládať svoje prejavy správania (zvládanie stresu, nudy, atď.).



Prognóza

Odborné vedenie je dlhodobé. Histriónsky prejav osobnosti je trvalou osobnostnou charakteristikou, je pozorovaná tendencia zmierňovania dramatickosti vekom.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Poruchy osobnosti s vyššou závažnosťou alebo nepriaznivým priebehom môžu viesť k invalidizácii človeka.

Podľa Prílohy č. 4 - percentuálna miera poklesu zárobkovej činnosti podľa druhu zdravotného postihnutia orgánov a systémov - k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, je miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosť pre stredne ťažké poruchy osobnosti s miernym obmedzením výkonnosti organizmu, určená hodnotou 20% - 30% a pre ťažké narušenie osobnosti so závažným obmedzením výkonnosti organizmu až dezintegráciou , 50% - 80%.

Taktiež komorbidita s ďalšími psychickými poruchami napr. ťažkou formou depresie či obsedantno-kompulzívnej poruchy môže viesť až k invalidizácii pacienta.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár, všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť , podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník- sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

Histriónska porucha osobnosti je chronickým psychiatrickým ochorením, pacienti sú v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti mesiace aj roky. V liečbe je dôležité vytvorenie dobrého terapeutického vzťahu s pacientom.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívneho psychoterapeutického režimu.

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

Denné psychiatrické stacionáre - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti s materiálno - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - psychoterapia, psychoedukácia.

Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo –v rámci celkového manažmentu pacienta, po stabilizácii stavu pacienta.

Pri poruchách osobnosti len vo výnimočných prípadoch (napr. pri suicidálnom konaní) dochádza k naplneniu kritérií pre nutnosť nedobrovoľnej liečby. Všeobecný lekár/ lekár RLP, ak zistí suspektné prejavy duševnej poruchy: posúdi či pacient svojim správaním ohrozuje seba, svoje okolie alebo hrozí vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu - ak áno, zabezpečí prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Ak takéto riziko nehrozí, odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie.

Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár /lekár záchrannej zdravotnej služby/ vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie, postupuje podľa príslušného štandardu. Definitívne posúdenie rizika ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra.

Ak sa na všeobecného lekára, službukonajúceho lekára APS (Ambulantná pohotovostná služba), lekára urgentného príjmu nemocnice alebo ambulantného psychiatra v ich riadnom pracovnom čase obráti zainteresovaná osoba (napr. príbuzní duševne chorého, príslušníci polície a podobne) s informáciami svedčiacimi o tom, že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojím správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí bezprostredné ohrozujúce vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí tento lekár prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia prostredníctvom záchrannej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Pojem zainteresovaná osoba je termín zadefinovaný v novom ZZV.

Alternatívne odporúčania

Alternatívne odporúčania sú zamerané na dodržiavanie zdravej životosprávy či už stravy, telesného cvičenia alebo dostatku relaxačných aktivít.

Špeciálny doplnok štandardu

Pri liečbe porúch osobnosti sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk), pričom pacienta aj príbuzných dostatočne zrozumiteľne a individuálne poučí ošetrujúci lekár.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit v prípade vydania 11. Revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaniach. Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Potreba vytvoriť „Tím krízovej intervencie“ ako súčasť centra integrovanej starostlivosti: zložený zo zdravotníckych pracovníkov rôznych profesií – kompetencie podľa zloženia tímu - poskytovanie krízovej intervencie (najmä zhodnotenie rizika, podporná psychoterapia, ev. farmakoterapia) pre zvládanie akútnych reaktívnych i nie situačne podmienených dekompenzáciách stavu ľudí s poruchami osobnosti s ev. pokračovaním intervencie v iných segmentoch zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

BAMELIS, LLM, EVERS MAA, SPINHOVEN P, ARNZT A. 2014. Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. In: Am J Psych, 171: 305-322. ISSN 0002-953X

BARTAK A. a kol.: Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders,In: Psychother Psychosom, 2011;80(1):28-38

BATEMAN, AW, GUNDERSON, J., MULDER, R.: Treatment of personality disorder. In: The Lancet. 2015, roč. 385, č. 9969, s. 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5. ISSN 01406736.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A.: *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9, p.278-313

GRENYER, B. F. S., a kol.:Treatment guidelines for personality disorders. Wollongong, Australia: University of Wollongong. (2015), p.53, ISBN 978-1-74128-246-7

HERPERTZ, SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Möller HJ; WFSBP task Force on Personality Disorders: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders.In: The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry. 2007, roč. 8, č. 4, s. 212–244. doi: 10.1080/15622970701685224. ISSN 1562-2975

HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J.: *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002, 895s ISBN 80-900130-1-5

MKCH – 10.: *Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov*. 10. revízia. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5

MOŽNÝ ,P., PRAŠKO, J.: *Kognitívne behaviorální terapie*. Úvod do teorie a praxe. TRITON, 1999, 230-244 s. ISBN 80-7254-038-6

PEČEŇÁK J., KOŘÍNKOVÁ V. a kol.: *Psychofarmakológia.* Wolters Kluwer, 2016, 672s. ISBN 978-80-8168-542-2

PRAŠKO, J.: *Poruchy osobnosti.* Praha: Portál, 2015. 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3

RABOCH J., HRDLIČKA M., MOHR P., PAVLOVSKÝ P., PTÁČEK R.: *DSM-5 Diagnostický a statistický manual duševních poruch.* 2015. Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5

ROBINSON, DJ.: *Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2001. 138 s. ISBN 80-88952-06-9

SMOLÍK P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. 1996. Maxdorf Praha. 502. ISBN 80-85800-33-0

VERHEUL R., Herbrink M.: The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations,In: Int Rev Psychiatry, 2007;19(1):25-38

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Paranoidná porucha osobnosti

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0051	*20. septembra 2018*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PhDr. Katarína Kubašovská; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; MUDr. Marek Zelman

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; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH; 0054

MUDr. Jozef Kalužay, PhD.

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Ing. Mgr. Mária Syneková

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

paranoidná porucha osobnosti, hostilita, diagnostika, liečba, paranoidita

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

DSM-5	diagnostický a štatistický manuál duševných porúch
KBT	kognitívno behaviorálna terapia
MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých, všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater - pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom .

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy, so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť , podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník- sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Špeciálny pedagóg - psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií.

Úvod

Slovom osobnosť sa chápe dynamický súbor relatívne trvalých vlastností, ktoré sa utvárajú v priebehu individuálneho vývoja a ktoré predurčujú schopnosť adaptácie na okolie. Väčšina definícií porúch osobnosti sa sústreďuje na motiváciu a mentálnu adaptáciu. Poruchy osobnosti predisponujú k rozvoju ďalších porúch, či už psychických alebo aj somatických.

Poruchy osobnosti možno definovať ako pretrvávajúci vzorec alebo profil správania sa, ktorý sa výrazne odlišuje od toho, čo očakáva a vyžaduje príslušná kultúra a spoločnosť. Porucha osobnosti je stabilná a vedie k vnútorným ťažkostiam, nepohode či konfliktom v sociálnom prostredí. Pre poruchy osobnosti

sú charakteristické poruchy adaptability, rigidita v myslení a správaní sa, nedostatok pružnosti, odolnosti a prispôsobenia (Höschl a kol., 2002).
Pre osobnosť je charakteristický temperament, ktorý sa vzťahuje na spôsob emočného prejavu a predpokladá sa, že je daný biologicky. Charakter vytvárajú predovšetkým osvojené a zvnútornené morálne hodnoty a postoje, v psychoanalytickom zmysle zodpovedá konceptu superega (Höschl a kol., 2002).
Klasifikácia porúch osobnosti sa dynamicky vyvíja, zvažuje sa predovšetkým dimenzionálny prístup s plynulým presahom medzi normalitou a patologickými prejavmi a kategoriálny prístup, kde sú definované oddelené diagnostické entity. Poruchy osobnosti neboli zaraďované na rozdiel od psychóz, porúch nálady, úzkostných porúch a iných porúch, medzi tzv. prvoosové diagnózy. Môžu byť považované za extrémne vystupňované temperamentové a charakterové rysy, u závažných porúch osobnosti však dochádza k výraznému narušeniu sociálnej adaptácie so subjektívnymi dôsledkami pre okolie. Hlavným znakom paranoidnej poruchy osobnosti je vzorec pervazívnej nedôvery a podozrievavosti voči iným ľuďom, ktorých motívy sú interpretované ako zlomyseľné. Ide o hypersenzitívnych, rigidných a podozrievavých jedincov, ktorí často podliehajú žiarlivosti a závisti a len veľmi ťažko vyjadrujú svoju náklonnosť, ale aj pochybnosti a neistotu. Typická je pre nich tendencia k prekrucovaniu a chybnej interpretácií neutrálneho alebo dokonca priateľského správania druhých ako nepriateľského alebo pohŕdavého. Sociálne vzťahy paranoidných ľudí tak zvyknú byť konfliktné, pretože často podozrievajú okolie zo zneužívania a zo zlých úmyslov a venujú enormné množstvo času a energie na hľadanie dôkazov, ktoré by potvrdili ich podozrenie. Za svoj neúspech často obviňujú druhých, prikladajú nadmerný význam svojej osobe, majú pocit, že sú tak dôležití, že druhí sa proti nim môžu spiknúť. Vo zvýšenej miere bránia svoje práva a domáhajú sa ich naplnenia. Môže ísť až o boj voči rôznym domnelým príkoriam, ktorý vedie k narušenia ich sociálnej integrácie (Smolík, 1996).
Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adoptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Súčasný pohľad na etiopatogenézu porúch osobnosti dáva prednosť multifatoriálnemu modelu, v ktorom sa spoločne kombinujú vplyvy genetické, kultúrne, vplyvy výchovy a individuálny životný vývoj, množstvo stresových životných situácií, ktoré jedinec v určitej životnej perióde prekonal.
Primárna prevencia môže tak spočívať v osvetovej a prednáškovej činnosti lekárov, pedagógov a psychológov, ktorí budú viesť rodičov a vychovávateľov k takým výchovným postupom, ktoré uľahčia zvereným deťom ich vlastný osobnostný vývoj a čo najlepšie zvládanie vývojových úloh. V tom sú užitočné všetky aktivity, ktoré vedú k zvyšovaniu sebavedomia a interpersonálnych zručností rodičov a opatrovateľov. Vychádzajúc z predpokladu, že deti pacientov so schizofréniou a poruchou s bludmi sú viac ohrozené vývojom poruchy osobnosti , ďalšou stratégiou pomoci je "manažérska" pomoc týmto rodinám. (Dušek a kol., 2015).
Sekundárna prevencia u pacientov s poruchou osobnosti spočíva v dôslednom sledovaní komorbidity, motivovaní pacienta ku spolupráci, udržaní ho v kontakte.

Epidemiológia

Prevalencia v populácii sa odhaduje na 0,5 – 2,5%, častejšia je u mužov. V populácii hospitalizovaných pacientov je odhad vyšší, až v rozmedzí 10-30% a u ambulantných pacientov 10 - 20%. Vyššia incidencia je v rodinách pacientov so schizofréniou a poruchami s bludmi.

Patofyziológia

Tak ako pri iných poruchách osobnosti aj pri paranoidnej poruche osobnosti súčasný pohľad na etiopatogenézu dáva prednosť multifatoriálnemu modelu, v ktorom sa spoločne kombinujú vplyvy genetické, kultúrne, vplyvy výchovy a individuálny životný vývoj, množstvo stresových životných situácií, ktoré jedinec v určitej životnej etape prekonal.

Pri paranoidnej poruche osobnosti sa predpokladá existencia určitej genetickej predispozície. Existujú dôkazy dokladajúce vyšší výskyt paranoidnej poruchy osobnosti v rodinách, kde sa vyskytuje viac chorých so schizofréniou a poruchami s bludmi perzekučného typu (Smolík, 1996).

V rozvoji paranoidnej poruchy osobnosti pravdepodobne zohrávajú úlohu aj vplyvy rodinného prostredia v rannom vývojovom období. Podľa niektorých autorov, ľudia s touto poruchou boli objektom extenzívnej rodičovskej zlosti alebo boli najmä blízkymi rovnakého pohlavia ponižovaní. To viedlo k nadmernému rozvoju obranného mechanizmu projekcie, ktorý je zodpovedný za charakter ochorenia. Pocity nedostatočnosti a zraniteľnosti ako následok psychického zranenia sú tak projikované do druhých ako ich nepriateľstvo a hostilita (Praško a kol., 2015).

Podľa psychodynamického konceptu je dôvodom vysokej miery uzavretosti a nedôvery neistá vzťahová väzba v ranom detstve (Robinson, 2001).

Klasifikácia

Diagnostické kritériá MKCH-10 pre F60.0 - paranoidná porucha osobnosti:

A. Musia byť splnené všeobecné kritéria pre poruchu osobnosti

B. Musia byť splnené najmenej štyri z nasledujúcich príznakov:

1. nadmerná citlivosť k odstrkovaniu
2. tendencia k trvalej nevraživosti, odmieta odpustiť urážky, bezprávie, zľahčovanie a urazená ješitnosť
3. podozrievavosť a sklon k prekrucovaniu a chybnej interpretácii neutrálnej alebo dokonca priateľskej akcie druhých ako nepriateľskej alebo pohŕdavej
4. bojovný a úporný zmysel pre osobné práva bez ohľadu na bezprostrednú situáciu
5. opakované neoprávnené podozrievanie manželského alebo iného sexuálneho partnera z nevery
6. sklon k zdôrazňovaniu dôležitosti vlastnej osoby prejavujúce sa trvalým vzťahovaním všetkého ku svojmu vlastnému ja
7. zaoberanie sa nepodloženým "konšpiračným" vysvetľovaním udalostí okolo seba alebo vo svete vôbec

Klinický obraz

Paranoidná porucha osobnosti sa môže prejaviť už v detstve alebo skorej adolescencii, a to prejavmi samotárstva, sociálnou úzkosťou, hypersenzitivitou, zvláštnym myslením a vyjadrovaním. Tieto prejavy sa môžu stať centrom pozornosti a posmechu rovesníkov a viesť k nárastu paranoidných postojov. V dobe zvýšeného stresu alebo psychosociálnej záťaže môžu postihnutí reagovať krátkymi psychotickými epizódami, inak sú príznaky a prejavy chronické a dlhodobé. Typickými sú vyhýbanie sa intímnejším kontaktom, hostilita, nekompromisnosť a rigidita v postojoch, obviňovanie druhých pri interpersonálnych problémoch, neustála pripravenosť k obrane, konflikt s autoritami. Postihnutí bývajú nadmerne citliví na dodržiavanie pravidiel a poriadku.

V reakcii na hrozby, ktoré vnímajú okolo seba, rýchlo prechádzajú do protiútoku, a tak sa často angažujú v súdnych sporoch. Niekedy sa u jedincov s paranoidnou poruchou osobnosti stretávame so skrytými grandióznymi fantáziami, ktoré len mierne zakrývajú a ktoré sa často týkajú záležitostí moci a spoločenského postavenia. Niekedy sú vnímaní ako "fanatici" a vytvárajú pevne prepojené skupiny s ľuďmi, ktorí systémy ich paranoidných presvedčení zdieľajú (Smolík, 1996).

Najmä v reakcii na stres sa u jedincov s touto poruchou môžu objaviť veľmi krátke psychotické epizódy (v dĺžke minút až hodín). Môže sa rozvinúť tiež depresívna porucha, úzkostné stavy, sociálna fóbia, agorafóbia a obsedantne - kompulzívna porucha. Často sa u nich objavujú poruchy užívania alkoholu a iných návykových látok. Je možný aj vývoj do poruchy s bludmi. Komplikácie sú väčšinou dôvodom pre vyhľadanie terapie (Praško a kol., 2015).
Najčastejšie súbežne sa vyskytujúcimi poruchami sú schizotypová porucha, schizoidná, vyhýbavá a hraničná porucha osobnosti.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostika paranoidnej poruchy osobnosti sa opiera o psychiatrické a psychodiagnostické vyšetrenie a heteroanamnestické údaje.

Psychiatrické vyšetrenie – anamnézu, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH-10 a psychopatologický rozbor.

Psychodiagnostické vyšetrenie – využíva kombináciu klinických a testových metód. V klinických metódach je dôležité zhodnotenie vývinových aspektov. Je výhodou, ak sú tiež k dispozícii objektívne informácie od blízkych osôb. Pri interpretácii testových metód /sebaposudzovacie škály a dotazníky/ treba byť obozretný vzhľadom na možnosť skresleného sebavnímania a interferenciu aktuálnej psychopatologickej symptomatiky. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti sú štruktúrované diagnostické interview, ktoré umožňujú odlíšiť trvalé osobnostné charakteristiky od stavových charakteristík, ktoré sú v čase viac variabilné (Smolík,1996).
V prístupe jednak ku klinickému, tak i psychodiagnostickému posúdeniu prítomnosti špecifickej poruchy osobnosti (najmä vzhľadom k individualizácii posúdenia a plánovaniu terapeutickej stratégie) je vhodné rozširovať kategoriálny rámec uvažovania o rozmer dimenzionálny. Perspektívne sa javí praxi relevantné hodnotenie podľa DSM-5:
A/ stupňa postihu osobnostného fungovania a
B/ hodnotenia rysových variantov v rámci širších domén (Raboch a kol., 2015).

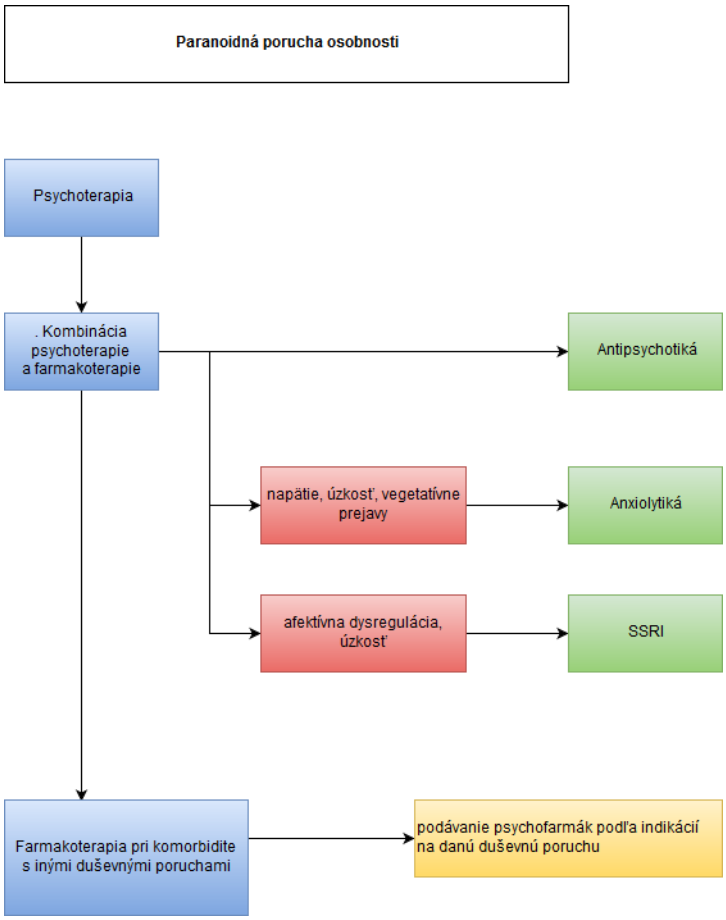
Diferenciálna diagnostika
Dôležitá je diferenciálna diagnostika. V rámci diferenciálnej diagnózy je nevyhnutné vylúčiť v rámci klinického vyšetrenia iné ochorenia kódované pod inými kategóriami MKCH-10 (Raboch a kol., 2015, Praško a kol., 2015, Robinson a kol., 2001):

Iné špecifické poruchy osobnosti. Hraničná a histriónska porucha osobnosti môžu tiež na drobné udalosti reagovať hnevom, ale nebývajú spojené s pervazívnou podozrievavosťou. Vyhýbavá osobnosť sa môže obávať zverovať druhým zo strachu, že ich iní privedú do rozpakov alebo ich budú vidieť ako neschopných, ale nie zo strachu zo zlého úmyslu druhých. Narcistické osobnosti môžu príležitostne reagovať podozrievavo, sociálne odťažito, ale hlavne zo strachu, aby nevyšli najavo ich nedostatky. Asociálne správanie, ktoré sa niekedy objavuje u paranoidnej poruchy osobnosti je väčšinou motivované snahou po pomste na rozdiel od dissociálnej poruchy osobnosti, kde je toto správanie motivované túžbou po osobnom prospechu alebo využívať druhých.

Schizotypová porucha okrem podozrievavosti a paranoidnému spôsobu myslenia zahŕňa ďalšie symptómy ako sú magické myslenie, nezvyčajné percepčné zážitky a zvláštny spôsob myslenia a vyjadrovania.

Iné duševné poruchy so psychotickými symptómami. Duševné ochorenia ako je porucha s bludmi perzekučného typu, schizofrénia, bipolárna afektívna porucha, či depresívna porucha so psychotickými príznakmi sa vyznačujú obdobím trvalých psychotických symptómov ako sú bludy a halucinácie.

Zmeny osobnosti spôsobené iným somatickým ochorením. K rozvoju paranoidného nastavenia môže dôjsť pri niektorých ochoreniach postihujúcich CNS, tiež v spojitosti s abúzom alkoholu a niektorých drog a tiež pri niektorých telesných postihnutiach napr. hluchote.



Liečba

V celkovom manažmente liečby porúch osobností je optimálne v každom individuálnom prípade vychádzať z kombinácie farmakoterapie a psychoterapie (Herpertz a kol., 2007, Bateman a kol., 2015). Kauzálna farmakoterapia porúch osobnosti neexistuje. Cieľom psychofarmakoterapie je pri tejto skupine ochorení liečba komorbidných duševných porúch, ktoré sa v súbehu s nimi vyskytujú častejšie ako v ostatnej populácii. Pri niektorých poruchách osobností je možné psychofarmakami ovplyvniť niektoré ich symptómy.

Všeobecné zásady farmakologickej liečby porúch osobnosti (Gryeyner, 2015; Herpertz a kol., 2007).

1. Primárnym cieľom psychofarmakoterapie je liečba eventuálnej komorbidnej duševnej poruchy - depresia, anxieta, PTSP, psychóza, insomnia, afektívna porucha, závislosť od alkoholu alebo drog. V takomto prípade sa postupuje podľa príslušného štandardného postupu.

2. Farmakologická liečba symptómov poruchy osobnosti je indikovaná pri zlyhaní respektíve nedostatočnej účinnosti psychoterapeutických intervencií a ako komedikácia popri psychoterapii.
3. Pacient musí byť informovaný, že ide o liečbu mimo indikácií liekov uvedených v SPC.
4. Pri indikovaní liečby je nevyhnutné posúdenie eventuálneho potenciálu lieku vyvolávať závislosť resp. potenciovať účinok alkoholu a iných návykových látok.
5. Vzhľadom na zvýšené riziko suicidálneho/sebapoškodzujúceho správania pri poruchách osobnosti je potrebné zvážiť pri indikovaní farmakoterapie pomer rizika a benefitu pri predávkovaní, či intoxikácii. Pri existencii takéhoto rizika je nevyhnutné predpisovať jednorazovo minimálne množstvá liekov.
6. Pacienta je potrebné edukovať o vyššie uvedených rizikách.
7. Stav pacienta musí byť pravidelne kontrolovaný vrátane komplikácie a eventuálnych nežiaducich účinkov podľa odporučení pre skupiny psychofarmák.
8. Účinnosť liečby musí byť pravidelne preverovaná, podávanie psychofarmák bez preukázateľného účinku po troch mesiacoch nie je indikované.

V indikácii paranoidnej poruchy osobnosti neexistujú randomizované kontrolované štúdie, teda údaje o účinnosti psychofarmakoterapie nie sú dostupné. V rámci klastra A porúch osobnosti (kam patrí aj paranoidná porucha osobnosti) existuje niekoľko open label štúdií pri paranoidnej poruche osobnosti preukazujúcich možný efekt antipsychotík prvej a druhej generácie (úroveň C) (Bateman, 2015). Preparáty SSRI a beta-blokátory môžu pomôcť zvládnuť príznaky hyperaktivity vegetatívneho nervového systému (Höschl a kol., 2002). Účinné je podávanie antidepresív zo skupiny SSRI (váha dôkazov úrovne A) a krátkodobo benzodiazepínov (alprazolam) (váha dôkazov úrovne C) (Herpertz, 2007). Na potlačenie úzkosti, najmä, ak je veľmi výrazná, možno použiť benzodiazepínové aj nebenzodiazepínové anxiolytiká. Spoločnou indikáciou benzodiazepínov podľa SPC sú symptómy, ktoré zahŕňajú úzkosť, napätie, agitovanosť, nespavosť, obavy, podráždenosť a/alebo vegetatívnu hyperaktivitu. Podávanie benzodiazepínov (alprazolam, bromazepam, oxazepam medazepam) sa nedoporučuje dlhodobo, avšak prechodne či pri komorbidite s inými úzkostnými poruchami, môžu byť indikované. Je dôležité brať do úvahy riziko vzniku závislosti, sedatívny efekt, schopnosť ovplyvňovať riadenie strojov a motorových vozidiel. Alprazolam sa podáva v počiatočných dávkach 0,25 – 0,5 mg denne, dávka sa zvyšuje podľa individuálnej odpovede, v ambulantných podmienkach by mala byť čo najnižšia.

Kontraindikácie benzodiazepínov– akútna otrava alkoholom, myastenia gravis, glaukóm s uzavretým uhlom, respiračná insuficiencia, spánkové apnoe, zlyhávanie pečene a tehotenstvo.
Vedľajšie a nežiaduce účinky benzodiazepínov: únava, ospalosť, hypotenzia, ataxia, závraty, útlm dýchacieho centra, poruchy pozornosti a pamäti, riziko vzniku závislosti (Pečeňák a kol., 2016).

Nebenzodiazepínové anxiolytiká: Na potlačenie úzkosti je indikovaný aj hydroxyzín (v SPC sa uvádza indikácia symptomatickej liečby anxiety u dospelých) v počiatočnej dávke 12,5-12,5-25 mg na deň, maximálna dávka je 100 mg/deň. Hydroyzín je kontraindikovaný u pacientov so známym získaným alebo vrodeným predĺžením QT intervalu, tiež u pacientov so známym rizikovým faktorom predĺženia QT intervalu, náhlou srdcovou smrťou v rodinnej anamnéze, významnou bradykardiou a pri súčasnom užívaní iných liekov, o ktorých je známe, že predlžujú QT interval.

Buspirón (podľa SPC je indikovaný na liečbu pretrvávajúcej úzkosti) - odporúčaná úvodná dávka je 3 x 5mg denne. Možno ju zvýšiť o 5mg denne každé 2-3 dni. Priemerná denná dávka je 20 - 30mg. Jednotlivá dávka by nemala prekročiť 30mg. Maximálna denná dávka nesmie prekročiť 60mg.

Beta blokátory – môžu potlačiť príznaky hyperaktivity vegetatívneho nervového systému- predpis patrí do kompetencie praktického lekára alebo internistu (Höschl a kol., 2002).

Psychoterapia:
V psychoterapeutickej liečbe v prípade porúch osobnosti je možné využiť (Verheuel a kol., 2007):

- podporné psychoterapeutické metódy, krízovú psychoterapeutickú intervenciu v odôvodnených prípadoch, racionálne náhľadovú podpornú psychoterapiu
- psychologickú liečbu druhého stupňa - čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie)
- špecifické psychoterapeutické metódy v zmysle certifikovaných smerov
- rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu pacienta a rodinných príslušníkov

Psychoterapia môže byť formátu:

- individuálneho
- skupinového

Návrh konkrétneho liečebného psychoterapeutického postupu závisí od individuálneho postoja pacienta a od jeho motivácie a ochoty spolupracovať v psychoterapii. Pri voľbe akejkoľvek psychoterapeutickej intervencie je potrebné zohľadňovať špecifiká príslušnej poruchy osobnosti (Bartak a kol., 2011).
Pre veľkú nedôveru k druhým sa pacienti s paranoidnou poruchou osobnosti obvykle snažia psychiatrickej liečbe vyhnúť. Na psychiatriu sa dostávajú pre komplikácie. Obvykle majú záujem o liečbu aktuálnej psychickej poruchy, ale nie o zmenu svojich osobnostných charakteristík (Praško a kol., 2015). Liečba môže prebiehať formou hospitalizácie alebo ambulantnou formou. Dávame prednosť dlhodobej ambulantnej liečbe. Hospitalizácia je na mieste len v nutných prípadoch, samotná nemôže viesť k podstatnejšej zmene osobnostných charakteristík.
Paranoidná porucha osobnosti podľa miery liečiteľnosti patrí do skupiny ťažko liečiteľných porúch osobnosti. V tomto prípade existuje zhoda viacerých autorov na nutnosti kombinovať a integrovať rôzne psychoterapeutické prístupy, metódy a formy.
Paranoidná porucha osobnosti je ťažko liečiteľná. Pri liečbe paranoidnej poruchy osobnosti sa u pacienta ľahko môže rozvinúť podozrievavosť voči terapeutovi a odmietnutie ďalšej liečby. (Dušek a kol., 2015).

Podporná psychoterapia
U pacienta s paranoidnou poruchou osobnosti by sa mala zamerať na upevnenie spokojnosti so sebou, zlepšenie testovania realitou a zvýšenie pocitu bezpečia. Postupné zvyšovanie sebadôvery umožňuje neskôr zvýšiť jeho dôveru v okolie. Prístup k paranoidnému pacientovi má svoje špecifiká, je ťažké sa k nemu priblížiť a terapeut by sa o to ani nemal pokúšať. Príliš vrelý štýl ako aj nadmerná starostlivosť vyvolávajú podozrievavosť pacienta. Lepšie je udržiavať predvídateľný odstup. Pacient potrebuje mať pocit autonómie a preto ani použitie direktívnych prístupov najmä na začiatku liečby nie je vhodné. Pacientovi sa môžeme priblížiť rozhovorom o jeho traumách, zanedbávaniach v detstve a pod. A postupne preformulovávať jeho skreslenie reality ako kognitívne omyly. Terapeut ale vždy musí byť pripravený na pacientovu hostilitu a obviňovanie zo zanedbávania starostlivosti, nežiaducich účinkov liečby a pod. Odôvodnené sú postupy racionálnej terapie, psychoedukácie, krízovej intervencie (Praško a kol., 2015, Robinson, 2001).

Dynamická psychoterapia

Psychoterapeutické vedenie pacienta s paranoidnou poruchou osobnosti má za cieľ pomôcť mu presunúť vnímanie problémov z vonkajších osôb na ich pôvodné miesto, do vnútorného sveta vlastnej psychiky a tiež umožniť pacientovi konfrontovať sa so svojimi vnútornými pocitmi slabosti a neúspešnosti. Pacient však dlhodobo vníma terapeuta ako prenasledujúci ohrozujúci objekt a cíti sa byť nepochopený a klamaný. Pokiaľ je terapeut schopný znášať pacientovu paranoiditu, podozrievavosť a hostilitu, pacient získa novú reparačnú skúsenosť ako bola tá predošlá (Praško a kol., 2015, Robinson, 2001).

KBT

KBT vychádza z predpokladu, že paranoidita je vyjadrením celého systému stratégií, ktoré majú minimalizovať alebo odstrániť riziko zahanbenia, zneužitia alebo iného poškodenia zo strany druhých ľudí. Jadrovou schémou týchto pacientov je, že sú nedostatoční, neprijateľní a ak to druhí zistia budú ich zneužívať. Nadmerná útočnosť, boj za vlastné právo, ktoré sú typické pre pacientov s touto poruchou má tak zakryť vlastnú zraniteľnosť.

Terapia je rozložená do štyroch vývojových štádií liečebného procesu:

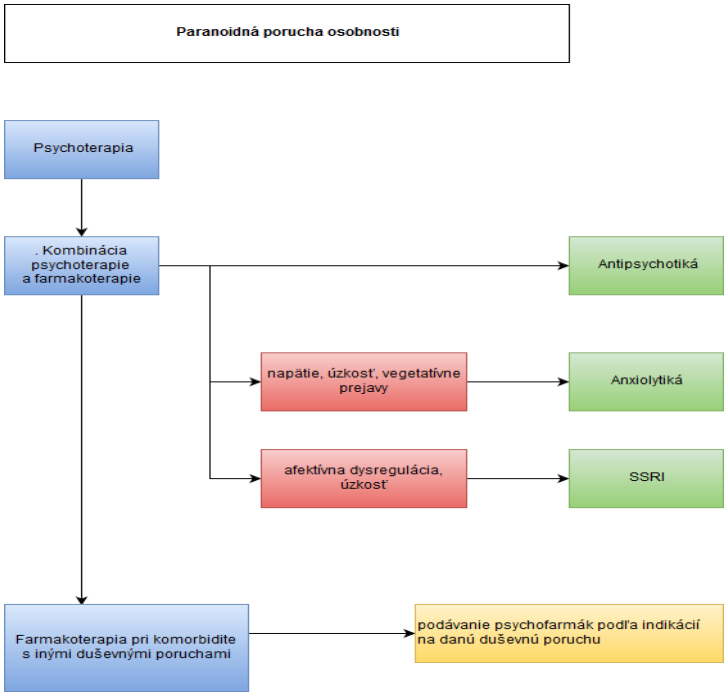
Zaangažovanie do terapie – liečba je na začiatku orientovaná na aktuálne problémy. Až po ich vyriešení býva pacient ochotný začať pracovať na svojich temperamentových a charakterových črtách.

Analýza vzorcov paranoidného prežívania

Zmena vzorcov - zameriava sa najmä na zvládanie úzkostí a na rozvoj sociálnych zručností Ukončenie liečby. Liečba pacientov s paranoidnou poruchou osobnosti trvá rok a často aj dlhšie. Títo pacienti aj v dlhodobom vzťahu mávajú kritický odstup, a tak sa stávajú závislými na liečbe len výnimočne (Praško a kol., 2015). Voľba špecifického psychoterapeutického prístupu je daná povahou individuálneho prípadu (podľa dominantných prvkov etiopatogenézy a aktuálneho psychosociálneho kontextu) a popri univerzálnych účinných faktorov psychoterapie je významné zváženie zvlášť špecifických účinných faktorov toho ktorého prístupu (Luborsky a kol., 2006).

Skupinová psychoterapia

Pacient s paranoidnou poruchou osobnosti môže profitovať zo skupinovej psychoterapie tým, že skupina mu umožní testovať jeho vzťahovačnosť na členoch skupiny a môže tiež posilniť jeho sebadôveru, prijatie. Je vhodné pacienta pred zaradením do skupiny pripraviť v individuálnej psychoterapii (Praško a kol., 2015).



Prognóza

Paranoidná porucha osobnosti je ťažko liečiteľná. Pri liečbe paranoidnej poruchy osobnosti sa u pacienta ľahko môže rozvinúť podozrievavosť voči terapeutovi a odmietnutie ďalšej liečby.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Poruchy osobnosti s vyššou závažnosťou alebo nepriaznivým priebehom môžu viesť k invalidizácii človeka. Podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov predstavujú stredne ťažké formy s miernym obmedzením sociability mieru poklesu schopnosti zárobkovej činnosti 20-30 %, ťažké formy so závažným deficitom sociability prípadne až dezintegráciou osobnosti až o 50-80 %.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti- farmakoterapia, psychoterapia.
Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - psychiatrické nemocnice, liečebne, kliniky, oddelenia, psychiatrické stacionáre v prípade závažnejších stavov poruchy so zameraním na farmakoterapiu a psychoterapiu.
Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti - psychodiagnostika a psychoterapia.
Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.
Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.
Všeobecný lekár pre dospelých, všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.
Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť , podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.
Sociálny pracovník- sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.
Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.
Špeciálny pedagóg - psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií.

Ďalšie odporúčania

Pacienti s paranoidnou poruchou osobnosti zriedka akceptujú akúkoľvek formu liečenia a často sa lekár čím viac sa snaží pacienta presvedčiť, aby užíval lieky, tým väčší odpor môže u pacienta vyvolať. Psychiater sleduje najmä výskyt a stav komorbidnej poruchy. Dôležitou súčasťou každej kontroly je práca s motiváciou pacienta k pokračovaniu v terapii, a to aj u iných odborníkov /psychoterapeutov a pod./.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívneho psychoterapeutického režimu.
Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.
Denné psychiatrické stacionáre - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.
Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti s materiálno - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - psychoterapia, psychoedukácia.
Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo a dorastové lekárstvo - v rámci celkového manažmentu pacienta, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom. Pri poruchách osobnosti len vo výnimočných prípadoch (napr. pri suicidálnom konaní) dochádza k naplneniu kritérií pre nutnosť nedobrovoľnej liečby. Všeobecný lekár/ lekár RLP, ak zistí suspektné prejavy duševnej poruchy: posúdi či pacient svojim správaním ohrozuje seba, svoje okolie alebo hrozí vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu - ak áno zabezpečí prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Ak takéto riziko nehrozí, odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie. Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár /lekár záchrannej zdravotnej služby vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie postupuje podľa príslušného štandardu. Definitívne posúdenie rizika

ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra. Ak sa na všeobecného lekára, službukonajúceho lekára APS (Ambulantná pohotovostná služba), lekára urgentného príjmu nemocnice alebo ambulantného psychiatra v ich riadnom pracovnom čase obráti zainteresovaná osoba (napr. príbuzní duševne chorého, príslušníci polície a podobne) s informáciami svedčiacimi o tom , že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojim správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí bezprostredné ohrozujúce vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí tento lekár prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia prostredníctvom záchrannej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ).

Alternatívne odporúčania

Alternatívne liečebné postupy t. č. nie sú známe. Vo všeobecnosti u pacientov s poruchou osobnosti je dôležité, aby si osvojili základné zásady zdravého životného štýlu a psychohygieny, vrátane postupov na redukciu stresu. Bazálnou je vždy koordinovaná psychiatrická a psychoterapeutická starostlivosť, alternatívnym doplnkom môže byť angažovanie pacienta v svojpomocných skupinách alebo aj dobrovoľníckych aktivitách.

Špeciálny doplnok štandardu

Pri liečbe porúch osobnosti sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk), pričom pacienta aj príbuzných dostatočne zrozumiteľne a individuálne poučí ošetrujúci lekár.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit v prípade vydania 11. Revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaniach. Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Potreba vytvoriť „Tím krízovej intervencie“ ako súčasť centra integrovanej starostlivosti: zložený zo zdravotníckych pracovníkov rôznych profesií – kompetencie podľa zloženia tímu - poskytovanie krízovej intervencie (najmä zhodnotenie rizika, podporná psychoterapia, ev. farmakoterapia) pre zvládanie akútnych reaktívnych i nie situačne podmienených dekompenzáciách stavu ľudí s poruchami osobnosti s ev. pokračovaním intervencie v iných segmentoch zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

BARTAK A. a kol.: *Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders*, Psychother Psychosom, 2011;80(1):28-38

BATEMAN, A. W, GUNDERSON, J., MULDER, R. *Treatment of personality disorder.* The Lancet. 2015, roč. 385, č. 9969, s. 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5. ISSN 01406736.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch.* Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9

GRENYER, B. F. S., a kol.:Treatment guidelines for personality disorders. Wollongong, Australia: University of Wollongong. (2015), p.53, ISBN 978-1-74128-246-7

HERPERTZ, Sabine C. a kol. *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders*. The World Journal of Biological

Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry. 2007, roč. 8, č. 4, s. 212–244. doi: 10.1080/15622970701685224. ISSN 1562-2975.
HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2004. ISBN 978-80-900130-7-0.
LUBORSKY L., SINGER B., LUBORSKY L.: *Comparative Studies o fPsychotherapies. IsitTruethat „Everyone has won and allmusthaveprizes"?*, Arch Gen Psychiatry. 1975;32(8):995-1008. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760260059004
MKCH – 10. *Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia.* Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5.
PEČEŇÁK J., Kořínková V. a kol. *Psychofarmakológia*. Wolters Kluwer, 2016, 672s. ISBN 978-80-8168-542-2
PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2015. 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3
RABOCH J., Hrdlička M., Mohr P., Pavlovský P., Ptáček R. *DSM-5 Diagnostický a statistický manual duševních poruch.* 2015. Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5
ROBINSON, D. J. P*oruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené*. Trečnín: Vydavateľstvo F, 2001. 138 s. ISBN 80-88952-06-9.
SMOLÍK P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1996. Maxdorf Praha. 502. ISBN 80-85800-33-0
VERHEUL R., Herbrink M.: *The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations*, Int Rev Psychaitry, 2007;19(1):25-38
Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Schizoidná porucha osobnosti

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0052	*10. decembra 2019*	*schválené*	*15. január 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PhDr. Katarína Kubašovská, MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; MUDr. Marek Zelman, MUDr. Ľubica Ferenčáková

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; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti

Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc., MBA, FRSM; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundovú; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD. MPH; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová

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

schizoidná porucha osobnosti, samotárstvo, diagnostika, liečba, komorbidita

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

DSM-5	diagnostický a štatistický manuál duševných porúch
KBT	kognitívno behaviorálna terapia
MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) – psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie – psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých, všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi vykonanie prvotného skríningu a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/psychológom.

Klinický psychológ – realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ – realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut – špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy, so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť , podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník – sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Špeciálny pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií.

Úvod

Slovom osobnosť sa chápe dynamický súbor relatívne trvalých vlastností, ktoré sa utvárajú v priebehu individuálneho vývoja a ktoré predurčujú schopnosť adaptácie na okolie. Väčšina definícií porúch osobnosti sa sústreďuje na motiváciu a mentálnu adaptáciu. Poruchy osobnosti predisponujú k rozvoju ďalších porúch, či už psychických alebo aj somatických. Poruchy osobnosti možno definovať ako pretrvávajúci vzorec alebo profil správania sa, ktorý sa výrazne odlišuje od toho, čo očakáva a vyžaduje príslušná kultúra a spoločnosť. Porucha osobnosti je stabilná a vedie k vnútorným ťažkostiam,

nepohode či konfliktom v sociálnom prostredí. Pre poruchy osobnosti sú charakteristické poruchy adaptability, rigidita v myslení a správaní sa, nedostatok pružnosti, odolnosti a prispôsobenia. (Höschl a kol., 2002) Pre osobnosť je charakteristický temperament, ktorý sa vzťahuje na spôsob emočného prejavu a predpokladá sa, že je daný biologicky. Charakter vytvárajú predovšetkým osvojené a zvnútornené morálne hodnoty a postoje v psychoanalytickom zmysle zodpovedá konceptu superega. (Höschl a kol., 2002). Janík a Dušek (1974) definujú charakter ako relatívne trvalú pohotovosť jedinca prejavovať sa určitým spôsobom v spoločenskom prostredí. Klasifikácia porúch osobnosti sa dynamicky vyvíja, zvažuje sa predovšetkým dimenzionálny prístup s plynulým presahom medzi normalitou a patologickými prejavmi a kategoriálny prístup, kde sú definované oddelené diagnostické entity.

Poruchy osobnosti neboli zaraďované na rozdiel od psychóz, porúch nálady, úzkostných porúch a iných porúch, medzi tzv. prvoosové diagnózy. Môžu byť považované za extrémne vystupňované temperamentové a charakterové rysy, u závažných porúch osobnosti však dochádza k výraznému narušeniu sociálnej adaptácie so subjektívnymi dôsledkami pre okolie.

Charakteristika schizoidnej poruchy osobnosti: Schizoidná porucha osobnosti patrí medzi špecifické poruchy osobnosti. Základným znakom schizoidnej poruchy osobnosti je pervazívny vzorec vyčleňovania sa zo sociálnych vzťahov a obmedzeného rozsahu vyjadrovania emócií v jednotlivých interpersonálnych situáciách. (Praško a kol., 2015) Sú to často samotári, bez záujmu o spoločenské kontakty. Nie sú schopní rozoznať jemné emócie u seba, ani u druhých. Majú veľký problém vyjadriť vrelé emócie. Cítia sa lepšie obklopení vecami ako ľuďmi. Sú viac hĺbaví, vytvárajú si svoje systémy, svojráznu logiku a často sú originálni. Môžu sa veľmi dobre uplatniť v technických alebo vedeckých odboroch. Ich pracovný výkon je väčšinou lepší ako ich schopnosť zúčastňovať sa spoločenského života. Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adaptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Súčasný pohľad na etiopatogenézu porúch osobnosti dáva prednosť multifatoriálnemu modelu, v ktorom sa spoločne kombinujú vplyvy genetické, kultúrne, vplyvy výchovy a individuálny životný vývoj, množstvo stresových životných situácií, ktoré jedinec v určitej životnej perióde prekonal. (Dušek a kol., 2015)

Primárna prevencia môže tak spočívať v osvetovej a prednáškovej činnosti lekárov, pedagógov a psychológov, ktorí budú viesť rodičov a vychovávateľov k takým výchovným postupom, ktoré uľahčia zvereným deťom ich vlastný osobnostný vývoj a čo najlepšie zvládanie vývojových úloh. V tom sú užitočné všetky aktivity, ktoré vedú k zvyšovaniu sebavedomia a interpersonálnych zručností rodičov a opatrovateľov. Vychádzajúc z predpokladu, že deti pacientov so schizofréniou a poruchou s bludmi sú viac ohrozené vývojom poruchy osobnosti, ďalšou stratégiou pomoci je "manažérska" pomoc týmto rodinám.

Sekundárna prevencia u pacientov s poruchou osobnosti spočíva v dôslednom sledovaní komorbidity, motivovaní pacienta ku spolupráci, udržaní kontaktu s terapeutickými podpornými aktivitami.

Epidemiológia

Epidemiológia schizoidnej poruchy osobnosti nie je presnejšie známa. Odhady sa pohybujú medzi 0,5 – 1% v populácii. Incidencia je vyššia medzi príslušníkmi rodín pacientov so schizofréniou, vyššia je u mužov ako u žien. (Praško a kol., 2015)

Patofyziológia

V etiológii schizoidnej poruchy osobnosti je pravdepodobný vplyv dedičnosti. Môže mať zvýšenú prevalenciu u príbuzných, ktorí trpia schizofréniou. Schizoidná porucha osobnosti je podľa niektorých autorov považovaná za miernejšiu formu závažných duševných ochorení a tak, pri akceptovaní dimenzionálneho modelu, platia podobné teórie ako pri schizofrénii. (Praško a kol., 2015)

Psychodynamický model vysvetľuje základný deficit schopnosti vytvárať zmysluplné vzťahy u týchto pacientov zásadným narušením vo vzťahu medzi matkou a dieťaťom v ranom detstve. V rodinách schizoidných pacientov možno často zistiť chudobné rodinné vzťahy v zmysle emočného chladu, neprístupnosti až krutosti rodičov. Schizoidné stiahnutie sa slúži ako obrana pred konfliktom medzi prianím mať vzťah s ostatnými a strachom, že by táto potreba mohla druhým ublížiť. (Robinson, 2001)

Klasifikácia

Diagnostické kritéria MKCH-10 pre F60.1 – schizoidnú poruchu osobnosti

A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti.

B. Musia byť splnené najmenej štyri z nasledujúcich príznakov:

1. málo činností, pokiaľ vôbec nejaká prináša potešenie,
2. emočný chlad, odstup alebo oploštelá emotivita,
3. obmedzená schopnosť vyjadrovať vrelé, nežné city alebo zlosť voči iným ľuďom,
4. zjavná ľahostajnosť k pochvale alebo kritike,
5. malý záujem o sexuálne zážitky s inou osobou (v porovnaní s inými rovnakého veku),
6. takmer trvalá obľuba samotárskych činností,
7. nadmerná pozornosť venovaná fantázii a introspekcii,
8. nedostatok blízkych priateľov alebo dôverných vzťahov (alebo len jeden), a nedostatok túžby po takýchto vzťahoch,
9. výrazná necitlivosť k prevládajúcim spoločenským normám a konvenciám.

Klinický obraz

Schizoidná porucha osobnosti sa môže prejavovať už v detstve a v adolescencii a to prejavmi samotárstva, narušenými vzťahmi k rovesníkom a slabým prospechom v škole. V dôsledku uvedených prejavov sa tieto deti alebo adolescenti stávajú odlišnými a bývajú terčom posmechu.

Pacienti so schizoidnou poruchou osobnosti často pôsobia ako jedinci spoločensky izolovaní alebo "samotári" a takmer vždy si vyberajú osamelé činnosti a koníčky. Často prejavujú ľahostajnosť voči pochvale a kritike a zdá sa, že ich netrápi, čo si o nich ostatní myslia. Ich výraz je obvykle "nijaký", bez viditeľnej emočnej reakcie a málokedy odpovedajú na gestá a výrazy tváre napríklad úsmevom alebo prikývnutím. Často sa prejavujú prostredníctvom redukovanej škály afektov, pôsobia chladne a rezervovane. Býva pre nich zvlášť ťažké dať najavo zlosť, a to aj v situáciách provokácie, čo zvyšuje dojem, že im chýbajú emócie. Na nepriaznivé okolnosti často reagujú pasívne. Keďže pacientom s touto poruchou chýbajú sociálne zručnosti a túžba po sexuálnych zážitkoch, mávajú málo priateľov a často neuzatvárajú manželstvá. Schopnosť vykonávať zamestnanie môže byť zhoršená, najmä tam, kde sa od nich vyžaduje kontakt s ľuďmi.

U pacientov s touto poruchou môže najmä v reakcii na stres prepuknúť veľmi krátka psychotická epizóda (v dĺžke minút až hodín). Niekedy môže dôjsť k rozvoju veľkej depresívnej poruchy. V niektorých prípadoch môže schizoidná porucha osobnosti predchádzať chronickej poruche s bludmi alebo schizofrénii. (Raboch a kol., 2015)

Schizoidná porucha osobnosti sa najčastejšie vyskytuje súbežne so schizotypovou poruchou, paranoidnou a vyhýbavou poruchou osobnosti.

Diagnostika I Postup určenia diagnózy

Diagnostika schizoidnej poruchy osobnosti sa opiera o:

- psychiatrické vyšetrenie – anamnézu, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH-10 a psychopatologický rozbor,
- psychodiagnostické vyšetrenie – využíva kombináciu klinických a testových metód. V klinických metódach je dôležité zhodnotenie vývinových aspektov. Je výhodou ak sú tiež k dispozícii objektívne informácie od blízkych osôb. Pri interpretácii testových metód (sebaposudzovacie škály a dotazníky) treba byť obozretný vzhľadom na možnosť skresleného sebavnímania a interferenciu aktuálnej psychopatologickej symptomatológie. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti sú štruktúrované diagnostické interview, ktoré umožňujú odlíšiť trvalé osobnostné charakteristiky od stavových charakteristík, ktoré sú v čase viac variabilné. (Smolík, 1996)

V prístupe jednak ku klinickému, tak i psychodiagnostickému posúdeniu prítomnosti špecifickej poruchy osobnosti (najmä vzhľadom k individualizácii posúdenia a plánovaniu terapeutickej stratégie) je vhodné rozširovať kategoriálny rámec uvažovania o rozmer dimenzionálny. Perspektívne sa javí v praxi relevantné hodnotenie A) stupňa postihu osobnostného fungovania a B) hodnotenie rysových variantov v rámci širších domén. (Raboch a kol., 2015)

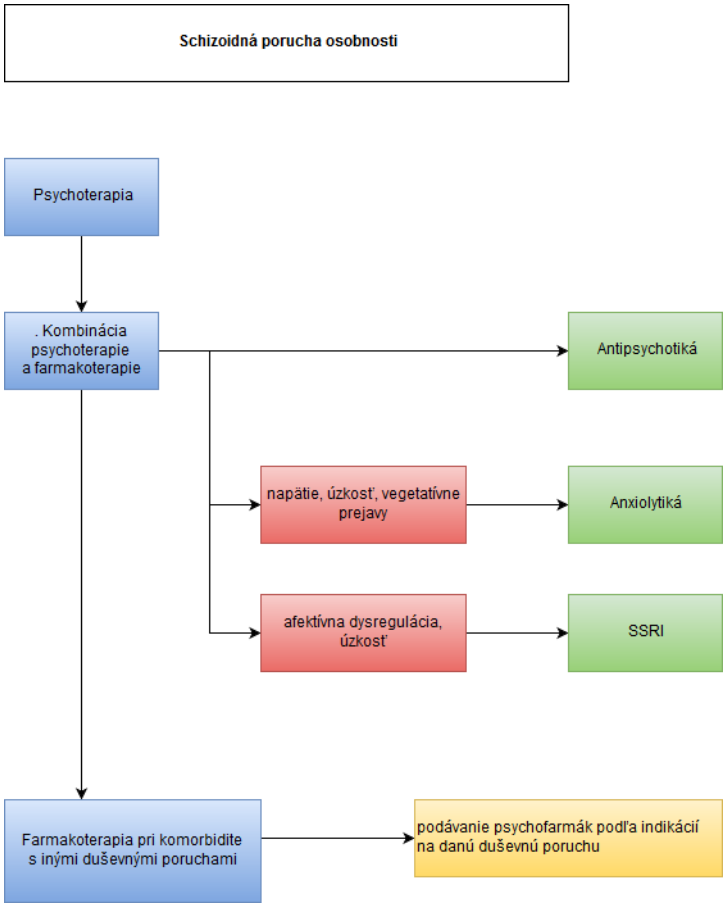
Dôležitá je **diferenciálna diagnostika**. V rámci diferenciálnej diagnózy je nevyhnutné vylúčiť v rámci klinického vyšetrenia iné ochorenia kódované pod inými kategóriami MKCH-10 (Raboch a kol., 2015, Praško a kol., 2015, Robinson a kol., 2001):

Iné poruchy osobnosti. Pri paranoidnej poruche osobnosti nechýba kontakt s okolím a vzťah k druhým je sýtený podozrievavosťou. Vyhýbavá porucha osobnosti sa vyhýba sociálnym kontaktom zo strachu zo zosmiešnenia, kritiky alebo podceňovania, ale túžia po spoločnosti. Pri anankastickej poruche osobnosti sociálny odstup plynie z toho, že sa obetujú práci a necítia sa dobre v oblasti emócií, pritom však majú vnútornú kapacitu pre intimitu.

Schizotypová porucha. Ľudia s touto poruchou si prajú byť vo vzťahoch, ale nedarí sa im to. V ich reči a správaní sa vyskytuje viac bizarností a excentrických prejavov.

Iné duševné poruchy so psychotickými príznakmi. Pri iných duševných ochoreniach ako porucha s bludmi, schizofrénia, bipolárna alebo depresívna porucha so psychotickými príznakmi sú prítomné obdobia dlhšie trvajúcich psychotických príznakov ako sú bludy a halucinácie.

Poruchy autistického spektra. Miernejšie formy porúch autistického spektra od schizoidnej poruchy osobnosti možno rozlíšiť podľa viac narušenej sociálnej interakcie, stereotypných prejavov správania a záujmov.



Liečba

V celkovom manažmente liečby porúch osobností je optimálne v každom individuálnom prípade vychádzať z kombinácie farmakoterapie a psychoterapie. (Herpertz a kol., 2007, Bateman a kol., 2015) Kauzálna farmakoterapia porúch osobnosti neexistuje. Cieľom psychofarmakoterapie je pri tejto skupine ochorení liečba komorbidných duševných porúch, ktoré sa v súbehu s nimi vyskytujú častejšie ako v ostatnej populácii. Pri niektorých poruchách osobností je možné psychofarmakami ovplyvniť niektoré ich symptómy.

Všeobecné zásady farmakologickej liečby porúch osobnosti (Gryeyner, 2015, Herpertz a kol., 2007):

1. Primárnym cieľom psychofarmakoterapie je liečba eventuálnej komorbidnej duševnej poruchy - depresia, anxieta, PTSP, psychóza, insomnia, afektívna porucha, závislosť od alkoholu alebo drog. V takomto prípade sa postupuje podľa príslušného štandardného postupu.
2. Farmakologická liečba symptómov poruchy osobnosti je indikovaná pri zlyhaní respektíve nedostatočnej účinnosti psychoterapeutických intervencií a ako komedikácia popri psychoterapii.
3. Pacient musí byť informovaný, že ide o liečbu mimo indikácií liekov uvedených v SPC.
4. Pri indikovaní liečby je nevyhnutné posúdenie eventuálneho potenciálu lieku vyvolávať závislosť resp. potenciovať účinok alkoholu a iných návykových látok.
5. Vzhľadom na zvýšené riziko suicidálneho/sebapoškodzujúceho správania pri poruchách osobnosti je potrebné zvážiť pri indikovaní farmakoterapie pomer rizika a benefitu pri predávkovaní či intoxikácii. Pri existencii takéhoto rizika je nevyhnutné predpisovať jednorazovo minimálne množstvá liekov.
6. Pacienta je potrebné edukovať o vyššie uvedených rizikách.

7. Stav pacienta musí byť pravidelne kontrolovaný vrátane kompliancie a eventuálnych nežiaducich účinkov podľa odporučení pre skupiny psychofarmák.
8. Účinnosť liečby musí byť pravidelne preverovaná, podávanie psychofarmák bez preukázateľného účinku po troch mesiacoch nie je indikované.

V indikácii schizoidnej poruchy osobnosti neexistujú randomizované kontrolované štúdie, teda údaje o účinnosti psychofarmakoterapie nie sú dostupné. V rámci klastra A porúch osobnosti (kam patria aj schizoidná a paranoidná porucha osobnosti) ale existuje niekoľko open label štúdií pri schizoidnej poruche osobnosti preukazujúcich možný efekt antipsychotík prvej a druhej generácie (váha dôkazov C). (Bateman, 2015)
Preparáty SSRI a beta-blokátory môžu pomôcť zvládnuť príznaky hyperaktivity vegetatívneho nervového systému (Höschl a kol., 2002). Účinné je podávanie antidepresív zo skupiny SSRI (váha dôkazov A) a krátkodobo benzodiazepínov (alprazolam) (váha dôkazov C) (Herpertz, 2007). Na potlačenie úzkosti, najmä ak je veľmi výrazná, možno použiť benzodiazepínové aj nebenzodiazepínové anxiolytiká. Spoločnou indikáciou benzodiazepínov podľa SPC sú symptómy, ktoré zahŕňajú úzkosť, napätie, agitovanosť, nespavosť, obavy, podráždenosť a/alebo vegetatívnu hyperaktivitu. Podávanie benzodiazepínov (alprazolam, bromazepam, oxazepam medazepam) sa neodporúča dlhodobo, avšak prechodne či pri komorbidite s inými úzkostnými poruchami, môžu byť indikované. Je dôležité brať do úvahy riziko vzniku závislosti, sedatívny efekt, schopnosť ovplyvňovať riadenie strojov a motorových vozidiel. Alprazolam sa podáva v počiatočných dávkach 0,25 – 0,5 mg denne, dávka sa zvyšuje podľa individuálnej odpovede, v ambulantných podmienkach by mala byť čo najnižšia.

- Kontraindikácie benzodiazepínov – akútna otrava alkoholom, myastenia gravis, glaukóm s uzavretým uhlom, respiračná insuficiencia, spánkové apnoe, zlyhávanie pečene a tehotenstvo. Vedľajšie a nežiaduce účinky benzodiazepínov: únava, ospalosť, hypotenzia, ataxia, závraty, útlm dýchacieho centra, poruchy pozornosti a pamäti, riziko vzniku závislosti. (Pečeňák a kol., 2016)
- Nebenzodiazepínové anxiolytiká – na potlačenie úzkosti je indikovaný aj hydroxyzín (v SPC sa uvádza indikácia symptomatickej liečby anxiety u dospelých) v počiatočnej dávke 12,5 – 12, 5 – 25 mg na deň, maximálna dávka je 100 mg/deň. Hydroyzín je kontraindikovaný u pacientov so známym získaným alebo vrodeným predĺžením QT intervalu, tiež u pacientov so známym rizikovým faktorom predĺženia QT intervalu, náhlou srdcovou smrťou v rodinnej anamnéze, významnou bradykardiou a pri súčasnom užívaní iných liekov, o ktorých je známe, že predlžujú QT interval.
- Buspirón (podľa SPC je indikovaný na liečbu pretrvávajúcej úzkosti) – odporúčaná úvodná dávka je 3x5mg denne. Možno ju zvýšiť o 5mg denne každé 2 – 3 dni. Priemerná denná dávka je 20 – 30mg. Jednotlivá dávka by nemala prekročiť 30mg. Maximálna denná dávka nesmie prekročiť 60mg.
- Beta blokátory – môžu potlačiť príznaky hyperaktivity vegetatívneho nervového systému- predpis patrí do kompetencie praktického lekára alebo internistu (Höschl a kol., 2002).

Psychoterapia:
V psychoterapeutickej liečbe v prípade porúch osobnosti je možné využiť (Verheul a kol., 2007):

- podporné psychoterapeutické metódy, krízovú psychoterapeutickú intervenciu v odôvodnených prípadoch, racionálne náhľadovú podpornú psychoterapiu ,
- psychologickú liečbu druhého stupňa - čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie),

- špecifické psychoterapeutické metódy v zmysle certifikovaných smerov,
- rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu pacienta a rodinných príslušníkov.

Psychoterapia môže byť formátu:

- individuálneho
- skupinového

Návrh konkrétneho liečebného psychoterapeutického postupu závisí od individuálneho postoja pacienta a od jeho motivácie a ochoty spolupracovať v psychoterapii. Pri voľbe akejkoľvek psychoterapeutickej intervencie je potrebné zohľadňovať špecifiká príslušnej poruchy osobnosti. (Bartak a kol., 2011) Všeobecné pravidlo pri zvažovaní psychoterapeutického plánu u pacientov s poruchou osobnosti je zváženie bezprostredných potrieb pacienta – je dôležité v úvodných fázach plánovaného budúceho psychoterapeutického vedenia zabezpečiť motiváciu pacienta k zmene a pochopenie významu psychoterapeutických intervencií. V úvodných fázach je vhodné, ak je plán liečby komplexný a zahŕňa podporu, štruktúru a samozrejme medikáciu.

Ľudia trpiaci schizoidnou poruchou osobnosti len zriedka vyhľadávajú liečbu. Ak vyhľadajú liečbu, tak je to skôr pre komplikácie ako je napr. depresívna nálada. Nemajú pocit, že by im vytvorenie akéhokoľvek vzťahu, a teda ani terapeutického, mohlo niečo priniesť. Majú strach z nadmernej závislosti a sú ambivalentní k liečbe. Budovanie terapeutického vzťahu býva obtiažne. Liečba pokračuje veľmi pomaly, môže dlhé mesiace stagnovať a nemôžeme očakávať veľké výsledky. To môže terapeuta značne frustrovať. Liečbu často ukončia po odstránení komorbidnej akútnej poruchy. Avšak pokiaľ sa podarí vytvoriť dostatočne pevný terapeutický vzťah, býva dlhodobo stabilný.

Podporná psychoterapia

Budovanie terapeutického vzťahu býva obtiažne a postupné. Na začiatku je potrebné vyhýbať sa konfrontácii a interpretáciám. Schizoidný pacient navonok pôsobí sebestačne a deklaruje , že si vystačí a poradí sám. Pri dlhšej terapii často zistíme, že by vo vzťahoch bol rád, ale v dôsledku svojej citlivosti a zraniteľnosti na vzťahy už dávno rezignoval. Liečba spočíva v postupnom povzbudzovaní pacienta k odvahe byť medzi ľuďmi. Terapeut tiež pomáha pacientovi postupne rozširovať jeho ďalšie potreby a túžby. Je však potrebné vystríhať sa projekcii záujmov, ktoré nie sú pacientove. (Dušek a kol., 2015) Odôvodené sú postupy racionálnej terapie, psychoedukácie , krízovej intervencie.

Dynamická psychoterapia

Schizoidné nastavenie sa vysvetľuje ako zlyhanie procesu zrenia. V terapii by tak malo dôjsť k obnoveniu psychického vývoja. Úlohou terapeuta je umožniť zážitok reparačnej korektívnej skúsenosti, "rozmraziť" pacientovo prežívanie a vzťahy prostredníctvom nového zážitku z terapeutického vzťahu. (Praško a kol., 2015) Integráciou odštiepených častí psychiky umožníme pacientovi dospieť k lepšej psychickej stabilite a psychosociálnej adaptácii. U schizoidných pacientov je tak akcent v psychodynamickej psychoterapii kladený viac na zážitok z terapeutického vzťahu ako na interpretáciu vnútorných konfliktov. (Gabbard, 2005)

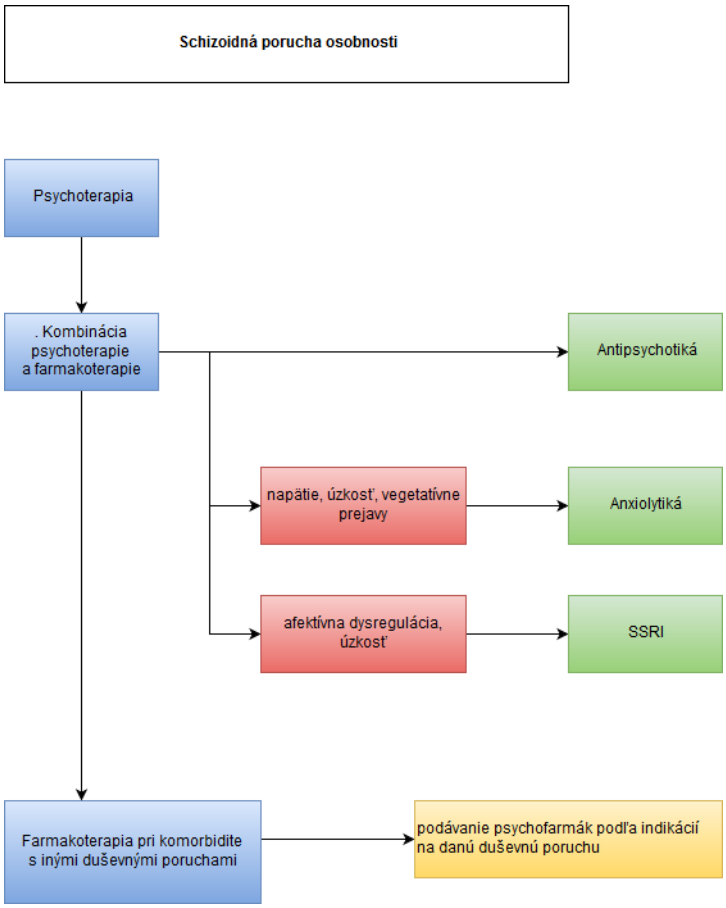
KBT

Ako prvý krok je nutné zaangažovať pacienta do terapie. Za týmto účelom môžeme využiť úzkostnú alebo depresívnu poruchu, ktorá je najčastejším dôvodom vyhľadania terapie. Úľava v tejto symptomatike pomáha k vytvoreniu pozitívneho vzťahu k terapeutovi. Terapia ďalej pokračuje "analýzou vzorcov a jadrových schém" typických pre schizoidných pacientov, akými sú napr. "som neprispôsobivý, ale sebestačný, druhí mi nemajú čo poskytnúť" a pod., ktoré sa vytvorili v detstve. Ako ďalší krok nasleduje zmena vzorcov s cieľom dosiahnutia väčšej miery reciprocity, zdieľnosti pacienta. Využívame k tomu terapeutický vzťah, na základe ktorého pacient testuje výhody a nevýhody ktoré pre neho z toho vyplývajú. Dôležitou súčasťou KBT schizoidných pacientov je nácvik sociálnych zručností, najmä sociálnej citlivosti, vyjadrovania vrelých emócií a empatie. Ideálnym prostredím pre tento nácvik je po individuálnej terapii skupina. (Praško a kol., 2015)

Voľba špecifického psychoterapeutického prístupu je daná povahou individuálneho prípadu (podľa dominantných prvkov etiopatogenézy a aktuálneho psychosociálneho kontextu) a popri univerzálnych účinných faktorov psychoterapie je významné zváženie zvlášť špecifických účinných faktorov toho ktorého prístupu. (Lubor sky a kol., 2006)

Skupinová terapia

Skupina môže slúžiť ako prostredie na nácvik a získavanie sociálnych zručností a umožní tiež získať zážitok zo vzťahu. Je to často jediné prostredie, kde sa pacient stretáva s ľuďmi. A tak pokiaľ je to možné, je vhodné pacienta zaradiť do skupinovej psychoterapie. Vybudovanie dôvery ako k terapeutovi, tak aj ku skupine je však dlhodobá záležitosť a je výhodou pokiaľ pacient je vedený aj v individuálnej psychoterapii. (Praško a kol., 2015)



Prognóza

Schizoidná porucha osobnosti patrí medzi ťažšie liečiteľné poruchy osobnosti. Pacienti len zriedka vyhľadajú pomoc a často po odstránení akútnej komorbidnej poruchy liečbu ukončia. (Dušek a kol., 2015)

Stanovisko expertov – posudková činnosť revízna činnosť PZS a pod.

Podľa Prílohy č. 4 – Percentuálna miera poklesu zárobkovej činnosti podľa druhu zdravotného postihnutia orgánov a systémov - k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, je miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosť pre stredne ťažké paranoidné poruchy osobnosti s miernym obmedzením výkonnosti organizmu, určená hodnotou 20% – 30% a pre ťažké narušenie osobnosti so závažným obmedzením výkonnosti organizmu až dezintegráciou, 50% – 80%.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti – farmakoterapia, psychoterapia.
Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti – psychiatrické nemocnice, liečebne, kliniky, oddelenia, psychiatrické stacionáre v prípade závažnejších stavov poruchy so zameraním na farmakoterapiu a psychoterapiu.
Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti – psychodiagnostika a psychoterapia.
Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) – psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.
Lekár bez špecializácie – psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.
Praktický lekár a pediater – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.
Klinický psychológ – realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychológ – realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychoterapeut – špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.
Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť , podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.
Sociálny pracovník – sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.
Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.
Špeciálny pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií.

Ďalšie odporúčania

Pacienti so schizoidnou poruchou osobnosti zriedka vyhľadajú liečbu a ak tak pre komorbidnú psychickú poruchu (depresia, úzkosť), následne sa dostávajú do starostlivosti psychiatra, psychoterapeuta alebo psychológa. Spolupráca viacerých stabilných odborníkov môže byť výhodnejšia ako vedenie len jedným odborníkom. Môže mať pozitívny vplyv na spoluprácu pacienta, zvyšuje jeho pocit bezpečia a v prípade hrozby alebo reálneho predčasného ukončenia terapie, zvyšuje pravdepodobnosť udržania pacienta v terapii.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti – liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívneho psychoterapeutického režimu.
Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti – farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.
Denné psychiatrické stacionáre – farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.
Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti s materiálno – technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – psychoterapia, psychoedukácia.
Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo – v rámci celkového manažmentu pacienta, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/psychológom.
Pri poruchách osobnosti len vo výnimočných prípadoch (napr. pri suicidálnom konaní) dochádza k naplneniu kritérií pre nutnosť nedobrovoľnej liečby. Všeobecný lekár/lekár RLP, ak zistí suspektné prejavy duševnej poruchy posúdi či pacient svojim správaním ohrozuje seba, svoje okolie alebo hrozí vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu - ak áno zabezpečí prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Ak takéto riziko nehrozí odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie.
Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár/lekár záchrannej zdravotnej služby vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie postupuje podľa príslušného štandardu. Definitívne posúdenie rizika ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra.
Ak sa na všeobecného lekára, službukonajúceho lekára APS (Ambulantná pohotovostná služba), lekára urgentného príjmu nemocnice alebo ambulantného psychiatra v ich riadnom pracovnom čase obráti zainteresovaná osoba (napr. príbuzní duševne chorého, príslušníci polície a podobne) s informáciami svedčiacimi o tom , že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojim správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí bezprostredné ohrozujúce vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí tento lekár prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia prostredníctvom záchrannej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ).

Alternatívne odporúčania

Alternatívne liečebné postupy t.č. nie sú známe. Vo všeobecnosti u pacientov s poruchou osobnosti je dôležité, aby si osvojili základné zásady zdravého životného štýlu a psychohygieny, vrátane postupov na redukciu stresu.
Bazálnou je vždy koordinovaná psychiatrická a psychoterapeutická starostlivosť, alternatívnym doplnkom môže byť angažovanie pacienta v svojpomocných skupinách alebo aj dobrovoľníckych aktivitách.

Špeciálny doplnok štandardu

Pri liečbe porúch osobnosti sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk), pričom pacienta aj príbuzných dostatočne zrozumiteľne a individuálne poučí ošetrujúci lekár.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit v prípade vydania 11. revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaniach. Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a

následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.
Potreba vytvoriť „Tím krízovej intervencie“ ako súčasť centra integrovanej starostlivosti: zložený zo zdravotníckych pracovníkov rôznych profesií – kompetencie podľa zloženia tímu - poskytovanie krízovej intervencie (najmä zhodnotenie rizika, podporná psychoterapia, ev. farmakoterapia) pre zvládanie akútnych reaktívnych i nie situačne podmienených dekompenzáciách stavu ľudí s poruchami osobnosti s ev. pokračovaním intervencie v iných segmentoch zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

BARTAK A. a kol.: *Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders*, Psychother Psychosom, 2011;80(1):28-38

BATEMAN, A. W., GUNDERSON, J., MULDER, R. *Treatment of personality disorder*. The Lancet. 2015, roč. 385, č. 9969, s. 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5. ISSN 01406736

BREZNOŠČÁKOVÁ D., IVANČOVÁ M. *Výskyt porúch osobnosti u pacientov s úzkostnou poruchou*., 2015, Psychiatr.prax. , 16 (1): 26-30, ISSN 1335-9584

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch.* Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

GABBARD G.O. 2005. *Dlhodobá psychodynamická psychoterapia.* Vydavateľstvo F Trenčín, 2005,37-55,105-109 s.ISBN 80-88952-29-8

GRENYER, B. F. S., a kol.:Treatment guidelines for personality disorders. Wollongong, Australia: University of Wollongong. (2015), p.53, ISBN 978-1-74128-246-7

HERPERTZ, Sabine C. a kol. *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders*. The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry. 2007, roč. 8, č. 4, s. 212–244. doi: 10.1080/15622970701685224. ISSN 1562-2975

HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2004. ISBN 978-80-900130-7-0

LUBORSKY L., a kol.: *TheDodoBirdVerdictIsAlive and Well – Mostly*,
https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2, published 2006

MKCH-10. *Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia.* Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5

PEČEŇÁK J., Kořínková V. a kol. *Psychofarmakológia*. Wolters Kluwer, 2016, 672s. ISBN 978-80-8168-542-2

PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2015. 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3

RABOCH J., Hrdlička M., Mohr P., Pavlovský P., Ptáček R. *DSM-5 Diagnostický a statistický manual duševních poruch.* 2015. Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5

ROBINSON, D. J. *Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené*. Trečnín: Vydavateľstvo F, 2001. 138 s. ISBN 80-88952-06-9

SMOLÍK P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1996. Maxdorf Praha. 502. ISBN 80-85800-33-0

VERHEUL R., Herbrink M.: *The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations*, Int Rev Psychaitry, 2007;19(1):25-38

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy

ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Úzkostná vyhýbavá porucha osobnosti

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0053	*10. decembra 2019*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

MUDr. Ľubica Ferenčáková; PhDr. Katarína Kubašovská; MUDr. Dagmar Breznoščáková PhD.; MUDr. Marek Zelman

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; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike.

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti

Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc., MBA, FRSM; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundovú; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD. MPH; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová

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

osobnosť, precitlivenosť, úzkosť, vyhýbanie sa, diagnostika, liečba

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb
PTSP	posttraumatická stresová porucha
SSRI	selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) – psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie – psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých, všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ – realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ – realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut – špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy, so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník – sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Úvod

Slovom osobnosť sa chápe dynamický súbor relatívne trvalých vlastností, ktoré sa utvárajú v priebehu individuálneho vývoja a ktoré predurčujú schopnosť adaptácie na okolie. Väčšina definícií porúch osobnosti sa sústreďuje na motiváciu a mentálnu adaptáciu. Poruchy osobnosti predisponujú k rozvoju ďalších porúch, či už psychických alebo aj somatických.

Poruchy osobnosti možno definovať ako pretrvávajúci vzorec alebo profil správania sa, ktorý sa výrazne odlišuje od toho, čo očakáva a vyžaduje príslušná kultúra a spoločnosť. Porucha osobnosti je stabilná a vedie k vnútorným ťažkostiam, nepohode či konfliktom v sociálnom prostredí. Pre poruchy

osobnosti sú charakteristické poruchy adaptability, rigidita v myslení a správaní sa, nedostatok pružnosti, odolnosti a prispôsobenia. (Höschl a kol., 2002)
Pre osobnosť je charakteristický temperament, ktorý sa vzťahuje na spôsob emočného prejavu a predpokladá sa, že je daný biologicky. Charakter vytvárajú predovšetkým osvojené a zvnútornené morálne hodnoty a postoje v psychoanalytickom zmysle zodpovedá konceptu superega. (Höschl a kol.,2002) Janík a Dušek (1974) definujú charakter ako relatívne trvalú pohotovosť jedinca prejavovať sa určitým spôsobom v spoločenskom prostredí. Klasifikácia porúch osobnosti sa dynamicky vyvíja, zvažuje sa predovšetkým dimenzionálny prístup s plynulým presahom medzi normalitou a patologickými prejavmi a kategoriálny prístup, kde sú definované oddelené diagnostické entity. Poruchy osobnosti neboli zaraďované na rozdiel od psychóz, porúch nálady, úzkostných porúch a iných porúch, medzi tzv. prvoosové diagnózy. Môžu byť považované za extrémne vystupňované temperamentové a charakterové rysy, u závažných porúch osobnosti však dochádza k výraznému narušeniu sociálnej adaptácie so subjektívnymi dôsledkami pre okolie.

Charakteristika vyhýbavej poruchy osobnosti:
Vyhýbavá porucha osobnosti je charakterizovaná nadmernou úzkosťou, precitlivenosťou, neustálymi obavami. Typická je precitlivenosť na kritiku, neistota, obavy z odmietnutia. Poruchu charakterizuje aj plachosť a nesmelosť. Jedinci s vyhýbavou poruchou osobnosti neradi nadväzujú kontakty, sú interpersonálne zraniteľní a typické je pre nich vyhýbavé správanie sa z obavy pred možnými rizikami, a to aj v bežných životných situáciách. (Praško a kol., 2015)
Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adaptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Prevencia porúch osobnosti, a teda aj vyhýbavej osobnosti je zložitá, mala by začínať už v detstve formou výchovy, ktorá by nemala byť príliš úzkostná, trestajúca a prísna. Dôležité je posilňovať sebavedomie a sebaprijatie už v detskom veku. Dôležité je posilňovanie životných postojov, ktoré vedú k schopnosti zvládať záťažové situácie.

Epidemiológia

Prevalencia vyhýbavej poruchy osobnosti sa vo všeobecnej populácii uvádza v rozmedzí 0,5 – 1% a viac ako 10% u ambulantných psychiatrických pacientov (Höschl a kol., 2002).

Patofyziológia

V patofyziológii vyhýbavej poruchy osobnosti sa predpokladajú biologické vplyvy, ale aj vplyvy výchovy. Z biologických teórií sa uvažuje o predispozícii niektorých ľudí k zreteľnému sociálnemu vyhýbaniu, keď čelia neznámej situácii. Introverzia je považovaná za hereditárny faktor. Úzkostlivosť má niektoré spoločné črty s generalizovanou úzkostnou poruchou, napr. silnú vzrušivosť vegetatívneho nervového systému a odlišnú aktivitu amygdaly pri vystavení ohrozujúcim podnetom. (Denny a kol., 2014)
Psychosociálna teória vychádza z toho, že kým hanblivosť má genetický alebo konštitučný pôvod, tak psychosociálne faktory rozhodnú do akej miery bude vyjadrená. Veľký význam v rozvoji vyhýbavej poruchy osobnosti má výchova v rodine. Deti, ktoré boli často kritizované, podceňované a odmietané rodičmi, majú často nízke sebavedomie a zníženú sebaúctu. Vyhýbavé rysy sa môžu rozvinúť aj ako

reakcia na hendikepy, napr. poškodenie zmyslových orgánov alebo telesné postihnutie. Uvedomenie si vlastných limitov môže niekedy viesť k vyhýbavému správaniu sa. (Robinson, 2001)

Klasifikácia

Diagnostické kritériá podľa MKCH-10:

a) Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti /F60/.
b) Musia byť splnené najmenej 4 z nasledujúcich charakteristík :
    1. Trvalé a prenikavé pocity napätia a obáv.
    2. Presvedčenie o vlastnej sociálnej nešikovnosti, nedostatku osobnej príťažlivosti alebo vlastnej neschopnosti v porovnaní s inými ľuďmi.
    3. Nadmerné zaoberanie sa tým, že bude kritizovaný alebo odmietnutý v sociálnych situáciách.
    4. Nechuť stýkať sa s ľuďmi, pokiaľ nie je isté, že bude obľúbený.
    5. Obmedzenie v životnom štýle kvôli potrebe fyzickej istoty.
    6. Vyhýbanie sa sociálnym a pracovným činnostiam, pre ktoré sú významné medziľudské kontakty, zo strachu z osobnej kritiky, nesúhlasu či odmietnutia.

Klinický obraz

Už pri prvom kontakte s pacientom môže byť nápadné úzkostné správanie sa, ustráchanosť, napätie. Typickými prejavmi vyhýbavej poruchy osobnosti sú pocity úzkosti, hanblivosti, strach z odmietnutia či hypersenzitivita voči kritike. Jedinci trpiaci touto poruchou často nadsadzujú reálne riziko, vyhýbajú sa niektorým činnostiam zo strachu z potenciálneho nebezpečenstva. (Weinbrecht a kol., 2016) Niektorí pacienti sú v rozhovore extrémne senzitívni a úzkostní, ale ak sa podarí vytvoriť atmosféru akceptácie a empatie, môžu byť v rozhovore otvorenejší.

Diagnostika I Postup určenia diagnózy

Diagnostika anankastickej poruchy osobnosti sa opiera o psychiatrické a psychodiagnostické vyšetrenie a heteroanamnestické údaje.

Psychiatrické vyšetrenie:

Základom diagnosticky anankastickej poruchy osobnosti je podrobné psychiatrické vyšetrenie a psychopatologický rozbor. Počas vyšetrenia popíšeme klinický obraz poruchy, pričom sa opierame o diagnostické kritéria podľa MKCH-10 .

Heteroanamnestické údaje – od príbuzných a blízkych osôb pacienta sú tiež veľmi dôležité pri diagnostikovaní porúch osobnosti získavame ich aj opakovane pre spresnenie diagnostiky a identifikáciu faktorov v kontexte vývinovej a sociálnej adaptácie.

Psychodiagnostické vyšetrenie:

Využíva kombináciu klinických a testových metód. Jedná sa o sebaposudzovacie škály a dotazníky a ďalšie metódy (väčšinou projektívne), ktoré volí klinický psychológ. Psychodiagnostické vyšetrenie môže priniesť dôležité poznatky, najmä odlíšenie trvalých osobnostných charakteristík od stavových charakteristík a je podkladom pre cielené psychoterapeutické ovplyvnenie. (Smolík, 1996) V prístupe jednak ku klinickému, tak i psychodiagnostickému posúdeniu prítomnosti špecifickej poruchy osobnosti (najmä vzhľadom k individualizácii posúdenia a plánovaniu terapeutickej stratégie) je vhodné rozširovať kategoriálny rámec uvažovania o rozmer dimenzionálny. Perspektívne sa javí v praxi relevantné hodnotenie podľa DSM-5:

a) stupňa postihu osobnostného fungovania,
b) hodnotenie rysových variantov v rámci širších domén (Raboch a kol., 2015).

Diferenciálna diagnostika:
Dôležitá je diferenciálna diagnostika, kde je nevyhnutné vylúčiť v rámci klinického vyšetrenia iné ochorenia kódované pod inými kategóriami MKCH-10. (Raboch a kol., 2015, Praško a kol., 2015, Robinson a kol., 2001)
Úzkosť sa objavuje aj u iných úzkostných porúch ako je:

- Panická porucha - typické sú záchvaty paniky – čiže epizodická úzkosť.
- Agorafóbia – typické je vyhýbanie sa uzavretým či otvoreným priestorom a miestam, kde niet "okamžitého úniku".
- Generalizovaná úzkostná porucha – je charakterizovaná trvale plynúcou úzkosťou, každodennými obavami a rôznymi telesnými ťažkosťami – bolesti hlavy, žalúdka, chrbtice, búšením srdca a pod. Diferenciálna diagnostika vyhýbavej poruchy osobnosti a generalizovanej úzkostnej poruchy môže byť niekedy zložitá vzhľadom na to, že príznaky oboch porúch sa často prekrývajú.
- Sociálna fóbia – strach sa viaže na sociálne situácie ako je vystupovanie na verejnosti. (Eikenaes a kol., 2015)

Diferenciálne diagnosticky treba uvažovať aj o iných poruchách osobnosti ako je:

- Schizoidná porucha osobnosti - charakterizuje ju samotárstvo, izolácia,plachosť, sociálne stiahnutie, emočný chlad.
- Závislá porucha osobnosti – charakterizuje ju podriadené chovanie, obavy z odlúčenia a interpersonálna závislosť.
- Sociálna fóbia - strach sa viaže na sociálne situácie ako je vystupovanie na verejnosti.

Liečba

V celkovom manažmente liečby porúch osobností je optimálne v každom individuálnom prípade vychádzať z kombinácie farmakoterapie a psychoterapie. (Herpertz a kol., 2007, Bateman a kol., 2015) Základom liečby je psychoterapia a tréning asertivity. Kauzálna farmakoterapia porúch osobnosti neexistuje. Cieľom psychofarmakoterapie je pri tejto skupine ochorení liečba komorbidných duševných porúch, ktoré sa v súbehu s nimi vyskytujú častejšie ako v ostatnej populácii. Pri niektorých poruchách osobností je možné psychofarmakami ovplyvniť niektoré ich symptómy.
Všeobecné zásady farmakologickej liečby porúch osobnosti (Gryeyner, 2015, Herpertz, 2007):

1. Primárnym cieľom psychofarmakoterapie je liečba eventuálnej komorbidnej duševnej poruchy – depresia, anxieta, PTSP, psychóza, insomnia, afektívna porucha, závislosť od alkoholu alebo drog. V takomto prípade sa postupuje podľa príslušného štandardného postupu.
2. Farmakologická liečba symptómov poruchy osobnosti je indikovaná pri zlyhaní respektíve nedostatočnej účinnosti psychoterapeutických intervencií a ako komedikácia popri psychoterapii.
3. Pacient musí byť informovaný, že ide o liečbu mimo indikácií liekov uvedených v SPC.
4. Pri indikovaní liečby je nevyhnutné posúdenie eventuálneho potenciálu lieku vyvolávať závislosť resp. potenciovať účinok alkoholu a iných návykových látok.
5. Vzhľadom na zvýšené riziko suicidálneho/sebapoškodzujúceho správania pri poruchách osobnosti je potrebné zvážiť pri indikovaní farmakoterapie pomer rizika a benefitu pri predávkovaní či intoxikácii. Pri existencii takéhoto rizika je nevyhnutné predpisovať jednorazovo minimálne množstvá liekov.
6. Pacienta je potrebné edukovať o vyššie uvedených rizikách.
7. Stav pacienta musí byť pravidelne kontrolovaný vrátane kompliancie a eventuálnych nežiaducich účinkov podľa odporučení pre skupiny psychofarmák.

8. Účinnosť liečby musí byť pravidelne preverovaná, podávanie psychofarmák bez preukázateľného účinku po troch mesiacoch nie je indikované.

Psychoterapia:

V psychoterapeutickej liečbe v prípade porúch osobnosti je možné využiť (Verheul a kol., 2007):

- podporné psychoterapeutické metódy, krízovú psychoterapeutickú intervenciu v odôvodnených prípadoch, racionálne náhľadovú podpornú psychoterapiu,
- psychologickú liečbu druhého stupňa - čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie),
- špecifické psychoterapeutické metódy v zmysle certifikovaných smerov,
- rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu pacienta a rodinných príslušníkov.

Psychoterapia môže byť formátu:

- individuálneho
- skupinového

Návrh konkrétneho liečebného psychoterapeutického postupu závisí od individuálneho postoja pacienta a od jeho motivácie a ochoty spolupracovať v psychoterapii. Pri voľbe akejkoľvek psychoterapeutickej intervencie je potrebné zohľadňovať špecifiká príslušnej poruchy osobnosti. (Bartak a kol., 2011) Všeobecné pravidlo pri zvažovaní psychoterapeutického plánu u pacientov s poruchou osobnosti je zváženie bezprostredných potrieb pacienta – je dôležité v úvodných fázach plánovaného budúceho psychoterapeutického zabezpečiť motiváciu pacienta k zmene a pochopenie významu psychoterapeutických intervencií. V úvodných fázach je vhodné, ak je plán liečby komplexný a zahŕňa podporu, štruktúru a samozrejme medikáciu.

Podporná terapia

V podpornej psychoterapii pacientov s vyhýbavou poruchou osobnosti má zdravotnícky pracovník predstavovať stabilnú a podporujúcu osobu. Najdôležitejším zameraním je podpora pacientovej sebaúcty a sebadôvery. Pacienta postupne povzbudzujeme k odvahe byť medzi ľuďmi, nácviku sociálnych zručností a asertivity. Využívame pritom aj prístupy, ktoré sa uplatňujú v liečbe sociálnej fóbie. Môžeme poskytnúť jemné interpretácie vyhýbavého správania ako obranného mechanizmu. Treba pritom brať do úvahy pacientovu nadmernú citlivosť na kritiku a odmietnutie. (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015) V kontraste k predstavám pacienta, že je pre terapeuta obťažujúci, je dôležité otvorene prejavovať sympatie, starostlivosť a dodržiavanie dohodnutých termínov. Odôvodnené sú postupy racionálnej terapie, psychoedukácie, krízovej intervencie, špecifických symptómov. (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015)

Špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným psychoterapeutickým certifikovaným výcvikom. Zo špecifických psychoterapeutických metód sú najčastejšie využívané: psychodynamická psychoterapia a kognitívno-behaviorálna psychoterapia.

Pacienti s vyhýbavou poruchou osobnosti môžu profitovať z dlhodobej psychodynamicky orientovanej psychoterapie. Jadrovou psychodynamickou koncepciou pacientov s vyhýbavou poruchou osobnosti je prežívanie hanby, ktoré zahŕňa pocit neschopnosti žiť podľa vnútorných štandardov alebo egoideálu. To vedie k pocitu, že sa cítia ako „zlé“ bytosti. Generalizujú svoje zážitky spojené s kritikou a odmietaním rodičmi, a tak predpokladajú, že ostatní ľudia, vrátane terapeuta, budú reagovať podobne. Po istom čase, keď pacient rozpozná, že jeho obavy z toho že ho terapeut bude kritizovať alebo ponižovať sú nerealistické, dochádza k redukcii prenosových úzkostí. Pacient si pri opakovaných návštevách privykne na úzkosť a získa alternatívny pohľad, ktorý naznačuje bezpečie. Pre pacientov s vyhýbavou poruchou osobnosti na začiatku je vhodný skôr podporný prístup so získaním náhľadu na množstvo

„únikov“, ktoré si v živote vytvorili s podporou expozície v situáciách, ktorým sa vyhýbajú. Použitie expresívneho prístupu je možné, až keď si pacient uvedomí spojenie medzi zážitkami z minulosti a ich dopadom na bežné fungovanie. Dôležité je spracovať ideálne predstavy o sebe samom a vysokých nárokoch na seba a druhých, túžby po dokonalosti. (Gabbard,2005)

Kognitívne-behaviorálna terapia (KBT) je u človeka s vyhýbavou poruchou osobnosti vysoko efektívna. Najväčším problémom je motivovať pacienta k liečbe a vytvorenie pracovného terapeutického vzťahu. Liečba vyhýbavej poruchy osobnosti v KBT je podobná liečbe sociálnej fóbie. Základným problémom pri vytvorení terapeutického vzťahu s pacientom s vyhýbavou poruchou osobnosti je jeho tendencia testovať terapeuta a tendencia predčasne ukončiť liečbu. Za testovaním je ukryté presvedčenie o druhých, že sú kritickí, odmietajúci a pod. a že nakoniec pacienta odmietnu. Jadrovou schémou pacientov je pohľad na seba ako na sociálne neschopného, neprimeraného, hodného opovrhnutia. Odvodené presvedčenia, ktorými riadia svoje správanie sú typu: „Nenadväzuj blízke vzťahy. Keď sa budem pretvarovať, budem perfektný, možno ma prijmú a pod. Z jadrových schém a presvedčení potom vyplývajú ďalšie dôsledky, ktoré charakterizujú vyhýbavú poruchu osobnosti v oblasti afektívnej, kognitívnej a behaviorálnej. Po analýze schém, štýlov a spúšťačov stresorov pristupujeme k zmene vzorcov s cieľom zvýšiť schopnosť znášať kritiku a naučiť sa druhým viac dôverovať. Využívame k tomu niektoré behaviorálne techniky používané v liečbe úzkostných porúch ako napr. nácvik sociálnych zručností, asertívnej komunikácie, expozícia voči obávaným podnetom. K zmene kognitívnych schém využívame techniky kognitívnej rekonštrukcie, ktoré za pomoci behaviorálnych techník pacient implementuje do reálneho života.
Voľba špecifického psychoterapeutického prístupu je daná povahou individuálneho prípadu (podľa dominantných prvkov etiopatogenézy a aktuálneho psychosociálneho kontextu) a popri univerzálnych účinných faktoroch psychoterapie je významné zváženie zvlášť špecifických účinných faktorov toho-ktorého prístupu. (Luborsky a kol., 2006)
Skupinová psychoterapia - práca v skupine môže výrazne pomôcť pacientom s vyhýbavou poruchou osobnosti. Prijímajúca atmosféra, rozmanitosť spätných väzieb a možnosť prirodzene rozvíjať sociálne zručnosti môže pomôcť pacientom v prekonaní sociálnej úzkosti. Bežná adaptácia pacientov s vyhýbavou poruchou osobnosti na skupinu trvá dlhšie ako u neurotických pacientov a u iných porúch osobností. Je preto výhodné vedenie pacienta paralelne aj v individuálnej psychoterapii. Pokiaľ sa na skupinu adaptujú, môžu k nej naopak priľnúť a pred ukončením môžu mať problém s osamostatnením sa. Skúsenosť zo skupiny však zvyšuje ich šancu zvládnuť aj viac zaťažujúce podmienky mimo skupiny. (Praško a kol., 2015)

Farmakoterapia

Aj keď základom liečby vyhýbavej poruchy osobnosti je psychoterapia, najmä preparáty SSRI môžu obmedziť precitlivenosť k odmietnutiu a beta-blokátory môžu pomôcť zvládnuť príznaky hyperaktivity vegetatívneho nervového systému. (Höschl a kol., 2002) Účinné je podávanie antidepresív zo skupiny SSRI (evidencia A) a krátkodobo benzodiazepínov (alprazolam) (evidencia C). (Herpertz, 2007) Na potlačenie úzkosti, najmä ak je veľmi výrazná, možno použiť benzodiazepínové aj nebenzodiazepínové anxiolytiká. Spoločnou indikáciou benzodiazepínov podľa SPC sú symptómy, ktoré zahŕňajú úzkosť, napätie, agitovanosť, nespavosť, obavy, podráždenosť a/alebo vegetatívnu hyperaktivitu. Podávanie benzodiazepínov (alprazolam, bromazepam, oxazepam medazepam) sa nedoporučuje dlhodobo, avšak prechodne, či pri komorbidite s inými úzkostnými poruchami, môžu byť indikované. Je dôležité brať do úvahy riziko vzniku závislosti, sedatívny efekt, schopnosť ovplyvňovať riadenie strojov a motorových vozidiel. Alprazolam sa podáva v počiatočných dávkach 0,25 – 0,5 mg denne, dávka sa zvyšuje podľa individuálnej odpovede, v ambulantných podmienkach by mala byť čo najnižšia.

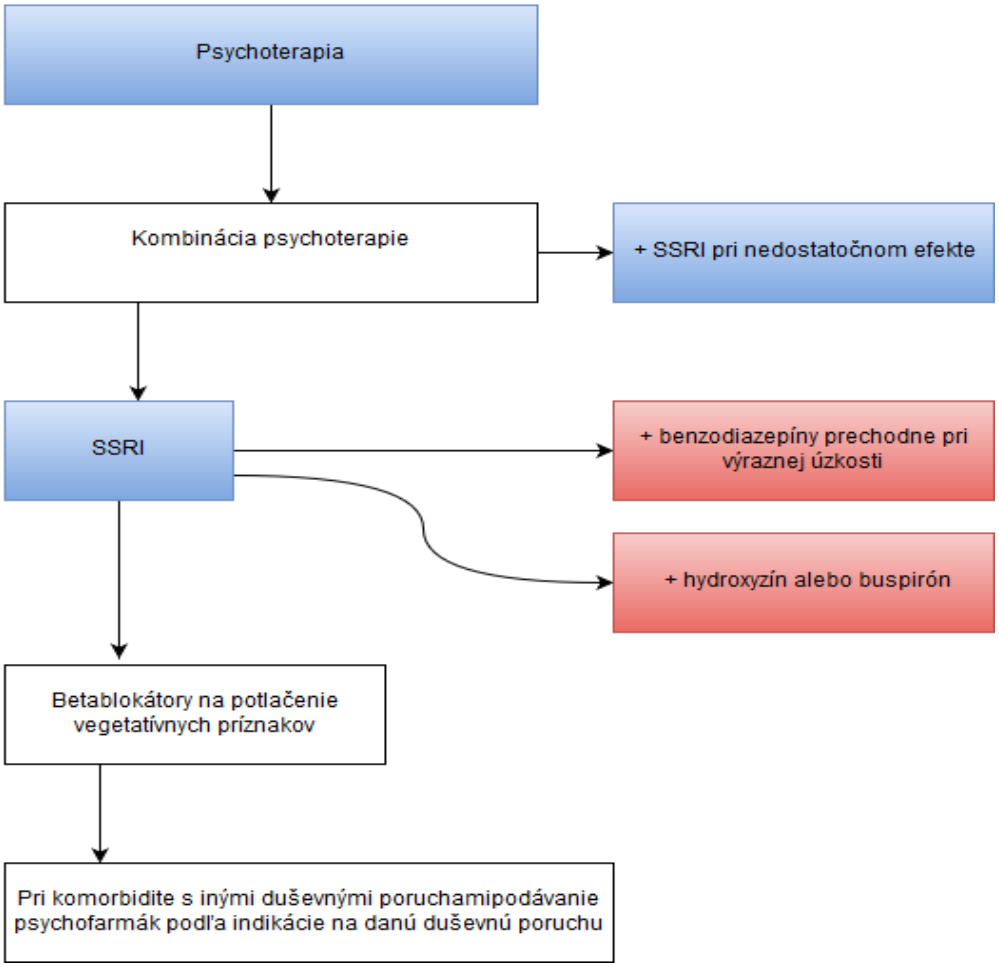
Kontraindikácie benzodiazepínov – akútna otrava alkoholom, myastenia gravis, glaukóm s uzavretým uhlom, respiračná insuficiencia, spánkové apnoe, zlyhávanie pečene a tehotenstvo.
Vedľajšie a nežiaduce účinky benzodiazepínov: únava, ospalosť, hypotenzia, ataxia, závraty, útlm dýchacieho centra, poruchy pozornosti a pamäti, riziko vzniku závislosti. (Pečeňák a kol., 2016)

Nebenzodiazepínové anxiolytiká:
Na potlačenie úzkosti je indikovaný aj hydroxyzín (v SPC sa uvádza indikácia symptomatickej liečby anxiety u dospelých) v počiatočnej dávke 12,5 – 12,5 – 25 mg na deň, maximálna dávka je 100 mg/deň. Hydroyzín je kontraindikovaný u pacientov so známym získaným alebo vrodeným predĺžením QT intervalu, tiež u pacientov so známym rizikovým faktorom predĺženia QT intervalu, náhlou srdcovou smrťou v rodinnej anamnéze, významnou bradykardiou a pri súčasnom užívaní iných liekov, o ktorých je známe, že predlžujú QT interval.
Buspirón (podľa SPC je indikovaný na liečbu pretrvávajúcej úzkosti) - odporúčaná úvodná dávka je 3 x 5mg denne. Možno ju zvýšiť o 5mg denne každé 2 – 3 dni. Priemerná denná dávka je 20 – 30mg. Jednotlivá dávka by nemala prekročiť 30mg. Maximálna denná dávka nesmie prekročiť 60mg.

Beta blokátory – môžu potlačiť príznaky hyperaktivity vegetatívneho nervového systému – predpis patrí do kompetencie praktického lekára alebo internistu. (Höschl a kol., 2002)

Diagram liečebného postupu

Vyhýbavá porucha osobnosti



Prognóza

Porucha má chronický priebeh a s kolísavou intenzitou prebieha celý život. Pri sociálne náročnejších situáciách sú prítomné výrazné prejavy úzkosti. Porucha môže mať nepriaznivý dopad na pracovný, či sociálny život postihnutého jedinca. (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015)

Stanovisko expertov – posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.

Poruchy osobnosti s vyššou závažnosťou alebo nepriaznivým priebehom môžu viesť k invalidizácii človeka. Podľa Prílohy č. 4 - Percentuálna miera poklesu zárobkovej činnosti podľa druhu zdravotného postihnutia orgánov a systémov - k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, je miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosť pre stredne ťažké paranoidné poruchy osobnosti s miernym obmedzením výkonnosti organizmu, určená hodnotou 20% – 30% a pre ťažké narušenie osobnosti so závažným obmedzením výkonnosti organizmu až dezintegráciou , 50% – 80%.

Taktiež komorbidita s ďalšími psychickými poruchami napr. ťažkou formou depresie, či obsedantne kompulzívnej poruchy môže viesť až k invalidizácii pacienta.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) – psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie – psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár, pediater, všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ – realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ – realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut – špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť , podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník – sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti – liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

Vyhýbavá porucha osobnosti je chronickým psychiatrickým ochorením, pacienti sú v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti mesiace aj roky. Pri liečbe je dôležité vytvorenie dobrého terapeutického vzťahu s pacientom, empatia, prostredie akceptácie a posilňovanie pacienta pri zvládaní záťažových a stresových životných situácií.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti – liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívneho psychoterapeutického režimu.

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti – farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

Denné psychiatrické stacionáre – farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti s materiálno – technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – psychoterapia, psychoedukácia.

Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo – v rámci celkového manažmentu pacienta, po stabilizácii stavu pacienta.

Pri poruchách osobnosti len vo výnimočných prípadoch (napr. pri suicidálnom konaní) dochádza k naplneniu kritérií pre nutnosť nedobrovoľnej liečby. Všeobecný lekár/ lekár RLP, ak zistí suspektné prejavy duševnej poruchy: posúdi či pacient svojim správaním ohrozuje seba, svoje okolie alebo hrozí vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu – ak áno, zabezpečí prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Ak takéto riziko nehrozí, odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie.

Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár/lekár záchrannej zdravotnej služby/vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie, postupuje podľa príslušného štandardu. Definitívne posúdenie rizika ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra.

Ak sa na všeobecného lekára, službukonajúceho lekára APS (Ambulantná pohotovostná služba), lekára urgentného príjmu nemocnice alebo ambulantného psychiatra v ich riadnom pracovnom čase obráti zainteresovaná osoba (napr. príbuzní duševne chorého, príslušníci polície a podobne) s informáciami svedčiacimi o tom, že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojím správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí bezprostredné ohrozujúce vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí tento lekár prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia prostredníctvom záchrannej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Pojem zainteresovaná osoba je termín zadefinovaný v novom ZZV.

Alternatívne odporúčania

Alternatívne liečebné postupy t. č. nie sú známe. Keďže dominujúcim prejavom úzkostnej /vyhýbavej/ poruchy osobnosti je nízke sebavedomie, chronická úzkosť, precitlivenosť na kritiku, je dôležité, aby si jedinci trpiaci touto poruchou osvojili niektoré asertívne, relaxačné či meditačné techniky, základné zásady zdravého životného štýlu a psychohygieny, vrátane postupov na redukciu stresu.

Bazálnou je vždy koordinovaná psychiatrická a psychoterapeutická starostlivosť, alternatívnym doplnkom môže byť angažovanie pacienta v svojpomocných skupinách alebo aj dobrovoľníckych aktivitách.

Špeciálny doplnok štandardu

Pri liečbe porúch osobnosti sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit a revízia štandardného diagnostického a terapeutického postupu má byť po 1 roku, kedy bude doplnený klinický audit a následne každých 5 rokov. Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb alebo nových vedeckých dôkazov o efektívnejšom prístupe v diagnostike alebo liečbe tohto ochorenia.

Potreba vytvoriť „Tím krízovej intervencie“ ako súčasť centra integrovanej starostlivosti: zložený zo zdravotníckych pracovníkov rôznych profesií – kompetencie podľa zloženia tímu - poskytovanie krízovej intervencie (najmä zhodnotenie rizika, podporná psychoterapia, ev. farmakoterapia) pre zvládanie akútnych reaktívnych i nie situačne podmienených dekompenzáciách stavu ľudí s poruchami osobnosti s ev. pokračovaním intervencie v iných segmentoch zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

BARTAK A. a kol.: *Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders*, Psychother Psychosom, 2011;80(1):28-38

BATEMAN, A. W, GUNDERSON, J., MULDER, R. *Treatment of personality disorder.* The Lancet. 2015, roč. 385, č. 9969, s. 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5. ISSN 01406736

DENNY, Bryan T. a kol. *Elevated amygdala activity during reappraisal anticipation predicts anxiety in avoidant personality disorder.* Journal of affective disorders. 2015, roč. 172, s. 1–7. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.017. ISSN 0165-0327.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch.* Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

GABBARD G.O. 2005. *Dlhodobá psychodynamická psychoterapia.* Vydavateľstvo F Trenčín, 2005,37-55,105-109 s.ISBN 80-88952-29-8

EIKENAES, I., a kol. *Avoidant personality disorder versus socialphobia: the significance of child hoodneglect*. PloS One. 2015, roč. 10, č. 3, s. e0122846. doi: 10.1371/journal.pone.0122846. ISSN 1932-6203.

HERPERTZ, S. C. a kol. *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders.* The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry. 2007, roč. 8, č. 4, s. 212–244. doi: 10.1080/15622970701685224. ISSN 1562-2975

HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002, 895s ISBN 80-900130-1-5

MKCH – 10. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5

PEČEŇÁK J., Kořínková V. a kol. *Psychofarmakológia*. Wolters Kluwer, 2016, 672s. ISBN 978-80-8168-542-2

PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2015. 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3.

RABOCH J., Hrdlička M., Mohr P., Pavlovský P., Ptáček R. *DSM-5 Diagnostický a statistický manual duševních poruch*. 2015. Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5

ROBINSON, David J. *Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené*. Trečnín: Vydavateľstvo F, 2001. 138 s. ISBN 80-88952-06-9

SMOLÍK P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1996. Maxdorf Praha. 502. ISBN 80-85800-33-0

VERHEUL R., Herbrink M.: *The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations*, Int Rev Psychaitry, 2007;19(1):25-38

WEINBRECHT, A. a kol. *Avoidant Personality Disorder: a Current Review.* Current Psychiatry Reports. 2016, roč. 18, č. 3, s. 29. doi: 10.1007/s11920-016-0665-6. ISSN 1523-3812, 1535-1645.

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Iné špecifické poruchy osobnosti - Narcistická porucha osobnosti

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0054	*20. septembra 2018*	*schválené*	*15. január 2019*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PhDr. Milana Kovaničová, CSc.; MUDr. Ľubica Ferenčáková; MUDr. Dagmar Breznoščáková PhD.; PhDr. Katarína Kubašovská

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; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Ing. Mgr. Mária Syneková

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

iné poruchy osobnosti, špecifické, diagnostika, terapia, narcistická porucha osobnosti

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

DSM - 5	Diagnostický a štatistický manuál
KBT	kognitívno-behaviorálna terapia
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb
PTSP	posttraumatická stresová porucha
ZZV	zoznam zdravotníckych výkonov

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) a pediatrická psychiatria - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačnáa komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých, všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning,a následné odoslanie k špecialistovi .

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť , podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník- sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Špeciálny pedagóg - psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií.

Úvod

Do tejto kategórie sa zaraďujú pacienti so znakmi osobnostnej odlišnosti s trvalou mal adaptačnou reakčnou schémou, pričom túto nevystihuje žiadna zo špecifických kategórií porúch osobnosti F60.0 – F60.7. Podľa MKCH-10 (1993) môže zahŕňať osobnostné konštelácie popisované niekedy ako excentrická, nezdržanlivá, nezrelá, pasívne agresívna, psychoneurotická osobnosť. Radí sa sem aj narcistická porucha osobnosti, ktorá v systéme DSM-5 (2015) má svoju samostatnú kategóriu a klinicky je pomerne často diagnostikovaná.

Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných Európskych a Amerických klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adoptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Špecifické usmernenia nie sú, platia samozrejme všeobecné zásady ako pri ostatných vývinových odlišnostiach: edukácia verejnosti (zvlášť vzdelávacieho sektora) o príčinách a charakteristikách porúch osobnosti, edukácia rodičov a opatrovateľov ako viesť výchovu tak, aby poskytovala podporu, vedenie a primeranú angažovanosť. Dôležité sú primerané ciele pri vedení dieťaťa, ako aj realistické hodnotenie ich napĺňania. Iným aspektom je citlivé formovanie citu autonómie.

Epidemiológia

Údaje viazané špecificky na túto kategórii k dispozícii nie sú, a to najmä kvôli nie presne vymedzenému konceptu poruchy. Z najnovších údajov na báze posledných kritérií pre narcistickú poruchu uvádza DSM-5 (2015) prevalenciu v rozsahu od 0% – 6,2% vo všeobecnej populácii.

Patofyziológia

Dispozične možno predpokladať neurolabilitu, zreteľne sa uplatňujú formujúce vplyvy raných skúseností (viď Kohut, 1991).

Klasifikácia

Špecifické kritériá pre túto kategóriu ako celok (F60.8) k dispozícii nie sú, rozhodujúcim je dlhodobý dyskomfort subjektívny alebo interpersonálny, pričom konštelácia determinujúcich charakteristík nie je jednoznačná, ale pritom dostatočne perzistentná na to, aby oprávňovala priradenie kategórie F60, a nie Z73.1 (zdôraznenie osobnostných rysov). Využívanie tejto diagnostickej kategórie je obvyklé pri prvovyšetreniach, kedy stanovenie jednoznačnej diagnózy niektorej z porúch osobnosti nie je odôvodnené. Špecifické sú k dispozícii pre narcistickú (DSM 5) a pasívne-agresívnu poruchu osobnosti (DSM-3).

Pri stanovení diagnózy **narcistickej poruchy osobnosti** musia byť splnené:

A/ Všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti

B/ Musí byť splnených najmenej päť z nasledujúcich:

1. velikášska predstava o vlastnej dôležitosti,
2. zaujatie fantáziami o vlastnom úspechu, moci, grandiozite, kráse alebo ideálnej láske,
3. presvedčenie o vlastnej jedinečnosti, a teda môže byť pochopený a kontaktovať len výnimočných ľudí alebo inštitúcie,
4. potreba nekonečného obdivu,
5. predstava o zvláštnej privilegovanosti, očakávania automatického splnenia jeho prianí a očakávaní,
6. využívanie interpersonálnych vzťahov vo svoj prospech,
7. chýbanie empatie,
8. závistlivosť, alebo predpoklad, že druhí závidia jemu,
9. arogantné, povýšenecké správanie (DSM5,2015).

Pri stanovení diagnózy **pasívne-agresívnej poruchy osobnosti** musia byť splnené:

A/ Všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti

B/ Musí byť splnených najmenej päť z nasledovných:

1. neústupnosť, otáľanie pri plnení úloh,
2. neoprávnené sťažnosti na zvýšené nároky ostatných,
3. mrzutosť, podráždenosť, hašterivosť, ak je požiadaný, aby urobil niečo, čo sa mu nechce,
4. bezdôvodná kritika alebo pohŕdavý postoj k nadriadeným,
5. zámerná pomalosť alebo chybovosť pri úlohách, do ktorých sa mu nechce,
6. prekážky ostatným, že neurobí svoj podiel práce na práci spoločnej,
7. vyhýba sa plneniu povinnosti s výhovorkou na zabudnutie (DSM5,2015),

Klinický obraz

Základná je trvalá mal adaptačná schéma, liečba je vyhľadávaná obvykle pre pocity úzkosti, depresie, vnútorného zmätku, tiež závislosti na psychoaktívnych látkach, problémy v zamestnaní alebo vzťahové problémy, ktoré sa vyvíjajú druhotne v súvislosti so základnou poruchou .Pri narcistickej poruche osobnosti v popredí je zvýšený pocit vlastnej dôležitosti, grandiozity a jedinečnosti, sú to jedinci bez empatie, vyžadujúci si neustály obdiv. Majú zvýšené nároky na ostatných , sú presvedčení o vlastnej výnimočnosti, ako ja o výnimočnosti ich problémov, sú citliví na kritiku. Zvlášť pre narcistické osobnosti býva problém vyhľadať pomoc, nakoľko to považujú za známku slabosti a poníženia. Pasívne-agresívna osobnosť je charakterizovaná nepriamym odporom voči požiadavkám na adekvátny sociálny alebo pracovný výkon. Typickým je hnev a opozícia voči autorite a očakávaniam druhých, ktoré sa prejavu skryte ako obštrukcie, prokrastinácia, zaťatosť, zábudlivosť a zámerná nevýkonnosť (Dušek K., Večeřová-Procházková A., 2015, Praško J.,2015, DSM,2015).

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

- psychiatrické vyšetrenie – anamnézu , zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH 10 a psychopatologický rozbor.
- psychodiagnostické vyšetrenie – využíva kombináciu klinických a testových metód. V klinických metódach je dôležité zhodnotenie vývinových aspektov. Je výhodou ak sú tiež k dispozícii objektívne informácie od blízkych osôb. Pri interpretácii testových metód /sebaposudzovacie škály a dotazníky/ treba byť obozretný vzhľadom na možnosť skresleného sebavnímania a interferenciu aktuálnej psychopatologickej symptomatológie. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti sú štruktúrované diagnostické interview, ktoré umožňujú odlíšiť trvalé osobnostné charakteristiky od stavových charakteristík. V prístupe jednak ku klinickému, tak i psychodiagnostickému posúdeniu prítomnosti špecifickej poruchy osobnosti (najmä vzhľadom k individualizácii posúdenia a plánovaniu terapeutickej stratégie) je vhodné rozširovať kategoriálny rámec uvažovania o rozmer dimenzionálny (viď alternatívny model porúch osobnosti DSM5). Perspektívne sa v tomto zmysle javí praxi relevantné hodnotenie A/ stupňa postihu osobnostného fungovania a B/ hodnotenie rysových variantov v rámci širších domén.

Diferenciálna diagnostika: V rámci skupiny porúch osobnosti prichádzajú do úvahy histriónska, dissociálna a emočne nestabilná porucha osobnosti. Z iných psychopatologických stavov to môže byť mánia alebo hypománia, ev. trvalejší abúzus psychoaktívnych látok.

Liečba

Farmakologická liečba

Kauzálna farmakoterapia porúch osobnosti neexistuje (Grenyer BF., 2015, Herpetz SC., 2007). Podávanie liekov je na mieste v dobe dekompenzácie do depresívnej, úzkostnej poruchy alebo aj pri sklone k poruchám správania sa , či sklonom k impulzivite.

Pri výskyte depresívnych prejavov podávame Antidepresíva zo skupín SSRI/SNRI - fluoxetín, sertralín, venlafaxín (evidencia A).
Pri výskyte úzkostnej symptomatiky podávame Benzodiazepíny - alprazolam, klonazepam (evidencia C).
Pri výskyte prejavov dysregulácie impulzivity a správania: Antidepresíva zo skupiny SSRI - fluoxetín, sertralín (evidencia A) Stabilizátory nálady - lithium carbonicum (evidencia A), valproát, karbamazepín (evidencia C) Benzodiazepíny - alprazolam, klonazepam (evidencia C) Antipsychotiká prvej generácie - haloperidol (evidencia A) .

Cieľom psychofarmakoterapie je pri tejto skupine ochorení liečba komorbidných duševných porúch, ktoré sa v súbehu s nimi vyskytujú častejšie ako v ostatnej populácii. Pri niektorých poruchách osobnosti je možné psychofarmakami ovplyvniť niektoré ich symptómy.
Všeobecné zásady farmakologickej liečby porúch osobnosti

1. Primárnym cieľom psychofarmakoterapie je liečba eventuálnej komorbidnej duševnej poruchy - depresia, anxieta, PTSP, psychóza, insomnia, afektívna porucha, závislosť od alkoholu alebo drog. V takomto prípade sa postupuje podľa príslušného štandardného postupu.
2. Farmakologická liečba symptómov poruchy osobnosti je indikovaná pri zlyhaní respektíve nedostatočnej účinnosti psychoterapeutických intervencií a ako komedikácia popri psychoterapii.
3. Pacient musí byť informovaný, že ide o liečbu mimo indikácií liekov uvedených v SPC.
4. Pri indikovaní liečby je nevyhnutné posúdenie eventuálneho potenciálu lieku vyvolávať závislosť resp. potenciovať účinok alkoholu a iných návykových látok.
5. Vzhľadom na zvýšené riziko suicidálneho/sebapoškodzujúceho správania pri poruchách osobnosti je potrebné zvážiť pri indikovaní farmakoterapie pomer rizika a benefitu pri predávkovaní, či intoxikácii. Pri existencii takéhoto rizika je nevyhnutné predpisovať jednorazovo minimálne množstvá liekov.
6. Pacienta je potrebné edukovať o vyššie uvedených rizikách.
7. Stav pacienta musí byť pravidelne kontrolovaný vrátane kompliancie a eventuálnych nežiaducich účinkov podľa odporučení pre skupiny psychofarmák.
8. Účinnosť liečby musí byť pravidelne preverovaná, podávanie psychofarmák bez preukázateľného účinku po troch mesiacoch nie je indikované.
9. V celkovom manažmente liečby je optimálne v každom individuálnom prípade vychádzať z kombinácie farmakoterapie a psychoterapie.

Psychoterapia
V psychoterapeutickej liečbe v prípade porúch osobnosti je možné využiť :

- podporné psychoterapeutické metódy
- individuálne psychoterapeutické intervencie (psychoedukácia, krízová intervencia)
- špecifické psychoterapeutické metódy v zmysle certifikovaných smerov
- čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning)
- Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie)
- rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu rodinných príslušníkov

Psychoterapia môže byť formátu individuálnej psychoterapie alebo skupinovej psychoterapie. Všeobecné pravidlo pri zvažovaní psychoterapeutického plánu u pacientov s poruchou osobnosti je zváženie bezprostredných potrieb pacienta – je dôležité v úvodných fázach plánovaného budúceho psychoterapeutického plánu zabezpečiť motiváciu pacienta k zmene a pochopenie významu

psychoterapeutických intervencií. V úvodných fázach je vhodné, ak je plán liečby komplexný a zahŕňa podporu, štruktúru a samozrejme medikáciu špecifických symptómov (fáza psychoedukácie, podpornej terapie a ev. krízovej intervencie). Pri psychoterapeutickom vedení treba počítať s neschopnosťou pacienta pracovať na dlhodobých cieľoch.

Zo špecifických psychoterapeutických metód sú najčastejšie využívané: psychodynamická psychoterapia a kognitívno-behaviorálna psychoterapia. Interpersonálna psychoterapia umožňuje pochopiť vzťahové problémy v aktuálnej situácii a ich prepojenie na ich rigidné osobnostné nastavenie. Najdôležitejším prvkom psychoterapeutického vedenia je budovanie terapeutickej aliancie, a to najmä pre rýchlu aktiváciu pacientových obrán. Dôraz v terapii je na sledovaní aktuálneho interpersonálneho správania, ako v živote, tak aj v terapii sebaocenenia.

Psychodynamická psychoterapia u narcistických porúch osobnosti – osoby s narcistickou poruchou osobnosti (ako nakoniec aj iné kategórie porúch osobnosti) vyhľadávajú liečbu pre pocity úzkosti, depresie, závislosť na návykových látkach, problémy v zamestnaní alebo vzťahové problémy, ktoré sa druhotne vyvíjajú v súvislosti s ich narcizmom. Býva pre nich obtiažne požiadať o pomoc, pretože to považujú za známku slabosti a zraňuje to ich sebavedomie. Zdá sa byť dôležité identifikovať vonkajšie a historické zdroje konfliktov a citlivosť sebavedomia; neistota sebaocenenia, sebavedomia je jadrom terapeutickej práce Aktívna konfrontácia je možná len pri dobrej terapeutickej aliancii (Houbová P. a kol.,2005).
Kognitívno-behaviorálna terapia zdôrazňuje dôležitosť narcistického správania a prejavovania v interpersonálnych vzťahoch. Idealizácia a devalvácia môžu priaznivo reagovať na hranie role a racionálnu introspekciu (Houbová a kol., 2005, Možný P., Praško J.,1999).
Ďalšími možnými metódami voľby špecifickej psychoterapie sú:

- Katatýmno imaginatívne prežívanie /KIP/
- Relaxačno symbolická psychoterapia
- Gestalt psychoterapia
- Psychoanalytická psychoterapia
- Systemická psychoterapia
- Proces orientovaná psychoterapia
- Logoterapia
- Rodinná terapia V.Satirovej

Voľba špecifického psychoterapeutického prístupu je daná povahou individuálneho prípadu (podľa dominantných prvkov etiopatogenézy a aktuálneho psychosociálneho kontextu) a popri univerzálnych účinných faktorov psychoterapie je významné zváženie zvlášť špecifických účinných faktorov toho ktorého prístupu (Luborsky L. a kol., 1975, 2006).

Prognóza

Špecifické údaje nie sú k dispozícii, mnohé závisí od toho, nakoľko sú životné okolnosti a životná situácia nastavené, t. j. nakoľko silne sú konfrontované základné osobnostné štruktúry. Dôležitým prvkom prognózy je psychoterapeutické vedenie.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Podľa Prílohy č. 4 - Percentuálna miera poklesu zárobkovej činnosti podľa druhu zdravotného postihnutia orgánov a systémov - k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, je miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosť pre stredne ťažké paranoidné poruchy osobnosti s miernym obmedzením

výkonnosti organizmu, určená hodnotou 20% - 30% a pre ťažké narušenie osobnosti so závažným obmedzením výkonnosti organizmu až dezintegráciou, 50% - 80%.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v špecializačnom odbore psychiatria (zodpovední najmä za farmakoterapiu a psychoterapiu).

Poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore psychiatria - psychiatrické nemocnice, liečebne, kliniky, oddelenia, psychiatrické stacionáre v prípade závažnejších stavov poruchy so zameraním na farmakoterapiu a psychoterapiu.

Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v odbore psychológia – psychodiagnostika a psychoterapia.

Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v odbore liečebná pedagogika - liečebnopedagogická starostlivosť.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pedopsychiatria - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný menežment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, špecifické psychoterapeutické intervencie, podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, špecifické psychoterapeutiké intervencie, podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník - sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch alebo v Ambulancii liečebného pedagóga. Psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch a komunitných centrách. realizuje liečebnopedagogickú diagnostiku, liečebnopedagogické poradenstvo, krízovú intervenciu, sprevádzanie, edukáciu, motivačný rozhovor, podporuje rezilienciu. Vykonáva liečebno-pedagopgickú intervenziu individuálnu alebo skupinovú, párovú/manželskú a rodinnú terapiu, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, arteterapie, dramatoterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, hagioterapie, terapie pohybom, terapie pohybom, nácvik relaxačných techník, mobilizuje

potenciály a zdroje zvládanaia, podporuje vuťahy, repertoár streatégií adaptívneho konania, sociálne zapojenie a integrácia do spoločnosti, zepšenie kvality života, podporuje pritom aj členov rodiny.
Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.
Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

Poruchy osobnosti sú zvyčajne chronickým psychiatrickým ochorením, pacienti sú v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti mesiace aj roky. Pri liečbe je dôležité vytvorenie dobrého terapeutického vzťahu s pacientom.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívneho psychoterapeutického režimu.
Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.
Denné psychiatrické stacionáre - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.
Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti s materiálno - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - psychoterapia, psychoedukácia.
Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo –v rámci celkového manažmentu pacienta.
Pri poruchách osobnosti len vo výnimočných prípadoch (napr. pri suicidálnom konaní) dochádza k naplneniu kritérií pre nutnosť nedobrovoľnej liečby. Všeobecný lekár / lekár RLP, ak zistí suspektné prejavy duševnej poruchy: posúdi, či pacient svojim správaním ohrozuje seba, svoje okolie alebo hrozí vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu

- ak áno, zabezpečí prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ).
- ak takéto riziko nehrozí odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie.

Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár /lekár záchrannej zdravotnej služby vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie postupuje podľa príslušného štandardu. Definitívne posúdenie rizika ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra.
Ak sa na všeobecného lekára, službukonajúceho lekára APS (Ambulantná pohotovostná služba), lekára urgentného príjmu nemocnice alebo ambulantného psychiatra v ich riadnom pracovnom čase obráti zainteresovaná osoba (napr. príbuzní duševne chorého, príslušníci polície a podobne) s informáciami svedčiacimi o tom , že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojim správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí bezprostredné ohrozujúce vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí tento lekár prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia prostredníctvom záchrannej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Pojem zainteresovaná osoba je termín zadefinovaný v novom ZZV.

Alternatívne odporúčania

Alternatívne odporúčania sú všeobecného rázu a sú zamerané na dodržiavanie zdravej životosprávy, či už stravy, telesného cvičenia a dostatku relaxačných aktivít, najmä v súvislosti s komorbidnou

psychopatologickou symptomatikou (najčastnejšie depresia, somatoformná porucha, úzkostné stavy).

Špeciálny doplnok štandardu

Pri liečbe porúch osobnosti sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk), pričom pacienta aj príbuzných dostatočne zrozumiteľne a individuálne poučí ošetrujúci lekár.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit v prípade vydania 11. Revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaniach. Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Potreba vytvoriť „Tím krízovej intervencie“ ako súčasť centra integrovanej starostlivosti: zložený zo zdravotníckych pracovníkov rôznych profesií – kompetencie podľa zloženia tímu - poskytovanie krízovej intervencie (najmä zhodnotenie rizika, podporná psychoterapia, ev. farmakoterapia) pre zvládanie akútnych reaktívnych i nie situačne podmienených dekompenzáciách stavu ľudí s poruchami osobnosti s ev. pokračovaním intervencie v iných segmentoch zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

BATEMAN, A. W, GUNDERSON, J., MULDER, R.: Treatment of personality disorder. In: The Lancet. 2015, roč. 385, č. 9969, s. 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5. ISSN 01406736.

DSM-5: *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch.* Hogrefe-Testcentrum, Praha 2015, ISBN 978-80-86471-52-5

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A.: *Diagnostika a terapie duševních poruch.* Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

GRENYER, B. F. S., a kol.:Treatment guidelines for personality disorders. Wollongong, Australia: University of Wollongong. (2015), p.53, ISBN 978-1-74128-246-7

HERPERTZ, Sabine C. a kol. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders.In: The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry. 2007, roč. 8, č. 4, s. 212–244. doi: 10.1080/15622970701685224. ISSN 1562-2975.

HOUBOVÁ P., PRAŠKO J., PREISS M., HERMAN E.: Narcistická porucha osobnosti – diagnostika a léčba, Psychiatria pre prax, 2005, 1, str.20-26

LUBORSKY L., a kol.: The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well – Mostly, https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2, published 2006

LUBORSKY L., SINGER B., LUBORSKY L.: Comparative Studies of Psychotherapies. Is it True that „Everyone has won and all must have prizes“ ?,In: Arch Gen Psychiatry. 1975;32(8):995-1008. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760260059004

MKCH – 10: *Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov.* 10. revízia. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5.

MOŽNÝ ,P., PRAŠKO, J.: *Kognitívne behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe.* TRITON, 1999, 230-244 s. ISBN 80-7254-038-6

PRAŠKO, J.: *Poruchy osobnosti.* Praha: Portál, 2015. 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3.

ROBINSON, D.J.: *Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2001. 138 s. ISBN 80-88952-06-9.
Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Anankastická porucha osobnosti

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0055	*27. júna 2019*	*schválené*	15. januára 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

MUDr. Ľubica Ferenčáková; PhDr. Milana Kovaničová CSc.; MUDr. Dagmar Breznoščáková Ph.D.; MUDr. Marek Zelman

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; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundovú; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová

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

osobnosť, poruchy, pravidlá, poriadok, symptómy, liečba

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb-10
PTSP	posttraumatická stresová porucha
SSRI	selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu
VTI	videotréning interakcií

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho zdravotného stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie zdravotného stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. V prevencii uplatňuje edukáciu, poradenstvo pre rodičov zamerané na výchovné postupy, komunikačné stratégie, vedenie rodičovských skupín, behaviorálny tréning rodičov, VTI (videotréning interakcií).

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu (terapia zameraná na prenos, dialekticko-behaviorálna terapia, mentalizačná terapia, schematerapia) vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – realizácia komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľských postupov, vedenie sesterskej dokumentácie, vedenie motivačného rozhovoru, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba a poradenstvo, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník – sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií, realizovanie nezdravotníckych výkonov v rámci starostlivosti o pacienta podľa náplne odboru sociálna práca.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch a komunitných centrách. Realizuje liečebnopedagogickú diagnostiku, liečebnopedagogické poradenstvo, krízovú intervenciu, sprevádzanie, edukáciu, motivačný rozhovor, podporuje rezilienciu. Vykonáva liečebno-pedagogickú intervenciu individuálnu alebo skupinovú, párovú/manželskú a rodinnú terapiu, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, arteterapie, dramatoterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, hagioterapie, terapie pohybom, nácvik relaxačných techník, mobilizuje potenciály a zdroje zvládania, podporuje vzťahy, repertoár stratégií adaptívneho konania, sociálne zapojenie a integráciu do spoločnosti, zlepšenie kvality života, podporuje pritom aj členov rodiny.

Špeciálny pedagóg - psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií.

Úvod

Slovom osobnosť sa chápe dynamický súbor relatívne trvalých vlastností, ktoré sa utvárajú v priebehu individuálneho vývoja a ktoré predurčujú schopnosť adaptácie na okolie. Väčšina definícií porúch osobností sa sústreďuje na motiváciu a mentálnu adaptáciu. Poruchy osobnosti predisponujú k rozvoju ďalších porúch, či už psychických alebo aj somatických.

Poruchy osobnosti možno definovať ako pretrvávajúci vzorec alebo profil správania sa, ktorý sa výrazne odlišuje od toho, čo očakáva a vyžaduje príslušná kultúra a spoločnosť. Porucha osobnosti je stabilná a vedie k vnútorným ťažkostiam, nepohode či konfliktom v sociálnom prostredí. Pre poruchy osobnosti sú charakteristické poruchy adaptability, rigidita v myslení a správaní sa, nedostatok pružnosti, odolnosti a prispôsobenia. (Höschl a kol., 2002)

Pre osobnosť je charakteristický temperament, ktorý sa vzťahuje na spôsob emočného prejavu a predpokladá sa, že je daný biologicky.

Charakter vytvárajú predovšetkým osvojené a zvnútornené morálne hodnoty a postoje v psychoanalytickom zmysle zodpovedá konceptu superega. (Höschl a kol., 2002)

Janík a Dušek (1974) definujú charakter ako relatívne trvalú pohotovosť jedinca prejavovať sa určitým spôsobom v spoločenskom prostredí.

Klasifikácia porúch osobnosti sa dynamicky vyvíja, zvažuje sa predovšetkým dimenzionálny prístup s plynulým presahom medzi normalitou a patologickými prejavmi a kategoriálny prístup, kde sú definované oddelené diagnostické entity.

Poruchy osobnosti neboli zaraďované na rozdiel od psychóz, porúch nálady, úzkostných porúch a iných porúch medzi tzv. prvoosové diagnózy. Môžu byť považované za extrémne vystupňované temperamentové a charakterové rysy, u závažných porúch osobnosti však dochádza k výraznému narušeniu sociálnej adaptácie so subjektívnymi dôsledkami pre okolie.

Charakteristika anankastickej poruchy osobnosti:

Anankastická porucha osobnosti je charakterizovaná poriadkumilovnosťou, emočnou rigiditou a tvrdohlavosťou. Jedinci trpia nerozhodnosťou, kontrolovaním či nepružnosťou. Sú príliš svedomití v morálke, etike a hodnotách. Jedinci trpiaci touto poruchou majú radi pravidlá, poriadok, čistotu. Sú zameraní na detaily. Majú radi rutinnú prácu, nemajú radi zmeny. Ich interpersonálne kontakty sú obmedzené, majú málo priateľov (Smolík a kol., 1996).

Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adoptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Prevencia porúch osobnosti, a teda aj anankastickej osobnosti je zložitá, mala by začínať už v detstve formou výchovy, ktorá by nemala byť príliš trestajúca, požadovačná či založená na dodržiavaní prísnych pravidiel. Taktiež výchova, ktorá vyžaduje od dieťaťa „uhladené a pekné" správanie sa, vedie k túžbe po permenentnom schvaľovaní jeho perfektnosti. V dospelom veku potom títo jedinci veria, že ak sa stanú bezchybní a ďaleko to dotiahnu, budú milovaní a akceptovaní.

Epidemiológia

Prevalencia anankastickej poruchy osobnosti je 1 %, častejšia je u mužov oproti ženám (Robinson a kol., 2001) a celkovo tvorí 3-10% ambulantných pacientov (Höschl, Libiger a kol.,2002). Podľa APA

(1994, 2000) sa prevalencia v populácii odhaduje na 2,1-7,9 %. Vyššia prevalencia bola udávaná u mužov než u žien. V neskoršej americkej národnej epidemiologickej štúdii o alkohole a súvisiacich problémoch NESARC, ktorá bola vykonaná na 43 093 respondentoch, vyplýva prevalencia 7,8%, pričom prevalencia mužov a žien bola rovnaká (Grant a kol. 2012). V klinickej praxi však býva častejšie diagnostikovaná u mužov (APA 2013). Táto porucha je častejšia u ľudí s vyšším vzdelaním.
V komorbidite sa významne častejšie objavujú poruchy nálady a úzkostné poruchy než v populácii bez poruchy osobnosti.

Patofyziológia

Patofyziológia anankastickej poruchy osobnosti vychádza z biologickej i psychodynamickej teórie.
Biologická teória predpokladá genetickú záťaž, prenatálne či perinatálne poškodenie, úrazy hlavy, infekčné alebo iné ochorenia mozgu v detstve.
Psychodynamická teória vychádza z toho, že anankastická porucha osobnosti je spôsobená fixáciou análneho stupňa psychosociálneho vývoja. Osvojenie hygienických návykov si vyžaduje podriadenie sa rodičovským očakávaniam. Keď dieťa na túto úlohu nestačí, tak veľmi nároční rodičia vyvolajú v dieťati pocit, že je zlé a špinavé. Táto fixácia vedie k neustálemu súpereniu s autoritatívnou osobou, ku konfliktu dominancia – submisivita a k emočnému odmietaniu. Rodičovské schvaľovanie „uhladeného a pekného“ správania sa vedie k túžbe po permanentnom schvaľovaní ich perfektnosti. Pacienti sa boja „straty kontroly“ nad situáciami a snažia sa udržať kontrolu nad sebou aj nad ostatnými. Racionálne myslenie, disciplína a usporiadanosť podopierajú vlastnú hodnotu, ktorá je neustále znižovaná sebakritikou. (Robinson a kol., 2001)
Kognitívno-behaviorálny model predpokladá vytváranie rigidných kognitívne-behaviorálnych schém, upevňovanie automatických reakčných schém viazaných na potrebu dokonalosti.

Klasifikácia

Diagnostické kritéria podľa MKCH-10:

A. Musia byť splnené obecné kritéria pre poruchu osobnosti / F60/
B. Musia byť splnené najmenej 4 z nasledujúcich charakteristík :

1. Pocity prehnaných pochýb a opatrnosti
2. Prehnané zaoberanie sa detailmi, pravidlami, zoznamami, poriadkom, organizáciou a plánom
3. Perfekcionizmus, ktorý je na úkor splnenia úlohy
4. Prehnaná svedomitosť a puntičkárstvo
5. Prehnané zaoberanie sa produktivitou na úkor splnenia úloh
6. Prehnané pedantstvo a tendencia k sociálnej konvenčnosti
7. Rigidita a tvrdohlavosť
8. Nerozumné vyžadovanie, aby sa iní podriaďovali spôsobu práce jedinca alebo nerozumný odpor k spôsobu práce iných

Klinický obraz

Pri vyšetrení si všímame v prvom rade vzhľad pacienta, ktorý je často upätý, konzervatívny, úhľadne upravený. Pacienti počas vyšetrenia často svoju situáciu popisujú veľmi podrobne, zachádzajú do nepodstatných detailov. Pokus priblížiť sa k fokusu môže viesť až k hostilnej reakcii, pretože pacienti sa cítia tlačení k tomu, aby doplnili všetky informácie.

„Pre anankastickú (podľa americkej klasifikácie obsedantno-kompulzívnu) poruchu osobnosti je typický vzorec chovania a myslenia spojený s perfekcionizmom, potrebou poriadku a kontroly. Jedinec

s touto poruchou máva rigidný, prísne zameraný spôsob myslenia. Neustále je koncentrovaný a kontroluje seba, svoje okolie aj svoje emócie. Ako by jeho hlavným mottom bolo: „Spraviť akúkoľvek chybu je nesprávne, a preto ju nesmiem spraviť.“ Ľudia s touto poruchou osobnosti sa snažia udržať si pocit kontroly tým, že venujú veľkú pozornosť pravidlám, triviálnym detailom, postupom, zoznamom, harmonogramom alebo forme, a to až v takej miere, že im uniká hlavný zmysel ich konania (APA 2013)“;

Typickými prejavmi anankastickej poruchy osobnosti sú poriadkumilovnosť, emočná rigidita, tvrdohlavosť. Jedinci trpiaci touto poruchou sú nerozhodní, prísne dodržiavajú pravidlá, často trvajú na detailoch, niekedy aj nepodstatných (Smolík a kol., 1996). Sú často vážni, bez zmyslu pre humor, z čoho vyplýva, že väčšinou majú málo priateľov.

V emočných prejavoch sú často obmedzení. V živote sú nepružní a neprispôsobiví. Sú príliš svedomití, mnohokrát zhromažďujú veci. Nie sú schopní tolerovať ani najmenší priestupok. Väčšinou im vyhovuje rutinná práca, keďže nemajú radi zmeny. Ich interpersonálne schopnosti sú skôr formálne a obmedzené.

Diagnostika (postup určenia diagnózy)

Diagnostika anankastickej poruchy osobnosti sa opiera o psychiatrické a psychodiagnostické vyšetrenie a heteroanamnestické údaje.

Psychiatrické vyšetrenie:

Základom diagnosticky anankastickej poruchy osobnosti je podrobné psychiatrické vyšetrenie a psychopatologický rozbor. Počas vyšetrenia popíšeme klinický obraz poruchy, pričom sa opierame o diagnostické kritéria podľa MKCH-10 .

Heteroanamnestické údaje - od príbuzných a blízkych osôb pacienta sú tiež veľmi dôležité pri diagnostikovaní porúch osobnosti získavame ich aj opakovane pre spresnenie diagnostiky a identifikáciu faktorov v kontexte vývinovej a sociálnej adaptácie.

Psychodiagnostické vyšetrenie:

Využíva kombináciu klinických a testových metód. Jedná sa o sebaposudzovacie škály a dotazníky a ďalšie metódy (väčšinou projektívne), ktoré volí klinický psychológ.

Psychodiagnostické vyšetrenie môže priniesť dôležité poznatky, najmä odlíšenie trvalých osobnostných charakteristík od stavových charakteristík a je podkladom pre cielené psychoterapeutické ovplyvnenie (Smolík, 1996).

V prístupe jednak ku klinickému, tak i psychodiagnostickému posúdeniu prítomnosti špecifickej poruchy osobnosti (najmä vzhľadom k individualizácii posúdenia a plánovaniu terapeutickej stratégie) je vhodné rozširovať kategoriálny rámec uvažovania o rozmer dimenzionálny. Perspektívne sa javí v praxi relevantné hodnotenie podľa DSM-5:

A/ stupňa postihu osobnostného fungovania a

B/ hodnotenie rysových variantov v rámci širších domén (Raboch a kol., 2015).

Až v 7% sa táto porucha osobnosti vyskytuje v komorbidite s obsedantne-kompulzívnou poruchou (Breznoščáková a Ivančová, 2015).

Diferenciálna diagnostika:

Dôležitá je diferenciálna diagnostika. V rámci diferenciálnej diagnózy je nevyhnutné vylúčiť v rámci klinického vyšetrenia iné ochorenia kódované pod inými kategóriami MKCH-10 (Raboch a kol., 2015, Praško a kol., 2015, Robinson a kol., 2001):

Schizoidná porucha osobnosti - charakterizuje ju samotárstvo, izolácia, plachosť, sociálne stiahnutie, emočný chlad.

Paranoidná porucha osobnosti - ide o hypersenzitívnych, rigidných a podozrievavých jedincov, ktorí často podliehajú žiarlivosti a závisti a len veľmi ťažko vyjadrujú svoju náklonnosť, ale aj pochybnosti a neistotu.

Úzkostná porucha osobnosti- je charakterizovaná nadmernou úzkosťou, precitlivelosťou, neustálymi obavami, precitlivelosťou na kritiku, neistotou, obavami z odmietnutia, plachosťou a nesmelosťou.

Diferenciálna diagnostika oproti obsedantne kompulzívnej poruche – charakterizujú ju obsesie a kompulzie. Obsesie sú vtieravé myšlienky, predstavy, obrazy a impulzy. Kompulzie sú opakované stereotypné úkony, ktoré prinášajú dočasnú úľavu. Podobnosť s uvedenou poruchou vedie k používaniu termínu „obsedanto – kompulzívna porucha osobnosti“ v svetovom odbornom písomníctve a nie anankastickej poruchy osobnosti tak, ako je uvedená v MKCH-10.

Prejavy poruchy majú vzťah aj k iným poruchám, pre ktoré je typická nutkavosť a kontrola – napr. k poruchám príjmu potravy alebo k niektorým prejavom u jedincov s poruchami z autistického spektra.

Liečba

V celkovom manažmente liečby porúch osobností je optimálne v každom individuálnom prípade vychádzať z kombinácie farmakoterapie a psychoterapie (Herpertz a kol., 2007, Bateman a kol., 2015). Základom liečby je psychoterapia.

Kauzálna farmakoterapia porúch osobnosti neexistuje. Cieľom psychofarmakoterapie je pri tejto skupine ochorení liečba komorbidných duševných porúch, ktoré sa v súbehu s nimi vyskytujú častejšie ako v ostatnej populácii. Pri niektorých poruchách osobností je možné psychofarmakami ovplyvniť niektoré ich symptómy.

Všeobecné zásady farmakologickej liečby porúch osobnosti (Gryeyner, 2015, Herpertz, 2007).

1. Primárnym cieľom psychofarmakoterapie je liečba eventuálnej komorbidnej duševnej poruchy - depresia, anxieta, PTSP, psychóza, insomnia, afektívna porucha, závislosť od alkoholu alebo drog. V takomto prípade sa postupuje podľa príslušného štandardného postupu.
2. Farmakologická liečba symptómov poruchy osobnosti je indikovaná pri zlyhaní respektíve nedostatočnej účinnosti psychoterapeutických intervencií a ako komedikácia popri psychoterapii.

3. Pacient musí byť informovaný, že ide o liečbu mimo indikácií liekov uvedených v SPC.
4. Pri indikovaní liečby je nevyhnutné posúdenie eventuálneho potenciálu lieku vyvolávať závislosť resp. potenciovať účinok alkoholu a iných návykových látok.
5. Vzhľadom na zvýšené riziko suicidálneho/sebapoškodzujúceho správania pri poruchách osobnosti je potrebné zvážiť pri indikovaní farmakoterapie pomer rizika a benefitu pri predávkovaní, či intoxikácii. Pri existencii takéhoto rizika je nevyhnutné predpisovať jednorazovo minimálne množstvá liekov.
6. Pacienta je potrebné edukovať o vyššie uvedených rizikách.
7. Stav pacienta musí byť pravidelne kontrolovaný vrátane kompliancie a eventuálnych nežiaducich účinkov podľa odporučení pre skupiny psychofarmák.
8. Účinnosť liečby musí byť pravidelne preverovaná, podávanie psychofarmák bez preukázateľného účinku po troch mesiacoch nie je indikované.

Psychoterapia:

V psychoterapeutickej liečbe v prípade porúch osobnosti je možné využiť (Verheul a kol., 2007):

- podporné psychoterapeutické metódy, krízovú psychoterapeutickú intervenciu v odôvodnených prípadoch, racionálne náhľadovú podpornú psychoterapiu,
- individuálne psychoterapeutické intervencie (psychoedukácia, krízová intervencia),
- špecifické psychoterapeutické metódy v zmysle certifikovaných smerov,
- čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie),
- rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu rodinných príslušníkov.

Psychoterapia môže byť formátu:

- individuálneho,
- skupinového.

Návrh konkrétneho liečebného psychoterapeutického postupu závisí od individuálneho postoja pacienta a od jeho motivácie a ochoty spolupracovať v psychoterapii. Pri voľbe akejkoľvek psychoterapeutickej intervencie je potrebné zohľadňovať špecifiká príslušnej poruchy osobnosti (Bartak a kol., 2011). Všeobecné pravidlo pri zvažovaní psychoterapeutického plánu u pacientov s poruchou osobnosti je zváženie bezprostredných potrieb pacienta – je dôležité v úvodných fázach plánovaného budúceho psychoterapeutického zabezpečiť motiváciu pacienta k zmene a pochopenie významu psychoterapeutických intervencií. V úvodných fázach je vhodné, ak je plán liečby komplexný a zahŕňa podporu, štruktúru a samozrejme medikáciu špecifických symptómov (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Prvým dôležitým krokom je zainteresovať pacienta do terapie. Vzhľadom k charakteru osobnostného nastavenie žije pacient s pocitom, že má kontrolu nad svojím životom. Obvyklým dôvodom vyhľadania pomoci býva kríza alebo výrazný konflikt vo vzťahu. K ponúkaným opatreniam sú ambivalentní pre

psychodynamický konflikt s autoritou (fáza psychoedukácie, podpornej terapie a ev. krízovej intervencie).

Špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným psychoterapeutickým certifikovaným výcvikom. Zo špecifických psychoterapeutických metód sú najčastejšie využívané: psychodynamická psychoterapia a kognitívno-behaviorálna psychoterapia.

V psychodynamickej psychoterapii sa odporúča viesť pacienta k verbalizácii prenosových reakcií (spočiatku reaguje ich popieraním, avšak schopnosť vyjadriť negatívne pocity a frustrácie býva kritickým bodom pre ďalšiu hlbšiu prácu). Kognitívne-behaviorálna terapia sa zameriava na perfekcionistické automatické myšlienky s cieľom facilitovať realistickejší životný štýl. Dôležitá je edukácia o poruche osobnosti a porozumenie tomu ako porucha funguje a popísať ako dysfunkčné predpoklady a presvedčenia v detstve vznikali. Následne ich musíme zmapovať ako fungujú v myšlienkach, emóciách a v správaní pacienta. Liečba pokračuje hľadaním modifikácie dysfunkčných presvedčení tak, aby sa stali funkčnejšími (Praško a kol., 2015). Iným variantom je konštruovať behaviorálne experimenty na testovanie kognitívnych distorzií.

Interpersonálna psychoterapia umožňuje pochopiť vzťahové problémy v aktuálnej situácii a ich prepojenie na ich rigidné osobnostné nastavenie. Voľba špecifického psychoterapeutického prístupu je daná povahou individuálneho prípadu (podľa dominantných prvkov etiopatogenézy a aktuálneho psychosociálneho kontextu) a popri univerzálnych účinných faktorov psychoterapie je významné zváženie zvlášť špecifických účinných faktorov toho-ktorého prístupu (Luborsky a kol., 1975, 2006).

Farmakoterapia

U niektorých pacientov s anankastickou poruchou osobnosti je vhodné podávanie SSRI a klomipramínu (Höschl a kol., 2002), jedná sa ale o liečbu off-label. Účinné je podávanie antidepresív zo skupiny SSRI (evidencia A) a krátkodobo benzodiazepínov (alprazolam) (evidencia C) (Herpertz, 2007). Spoločnou indikáciou benzodiazepínov podľa SPC sú symptómy, ktoré zahŕňajú úzkosť, napätie, agitovanosť, nespavosť, obavy, podráždenosť a/alebo vegetatívnu hyperaktivitu. Podávanie benzodiazepínov (alprazolam, bromazepam, oxazepam medazepam) sa nedoporučuje dlhodobo, avšak prechodne či pri komorbidite s inými úzkostnými poruchami, môžu byť indikované. Je dôležité brať do úvahy riziko vzniku závislosti, sedatívny efekt, schopnosť ovplyvňovať riadenie strojov a motorových vozidiel. Alprazolam sa podáva v počiatočných dávkach 0,25 – 0,5 mg denne, dávka sa zvyšuje podľa individuálnej odpovede, v ambulantných podmienkach by mala byť čo najnižšia.

Kontraindikácie benzodiazepínov– akútna otrava alkoholom, myastenia gravis, glaukóm s uzavretým uhlom, respiračná insuficiencia, spánkové apnoe, zlyhávanie pečene a tehotenstvo.

Vedľajšie a nežiaduce účinky benzodiazepínov: únava, ospalosť, hypotenzia, ataxia, závraty, útlm dýchacieho centra, poruchy pozornosti a pamäti, riziko vzniku závislosti (Pečeňák a kol., 2016).

Dávkovacie schémy antidepresív typu SSRI:

Citalopram - počiatočná dávka 10 mg/deň, postupne zvyšovať 10 mg počas 3 dní až týždňa, terapeutická dávka je 20-40 mg/deň. V SPC sa uvádza, že citalopram je kontraindikovaný u pacientov so známym predĺžením QT-intervalu alebo kongenitálnym syndrómom predĺženého QT. Je kontraindikovaný v kombinácii s liekmi, o ktorých je známe, že predlžujú QT-interval.

Paroxetín - počiatočná dávka 10 mg/deň, postupne zvyšovať 10 mg počas 3 dní až týždňa, terapeutická dávka je 20-60 mg/deň.

Fluoxetín - počiatočná dávka 10 mg/deň, postupne zvyšovať 10 mg počas 3 dní až týždňa, terapeutická dávka je 20-60 mg/deň.

Fluoxamín - počiatočná dávka 50 mg/deň, postupne zvyšovať 50 mg počas 3 dní až týždňa, terapeutická dávka je 100-200 mg/deň.

Sertralín - počiatočná dávka 50 mg/deň, postupne zvyšovať 50 mg počas 3 dní až týždeň , terapeutická dávka je 50-200 mg/deň.

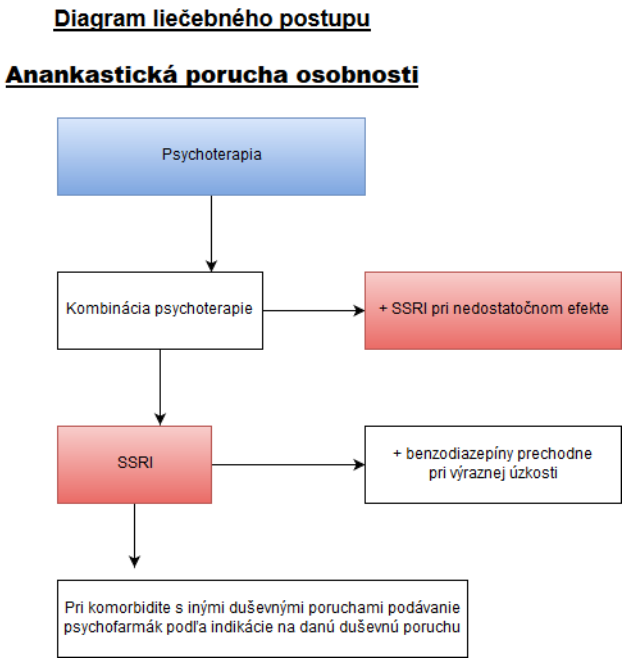
Escitalopram - počiatočná dávka 5 mg/deň, postupne zvyšovať 5 mg počas 3 dní až týždeň, terapeutická dávka je 10-20 mg/deň. V SPC sa uvádza, že escitalopram je kontraindikovaný u pacientov so známym predĺžením QT-intervalu alebo kongenitálnym syndrómom predĺženého QT. Je kontraindikovaný v kombinácii s liekmi, o ktorých je známe, že predlžujú QT-interval.

Klomipramín (tetracyklické antidepresívum) - liečba sa začína dávkou 50-75 mg/deň (1 obalená tableta 25 mg 2 - 3-krát denne alebo 1 tableta s predĺženým uvoľňovaním 75 mg 1-krát denne, najlepšie večer). Denná dávka sa zvyšuje postupne, napr. o 25 mg vždy po niekoľkých dňoch (v závislosti od toho ako sa liek znáša) na 100-150 mg v prvom týždni liečby. V ťažkých prípadoch dávku možno zvýšiť najviac na 250 mg denne. Po dosiahnutí výrazného zlepšenia sa denná dávka upraví na udržiavaciu dávku 50-100 mg.

Najčastejšie vedľajšie účinky SSRI :

gastrointestinálne nežiaduce účinky - nauzea, zvracanie, hnačka alebo zápcha, sexuálne dysfunkcie, riziko krvácania najmä do gastrointestinálneho traktu, zriedkavým vedľajším účinkom je hyponatrémia a s ňou spojený syndróm neadekvátnej sekrécie antidiuretického hormónu (SIADH),
- kardiálne vedľajšie účinky - predĺženie QT intervalu a vznik ventrikulárnych arytmií – zo skupiny SSRI sa jedná o citalopram a escitalopram (najmä pri vyšších dávkach),
- prírastok na hmotnosti – najväčší potenciál z SSRI má paroxetín,
- pri vysadení SSRI hrozí tzv. syndróm z vysadenia, preto sa doporučuje pomalé vysadzovanie antidepresívnej liečby v trvaní 2-4 týždne alebo podľa individuálnej reaktivity (Pečeňák a kol., 2016).

Pri komorbidite s inými psychickými poruchami sú indikované psychofarmaká určené na liečbu danej duševnej poruchy.



Prognóza

Porucha má chronický priebeh. Pacienti s anankastickou poruchou osobnosti sú nerozhodní aj v bežných životných situáciách, obtiažne vyjadrujú svoje pocity, trvajú na pravidlách. To im často spôsobuje problémy v pracovnom, sociálnom či partnerskom živote. Intenzita prejavov poruchy môže značne kolísať. U tejto poruchy je aj vyššie riziko vzniku depresívnej poruchy.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Poruchy osobnosti s vyššou závažnosťou alebo nepriaznivým priebehom môžu viesť k invalidizácii človeka.

Podľa Prílohy č. 4 - Percentuálna miera poklesu zárobkovej činnosti podľa druhu zdravotného postihnutia orgánov a systémov - k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, je miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosť pre stredne ťažké paranoidné poruchy osobnosti s miernym obmedzením výkonnosti organizmu, určená hodnotou 20% - 30% a pre ťažké narušenie osobnosti so závažným obmedzením výkonnosti organizmu až dezintegráciou, 50% - 80%. Taktiež komorbidita s ďalšími psychickými poruchami napr. ťažkou formou depresie či obsedantne - kompulzívnej poruchy môže viesť až k invalidizácii pacienta.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v špecializačnom odbore psychiatria-farmakoterapia, psychoterapia.

Poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore psychiatria - psychiatrické nemocnice, liečebne, kliniky, oddelenia, psychiatrické stacionáre v prípade závažnejších stavov poruchy so zameraním na farmakoterapiu a psychoterapiu.

Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v odbore psychológia – psychodiagnostika a psychoterapia.
Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v odbore liečebná pedagogika - liečebnobnopedagogická starostlivosť.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pedopsychiatria - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.
Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný menežment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť , podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník- sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch alebo v Ambulancii liečebného pedagóga. Psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch a komunitných centrách. realizuje liečebnopedagogickú diagnostiku, liečebnopedagogické poradenstvo, krízovú intervenciu, sprevádzanie, edukáciu, motivačný rozhovor, podporuje rezilienciu. Vykonáva liečebno-pedagopgickú intervenziu individuálnu alebo skupinovú, párovú/manželskú a rodinnú terapiu, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, arteterapie, dramatoterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, hagioterapie, terapie pohybom, , nácvik relaxačných techník, mobilizuje potenciály a zdroje zvládania, podporuje vzťahy, repertoár stratégií adaptívneho konania, sociálne zapojenie a integrácia do spoločnosti, zlepšenie kvality života, podporuje pritom aj členov rodiny.

Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

Anankastická porucha osobnosti je chronickým psychiatrickým ochorením, pacienti sú v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti mesiace aj roky. V liečbe je dôležité vytvorenie dobrého terapeutického vzťahu s pacientom.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívneho psychoterapeutického režimu.

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

Denné psychiatrické stacionáre - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia. Kreatívne a aktivitné dielne.

Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti s materiálno - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - psychoterapia, psychoedukácia.

Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo –v rámci celkového manažmentu pacienta, po stabilizácii stavu pacienta.

Pri poruchách osobnosti len vo výnimočných prípadoch (napr. pri suicidálnom konaní) dochádza k naplneniu kritérií pre nutnosť nedobrovoľnej liečby. Všeobecný lekár/ lekár RLP, ak zistí suspektné prejavy duševnej poruchy: posúdi či pacient svojim správaním ohrozuje seba, svoje okolie alebo hrozí vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu - ak áno, zabezpečí prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Ak takéto riziko nehrozí, odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie.

Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár /lekár záchrannej zdravotnej služby/ vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie, postupuje podľa príslušného štandardu. Definitívne posúdenie rizika ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra.

Ak sa na všeobecného lekára, službukonajúceho lekára APS (Ambulantná pohotovostná služba), lekára urgentného príjmu nemocnice alebo ambulantného psychiatra v ich riadnom pracovnom čase obráti zainteresovaná osoba (napr. príbuzní duševne chorého, príslušníci polície a podobne) s informáciami svedčiacimi o tom, že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojím správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí bezprostredné ohrozujúce vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí tento lekár prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia prostredníctvom záchrannej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Pojem zainteresovaná osoba je termín zadefinovaný v novom ZZV.

Alternatívne odporúčania

Alternatívne odporúčania sú zamerané na dodržiavanie zdravej životosprávy, či už stravy, telesného cvičenia a dostatku relaxačných aktivít.

Špeciálny doplnok štandardu

Pri liečbe porúch osobnosti sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk), pričom pacienta aj príbuzných dostatočne zrozumiteľne a individuálne poučí ošetrujúci lekár.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit v prípade vydania 11. revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaniach.

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Potreba vytvoriť „Tím krízovej intervencie“ ako súčasť centra integrovanej starostlivosti: zložený zo zdravotníckych pracovníkov rôznych profesií – kompetencie podľa zloženia tímu - poskytovanie

krízovej intervencie (najmä zhodnotenie rizika, podporná psychoterapia, ev. farmakoterapia) pre zvládanie akútnych reaktívnych i nie situačne podmienených dekompenzáciách stavu ľudí s poruchami osobnosti s ev. pokračovaním intervencie v iných segmentoch zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

[1] BARTAK A. a kol.: Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders, Psychother Psychosom, 2011;80(1):28-38

[2] BATEMAN, Anthony W, GUNDERSON, John, MULDER, Roger. Treatment ofpersonalitydisorder. The Lancet. 2015, roč. 385, č. 9969, s. 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5. ISSN 01406736.

[3] BREZNOŠČÁKOVÁ, Dagmar, IVANČOVÁ Marianna. Výskyt porúch osobnosti u pacientov s úzkostnou poruchou, 2015, Psychiatr.prax., 16 (1): 26-30, ISSN 1335-9584

[4] DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

[5] GRENYER, B. F. S., a kol.:Treatment guidelines for personality disorders. Wollongong, Australia: University of Wollongong. (2015), p.53, ISBN 978-1-74128-246-7

[6] HERPERTZ S., Zanarini M., Schulz S., Siever L., Lieb K., Moller H-J. and WFBSP.Task Force on Personality Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Personality Disorders, 2007 DOI: 10.1080/15622970701685224

[7] HOSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. Psychiatrie. Praha: Tigis, 2002, 895s ISBN 80-900130-1-5.

[8] Luborsky L., a kol.: The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well – Mostly, https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2, published 2006.

[9] MKCH – 10. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5

[10] PEČEŇÁK Ján, Kořínková Viera a kol. Psychofarmakológia. Wolters Kluwer, 2016, 672s. ISBN 978-80-8168-542-2

[11] PRAŠKO, Ján. Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2015. 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3

[12] RABOCH J., Hrdlička M., Mohr P., Pavlovský P., Ptáček R. DSM-5 Diagnostický a statistický manual duševních poruch. 2015. Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5

[13] ROBINSON, David J. Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené. Trečnín: Vydavateľstvo F, 2001. 138 s. ISBN 80-88952-06-9.[14] SMOLÍK P. Duševní a behaviorální poruchy. 1996. Maxdorf Praha. 502. ISBN 80-85800-33-0

[14] VERHEUL R., Herbrink M.: The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations, Int Rev Psychaitry, 2007;19(1):25-38

[15] Zákon o sociálnom poistení 461/2003 Z. z

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Štandardný postup pre pretrvávajúce zmeny osobnosti nepripísateľné poškodeniu mozgu (pretrvávajúca zmena osobnosti po katastrofickom zážitku a po psychickej poruche)

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0056	*27. júna 2019*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PhDr. Katarína Kubašovská; MUDr. Ľubica Ferenčáková; MUDr. Marek Zelman; MUDr. Dagmar Breznoščáková PhD.

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; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti

Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc., MBA, FRSM; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundovú; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD. MPH; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana

Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová
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

pretrvávajúce zmeny osobnosti, štandardný postup, zmena osobnosti, katastrofický zážitok, psychická porucha

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

APS	ambulantná pohotovostná služba
EBM	evidence based medicine
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing, metóda prepracovania traumy pomocou očných pohybov
KBT	kognitívno-behaviorálna terapia
MKF	medzinárodná klasifikácia funkčnej zdatnosti, diazability a zdravia
MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb
PTSP	posttraumatická stresová porucha
PZ	policajný zbor
RLP	rýchla lekárska pomoc
RZP	rýchla zdravotná pomoc
ZZV	zoznam zdravotných výkonov

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater) – psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho zdravotného stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.
Lekár bez špecializácie – psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie zdravotného stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.
Všeobecný lekár pre dospelých – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/psychológom.
Klinický psychológ – realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. V prevencii uplatňuje edukáciu, poradenstvo pre rodičov zamerané na výchovné postupy, komunikačné stratégie, vedenie rodičovských skupín, behaviorálny tréning rodičov, VTI (videotréning interakcií).
Psychológ – realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychoterapeut – špecifickú psychoterapiu (terapia zameraná na prenos, dialekticko-behaviorálna terapia, mentalizačná terapia, schematerapia) vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou

organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – realizácia komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľských postupov, vedenie sesterskej dokumentácie, vedenie motivačného rozhovoru, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba a poradenstvo, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník – sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií, realizovanie nezdravotníckych výkonov v rámci starostlivosti o pacienta podľa náplne odboru sociálna práca.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch a komunitných centrách. Realizuje liečebno-pedagogickú diagnostiku, liečebno-pedagogické poradenstvo, krízovú intervenciu, sprevádzanie, edukáciu, motivačný rozhovor, podporuje rezilienciu. Vykonáva liečebno-pedagogickú intervenciu individuálnu alebo skupinovú, párovú/manželskú a rodinnú terapiu, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, arteterapie, dramatoterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, hagioterapie, terapie pohybom, nácvik relaxačných techník, mobilizuje potenciály a zdroje zvládania, podporuje vzťahy, repertoár stratégií adaptívneho konania, sociálne zapojenie a integráciu do spoločnosti, zlepšenie kvality života, podporuje pritom aj členov rodiny.

Špeciálny pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií.

Úvod

Pretrvávajúca zmena osobnosti po katastrofickom zážitku je poruchou osobnosti a správania, ktorá sa rozvinula v dôsledku extrémnej psychickej traumatizácie alebo príliš dlhého pôsobenia silného stresu. Ide o následky pôsobenia vonkajších, aj keď individuálne špecificky spracovaných vplyvov. Zmena osobnosti je významná a je spojená s rigidným a maladaptívnym správaním, ktoré sa neprejavovalo pred patogénnym zážitkom. Zmena nie je pritom priamym prejavom inej psychickej poruchy alebo zvyškovým príznakom akejkoľvek predchádzajúcej psychickej poruchy.

Pretrvávajúca zmena osobnosti po psychickom ochorení je poruchou osobnosti a správania, ktorá pretrváva aj po kompenzácii psychotických prejavov a môže mať trvalejší charakter. Nejedná sa len o následok duševnej choroby či prejav neúplného vyliečenia, ale o spôsob subjektívneho spracovania ochorenia pacientom. (Vágnerová, 2014) Predstavuje dlhodobú reakciu na prekonané duševné ochorenie. U postihnutého jedinca sa rozvíja správanie vyplývajúce z presvedčenia o stigmatizácii prekonaným ochorením. (Dušek, 2015) Zmeny osobnosti sa môžu prejavovať rôznymi príznakmi v oblasti prežívania, správania a myslenia a nie sú jednoznačne závislé na type duševného ochorenia, ktoré pacient prekonal.

Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adaptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Prevenciou pretrvávajúcich porúch osobnosti po katastrofickom zážitku sú včasné krízové intervencie s cieľom predísť rozvoju PTSP a ak sa rozvinie, jej účinná liečba so zameraním na aktiváciu individuálnych osobnostných zdrojov s cieľom minimalizovať následky traumy na psychosociálne fungovanie jedinca s postihnutím.

Vhodnými podpornými psychoterapeutickými intervenciami v jednotlivých fázach psychotického ochorenia (akútnej, stabilizačnej a udržiavacej) môžeme zmierniť dopad subjektívne prežívaného emočného stresu z duševnej choroby u jedinca s postihnutím.

Epidemiológia

Celoživotná prevalencia PTSP sa podľa výskumov v rôznych krajinách sveta pohybuje medzi 1 - 7%. Výskyt PTSP v populáciách je častejší u žien, než u mužov. (Hašto, 2015) U 10% postihnutých dochádza k chronifikácii ťažkostí. (Vagnerová, 2014)
Pri pretrvávajúcich zmenách osobnosti t. č. nie je známa incidencia a prevalencia v EÚ resp. v SR a je potrebné vytvoriť národný register.

Patofyziológia

Pretrvávajúca zmena osobnosti po katastrofickom zážitku (F62.0)
Hlavnou príčinou sú extrémne desivé zážitky alebo dlhotrvajúce pôsobenie silného stresu neodpovedajúce bežnému očakávaniu. Ľudia nemajú pre tieto situácie vytvorené potrebné obranné mechanizmy, a naviac mnohé z nich ani nie je možné prijateľne zvládnuť. Na rozvoji poruchy sa zrejme podieľajú aj enviromentálne faktory v dobe okolo traumatickej udalosti a aj predisponujúce faktory, ktoré môžu spočívať v premorbídnej osobnosti a jej biologickej výbave.
Reakcie na závažné traumy sa môžu líšiť aj podľa toho, čo bolo ich príčinou. Môže byť určitý rozdiel v hodnotení prírodnej katastrofy a ujmy spôsobenej napr. brutálnym a bezohľadným správaním, ktoré narušuje základnú dôveru k ľuďom. (Vagnerová, 2014)
Niektorí autori (Yehuda a kol., 2015) uvádzajú možnosť medzigeneračného prenosu tendencie k určitému spôsobu reagovania. Napr. u ľudí, ktorí prešli holokaustom sa pohotovosť reagovať extrémnejším spôsobom preniesla z rodičov na potomkov. Ak deti týchto rodičov prešli vo svojom živote nejakou traumatickou udalosťou, tak sa ich reakcie podobali prejavom rodičov, ktorí trpeli PTSP. (Vagnerová, 2014)
Pretrvávajúca zmena osobnosti po psychickom ochorení (F62.1)
Pri schizofrenických ochoreniach aj "príšerné" zážitky v samotnej psychóze môžu byť veľmi zaťažujúce. Zážitok psychózy môže tak predstavovať udalosť na úrovni psychickej traumy. (Hašto, 2015)
Postoje alebo reakcie okolia voči pacientovi sú dôležitým faktorom určujúcim a posilňujúcim hladinu stresu, ktorý postihnutý jedinec vníma. Pri rozvoji tejto poruchy veľkú úlohu zohráva subjektívny emočný zážitok a predchádzajúca osobnosť, jej prispôsobivosť, coping stratégie a individuálna "zraniteľnosť".

Klasifikácia

Diagnostické kritéria pre **pretrvávajúcu zmenu osobnosti po katastrofickom zážitku** podľa MKCH-10:
Zmena osobnosti je pretrvávajúca a prejavuje sa nemennými a maladaptívnymi črtami, ktoré vedú k zhoršeniu interpersonálnych vzťahov a fungovania v spoločnosti a aj v zamestnaní. Obvykle musí byť potvrdená informáciou od druhej osoby. Diagnózu stanovujeme na základe prítomnosti charakteristík, ktoré sa skôr neprejavovali ako napr.:

a) nepriateľský alebo nedôverčivý postoj k svetu,
b) sociálne stiahnutie,
c) pocity prázdnoty a beznádeje,
d) chronický pocit existencie „na okraji", akoby bol trvalo ohrozený,
e) odcudzenie.

Zmena osobnosti musí trvať aspoň 2 roky a nie je možné ju pripísať predchádzajúcej poruche osobnosti a ani inej duševnej poruche. Tomuto typu zmeny osobnosti môže predchádzať posttraumatická stresová porucha (F43.1). V tomto prípade sa zmena osobnosti môže považovať za chronický, ireverzibilný následok tejto poruchy. Pretrvávajúca zmena osobnosti s hore uvedenými charakteristikami sa môže rozvinúť aj bez fázy zrejmej posttraumatickej stresovej poruchy.

Pretrvávajúca zmena osobnosti môže nastať po katastrofickom strese, po dlhotrvajúcom vystavení situáciám ohrozujúcim život ako napr.:

- pri obetiach terorizmu,
- po dlhodobom zajatí s hroziacou smrťou,
- po mučení,
- po prírodných pohromách,
- po skúsenostiach v koncentračnom tábore

a iných vystaveniach sa situáciám ohrozujúcim život, ako napr. lúpežné prepadnutie.

Zmena osobnosti po psychickom ochorení (F62.1) je pretrvávajúca a prejavuje sa nemenným a maladaptívnym vzorcom prežívania a správania, ktorý vedie k dlhodobému narušeniu (interpersonálnemu, sociálnemu a pracovnému) a k subjektívnym ťažkostiam. Zmeny osobnosti sa rozvíjajú po klinickom uzdravení z duševnej poruchy, ktorú jedinec musel prežívať ako emočne veľmi stresujúcu a otrasnú pre jeho predstavu o sebe samom.
Diagnózu zmeny osobnosti po psychickom ochorení stanovujeme na základe prítomnosti týchto klinických čŕt ako napr.:

a) nadmerná závislosť na ostatných a vyžadujúce postoje voči druhým ľuďom,
b) presvedčenie o tom, že subjekt je chorobou zmenený alebo stigmatizovaný, čo vedie k neschopnosti vytvárať a udržiavať blízke a dôverné osobné vzťahy a tiež k sociálnej izolácii,
c) pasivita, redukcia záujmov a zmenšené zapojenie do predošlých aktivít vo voľnom čase,
d) pretrvávajúce sťažnosti na ochorenie, ktoré môžu byť spojené s hypochondrickými sťažnosťami a so správaním zodpovedajúcim role chorého,
e) dysforická alebo labilná nálada, ktorá nie je spôsobená súčasnou ani predošlou duševnou poruchou s reziduálnymi afektívnymi symptómami,
f) signifikantné zhoršenie v sociálnom zapojení a v zapojení v zamestnaní v porovnaní premorbidnou situáciou.

Uvedené ťažkosti musia byť prítomné po dobu 2 a viac rokov. Skôr stanovená diagnóza schizofrénie túto diagnózu nevylučuje. (MKCH,1992)

Klinický obraz

Pretrvávajúca zmena osobnosti po katastrofickom zážitku

U jedincov s postihnutím sa na základe dlhodobého a extrémneho stresu rozvíjajú symptómy nadväzujúce na protrahovanú, chronifikovanú posttraumatickú poruchu. Osobnostné zmeny sa prejavujú predovšetkým deformáciou emočného prežívania. Človek, ktorý sa nedokázal vyrovnať s prežitou traumou, sa ľahko stane úzkostným, neistým a zvýšene ostražitým. Vo vzťahu k ľuďom je nedôverčivý, podozrievavý a niekedy aj hostilný. Môžu sa objaviť aj sklony k agresívnemu reagovaniu, ktoré takisto bývajú navodené silným traumatickým zážitkom a možno ich chápať ako obranné. Niekedy naopak prevládne regresívna potreba nadmernej závislosti na inej osobe alebo dochádza k oscilácii medzi potrebou opory a tendenciou k izolácii. V sebahodnotení často dochádza k pocitom menejcennosti a bezmocnosti. Pretrvávajú pocity prázdnoty a beznádeje a môžu sa objaviť aj

pochybnosti o zmysle života a existencii v trvalom ohrození na okraji spoločnosti. (Dušek, 2015) Postupne dôjde k presvedčeniu, že život už nikdy nebude tým čím bol predtým. Nepriaznivé hodnotenie sa vzťahuje ako na prítomnosť tak aj na budúcnosť. Strata zmyslu života môže viesť k autodeštruktívnemu správaniu, napr. k tendencii vo zvýšenej miere užívať alkohol alebo iné psychoaktívne látky. (Vágnerová, 2014)

Pretrvávajúca zmena osobnosti po psychickej chorobe

U jedinca s postihnutím sa rozvíja správanie vyplývajúce z presvedčenia , že choroba ich zmenila a že sú prekonaným ochorením stigmatizovaní. Zmeny sa prejavujú v oblasti prežívania, myslenia a správania. Často dochádza k útlmu emočného prežívania, niekedy k jeho úplnému oploštěniu, apatii, neschopnosti akokoľvek emočne reagovať. Môže sa objaviť sklon k dysfórii alebo depresívnemu prežívaniu, kolísaniu nálad. Zmeny v kognitívnych funkciách bývajú skôr kvantitatívneho charakteru. Častá je spomalenosť a rigidita uvažovania, narušenie pozornosti, celkové zhoršenie intelektu, chýbanie náhľadu na vlastnú situáciu a schopnosť realistického sebahodnotenia. Vo všeobecnosti dochádza k poklesu kvality života prejavujúcej sa chýbaním záujmov o čokoľvek, pasivitou. Sociálne kontakty bývajú obmedzené, nie sú schopní ich vytvárať a udržovať, a často o ne ani nestoja. Na druhej strane môže vzniknúť nadmerná závislosť na druhých osobách. (Dušek, 2015, Vágnerová, 2014)

Diagnostika I Postup určenia diagnózy

Diagnostika sa opiera o:

Psychiatrické vyšetrenie – anamnézu, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH-10 a psychopatologický rozbor.

Psychodiagnostické vyšetrenie – využíva kombináciu klinických a testových metód. V klinických metódach je dôležité zhodnotenie vývinových aspektov, vylúčenie predchádzajúcej poruchy osobnosti. Je výhodou ak sú tiež k dispozícii objektívne informácie od blízkych osôb.

Dôležitá je diferenciálna diagnostika. V rámci diferenciálnej diagnózy je nevyhnutné vylúčiť v rámci klinického vyšetrenia iné ochorenia kódované pod inými kategóriami MKCH-10 (Raboch a kol., 2015, Praško a kol., 2015, Robinson a kol., 2001):

Rozlíšenie medzi získanou zmenou osobnosti a odhalením alebo dekompenzáciou existujúcej poruchy osobnosti následkom stresu, vypätia alebo psychotického zážitku môže byť veľmi ťažké. Pretrvávajúca zmena osobnosti by sa mala diagnostikovať len keď zmena predstavuje stály a odlišný spôsob existencie, ktorý je možné etiologicky vystopovať v existenciálne extrémnom zážitku.

Pri **F62.0** diferenciálne diagnosticky je potrebné vylúčiť :

- poruchu osobnosti a správania vyvolanú ochorením, poškodením a dysfunkciou mozgu, ktoré môže vyvolať podobné klinické príznaky,
- posttraumatickú stresovú poruchu, ktorú diagnostikujeme len v prípade, že ťažkosti vznikli do 6 mesiacov od závažnej stresovej udalosti.

Pri **F62.1** diferenciálne diagnosticky je potrebné vylúčiť:

- prítomnosť premorbídnej poruchy osobnosti, ktorá môže vysvetliť zmenu osobnosti,
- reziduálnu schizofréniu a iné stavy neúplného vyliečenia z predchádzajúcej duševnej choroby,
- zmeny na podklade poškodenia alebo ochorenia mozgu.

Liečba

V celkovom manažmente liečby je optimálne v každom individuálnom prípade vychádzať z kombinácie farmakoterapie a psychoterapie. (Herpertz a kol., 2007, Bateman a kol., 2015)

Výber konkrétneho psychofarmaka sa riadi prevládajúcou psychopatológiou.

Pri výskyte depresívnych prejavov podávame:

- antidepresíva zo skupín SSRI/SNRI – fluoxetín, sertralín, venlafaxín (evidencia A).

Pri poruchách spánku podávame:

- trazodon, mirtazapin.

Pri výskyte úzkostnej symptomatiky podávame:

- benzodiazepíny – alprazolam, klonazepam (evidencia C), ozapepam, bromazepam.

Pri výskyte prejavov dysregulácie impulzivity a správania podávame:

- antidepresíva zo skupiny SSRI – fluoxetín, sertralín (evidencia A),
- stabilizátory nálady – lithium carbonicum (evidencia A), valproát, karbamazepín (evidencia C),
- benzodiazepíny – alprazolam, klonazepam (evidencia C),
- antipsychotiká – haloperidol (evidencia A), chlorprothixen.

V psychoterapeutickej liečbe v prípade pretrvávajúcej poruchy osobnosti je možné využiť:

- krízovú psychoterapeutickú intervenciu v odôvodnených prípadoch,
- racionálnu náhľadovú podpornú psychoterapiu,
- psychologickú liečbu druhého stupňa - čiastkové psychoterapeutické techniky, nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie),
- špecifické psychoterapeutické metódy v zmysle certifikovaných smerov,
- rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu pacienta a rodinných príslušníkov.

Psychoterapia môže byť individuálna, skupinová prípadne ich kombinácia.
Psychoterapiu môže doplňovať liečebno-pedagogická intervencia zameraná na zlepšenie kvality života, na stratégie zvládania. Optimálne spracovanie traumatizujúcej skúsenosti umožňuje profitovanie z traumatickej skúsenosti. (Mareš, 2012)

V liečbe **pretrvávajúcich zmien osobnosti po katastrofickej traume** samotná farmakoterapia, aj keď prináša zmiernenie príznakov, je nedostatočná. Základom liečby je psychoterapia, väčšinou dlhodobého charakteru, zameraná na spracovanie tohto zážitku s cieľom zmiernenia dopadu traumy na stabilitu psychiky pacienta a to tak vo vzťahu k sebe, ako aj k okoliu.
V psychoterapii pretrvávajúcich porúch osobnosti po katastrofickom zážitku môžeme využiť postupy ako pri terapii PTSP:

- KBT – efektívnymi sú najmä expozičné postupy (in vivo alebo v imaginách),
- EMDR,
- psychodynamická psychoterapia.

Vo všetkých použitých prístupoch ako účinný faktor liečby je zdôraznená podpora pacienta, ktorá má viesť k pocitu bezpečia a emočnej abreakcii v bezpečnom prostredí terapeutického vzťahu. Popri individuálnej psychoterapii je dôležité získať podporu pacientovej rodiny a blízkych.
V psychoterapii **pretrvávajúcich zmien osobnosti po prekonanej psychickej chorobe** základom liečby je dlhodobá podporná psychoterapia zameraná na spracovanie zážitku psychického ochorenia s cieľom zmiernenia dopadu tohto zážitku na stabilitu psychiky pacienta. Indikované je verbálne a následne emočné spracovanie, abreakcia sprievodných emócií a postupné uvedomovaní si vlastného procesu myslenia a možnosti vystúpenia z bludného kruhu myšlienok, ktoré negatívne ovplyvňujú pacientov vzťah k sebe a okoliu a posilnenie „coping stratégií“.
Pre dosiahnutie zmeny správania je dôležité pousilovať pacientovu motiváciu k zmene a rozvíjanie pracovného spoločenstva. Pokiaľ nie je možné dodržať tieto podmienky, je užitočné motivovať pacienta aspoň k riešeniu jednoduchých problémov a posilňovať jeho individuálnu kapacitu k zmene aktuálnej situácie.

Popri individuálnej psychoterapii dôležité je tiež získať pre pacienta podporu jeho rodiny a blízkych.

Prognóza

Pretrvávajúca zmena osobnosti v dôsledku extrémnej psychickej traumatizácie môže s rôznymi výkyvmi pretrvávať mnoho rokov. Pri sústavnej liečbe môže odznieť aj chronická porucha.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Poruchy osobnosti s vyššou závažnosťou alebo nepriaznivým priebehom môžu viesť k invalidizácii človeka. Podľa zákona o sociálnom poistení 461/2003 Z.z. predstavujú stredne ťažké formy s miernym obmedzením sociability mieru poklesu schopnosti zárobkovej činnosti 20 – 30 %, ťažké formy so závažným deficitom sociability prípadne až dezintegráciou osobnosti až o 50 – 80 %.
Po dohode s posudkovým lekárom možno diagnostický proces rozšíriť aj o diagnostiku podľa MKF - Medzinárodnej klasifikácie funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia, prípadne iný klasifikačný systém.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v špecializačnom odbore psychiatria – farmakoterapia, psychoterapia.
Poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore psychiatria – psychiatrické nemocnice, liečebne, kliniky, oddelenia, psychiatrické stacionáre v prípade závažnejších stavov poruchy so zameraním na farmakoterapiu a psychoterapiu.
Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v odbore psychológia – psychodiagnostika a psychoterapia.
Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v odbore liečebná pedagogika – liečebnočebno-pedagogická starostlivosť.
Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pedopsychiatria – psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.
Lekár bez špecializácie – psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.
Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment v úzkom kontakte so psychiatrom/psychológom.
Klinický psychológ – realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychológ – realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.
Psychoterapeut – špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.
Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník – sociálnoprávna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.
Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch alebo v Ambulancii liečebného pedagóga. Psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch a komunitných centrách. Realizuje liečebno-pedagogickú diagnostiku, liečebno-pedagogické poradenstvo, krízovú intervenciu, sprevádzanie, edukáciu, motivačný rozhovor, podporuje rezilienciu. Vykonáva liečebno-pedagogickú intervenciu individuálnu alebo skupinovú, párovú/manželskú a rodinnú terapiu, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, arteterapie, dramatoterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, hagioterapie, terapie pohybom, terapie pohybom, nácvik relaxačných techník, mobilizuje potenciály a zdroje zvládania, podporuje výťahy, repertoár stratégií adaptívneho konania, sociálne zapojenie a integrácia do spoločnosti, zlepšenie kvality života, podporuje pritom aj členov rodiny.
Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.
Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti – liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

V prípade pretrvávajúcej zmeny osobnosti v dôsledku katastrofickej udalosti je dôležité zapojiť do terapie členov rodiny a ďalších blízkych ľudí. Zdrojom problémov býva často neporozumenie neadekvátnym, nápadným prejavom jedinca s postihnutím. Najbližšie okolie sa väčšinou snaží dohovoriť postihnutému aby na udalosti už nemyslel, majú tendenciu vyhýbať sa rozhovoru o zážitku alebo naopak, motivovať ho k tomu, aby sa "vyhovoril" a pod., čo môže mať za následok narušenie medziľudských vzťahov.
Pre zvládanie záťaže u pacientov s psychickou chorobou je dôležitá sociálna podpora, ktorá môže mať rôzny charakter (môže ísť o podporu rodiny, priateľov, partnerov či širšej sociálnej siete zahrňujúcej aj pomoc profesionálov). V zásade ido o to, aby vôbec nejaká pomoc bola k dispozícii a aby ju jedinec dokázal prijať a využiť. Ľudia, ktorí sú v niečom neštandardní, bývajú často osamelí či vylúčení zo spoločenstiev malých sociálnych skupín. (Vágnerová, 2014)

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti – liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívneho psychoterapeutického režimu.
Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti –farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.
Denné psychiatrické stacionáre – farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia. Kreatívne a aktivitné dielne.
Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti s materiálno-technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – psychoterapia, psychoedukácia.
Ambulantní poskytovatelia liečebno-pedagogickej starostlivosti s materiálno-technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy.
Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo – v rámci celkového manažmentu pacienta, po stabilizácii stavu pacienta.
Pri poruchách osobnosti len vo výnimočných prípadoch (napr. pri suicidálnom konaní) dochádza k naplneniu kritérií pre nutnosť nedobrovoľnej liečby. Všeobecný lekár/lekár RLP, ak zistí suspektné prejavy duševnej poruchy, posúdi či pacient svojim správaním ohrozuje seba, svoje okolie alebo hrozí

vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu – ak áno, zabezpečí prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Ak takéto riziko nehrozí, odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie.
Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár/lekár záchrannej zdravotnej služby/vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie, postupuje podľa príslušného štandardu. Definitívne posúdenie rizika ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra.
Ak sa na všeobecného lekára, službukonajúceho lekára APS (Ambulantná pohotovostná služba), lekára urgentného príjmu nemocnice alebo ambulantného psychiatra v ich riadnom pracovnom čase obráti zainteresovaná osoba (napr. príbuzní duševne chorého, príslušníci polície a podobne) s informáciami svedčiacimi o tom, že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojím správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí bezprostredné ohrozujúce vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí tento lekár prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia prostredníctvom záchrannej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Pojem zainteresovaná osoba je termín zadefinovaný v novom ZZV.

Špeciálny doplnok štandardu

Pri liečbe porúch osobnosti sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk), pričom pacienta aj príbuzných dostatočne zrozumiteľne a individuálne poučí ošetrujúci lekár.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit v prípade vydania 11. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaniach. Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.
Potreba vytvoriť „Tím krízovej intervencie“ ako súčasť centra integrovanej starostlivosti zložený zo zdravotníckych pracovníkov rôznych profesií – kompetencie podľa zloženia tímu – poskytovanie krízovej intervencie (najmä zhodnotenie rizika, podporná psychoterapia, ev. farmakoterapia) pre zvládanie akútnych reaktívnych i nie situačne podmienených dekompenzáciách stavu ľudí s poruchami osobnosti s ev. pokračovaním intervencie v iných segmentoch zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

BARTAK A. a kol.: Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders, Psychother Psychosom, 2011;80(1):28-38

DUŠEK,K.,VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ,A. 2015. Diagnostika a terapie duševných poruch.GRADA,2015, 278-310 s. ISBN 978-80-247-9855-4

DSM-5 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Hogrefe-Testcentrum, Praha 2015, ISBN 978-80-86471-52-5

HAŠTO J., TAVEL P. Psychiatria pre prax. Nové vymedzenie posttraumatickej stresovej poruchy u dospelých a detí v DSM-5 a niektoré aktuálne klinické poznatky .2015 roč., 16 č., 95-99 s.

MAREŠ,J.2012. Postraumatický rozvoj človeka.Praha:Grada.2012.ISBN 978-80-247-3007-3

Medzinárodí klasifikácie nemocí 10 revíze.1992 Duševní poruchy a poruchy chování, Psychiatrické centrum Praha 1992, ISBN 80-85121-37-9

PRAŠKO, Ján. Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2015. 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3.

RABOCH J., Hrdlička M., Mohr P., Pavlovský P., Ptáček R. DSM-5 Diagnostický a statistický manual duševních poruch. 2015. Hogrefe-Testcentrum, Praha, ISBN: 978-80-86471-52-5

ROBINSON, David J. Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené. Trečnín: Vydavateľstvo F, 2001. 138 s. ISBN 80-88952-06-9.

VAGNEROVÁ,M. 2014. Současná psychopatologie pro pomáhajíci profese. PORTÁL,2014, 44,489-492 s. ISBN 978-80-262-0696-5

YEHUDA, R., a kol. 2015. Post-traumatic stress disorder. In *Nature Reviews Disease Primers*

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Zmiešaná porucha osobnosti

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0057	*27. júna 2019*	*schválené*	*15. január 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív
PhDr. Milana Kovaničová, CSc., MUDr. Ľubica Ferenčáková, MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.

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; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike
Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti
Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc., MBA, FRSM; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundovú; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD. MPH; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora
Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová

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

zmiešaná porucha osobnosti, diagnostika, liečba, komorbidita

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

MKCH - 10	Medzinárodná klasifikácia chorôb
DSM5	Diagnostický a štatistický manuál
MKF	Medzinárodná klasifikácia funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia
APS	ambulantná pohotovostná služba
EBM	evidence based medicine
KBT	kognitívno-behaviorálna terapia
MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb
PTSP	posttraumatická stresová porucha
PZ	policajný zbor
RLP	rýchla lekárska pomoc
RZP	rýchla zdravotná pomoc
ZZV	zoznam zdravotných výkonov

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater) a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pedopsychiatria – psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho zdravotného stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie – psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie zdravotného stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/psychológom.

Klinický psychológ – realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. V prevencii uplatňuje edukáciu, poradenstvo pre rodičov zamerané na výchovné postupy, komunikačné stratégie, vedenie rodičovských skupín, behaviorálny tréning rodičov, VTI (videotréning interakcií).

Psychológ – realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut – špecifickú psychoterapiu (terapia zameraná na prenos, dialekticko-behaviorálna terapia, mentalizačná terapia, schematerapia) vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – realizácia komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľských postupov, vedenie sesterskej dokumentácie, vedenie motivačného rozhovoru, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba a poradenstvo, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník – sociálno-právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií, realizovanie nezdravotníckych výkonov v rámci starostlivosti o pacienta podľa náplne odboru sociálna práca.
Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch a komunitných centrách. realizuje liečebnopedagogickú diagnostiku, liečebnopedagogické poradenstvo, krízovú intervenciu, sprevádzanie, edukáciu, motivačný rozhovor, podporuje rezilienciu. Vykonáva liečebno-pedagopgickú intervenziu individuálnu alebo skupinovú, párovú/manželskú a rodinnú terapiu, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, arteterapie, dramatoterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, hagioterapie, terapie pohybom, terapie pohybom, nácvik relaxačných techník, mobilizuje potenciály a zdroje zvládania, podporuje vzťahy, repertoár stratégií adaptívneho konania, sociálne zapojenie a integrácia do spoločnosti, zlepšenie kvality života, podporuje pritom aj členov rodiny.
Špeciálny pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií.

Úvod

Táto kategória je vyhradený tým poruchám a osobnostným zvláštnostiam, ktoré sú obtiažne zaraditeľné v rámci kategórií špecifických porúch osobnosti, nakoľko nevykazujú špecifický súbor symptómov charakteristický pre ten ktorý osobnostný prototyp, a pritom v ich adaptačnom štýle je zreteľné napĺňanie **všeobecných kritérií** pre poruchu osobnosti.
Výskyt pacientov s touto diagnostickou kategóriou nie je prekvapivý, nakoľko je istý stupeň prekrývania symptómov medzi jednotlivými typmi porúch osobnosti.
Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adaptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Platia všeobecné zásady ako pri ostatných vývinových odlišnostiach: edukácia verejnosti (zvlášť vzdelávacieho sektora) o príčinách a charakteristikách porúch osobnosti, edukácia rodičov a opatrovateľov ako viesť výchovu tak, aby poskytovala podporu, vedenie a primeranú angažovanosť.

Epidemiológia

Presné údaje o epidemiológii nie sú známe. Žiaduce by boli multicentrické štúdie najmä na pacientskych vzorkách (ako hospitalizovaných tak aj ambulantných), tiež i na všeobecnej populácii.

Patofyziológia

V etiopatogenéze zmiešaných porúch osobnosti sú identifikovateľné hereditárne a dispozičné faktory, emocionálne disharmonické prostredie počas vývinu, zneužívanie a šikana v detstve, nedostatok podpory.

Klasifikácia

Táto diagnostická kategória je určená pre klinicky signifikantné problémy v osobnostnom fungovaní so súbežnými znakmi viacerých porúch osobnosti, pričom však tieto nie sú klasifikovateľné v rámci tej ktorej špecifickej poruchy osobnosti.

Podľa MKCH-10 "táto kategória je zameraná na tie poruchy osobnosti a abnormality, ktoré sú často obtiažne, ale nevykazujú špecifický súbor symptómov, ktorý charakterizuje poruchy popísané v F60.-. Dva typy sú tu špecifikované štvrtým znakom. Všetky ostatné rozličné typy by sa mali kódovať ako F60.8."
F61.0 Zmiešaná porucha osobnosti. Má rysy niekoľkých porúch pod F60.-, avšak bez prevažujúceho súboru symptómov, ktorý by dovolil špecifickejšiu diagnózu.
F61.1 Nepriaznivé zmeny osobnosti. Neklasifikovateľné ako F60.- alebo F62.- a považované za sekundárne k hlavnej diagnóze koexistujúcej afektívnej alebo úzkostnej poruchy. Vylučuje: zdôraznenie povahových rysov (Z73.1) (MKCH.10, 1993)

Klinický obraz

V klinickom obraze dominuje trvalá malá adaptačná schéma so znakmi viacerých porúch osobnosti.
Vo všeobecnosti sú prítomné základné všeobecné znaky poruchy osobnosti.
Nie sú plne vyznačené znaky špecifickej poruchy osobnosti, pričom je prítomný klinicky signifikantný distres alebo funkčné narušenie, a to v zmysle vytvárania a udržania vzťahov a jednania s ľuďmi.
Môže byť prítomné fyzické násilie voči sebe, ako aj ohrozovanie okolia. Často sú prítomné somatogénne znaky.

Diagnostika I Postup určenia diagnózy

Diagnostika sa opiera o psychiatrické a psychodiagnostické vyšetreniea heteroanamnestické údaje. Psychiatrické vyšetrenie – anamnéza, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH-10 a psychopatologický rozbor. Heteroanamnestické údaje - od príbuzných a blízkych osôb pacienta sú tiež veľmi dôležité pri diagnostikovaní porúch osobnosti získavame ich aj opakovane pre spresnenie diagnostiky a identifikáciu faktorov v kontexte vývinovej a sociálnej adaptácie. Psychodiagnostické vyšetrenie – využíva kombináciu klinických a testových metód. V klinických metódach je dôležité zhodnotenie vývinových aspektov. Je výhodou, ak sú tiež k dispozícii objektívne informácie od blízkych osôb. Pri interpretácii testových metód (sebaposudzovacie škály a dotazníky) treba byť obozretný vzhľadom na možnosť skresleného sebavnímania a interferenciu aktuálnej psychopatologickej symptomatológie. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti sú štruktúrované diagnostické, interview, ktoré umožňujú odlíšiť trvalé osobnostné charakteristiky od stavových charakteristík. V prístupe jednak ku klinickému, tak i psychodiagnostickému posúdeniu prítomnosti špecifickej poruchy osobnosti (najmä vzhľadom k individualizácii posúdenia a plánovaniu terapeutickej stratégie) je vhodné rozširovať kategoriálny rámec uvažovania o rozmer dimenzionálny.
V prípade zmiešanej poruchy osobnosti je užitočné využiť alternatívny model porúch osobnosti a špecifikovať:

a) stupeň postihu osobnostného fungovania: a/ v oblasti self: poruchy identity a poruchy cieľov self,
b) zhodnotenie patológie osobnostných rysov (25 rysových variant) zatriedených do 5 domén:
    1. negatívna afektivita vs. emocionálna stabilita,
    2. izolácia vs.extraverzia,
    3. antagonizmus vs. priateľskosť,
    4. odbrzdenosť vs. svedomitosť,
    5. psychoticizmus vs. Lucidita. (DSM5,2015)

Liečba

Nakoľko symptómy a charakteristiky skupiny pacientov so zmiešanou poruchou osobnosti pokrývajú široké rozpätie, nie je žiadna špecifická liečba pre túto skupinu porúch.

Je produktívne terapiu orientovať podľa dominujúcich symptómov a z registra psychoterapeutických i farmakoterapeutických voliť postupy prináležiace dominantnej, aj keď podprahovo zvýraznenej poruchy osobnosti. Liečbu môže dopĺňať liečebnopedagogická intervencia zameraná na zlepšenie kvality života a na stratégie zvládania.
Psychoterapeutické postupy sú uvedené u jednotlivých porúch osobnosti.
V psychoterapeutickej liečbe v prípade zmiešanej osobnosti je možné využiť :

- krízovú psychoterapeutickú intervenciu v odôvodnených prípadoch racionálnu náhľadovú podpornú psychoterapiu,
- psychologickú liečbu druhého stupňa – čiastkové psychoterapeutické techniky, nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie),
- špecifické psychoterapeutické metódy v zmysle certifikovaných smerov,
- rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu pacienta a rodinných príslušníkov.

Psychoterapia môže byť individuálna, skupinová prípadne ich kombinácia.
Psychoterapiu môže doplňovať liečebnopedagogická intervencia zameraná na zlepšenie kvality života, na stratégie zvládania.
Aj keď kauzálna farmakoterapia porúch osobnosti neexistuje (Grenyer BF., 2015, Herpetz SC., 2007), často je potrebné podávať psychofarmaká a pri výbere sa sa riadime prevládajúcimi symptómami.
Pri výskyte depresívnych prejavov podávame:

- antidepresíva zo skupín SSRI/SNRI – fluoxetín, sertralín, venlafaxín (váha dôkazov úrovne A).

Pri výskyte úzkostnej symptomaticky podávame:

- benzodiazepíny - alprazolam, klonazepam (váha dôkazov úrovne C).

Pri výskyte prejavov dysregulácie impulzivity a správania podávame:

- antidepresíva zo skupiny SSRI - fluoxetín, sertralín (váha dôkazov úrovne A),
- stabilizátory nálady - lithium carbonicum (váha dôkazov úrovne A), valproát, karbamazepín (váha dôkazov úrovne C),
- benzodiazepíny - alprazolam, klonazepam (váha dôkazov úrovne C),
- antipsychotiká prvej generácie - haloperidol (váha dôkazov úrovne A).

Pri poruchách osobnosti sú časté aj komorbidné duševné poruchy, ktoré sa spolu s nimi vyskytujú častejšie ako v ostatnej populácii.
V prípade komorbidnej duševnej poruchy sa pri výbere psychofarmák riadime štandardnými postupmi liečby, ktoré prináležia danej duševnej poruche.

Prognóza

Je potrebné počítať s nutnosťou dlhodobého odborného vedenia a nutnosťou prispôsobovania terapeutických intervencií.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Poruchy osobnosti s vyššou závažnosťou alebo nepriaznivým priebehom môžu viesť k invalidizácii človeka.
Podľa Prílohy č. 4 – percentuálna miera poklesu zárobkovej činnosti podľa druhu zdravotného postihnutia orgánov a systémov – k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, je miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosť pre stredne ťažké poruchy osobnosti s miernym obmedzením výkonnosti organizmu, určená hodnotou 20% – 30% a pre ťažké narušenie osobnosti so závažným obmedzením výkonnosti organizmu až dezintegráciou , 50% – 80%.
Taktiež komorbidita s ďalšími psychickými poruchami napr. ťažkou formou depresie môže viesť až k invalidizácii pacienta.

Po dohode s posudkovým lekárom možno diagnostický proces rozšíriť aj o diagnostiku podľa MKF – Medzinárodnej klasifikácie funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia, prípadne iný klasifikačný systém.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v špecializačnom odbore psychiatria-farmakoterapia, psychoterapia

Poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore psychiatria – psychiatrické nemocnice, liečebne, kliniky, oddelenia, psychiatrické stacionáre v prípade závažnejších stavov poruchy so zameraním na farmakoterapiu a psychoterapiu.

Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v odbore psychológia – psychodiagnostika a psychoterapia.

Poskytovatelia ambulantnej špecializovanej starostlivosti v odbore liečebná pedagogika – liečebnopedagogická starostlivosť.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pedopsychiatria – psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie – psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast – pri suspektnej poruche u pacientov s rizikovými faktormi prvotný skríning a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej fáze možný manažment v úzkom kontakte so psychiatrom/psychológom.

Klinický psychológ – realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ – realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut – špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť , podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník – sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch alebo v Ambulancii liečebného pedagóga. Psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch a komunitných centrách. realizuje liečebnopedagogickú diagnostiku, liečebnopedagogické poradenstvo, krízovú intervenciu, sprevádzanie, edukáciu, motivačný rozhovor, podporuje rezilienciu. Vykonáva liečebnopedagopgickú intervenciu individuálnu alebo skupinovú, párovú/manželskú a rodinnú terapiu, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, arteterapie, dramatoterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, hagioterapie, terapie pohybom, terapie pohybom, nácvik relaxačných techník, mobilizuje

potenciály a zdroje zvládania, podporuje vzťahy, repertoár stratégií adaptívneho konania, sociálne zapojenie a integrácia do spoločnosti, zlepšenie kvality života, podporuje pritom aj členov rodiny.
Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.
Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

Pri vedení pacientov so zmiešanou poruchou osobnosti sa predpokladá dlhodobý manažment problémov, preto je dôležitý dôraz na kvalitný terapeutický vzťah.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba porúch osobnosti v prípade suicidálneho rizika, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívneho psychoterapeutického režimu.
Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti – farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.
Denné psychiatrické stacionáre - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia. Kreatívne a aktivitné dielne.
Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti s materiálno-technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - psychoterapia, psychoedukácia.
Ambulantní poskytovatelia liečebnopedagogickej starostlivosti s materiálno-technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy.
Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo – v rámci celkového manažmentu pacienta, po stabilizácii stavu pacienta.
Pri poruchách osobnosti len vo výnimočných prípadoch (napr. pri suicidálnom konaní) dochádza k naplneniu kritérií pre nutnosť nedobrovoľnej liečby.
Všeobecný lekár/ lekár RLP, ak zistí suspektné prejavy duševnej poruchy posúdi či pacient svojim správaním ohrozuje seba, svoje okolie alebo hrozí vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu - ak áno, zabezpečí prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Ak takéto riziko nehrozí, odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie.
Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár/lekár záchrannej zdravotnej služby/ vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie, postupuje podľa príslušného štandardu. Definitívne posúdenie rizika ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra.
Ak sa na všeobecného lekára, službukonajúceho lekára APS (Ambulantná pohotovostná služba), lekára urgentného príjmu nemocnice alebo ambulantného psychiatra v ich riadnom pracovnom čase obráti zainteresovaná osoba (napr. príbuzní duševne chorého, príslušníci polície a podobne) s informáciami svedčiacimi o tom, že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojím správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí bezprostredné ohrozujúce vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí tento lekár prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia prostredníctvom záchrannej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Pojem zainteresovaná osoba je termín zadefinovaný v novom ZZV.

Alternatívne odporúčania

Alternatívne odporúčania sú zamerané na dodržiavanie zdravej životosprávy či už stravy, telesného cvičenia a dostatku relaxačných aktivít.

Špeciálny doplnok štandardu

Pri liečbe porúch osobnosti sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk), pričom pacienta aj príbuzných dostatočne zrozumiteľne a individuálne poučí ošetrujúci lekár.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit v prípade vydania 11. revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaniach. Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Potreba vytvoriť „Tím krízovej intervencie“ ako súčasť centra integrovanej starostlivosti: zložený zo zdravotníckych pracovníkov rôznych profesií – kompetencie podľa zloženia tímu - poskytovanie krízovej intervencie (najmä zhodnotenie rizika, podporná psychoterapia, ev. farmakoterapia) pre zvládanie akútnych reaktívnych i nie situačne podmienených dekompenzáciách stavu ľudí s poruchami osobnosti s ev. pokračovaním intervencie v iných segmentoch zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

BATEMAN, A. W, GUNDERSON, J., MULDER, R.: Treatment of personality disorder. In: The Lancet. 2015, roč. 385, č. 9969, s. 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5. ISSN 01406736.

DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Hogrefe-Testcentrum, Praha 2015, ISBN 978-80-86471-52-5

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A.: Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

GRENYER, B. F. S., a kol.:Treatment guidelines for personality disorders. Wollongong, Australia: University of Wollongong. (2015), p.53, ISBN 978-1-74128-246-7

HERPERTZ, Sabine C. a kol. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders.In: The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry. 2007, roč. 8, č. 4, s. 212–244. doi: 10.1080/15622970701685224. ISSN 1562-2975.

LUBORSKY L., a kol: The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well – Mostly, https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2, published 2006

LUBORSKY L., SINGER B., LUBORSKY L.: Comparative Studies of Psychotherapies. Is it True that „Everyone has won and all must have prizes“ ?,In: Arch Gen Psychiatry. 1975;32(8):995-1008. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760260059004

MKCH – 10: Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5.

MOŽNÝ ,P., PRAŠKO, J.: Kognitívne behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe. TRITON, 1999, 230-244 s. ISBN 80-7254-038-6

PRAŠKO, J.: Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2015. 360 s. ISBN 978-80-262-0900-3.

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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:

Synkopa

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0059	*14. februára 2019*	*schválené*	*1. apríla 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

prof. MUDr. Peter Mitro, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS kardiológia: prof. MUDr. Robert Hatala CSc.; doc. MUDr. Eva Goncalvesová PhD., FESC; doc. MUDr. Gabriel Kamenský CSc., FESC; prof. MUDr. Iveta Šimková, CSc.; MUDr. Gabriela Kaliská, CSc; doc. MUDr. Martin Studenčan, PhD.; prof. MUDr. Gabriel Valočik, PhD.; MUDr. Peter Hlivák, PhD); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II (doc. MUDr. Martin Studenčan, PhD.; prof. MUDr. Robert Hatala CSc.); členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka, Mgr. Miroslav Hečko

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)

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ABMP	Ambulatory blood pressure monitoring
AVB	Atrioventrikulárna blokáda
ECHO	Echokardiografia
EFV	Elektrofyziologické vyšetrenie
HBPM	Home blood pressure monitoring
HKMP	Hypertrofická kardiomyopatia
HUT	Head-up tilt test
ICD	Implantovateľný kardioverter defibrilátor
ILR	Implantable loop recorder
ĽK	Ľavá komora
MKS	Masáž karotického sínusu
NSS	Náhla srdcová smrť
PF	Pulzová frekvencia
SJ	Synkopálna jednotka
TK	Tlak krvi
TKS	Trvalá kardiostimulácia
VVS	Vazovagálna synkopa

Kompetencie

Synkopa predstavuje multidisciplinárny problém. Lekárom prvého kontaktu je najčastejšie všeobecný lekár, menej často je pacient vyšetrený urgentne (oddelenia urgentného príjmu nemocníc, posádky RLP). Pacient so synkopou ale môže kontaktovať ako prvých aj špecialistov rôznych odborov. Úlohou lekára prvého kontaktu je predovšetkým odlíšiť synkopu od iných krátkodobých nesynkopálnych, alebo zdanlivých porúch vedomia.

Pokiaľ sa jedná o synkopu, kompetentným špecialistom, ku ktorému má byť pacient odoslaný je všeobecný kardiológ. Kardiológ riadi vyšetrovací a liečebný algoritmus a vykonáva väčšinu vyšetrovacích metodík. Za účelom špecializovaných vyšetrení a terapeutických postupov je časť pacientov o synkopou odoslaných do špecializovaného kardiocentra.

V krátkom čase sa predpokladá nutnosť vytvorenia subšpecializácie v zmysle špecialistu na synkopu, ktorý rieši zložitejšie prípady najčastejšie v rámci činnosti synkopálnej jednotky.

V rámci diferenciálnej diagnostiky je často nutná multidiciplinárna spolupráca viacerých oborov (Tabuľka č. 6).

Tabuľka č. 6

Synkopa ako multidisciplinárny problém	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SYNKOPA
Lekár prvého kontaktu	všeobecný lekár
	urgentná medicína
	kardiológ
	internista
	neurológ
	pediater
Špecialista	kardiológ
	špecialista na synkopu
Interdiscipinárna spolupráca	neurológ (epilepsia)
	psychiater, psychológ (psychogénna pseudosynkopa)
	geriater (pády starých ľudí)
	internista (ortostatická synkopa - DM, endokrinopatie)
	chirurg (akútne krvácanie)
	otorhinolaryngológ (vertigo)

Úvod

Synkopa je symptóm definovaný ako krátkodobá strata vedomia s náhlym, spontánnym vznikom a úplnou spontánnou úpravou, ktorá vzniká v dôsledku zníženej perfúzie mozgu (Moya, 2009).
Synkopa je stav prechodný a so spontánnou úpravou. Napriek tomu má značný klinický význam, ktorý vyplýva z:

- Rizika náhleho úmrtia - synkopa môže byť varovným signálom hroziacej náhlej srdcovej smrti,
- Rizika poranenia pri strate vedomia - pri páde, pri šoférovaní, pri práci,
- Negatívneho vplyvu na kvalitu života - u často recidivujúcich synkopálnych stavov.

Epidemiológia

Synkopa je relatívne častým symptómom. Incidencia synkopy je 6 - 40/1000 osôb/rok. Synkopa sa častejšie vyskytuje u žien. Jej výskyt stúpa s vekom (Malasana, 2011). Vyskytuje sa nerovnomerne (tzv. clustering). Pacienti nemajú epizódy mnoho rokov a potom dochádza náhle k opakovaným recidívam synkopy v priebehu viacerých mesiacov alebo rokov. Výskyt synkopy sa v takomto období zvyšuje až päťnásobne.

Patofyziológia

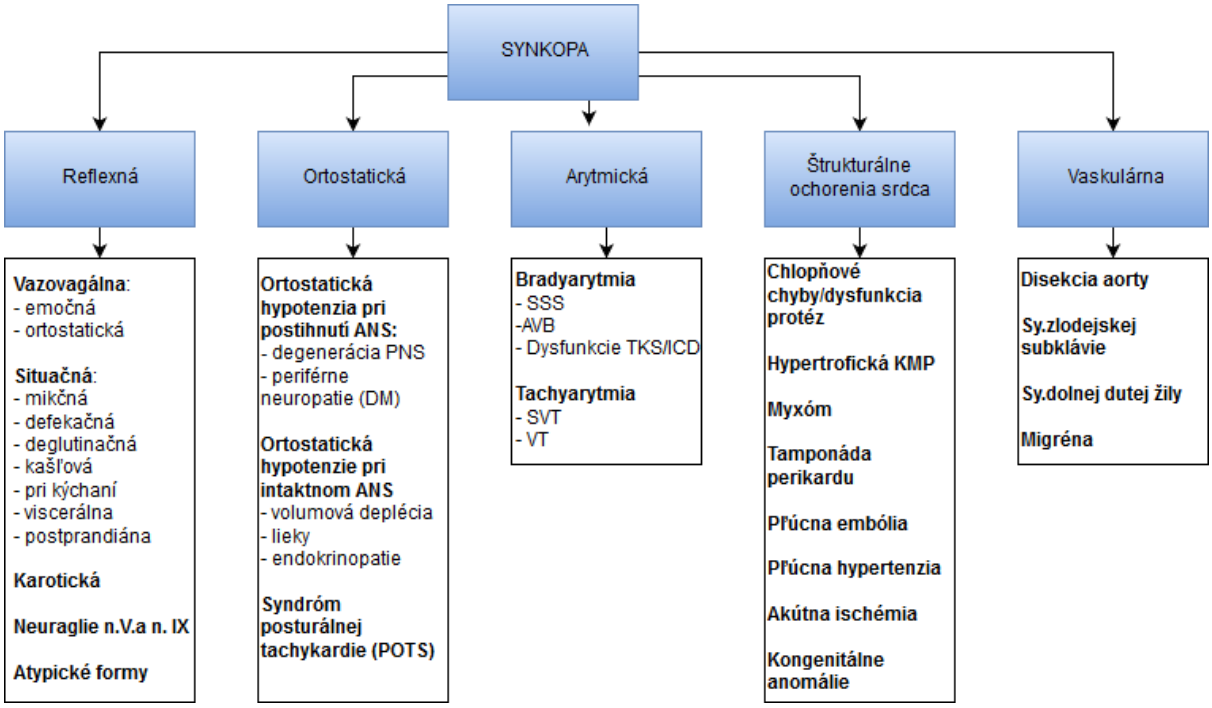
Príčinou je globálna porucha perfúzie mozgu. Jej príčinou je najčastejšie náhly pokles tlaku krvi, alebo minútového objemu srdca.
K zriedkavým mechanizmom synkopy patria lokalizované poruchy prekrvenia v oblasti retikulárnej formácie mozgového kmeňa. Tieto sa pozorujú pri vertebrobazilárnom TIA, pri syndróme zlodejskej subklávie alebo migréne.Pri syndróme zlodejskej subklávie (subclavian steel syndrome) – dochádza

k reverznému toku v a. vertebralis v dôsledku stenózy a. subclavia pri práci postihnutou končatinou. Pri migréne dochádza k spazmu intrakraniálnych ciev.
K poruche vedomia môžu tiež viesť situácie, kedy sa súčasne vyskytuje porucha prietoku cez viaceré extrakraniálne mozgové cievy (disekcia aorty, viacpočetné aterosklerotické pláty). Stenóza v jednom karotickom riečišti nevedie ku globálnej hypoperfúzii mozgu, pretože dochádza ku kompenzácii toku cez Willisov okruh.

Klasifikácia

Synkopa môže byť prejavom rozmanitého spektra ochorení.
Najčastejším typom synkopy je vazovagálna synkopa. Jej výskyt je udávaný v 21 – 44%. Častými sú aj kardiogénna synkopa (8 – 21%) a ortostatická synkopa (4 - 9%). Ostatné príčiny sú zriedkavé.

Obrázok č.1. Klasifikácia synkopálnych stavov



Klinický obraz

Synkope môže predchádzať presynkopa v dôsledku postupne sa znižujúcej poruchy perfúzie mozgu. Prejavuje sa potením, nevoľnosťou, poruchami videnia a hučaním v ušiach, pocitom hroziacej straty vedomia. Pacienti s presynkopou majú lepšiu prognózu oproti pacientom s chýbajúcou presynkopou.
Strata vedomia je zvyčajne je spojená so stratou posturálneho tonusu a pádom. Trvanie bezvedomia zvyčajne nepresahuje niekoľko desiatok sekúnd, niekoľko minút trvajúca strata vedomia je pri synkope výnimočná. Môže byť sprevádzané kŕčmi, inkontinenciou moču a stolice. Kŕče sa objavujú až po strate vedomia, sú asynchrónne, asymetrické a krátkotrvajúce. Po prebratí je pacient orientovaný alebo iba krátkodobo dezorientovaný.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Synkopu je v prvom rade potrebné odlíšiť od iných krátkodobých porúch vedomia, skutočných alebo zdanlivých.

Krátkodobé poruchy vedomia

Krátkodobá porucha vedomia nepresahuje 5 minút a je charakterizovaná stratou kontaktu s pacientom, chýbajúcou motorickou aktivitou (strata posturáneho tonusu, pád, absencia spontánnych pohybov) alebo abnormálnou motorickou aktivitou (rigidita, tonické kŕče, klonické kŕče tela a končatín, abnormálne pohyby očných bulbov , inkontinencia). Pacient má na obdobie straty vedomia amnéziu. Ku krátkodobým poruchám vedomia patria :

- Synkopa - krátkodobá strata vedomia podmienená poruchou perfúzie mozgu,
- Epilepsia - spontánna porucha vedomia v dôsledku abnormálnej elektrickej aktivity mozgu,
- Provokované krátke poruchy vedomia - trauma hlavy, intoxikácia - nevznikajú spontánne,
- Odvrátená náhla srdcová smrť - nie je spontánny ústup poruchy vedomia, nutná je resuscitácia,
- Krvácanie do CNS - postupná strata vedomia, cefalea, sú prítomné neurologické symptómy,
- Metabolické príčiny (hypoglykémia, hypoxémia) - postupný vznik, skôr porucha ako strata vedomia.

Zdanlivé (nepravé) poruchy vedomia

Od synkopy je tiež potrebné odlišovať zdanlivé poruchy vedomia. Ide o stavy, ktoré sú pacientom alebo jeho okolím interpretované ako strata vedomia, ale vedomie je počas epizódy zachované. Patria sem:

- Psychogénna pseudosynkopa - sprevádza anxiózne - depresívne stavy, panické poruchy a konverznú poruchu osobnosti,
- Pád,
- Drop attack - náhla strata posturálneho tonusu,
- Katalepsia - záchvatovitá strnulosť, často po epizóde smiechu,
- Narkolepsia - záchvatovitý spánok,
- Karotický tranzitórny ischemický atak (TIA) - prejavuje sa prechodnou ložiskovou neurologickou symptomatológiou. Strata vedomia nie je súčasťou katorického TIA, výnimočne môže sprevádzať vertebrobazilárny TIA.

Po vylúčení iných krátkodobých porúch vedomia je cieľom diagnostiky zistiť príčinu synkopálnych stavov. Vzhľadom na značnú rozmanitosť etiológie je diagnostika náročná. Prebieha v 3 stupňoch:

1. Základné vyšetrenie,
2. Špecializované kardiologické diagnostické postupy (konvenčný algoritmus alebo dlhodobé monitorovanie EKG),
3. Prehodnotenie a konzultácia so špecialistami iných odborov – ak kardiologické vyšetrenie nevedie k diagnóze.

Napriek absolvovaniu kompletnej diagnostiky ostáva 5-10% synkopálnych stavov diagnosticky neobjasnených.

1) Základné vyšetrenie pacienta so synkopou

Každý pacient má absolvovať základné vyšetrenie, ktorého súčasťou je anamnéza, fyzikálne vyšetrenie a 12 zvodové EKG Cieľom úvodného vyšetrenia je odpovedať na nasledujúce otázky

1) Ide naozaj o synkopu, alebo sa jedná o inú krátkodobú (prípadne zdanlivú) poruchu vedomia?
2) Aká je príčina synkopy? – v prípade typických príznakov stanoviť diagnózu bez ďalšieho vyšetrenia asi u 30 % pacientov.
3) Aké je riziko kardiovaskulárnych príhod a náhlej smrti? - tzv. riziková stratifikácia
4) Aké časté sú synkopálne epizódy - riziko recidívy?

V iniciálnej fáze diagnostiky je predovšetkým potrebné odlíšiť synkopu od epilepsie. Pre epilepsiu svedčí najmä na bočnej strane pohryzený jazyk a viac ako 10 sekúnd trvajúca dezorientácia po obnove

vedomia. Prítomnosť aury, rigidný pád s vystretými končatinami, synchrónne, symetrické kŕče vznikajúce pred stratou vedomia a spavosť po záchvate tiež núti myslieť na diagnózu epilepsie (Brigo, 2012, Van Dijk, 2014).

Tabuľka č. 1a

Význam anamnézy v diagnostike krátkodobých porúch vedomia	
Štandardné postupy — ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SYNKOPA	
Anamnestický údaj	**Pravdepodobná príčina**
Rodinná a osobná anamnéza	
Náhle úmrtie v rodine	- arytmogénna synkopa (kanálopatie)
Preexistujúce kardiálne ochorenie	- kardiogénna synkopa
Preexistujúce neurologické ochorenie	- epilepsia, migréna
Farmakoterapia	- synkopa súviasiaca s užívaním liekov (bradyarytmia, proarytmia, hypotenzia)
Obdobie tesne pred stratou vedomia	
Kašeľ, defekácia, močenie, hltanie	- situačná synkopa
Zvracanie, hnačka	- reflexná alebo ortostatická synkopa
Meléna, dehydratácia	- ortostatická synkopa
Hučanie v ušiach, zahmlievanie pred očami, pocit tepla, potenie, GI dyskomfort, parestézie	- vazovagálna synkopa
Emócie, strach, bolesť, pohľad na krvi	- vazovagálna synkopa, arytmie, katalepsia
Bolesť na hrudníku	- ischémia myokardu, pľúcna embólia
Palpitácie	- arytmogénna synkopa, vazovagálna synkopa, POTS
Bolesť hrdla a tváre	- neuralgia n.V, n.IX
Dušnosť	- pľ. embólia
Počas fyzickej námahy	- štrukturálne ochorenie srdca, arytmie
Po fyzickej námahe	- vazovagálna synkopa, autonómna porucha
Tesne po postavení	- ortostatická synkopa
Poležiačky	- arytmie, psychogénna pseudosynkopa

Tabuľka č. 1b

Význam anamnézy v diagnostike krátkodobých porúch vedomia	
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SYNKOPA	
Anamnestický údaj	**Pravdepodobná príčina**
Dlhé státie	- vazovagálna synkopa
Príjem potravy	- postprandiálna synkopa, Brugadov sy.
Aura (bizarné vône, chute , zvuky)	- epilepsia
Prudké otočenie hlavou , tlak goliera	- karotická synkopa
Bolesť hlavy	- subarachnoidálne krvácanie, migréna
Pri práci jednou rukou	- sy.zlodejskej subklávie
Pri zvýšenej telesnej teplote	- Brugadov sy, vazovagálna synkopa
V horúcom prostredí	- vazovagálna synkopa ortostatická hypotenzia
Počas straty vedomia (údaje od svedkov)	
Bledosť	- reflexná a ortostatická synkopa
Cyanóza	- kardiogénna synkopa
Prolongované bezvedomie	- epilepsia, metabolická synkopa, aortálna stenóza
Prolongované kŕče pri strate vedomia	- epilepsia
Krátkotrvajúce kŕče po strate vedomia	- synkopa
Asymetrické, asynchrónne kŕče	- synkopa
Symetrické , synchrónne kŕče	- epilepsia
Komplexné pohybové automatizmy	- temporálna epilepsia
Pohryzenie jazyka	- epilepsia
Zatvorené oči	- psychogénna presudosynkopa

Tabuľka č. 1c

Význam anamnézy v diagnostike krátkodobých porúch vedomia	
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SYNKOPA	
Anamnestický údaj	**Pravdepodobná príčina**
Po obnovení vedomia	
Prolongovaná zmätenosť (>5minút)	- epilepsia, hypoglykémia
Krátkotrvajúca dezorientácia	- synkopa
Bolesti svalov	- epilepsia
Nauzea, zvracanie, GI dyskomfort, potenie, pocit chladu	- vazovagálna synkopa
Spavosť, bolesti hlavy	- častejšie u epilepsie ako u synkopy
Bolesti na hrudníku	- ischémia myokardu

Tabuľka č. 2

Význam fyzikálneho vyšetrenia v diagnostike synkopy	
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SYNKOPA
Nález	**Príčina synkopy**
Bradykardia	- bradyarytmia
Tachykardia	- tachyarytmia, hypovolémia
Krv v stolici (per rectm)	- ortostatická synkopa
Distenzia jugulárnych žíl	- pľ. embólia, srdcové zlyhanie
Bledosť	- strata krvi, vazovagálna synkopa
Šelest nad karotídami	- kardiogénna synkopa
Vertigo, dysartria, diplopia	- vertebrobazilárny tranzitórny ischemický atak
Kardiálny šelest, abnormálne srdcové ozvy	- kardiogénna synkopa pri štrukturálnom ochorení srdca
Paradoxný pulz	- tamponáda perikardu
Potenie	- hypoglykémia, vazovagálna synkopa
Vymiznutie pulzácie alebo rozdiely TK na horných končatinách	- syndróm zlodejskej subklávie, disekcia aorty
Pokles systolického TK > 20 Torr do 3 min pri postavení	- ortostatická synkopa
Nízky TK	- ortostatická a vazovagálna synkopa
Neurologické symptómy	- epilepsia, subarachnoidálne krvácanie, ortostatická synkopa (Shy - Dragerov syndróm, Parkinsonova choroba)

Elektrokardiografia

Abnormálne EKG sa u synkopálnych pacientov vyskytuje u asi 50 % prípadov. Vzhľadom na prechodný charakter arytmie je však iba v menej ako 5% prípadov možné vyvolávajúcu arytmiu zaznamenať na iniciálne realizovanom EKG. Ide o nasledovné prípady: sínusová bradykardia < 40/min, sínusová pauza > 3 sek, AV blok II. stupňa Mobitz, AV blok III. stupňa, striedajúci sa pravo - a ľavoramienkový blok, rýchla paroxyzmálna supraventrikulárna tachykardia, komorová tachykardia, porucha kardiostimulátora prejavujúca sa pauzou.

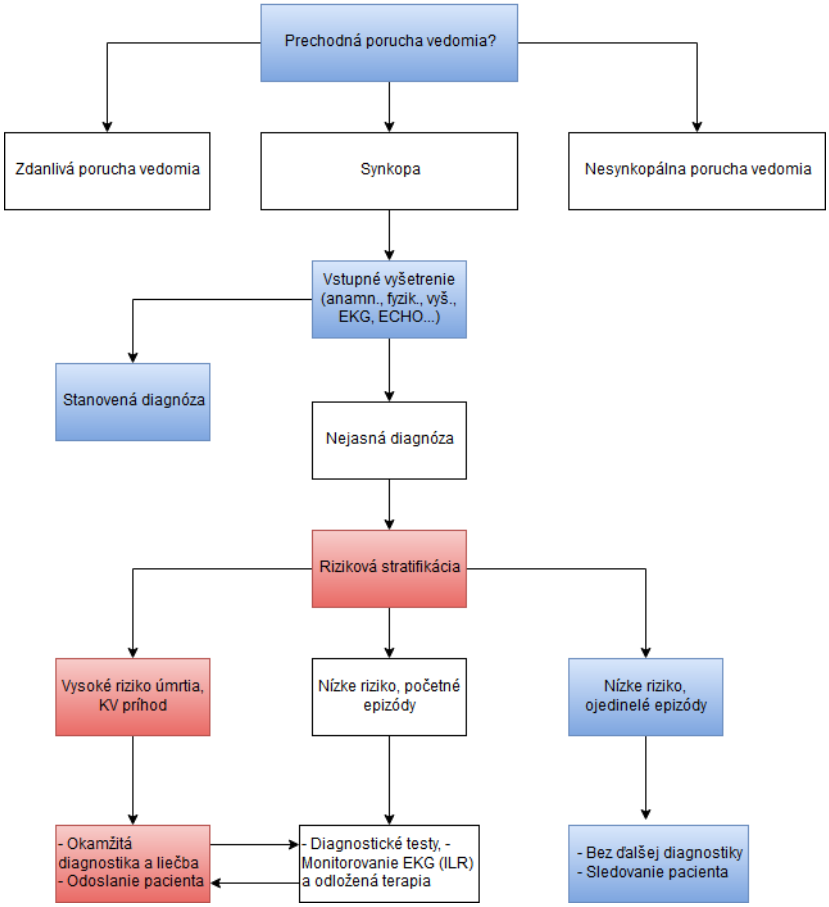
Častejšie na EKG nachádzame známky, ktoré robia diagnózu arytmogénnej synkopy pravdepodobnou, hoci ju priamo nedokazujú. Nález WPW obrazu robí pravdepodobnou synkopu v dôsledku paroxyzmálnej supraventrikulárnej tachykardie. Predĺženie QT, stav po IM, EKG obraz hypertrofie ĽK, Brugadov syndróm predisponujú k výskytu komorovej tachykardie. Nález sínusovej bradykardie, ramienkového bloku, bifascikulárneho bloku, AV bloku II. stupňa signalizujú možnú bradyarytmogénnu synkopu. Naopak normálne EKG robí diagnózu arytmogénnej synkopy málo pravdepodobnou.

2) Riziková stratifikácia a ďalší diagnostický postup

V prípade, že základné vyšetrenie nevedie k stanoveniu diagnózy riadi sa ďalší postup rizikovým profilom pacienta a počtom synkopálnych epizód (Obr. č. 2)

Obrázok č. 2. Diagnostický postup u pacienta s krátkodobou poruchou vedomia (Podľa Odporučení European Society of Cardiology 2009)

Algoritmus u pacienta s krátkodobou poruchou vedomia



Pacient s vysokým rizikom úmrtia je identifikovateľný na základe prítomnosti ktoréhokoľvek z nasledujúcich klinických nálezov (Tabuľka č. 3) :

Tabuľka č. 3a

Riziková stratifikácia pacienta so synkopou
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SYNKOPA
Anamnestické údaje o synkope
Synkopa poležiačky
Synkopa pri fyzickej námahe
Náhly vznik palpitácií s následnou stratou vedomia
Náhly vznik bolestí na hrudníku alebo v bruchu, náhla dušnosť
Náhle úmrtie v rodine do 60 rokov
Krátke prodrómy alebo bez prodrómov / trauma pri synkope
Anamnéza - predchorobie
Prekonaný IM
Zlyhanie srdca
Nízka EF
Závažná ICHS
Závažné organické ochorenie srdca
Fyzikálne vyšetrenie
Bradykardia
Srdcový šelest
Pretrvávajúca závažná hypotenzia
Známky krvácania (vrátane krvi v stolici per rectum)

Tabuľka č. 3b

Riziková stratifikácia pacienta so synkopou
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SYNKOPA
EKG
Nevysvetlená sínusová bradykardia pod 40/min
SA blokáda, pauza nad 3 sek
Atrioventrikulárna blokáda (AVB) II st Mobitz, AVB III st
Bifascikulárna blokáda
Blokáda ramienka, QRS nad 120 ms
Nepretrvávajúca komorová tachykardia, dlhý QT interval, krátky QT interval
Supraventrikulárna tachykardia alebo fibrilácia predsiení
Brugadov obraz
WPW obraz
Epsilon vlny a ďalšie prejavy arytmogénnej kardiomyopatie
Akútna ischémia
Q vlny
Hypertrofia ĽK
Dysfunkcia kardiostimulátoira / ICD

3) Špeciálne vyšetrenia u pacienta so synkopou

Ortostatický pokus (Schellongov test)

Ide o opakované meranie TK do 3 minút po aktívnom postavení. Ortostatická hypotenzia je definovaná ako pokles STK po postavení o viac ako 20 mmHg, pokles DTK o viac ako 10 mmHg alebo pokles STK pod 90 mmHg. Pre diagnostiku ortostatickej synkopy je nutná tiež reprodukcia symptómov (presynkopa alebo strata vedomia). Ak tomu tak nie je, je potrebné aby boli prítomné typické ortostatické symptómy pri spontánnej synkope.

Ambulantné a domáce monitorovanie TK (ABPM, HBPM)

Umožňuje detekciu ortostatickej alebo postprandiálnej hypotenzie. Zvlášť vhodné je na posúdenie liekmi indukovanej hypotenzie. Pre relatívne dlhé intervaly medzi meraniami (15 – 30 min), má malý význam pri hodnotení náhle vzniknutej hypotenzie pri reflexnej synkope. Tu je vhodnejšou metódou meranie TK pri symptómoch - pacientom alebo osobami z jeho okolia (HBPM, home blood pressure monitoring). Predpokladom je spolupracujúci pacient.

Masáž karotického sínusu

Masáž karotického sínusu (MKS) indikovaná u pacientov nad 40 rokov. Hypersenzitivita karotického sínusu má zložku kardioinhibičnú (prejavuje sa asystóliou počas MKS > 3sek) a vazodepresorickú (pokles systolického TK počas MKS o >50 Torr). Pre diagnózu karotickej synkopy samotná hypersenzitivita karotického sínusu nepostačuje, vyskytuje sa aj u starších pacientov bez synkopy (Kerr, 2006). Počas masáže je potrebné reprodukovať symptómy pacienta.

Head – up tilt test (HUT)

Podstatou testu je využitie pasívnej ortostázy sklopením pacienta na sklopnom stole v uhle 60 - 70 stupňov v trvaní 35 - 60 minút. Test sa skladá z 2 fáz - pasívnej fázy a následnej fázy s farmakologickou provokáciou väčšinou sublinguálne podaným nitroglycerínom (Macedo, 2011).

U pacientov s predispozíciou k VVS dôjde pri teste k reprodukcii synkopy – t. j. k strate vedomia za súčasného vzniku bradykardie a/alebo hypotenzie. Test je indikovaný pri podozrení na VVS u pacientov bez typickej anamnézy. Umožňuje tiež zistenie špecifických foriem ortostatickej hypotenzie, ktoré nie je možné diagnostikovať ortostatickým pokusom (tzv. včasná a oneskorená forma). Vhodný je pri podozrení na psychogénnu pseudosynkopu (kedy dôjde k reprodukcii symptómov pacienta bez hemodynamických zmien). Špecificita testu u pacientov so synkopou nejasnej etiológie je limitovaná - až u značnej časti pacientov s arytmickou synkopou je možné pozorovať pozitivitu HUT (Leitch, 1992). Výsledok HUT je preto potrebné hodnotiť v celkovom klinickom kontexte.

Echokardiografia

Je indikovaná u pacientov so synkopou a podozrením na štrukturálne ochorenie srdca. Ak po základnom vyšetrení nie je prítomné podozrenie na štrukturálne ochorenie srdca je výťažnosť vyšetrenia malá.

Echokardiografia vedie priamo k diagnóze nálezom vyvolávajúceho štrukturálneho ochorenia srdca, pľúcnej hypertenzie alebo dysfunkcia chlopňovej protézy. Cenná je však aj z hľadiska stratifikácie pacienta ohľadom prítomnosti organického ochorenia srdca a dysfunkcie (Sarasin, 2002).

Monitorovanie EKG

Ide najčastejšie o ambulantné monitorovanie - je možné využiť Holter monitor, externý slučkový rekordér, rekordér udalostí, transtelefonické monitorovanie EKG alebo tiež smartphone s príslušnou aplikáciou. U pacienta s recentnou synkopou a podozrením na arytmický mechanizmus je možné tiež monitorovanie počas hospitalizácie (bed side monitor, telemetria počas hospitalizácie). Najdlhšie monitorovanie umožňuje implantácia slučkového rekordéra (implantable loop recorder - ILR).

Implantovateľný slučkový rekordér (implantable loop recorder – ILR)

Rekordér implantovaný do podkožia v hrudnej oblasti umožňuje komfortné monitorovanie EKG v trvaní až 3-4 roky. Spĺňa požiadavku zlatého štandardu diagnostiky synkopy - poskytuje záznam EKG pri spontánnej epizóde synkopy a koreláciu symptómov pacienta s arytmiou. Táto korelácia je pozorovaná asi u tretiny až polovice pacientov s ILR. Z týchto pacientov má polovica pacientov zistenú asystóliu (Brignole, 2009, Mitro, 2017). Pomocou ILR je možné tiež arytmiu, ako vyvolávajúcu príčinu synkopy, vylúčiť. Implantácia ILR sa neodporúča u pacientov s vysokým rizikom náhlej smrti, kedy by monitorovacia stratégia mohla viesť k premeškaniu terapeutickej intervencie. ILR je možné implantovať na začiatku alebo na konci štandardného diagnostického algoritmu synkopy.

Elektrofyziologické vyšetrenie

Ide o špecializované katetrizačné vyšetrenie zamerané na vyšetrenie funkcie sínusového uzla, AV vedenia a indukovateľnosti supraventrikulárnych a komorových tachykardií. Pri podozrení na kanálopatie je doplnené farmakologickými testami (intravenózne podanie ajmalínu alebo propafenonu). Invazívne elektrofyziologické vyšetrenie (EFV) je indikované predovšetkým pri podozrení na komorovú tachykardiu (t. j. u pacientov s vysokým rizikom). Ide predovšetkým o pacientov s koronárnou chorobou srdca, dysfunkciou ĽK a po prekonanom infarkte myokardu. Diagnostickým nálezom u týchto pacientov je indukcia pretrvávajúcej monomorfnej komorovej tachykardie.

U ostatných pacientov je vhodnejšia monitorovacia stratégia pomocou ILR vzhľadom na jej vyššiu diagnostickú výťažnosť. EFV je (v porovnaní s ILR) málo senzitívnym vyšetrením predovšetkým pri diagnostike bradykardickej synkopy (Da Costa, 2013).

Ostatné vyšetrenia

Pri predpokladanej ischemickej etiológii synkopy, prípadne u vrodených srdcových chýb je indikované katetrizačné a koronarografické vyšetrenie, ktoré môže zistiť významnú koronárnu stenózu, sklon ku koronárnym spazmom, vrodené anomálie koronárnych ciev alebo stanoviť závažnosť skratu. Tieto vyšetrenia nie sú indikované paušálne.

Takisto ergometrické vyšetrenie je indikované iba selektívne, a to u pacientov s námahovou synkopou. Diagnostickým nálezom je indukcia AV blokády II. alebo III. stupňa. U štrukturálnych príčin synkopy (stenotizujúce chlopňové chyby, HKMP a iné) dochádza pri záťaži k hypotenzii v dôsledku nemožnosti zvýšiť srdcový výdaj.

Pri podozrení na pľúcnu embóliu je indikovaný ventilačno-perfúzny scan pľúc a CT angiografia pľúc.

Pri negatívnom echo EKG vyšetrení a pretrvávajúcom podozrení na organické ochorenie srdca je vhodné indikovať CT a MRI srdca.

Biochemické vyšetrenie má v diferenciálnej diagnostike synkopy relatívne menší význam. V akútnych situáciách môže byť prínosné stanovenie elektrolytov, hemoglobínu, glykémie, troponínu alebo D-diméru. Zvýšená hladina natriuretických peptidov môže pomôcť pri identifikácii prítomnosti štrukturálneho ochorenia srdca a teda pravdepodobnej kardiálnej príčiny synkopy (Costantino, 2014).

K málo výťažným (ale v praxi veľmi často indikovaným) vyšetreniam patrí USG mozgových ciev, CT a MRI mozgu a EEG. Séria pomocných neurologických vyšetrení je indikovaná pri podozrení na nesynkopálne poruchy vedomia (predovšetkým epilepsiu), ktoré má vzniknúť na základe primeraného anamnestického rozboru. Ich paušálne využívanie u pacienta so synkopu nie je indikované. Dôvodom na CT lebky však môžu byť traumatické následky straty vedomia (poranenie hlavy).

4) Dlhodobá monitorovacia stratégia

U pacientov s nízkymi rizikom a opakovanými synkopami, ktoré nie sú objasnené základným vyšetrením (anamnéza, EKG, prípadne ECHO) je súčasným trendom včasná implantácia ILR, ktorá nahrádza konvenčný diagnostický algoritmus. V porovnaní s konvenčnou diagnostikou má včasná

implantácia ILR 3-krát vyššiu diagnostickú výťažnosť (Sulke, 2016). Terapia je odložená až do dokumentácie EKG pri spontánnej epizóde synkopy. Nález asymptomatických arytmií má menšiu diagnostickú hodnotu.

Liečba

Terapia synkopy (prevencia synkopálnych recidív) sa riadi vyvolávajúcou príčinou. Výnimkou sú pacienti s vysokým rizikom náhleho úmrtia.

Synkopa u pacienta s vysokým rizikom náhlej kardiálnej smrti

U pacientov so synkopou a vysokým rizikom náhlej kardiálnej smrti je indikovaná implantácia ICD aj bez znalosti presného synkopálneho mechanizmu. U tejto skupiny pacientov je vždy nutné predpokladať riziko vzniku malígnej komorovej poruchy rytmu. Ide o pacientov s dysfunkciou ĽK pri ICHS alebo dilatačnej kardiomyopatii a EF pod 35%, niektorých pacientov s hypertrofickou kardiomyopatiou, arytmogénnou kardiomyopatiou a iónovými kanálopatiami v zmysle platných indikačných kritérií pre implantáciu ICD.

Kardiogénna synkopa pri štrukturálnom postihnutí

U synkopálnych stavov, ktoré sú asociované so štrukturálnym ochorením srdca je potrebné liečiť základné ochorenie (katétrová alebo chirurgická revaskularizácia myokardu, chirurgická terapia chlopňovej chyby, myxómu, tamponády, disekcie aorty, terapia pľúcnej embolizácie, pľúcnej hypertenzie a podobne).

Arytmogénna synkopa

V prípade bradyarytmogénnej synkopy je indikovaná trvalá kardiostimulácia (trieda odporučení I, úroveň dôkazov B). U pacientov so supraventrikulárnou tachykardiou je indikovaná katétrová ablácia (trieda odporučení I, úroveň dôkazov B) alebo farmakoterapia (trieda odporučení IIa, úroveň dôkazov C). U pacientov s dokumentovanou komorovou tachykardiou je indikovaná ablácia (trieda odporučení I, úroveň dôkazov B) alebo farmakoterapia (trieda odporučení IIa, úroveň dôkazov B). ICD je indikovaný v prípade, ak je prítomná dysfunkcia ĽK (EF≤ 35%) (trieda odporučení I, úroveň dôkazov A), u pacientov s IM a s indukciou monomorfnej komorovej tachykardie pri EFV (trieda odporučení I, úroveň dôkazov C) a ak, v prípadoch, ak katétrová ablácia a farmakoterapia nie sú dostupné, alebo nie sú efektívne (trieda odporučení IIa , úroveň dôkazov C).

Vazovagálna synkopa

V prípade najčastejšieho typu synkopy - vazovagálnej synkopy existujú tri terapeutické modality: režimové opatrenia, farmakoterapia a kardiostimulácia.

Základným **režimovým opatrením** je zvýšený prívod vody a kuchynskej soli. Pokiaľ pacient užíva antihypertenzíva je potrebná ich redukcia. Pacient sa má vyhýbať spúšťajúcim situáciám (dlhé státie, preplnené miestnosti) a pri prvých presynkopálnych prejavoch je nutná okamžitá horizontalizácia (trieda odporučení I, úroveň dôkazov B).

Ak nie je horizontalizácia možná, je vhodné aplikovať tzv. izometrické protimanévre (zovretie päste, napínanie horných končatín, postavenie sa na špičky, prekríženie nôh) (trieda odporučení IIa, úroveň dôkazov B). Izometrickou svalovou kontrakciou dochádza k zvýšeniu systolického tlaku krvi, čo umožní vyhnúť sa synkope. Izometrické protimanévre nie sú použiteľné v prípade, k chýbajú prodromálne príznaky, horšie výsledky sa dosahujú u pacientov starších ako 65 rokov.

Ak chýbajú varovné prodromálne prejavy je možné aplikovať tilt tréning (trieda odporučení IIa, úroveň dôkazov B). Podstatou tréningu je postupne sa predlžujúca expozícia vo vzpriamenej polohe, pacient stojí, chrbát je opretý o stenu. Compliance k tréningu je vo všeobecnosti malá.

Kandidátmi **farmakoterapie** sú pacienti s častými synkopami, s krátkou alebo chýbajúcou prodromálnou fázou, nízkym TK , najmä ak režimové opatrenia nie sú efektívne (trieda odporučení I, úroveň dôkazov B). Najčastejšie používanými farmakami sú alfa-agonista midodrin a mineralokortikoid fludrokortisón. Nie sú vhodné u hypertenzných pacientov.

Kardiostimulácia je rezervovaná pre prípady závažnej VVS s nálezom asystólie pri spontánnej epizóde synkopy (najčastejšie dokumentovanej pomocou ILR) a pri súčasnej neúčinnosti ostatných spôsobov liečby (trieda odporučení IIa, úroveň dôkazov B). Pod závažnou VVS rozumieme synkopu často recidivujúcu, bez prodrómov , s nemožnosťou vyhnúť sa hroziacej strate vedomia.
Indikácia kardiostimulácie u vazovagálnej synkopy s asystóliu pri head-up tilt teste nie je jednoznačná (trieda odporučení IIb, úroveň dôkazov B). Zvažuje sa u pacientov nad 40 rokov a pri neefektivite režimových a farmakologických opatrení v prípade, ak sa z klinického kontextu dá predpokladať výskyt kardioinhibície aj pri spontánnej epizóde synkopy (náhle bezvedomie, bez prodrómov, s úrazom pri strate vedomia). U pacientov s asystóliou pri HUT sa napriek kardiostimulácii pozoruje recidíva synkopy v priebehu 3 rokov asi u štvrtiny pacientov – predpokladá sa hypotenzný mechanizmus (Brignole, 2016).

Ostatné reflexné synkopy
U pacientov s kardioinhibičnou karotickou synkopou je indikovaná kardiostimulácia (trieda odporučení IIa , úroveň dôkazov B).
U situačných synkop spočíva liečba predovšetkým v prevencii vyvolávajúcej príčiny.

Prognóza
Kardiálna synkopa má nepriaznivú prognózu. Mortalita pacientov s kardiálnou synkopou je viacnásobne zvýšená v porovnaní s normálnou populáciou a je závislá na prognóze základného ochorenia. Naproti tomu reflexné synkopy majú prognózu benígnu, mortalita nie je zvýšená. Ortostatické synkopy sú spojené s mierne zvýšenou mortalitou (1,5 násobné riziko) (Ricci, 2015).

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)
Pacient so synkopu bez efektívnej terapie nesmie vykonávať činnosti, kde hrozí pri strate vedomia poranenie jemu alebo jeho okoliu (práce vo výškach, obsluha strojov, riadenie motorových vozidiel). Väčšiny pacientov sa dotýkajú najmä obmedzenia týkajúce sa riadenia motorových vozidiel. V súčasnej dobe je riadenie motorových vozidiel neoddeliteľnou súčasťou aktívneho životného štýlu a často je podmienkou profesionálneho uplatnenia i záujmových aktivít pacienta.

V zvažovaní rizika pre pacienta a jeho okolie je potrebné zohľadniť :

- Aké časté sú epizódy synkopy (t. j. aká je pravdepodobnosť recidívy synkopy v nasledujúcom období),
- Prítomnosť prodromálnych prejavov, ktoré by umožnili prerušiť šoférovanie vozidlá pred stratou vedomia,
- Skutočnosť, či sa jedná o profesionálneho vodiča, alebo pacient riadi motorové vozidlo pre svoju potrebu (privátne),
- Možnosť aplikovať efektívnu terapiu.

Najčastejšou príčinou straty vedomia pri šoférovaní (30-60%) je vazovagálna synkopa (Sorajja, 2009). Riziko straty vedomia stúpa u často recidivujúcich synkopálnych epizódach. Adekvátne liečená arytmická synkopa (abláciou arytmie, implantáciou kardiostimulátora) zvyčajne nepredstavuje zvýšené

riziko pri šoférovaní. Naproti tomu u pacientov po implantácii ICD môže pretrvávať zvýšené riziko straty vedomia a náhlej neschopnosti viesť motorové vozidlo a sú nutné dočasné, alebo trvalé obmedzenia v šoférovaní. Riziko recidívy komorovej arytmie je zvýšené predovšetkým prvé mesiace po implantácii ICD v sekundárnej prevencii NSS, ako aj po adekvátnom výboji ICD. Preto je odporúčaný zákaz šoférovania na 3 mesiace (Vijgen, 2009). Implantácia ICD vylučuje možnosť profesionálneho šoférovania (Tabuľka č. 4 a č. 5).

Tabuľka č. 4

Riadenie motorových vozidiel u pacientov so synkopou (Odporučenia European Society of Cardiology 2009)		
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SYNKOPA	
	Skupina 1 – privátni šoféri	**Skupina 2 – profesionálni šoféri**
Reflexná synkopa ojedinelá alebo zriedkavá	Bez obmedzení	Bez obmedzení s výnimkou vysoko rizikových činností
Reflexná synkopa rekurentná	Po efektívnej prevencii recidív	Zákaz šoférovania s výnimkou stavov s existujúcou efektívnou terapiou
Synkopa arytmogénna - farmakoterapia	Po efektívnej terapii arytmie	Po efektívnej terapii arytmie
Stav po implantácii kardiostimulátora	Po 7 dňoch	Po overení správnej funkcie kardiostimulátora
Stav po úspešnej ablácii srdcovej arytmie	Po efektívnej terapii arytmie	Po efektívnej terapii arytmie
Synkopa nejasnej etiológie	Zákaz šoférovania v prípadoch ak synkopa vznikla pri šoférovaní, nie sú prodrómy alebo je prítomné závažné organické ochorenie srdca	Po stanovení príčiny a po efektívnej terapii

Poznámka : Skupina 1: šoféri motocyklov, áut a malých vozidiel s prívesom alebo bez prívesu. Skupina 2 : šoféri vozidiel nad 3,5tony, vozidiel na prepravu viac ako 8 pasažierov, šoféri taxíkov a sanitiek.

Tabuľka č. 5

Riadenie motorových vozidiel u pacientov s implantovaným kardioverter defibrilátorom (Konsenzus European Heart Rhythm Association, 2009)		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SYNKOPA	
	Zákaz šoférovania – privátni šoféri	**Zákaz šoférovania – profesionálni šoféri**
Implantácia ICD v primárnej prevencii	4 týždne	Trvalý zákaz
Implantácia ICD v sekundárnej prevencii	3 mesiace	Trvalý zákaz
Po adekvátnej ICD terapii	3 mesiace	Trvalý zákaz
Po neadekvátnej ICD terapii	Až do odstránenia príčin neadekvátnych terapií	Trvalý zákaz
Po reimplantácii telesa ICD	1 týždeň	Trvalý zákaz
Po reimplantácii elektród ICD	4 týždne	Trvalý zákaz
Pacienti, ktorí odmietli ICD v primárnej prevencii	Bez zákazu	Trvalý zákaz
Pacienti, ktorí odmietli ICD v sekundárnej prevencii	7 mesiacov	Trvalý zákaz

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Napriek tomu, že synkopa je častý medicínsky problém, je klinická prax na jednotlivých pracoviskách značne odlišná a líši sa tiež často od odporúčaných postupov odborných spoločností. Dôsledkom absencie systematického prístupu k synkope je nárast ekonomických nákladov v zdravotníctve i sociálnej oblasti, vysoký počet nepotrebných hospitalizácií, realizácia veľkého počtu nepotrebných vyšetrení, predlžovanie hospitalizácií, nižšia diagnostická úspešnosť a vyšší počet rekurencií synkopálnych stavov v dôsledku nesprávnej liečby.

Lekár prvého kontaktu

Iba menšia časť pacientov (25-50%) s krátkodobou poruchou vedomia vyhľadá lekárske vyšetrenie. Najčastejšie sa jedná o všeobecného lekára alebo lekársku službu prvej pomoci.

Dôvodom pre návštevu lekára je najčastejšie opakovaná synkopa, alebo naopak prvá manifestácia synkopy a obavy pacienta z vážneho ochorenia.

Odoslanie pacienta

V prípade, že synkopa je prejavom akútneho ochorenia je potrebné odoslanie pacienta na oddelenia akútneho príjmu nemocnice. Ďalší postup a hospitalizácia na príslušnom oddelení sa riadi základnými ochoreniami (kardiologické , chirurgické , neurologické).

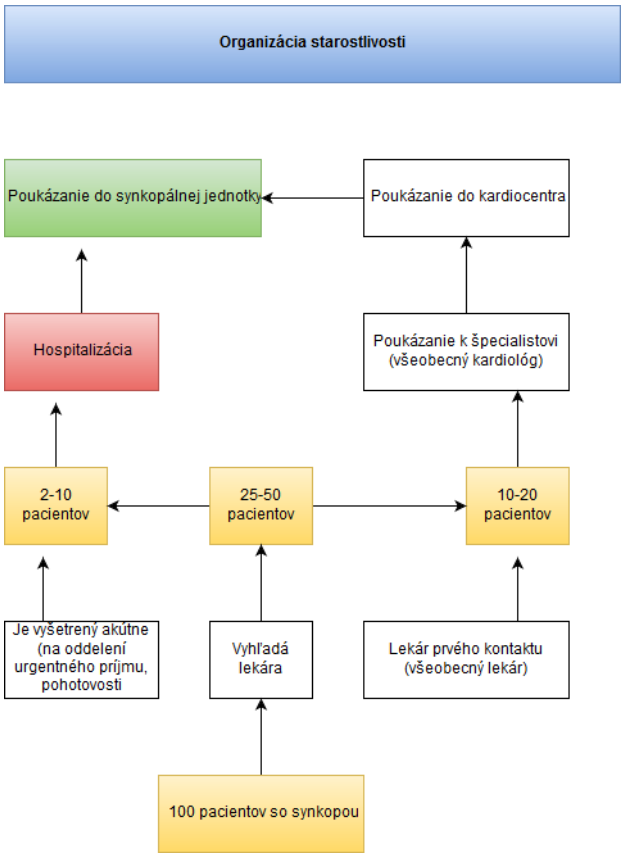
Ak sa nejedná o akútnu situáciu a všeobecný lekár nestanoví diagnózu základnými vyšetrovacími postupmi, je potrebné odoslanie pacienta s krátkodobou poruchou vedomia k špecialistovi. V prípade,

že sa jedná o synkopu je kompetentným špecialistom kardiológ. Pri nesynkopálnych poruchách vedomia má byť pacient odoslaný k neurológovi. Pri psychogénnych pseudosynkopách je kompetentným špecialistom psychiater.
Všeobecný kardiológ realizuje časť diagnostického algoritmu a v prípade potreby odosiela pacienta do kardiologického centra. Tu sa realizujú špeciálne (najmä invazívne) diagnostické a terapeutické postupy - elektrofyziologické vyšetrenie, implantácia slučkového rekordéra, implantácia kardiostimulátora, ICD, ablačná liečba arytmií, kardiochirurgické riešenie štrukturálnych ochorení srdca.

Špecializovaná synkopálna jednotka

Časť pacientov so synkopou (10 - 15%) potrebuje v súvislosti s diagnostikou, alebo liečbou odoslanie na pracovisko špecificky zamerané na problematiku synkopálnych stavov - tzv. synkopálnu jednotku (SJ).
Jednotka pre diagnostiku a liečbu synkopálnych stavov (SJ) je zdravotnícke zariadenie zabezpečujúce štandardizovaný prístup k diagnostike a liečbe synkopálnych stavov, iných prechodných porúch vedomia a príbuzných symptómov, s adekvátne vyškoleným personálom a dostupnými potrebnými diagnostickými a terapeutickými postupmi. V SJ je zabezpečená dôsledná implementácia poznatkov evidence based medicine a aktuálnych odborných odporučení. V rámci multidisciplinárneho prístupu je dôležitá spolupráca kardiológa s neurológom, psychiatrom, prípadne ďalšími špecialistami.
Európske odporučenia považujú zriadenie špecializovaných SJ za najefektívnejší spôsob starostlivosti o pacientov so synkopou. Podľa doterajších skúseností je zrejmé, že vytvorenie synkopálnej jednotky redukuje počet nesprávnych diagnóz, znižuje počet hospitalizácií pacientov so synkopou a redukuje náklady na diagnostiku synkopy (Kenny, 2015).

Obrázok č. 3. Organizácia starostlivosti



Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

Brignole, M.a kol. 2016. Standardized algorithm for cardiac pacing in older patients affected by severe unpredictable reflex syncope: 3-year insights from the Syncope Unit Project 2 (SUP 2) study. In Europace, 2016, 18(9): 1427-1433.

Brignole, M.a kol. 2009. Indications for the use of diagnostic implantable and external ECG loop recorders. In Europace, 2009, 11(5): 671-687.

Brigo, F.a kol. 2012. Value of tongue biting in the differential diagnosis between epileptic seizures and syncope. In Seizure, 2012, 21(8): 568-572.

Costantino, G.a kol. 2014. Usefulness of N-terminal pro-B-type natriuretic Peptide increase as a marker for cardiac arrhythmia in patients with syncope. In Am J Cardiol, 2014, 113(1): 98-102.

Da Costa, A.a kol. 2013. Clinical impact of the implantable loop recorder in patients with isolated syncope, bundle branch block and negative workup: a randomized multicentre prospective study. In Arch Cardiovasc Dis, 2013, 106(3): 146-154.

Kenny, R. A.a kol. 2015. Syncope Unit: rationale and requirement--the European Heart Rhythm Association position statement endorsed by the Heart Rhythm Society. In Europace, 2015, 17(9): 1325-1340.

Kerr, S. R.a kol. 2006. Carotid sinus hypersensitivity in asymptomatic older persons: implications for diagnosis of syncope and falls. In Arch Intern Med, 2006, 166(5): 515-520.

Leitch, J. W.a kol. 1992. Syncope associated with supraventricular tachycardia. An expression of tachycardia rate or vasomotor response? In Circulation, 1992, 85(3): 1064-1071.

Macedo, P.a kol. 2011. Head Up Tilt Testing: An Appraisal of Its Current Role in the Management of Patients with Syncope. In J Atr Fibrillation, 2011, 4(2): 333.

Malasana, G.a kol. 2011. The prevalence and cost of the faint and fall problem in the state of Utah. In Pacing Clin Electrophysiol, 2011, 34(3): 278-283.

Mitro, P.a kol. 2017. Clinical characteristics associated with bradycardia and asystole in patients with syncope undergoing long-term electrocardiographic monitoring with implantable loop recorder. In Wien Klin Wochenschr, 2017, 129(13-14): 451-457.

Moya, A.a kol. 2009. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). In Eur Heart J, 2009, 30(21): 2631-2671.

Ricci, F.a kol. 2015. Cardiovascular morbidity and mortality related to orthostatic hypotension: a meta-analysis of prospective observational studies. In Eur Heart J, 2015, 36(25): 1609-1617.

Sarasin, F. P.a kol. 2002. Role of echocardiography in the evaluation of syncope: a prospective study. In Heart, 2002, 88(4): 363-367.

Sorajja, D.a kol. 2009. Syncope while driving: clinical characteristics, causes, and prognosis. In Circulation, 2009, 120(11): 928-934.

Sulke, N.a kol. 2016. The benefit of a remotely monitored implantable loop recorder as a first line investigation in unexplained syncope: the EaSyAS II trial. In Europace, 2016, 18(6): 912-918.

van Dijk, J. G.a kol. 2014. The semiology of tilt-induced reflex syncope in relation to electroencephalographic changes. In Brain, 2014, 137(Pt 2): 576-585.

Vijgen, J.a kol. 2009. Consensus statement of the European Heart Rhythm Association: updated recommendations for driving by patients with implantable cardioverter defibrillators. In Europace, 2009, 11(8): 1097-1107.
Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008
Zákon č. 461/2003 Z. z.o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

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 1. apríla2020

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Adrenálne incidentalómy

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0060	*20. septembra 2018*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc. FRCP; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; MUDr. Patrícia Páleníková, PhD.

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim.prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová

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

incidentalóm, nadobličky, kortizol, aldosterón, metanefríny, adrenokortikálny adenóm

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

A	adrenalín
ACTH	adrenokortikotropný hormón
CT	počítačová tomografia
D	dopamín
DHEAS	dehydroepiandrosterónsulfát
FDG	fluorodeoxyglukóza
F-DOPA	fluoro - dihydroxyfenylalanín
HU	Hounsfieldové jednotky
^{123} I	jód
LD DST	nízkodávkovaný dexametazónový test
MN	metanefrin
MIBG	metajódbenzylguanidín
MR	magnetická rezonancia
NA	noradrenalín
NMN	normetanefrin
PET	pozitrónová emisná tomografia
USG	ultrasonografia

Vymedzenie pojmov:

Adrenálne incidentalómy - klinicky inaparentné adrenálne masy zistené náhodne pri zobrazovacích vyšetreniach (USG,CT,MRI) brušnej dutiny indikovaných z iných príčin, ako suspekcia na adrenálnu patológiu. Pod pojmom adrenálny incidentalóm sa rozumie patologická štruktúra nadobličky o rozmere 1 cm a viac.

Definícia nezahŕňa incidentalómy s prejavmi endokrinnej nadprodukcie a incidentalómy u chorých so známou malignitou.

Kompetencie

Odborný personál:

Primárny záchyt: endokrinológ, pediater-endokrinológ, internista, všeobecný lekár, chirurg, rádiológ

Diagnostika a liečba: endokrinológ, pediater-endokrinológ, internista, rádiológ, chirurg, prípadne onkológ (podľa histologického nálezu)

Hormonálna diagnostika: interné lôžkové oddelenie alebo interná klinika, endokrinologicky zamerané lôžkové oddelenie

Technické predpoklady: možnosť vykonania dynamických testov na lôžku

Úvod

Rýchly rozvoj zobrazovacích metód, ich kvalita a dostupnosť prináša viac náhodných neočakávaných nálezov. Náhodne nájdený tumor v oblasti nadobličiek v priebehu vyšetrenia (CT, MR alebo USG) indikovaného z iných dôvodov, ako je suspekcia na ochorenie nadobličiek sa nazýva incidentalóm.

Pre vysoký výskyt sa hovorí aj o novej epidémii "AIDS" (Adrenal Incidentalomas Discovered Serendipitously). Prevalencia AI v populácii je vysoká, pri CT nálezoch u dospelej populácie dosahuje až cca 4%, v populácii osôb nad 70 rokov sa uvádza až okolo 10%.

V r. 2016 boli publikované guidelines Európskej endokrinologickej spoločnosti týkajúce sa manažmentu pacientov s adrenálnymi incidentalómami (Fassnacht, a kol. 2016). Kvalita dôkazov pri odporúčaniach je vyjadrená ako: veľmi nízka (+ooo), nízka (++oo), stredná (+++o) a silná (++++).

Základné otázky pri diagnostikovaní adrenálneho tumoru sú:

1. je malígny alebo benígny ?
2. je afunkčný alebo funkčný ?

Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adoptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Nie je známa, nakoľko nie sú známe ani príčiny vzniku patologických adrenálnych štruktúr.

V niektorých prípadoch ide o genetické príčiny, doposiaľ však nebola popísaná jedna génová mutácia alebo polymorfizmus, ktoré by boli príčinou vzniku patologických adrenálnych štruktúr. Uvažuje sa o vplyve hyperinzulinímie a inzulínovej rezistencie prostredníctvom inzulínového rastového faktora - IGF1. Vyššia prevalencia AI u osôb s metabolickým syndrómom, t.j. obezitou, inzulínovou rezistenciou alebo DM 2. typu ukazuje na možnosť prevencie ako je napríklad prevencia metabolického syndrómu. Nie sú však dáta o tom, že by sa prevenciou metabolického syndrómu znížil výskyt AI.

Epidemiológia

Najväčšia skupina nadobličkových tumorov, ich počet v posledných rokoch pribúda vďaka častejšiemu používaniu stále dokonalejších zobrazovacích metód. Vyskytujú sa častejšie u starších osôb, u žien, hypertonikov s esenciálnou hypertenziou a diabetikov ako aj u chorých s malignitami.

Prevalencia v autoptických štúdiách sa pohybuje od 1,5 do 8,5%, veľké CT štúdie uvádzajú prevalenciu do 2,5%, v populácii nad 55 rokov až 4,4%.

Patofyziológia

Najčastejšie príčiny adrenálnych más:

- adenómy, prevažne afunkčné (70-94%)
- malígne lézie (adrenokortikálny karcinóm, metastázy, lymfómy)

- cysty
- myelolipómy
- feochromocytóm
- ostatné štruktúry zriedkavejšie (ganglioneurómy, angiolipóm, tuberkulóza, aktinomykóza, atď.)

Príčina AI nie je jasná a typický genetický marker adrenokortikálnych tumorov nebol zistený, väčšinou sa popisujú iba sporadické mutácie. Vzhľadom na častejší výskyt adrenálnych más u pacientov s obezitou, diabetom, hypertenziou a ďalšími prejavmi metabolického syndrómu, sa uvažuje o vplyve inzulínovej rezistencie a hyperinzulinémie. Nie je však stále jasné, či je inzulín samotným stimulátorom rastu adrenokortikálnych tumorov, alebo či mierna produkcia kortizolu incidentalómom nadobličky môže viesť k inzulínovej rezistencii, evtl. k metabolickému syndrómu. Z tohto dôvodu sa v posledných rokoch skúma hlavne subtílna produkcia kortizolu, t.j. tzv. subklinický hyperkortizolizmus (subklinický Cushingov syndróm).

Z patofyziologického hľadiska incidentalómy môžu byť afunkčné (bez produkcie hormónov) alebo môžu produkovať hormóny, najčastejšie kortizol, menej často aldosterón alebo androgény (DHEA).

Bilaterálne adrenálne masy sa vyskytujú asi v 10-15% adrenálnych incidentalómov. Najčastejšie ide o metastázy, lymfómy, primárnu adrenálnu hyperpláziu, bilaterálne kortikálne adenómy, feochromocytómy, kongenitálnu adrenálnu hyperpláziu. Zriedkavejšie sa pod bilaterálnymi masami môžu skrývať infekcie.

Najčastejšie príčiny adrenálnych más

Štandardné postupy

ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP O PACIENTA S ADRENÁLNYM INCIDENTALÓMOM

Typ tumoru	Etiológia	Prevalencia
Tumory kôry nadobličiek	Adenómy	36 - 94%
	Nodulárna hyperplázia	1 - 17%
	Karcinómy	1,2 - 11%
Tumory drene nadobličiek	Feochromocytóm	1,5 - 23%
	Ganglioneurómy	0 - 6%
	Ganglioneuroblastómy, neuroblastómy, karcinómy	vzácne
Ostatné tumory	Myelolipóm	7 - 15%
	Lipóm	0 - 11%
	Primárny lymfóm, hemangióm, leiomyóm, fibróm, teratóm	vzácne
Cysta a pseudocysta		4 - 22%
Infekcie a granulómy		vzácne
Metastázy	Tumor pľúc, prsníka, obličiek, menej často tumor ovárií, melanóm, lymfóm, leukémia	0 - 21%
Pseudoadrenálne tumory	Tumor žalúdka, pankreasu, obličiek, pečene, lymfytických uzlín, technické artefakty	0 - 10%

Klasifikácia

Klasifikácia podľa hormonálnej aktivity:

- hormonálne aktívne
- hormonálne neaktívne (afunkčné)

Klasifikácia podľa charakteru:

- benígne
- malígne

Morfologická klasifikácia zahŕňa jednotlivé štruktúry, ktoré sú uvedené v kapitole Patofyziológia.

Klinický obraz

Keďže ide o náhodne zistené patologické štruktúry, klinický obraz z nadprodukcie hormónov nebýva prítomný.

Klinicky sa však veľká adrenálna masa môže prejaviť lokálnymi príznakmi, ako sú bolesti brucha alebo v lumbálnej oblasti. Náhle vzniknutá bolesť môže byť spôsobená zakrvácaním do nádoru.

Pacienti s adrenokortikálnymi tumormi majú často hypertenziu, nadhmotnosť alebo obezitu, diabetes mellitus typ 2 a dyslipidémiu. Tieto príznaky však nepatria priamo do klinického obrazu adrenálneho incidentalómu, sú len asociované s AI.

V prípade, že patologickou štruktúrou je metastáza malígneho novotvaru, alebo lymfóm, môžu mať pacienti prejavy základného onkologického ochorenia.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Anamnéza

Väčšinou je negatívna na prítomnosť endokrinopatie, v anamnéze možno pátrať po príznakoch metabolického syndrómu.

Fyzikálne vyšetrenie

Nie sú typické fyzikálne znaky. Pri náhodne zistených adrenálnych masách môže byť prítomná hypertenzia, obezita, pri hyperkortizolizme strie a tzv. Cushingoidný habitus.

Vyšetrenia

Hormonálne: za účelom odlíšenia hormonálne aktívnych lézií:

A. vylúčenie glukokortikoidnej nadprodukcie:

- v prípade príznakov Cushingovho syndrómu – vykonať testy na diagnostiku manifestného hyperkortizolizmu (viď Cushingov syndróm)
- Subklinický hyperkortizolizmus (subklinický Cushingov syndróm) znamená autonómnu produkciu kortizolu bez zjavných prejavov Cushingovho syndrómu. Vyskytuje sa u 5-20 % všetkých nadobličkových tumorov. Ide o biochemickú abnormitu, ktorá väčšinou neprechádza do manifestného hyperkortizolizmu. V súčasnosti sa ako štandardný test odporúča: nočný 1 mg Dexametazónový test (NIH), pri ktorom hladina plazmatického kortizolu nad 138 nmol/l potvrdzuje hyperkortizolizmus, hladina kortizolu pod 51 nmol/l

subklinický hyperkortizolizmus vylučuje. Hladina kortizolu medzi 51 a 138 nmol/l je tzv. šedá zóna a sú potrebné ďalšie doplňujúce vyšetrenia.

Medzi ďalšie doplňujúce vyšetrenia patria:

- nedostatočný pokles nočného plazmatického alebo slinného kortizolu
- supresia plazmatického ACTH
- supresia DHEAS v plazme

B. vylúčenie katecholamínovej nadprodukcie:

- voľné metanefríny v plazme – metanefrín a normetanefrín (najvyššia senzitivita 99%)
- frakcionované metanefríny v moči (97% senzitivita)
- katecholamíny v moči (nižšia senzitivita)
- kyselina vanilmandľová (obsolentná, má veľmi nízku senzitivitu)

C. vylúčenie primárneho hyperaldosteronizmu:

- nevyhnutné vykonať vyšetrenie aldosterónovo-renínového pomeru (ARR) - viď kapitolu „primárny hyperaldosteronizmus“. Podľa Európskych odporúčaní je stanovenie ARR indikované, ak má pacient s incidentalómom nadobličky hypertenziu a/alebo hypokaliémiu.
- pri hodnote ARR nad 300, vykonať dynamické testy supresívne na potvrdenie primárneho hyperaldosteronizmu (test s infúziou NaCl, captoprilový test, ale test s p.o. podaním NaCl) a ďalšiu diferenciálnu diagnostiku podtypov, napr. ortostatický test. Stanovenie hladiny renínu a aldosterónu vyžaduje určité diétne a farmakologické opatrenia, ktoré sú uvedené v ŠDTP "Primárny hyperaldosteronizmus".

D. vylúčenie androgénovej a estrogénovej nadprodukcie

- nadprodukcia androgénov je podozrivá z prítomnosti adrenokortikálneho karcinómu. Za marker androgénového excesu sa považuje DHEAS, avšak sú kontroverzie o význame jeho zvýšených hladín
- zriedkavo sa popisuje aj nadprodukcia estrogénov, ktorá sa môže manifestovať u mužov napr. gynekomastiou.

Zobrazovacie metódy: za účelom posúdenia charakteru adrenálnej masy

Je potrebné si uvedomiť, že na rozdiel od endokrinných hypertenzií (Cushingov syndróm, Connov syndróm, feochromocytóm), v prípade adrenálnych incidentalómov, algoritmus vyšetrenia začína zobrazením adrenálnej masy.

Podľa odporúčaní Európskej endokrinologickej spoločnosti všetky adrenálne incidentalómy by mali mať najprv vykonané nekontrastné CT vyšetrenie na určenie veľkosti, obsahu tuku v lézii a tiež jej homogenity (+ooo).

1. Línia zobrazovania

CT vyšetrenie sa dnes považuje za najsenzitívnejšiu zobrazovaciu metódu a teda **primárnu modalitu na zobrazenie adrenálnych más**, pretože môže identifikovať obe nadobličky u 97-99% pacientov. Súčasné CT scany zobrazia nodulárne lézie už od 3-5 mm. Odlíšenie benígnych od malígnych lézií je základným cieľom pri CT vyšetrení. Veľkosť a vzhľad tumoru sú charakteristiky, ktoré môžu pomôcť pri diferenciácii. Za hraničnú veľkosť sa považuje rozmer 4 cm. Špecifickejším parametrom na odlíšenie benígnych a malígnych lézií je denzita vyjadrená v Hounsfieldových jednotkách (HU). Nádory s denzitou menšou ako 10 HU sú obvykle benígne. Lézie s denzitou nad 10HU je potrebné považovať za neurčité a sú potrebné ďalšie vyšetrenia za účelom lepšej charakteristiky adrenálnej masy. Ďalšou

dôležitou charakteristikou, ktorá môže pomôcť odlíšiť benígne a malígne lézie je množstvo vyplavenej kontrastnej látky na oneskorených záznamoch, tzv. „washout".

Adrenálne adenómy sú všeobecne malé, homogénne, dobre ohraničené lézie s jasným okrajom, okrúhle alebo oválne. Pretože obsahujú veľké množstvo intracytoplazmatického tuku, ich denzita je nízka a obvykle nepresahuje 18 HU pri nekontrastnom vyšetrení. Ak má tumor pri CT vyšetrení denzitu nižšiu ako 10 HU, ide väčšinou o adrenálny adenóm bohatý na tuk a v tomto prípade nie je potrebné ďalšie vyšetrovanie. Adenómy chudobnejšie na obsah lipidov majú o niečo vyššiu denzitu. Relatívny washout viac než 50% za 10 – 15 minút je suspektný z benígnej masy.

Adrenokortikálne karcinómy sú obvykle väčšie, denznejšie, nepravidelné s heterogénnou štruktúrou vo vnútri tumoru v dôsledku nekróz a hemorágií. Pomerne časté sú kalcifikácie. Denzita je obvykle viac než 10 HU, pretože majú menší obsah lipidov. Washout pri adrenokortikálnom karcinóme je pomalší, obvykle menej ako 40%.

Feochromocytómy sa zobrazujú ako oválne alebo okrúhle masy s denzitou podobnou pečeni a pomerne častými nekrózami a hemorágiami v centre tumoru. Asi v 10% možno vidieť kalcifikácie. Vďaka hypervaskularizácii feochromocytómy často vykazujú intenzívny enhancement.

Diagnóza ***myelolipómu*** pozostáva z demonštrácie tuku vnútri adrenálnej masy, čím môže byť ľahko identifikovaný. Typická denzita je od –30 do –120 HU. Môže sa však zameniť s hemorágiou. Pri zobrazení ***cysty*** CT vyšetrenie dáva typický obraz s nízkou denzitou rovnajúcou sa denzite tekutiny.

Magnetická rezonancia - MR nemá vyššiu senzitivitu ako CT vyšetrenie, ale môže bližšie charakterizovať adrenálnu masu. Malígne lézie majú vyššiu intenzitu signálu ako benígne, z dôvodu vyššieho obsahu vody a teda dávajú jasnejší obraz pri T2 váženom zobrazení. Typický hyperintenzívny signál v T2 váženom obraze je charakteristický pre adrenokortikálny karcinóm. MR je užitočná aj pri určovaní stagingu adrenálneho karcinómu. Typický obraz dáva feochromocytóm, ktorý má najvyššiu intenzitu signálu, tzv. zjasnenie (brightness).

Ultrasonografia nadobličiek má význam len pri odhaľovaní väčších más, avšak má veľmi nízku senzitivitu. USG vyšetrenie spolahlivo odhalí masy väčšie ako 3 cm, ale len v 65% zobrazí tumory pod 3 cm.

Scintigrafia - za účelom zobrazenia kôry nadobličiek je možné použiť jodometylnorcholesterolový scan a selenometylnorcholesterolový scan. Význam má pri diagnostike primárneho hyperaldosteronizmu a pri rozlíšení benígnych od malígnych lézií. U nás rádiofarmakum nie je registrované, a vzhľadom na to, že máme iné zobrazovacie metódy, ani nie je nevyhnutné a má len veľmi obmedzené indikácie, ktoré sú na rozhodnutí skúseného endokrinológa.

- ^{123}I – MIBG a ^{131}I-MIBG: majú význam pri zobrazení feochromocytómu,
- ^{111}In-oktreotidový scan: význam pri zobrazení feochromocytómu, avšak len ak uvažujeme o prípadnej liečbe somatostatínovými analógmi.

2. Ďalšia línia funkčného zobrazenia sa týka len malígnych lézií nadobličiek a zobrazenia ich metastáz.

Pozitrónová emisná tomografia (PET): FDG (fluorodeoxyglukóza) – PET má význam pri diferenciácii benígnych od malígnych lézií.

6-fluorodopamín PET (F-DOPA-PET): má význam pri zobrazení malígneho metastatického feochromocytómu.

Aspiračná biopsia tenkou ihlou (FNAB): používa sa zriedka, a to za USG alebo CT kontroly. Pri podozrení na feochromocytóm je kontraindikovaná. Najväčší prínos je pri podozrení na karcinóm, metastatické postihnutie nadobličiek alebo lymfóm.

Molekulárna diagnostika: je indikovaná hlavne pri feochromocytóme a primárnom hyperaldosteronizme, ak máme podozrenie na glukokortikoidmi supresibilný hyperaldosteronizmus. Nemáme typický genetický marker pre adrenokortikálne karcinómy a afunkčné adenómy.

Diferenciálna diagnostika: spočíva v odlíšení benígnych od malígnych lézií, v rozlíšení jednotlivých benígnych lézií na základe zobrazovacích vyšetrení a v odlíšení hormonálne aktívnych más od neaktívnych.

Určenie biologickej povahy tumoru:

- Je základným parametrom pri určovaní ďalšieho postupu u pacientov po náleze incidentalómu. Určitým vodítkom sú zobrazovacie charakteristiky tumoru pri CT alebo MR (viď vyššie).
- V súčasnosti sa opierame o odhad biologickej povahy tumoru predovšetkým na základe CT vyšetrenia, t.j. jeho veľkosti, denzity a relatívneho washoutu kontrastnej látky. Čím je tumor väčší, tým je väčšia pravdepodobnosť jeho malígnej povahy. Pri tumoroch menších ako 4 cm je pravdepodobnosť jeho malígnej povahy 2%, tumory 4–6 cm - je pravdepodobnosť 6% a tumory väčšie ako 6 cm 25%.
- Denzita vyššia ako 10 HU môže byť podozrivá z malignity. Washout k.l. nad 50% svedčí skôr pre benígnu léziu, obvykle adenóm. Pomalý washout ukazuje na možnú malígnu léziu.

Európske odporúčania z roku 2016:

1. posudzovanie rizika malignity:

- v prvom rade sa odporúča určiť, či je adrenálna masa benígna alebo malígna
- odporúča sa zobrazenie adrenálnej masy pomocou nekontrastného CT (+ooo)
- ak nekontrastné CT svedčí pre benígnu léziu (menej ako 10 HU) a masa je homogénna a menšia než 4 cm, ďalšie zobrazovanie sa už neodporúča (+ooo).
- ak CT charakteristiky sú neurčité z hľadiska benignity, možno zvážiť tri modality: bezprostredné použitie inej zobrazovacej metódy, alebo sledovanie masy po 6-12 mesiacoch pomocou CT, alebo chirurgické riešenie.
- adrenálna biopsia sa neodporúča (+++o)

2. posudzovanie hormonálnej nadprodukcie

- každý pacient má byť starostlivo vyšetrený so zameraním na klinické prejavy hormonálnej nadprodukcie
- všetci pacienti majú mať realizovaný 1 mg nočný dexametazonový supresívny test (++oo)
- hladina sérového kortizolu po 1 mg Dexametazónu menej ako 51 nmol/l vylučuje subklinický hyperkortizolizmus (++oo), hladina medzi 51 a 138 nmol/l svedčí pre možný hyperkortizolizmus a hladina nad 138 nmol/l svedčí pre autonómnu nadprodukciu kortizolu
- autonómna kortizolová sekrécia neznamená stav s vysokým rizikom pre vývoj Cushingovho syndrómu (++oo).
- u pacientov so subklinickým hyperkortizolizmom sa odporúča vykonať skríning na prítomnosť hypertenzie a diabetes mellitus (+++o).
- u všetkých pacientov s adrenálnym incidentalómom sa odporúča vylúčiť feochromocytóm stanovením voľných plazmatických metanefrínov alebo močových frakcionovaných metanefrínov (+++o)
- u pacientov so súčasnou hypertenziou a/alebo hypokaliémiou sa odporúča vyšetriť pomer aldosterón/renín na vylúčenie primárneho hyperaldosteronizmu

(Fassnacht, a kol., 2016).

Liečba

Jedinou kuratívnou liečbou je chirurgická terapia - adrenalektómia. Chirurgickou liečbou prvej voľby je dnes laparoskopická adrenalektómia.

Indikácie chirurgickej liečby:

1 ***hormonálne aktívne*** adrenálne masy, t. j. feochromocytóm, Cushingov syndróm a primárny hyperaldosteronizmus.

2 ***malígne adrenálne masy***. Pri malígnych léziách sa preferuje skôr otvorená chirurgická liečba, avšak v poslednom období mnohí autori ich nepovažujú za kontraindikácie laparoskopickej adrenalektómie.

Keďže zobrazovacie metódy nie sú schopné vždy spoľahlivo odlíšiť benígne od malígnych lézií, kritériom malignity a teda aj terapeutického postupu je veľkosť nádoru , t. j. tumory väčšie ako 6 cm sú indikáciou pre chirurgickú liečbu v súlade s odporúčaním Európskej endokrinologickej spoločnosti. Tumory menšie ako 4 cm sú definované ako nízko rizikové z hľadiska malignity, a preto sú indikované na sledovanie. Pri léziách veľkosti medzi 4 a 6 cm sa považuje chirurgická liečba aj liečba konzervatívna (observácia) za alternatívne prístupy (+ooo).

Európske guidelines odporúčajú vykonať otvorenú adrenalektómiu vtedy, ak má tumor znaky lokálnej invázie a CT charakteristiky malignity (+ooo). Laparoskopická adrenalektómia sa odporúča u pacientov s unilaterálnymi masami bez lokálnej invázie a veľkosťou 6 cm a menej (+ooo).

Subklinický hyperkortizolizmus: V prípade subklinického hyperkortizolizmu, sú chirurgická liečba aj observácia považované za alternatívne prístupy (+ooo), pretože zatiaľ chýbajú prospektívne štúdie

o morbidite a mortalite ako aj celkovom kardiovaskulárnom riziku u týchto chorých. Taktiež nie je známy ani efekt adrenalektómie na prognózu a kvalitu života.

Perioperačná liečba glukokortikoidmi sa odporúča u všetkých pacientov so suspektnou autonómnou nadprodukciou kortizolu, t.j. u tých, ktorí nesuprimovali sérový kortizol po 1 mg dexametazónu pod 50 nmol/l.

Sledovanie (follow-up)

V prípade, že je adrenálny tumor indikovaný na sledovanie, odporúča sa nasledujúci postup: Lézie s typickými charakteristikami adenómu, rozmerov do 4 cm, sa neodporúča vôbec ďalej zobrazovať a lézie väčšie alebo s neurčitým nálezom (nad 10 HU) sa odporúčajú zobraziť ešte raz po 6-12 mesiacoch (+ooo), najčastejšie CT vyšetrením. Adrenalektómia je indikovaná, ak sa objaví hormonálna nadprodukcia alebo ak sa tumor zväčší o 5 mm alebo o 20% veľkosti. Necháva sa tu priestor na individuálne rozhodnutie lekára podľa charakteru tumoru v CT obraze. Pri rozhodovaní o opakovaných CT vyšetreniach treba brať ohľad na vysokú radiačnú záťaž. O výbere kontrolného zobrazenia (CT alebo MR) môže rozhodnúť rádiológ na základe zváženia prínosu zobrazenia a radiačnej záťaže pacienta.

Európske odporúčania okrem kontrolného CT pri neurčitých léziách umožňujú aj iné alternatívy, ako je chirurgické odstránenie tumoru, alebo použitie inej zobrazovacej metódy pre lepšiu charakteristiku adrenálnej masy.

Európske odporúčania neindikujú opakované hormonálne vyšetrenia u pacientov, kým sa neobjavia prejavy endokrinnej aktivity alebo kým nedôjde k zhoršeniu komorbidít - hypertenzie, diabetu (+ooo).

U pacientov s autonómnou produkciou kortizolu sa odporúča raz ročne klinické vyšetrenie (+ooo) a pri zhoršení komorbidít asociovaných s hyperkortizolémiou, možno zvážiť benefit chirurgickej liečby. Všetci pacienti so subklinickou predukciou kortizolu by mali mať vykonaný skríning pre hypertenziu a diabetes mellitus 2.typu (++oo), taktiež by mali byť sledovaní z hľadiska výskytu vertebrálnych fraktúr (++oo).

Subklinický hyperkortizolizmus nie je rizikom pre vývoj manifestného Cushingovho syndrómu (++oo). (Fassnacht, a kol. 2016).

Prognóza

Prognóza pacientov s adrenálnym incidentalómom závisí od biologickej povahy.

U pacientov s adrenokortikálnym adenómom prípadne inými benígnymi štruktúrami, je dobrá a neodlišuje sa od dĺžky života bežnej populácie. Ak je adrenálny adenóm spojený s metabolickým syndrómom a teda vyšším kardiovaskulárnym rizikom, je prognóza daná závažnosťou tohto rizika.

U pacientov s adrenokortikálnym karcinómom alebo metastázou iného malígneho novotvaru, je horšia a závisí od biologickej povahy a prognózy primárneho nádoru.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Z posudkového hľadiska adrenálne incidentalómy môžu spôsobovať dočasnú pracovnú neschopnosť a to v závislosti od biologickej povahy tumoru, resp. príznakov. Väčšina AI sú však klinicky nemé a z hľadiska biologickej povahy benígne, preto obvykle pracovnú schopnosť pacienta neovplyvnia.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

inštitúcia: endokrinologická ambulancia, interná a kardiologická ambulancia, endokrinologicky zamerané lôžkové oddelenie, interné lôžkové oddelenie

odborný personál: lekár – endokrinológ, pediater - endokrinológ, internista, rádiológ, chirurg, v prípade malígnych lézií sa odosiela do starostlivosti onkológa.

technické predpoklady: možnosť vykonania dynamických testov – lôžko, možnosť testovania renín-angiotenzín-aldosterónového systému, metanefrínov ako aj glukokortikoidnej nadprodukcie.

Organizácia starostlivosti: pri náhodnom zistení patologickej adrenálnej masy (USG, CT, MR) pacient sa odosiela endokrinológovi alebo internistovi. ten v spolupráci s rádiológom posúdi charakter masy, evtl. doplní CT vyšetrenie (ak bola masa detekovaná napr. USG vyšetrením). Ak má masa charakteristiky malígnej lézie, lekár doplní príslušné zobrazovacie a hormonálne vyšetrenia (hlavne vylúčenie feochromocytómu) a odošle pacienta na chirurgické riešenie.

V prípade potvrdenia malígnej lézie, starostlivosť o pacienta preberá onkológ.

Ak CT svedčí pre benígny charakter tumoru a veľkosť tumoru je malá, preberá starostlivosť endokrinológ, ktorý vylúči resp. potvrdí hormonálnu nadprodukciu a zabezpečuje aj ďalší dispenzár (follow up) ako aj indikáciu na adrenalektómiu.

Ďalšie odporúčania

Kontrola pacienta sa odporúča po adrenalektomii v prípade neprítomnosti recidívy 5 rokov.

V prípade konzervatívneho postupu, ak je tumor afunkčný, dispenzár sa ukončuje po 5 rokoch.

V prípade subklinického hyperkortizolizmu a konzervatívneho postupu sa dispenzár odporúča 10 rokov.

Dispenzár:

Raz za pol roka, po roku raz ročne – pri afunkčných léziách, ktoré neboli operované. CT sa kontroluje raz po pol roku, v prípade že má tumor benígny charakter, bez progresie veľkosti a je afunkčný, ďalšie CT kontroly sa neodporúčajú (riziko žiarenia).

Po úspešnej adrenalektómii pre hyperfunkčný tumor raz za pol roka, počas 5 rokov.

Po adrenalektómii pre malígny tumor – určí onkológ.

Subklinický hyperkortizolizmus bez chirurgickej liečby raz za pol roka.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Najväčšou chybou pri manažmente pacientov s adrenálnym incidentalómom je časté zobrazovanie a to nielen pomocou CT ale aj pomocou ďalších zobrazovacích metód. Ak je nádor na nadobličke afunkčný a CT charakteristiky sú typické pre benígnu léziu, stačí jedno ďalšie kontrolné zobrazenie o 6-12 mesiacov. Je potrebné upozorniť pacienta, ak sa dožaduje ďalších vyšetrení, na zdravotné riziká opakovaný rádiologických vyšetrení.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

Bernini GP, Moretti A, Oriandini C a kol.: Long-term morphological and hormonal follow-up in a single unit on 115 patients with adrenal incidentaloms. British J Cancer, 2005, 92, 1104 – 1109

National Institutes of Health State-Of-the-Science Statement. Management of the Clinically Inapparent Adrenal Mass (Incidentaloma). Febr 4-6, 2002.

Stavropoulos K, Imprialos KP, Katsiki N, a kol.: Primary aldosteronism in patients with adrenal incidentaloma: is screening appropriate for everyone? J Clin hypertens, 2018, 20: 942-948

Morelli V, Scillitani A, Arosio M, Chiodini I: Follow-up of patients with adrenal incidentaloma in accordance with the European Society of Endocrinology Guideline: could we be safe ?. J. Endocrinol Invest, 2017, 40: 331-333

Fassnacht M, Arlt W, Bancos I, a kol.: Management of adrenal incidentaloma: European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline in collaboration with the European Network for the study of adrenal tumors. Eur J Endocrinol, 2016, 175: G1-G34

Cawood TJ, Hunt PJ, O´Shea D, Cole D, Soule S: Recommended evaluation of adrenal incidentalomas is costly, has high false positive rates and confers a risk of fatal cancer that is similar to the risk of the adrenal lesion becoming malignant: time for a rethink ? Eur J Endocrinol, 2009, 161: 513-527

Pacák K, Lazúrová I, a kol.: Nádory nadledvin v současné klinické praxi. Galen, 2011, s. 237

Terzolo M, Stigliano A, Chiodini I, a kol.: AME position statement on adrenal incidentaloma. Eur J Endocrinol, 2011, 164: 851-870

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Feochromocytóm a paraganglióm

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0061	*10. decembra 2019*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc., FRCP; MUDr. Mgr. Ivana Jochmanová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

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

feochromocytóm, artériová hypertenzia, metanefrín, normetanefrín

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

CT	Počítačová tomografia
FDA PET	Pozitrónová emisná tomografia pomocou fluorodopamínu

FDG PET	Pozitrónová emisná tomografia pomocou fluorodeoxyglukózy
F-DOPA PET	pozitrónová emisná tomografia pomocou fluoro 18L - dihydroxyfenylalanínu
FEO	feochromocytóm
KAT	katecholamíny
MAX- MYC	asociovaný faktor X
MRI	magnetická rezonancia
MIBG	metajódobenzylguanidín
NF	neurofibromatóza
PET	pozitrónová emisná tomografia
PGL	paraganglióm
SDH(A,B,C,D)	sukcinát dehydrogenáza (A,B,C,D)
TMEM127	transmembránový proteín 127
VHL	von Hippel Lindau
VMA	kyselina vanilmandľová

Kompetencie

Inštitúcia:

Primárny záchyt - endokrinologická ambulancia, ambulancia vnútorného lekárstva, kardiologická ambulancia, interné lôžkové oddelenie alebo interná klinika

Kompletná diagnostika a liečba - endokrinologicky zamerané lôžkové oddelenie, interné oddelenie alebo klinika so skúsenosťami v danej problematike

Odborný personál:

Endokrinológ, pediatrický endokrinológ, internista - diagnostika a liečba

Klinický onkológ - liečba metastatického FEO/PGL

Lekár klinickej biochémie - laboratórna diagnostika

Rádiológ, lekár so špecializáciou v odbore nukleárna medicína - zobrazovanie

Chirur, prípadne urológ

Úvod

Feochromocytóm / paraganglióm (FEO/PGL) sú zriedkavé katecholamíny produkujúce tumory vychádzajúci v 85% z medulárneho chromafinného tkaniva nadobličiek (FEO) a v 15% z extraadrenálneho chromafinného tkaniva (PGL).

Je zriedkavejší ako primárny hyperaldosteronizmus s prevalenciou cca 0,1 – 0,5% v populácii hypertonikov. Napriek tomu jeho včasná diagnostika je veľmi dôležitá, pretože neliečený môže mať vážne následky pre život človeka a môže viesť k fatálnym komplikáciám prípadne aj náhlej smrti.

Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu adaptácie Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny úrovne váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti adoptovaným a adaptovaným medzinárodným postupom.

Prevencia

Nie je známa prevencia, pretože okrem geneticky podmienených FEO/PGL, kde je známa mutácia génov, u sporadických nádorov príčina choroby nie je jasná.

Epidemiológia

FEO a PGL sú zriedkavé tumory vyskytujúce sa u 0,2 - 0,6% hypertonikov. Post mortem štúdie navyše uvádzajú nediagnostikované FEO/PGL u 0,05 - 0,1% pacientov. FEO tvoria 7 - 10% adrenálnych incidentalómov. Prevalencia FEO/PGL sa uvádza od 1:4500 po 1:1700 pacientov s artériovou hypertenziou. Incidencia je 3-8/1 mil. obyvateľov. Najmenej 24% FEO/PGL sú familiárne, asociované so zárodočnými mutáciami v predisponujúcich génoch. Prevalencia metastatického ochorenia sa pohybuje v rozmedzí 1 - 34% v závislosti od genetického pozadia. (Pacak K, a kol., 2013; Lenders WMJ a kol., 2014; Plouin PF, a kol., 2016; Fishbein L, 2018; Jochmanová I a Pacak K, 2018)

Patofyziológia

Hereditárne FEO/PGL sú spojené s viacerými syndrómami, patria sem mnohopočetná endokrinná neoplázia typ 2 (MEN2A alebo MEN2B), von Recklinghausenova neurofibromatóza typ 1 (NF-1), von Hippel-Lindau syndróm (VHL), familiárny paraganglióm spôsobený mutáciou génov kódujúcich podjednotky A, B, C a D enzýmu sukcinátdehydrogenázy (SDHA, SDHB, SDHC, SDHD) a enzým zodpovedný za flaviníciu SDHA podjednotky (SDHAF2), ďalej familiárny paraganglióm na podklade mutácií v génoch MAX (MYC-asociovaný faktor X), TMEM127 (transmembránový proteín 127), syndróm polycytémia-paragangliióm (mutácie génu EPAS1) a syndróm hereditárnej leiomyomatózy a karcinómu obličky (mutácie génu FH).

Genetická analýza sporadických FEO ukázala v 20% prítomnosť RET mutácie, VHL mutácie do 20% a v 45% stratu heterozygozity na lokuse VHL. Pri sporadickom extraadrenálnom type neboli zistené typické genetické abnormity.

V patogenéze FEO/PGL sa okrem zárodočných mutácií uplatňujú aj somatické mutácie vo viacerých génoch (napr. EPAS1, SDHB, SDHD, VHL, NF1, RET, MAX, H-RAS, K-RAS, IDH1). V dôsledku mutácií dochádza k aktivácii rôznych signálnych ciest podieľajúcich sa na tumorigenéze.

80% FEO produkuje noradrenalín, zriedkavejšie adrenalín, resp. oba katecholamíny, ktorých vyplavenie má za následok typické klinické prejavy. V prípade produkcie adrenalínu sa takmer vždy jedná o adrenálny tumor, nie o nádor vychádzajúci zo sympatikových ganglií. Extraadrenálne tumory, t.j. PGL produkujú noradrenalín alebo dopamín. So zvýšenou produkciou katecholamínov súvisia aj klinické prejavy, ktoré sú uvedené nižšie.

Najčastejšou lokalizáciou metastáz pri metastatickom FEO/PGL sú lymfatické uzliny a kosti. PGL v pečeni alebo v pľúcach býva zvyčajne primárny.

Klasifikácia

1. Podľa genetickej predispozície: Familiárny a sporadický
2. Podľa lokalizácie: a) Unilaterálny a bilaterálny
   b) Adrenálny a extraadrenálny
3. Podľa prezentácie: Solitárny, mnohopočetný a metastatický
4. Podľa biochemického fenotypu: adrenergný, noradrenergný, dopaminergný

Klinický obraz

Artériová hypertenzia – trvalá (50%) alebo paroxyzmálna (50%), cefalea, neobvyklé potenie, palpitácie, resp. arytmie (prevažne tachyarytmie), zblednutie pri vzostupe krvného tlaku.

13% chorých môže mať normálny tlak krvi (v prípade familiárneho skríningu, pri produkcii malého množstva katecholamínov, pri dopamín secernujúcich PGL), môže sa vyskytnúť hypotenzia pri prevažnej produkcii adrenalínu. Nadprodukcia adrenalínu navyše vedie k hyperglykémii s nízkymi hladinami inzulínu počas epizód hypertenzie – FEO/PGL tak môžu podmieňovať vznik inzulínovej rezistencie a diabetes mellitus.
Prejavy hypermetabolizmu – chudnutie, subfebrility. Obstipácia, poruchy zraku, kŕče, zriedkavo psychózy, anxieta, tremor, intolerancia tepla.
Závažnou komplikáciou FEO/PGL je tzv. feochromocytómová kríza - akútna závažná prezentácia katecholamínmi-indukovanej hemodynamickej instability, ktorá vedie k poškodeniu alebo dysfunkcii koncových orgánov a môže mať fatálne následky. Pri náhlom vyplavení katecholamínov môže mať pacient okrem extrémneho vzostupu krvného tlaku bolesti na hrudníku (angina pectoris, alebo akútny infarkt myokardu), môže sa vyvinúť cievna mozgová príhoda, môže mať príznaky srdcového zlyhávania, prípadne sa môže vyskytnúť náhla smrť.
Zriedkavo môžu FEO/PGL okrem katecholamínov produkovať aj iné hormóny, napríklad ACTH, kortizol, či vazoaktívny intestinálny peptid, čo sa potom prejaví zodpovedajúcim klinickým obrazom.
Niekedy sa FEO/PGL, predovšetkým nesecernujúce tumory v oblasti hlavy a krku, môžu manifestovať útlakovými symptómami, napríklad dysfágiou, tinnitom, alebo obrnou kraniálnych nervov.
Metastatické ochorenie sa prezentuje podobne ako benígne tumory a navyše môžu byť prítomné príznaky zo strany príslušných orgánov - bolesti v kostiach, prejavy poškodenia pečene atď.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Indikácie na vyšetrenie feochromocytómu:

a) každý pacient s triádou príznakov: cefalea, tachykardia a potenie, a to nezávisle na prítomnosti hypertenzie

b) každý pacient s rodinnou anamnézou FEO/PGL a nositelia génovej mutácie predisponujúcej pre vznik FEO/PGL

c) každý pacient s incidentalómom nadobličky

d) každý hypertonik, u ktorého je hypertenzia asociovaná s miernym zvýšením katecholamínovej nadprodukcie

e) každý hypertonik, u ktorého TK zle odpovedá na štandardnú antihypertenzívnu liečbu

f) každý pacient, u ktorého bola zaznamenaná hypertenzia, tachykardia alebo poruchy rytmu v súvislosti s anestézou, operáciou alebo liekmi potencujúcimi príznaky feochromocytómu.

Vyšetrenia:

Biochemická diagnostika FEO/PGL

a) voľné metanefríny (metanefrín, normetanefrín) v plazme *(senzitivita 99 %)*

Vyšetrovanie koncentrácie katecholamínov nie je dostatočne citlivé, keďže pri epizodickej produkcii nádorom môžu byť falošne negatívne. Navyše, vyšetrenie plazmatických katecholamínov je nešpecifické, ich zvýšené koncentrácie bývajú prítomné aj pri iných ochoreniach. Preto stanovenie voľných plazmatických nefarínov (meta a normetanefrín) sa dnes považuje za základnú a prvolíniovú laboratórnu metódu na potvrdenie nadprodukcie katecholamínov. V prípade normálnych hodnôt metanefrínov je FEO/PGL vysoko nepravdepodobný.
V prípade hodnôt vyšších ako je **dvoj- až štvornásobok normy**, je prítomnosť FEO/PGL biochemicky potvrdená a hladiny sa považujú za diagnostické. Nasleduje lokalizácia tumoru. Hodnoty medzi štvornásobkom a hornou hranicou normy sa označujú ako tzv. „šedá zóna“, vtedy je potrebné test zopakovať po eliminácii možných príčin falošnej pozitivity (interferujúce lieky, nesprávne realizovaný odber krvi, nesprávna manipulácia so vzorkou a jej nesprávne skladovanie). Pri problematickom

odlíšení zvýšenia katecholamínov v dôsledku aktivácie sympatika od zvýšenia pri produkcii tumorom je vhodné realizovať **klonidínový supresný test.**
Najčastejšie lieky, ktoré spôsobujú falošnú pozitivitu voľných metanefrínov sú tricyklické antidepresíva, neselektívne alfablokátory, betablokátory (mierne zvýšenie), inhibítory monoaminooxidázy, sympatomimetiká.
V prípade zvýšených hladín metanefrínov po eliminácii liekov sú indikované lokalizačné metódy.

b) Frakcionované močové metanefríny *(senzitivita 97 %)*

Nižšiu, ale ešte stále relatívne vysokú senzitivitu majú frakcionované močové metanefríny. Ostatné vyšetrenia vrátane močových katecholamínov a kyseliny vanilmandľovej sa považujú za málo citlivé a obsolentné.

c) Chromogranín A

Chromogranín A je nešpecifickým markerom neuroendokrinných tumorov a pri FEO/PGL jeho hladina dobre koreluje s veľkosťou nádorovej masy a je dobrým indikátorom recidívy po operácii. **Nie je však markerom rutinného sledovania pacientov po resekcii FEO/PGL.** Stanovenie chromogranínu A môže uľahčiť diagnostiku biochemicky nemých tumorov. Chromogranín A však nie je diagnostickým markerom feochromocytómu a v prípade jeho izolovaného zvýšenia bez prítomnosti markerov katecholamínovej nadprodukcie, je potrebné hľadať najskôr iné príčiny vysokej hladiny chromogranínu A (liečba inhibítormi protónovej pumpy, atrofická gastritída a pod).

d) 3-metoxytyramín

3-metoxytyramín v krvi alebo v moči je marker pre dopamín produkujúci FEO/PGL. Stanovenie 3-metoxytyramínu zatiaľ nie je bežne dostupné, preto je tiež vhodné vyšetriť **plazmatickú koncentráciu dopamínu.** Stanovenie dopamínu v moči je nevhodné, keďže odzrkadľuje produkciu dopamínu v renálnych tubuloch a nie produkciu nádorom.

e) Klonidínový supresný test

môže odlíšiť pacientov s FEO/PGL od falošne zvýšených hladín metanefrínov v dôsledku interferujúcich liekov alebo aktivácie sympatika. Pri tomto teste sa sleduje hladina normetanefrínu v plazme pred a po podaní klonidínu. Zníženie normetanefrínu po podaní klonidínu o viac než 40 % vylučuje prítomnosť FEO/PGL, chýbanie poklesu s vysokou pravdepodobnosťou svedčí pre prítomnosť FEO/PGL (senzitivita 96 %).

Lokalizácia FEO/PGL

K lokalizácii tumoru pristupujeme, ak biochemické vyšetrenia podporujú prítomnosť FEO/PGL. V prípade negatívnych biochemických testov môžeme k lokalizácii FEO/PGL pristúpiť, ak je tumor vysoko pravdepodobný (pacienti s genetickou predispozíciou alebo pacienti s anamnézou FEO/PGL v minulosti). Ideálne je použitie kombinácie anatomických a funkčných zobrazovacích metód.

a) Anatomické zobrazovacie metódy:

1 ***Počítačová tomografia (CT)***

– iniciálna metóda – senzitivita cca 95 %, má ale špecificitu cca 70%

2 ***Magnetická rezonancia (MR)***

- má vyššiu špecificitu – v T2 váženom obraze dáva typický jasný obraz (bright)

b) Funkčné zobrazovacie metódy:

- sú vhodné na detekciu primárnych aj metastatických lézií, ktoré anatomické zobrazenie nie vždy zachytí.

1 ***123I-MIBG (metajodobenzylguanidín) scintigrafia***

Používa sa pri podozrení na diseminációu a neobvyklú lokalizáciu (treba urobiť vždy ešte pred operáciou pacienta pre FEO/PGL). Senzitivita pre nemetastatické FEO/PGL je 92 - 98 %, pre metastatické tumory

je 57 - 79 %. Metóda je užitočná predovšetkým na identifikáciu pacientov s metastatickým FEO/PGL, ktorí by mohli profitovať z paliatívnej liečby terapeutickými dávkami 131I-MIBG.

2 ***Pozitrónová emisná tomografia (PET)***

PET sa vyznačuje vysokou senzitivitou a nadpriemerným priestorovým rozlíšením.

- 18F-FDG (fluorodeoxyglukóza) PET/CT - záchyt metastatického FEO/PGL (senzitivita cca 90 %). Je najčastejšie indikovaná na zobrazenie FEO/PGL.
- 6-18F-FDA (fluorodopamín) PET/CT - detekcia primárnych aj metastatických FEO/PGL (senzitivita 77 - 100 %, špecificita > 90 %)
- 18F-DOPA PET/CT - je rezervovaná pre zobrazenie PGL v oblasti hlavy a krku, sa považuje za najsenzitívnejšiu zobrazovaciu metódu (81 - 100 %).
- 68Ga-DOTATATE PET/CT - vysoká senzitivita pri lokalizácii primárnych aj metastatických FEO/PGL, využíva rádiofarmakom značené DOTA peptidy. Je indikovaná vtedy, ak sa nedarí zobraziť metastázy FEO/PGL, resp. primárne ložisko, alebo ak je potrebné zistiť expresiu somatostatínových receptorov v tumore. Mal by ju indikovať skúsený endokrinológ po konzultácií s lekárom nukleárnej medicíny.

3 ***Octreoscan (111In-pentreotid scintigrafia)***

Octreoscan má význam pri metastatickom FEO/PGL iba na zistenie expresie somatostatínových receptorov a potenciálnu liečbu somatostatínovými analógmi. Rutinne sa vyšetrenie octreoscanom neodporúča.

Molekulová diagnostika

Okolo 40 % všetkých pacientov s FEO/PGL má zárodočnú mutáciu v jednom z 12 kandidátskych génov. Asi v 11 - 13 % sporadických FEO/PGL možno detekovať zárodočné alebo somatické mutácie v génoch predisponujúcich pre vznik FEO/PGL.

Je nutné zvážiť genetické testovanie u pacientov s predpokladanou hereditárnou formou FEO/PGL a u ich prvostupňových príbuzných. Jednotlivé génové mutácie bývajú spojené s typickým klinickým obrazom a biochemickým profilom, preto je vhodné pri genetickom testovaní postupovať podľa týchto charakteristík. Na obrázku 1 je znázornený algoritmus genetického testovania u pacientov s FEO/PGL.

Najčastejšie genetické abnormity:

MEN2 – ret protoonkogén mutácia (chromozóm 10)
NF-1 – chromozóm 17 (17q11)
VHL – chromozóm 3 (3p25-26)
SDHB – paraganglióm typ 2: chromozóm 1 (1p36)
SDHC – paraganglióm typ 3: chromozóm 1 (1q21)
SDHD – paraganglióm typ 1: chromozóm 11 (11q23) – paternálny prenos

Liečba

Jediná kurabilná liečba FEO/PGL je kompletná chirurgická resekcia tumoru. Pred operáciou je nevyhnutná príprava pacienta.

Predoperačná liečba

Je zameraná na kontrolu artériovej hypertenzie, udržania stabilného TK a minimalizovanie nežiadúcich účinkov počas anestézie a operácie. Základná podmienka operácie je udržanie adekvátnych hodnôt TK 2 týždne pred operáciou. Liečba začína blokátorom alfa-adrenergných receptorov – phenoxybenzamín. Iniciálna dávka je 2x10 mg denne, postupne sa zvyšuje do celkovej dávky až 1 mg/kg/ deň. Z iných alfa blokátorov možno použiť: prazosin, terazosin a doxazosin – t.j. špecifické alfa 1-adrenergné

blokátory, všetky tri majú riziko vzniku hypotenzie, hlavne po prvej iniciálnej dávke. Prazosin sa používa v dávke 2-5 mg 2-3 x denne (u nás t. č. dostupný doxazosin).
Labetalol – kombinovaný alfa a beta blokátor možno použiť v dávke 200-600 mg 2 x denne. Beta blokátor - možno pridať najskôr 3 - 4 dni po začatí podávania alfa blokátora. Najčastejšie sú indikované metoprolol, propranolol a atenolol. Metyrosin – kompetitívne inhibuje tyrozín-hydroxylázu – zlepšuje kontrolu TK pred aj po operácii. U nás nie je registrovaný. Okrem adekvátnej alfa blokády je potrebné pred operáciou zvýšiť príjem sodíka v diéte a príjem tekutín. Táto príprava pomáha obnoviť normovolémiu a predchádzať závažnej hypotenzii po odstránení tumoru.

Hypertenzná kríza:
Fentolamín – podáva sa bolus 5 mg i.v. a potom á 2 minúty do normalizácie tlaku krvi.
Nitroprusid sodný – kontinuálna infúzia i.v.
V prípade nedostupnosti možno podať izosorbiddinitrát v i.v. infúzii alebo nifedipín 10 mg p.o. alebo sublinguálne.

Pooperačná liečba:

- náhrada objemu – je základom liečby v pooperačnom období (0,5 až 1,5 násobok pacientovho celkového objemu krvi počas 24 až 48 hodín),
- kontrola pooperačnej hypotenzie je obzvlášť dôležitá, ak pacient užíval metyrozín a dibenylin,
- nevyhnutné monitorovanie: tlak krvi, pulz, diuréza,
- dlhodobá dispenzarizácia - minimálne 10 rokov.

Liečba metastatického a neoperabilného FEO/PGL
Keďže zatiaľ neexistuje účinná liečba metastatického FEO/PGL, cieľom terapie je pokus o definitívne vyliečenie limitovaného a paliácia pokročilého ochorenia. Pri pomalej progresii je možné aplikovať "wait and watch" (čakať a sledovať) prístup, v prípade výraznejšej progresie alebo nekontrolovateľných symptómov sa zasiahne najvhodnejšou liečebnou modalitou. Terapeutické postupy zahŕňajú farmokoterapiu hypertenzie a ďalších symptómov, chirurgický debulking, lokálnu ablačnú terapiu, rádioterapiu, chemoterapiu, cielené rádioterapeutické a molekulárne metódy. Väčšina týchto modalít patrí do rúk onkológa.
a) Externá rádioterapia
Externá rádioterapia sa používa ako adjuvantná liečba pri chemoterapii. Umožňuje dosiahnuť symptomatickú kontrolu ochorenia u pacientov s limitovaným rozsahom metastatického ochorenia. Ako modalita prvej voľby sa externá rádioterapia používa na liečbu neresekabilných PGL v oblasti hlavy a krku. Pri týchto tumoroch je tiež možné použitie tradičnej frakcionovanej externej rádioterapie alebo rádiochirurgie s použitím gama noža, lineárneho akcelerátora alebo cyber noža.
b) Cielená rádioterapia pomocou 131I-MIBG alebo 68Ga-DOTA TATE
Vhodná metodika u pacientov s inoperabilným metastatickým FEO/PGL, ktorého bunky vychytávajú 123I-MIBG.
c) Rádiofrekvenčná ablácia
Liečebná modalita používaná na inhibíciu a kontrolu rastu tumoru, hlavne pri kostných a pečeňových léziách.
d) Systémová chemoterapia
Odporúča sa u pacientov s rýchlo progredujúcim inoperabilným metastatickým ochorením a u pacientov s veľkou nádorovou záťažou, či početnými kostnými metastázami. Cieľom chemoterapie je paliácia symptómov a zlepšenie kvality života. Dá sa použiť aj ako neoadjuvantná liečba pred chirurgickou

resekciou objemných nádorov. V liečbe metastatického FEO/PGL sa najčastejšie používa kombinácia cyklofosfamid, vinkristín a dakarbazín (CVD).

e) Cielená molekulová liečba

Napríklad inhibítory m-TOR, inhibítory tyrozínkinázy.

f) Embolizačné metodiky

Prognóza

Dlhodobé prežívanie pacientov po úspešnom odstránení benígneho feochromocytómu sa nelíši od prežívania vekovo primeraných zdravých osôb. Asi 25% pacientov zostáva hypertonikmi, ale táto hypertenzia je obvykle dobre kontrolovaná bežnou antihypertenzívnou liečbou. Prognóza metastatického FEO/PGL závisí od lokalizácie metastáz. Dlhšie prežívajú pacienti s kostnými metastázami než pacienti s hepatálnymi metastázami. Pri veľkej mase nádorových ložísk je pacient ohrozený náhlou kardiovaskulárnou príhodou alebo fatálnou poruchou rytmu.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Po úspešnej eliminácii nádoru je pacient uzdravený a môže vykonávať pracovnú činnosť bez obmedzenia. Pri pretrvávajúcej hypertenzii platia tie isté posudkové kritériá ako u pacientov s primárnou hypertenziou. Pri metastatickej forme FEO/PGL je posudzovanie pracovnej činnosti rovnaké ako iných malígnych chorôb.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Primárny záchyt FEO/PGL je obvykle vo všeobecných, interných, endokrinologických ambulanciách alebo pri akútnych komplikáciách aj urgentných príjmoch. Ďalší manažment pacienta po zvládnutí akútnych príznakov riadi endokrinológ, prípadne internista so skúsenosťami. Pri metastatickom FEO/PGL liečbu indikuje endokrinológ v spolupráci s onkológom (rádionuklidová liečba - endokrinológ + lekár nukleárnej medicíny, molekulová liečba a chemoterapia - onkológ). Po liečbe dispenzárnu starostlivosť vedie endokrinológ.

Ďalšie odporúčania

Po úspešnej liečbe FEO/PGL bez prejavov metastáz má byť pacient dispenzarizovaný na endokrinologickej ambulancii. Európske guidelines odporúčajú sledovanie pacienta po úspešnej operácii FEO/PGL najmenej 10 rokov od operácie. Skríning sa má zamerať na detekciu lokálnej recidívy alebo vzdialených metastáz. Vysoko rizikoví pacienti (mladí, tí, ktorí majú familiárny FEO/PGL alebo mutácie uvedené vyššie, pacienti s PGL) majú byť sledovaní počas celého života. Pri sledovaní sa odporúča stanovenie plazmatických alebo močových metanefrínov a 3-metoxytyramínu raz ročne. U pacientov s negatívnymi metanefrínmi a 3-metoxytyramínom sa odporúča vyšetrenie chromogranínu - raz ročne. Zobrazovacie metódy sa odporúčajú raz za 1-2 roky vtedy, ak bol FEO/PGL biochemicky neaktívny (Plouin PF, a kol., 2014).

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Po vykonaní diagnózy FEO/PGL by mal byť pacient ďalej manažovaný skúseným endokrinológom, ktorý rozhodne o ďalšom postupe, čo sa týka ďalšieho zobrazovania a genetického vyšetrenia.

Alternatívne odporúčania

Medzi alternatívy liečby v prípade nedostatočného efektu terapie alfa a betablokádou, a to najmä u pacientov s metastatickým FEO/PGL patrí metyrosin, t.j. kompetitívny inhibítor tyrozín - hydroxylázy,

ktorý môže zlepšiť kontrolu krvného tlaku pred operáciou, ale aj u inoperabilných pacientov. U nás ani v EÚ nie je registrovaný.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Pri revízii doplniť liečbu metastazujúceho FEO/PGL onkológom a odborníkom nukleárnej medicíny. Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

1. Lazúrová I: Feochromocytóm. Štandardné diagnostické a terapeutické postupy, 2013, Vienala

2. Pacak K, Eisenhofer G: An assessment of biochemical tests for the diagnosis of pheochromocytoma. Nat Clin Pract Endocrinol Metab, 2007, Nov 3, 744-5

3. Pacak K: Preoperative management of the pheochromocytoma patient. J Clin Endocrinol Metab, 2007, Nov 92: 4069 - 79

4. Lenders JW, Duh QY, Eisenhofer G, a kol.: Pheochromocytoma and paraganglioma: an endocrine society clinical practice guidelines. J Clin Endocrinol Metab, 2014, Jun 99:1915-42

5. Ghayee HK, Havekes B, Corssmit EPM, a kol.: Mediastinal paragangliomas: association with mutation in the succinate dehydrogenase genes and agressive behaviour. Endocr Related cancer, 2009, Mar, 16: 291-9

6. Gimenez-Roqueplo AP, Dahia PL, Robledo M. An update on the genetics of paraganglioma, pheochromocytoma, and associated hereditary syndromes. Horm Metab Res. 2012 May;44(5):328-33.

7. Plouin PF, Fitzgerald P, Rich T, Ayala-Ramirez M, Perrier ND, Baudin E, Jimenez C. Metastatic pheochromocytoma and paraganglioma: focus on therapeutics. Horm Metab Res. 2012 May;44(5):390-9.

8. Farrugia FA, Martikos G, Tzanetis P, Charalampopoulos A, Misiakos E, Zavras N, Sotiropoulos D. Pheochromocytoma, diagnosis and treatment: Review of the literature. Endocr Regul. 2017 Jul 1;51(3):168-181.

9. Zelinka T, Petrák O, Hamplová B, Turková H, Waldauf P, Rosa J, Šomlóová Z, a kol.: Biochemical Testing After Pheochromocytoma Removal: How Early? Horm Metab Res. 2015 Aug;47(9):633-6.

10. Plouin PF, Amar L, Dekkers OM, a kol.: European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline for long-term follow-up of patients operated on for a pheochromocytoma or a paraganglioma. European Journal of Endocrinology, 2016, 174, G1-G10

11. Lenders JWM, Eisenhofer G. Update on Modern Management of Pheochromocytoma and Paraganglioma. Endocrinol Metab (Seoul). 2017 Jun;32(2):152-161

12. Jochmanová I, Pacak K. Pheochromocytoma/Paraganglioma: Update on Diagnosis and Management. In: Levine AC (Ed.). Adrenal Disorders: Physiology, Pathophysiology and Treatment. Springer International Publishing AG 2018; 261 - 310.

13. Lloyd RV, a kol.. (Eds). WHO Classification of Tumours of Endocrine Organs. 4th ed. WHO/IARC Classification of Tumours. WHO Press. 2017.

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Rehabilitácia v intenzívnej medicíne

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0062	*10. decembra 2019*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

MUDr. Anna Királová, PhD.

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; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

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

kriticky chorý pacient, včasná rehabilitácia, kontraindikácie, fyzioterapeutická intervencia, algoritmy rehabilitačných postupov

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADL	Activities of Daily Living – aktivity denného života
AGR	Antigravitačná relaxácia

ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome – akútna dysfunkcia pľúcneho parenchymu
ARO	Anestéziologicko-resuscitačné oddelenie
CIM	Critical Illness Myopathy – myopatia kriticky chorých
CIP	Critical Illness Polyneuropathy – polyneuropatia kriticky chorých
CIPNM	Critical Illness Polyneuromyopathy – polyneuromyopatia kriticky chorých
CNS	Centrálny nervový systém
EBM	Evidence Based Medicine – medicína založená na dôkazoch
GCS	Glasgow Coma Scale – Glasgowská stupnica porúch vedomia
CHOCHP	Chronická obštrukčná porucha pľúc
ICP	Intracranial Pressure – intrakraniálny tlak
ICU	Intensive Care Unit – jednotka intenzívnej starostlivosti
MAS	Modified Ashworth Scale – Modifikovaná Ashworthova stupnica
MODS	Multiple Organ Dysfunction Syndrome – syndróm multiorgánového zlyhávania
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NMES	Neuromuscular Electrical Stimulation – neuromuskulárna elektrická stimulácia
PEP	Positive Expiratory Pressure – pozitívny expiračný tlak
PICS	Post Intensive Care Syndrom – syndróm po intenzívnej starostlivosti
PIR	Postizometrická relaxácia
PTSS	Post Traumatic Stress Syndrome – posttraumatický stresový syndróm
RASS	Ramsay Agitation Sedation Scale – stupnica agitovanosti a sedácie pacienta
ROM	Range of Motion – rozsah pohybu
TENS	Transkutánna elektrická neurostimulácia
VAS	Vizuálna analogická stupnica na určenie intenzity bolesti
UVP	Umelá ventilácia pľúc

Kritický stav

Kritický stav je definovaný ako stav spojený so zlyhaním jedného, alebo viacerých orgánových systémov, ktorý vznikol na podklade závažného ochorenia, infekcie, operácie alebo úrazu. Ide o život ohrozujúci stav s vysokou pravdepodobnosťou úmrtia. Cieľom liečby je preto minimalizovať dobu jeho trvania (NICE, 2009). Príčiny rozvoja kritického stavu môžu byť nasledovné:

- **Neurologické** (kraniocerebrálne poranenia, cievne mozgové príhody, mozgová hemorágia, hypoxické poškodenie mozgu po zástave srdca, stavy po neurochirurgických výkonoch na mozgu a mieche, poranenia miechy v štádiu šoku, akútne ataky sclerosis multiplex, infekcie CNS, amyotrofická laterálna skleróza, myastenia gravis, polyradikuloneuritídy a iné)
- **Kardiovaskulárne** (stavy po infarkte myokardu, závažné arytmie, embolizácia do pľúc, pľúcny edém, disekcia aorty, stavy po kardiochirurgických výkonoch, hypovolemický šok, závažná hypertenzná kríza a iné)
- **Respiračné** (pneumónie, pneumothorax, fluidothorax, status astmaticus, akútne exacerbácie bronchiálnej astmy, tumory pľúc, chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP), pooperačná respiračná nedostatočnosť, insuficiencia dýchacích svalov pri rôznych ochoreniach a iné)

- **Muskuloskeletálne** (stavy po operáciách na pohybovom aparáte, amputácie, úrazy, polytraumy, popáleniny, kompartment syndróm a iné)
- **Komplikácie** po chirurgických a traumatologických zákrokoch (infekcie, sepsa, hemorágie, tromboembolické príhody, defekty kože a iné)
- **Popáleniny** stredne ťažké (16 - 25% povrchu tela)**.** Pacienta s ťažkými a kritickými popáleninami (40% povrchu tela a viac) je potrebné umiestniť do popáleninového centra
- **Potransplantačné stavy** (po transplantácii obličiek, pečene, srdca, kostnej drene a iné)
- **Onkologické stavy** (po chemoterapii na vybraných pracoviskách, stavy po transplantácii kostnej drene a iné)
- **Metabolické ochorenia a otravy** - dekompenzované stavy pri diabetes mellitus, ochoreniach pečene a obličiek, hyperglykemická a hypoglykemická kóma, hepatálna kóma, uremická kóma, otravy rôzneho druhu

Včasná mobilizácia

V súčasnosti neexistuje jednotné časové vymedzenie pojmu včasná mobilizácia. Možno ju definovať ako aktivitu do 24 hodín (Hickmann, a kol., 2016), 72 hodín (Hodgson, a kol., 2016) až siedmich dní (Fuke, a kol., 2018) po prijatí pacienta na jednotku intenzívnej starostlivosti (ICU), ktorá tvorí stratégiu k mobilizácii pacienta.

Kompetencie

Odborná spôsobilosť na vykonávanie zdravotníckeho povolania je vymedzená v nariadení vlády 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov. Diagnostiku a liečbu kriticky chorých pacientov v intenzívnej medicíne vykonáva lekár so špecializáciou v odbore anestéziológia a intenzívna medicína. Ošetrujúci personál anesteziologicko-resuscitačných oddelení (ARO) realizuje ošetrovateľskú starostlivosť a v plnej miere aj rehabilitačné ošetrovateľstvo.

Zabezpečenie **rehabilitácie** spadá do kompetencie **odboru FBLR,** ktorého tím tvorí lekár FBLR a fyzioterapeut**.** Starostlivosť je poskytovaná formou konziliárnej činnosti.

Kompetencie lekára FBLR:

1. Klinické vyšetrenie kardiorespiračného, neurologického a gastrointestinálneho statusu pacienta.
2. Funkčná analýza muskuloskeletálneho systému, porúch funkcie (vedomia, spolupráce, svalovej sily, hybnosti kĺbov, tonusu svalov, citlivosti) a mobility na podklade rehabilitačného vyšetrenia a príslušných testov.
3. Celkové vyhodnotenie a evaluácia stavu pacienta na základe klinickej i funkčnej analýzy a profilu vnútorného prostredia pacienta.
4. Preštudovanie kompletnej dokumentácie pacienta.
5. Zhodnotenie kontraindikácií.
6. Určenie fyzioterapeutickej intervencie.
7. Posúdenie potreby doplnenia vyšetrenia a konziliárnej služby iných špecialistov (neurológ, ortopéd, urológ, traumatológ, chirurg, angiológ, psychiater, psychológ, sociálny pracovník, ergoterapeut a iní).
8. Navrhnutie kontrolného vyšetrenia.

9. Opätovná konzultácia a vyšetrenie z indikácie zmeny zdravotného stavu pacienta na odporučenie lekára anesteziologicko-resuscitačného oddelenia.
10. Vykonanie záznamu o rehabilitačnom vyšetrení do dokumentácie pacienta.

Kompetencie fyzioterapeuta:

1. Realizovať v praxi rehabilitačnú intervenciu, ordinovanú lekárom FBLR.
2. Vykonať kineziologické vyšetrenie a testovanie požadovaných funkcií.
3. Denne pred každou rehabilitačnou intervenciou sa informovať u ošetrujúceho personálu anesteziologicko-resuscitačného oddelenia o zdravotnom stave pacienta a jeho prípadných zmenách.
4. Výraznejšie zmeny hlásiť lekárovi FBLR, ktorý po opätovnom vyšetrení stavu pacienta prehodnotí a navrhne nový postup rehabilitačnej liečby, prípadne rehabilitáciu kontraindikuje. Určí termín ďalšej kontroly.
5. O vyšetrení a priebehu rehabilitácie viesť zdravotnú dokumentáciu.

Úvod

Zlepšením starostlivosti v intenzívnej medicíne narastá počet pacientov, ktorí prežili smrteľné ochorenie alebo úraz, často za cenu rozvoja kritického stavu (Galková, a kol., 2010).

Pacienti trpia rôznymi ťažkosťami aj niekoľko mesiacov a rokov po prekonaní akútneho ochorenia. Tieto ťažkosti sú multifaktoriálne a označujú sa termínom „syndróm po intenzívnej starostlivosti“, Post Intensive Care Syndrom (PICS), (NICE, 2009, Rawal, a kol., 2017). Ide hlavne o problém slabosti dýchacích svalov, imobilný syndróm, polyneuropatiu a myopatiu kriticky chorých. Môžu sa prejaviť už po niekoľkých dňoch pobytu na jednotkách intenzívnej starostlivosti a dvoch dňoch umelej ventilácie pľúc (UVP) (Adler, a kol., 2012).

Pokoj na lôžku, ktorý sa donedávna uprednostňoval, vystriedal nový koncept, *koncept včasnej mobilizácie.* Ako prvý ho uvádza dokument National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) z roku 2009. V súčasnosti o ňom referujú mnohí zahraniční autori (Castro-Avila, a kol., 2015, Green, a kol., 2016, Hickmann, a kol., 2016, Nickels, a kol., 2017, Parker, a kol., 2013, Sommers, a kol., 2015). Podľa nich je to proces zložitý, ale možný a uskutočniteľný (Green, a kol., 2016, Hickmann, a kol., 2016). Uvedenie konceptu do praxe si vyžaduje predovšetkým vypracovanie jasnej stratégie, ktorá v súčasnosti naráža na nedostatok personálu, poznatkov a technického vybavenia. Dôležitý je multidisciplinárny prístup s tímom odborníkov, ktorých činnosť je potrebné koordinovať a následne implementovať do praxe.

Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adoptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Prevencia z pohľadu intenzívnej medicíny

Prevencia PICS je vždy lepšia ako liečba. Prejavy PICS môžu byť prítomné niekoľko mesiacov až rokov po prekonaní akútneho ochorenia a podstatnou mierou znižujú kvalitu života postihnutých jedincov. Najdôležitejšia preventívna stratégia je zhrnutá pod ABCDE zložky (Rawal, a kol., 2017):

Awakening – prebúdzanie za použitia svetla alebo minimálnej sedácie

Breathing – pokus o spontánne dýchanie

Coordination – koordinácia medzi rôznymi odbormi

Delirium monitoring - monitorovanie delíria, vyhodnotenie a manažment

Early ambulation in the ICU- včasná chôdza na ICU

Medzi ďalšie zásady prevencie PICS patrí dôsledný monitoring pacienta, ktorý zahŕňa štandardné a špeciálne monitorovanie, kontrolu glykémie, zamedzenie hypoxémie, zachovanie primeraného nutričného stavu a adekvátneho spánku pacienta.

Prevencia z pohľadu rehabilitácie

Z pohľadu rehabilitácie je dôležitá **včasná mobilizácia** pacienta, ako prevencia trombózy končatín, tromboembolickej choroby, dekubitov, imobilizačného syndrómu, prejavov PICS, slabosti dýchacích svalov, polyneuropatie, myopatie a polyneuromyopatie kriticky chorých.

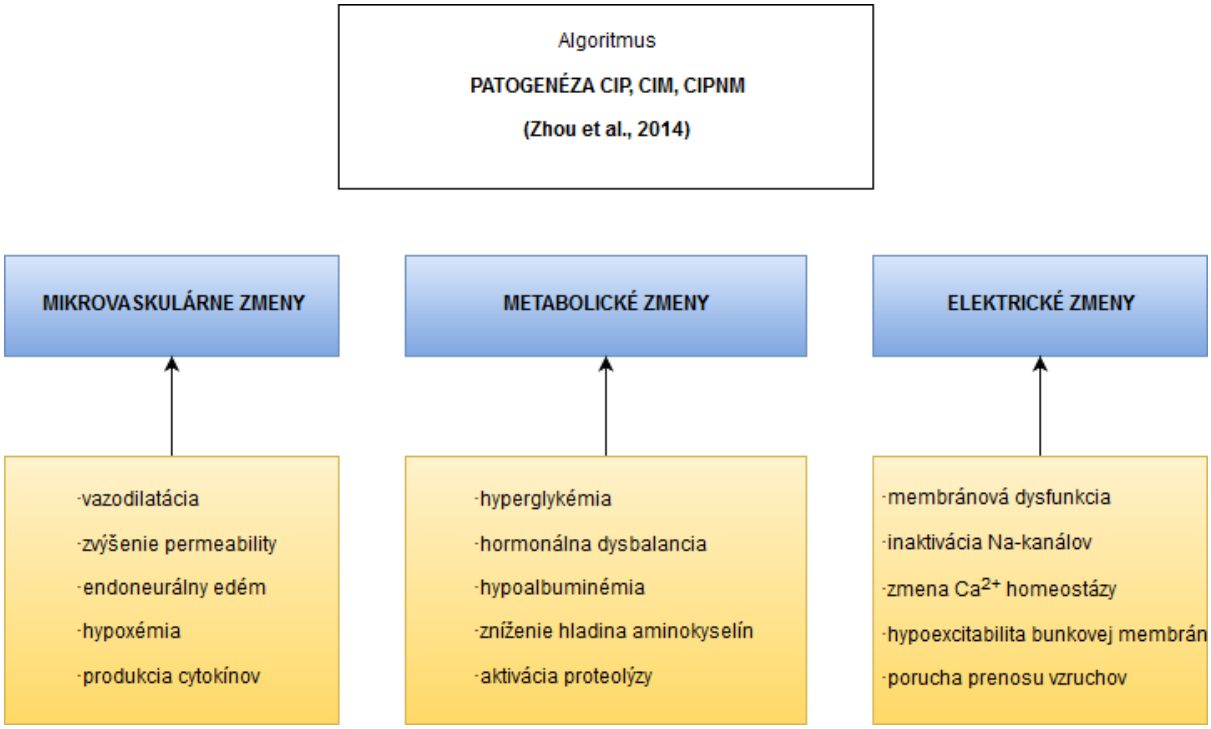
Epidemiológia

Špecifickým problémom u pacientov na ICU je výskyt polyneuropatie kriticky chorých (CIP), myopatie kriticky chorých (CIM) a kombinovanej formy polyneuromyopatie (CIPNM). Ich výskyt sa odhaduje v rozpätí 25-83 % (Jakubíková, 2013). Ochorenia sú často diagnostikované nedostatočne a prispievajú k dlhotrvajúcej mechanickej ventilácii, k významnej morbidite a mortalite pacientov. Rizikovými faktormi sú závažnosť ochorenia, trvanie multiorgánovej dysfunkcie, dĺžka podávania vazopresorov, katecholamínov, kortikosteroidov, dĺžka pobytu na ICU, hyperglykémia, ženské pohlavie, zlyhanie obličiek, hyperosmolalita, hypoalbuminémia, parenterálna výživa, aminoglykozidové ATB a neurologické poruchy (Jakubíková, 2013).

Patofyziológia

U kriticky chorých pacientov dochádza k dysfunkcii niekoľkých orgánových systémov. Respiračná dysfunkcia spôsobuje motorickú insuficienciu práce dýchacích svalov, hlavne bránice, ktorá zabezpečuje 75 % pokojového dychového objemu. Keďže bránica nepokrýva ventilačné potreby organizmu, zvyšuje sa aktivita auxiliárnych inspiračných svalov. Pacient dýcha akoby „celým telom“. Ventilácia je neefektívna, dochádza k hypoxii a postupnému respiračnému zlyhaniu. Ak dychový objem klesne na 150 ml, stav si vyžaduje intervenciu anestéziológa. Po troch dňoch umelej pľúcnej ventilácie dochádza k poklesu výkonnosti dýchacích svalov z inaktivity, čím sa bludný kruh uzatvára (Brett, a kol., 2009).

Dlhodobý pobyt pacienta na ICU spôsobuje zmeny kardiovaskulárneho a muskuloskeletálneho systému, poruchy mikcie, obstipáciu, poruchy kognitívnych funkcií, dochádza k rozvoju polyneuropatie, myopatie alebo ich kombinovanej formy (Yu, 2010). Periférne nervy a svaly sú poškodené poruchou mikrocirkulácie, kombináciou ischemickej a cytopatickej hypoxie. CIM sa spája s membránovou dysfunkciou svalových vlákien a inaktiváciou sodíkových kanálov, ktoré následne nie sú schopné prenášať signály. Manifestuje sa ako fulminantná nekrotizujúca alebo kachektická myopatia (Shepherd, a kol., 2017). Pri CIP sa predpokladajú zmeny mikrocirkulácie, spojené so systémovým zápalom, zvýšenou vaskulárnou permeabilitou, edémom v endoneurálnom priestore a tiež inaktiváciou sodíkových kanálov (Graf 1). Hypoalbuminémia a hyperglykémia môžu edém zhoršiť. V mitochondriách sa tvorí menej ATP. Hromadenie kyseliny mliečnej okysľuje vnútorné prostredie svalových buniek. Dôsledkom katabolizmu a zvýšeného odbúravania svalových proteínov je vznik atrofie a slabosti svalov. Určitý stupeň svalovej slabosti je prítomný u všetkých pacientov v kritickom stave. Významnou sa stáva, keď generalizovaná slabosť perzistuje a je ťažkého stupňa. Strata telesnej hmotnosti u pacientov s kritickým ochorením je približne 1 % hmotnosti denne (Parry, a kol., 2012). Dlhšie trvajúci stav spôsobí zmenu mikroarchitektoniky kostí, zmenu pomeru osteorezorbcie a osteoformácie, rozvoj sekundárnej osteoporózy a tvorbu heterotopických osifikácií.



Graf 1 Patogenéza CIP, CIM, CIPNM (Zhou a kol.., 2014)

Klasifikácia

Polyneuropatia kriticky chorých

Polyneuropatia kriticky chorých vzniká hlavne u pacientov so sepsou, multiorgánovou dysfunkciou a dlhotrvajúcou pľúcnou ventiláciou. Termín bol zavedený Boltonom v roku 1984. Často prvým príznakom CIP býva problematické odpojenie od UVP a symetrická slabosť distálnych častí končatín (Jakubíková, 2013). Hlavové nervy sú len zriedkavo postihnuté. Polyneuropatia kriticky chorých sa môže vyskytovať samostatne, ale často býva spojená s myopatiou kriticky chorých ako kombinovaná forma CIPNM.

Myopatia kriticky chorých

Myopatia kriticky chorých sa manifestuje generalizovanou svalovou slabosťou, distribúcia máva často proximálnu prevahu. Bývajú postihnuté šijové flexory a dýchacie svalstvo. Dnes je známych päť podtypov myopatií kriticky chorých (Zhou, 2014).

Kombinovaná forma polyneuromyopatie CIPNM kriticky chorých je súbehom obidvoch vyššie uvedených klinických jednotiek. Neuromuskulárna slabosť môže pretrvávať u 84-95 % kriticky chorých až po dobu piatich rokov po prekonaní akútneho ochorenia (Parker-Needham, 2013).

Klinický obraz

Klinický obraz kriticky chorých pacientov v akútnej fáze je modifikovaný stavom, ktorý viedol k nutnosti hospitalizácie na anesteziologicko-resuscitačnom oddelení. Môže ísť o príznaky ťažkej choroby, infekcie alebo úrazu. Spoločným znakom týchto pacientov je zlyhanie alebo zlyhávanie základných životných funkcií – vedomia, dýchania a krvného obehu. Po stabilizácii akútnej fázy ochorenia problémy kriticky chorých nekončia.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009) definuje problémy kriticky chorých pacientov po prekonaní akútneho stavu ako:

Somatické problémy - slabosť, únava, potenie, nedostatočné dýchanie, problémy s prehĺtaním, inkontinenciou, neschopnosťou sedieť, stáť, chodiť, postarať sa o seba, problémy so zrakom, sluchom, bolesťou a zmeneným vnímaním.

Psychosociálne problémy – úzkosť, depresia, plačlivosť, poruchy pamäti, pozornosti, apatia, zmätenosť, príznaky posttraumatického stresového syndrómu (PTSS), nočné mory, halucinácie, flashbacky, behaviorálne a kognitívne problémy, ťažkosti so sústredením, komunikáciou, verbálnym prejavom, písaním, transportom, nedostatkom sociálnej interakcie, nízke sebavedomie, deficit organizačných schopností, orientácie, príznaky derealizácie a depersonalizácie (NICE, 2009).
U 25-83 % kriticky chorých pacientov s dĺžkou pobytu na ICU 4-7 dní a na umelej pľúcnej ventilácii sa vyvinie CIP, CIM alebo kombinovaná forma CIPNM kriticky chorých (Jakubíková, 2013).

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

PICO - diagnostická otázka

- Populácia - kriticky chorí pacienti
- Intervencia - včasná diagnostika lekárom FBLR
- Komparácia - zhodnotenie kontraindikácií pre rehabilitáciu
- Výstup – diagnóza a funkčná analýza pacienta

Otázka – Je pacient schopný rehabilitácie?

Podľa Dutch Evidence Based Guideline Development Platform (Sommers a kol., 2015), [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE I A] pred rehabilitáciou na jednotkách intenzívnej starostlivosti sa odporúča zhodnotenie troch kľúčových oblastí:
A) zhodnotenie kontraindikácií (červené vlajky),
B) zhodnotenie funkčného stavu pacienta,
C) určenie fyzioterapeutickej intervencie.

A) Zhodnotenie kontraindikácií

Tabuľka 1

Kontraindikácie rehabilitácie (Sommers, a kol., 2015), [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE I A]

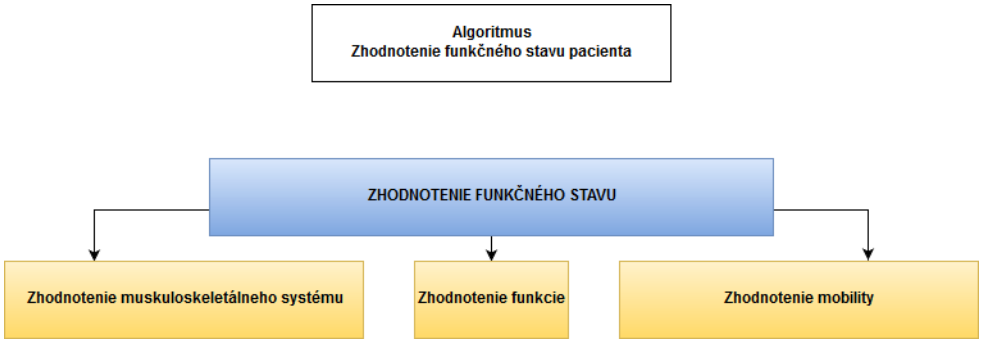
Kontraindikácie rehabilitácie (Red Flags)	
Srdce	• akútny infarkt myokardu • frekvencia srdca < 40minútu a >130/ minútu • trvalá komorová tachykardia • maligne arytmie • hypotenzia, pokles tlaku o viac ako 10 mmHg oproti východiskovému stavu • hypertenzná reakcia na cvičenie, systolický tlak nad 250 mmHg, diastolický tlak nad 115 mmHg
Cirkulácia	• nestabilná cirkulácia, s vysokou potrebou podpory vasopresorov • potreba dopamínu ≥10 mcg/kg/min • potreba nor/adrenalínu ≥0,1 mcg/kg/min
Stredný arteriálny tlak	• stredný arteriálny tlak Mean Presurae Arterialis (MAP) < 60 mmHg a >110 mmHg
Saturácia kyslíka	• pokles oxygenácie kyslíka ≤ 90%
Dýchanie	• dychová frekvencia > 40 dychov / minútu
Ventilácia	• Fi02 ≥ 0,6 • Possitive End Expiratory Pressure (PEEP) ≥10 cmH20
Teplota	• ≥38,5 stupňov Celzia a ≤ 36,0 stupňov Celzia
Metabolické ochorenia	• dekompenzované
Mozog	• kraniotrauma do ukončenia protektívneho režimu mozgu a farmakologického útlmu

Tabuľka 2

Relatívne kontraindikácie rehabilitácie (Sommers, a kol., 2015), [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE I A]

Relatívne kontraindikácie rehabilitácie	
Klinika	• abnormálna farba tváre • bolesť • nadmerné potenie • únava • porucha vedomia
Nestabilná fraktúra	
Neurologická instabilita	• intakraniálny tlak (ICP) ≥20 cmH20 • ak by mobilizácia nebola bezpečná

B) Zhodnotenie funkčného stavu pacienta



Graf 2 Zhodnotenie funkčného stavu pacienta

1) Zhodnotenie muskuloskeletálneho systému

- edém, svalová hypotrofia a atrofia, kontraktúry, deformity, dekubity, rany, jazvy, zlomeniny

2) Zhodnotenie funkcie

- vedomie: Glasgow Coma Scale (GCS)
- spolupráca: spolupracuje úplne, čiastočne, nespolupracuje
- aktívna a pasívna hybnosť kĺbov: orientačne alebo goniometria
- svalová sila: svalový test podľa Jandu
- svalový tonus: klinické vyšetrenie, pri spasticite Modifikovaná Ashworthova stupnica (MAS)
- citlivosť: dotykom

3) Zhodnotenie mobility

- transfery a chôdza: klinické zhodnotenie alebo Barthelovej index
- námaha: mierna, stredne ťažká, ťažká

Prevzaté a modifikované podľa Sommers, a kol., (2015), [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE I A]

C) Určenie fyzioterapeutickej intervencie

Po vylúčení kontraindikácií a zhodnotení funkčného nálezu sa u pacienta určí typ rehabilitačnej intervencie, ako je uvedené v tabuľke 3 (Sommers, a kol., 2015), [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE I A]. Individualizácia programu pre každého pacienta je nevyhnutná.

Tabuľka 3 Fyzioterapeutická intervencia (prevzaté a modifikované podľa Sommers, a kol., 2015), [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE I A]

Nereagujúci a nespolupracujúci pacient	**Reagujúci a čiastočne/úplne spolupracujúci pacient**
GCS < 9	GCS ≥ 9
nespolupracuje	spolupracuje čiatočne alebo úplne
Pasívne cvičenie	**Aktívne a aktívne asistované cvičenie**
každý kĺb cvičiť 5x	každý kĺb cvičiť 8-10x
zostava 1	zostava 3
frekvencia 1x denne	frekvencia 1-2x denne
intenzita námahy nehodnotiteľná	intenzita námahy- mierna
trvanie 20 minút	trvanie 20 minút
Elektrostimulácia (TENS)	**Elektrostimulácia (TENS)**
trvanie 4x15 minút	**Zvyšovanie záťaže pri cvičení**
intenzita 50 Hz	1. zvyšovanie opakovaní (1- 10x)
frekvencia denne	2. zvyšovanie počtu zostáv (1-3)
	3. zvyšovanie intenzity a frekvencie záťaže 1-2/denne
Polohovanie	**ADL aktivity (stabilita, státie, chôdza)**
každé 2 hodiny	mobilizácia mimo lôžka
Pasívne bicyklovanie (ak má pracovisko bicykel)	**Aktívne bicyklovanie** (ak má pracovisko bicykel)
trvanie 20 minút denne	trvanie 20 minút denne
Dlahovanie kontraktúr	**Zvyšovanie kondície**

Liečba

PICO – terapeutická otázka

- Populácia - kriticky chorí pacienti
- Intervencia – určenie vhodnej fyzioterapeutickej intervencie
- Komparácia – realizácia fyzioterapeutickej intervencie v praxi
- Výstup – zlepšenie funkčného stavu kriticky chorých pacientov

Otázka – Je pacient schopný prekladu z anesteziologicko-resuscitačného oddelenia na štandardné lôžko?

Včasná mobilizácia pacienta

National Institute for Health and Clinical Excellence (Brett, a kol., 2009), [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE I A], zaoberajúca sa problematikou rehabilitácie, odporúča riešiť tieto kľúčové princípy:

- S rehabilitáciou na ICU začať tak skoro, ako je to možné na základe klinického a funkčného hodnotenia.
- Na komplexnú starostlivosť zabezpečiť multidisciplinárny tím pracovníkov, ktorí budú úzko spolupracovať.
- Optimalizovať spoluprácu medzi lekármi, zdravotnými sestrami, fyzioterapeutmi, ergoterapeutmi a ostatným personálom.
- Rehabilitačný program zostaviť individuálne pre konkrétneho pacienta.

- Program počas hospitalizácie na ICU a štandardnom lôžku pravidelne kontrolovať, vyhodnocovať a aktualizovať pre dosiahnutie čo najvyššej možnej mobility každý deň.
- Na komplexnú starostlivosť zabezpečiť multidisciplinárny tím pracovníkov, ktorých činnosť budú zabezpečovať a koordinovať pracovníci anesteziologicko-resuscitačných oddelení.
- V komplexnej starostlivosti a rehabilitácii u pacienta kontinuálne pokračovať a stav pravidelne vyhodnocovať aj po jeho prepustení z nemocnice cestou ADOS a ambulantnou formou.
- Vybaviť pacienta potrebnými rehabilitačnými pomôckami nielen počas rehabilitácie na oddelení, ale aj po prepustení z nemocnice.
- Informovať o opatreniach pacienta aj rodinných príslušníkov.
- Involvovať do starostlivosti o pacienta rodinných príslušníkov.

Prínos včasnej mobilizácie pacienta

Od včasnej mobilizácie pacienta sa očakáva minimalizácia komplikácií na lôžku, včasné odpájanie od ventilátora, zlepšenie funkcií kardiovaskulárneho, respiračného, renálneho, muskuloskeletálneho systému, zabránenie malnutrícii, vzniku atrofií svalov, kontraktúr, zlepšenie kognitívnych funkcií, skrátenie pobytu na jednotkách intenzívnej starostlivosti, v nemocnici a zlepšenie kvality života.
Prekážkou mobilizácie býva často ťažká sedacia schopnosť pacienta. Podľa možností by sa malo zvážiť jej zníženie (Green, a kol., 2016), [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE III C].

Pokyny pri vertikalizácii pacienta do stoja

- Vertikalizácia si vyžaduje prípravu a plánovanie, nakoľko je potrebná koordinácia pacienta, ošetrujúceho personálu, zariadení a prístrojov.
- Pacienta je nutné pred vertikalizáciou jasne a vecne o všetkom poučiť. Vysvetliť mu, čo sa od neho bude žiadať a čo má presne robiť.
- Je potrebné zabezpečiť tím dvoch až troch pracovníkov (fyzioterapeut, zdravotná sestra, zdravotný asistent). Určiť jedného člena za vedúceho, ktorý jasne rozdelí úlohy pre jednotlivých členov tímu a bude aktivitu koordinovať. Každý člen tímu musí presne vedieť, čo má na starosti a aká bude jeho úloha.
- Pacient sa vertikalizuje do stoja za pomoci a kontinuálnej kontroly fyzioterapeuta a ošetrujúceho personálu. V bežných podmienkach sa na vertikalizáciu využíva chodítko (G aparát).
- Pacient sa počas celej doby sleduje a kontinuálne monitoruje.
- Pacient s UVP sa odpojí od mechanického ventilátora a vybaví prenosným ventilátorom.
- Všetky katétre, cievky, sondy, kanyly v tele pacienta, potrebné pri liečbe, musia byť zabezpečené a počas vertikalizácie kontrolované.
- K dispozícii musí byť prenosný ventilátor, plná kyslíková fľaša, protišoková súprava, pomôcky na resuscitáciu a invalidný vozík.
- Stanoviť si náhradný plán, o ktorom bude informovaný pacient aj všetci členovia multidisciplinárneho tímu.
- Čas mobilizácie je potrebné individualizovať (Greenetal, 2016), [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE III C].

Predčasné ukončenie rehabilitácie

Rehabilitácia sa ukončí predčasne, ak saturácia kyslíka poklesne pod 88 %. Objaví sa hypotenzia spojená so závratmi, mdlobou a zvýrazneným potením. Srdcová frekvencia bude vyššia ako maximálna srdcová frekvencia (220-vek pacienta). Nastane zmena v srdcovom rytme a dýchaní. Nastúpi extrémna únava,

dýchavičnosť a zvýšenie frekvencie dýchania na viac ako 20 / minútu. Objaví sa výrazná bolesť na hrudníku, nadmerná bledosť kože a slizníc. Rehabilitácia sa môže ukončiť aj z dôvodu požiadavky pacienta (Green, a kol., 2016), [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE III C].

Ciele rehabilitačnej intervencie

Neurologické ochorenia - zlepšenie vedomia, motoriky postihnutých končatín, zlepšenie prehĺtania, fatických funkcií, regulácia svalového tonusu, koordinácie pohybov, budovanie správnych pohybových vzorcov, útlm patologických pohybových vzorcov, prevencia dekubitov, kontraktúr a pneumónie. Vysadzovanie, polohovanie a včasná vertikalizácia. Nácvik aktivít denného života. Podporovanie mikčných funkcií. Kompenzačné pomôcky.

Kardiovaskulárne ochorenia – zlepšenie dýchania, kardiovaskulárnej funkcie a celkovej kondície pacienta, zlepšenie svalovej sily a hybnosti končatín, prevencia dekubitov a TECH. Vysadzovanie a včasná vertikalizácia. Podpora mikčných funkcií. Nácvik aktivít denného života. Kompenzačné pomôcky.

Respiračné ochorenia - skoré odpojenie od ventilátora, zlepšenie dýchania, ekonomizácia funkcie respirácie, zlepšenie sily dýchacích svalov a pohyblivosti hrudníka. Prevencia pneumónie, TECH, dekubitov. Nácvik aktivít denného života. Včasná mobilizácia, vysadzovanie a vertikalizácia.

Muskuloskeletálne ochorenia – zlepšenie pohyblivosti končatín, zlepšenie svalovej sily, zmiernenie edémov, prevencia dekubitov a TECH, reedukácia poškodených pohybových stereotypov, vysadzovanie, včasná vertikalizácia, chôdza, nácvik sebestačnosti pri denných aktivitách. Tréning mikčných funkcií. Vybavenie pacienta kompenzačnými pomôckami.

Popáleniny – prevencia TECH, dekubitov, edému končatín, svalových a kĺbových kontraktúr, polohovanie a dlahovanie, udržanie a zlepšenie pohyblivosti postihnutých aj nepostihnutých kĺbov, starostlivosť o jazvu, mikčné funkcie, dostatočná hydratácia, prevencia zápalu pľúc, vysadzovanie, včasná vertikalizácia, nácvik denných aktivít. Prísny hygienický režim.

Potransplantačné stavy – prevencia TECH, infekcií, zápalov, dekubitov, udržanie pohyblivosti kĺbov, zlepšenie svalovej sily, včasná mobilizácia a vertikalizácia pacienta, nácvik denných aktivít a sebestačnosti. Prísny hygienický režim.

Onkologické stavy – prevencia TECH, edémov, dekubitov, infekcií a zápalov. Udržanie a posilnenie zachovaných funkcií pohybového aparátu, obnova poškodených funkcií pohybového aparátu, podpora cirkulácie, dýchania, prehĺtania, fatických a mikčných funkcií. Liečebný výcvik denných aktivít. Poskytnutie kompenzačných pomôcok.

Metabolické ochorenia a otravy - zlepšenie metabolizmu glukózy a lipidov, zlepšenie vedomia, spolupráce a kardiorespiračnej funkcie. Prevencia dekubitov, TECH, pneumónie a uroinfektov. Tréning mikčných funkcií. Vysadzovanie, včasná vertikalizácia, nácvik aktivít denného života.

Kriticky chorí pacienti zlyhávajú alebo zlyhali v základných životných funkciách, často sa u nich vyskytuje polytrauma a polymorbidita. Tento faktor poukazuje na nevyhnutnosť individualizácie rehabilitačného programu podľa aktuálneho stavu, funkčnej analýzy pacienta a zhodnotenia kontraindikácií.

Rehabilitačné techniky

I. Polohovanie

Preventívne polohovanie - cieľom je odstrániť pôsobenie tlaku na jedno miesto a zabrániť tvorbe dekubitov a kontraktúr. Najčastejšie sa realizuje nízka semi-Fowlerova poloha s elevációu hlavy a trupu do 30 - 45 stupňového uhla, vysoká Fowlerova poloha s elevációu hlavy a trupu do 90 stupňov, poloha na chrbte dorzálna (vypodloženie hlavy a ramien), poloha na chrbte supinačná (bez vypodloženia hlavy a ramien), laterálna poloha (na boku), Simsova poloha (semipronačná, stabilizačná) a pronačná poloha

(poloha na bruchu). Pronačná poloha je výhodná u pacientov po chirurgických výkonoch v oblasti hrdla a úst, u pacientov na umelej pľúcnej ventilácii a s ARDS. Pacientov možno v tejto polohe nechať až šesť hodín. Inak sa pacienti polohujú každé dve hodiny, počas noci každé štyri hodiny.
Korekčné polohovanie je zamerané na polohovanie už vzniknutých patologických zmien. Praktizuje sa pomocou dláh, fixačných pásov a pieskových vakov.
Antalgické polohovanie – na zníženie bolesti (Veverková, a kol., 2019).

II. Hrudná fyzioterapia

Zahŕňa rôzne postupy **pľúcnej rehabilitácie a respiračnej fyzioterapie**. Kontraindikáciou je krvácanie z pľúc, zlomené rebrá, poškodená stena hrudníka, tuberkulóza, akútna astma, pľúcna embólia, pľúcny absces, aktívne krvácanie, akútny infarkt myokardu, niektoré poranenia chrbtice, nedávny chirurgický zákrok a popáleniny hrudnej steny (Zdařilová, a kol., 2005).

Posúdenie efektivity respiračnej fyzioterapie

- zlepšenie hodnôt saturácie hemoglobínu kyslíkom a zlepšenie hodnôt krvných plynov
- posúdenie množstva expektorovaného alebo odsatého spúta
- zníženie frekvencie dychového rytmu, prehĺbenie dychu a navodenie správneho dychového stereotypu
- zlepšenie auskultačného nálezu a rontgenu pľúc

Dýchacia gymnastika

Je systém cvičení, ktorých cieľom je uľahčenie dychovej práce, zlepšenie dýchania, uvoľnenie dýchacieho svalstva, zlepšenie pohyblivosti bránice, rebier a mobilizácia chrbtice. Môže byť *statická, dynamická a mobilizačná*.

a **Statická** je zameraná na správnu techniku dýchania - vdych nosom, výdych ústami.
b Pri **dynamickej dýchacej gymnastike** sa pridávajú k dýchaniu exkurzie horných, dolných končatín, panvy, trupu a hlavy.
c Pri **mobilizačnej dýchacej gymnastike** ide o snahu mobilizovať určitý úsek hrudníka, aj pľúc. Využívajú sa zmeny polôh z horizontálnych do vertikálnych. Súčasťou mobilizačnej dýchacej gymnastiky je **kontaktné dýchanie** (horné, stredné, dolné, bránicové a jednostranne kontaktné dýchanie). Pacient sa usmerňuje tak, aby dýchal do požadovaného miesta hrudníka (Zdařilová, a kol., 2005).

Drenážne techniky

Ich cieľom je odstránenie nadmernej bronchiálnej sekrécie a zlepšenie ventilácie pľúc pomocou autogénnej drenáže, dýchania proti odporu, aktívneho cyklu dychových techník, techniky predĺženého výdychu a huffingu (Zdařilová, a kol., 2005). Možno využiť aj inštrumentálne techniky, napr. flutter, PEP masku (Positive Expiratory Pressure), Acapellu, RC-Cornet, Frolov dýchací trenažér, Threshold IMT a ďalšie techniky (Ošťádal, a kol., 2008).

Reflexná stimulácia dýchania

Vychádza z Vojtovho princípu reflexného otáčania. Na stimuláciu sa využíva hrudná zóna. Stimuláciou sa vyvolá kontrakcia bránice. Následná kontrakcia brušných svalov vedie k zosilneniu nádychu, vystupňovaniu kostálneho dýchania a aktivite interkostálneho svalstva. Je vhodná u pacientov nespolupracujúcich a u pacientov s podpornou umelou pľúcnou ventiláciou. Nie je vhodná u pacientov s riadenou ventiláciou, nakoľko prístroj má väčšiu silu ako reflexný efekt. Kontraindikáciou je kardiopulmonálna nestabilita, febrílie, septický stav, edém mozgu a jeho zápaly, mnohopočetné fraktúry rebier, nestabilita hrudníka, akútny infarkt myokardu, krvácania z pľúc a akútne zápaly pľúc.

Loptičková facilitácia

Ide o facilitačnú metódu so špeciálnymi mäkkými molitanovými loptičkami v rôznych veľkostiach. Gúľaním alebo vytieraním (bez otáčania) loptičky po určených dráhach krku, hrudníka, medzirebrových priestorov, brucha a panvy sa reflexne facilituje dýchacie svalstvo a dýchanie (Obr. 1).



Obrázok 1 Loptičková facilitácia

III. Bazálna stimulácia

Bazálna stimulácia je komplex podnetov, zameraných na zlepšenie pacientovho vnímania, mobility a komunikácie. Stimulujeme dotykom, polohovaním, rečou, kontaktným dýchaním, stimuláciou slinných žliaz, pier, čuchu, zvukovými podnetmi, hudbou a pod. Dôležitou súčasťou konceptu je dôkladne odobratá biografická anamnéza o pacientovi od rodinného príslušníka (Friedlová, 2018).

1) Somatická stimulácia

a) **Polohovanie** - pre pacienta je dôležité vnímať svoje telo. Aplikuje sa poloha „**hniezdo**“, kedy sa pacient ukladá do antispastickej polohy a telo sa mu ohraničí pomocou zrolovanej deky alebo uteráka. Pri polohovaní „**múmia**“ sa pacient pevne zavinie od nôh až hore k ramenám.
b) **Povzbudzujúca somatická stimulácia** – stimulácia sa uskutočňuje pomocou žiniek, naraz oboma dlaňami rúk proti rastu ochlpenia.
c) **Ukľudňujúca somatická masáž** – stimuluje sa žinkami vždy oboma dlaňami rúk v smere rastu ochlpenia.
d) **Kontaktné dýchanie a kontaktné dýchanie s vibráciou** - ruky fyzioterapeuta sú položené na jednom mieste hrudníka dlhší čas. Imitujú dýchacie pohyby. V koncovej výdychovej fáze ľahko prehĺbia výdych alebo aplikujú vibráciu (Obr. 2).



Obrázok 2 Kontaktné dýchanie

2) Vestibulárna stimulácia – pacientovi ležiacemu na lôžku sa otáča hlavou opatrne do strán.
3) Vibračná stimulácia – na ovplyvnenie hĺbky dýchania (Friedlová, 2018).

Nadstavbová stimulácia:
Optická – využíva podnety cez zrakový analyzátor.
Auditívna – pokojne vyslovené slová, obľúbená hudba.
Orálna – stimuly sú mierené na aktivizáciu pier, jazyka a receptorov chuti.
Olfaktorická - čuchová stimulácia.
Taktilno-haptická – pacientovi sa do rúk vkladajú rôzne jemu blízke predmety
(Friedlová, 2018).

IV. Mäkké a fasciálne techniky

Mäkkými technikami sa odstraňujú zlepené štruktúry kože, podkožia, svalov a ich fascie, bolestivé trigger pointy a tender pointy. Využívajú sa protismerné pohyby fascií, Kiblerova riasa, S, C technika a release fenomén (Gúth, a kol., 2004).

V. Postizometrická a antigravitačná relaxácia

Postizometrická relaxácia (PIR) podľa Lewita využíva svalový útlm po izometrickej kontrakcii a následné vytiahnutie svalu so zvýšeným napätím a skrátením. Pri antigravitačnej relaxácii (AGR) v rámci autoterapie sa využíva gravitačné pôsobenie a tiaž určitej časti tela na uvoľnenie skráteného svalu (Gúth, a kol., 2004).

VI. Mobilizačné techniky

Využíva sa pri nich opakovaný jemný pohyb v predpätí zablokovaného segmentu, čím dochádza k obnoveniu pohyblivosti kĺbov končatín, hrudníka a chrbtice (Rychlíková, 1997).

VII. Liečebná telesná výchova

Liečebná telesná výchova je základom pri reedukácii motoriky. Cvičenia v maximálne možnom rozsahu na zachovanie hybnosti v kĺboch – **range of motion (ROM) pasívneho charakteru** sa preferujú pri bezvedomí pacienta a nemožnosti spolupráce. Po zlepšení vigility a spolupráce pacienta sa zaraďujú do cvičebnej zostavy **aktívne asistované a aktívne** cvičenia. Pri **cvičeniach v predstave** si pacient predstavuje pohyb na plegickej alebo amputovanej končatine. Ak to stav pacienta dovolí, zaháji sa včasná vertikalizácia do sedu, stoja, nácvik transferov a chôdze. Využívaním vhodných **náradí a pomôcok** sa cvičenia ľahšie realizujú. **Facilitačné techniky** (podľa Kabáta, Bobátha, Roodovej, Vojtu)

sa indikujú pri poškodení centrálneho motoneurónu. Pri periférnych parézach sú základnou platformou cvičenia analytické, ktoré sa realizujú **podľa svalového testu. Cievnou gymnastikou** (pasívnou, aktívnou) horných a dolných končatín sa predchádza tromboembolickej chorobe a edému končatín. **Rytmická stabilizácia** sa zaraďuje do cvičebnej zostavy pri poruchách rovnováhy. **Mikčné funkcie** sa podporujú u cievkovaných pacientov tým, že permanentný katéter sa zastavuje a odpúšťa každé dve hodiny so súčasným poklepom a následným tlakom nad symfýzou. Interval zatvárania katétra sa predlžuje na štyri hodiny. Keď pacient toleruje štvorhodinový interval, permanentný katéter sa odstráni a pokračuje pri štartovaní močenia úderom nad symfýzu (Gúth, a kol., 2006).
Bicyklový ergometer (cyklo-ergometer) sa využíva na pasívne a aktívne bicyklovanie pacientov v ľahu na lôžku alebo v sede v kresle. UVP nie je prekážkou. Prístroje majú modality na ručný a nožný pohon. Pacient musí byť kardiovaskulárne, metabolicky a neurologicky stabilizovaný, bez prítomnosti všeobecných kontraindikácií. Vylučujú sa poranenia nohy, panvy, bedrovej chrbtice, akútna trombóza žíl končatín, femorálny vaskulárny prístup a dialyzačný katéter (Nickels, a kol., 2017). Odporúča sa 20 otáčok za minútu, dĺžka bicyklovania 20 minút.

VIII. Fyzikálna terapia

Aplikáciou **rôznych prúdov (nízko frekvenčných, strednofrekvenčných, vysokofrekvenčných), magnetického poľa, polarizovaného svetla, tepla, chladu** sa ovplyvní neuromuskulárna dráždivosť, bolestivosť, metabolizmus v tkanivách a funkcia orgánov.

Neuromuskulárna elektrická stimulácia. Strata svalovej hmoty predstavuje úbytok asi 1 % hmotnosti pacienta za deň (Parry, a kol., 2012). Neuromuskulárna elektrická stimulácia (NMES) je alternatívnou stratégiou pre tréning svalov, nakoľko nevyžaduje aktívnu spoluprácu pacienta. Segers so spolupracovníkmi (2014) uvádzajú, že kriticky chorí pacienti so sepsou, edémom a v liečbe vazopresormi menej reagujú na NMES kontrakciou kvadricepsových svalov [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE II B].
Pre potreby elektrogymnastiky svalov a dlhodobé dráždenie je vhodná bipolárna technika, s frekvenciou 50 Hz. Pre fázické svaly je vhodná doba kontrakcie 3-6 sekúnd, pauza 2-3x dlhšia ako kontrakcia. Pre tonické svaly sa odporúča doba kontrakcie 10-40 sekúnd, pauza minimálne rovnako dlhá alebo dvojnásobná. Optimálne trvanie stimulácie je 15 minút (Podebradský, Vařeka, 1998). Aplikuje sa za účelom zlepšenia mikrocirkulácie a posilnenia svalov (Kho, 2015, Maffiuletti, a kol., 2013), [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE I A].
Po NMES sa dokázal zvýšený počet endotelových progenitorových buniek v periférnej krvi (Stefanou a kol., 2016), [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE III C]. Dysfunkcia endotelu a mikrocirkulácie je pritom rizikovým faktorom pre multiorgánové zlyhanie a ICU slabosť. NMES predstavuje účinnú intervenčnú stratégiu na prevenciu atrofie kostrového svalstva kriticky chorých pacientov (Dirks, a kol., 2015), [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE III C].
Kontraindikáciou NMES je kardiostimulátor, gravidita, kovové materiály v prúdovej dráhe, otvorené rany, epilepsia, infekčné ochorenia, febrilné stavy nad 38,5 stupňov Celzia, dekompenzované kardiovaskulárne, metabolické a pľúcne ochorenia, krvácavé stavy, myasténia gravis.
Transkutánna elektrická neurostimulácia (TENS) je forma nízkofrekvenčnej elektroterapie, využívajúca impulzy kratšie ako 1 ms, obvykle 10-750 μs na ovplyvnenie bolesti a stimuláciu oslabených svalov. Existuje viac druhov TENS prístrojov. Na elektrogymnastiku a stimuláciu oslabených svalov sa využíva tzv. TENS surge, s nastaviteľnou dĺžkou impulzu 100-500 μs a optimálnou frekvenciou 50 Hz (Obr. 3). Je to amplitúdovo modulovaný konvenčný TENS (Poděbradský, Vařeka, 1998). Jeho aplikácia zlepšuje prekrvenie a svalovú silu. Nie je potrebná aktívna spolupráca pacienta. Indikácie a kontraindikácie sú zhodné s kritériami pre NMES.



Obrázok 3 Aplikácia TENS

Polarizované svetlo podporuje bunečnú a humorálnu obranu organizmu, má biostimulačný a liečebný efekt.

IX. Ergoterapia

Cieľom je zvýšenie sebestačnosti a nezávislosti v denných aktivitách, psychostimulácia vyšších funkcií mozgu a zlepšenie interakcie so sociálnym prostredím. Nácvik denných sebaobslužných aktivít realizuje ošetrujúci personál oddelenia. Nácvik špecifických ergoterapeutických intervencií môže lekár FBLR zvážiť a v rámci konziliárnej činnosti zabezpečiť cestou ergoterapeuta, ak ho nemocnica zamestnáva.

Algoritmus rehabilitačných postupov stabilizovaných pacientov

A) Pacient v bezvedomí, na riadenej umelej pľúcnej ventilácii

Polohovanie pacienta – preventívne a korekčné.

Kompresívna bandáž dolných končatín – prevencia tromboembolickej choroby.

Hrudná fyzioterapia – hygiena dýchacích ciest, mäkké a fasciové techniky, loptičková facilitácia, kontaktné dýchanie, kontaktné dýchanie s vibráciou, odsávanie hlienov.

Bazálna stimulácia.

Liečebná telesná výchova – pasívne cvičenia kĺbov horných a dolných končatín, ROM cvičenia, pasívna cievna gymnastika, facilitačné techniky. Pasívne bicyklovanie dolnými končatinami na lôžku (ak má pracovisko bicykel).

Fyzikálna terapia – polarizované svetlo (hrudník, jazvy, rany), kryogel na edémy, neuromuskulárna elektrická stimulácia (stimulačné TENS) na dolné končatiny (m. quadriceps femoris, m. tibialis anterior).

B) Pacient pri vedomí, na podpornej umelej pľúcnej ventilácii

Polohovanie pacienta – antalgické, preventívne a korekčné.

Kompresívna bandáž dolných končatín – prevencia tromboembolickej choroby.

Hrudná fyzioterapia – hygiena dýchacích ciest, mäkké a fasciové techniky, reflexná stimulácia dýchania, loptičková facilitácia, kontaktné dýchanie, kontaktné dýchanie s vibráciou, dychová gymnastika, odsávanie hlienov.

Bazálna stimulácia.

Liečebná telesná výchova – pasívne a aktívne asistované cvičenia kĺbov horných a dolných končatín, ROM cvičenia, cievna gymnastika, cvičenia s vylúčením gravitácie, aktívne asistované cvičenia, aktívne cvičenia horných a dolných končatín, rezistované cvičenia, facilitačné techniky, cvičenia podľa svalového testu, vysadzovanie na lôžku a do kresla, tréning jemnej motoriky, transfery a vertikalizácia. Pasívne a aktívne bicyklovanie dolnými a hornými končatinami na lôžku a v kresle (ak má pracovisko bicykel). ADL aktivity.
Fyzikálna terapia – polarizované svetlo (hrudník, jazvy, rany), kryogel na edémy.
Neuromuskulárna elektrická stimulácia (stimulačné TENS) na dolné končatiny (m. quadriceps femoris, m. tibialis anterior), oslabené svalstvo horných končatín.

C) Pacient pri vedomí, bez umelej pľúcnej ventilácie
Polohovanie pacienta – antalgické, preventívne a korekčné.
Kompresívna bandáž dolných končatín – prevencia tromboembolickej choroby.
Hrudná fyzioterapia – hygiena dýchacích ciest, mäkké a fasciové techniky, loptičková facilitácia, dychová gymnastika statická, dynamická, mobilizačná, drenážne techniky
Bazálna stimulácia.
Liečebná telesná výchova – pasívne cvičenia, aktívne asistované cvičenia, cvičenia s vylúčením gravitácie, aktívne cvičenia horných a dolných končatín, cievna gymnastika, facilitačné techniky. PIR a AGR skrátených svalov, posilňovanie oslabených svalov, cvičenia podľa svalového testu, cvičenia proti odporu, siliče, vysadzovanie, nácvik transferov, sed v kresle. Postupná vertikalizácia do stoja a nácvik chôdze s pomôckami (chodítka, barle). Tréning mikčných funkcií, ADL aktivít, ergoterapia, cvičenie jemnej motoriky a sebaobsluhy. Aktívne bicyklovanie hornými a dolnými končatinami na posteli a v kresle (ak má pracovisko bicykel).
Fyzikálna terapia – polarizované svetlo (hrudník, jazvy a rany), kryogel na edémy. Neuromuskulárna elektrická stimulácia (stimulačné TENS) na dolné končatiny (m. quadriceps femoris, m. tibialis anterior), oslabené svalstvo horných končatín.
Psychohygiena - psychostimulácia, tréning kognitívnych a komunikatívnych funkcií.

Pri zostavovaní rehabilitačného programu je potrebný individuálny prístup ku každému pacientovi, nakoľko ide o pacientov so závažným zdravotným stavom, ktorý sa často rýchlo mení, čo si následne vyžaduje aktualizáciu rehabilitačnej intervencie.
Rozsah ordinovanej rehabilitačnej liečby, liečebnej telesnej výchovy a fyzikálnej terapie určí lekár FBLR, ktorý sa riadi indikáciami a kontraindikáciami stavu pacienta, ako aj personálnymi a materiálno-technickými možnosťami daného pracoviska.

Prognóza

PICO – prognostická otázka

- Populácia – kriticky chorí pacienti
- Intervencia – včasná rehabilitácia znižuje výskyt komplikácii kriticky chorých
- Komparácia – bez včasnej rehabilitácie bude zvýšený výskyt komplikácií kriticky chorých
- Výstup - prevencia komplikácií kriticky chorých pacientov

Otázka – Zlepší uvedený štandard prognózu a kvalitu života kriticky chorých pacientov?

Prognóza kriticky chorých je vo všeobecnosti nepriaznivá. Celková úmrtnosť sa pohybuje nad 50 %, pričom v prvých 15 dňoch hospitalizácie dosahuje až 80 % (Unal, a kol., 2015). Prognóza je závislá od závažnosti a rozsahu základného ochorenia, veku pacienta, komorbidít, pridružených komplikácií, dĺžky pobytu na ICU, dĺžky UVP, metabolického a nutričného profilu pacienta a kontroly rizikových faktorov.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

1. Diagnostiku a liečbu základného ochorenia realizuje lekár so špecializáciou v odbore anestéziológia a intenzívna medicína, ktorý rozhodne o konzultácii lekára FBLR po stabilizácii stavu pacienta.
2. Lekár FBLR vyšetrí a realizuje funkčnú analýzu pacienta. Zhodnotí, či je pacient vhodný na rehabilitáciu a v akom rozsahu. Stanoví rehabilitačný program, na základe ktorého fyzioterapeut prevedie fyzioterapeutickú intervenciu.
3. Pred každým cvičením fyzioterapeut konzultuje s ošetrujúcim lekárom anesteziologicko-resuscitačného oddelenia, či nedošlo k zmenám zdravotného stavu pacienta, hlavne k zhoršeniu.
4. Pri zmene zdravotného stavu konzultuje ošetrujúci lekár aj fyzioterapeut lekára FBLR, ktorý pacienta opätovne vyšetrí a rehabilitačný program upraví, prípadne rehabilitáciu kontraindikuje.
5. Ošetrujúci personál anesteziologicko-resuscitačného oddelenia sa podieľa na rehabilitačnom ošetrovateľstve a v plnom rozsahu môže realizovať bazálnu stimuláciu.
6. Materiálno-technické vybavenie poskytne anesteziologicko-resuscitačné oddelenie.
7. Špeciálny kurz pre lekárov FBLR a fyzioterapeutov v problematike rehabilitácie v intenzívnej medicíne zatiaľ nie je.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Indikátory kvality

- Dĺžka pobytu na ICU, podiel prekladov na ICU, úmrtnosť, komplikácie, dĺžka UVP, nozokomiálne nákazy, rehospitalizovanosť, operovateľnosť, dekubity.
- Úroveň mobility pacienta, funkčný status, samostatnosť v ADL, svalová sila kostrového svalstva, psychický status, kvalita života, spokojnosť pacienta, spokojnosť príbuzných.
- Personálne a materiálno-technické zabezpečenie anesteziologicko-resuscitačných pracovísk, multidisciplinárna spolupráca, edukácia personálu, ekonomické ukazovatele.

Zber dát cestou zdravotných poisťovní, alebo prostredníctvom NCZI.

Alternatívne odporúčania

Modifikovaný protokol mobilizácie pacientov

Morris so spolupracovníkmi (2008) vypracovali protokol mobilizácie pacientov, ktorého prínos overili pomocou prospektívnej štúdie [VÁHA DÔKAZOV ÚROVNE II B]. Protokol bol následne podkladom pre vypracovanie modifikovaného protokolu Univerzitnej nemocnice Leueven v Belgicku (Gosselink, a kol., 2011). Jeho prínosom je diferenciácia pacientov do šiestich úrovní podľa klinického stavu, spolupráce a mobility, s implementovanými rehabilitačnými intervenciami na jednotlivých úrovniach. Využitie protokolu v modifikovanej podobe možno odporučiť ako alternatívu aj na Slovensku.

- **Úroveň 0** – zahŕňa pacientov v akútnej fáze ochorenia alebo úrazu, GCS<5, RASS -5/-3, v bezvedomí, nespolupracujúcich, zväčša na UVP pre respiračné zlyhanie, s nestabilnou cirkuláciou, potrebou vysokých dávok vazopresorov, teplotou, nestabilnými fraktúrami, v riešení traumatológa, neurochirurga, chirurga. Pacienti na tejto úrovni nie sú vhodní na pohybovú liečbu a rehabilitáciu. Realizuje sa u nich operačná intervencia, základná ošetrovateľská starostlivosť a polohovanie v dvojhodinových intervaloch ako prevencia dekubitov.

- **Úroveň 1** – zahŕňa pacientov v akútnej fáze s mnohými zdravotnými problémami, väčšinu dňa so stabilnou cirkuláciou, s prijateľnou saturáciou kyslíka, s výraznou slabosťou, svalovou silou podľa Jandu < 2. st. , GCS<9, RASS -3/-1, pacientov pripútaných na lôžko, schopných polosedu vo Fowlerovej polohe s vypodložením podľa tolerancie, neschopných transferov. Spolupracujúcich v minimálnej miere. Pri všetkých denných aktivitách pacienti vyžadujú asistenciu druhej osoby. Indikované je u nich polohovanie v dvojhodinových intervaloch, limitované pasívne cvičenie, NMES svalov, dlahovanie kontraktúr, pasívne bicyklovanie dolnými končatinami na lôžku.
- **Úroveň 2** – ide o pacientov v akútnej/subakútnej fáze s viacerými zdravotnými problémami, hemodynamicky stabilných, s prijateľnou saturáciou kyslíka, svalová sila podľa Jandu 2.-3.stupeň, RASS >+1, GSS > 9, s limitovanou toleranciou záťaže. Je možná čiastočná spolupráca. Sú schopní sedu na lôžku s vypodložením podľa tolerancie, pasívnych transferov z lôžka do kresla. Zvládnu aktívne asistované cvičenia, dlahovanie kontraktúr, polohovanie v dvojhodinových intervaloch a NMES svalov. Pasívne a krátkodobé aktívne bicyklovanie dolnými končatinami na lôžku.
- **Úroveň 3** – zahŕňa pacientov v subakútnej fáze, s dobrou spoluprácou, GCS>12, RASS -1/+1, so zdravotnými problémami v regresii, hemodynamicky stabilných, s dobrou saturáciou kyslíka, slabých, ale tolerujúcich progresívnejšie zvyšovanie záťaže, svalová sila podľa Jandu 3. až +3. stupeň, so stabilným sedom na lôžku a v kresle podľa tolerancie. Možno u nich aplikovať okrem polohovania v dvojhodinových intervaloch aj aktívne cvičenia, aktívne rezistované cvičenia, aktívny transport do kresla s asistenciou dvoch osôb, tiež stoj pri lôžku s asistenciou dvoch osôb. NMES oslabených svalov, aktívne bicyklovanie dolnými a hornými končatinami na lôžku alebo v kresle, základné ADL aktivity.
- **Úroveň 4** – zahŕňa pacientov pri vedomí, s plnou spoluprácou, GCS=15, RASS=0, hemodynamicky stabilných, odpojených z umelej pľúcnej ventilácie, schopných sedu na lôžku a v kresle, schopných aktívneho transportu do kresla, stoja a chôdze s asistenciou jednej osoby a pomôckami. Svalová sila podľa Jandu 4. stupeň. Tolerujú aktívne a rezistované cvičenia, aktívne bicyklovanie dolnými a hornými končatinami na lôžku a v kresle, NMES selektívne oslabených svalov a ADL aktivity.
- **Úroveň 5 -** ide o pacientov plne spolupracujúcich, pri vedomí, GCS=15, so stabilnými hodnotami vnútorného prostredia, spontánne dýchajúcich, so svalovou silou podľa Jandu +4.stupeň, RASS = 0. Schopných sedieť, stáť, aktívne sa presúvať do kresla, chôdzu s asistenciou. Tolerujú aktívne a rezistované cvičenia, aktívne bicyklovanie dolnými a hornými končatinami na lôžku a v kresle. ADL aktivity. Pacienti sú kandidáti na preloženie z ICU na štandardné lôžko (Gosselink, a kol., 2011).

Niektorí pacienti vzhľadom na zlý celkový stav, komorbiditu, ťažké zranenie, ťažkú kardiopulmonálnu dysfunkciu, popálenie, poranenie mozgu a miechy zostávajú na 0-1 úrovni a nie sú schopní prechodu do ďalších fáz.

Tabuľka 4

Modifikovaný protokol Univerzitnej nemocnice Leueven, Belgicko					
Úroveň 0	**Úroveň 1**	**Úroveň 2**	**Úroveň 3**	**Úroveň 4**	**Úroveň 5**
GCS <5 RASS -5/-3 nespolupracuje	GCS <9 RASS -3/-1 spolupracuje minimálne	GCS >9 RASS>+1 čiastočne spolupracuje	GCS >12 RASS -1/+1 čiastočne spolupracuje	GCS = 15 RASS = 0 úplne spolupracuje	GCS = 15 RASS = 0 úplne spolupracuje
svalová sila nehodnotiteľná	svalová sila Janda <2. stupeň	svalová sila Janda 2. až 3. stupeň	svalová sila Janda 3. až +3. stupeň	svalová sila Janda 4. stupeň	svalová sila Janda +4. stupeň
cvičenie nevhodné polohovať á 2 hodiny	pasívne cvičenie polohovať á 2 hodiny	aktívne asistované cvičenie, polohovať á 2 hodiny	aktívne cvičenie, aktívne rezistované cvičenie	aktívne a rezistované cvičenie	aktívne a rezistované cvičenie
		sed na lôžku s vypodložením, pasívny transfer do kresla	sed mimo lôžka aktívny transfer do kresla s asistenciou 2 osôb	sed mimo lôžka aktívny transfer do kresla	sed mimo lôžka, aktívny transfer do kresla
	cyklo-ergometer na lôžku pasívne DK	cyklo-ergometer na lôžku pasívne/ aktívne DK	cyklo-ergometer na lôžku a v kresle aktívne DK	cyklo-ergometer na lôžku a v kresle aktívne DK aj HK	cyklo-ergometer na lôžku a v kresle aktívne DK aj HK
			stoj s asistenciou 2 osôb	stoj s asistenciou 1 osoby, chôdza s asistenciou, chodítkom, barlami	samostatný stoj, chôdza (s asistenciou)
	NMES svalov	NMES svalov	NMES oslabených svalov ADL	NMES oslabených svalov ADL	NMES oslabených svalov ADL

Poznámka: Gosselink a kol., 2011

Špeciálny doplnok štandardu

Skórovacie systémy

Barthelovej index

Autorkou je Dorothea Barthel. Index hodnotí príjem potravy, kúpanie, osobnú hygienu, obliekanie, ovládanie konečníka, ovládanie močenia, transport na toaletu, transport na posteli, pohyblivosť, chôdzu po schodoch (Tab. 5).

Vyhodnotenie: 0 – 40 bodov = vysoká závislosť, 45 – 60 bodov = závislosť stredného stupňa, 65 – 95 bodov = mierna závislosť, 100 bodov = nezávislosť (Kancir a Korsgaard, 2010).

Tabuľka 5

Barthelovej index

Dátum vyšetrenia:		Vstupné vyšetrenie	Výstupné vyšetrenie
Jedenie / pitie	10 = samostatne, bez pomoci		
	5 = s pomocou		
	0 = nezvládne		
Obliekanie	10 = samostatne, bez pomoci		
	5 = s pomocou		
	0 = nezvládne		
Kúpanie	5 = samostatne / s pomocou		
	0 = nezvládne		
Osobná hygiena	5 = samostatne / s pomocou		
	0 = nezvládne		
Kontinencia moču	10 = plne kontinentný		
	5 = občas kontinentný (max. 1x za 24 hod.)		
	0 = inkontinentný		
Kontinencia stolice	10 = plne kontinentný		
	5 = občas kontinentý		
	0 = inkontinentný		
Presun z postele na stoličku	15 = samostatne, bez pomoci		
	10 = ľahká dopomoc (verbálna alebo fyzická)		
	5 = značná dopomoc		
	0 = nezvládne		
Chôdza po rovine	15 = samostatne nad 50 m		
	10 = chôdza s pomocou 1 osoby		
	5 = samostatnosť na vozíčku		
	0 = nezvládne		
Chôdza po schodoch	10 = samostatne, bez pomoci		
	5 = s pomocou		
	0 = nezvládne		
SPOLU			
Podpis			

Brunnströmovej test
Test na vyhodnotenie závažnosti centrálnych paréz na končatinách v 6 stupňovej stupnici, pričom stupeň 1 znamená ťažkú parézu, stupeň 6 ľahkú parézu (Gúth, a kol.,2003).

Glasgow Coma Scale (GCS) – Glasgowská stupnica porúch vedomia
GCS slúži na posúdenie stavu vedomia pacienta. Hodnotí sa otváranie očí, slovná odpoveď a motorická aktivita (Tab. 6). Norma je 15 bodov. Ľahká porucha vedomia je 13-14 bodov, stredne ťažká 9-12 a ťažká porucha vedomia menej ako 9 bodov (Teasdale, a kol., 2014).

Tabuľka 6

Glasgow Coma Scale	
Skóre	**Najlepšia odpoveď očí na podnet**
4	Otvorené oči spontánne
3	Otvorenie očí na výzvu
2	Otvorenie očí na bolestivý podnet
1	Bez reakcie
Skóre	**Najlepšia slovná odpoveď**
5	Plná orientácia, zmysluplný rozhovor
4	Dezorientovaný, zmätený
3	Neadekvátny verbálny prejav
2	Neartikulované zvuky
1	Bez odpovede
Skóre	**Najlepšia pohybová odpoveď na podnet**
6	Vykonanie príkazu
5	Cielená reakcia na bolesť
4	Necielená reakcia na bolesť
3	Flexia ako reakcia na bolestivý podnet
2	Extenzia ako reakcia na bolestivý podnet
1	Bez reakcie

Goniometria
Poskytuje meranie rozsahu hybnosti v kĺboch pomocou uhlomera. Zápis sa realizuje v metóde SFTR (sagitálnej, frontálnej, transverzálnej rovine a rotácie) (Gúth, a kol.,2003).

Svalový test podľa Jandu
Je určený na zisťovanie svalovej sily. Má šesť stupňov, pričom 0 = bez pohybu, 1 = zášklb, 2 = pohyb s vylúčením gravitácie, 3 = pohyb proti gravitácii, 4 = pohyb proti rezistencii, 5 = pohyb proti značnej rezistencii (Gúth, a kol., 2003).

Modified Ashworth Scale (MAS) - Modifikovaná Ashworthova stupnica
Pomocou nej sa posudzuje intenzita svalového tonusu (Tab.7), (Puzi, a kol.., 2017).

Tabuľka 7

Modifikovaná Ashworthova stupnica	
Tonus svalov	**Skóre**
Normálny tonus	0
Tonus minimálne zvýšený, na konci pohybu minimálny odpor	1
Ľahko zvýšený behom polovice rozsahu pohybu	1+
Tonus zvýšený počas celého pohybu, pohyb sa ľahko prevedie	2
Výrazný vzostup tonusu počas celého rozsahu pohybu, pohyb sa ťažko prevedie	3
Stuhlosť pohybu behom flexie aj extenzie	4

Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)
Stupnica na určenie veľkosti agitovanosti a sedacie pacienta (Tab.8), (Rasheed a kol.., 2019).

Tabuľka 8

Richmond Agitation Sedation Scale			
Skóre	**Charakteristika**	**Skóre**	**Charakteristika**
+4	Bojovný, násilný, ohrozuje personál	-1	Ospalý
+3	Veľmi agitovaný	-2	Ľahko sedovaný
+2	Agitovaný	-3	Stredne sedovaný
+1	Nepokojný	-4	Výrazne sedovaný
0	Normálny	-5	Kóma, nezobuditeľný

Vizuálna analogická stupnica (VAS)
Na úsečke 0-10 pacient označí číslom intenzitu bolesti, ktorú cíti. Číslo 0 znamená bez bolesti a číslo 10 maximálne možnú bolesť (Graf 3), (Gúth a kol., 2003).

0——————————————————————————10
žiadna bolesť **maximálna intenzita bolesti**

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

ADLER, J.- MALONE, D. 2012. Early Mobilization in the Intensive Care Unit. A Systematic Review. In *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal* [online]. March 2012, vol. 23, p. 5-13[cit.2018-02-20].Dostupnénainternete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3286494/>.

BRETT, S.- BHAKTA, B.- CHATER, N. a kol.. 2009. *Rehabilitation after critical illness.* In *NICE clinical guideline 83* [online]. Issue date: March 2009. National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). London,2009,p.191.[cit.2017-12-25].Dostupnénainternete:<https://www.kcl.ac.uk/nursing/departments/cicelysaunders/about/rehabilitation/NICE-guidelines-for-Rehabilitation-after-Critical-Illness-(2009).pdf>.

CASTRO- AVILA A. C.- SERÓN, P.- FAN, E. a kol.. 2015. Effect of Early Rehabilitation during Intensive Care Unit Stay on Functional Status. Systematic Review and Meta- Analysis. In *PLOS ONE* [online]. July 1, 2015, vol.10,no.7,p.1874-1882[cit.2018-01-03].Dostupnéna internete: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130722>.

DIRKS, M. L.- HANSEN, D.- VAN ASSCHE, A. a kol.. 2015. Neuromuscular electrical stimulation prevents muscle wasting in critically ill comatose patiens. In *Clinical Science* [online]. March 2015, vol. 128, no. 6, p. 357–365 [cit. 2018-04-20]. Dostupné na internete: <doi: 1042/CS20140447>.

FRIEDLOVÁ, K. 2018. *Bazální stimulace pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018, s. 204. ISBN 978-80-907053-1-9.

FUKE, R. a kol.. 2018. Early rehabilitation to prevent postintensive care syndrome in patients with critical illness: a systematic review and meta-analysis. In *BMJ open* [online]. 2018, vol. 8, no. 5, e019998, p. 1-10 [cit. 2018-03-12]. Dostupné na internete: <doi:10.1136/bmjopen-2017-019998>.

GALKOVÁ, K.- KIRÁLOVÁ, A. 2010. Rehabilitácia kriticky chorých. *Rehabilitácia. 2010,* 47, č. 4. Bratislava: LIEČREH GÚTH, 2010, s. 208-213. ISSN 0375-0922.

GOSSELINK, R.- CLERCKX, B.- VANHULLEBUSCH, T. a kol.. 2011. Physiotherapy in the Intensive Care Unit. In *Netherlands Journal of Critical Care* [online]. April 2011, vol. 15, no. 2 [cit. 2018-02-02]. Dostupné na internete: <https://www.njcc.nl/sites/nvic.nl/files/NJCC%2002%20review-Gosselink.pdf>.

GÚTH, A. a kol. 2003. *Vyšetrovacie metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov*. Bratislava: LIEČREH GÚTH, 2003, 400 s. ISBN 80-88932-13-0.

GÚTH, A. a kol. 2004. *Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov*. Bratislava: LIEČREH GÚTH, 2004, 468 s. ISBN 80-88932-16-5.

GÚTH, A. a kol. 2006. *Rehabilitácia pre ošetrovateľstvo*. Bratislava: LIEČREH GÚTH, 2006, 98 s. ISBN 80-88932-23-8.

GREEN, M.- MARZANO, V.- LEDITSCHKE, A. a kol.. 2016. Mobilization of intensive care patients: a multidisciplinary practical guide for clinicians. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* [online]. 25 May 2016, vol. 9, p. 247-256 [cit. 2018-03-12]. Dostupné na internete: <doi.org/10.2147/JMDH.599811>.

HICKMANN, CH. E.- CASTANARES- ZAPATERO, D. a kol.. 2016. Teamwork enables high level of early mobilization in critically ill patients. In *Annals of Intensive Care* [online]. 2016, vol. 6, no. 1, p. 80 [cit. 2018-03-12]. Dostupné na internete: <doi:10.1186/s13613-016-0184-y>.

HODGSON, C., L. a kol.. 2016. A binational multicenter pilot feasibility randomized controlled trial of early goal-directed mobilization in the ICU. In Critical Care Medicine [online]. 2016, vol. 44, p. 1145–52. [cit. 2018-03-10]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26968024>.

HODGSON, C. L.- TIPPING, C. J. 2017. Physiotherapy management of intensive care unit – acquired weakness. In *Journal of Physiotherapy* [online]. January 2017, vol. 63, no. 1, p. 4-10 [cit. 2017-12-20]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2016.10.011>.

JAKUBÍKOVÁ, H. 2013. Polyneuropatia a myopatia kriticky chorých: najčastejšia príčina svalovej slabosti a paralýzy. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti* [online]. 2013, 6, č. 1, s. 25 [cit. 2017-11-10]. Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/e2544367776cb2576960ed26340b7e5a.pdf>.

KANCIR, C., B.- KORSGAARD, P., K. 2010. Activities of daily living (Barthel Index) at discharge from the intensive care unit. 2010. In *Critical Care* [online]. 2010, vol. 14, no. 1, p. 439 [cit. 2018-04-26]. Dostupné na internete: < https://dx.doi.org/10.1186%2Fcc8671>.

KHO, M. E. 2015. Rehabilitation in the ICU: Timing it Right. School of Rehabilitation Science [PowerPoint slides]. In *Critical Care Canada Forum* [online]. 2015, October 27 [cit.2017-11-10. Dostupné na internete:<https://criticalcarecanada.com/presentations/2015/rehabilitation_in_the_icu_timing_it_right>.
KHO, M. E- MOLLY, A. J.- CLARKE, F. 2016. Cycle pilot: a protocol for a pilot randomised study of early cycle ergometry versus routine physiotherapy in mechanically ventilated patients. In *BMJ Open* [online]. 2016, vol. 6, no. 4, p. e011659 [cit. 2018-03-05]. Dostupné na internete: <doi: 10.1136/bmjopen-2016-011659>.
KHO, M. E.- TRUONG, A. D.- ZANNI, J. M. a kol.. 2015. Neuromuscular Electrical Stimulation in Mechanically Ventilated patients: A Randomized, Sham-Controlled Pilot Trial with Blinded Outcome Assessment. In *Journal of Critical Care* [online]. February 2015, vol. 30, no. 1, p. 32-39 [cit. 2018-03-05]. Dostupné na internete: <doi:10.1016/j.jcrc.2014.09.014>.
MAFFIULETTI, N. A.- ROIG, M., KARATZANOS, E. a kol.. 2013. Neuromuscular electrical stimulation for preventing skeletal-muscle weakness and wasting in critically ill patients: a systematic review. In *BMC Medicine* [online]. 2013, vol. 11, no. 137, p. 1- 10 [cit. 2018-03-05]. Dostupné na internete: <doi: 10.1186/1741-7015-11-137>.
NARIADENIE VLÁDY 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností [online] [cit. 2019-10-15]. Dostupné na internete:<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2010/296/>.
NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. 2009. Rehabilitation after critical illness. In *NICE Clinical Guidelines 83* [online]. March 2009, p. 91[cit.2017-11-10]. Dostupné na internete:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11822/>.
NICKELS, M. R.- AITKEN, L. M.- WALSHAM, J. a kol.. 2017. Critical Care Cycling Study (CYCLIST) trial protocol: a randomised controlled trial of usual care plus additional in– bed cycling sessions versus usual care in the critically ill. In *BMJ* Open [online]. 22 October 2017, vol. 7, no. 10, p. e017393 [cit. 2018-03-05]. Dostupné na internete: <doi:10,1136/bmjopen-2017-017393>.
OŠŤÁDAL, O.- BURIANOVÁ, K.- ZDAŘILOVÁ, E. 2008. *Léčebná rehabilitace a fyzioterapie v pneumologii.* Olomouc: Vydala Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 54 s. ISBN 978-80-244-1909-1.
PARKER, A. - NEEDHAM, D. M. 2013. The Importance of Early Rehabilitation and Mobility in the ICU. Managing Post-Intensive Care Syndrome in the ICU. In *Society of Critical Care Medicine* [online]. 4 August 2013 [cit. 2018-]. Dostupné na internete: <http://www.sccm.org/Communications/Critical-Connections/Archives/Pages/Importance-Early-Rehabilitation-Mobility-ICU>.
PARKER, A.- SRICHAROENCHAI, T.- NEEDHAM, D. M. 2013. Early Rehabilitation in Intensive Care Unit: Preventing Physical and Mental Health Impairments. In *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports* [online]. December 2013, vol. 1, no. 4, p. 307-314 [cit. 2018-02-02]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3889146/>.
PARRY, M. S.- BERNEY, S.- KOOPMAN, R. a kol.. 2012. Early rehabilitation in critical care (eRiCC): functional electrical stimulation with cycling protocol for a randomised controlled trial. In *BMJ Open* [online]. 2012, vol. 2, no. 5, p. e001891 [cit. 2018-02-02]. Dostupné na internete: <doi: 10.1136/bmjopen-2012-001891>.
PODĚBRADSKÝ, J. - VAŘEKA, I. 1998. *Fyzikální terapie I.* Praha: Grada Publishing, 1998. 264 s. ISBN 80-7169-661-7.
PUZI, A. a kol.. 2017. Modified Ashworth Scale (MAS) Model based on Clinical Data Measurement towards Quantitative Evaluation of Upper Limb Spasticity. In *6th International Conference on Mechatronics - ICOM'17 IOP Publishing IOP Conf. Series: Materials Science and Engineering.* 2017, 260, p. 1-7 [cit. 2018-04-22]. Dostupné na internete: <https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1757-899X/260/1/012024/pdf>.
RASHEED, A., M. a kol.., 2019. Ramsay Sedation Scale and Richmond Agitation Sedation Scale: A Cross-sectional Study. In *Dimensions of Critical Care Nursing* [online]. March/April 2019, vol. 38, no. 2, p 90–95 [cit. 2019-01-12]. Dostupné na internete:
<https://journals.lww.com/dccnjournal/2019/03000/Ramsay_Sedation_Scale_and_Richmond_Agitation.6.aspx>.
RAWAL, G.- YADAV, S.- KUMAR, R. 2017. Post intensive care syndrome: An overview. *Journal of Translational Internal Medicine* [online]. June 2017, vol. 5, no. 2, p. 90- 92 [cit. 2017-12-20]. Dostupné na internete: <doi:10.1515/jtim-2016-0016>.
RYCHLÍKOVÁ, E. 1997. *Manuální medicína*. Praha: MAXDORF s.r.o. s. 426. ISBN 80-85800-46-2.

SEGERS, J.- HERMANS, G.- BRUYNINCKX, F. a kol.. 2014. Feasibility of neuromuscular electrical stimulation in critically ill patients. In *Journal of Critical Care* [online]. December 2014, vol. 29, no. 6, p. 1082- 1088 [cit. 2018-03-05]. Dostupné na internete: <doi:10.1016/j.jcrc.2014.06.024>.
SHEPHERD, S.- BATRA, A.- LERNER, D. P. 2017. Review of Critical Illness Myopathy and Neuropathy. In *Neurohospitalist* [online]. January 2017, vol. 7, no. 1, p. 41- 48 [cit. 2017-11-20]. Dostupné na internete: <doi: 10.1177/1941874416663279>.
SOMMERS, J.- ENGELBERT, R. H.- DETTLING- IHNENFELDT, D. a kol.. 2015. Physiotherapy in the intensive care unit:an evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommmendations. In *Clinical Rehabilitation* [online]. November 2015, vol. 29, no. 11, p. 1051-1063 [cit. 2017-11-17]. Dostupné na internete: <doi:10.1177/0269215514567156>.
STEFANOU, CH.- KARATZANOS, E.- MITSIOU, G. a kol.. 2016. Neuromuscular electrical stimulation acutely mobilizes endothelial progenitor cells in critically ill patients with sepsis. In *Annals of Intensive Care* [online]. 2016, vol. 6, p. 21 [cit. 2017-11-20]. Dostupné na internete: <doi: 10.1186/s13613-016-0123-y>.
TEASDALE, G. a kol.., 2014. The Glasgow Coma Scale at 40 years: standing the test of time. In *Lancet Neurology* [online]. August 2014, vol. 13, no. 8, p. 844-54. 92 [cit. 2018-04-20]. Dostupné na internete: <doi: 10.1016 / S1474-4422 (14) 70120-6>.
UNAL, A.U.- KOSTEK, O. a kol.. 2015. Prognosis of patients in a medical intensive care unit. In *North Clin. Instanb*. [online]. 2015, vol. 2(3): p. 189-195 [cit. 2018-06-27]. Dostupné na internete: <doi: 10.14744/nci.2015.79188>.
VAŇÁSKOVÁ, E.- BEDNÁŘ, M. 2013. Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění. In *Neurológia pre prax* [online]. 2013, vol. 14, no. 3, p. 140–142 [cit. 2018-04-27]. Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/861f2fa01315b2a656e9c1daf727b681.pdf>.
VESTNÍK MZ SR, 2007. Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológia a intenzívna medicína. 2007, Čiastka 11, apríl 2007 Ročník 55.
VEVERKOVÁ, E. a kol. *Ošetřovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I.* Praha: Grada Publishing, 2019, s. 216. ISBN 978-80-271-2418-3.
YU, D. TW. 2010. *Early rehabilitation in intensive care unit.* Hong Kong Society of Critical Care Medicine [online]. Accessed May 2010 [cit. 2017-12-04]. Dostupné na internete: <http:// hkresp.com/index.php/administrator/128-critical-care/666-2010-may-early rehabilitation-in-intensive-care-unit>.
ZDAŘILOVÁ, E. a kol. 2005. Techniky plicní rehabilitace a respirační fyzioterapie při poruchách dýchání u neurologicky nemocných. In *Neurológia pre prax* [online]. 2005, roč. 6, č. 5, p. 263–265 [cit. 2017-12-10]. Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/Zdarilova.pdf>.
ZHOU, CH.- WU, L.- NI, F. a kol.. 2014. Critical illness polyneuropathy and myopathy: a systematic review. In *Neural Regeneration Research* [online]. 1 January 2014, vol. 9, no. 1, p. 101- 110 [cit. 2018-06-17]. Dostupné na internete: <doi: 10.4103/1673-5374.125337>.
Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Klinický štandard fyzioterapie hyperaktívneho mechúra (OAB) a urgentnej inkontinencie moču žien

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0063	*10. decembra 2019*	*schválené*	*15. január 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

doc. PhDr. Magdaléna Hagovská, PhD., Cert. MDT, ; prof. MUDr. Ján Švihra, PhD.

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

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

hyperaktívny mechúr, zmiešaná inkontinencia moču, fyzioterapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

EAU	Európska urologická spoločnosť

OAB	Hyperaktívny mechúr – overactive bladder
ICS	Medzinárodná spoločnosť pre kontinenciu – International continence society
IUGA	Medzinárodná urogynekologická spoločnosť
PD	Panvové dno
SUI	Stresová inkontinencia moču - stress urinary incontinence
PFMT	Tréning svalov panvového dna - pelvic floor muscle training
UUI	Urgentná inkontinencia moču - urgency urinary incontinence
MUI	Zmiešaná inkontinencia moču - mixed urinary incontinence

Hodnotenie kvality dôkazov, sily dôkazov a doporučení

Tabuľka č. 1

Hodnotenie kvality dôkazov, sily dôkazov a doporučení

Štandardné postupy

ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
FYZIOTERAPIA HYPERAKTÍVNEHO MECHÚRA (OAB)
A URGENTNEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN

	Intervenčné štúdie	Diagnostické štúdie	Prognostické štúdie
Level 1	Randomizované štúdie s jasnými výsledkami a nízkym rizikom chyby ALEBO systematický prehľad / hodnotenie literatúry alebo metaanalýza podľa metodiky napr. Cochrane* alebo splnenie najmenej 9 z 11 kritérií kvality podľa nástroja hodnotenia AMSTAR	Systematické preskúmanie vysoko kvalitných (prierezových) štúdií podľa nástrojov hodnotenia kvality s konzistentne uplatňova-ným referenčným štandardom	Systematické preskúmanie vysokokvalitných (longitudinálnych) perspektívnych kohortových štúdií podľa nástrojov hodnotenia kvality
Level 2	Randomizované štúdie s neistý-mi výsledkami a mierne až vysokým rizikom chyby	Individuálne vysokokvalitné (prierezové) štúdie podľa nástrojov na posudzovanie kvality s konzistentne uplatňovanou štandardnou referenciou	Potenciálna kohortová štúdia
Level 3	Nerandomizované štúdie so súbežnými alebo súčasnými kontrolami	Nesledujúce štúdie alebo štúdie bez dôsledne uplatňovaných referenčných štandardov	Analýza prognostic-kých faktorov u osôb v jednej skupine randomizovanej kontrolovanej štúdie
Level 4	Neštandardizované štúdie s historickými kontrolami, stanoviská expertov alebo legislatívne ukotvenia	Prípadové kontrolné štúdie alebo slabý / nezávislý referenčný štandard	Prípadové štúdie alebo prípadové kontrolné štúdie alebo nekvalitná prognostická kohortová štúdia, retrospektívna kohortová štúdia
Level 5	Séria prípadov bez kontroly alebo stanoviská nejasnej povahy	Argumentácia založená na mechanizme, štúdium diagnostického výnosu (bez referenčného štandardu)	nepoužiteľné

Poznámka: *Cochrane je globálna nezávislá sieť výskumníkov, odborníkov, pacientov, opatrovateľov a záujemcov o zdravie

Hodnotenie sily dôkazov (vo vzťahu k EBM)**:**
A: Odporúčanie najvyššie je podporené priamymi vedeckými dôkazmi správne navrhnutými a realizovanými kontrolovanými štúdiami, poskytujúce štatistické výsledky, ktoré dôsledne podporujú doporučenie
B: Odporúčanie je podporené priamymi vedeckými dôkazmi z riadne navrhnutých a realizovaných klinických sérií poskytujúcich štatistické výsledky, ktoré dôsledne podporujú doporučenie
C: Podmienečné odporúčanie je podporené nepriamymi dôkazmi a / alebo posudkami expertov
D: Používa sa ako odporúčanie panelu expertov (ak nie sú iné dôkazy), slabá úroveň dôkazov. (nie sú dostupné meta-analýzy a systémové review ale sú isté váhy dôkazov a ŠDTP je na založený na konsenze odborníkov – Agree II)

Kompetencie

Stanovenie diagnózy:
1. Diagnostiku a indikáciu typu liečby inkontinencie moču, realizuje urológ, gynekológ, urogynekológ.

Algoritmus cesty pacientky:
1. Urológ, gynekológ doporučuje fyzioterapeuta pre pacientky s inkontinenciou.
2. Potreba vyšetrenia pacientky lekárom FBLR je na rozhodnutí gynekológa, urológa. Vyšetrenie psychológom v prípade výskytu OAB a úzkostných stavov.
3. Fyzioterapeut realizuje fyzioterapeutickú diagnostiku a intervenciu. Fyzioterapeut je odborne spôsobilý vykonávať vyšetrenie svalov panvového dna a stanoviť cielený cvičebný program.

Úvod

Hyperaktívny mechúr (OAB) je charakterizovaný urgenciou, frekvenciou a noktúriou. Medzinárodná spoločnosť pre kontinenciu ICS definovala OAB ako urgenciu s alebo bez inkontinencie s frekvenciou močenia viac ako 8 krát denne a noktúriou 2 a viackrát v noci (Haylen, 2010). Príčin vzniku OAB je viacero. Patria ku nim infekcie, tehotenstvo, diabetes mellitus, nad hmotnosť a obezita ako aj úzkostné stavy. Z týchto faktorov nad hmotnosť a obezita predstavujú zvýšené riziko vzniku ďalších zdravotných problémov (Truzzi, 2016; Pomian, 2016).

Štandardizovaná terminológia

Hyperaktívny močový mechúr (OAB)

Medzinárodná urogynekologická spoločnosť (IUGA) a Medzinárodná spoločnosť pre kontinenciu (ICS) defined OAB definovala OAB ako urgenciu obyčajne sprevádzanú frekvenciou a noktúriou s alebo bez urgentnej inkontinencie s absenciou infekcie urinárneho traktu a ďalších patológií. (Haylen, 2010).

Vznikajú tri skupiny pacientov s OAB (Abrams, 2000; Burkhard a kol., 2018).:
1. OAB bez inkontinencie
2. OAB s urgentnou inkontinenciou
3. OAB so zmiešanou – urgentnou a stresovou inkontinenciou

Symptómy: urgencia, močenie častejšie ako každé dve hodiny cez deň, dvakrát v noci a viac, urgentná inkontinencia.

Frekvencia mikcie - Frekvenciou mikcie označujeme počet mikcií. Za normálnu frekvenciu mikcie je považovaných 4 - 7 močení denne, pričom tento počet zostáva konštantný a nemení sa vekom.

Zvýšená frekvencia mikcie nie je signifikantná len pre nestabilný detruzor. Skutočným dôvodom častejšieho močenia môže byť:

- Zvýšený príjem a výdaj tekutín pri zachovanej funkčnej kapacite močového mechúra (diabetes mellitus, diabetes insipidus).
- Zníženie funkčnej kapacity močového mechúra (cystitída, anxieta).
- Zníženie štrukturálnej kapacity močového mechúra (pooperačné stavy, malignity).

Noktúria - je definovaná ako prebudenie sa s cieľom nutne vykonať mikciu.

Urgencia - je pocit náhle vzniknutého silného nútenia na močenie, ktoré môže vyústiť v epizódu inkontinencie.

Polakisúria - je časté nútenie na močenie. Najčastejšou príčinou je infekcia alebo hyperaktívny detruzor.

Urgentná inkontinencia moču - sťažnosť na nedobrovoľný únik moču počas urgencie, alebo nasledujúci bezprostredne po urgencii.

Štandardizácia terminológie funkcie a dysfunkcie svalov panvového dna (Messelink a kol., 2005; Bo a kol., 2016).

Vizuálna inšpekcia

Elevácia perinea – je vnútorný pohyb vulvy, perinea a konečníka.

Pokles perinea – je vonkajší pohyb vulvy, perinea a konečníka. Hodnotí sa v pokoji a pri tlačení. Často pacient vytláča namiesto stiahnutia svalov PD.

Zvýšená svalová aktivita priľahlých svalov – súčasná kontrakcia priľahlých svalov, ktorá nie je žiadúca počas kontrakcie svalov PD. napr. m. rectus abdominis, m. adduktory, m. gluteus maximus.

Digitálna palpácia

Vôľou ovládaná kontrakcia svalov PD – znamená, že pacient je schopný kontrahovať svaly PD na požiadanie. Je pociťovaná ako stlačenie a zdvih pod prstami vyšetrujúceho. Môže byť: žiadna, slabá, normálna a silná (Messelik, 2005).

Vôľou ovládaná relaxácia svalov PD - znamená, že pacient je schopný relaxovať svaly PD na požiadanie po vykonaní ich kontrakcie. Svaly PS sa vrátia po kontrakcii do pôvodného pokojového stavu. Vôľová relaxácia môže absentovať, byť slabá, alebo úplná (Messelik, 2005).

Mimovôľová kontrakcia svalov PD sa môže vyskytnúť počas zvýšenia vnútrobrušného tlaku, napr. pri kašli, aby sa predišlo úniku moču. Môže byť prítomná, alebo neprítomná.

Mimovôľová relaxácia svalov PD je relaxácia, keď žiadame pacienta aby zatlačil ako pri defekácii. Môže byť prítomná, alebo neprítomná.

Panvové dno neschopné relaxácie- znamená, že počas palpácie nie je prítomná vôľová a mimovôľová relaxácia svalov PD.

Panvové dno neschopné kontrakcie – znamená, že počas palpácie nie je prítomná vôľová a mimovôľová kontrakcia svalov PD.

Panvové dno neschopné kontrakcie aj relaxácie - znamená, že počas palpácie nie je prítomná vôľová a mimovôľová kontrakcia a relaxácia svalov PD.

Môžu byť palpovateľné rozdiely na pravej a ľavej strane, prednej a zadnej strane u svalov PD (Messelik, 2005).

Funkcia svalov PD

Normálna funkcia svalov PD – je situácia, pri ktorej svaly PD sú schopné vôľovo a mimovôľovo sa kontrahovať a relaxovať. Vôľová kontrakcia je normálna, alebo silná. Vôľová relaxácia je úplná. Mimovôľová kontrakcia a relaxácia sú prítomné.

Hyperaktívne svaly PD – je situácia, pri ktorej svaly PD nie sú schopné relaxovať. Kontrahujú sa, aj keď je potrebná relaxácia, napr. počas močenia a defekácie. Spôsobuje to problémy s vylučovaní, dyspareuniu, jedná sa o absenciu vôľovej relaxácie.

Nedostatočne aktívne svaly PD - je situácia, pri ktorej svaly PD nie sú schopné kontrakcie. Spôsobuje to inkontinenciu moču, alebo stolice a prolaps orgánov panvy. Jedná sa o absenciu vôľovej a mimovôľovej kontrakcie svalov PD.

Nefunkčné svaly PD – je situácia, pri ktorej sa svaly PD nie sú schopné kontrahovať, ani relaxovať (Messelik, 2005).

Liečba (Burkhard a kol., 2018)

Liečba OAB a urgentnej inkontinencie moču je zameraná na ovplyvnenie urgencie

Behaviorálny tréning - Neoddeliteľnou súčasťou fyzioterapie hyperaktívneho mechúra sú behaviorálne opatrenia a motivácia pacientky. Najdôležitejším prvkom je zvládnutie urgencie. K režimovým opatreniam patrí časovanie močenia, tréning urgencie, mikčný tréning, dvojité močenie, doplnkové techniky, multikomponentný tréning, poučenie o spôsobe zvládnutia krízovej situácie v prípade silného pocitu nútenia na močenie. V prípade nadváhy redukcia hmotnosti, starostlivosť o pravidelné vyprázdňovanie, optimálny príjem tekutín, vyhýbanie sa pitiu močopudných nápojov. Taktiež inštruktáž o správnych mikčných návykoch, t.j. netlačiť ihneď silou pri mikcii, počkať, kým detruzor zrelaxuje. Tieto opatrenia by sa mali stať súčasťou každodenného života pacientov.

Tréning svalov panvového dna - Existujú aj dôkazy že PFMT môže znížiť hyperaktivitu mechúra. Tréning svalov panvového dna je modifikovaný. Snažíme sa získať kontrolu nad schopnosťou kontrakcie a relaxácie, nie iba zvyšovať silu a vytrvalosť svalov panvového dna. (Messelik, 2005, Bo 2013).

Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adoptovaným* medzinárodným postupom.

Prevencia

Viaceré epidemiologické štúdie potvrdili vzťah medzi nad hmotnosťou a obezitou (BMI nad 25 kg/m2) a zvyšujúcou sa incidenciou inkontinencie a OAB (Tariq, 2012; Khullar, 2014; Dursun, 2014). Preto sa doporučuje redukcia nadváhy a obezity.

V rámci prevencie OAB sa doporučuje liečba a eliminovanie úzkostných a stresových faktorov, pretože je dokázané, že existuje vzťah medzi symptómami depresie a úzkosti a OAB (Tzeng, 2019).

Doporučuje sa aj liečba infekcií močového mechúra, aby sa predišlo chronickým zápalom s rizikom vzniku OAB (Truzzi, 2016).

Epidemiológia

Epidemiológia hyperaktívneho mechúra (OAB)

Incidencia OAB nie je známa, len málo pacientov vyhľadá lekársku pomoc. Prevalencia sa vyskytuje pomerne často, a to u oboch pohlaví. Symptómy výrazne ovplyvňujú kvalitu života. Počet pacientov vo svete sa odhaduje na 50 - 100 miliónov. V USA a Európe sa prevalencia odhaduje na viac ako 16%. Výskyt OAB s inkontinenciou moču bol u 9,3% žien a u 2,6% mužov (Breza, 2004). Na Slovensku prevalencia dosiahla 10,2% (Švihra, 2001).

Asi polovicu všetkých foriem inkontinencie moču predstavujú prípady čistej stresovej inkontinencie, v 20% sa vyskytuje stresová inkontinencia v kombinácii s urgentnou a asi v 30% ide o výlučne urgentnú inkontinenciu moču (Švihra, 2012).

Patofyziológia

Urgentná inkontinencia moču

Urgentná inkontinencia moču je charakterizovaná spontánnou alebo vyprovokovanou kontrakciou močového mechúra počas plniacej fázy, sprevádzanou silným nutkaním, ktoré pacientka nemôže potlačiť. Úniku moču predchádza urgencia. Etiologicky hrá často úlohu strata vôľovej kontroly detruzorového reflexu, býva idiopatická alebo neurogénna a podľa prítomnosti svalovej kontrakcie v cystometrickom zázname motorická alebo senzorická.

1. senzorická - nie je sprevádzaná urodynamicky potvrdenou kontrakciou detruzora.
2. motorická - je sprevádzaná kontrakciou detruzora, prejavujúcou sa ako náhly vzostup intravezikálneho tlaku počas plnenia močového mechúra.

Medzi príčiny urgentnej inkontinencie moču patria lézie centrálneho nervového systému, poranenia miechy, demyelizačné ochorenia, sklerosis multiplex, medzi lokálne iritujúce faktory patrí infekcia dolných močových ciest, cystolitiáza a uroteliálny karcinóm (Breza, 2004, 2012).

Zmiešaná inkontinencia moču

Častý je súčasný výskyt stresovej a urgentnej inkontinencie moču. Zmiešaná inkontinencia moču je častá u starších žien. Často je jeden zo symptómov závažnejší ako druhý. Určenie závažnejšieho symptómu je dôležité pri stanovení typu diagnostických a terapeutických intervencií (Švihra, 2012).

Klasifikácia

Medzinárodná spoločnosť pre kontinenciu International Continence Society (ICS) klasifikovala urgenciu na ľahkú, stredne závažnú a komplikovanú - ťažkú, podľa mikčného denníka a PPIUS škály.

Mikčný denník – počet močení celkom/24 hodín, počet cez deň a v noci. Únik moču. Celkový objem moču/24 hodín a objem cez deň a v noci. Priemerný objem na jedno močenie (Hayne, 2010).

Škála pre hodnotenie intenzity urgencie (The Patient Perception of Intensity of Urgency Scale (PPIUS) bola použitá na závažnosť symptómov hyperaktívneho mechúra v mikčnom denníku.

0 = žiadna urgencia - zadržanie močenia na veľmi dlho, bez strachu z pomočenia, 1 = mierna urgencia - som schopný zadržať močenie na tak dlho ako je to potrebné, bez strachu z pomočenia, 2 = stredne závažná urgencia - som schopný zadržať močenie na krátku chvíľu, bez strachu z pomočenia, 3 = závažná urgencia – nie som schopný zadržať močenie, musím bežať na toaletu aby nedošlo k úniku moču, 4 = urgentná inkontinencia - k úniku moču dochádza pred dobehnutím na toaletu. (Cardozo, 2008, Notte, 2012).

Pre hodnotenie symptómov OAB na výskumné účely, je vhodné použiť uvedený dotazník:

OAB-q – skrátená verzia. Krátky dotazník príznakov urgentnej inkontinencie moču. Tento dotazník je zameraný na symptómy urgentnej inkontinencie za posledné 4 týždne. Obsahuje 6 otázok – symptómové skóre (0 - bez symptómov, 100 – najviac symptómov) a 13 otázok, ktoré hodnotia kvalitu života (100 najlepšia kvalita života, 0 najhoršia kvalita života) (Coyne a kol., 2002, 2005). (Cardozo, 2014).

Klinický obraz

Symptómy OAB: nepríjemné nútenie na močenie - urgencia, s alebo bez úniku moču, močenie cez deň každé dve hodiny a menej, močenie v noci dva a viackrát, objem vymočeného moču menej ako 200 ml. Na rehabilitáciu je indikovaná urgencia nekomplikovaná - ľahká, prípadne stredne závažná. Komplikované ťažké urgencie nie sú vhodné na rehabilitačnú liečbu (Švihra, 2012).

Zmiešaná inkontinencia – príznaky OAB a únik moču pri kýchaní, kašli, fyzickej aktivite.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

PICO – diagnostická otázka

- Populácia – pacientky s hyperaktívnym mechúrom (OAB) a urgentneou inkontinenciou moču
- Intervencia - základné fyzioterapeutické diagnostické postupy – anamnéza, PERFECT schéma, vyšetrenie tonusu per vaginam
- Komparácia – alternatívne vyšetrenie povrchovou palpáciou
- Výstup – detekcia dysfunkcie svalov panvového dna

Otázka – u pacientok s hyperaktívnym mechúrom (OAB) a urgentnou inkontinenciou moču postačuje vyšetrenie povrchovou palpáciou na určenie dysfunkcie svalov panvového dna?

Tabuľka č. 2a

Diagnostika			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA HYPERAKTÍVNEHO MECHÚRA (OAB) A URGENTNEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
Poradie	**Odporučenie urológa, urogynekológa**	**Kvalita a sila vedeckého dôkazu**	**Odkaz na literatúru**
1.	Diagnóza - typ UI - stanovená na základe štandardného vyšetrenia urológom, gynekológom, urogynekológom.	1a	Burkhard, 2018 Švihra, 2012
2.	OAB - urgencia - nepríjemné nútenie na močenie, s alebo bez úniku moču, frekvencia - močenie cez deň každé dve hodiny a menej; za deň 8 a viac krát, noktúria - močenie v noci dva a viac krát, malé objemy vymočeného moču - menej ako 200 ml, urgentná inkontinencia - urgencia s únikom moču	1a	Burkhard, 2018 Švihra, 2012
3.	Mikčný denník - počet močení celkom/24 hodín, počet cez deň a v noci. Únik moču. Celkový objem moču/24 hodín a objem cez deň a v noci. Priemerný objem na jedno močenie. Dotazníky : OAB-q - Krátky dotazník príznakov urgentnej inkontinencie moču, PPIUS- Škála pre hodnotenie intenzity urgencie.	1a 1a	Hayne, 2010 Avery,2004 Coyne, 2004 Cardozo, 2008
Základné fyzioterapeutické diagnostické postupy OAB bez inkontinencie a s urgentnou inkontinenciou			
1.	Anamnéza - pacient udá časté močenie a nútenie na močenie, cez deň 8 a viac krát, v noci 2 a viac krát, interval medzi močeniami menej ako 3 hodiny, môže a nemusí byť prítomný únik moču.	1a	Burkhard et al., 2018 Švihra, 2012
2.	Inšpekcia kontrakcie svalov panvového dna.	3c	Bump, 2001
3.	Alternatívne vyšetrenie externou - povrchovou palpáciou svalov panvového dna. Vyšetrenie svalov panvového dna per vaginam je kontraindikované ak : - Nie je indikácia na fyzioterapiu urológom, gynekológom, urogynekológom - Pacientka nedá písomný súhlas - Ak terapeut nie je preškolený na dané vyšetrenie - Iné závažné dôvody	4d	

Tabuľka č. 2b

Diagnostika			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA HYPERAKTÍVNEHO MECHÚRA (OAB) A URGENTNEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
Poradie	**Odporučenie urológa, urogynekológa**	**Kvalita a sila vedeckého dôkazu**	**Odkaz na literatúru**
4.	Vyšetrenie tonusu svalov panvového dna palpačne per vaginam. Hodnotíme tonus a relaxáciu svalov PD a bolesť. Palpačne rebrovým hmatom od močovej trubice zhora nadol na oboch stranách. Nález - hypertonus, normotonus, hypotonus. Maximálna relaxácia po maximálnej kontrakcii = norma. Informujeme sa na bolesť.	1a	Laycock, 2001 Bo, 2013 Brink, 1989
5.	Vyšetrenie sily a vytrvalosti svalov panvového dna podľa PERFECT schémy. P - performance - sila. Využíva sa štvorstupňová škála (žiadna kontrakcia, slabá kontrakcia, normálna kontrakcia, silná kontrakcia, veľmi silná) 0 - 5. E - endurance - vytrvalosť. Pacientka je vyzvaná na maximálnu vôľovú kontrakciu panvového dna, meria sa čas zoslabenia kontrakcie. Čas sa udáva v sekundách, maximálne 10 sekúnd. R - repetitions - opakovanie. Pacientka je vyzvaná na opakované maximálne kontrakcie v dĺžke 3 sekundy, zaznamenávame počet kontrakcií do únavy, alebo zníženie kvality kontrakcií (do 10 kontrakcií). F - fast contractions - rýchle kontrakcie. Pacientka je vyzvaná na rýchlo opakované maximálne kontrakcie panvového dna v dĺžke maximálne jednu sekundu, zaznamenáva sa počet kontrakcií do únavy, respektíve zníženia kvality (do 10 kontrakcií). E,C,T - every contraction timed - každá kontrakcia je časovaná. Vyšetrenie kontrakcie svalov pri PD kašli- náhlom zvýšení intraabdominálneho tlaku. Vyšetrenie kontrakcie svalov PD počas kontrakcie povrchových svalov- schopnosť izolovanej kontrakcie.	1a	Laycock, Jerwood, 2001 Bo, 2013

Tabuľka č. 2c

Diagnostika			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA HYPERAKTÍVNEHO MECHÚRA (OAB) A URGENTNEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
Poradie	**Odporučenie urológa, urogynekológa**	**Kvalita a sila vedeckého dôkazu**	**Odkaz na literatúru**
Rozšírené fyzioterapeutické diagnostické postupy			
6.	Objektívne vyšetrenie sily svalov PD perineometrom a dynamometrom.	1a	Rahmani, 2011 Bo, 2013
7.	EMG biofeedback prostredníctvom povrchových, elektród a vaginálnej elektródy.	1a	Vodušek, 2013

Tabuľka č. 3

Nález / liečba	
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA HYPERAKTÍVNEHO MECHÚRA (OAB) A URGENTNEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN
Nález	**Liečba**
Úplná neschopnosť kontrakcie svalov PD	Elektrostimulácia
Oslabenie svalov PD	Silový tréning, izolované kontrakcie
Znížená výdrž svalov PD	Vytrvalostný tréning, izolované kontrakcie
Spazmy, hypertonus, neschopnosť relaxácie, bolesť	Relaxačný tréning, excentrické kontrakcie, manuálne techniky
Nadmerná aktivita priľahlých svalov	Izolované kontrakcie, diskriminačný tréning

Poznámka : Pedraza, 2014

Liečba

PICO - terapeutická otázka

- Populácia - pacientky s hyperaktívnym mechúrom (OAB) a urgentnou inkontinenciou moču
- Intervencia – cielená a včasná fyzioterapia – behaviorálny tréning, modifikované cvičenia na relaxáciu, silu a vytrvalostnú zložku, podľa nálezu per vaginam, kontrola správne vykonaného cvičenia.
- Komparácia - efekt liečby pri dobrej spolupráci s vyšetrením per vaginam a bez.
- Výstup – redukcia OAB a UUI.

Otázka – postačuje modifikované cvičenie, alebo je nevyhnutný behaviorálny tréning?

Mechanizmus účinku PFMT u UUI:
- Vedomá kontrakcia svalov PD počas urgencie a jej udržanie do odoznenia urgencie.

Tréning svalov panvového dna (PFMT)- je diagnosticko – liečebný koncept, ktorý sa používa na aktiváciu, alebo relaxáciu svalov panvového dna (podľa nálezu fyzioterapeutického vyšetrenia), na zlepšenie kontroly a uvedomenie si svalov PD, s cieľom ústupu symptómovej stresovej a urgentnej inkontinencie moču. (Bo, 2013, 2018).

Tabuľka č. 4a

Priebeh liečby			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA HYPERAKTÍVNEHO MECHÚRA (OAB) A URGENTNEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
Poradie	**Odporučenie**	**Kvalita a sila vedeckého dôkazu**	**Odkaz na literatúru**
Základný liečebný postup - OAB bez inkontinencie a s urgentnou inkontinenciou			
1.	Edukácia pacientky fyzioterapeutom.	1a	Bo, 2013
2.	Behaviorálny tréning - ovplyvnenie urgencie, zmeny mikčných a stravovacích návykov, časovanie močenia, mikčný tréning, dvojité močenie, doplnkové techniky, multikomponentný tréning.	1a	Bo, 2013 Burkhard et al., 2018
3.	PFMT - Na základe vizuálneho a palpačného nálezu vyšetrenia svalov PD prebieha cielená liečba aj v prípade UUI.	1a	Bo, 2013 Oliveira, 2017 Burkhard et al., 2018
4.	Kontrola správnosti cvičenia - 30 % pacientok vykonáva cvičenie nesprávne, čo môže byť zdrojom zhoršovania problémov s OAB. Z uvedených dôvodov je nevyhnutná kontrola správnosti cvičenia palpačne per vaginam.	1a	Bo, 2013 Oliveira, 2017 Burkhard et al., 2018
5.	Intervencie a transfer behaviorálneho tréningu do zvládania aktivít každodenného života.	1a	Chiarelli, 2013
Rozšírený liečebný postup nekomplikovaná - OAB bez inkontinencie a s urgentnou inkontinenciou			
6.	PFMT s elektostimuláciou nie je lepší ako bez v liečbe UUI.	1a	Bo, 2013 Berghmans, 2013 Burkhard et al., 2018
7.	PFMT s biofeedbackom nie je lepší ako PFMT samotný v liečbe UUI. Existuje viacero druhov biofeedbackov. Svetelný signál, zvukový, tlaková sonda, EMG, jednoduchý edukátor, alebo aj ultrazvuk je možné použiť ako biofeedback.	1a	Berghmans, 2013 Burkhard et al., 2018 Bo, 2013

Tabuľka č. 4b

Priebeh liečby			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA HYPERAKTÍVNEHO MECHÚRA (OAB) A URGENTNEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
Poradie	**Odporučenie**	**Kvalita a sila vedeckého dôkazu**	**Odkaz na literatúru**
8.	Cvičenie je vhodné modifikovať, priradiť relaxačné techniky na svaly a ligament v oblasti panvy.	1a	Bo, 2013 Dumoulin, 2014
9.	Po ukončení liečby je pacientka odoslaná k urológovi, gynekológovi, urogynekológovi, v prípade neúspechu liečby ďalší postup zváži lekár prvého kontaktu	-	-

Prognóza

PICO – prognostická otázka

- Populácia - s hyperaktívnym mechúrom (OAB) a urgentnou inkontinenciou moču.
- Intervencia - cielená fyzioterapia, behaviorálny tréning a kontrola správnosti cvičenia zabezpečí, že cvičenie bude realizované správne.
- Komparácia – bez behaviorálneho tréningu je efekt fyzioterapie nedostatočný.
- Výstup – prevencia a liečba dysfunkcie svalov panvového dna pri OAB a UUI.

Otázka - Splní uvedený štandard úlohu zdostupnenia a skvalitnenia zdravotnej fyzioterapeutickej starostlivosti v rámci prevencie a liečby OAB a UUI?

Tabuľka č. 5

Prognóza			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA HYPERAKTÍVNEHO MECHÚRA (OAB) A URGENTNEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
Poradie	**Odporučenie**	**Kvalita a sila vedeckého dôkazu**	**Odkaz na literatúru**
1.	Dĺžka trvania liečby - prvý efekt 3 mesiace, ďalšie zlepšenie 6 mesiacov alebo absencia príznakov, kontrola minimálne 1 x mesačne alebo 1 x týždenne, podľa palpačného nálezu kontroly správnosti cvičenia.	1a	Bo, 2013
2.	Trénovanie špecifických svalov. Tri série denne, 2 - 3 x týždenne. Viac ako 5 mesiacov.	1a	American College of Sport Medicine, 1998
3.	Behaviorálny tréning a PFMT je vhodný aj pre staršie ženy.	1a	Sherbun, 2013
4.	Behaviorálny tréning a PFMT je vhodný pre ženy po pôrode a gynekologických operáciách.	1a	Morkved, 2014 Dumoulin, 2013
5.	Behaviorálny tréning a PFMT je vhodný u neurologických ochorení ako CMP a SM.	1a	Kampen, 2013

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Z posudkového hľadiska sa podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, na účely invalidity posudzuje to ochorenie, ktoré je príčinou urgentnej inkontinencie.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Tabuľka č. 6

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA HYPERAKTÍVNEHO MECHÚRA (OAB) A URGENTNEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
Poradie	**Odporučenie**	**Kvalita a sila vedeckého dôkazu**	**Odkaz na literatúru**
1.	Diagnostiku a indikáciu typu liečby inkontinencie moču realizuje urológ, gynekológ, urogynekológ. Doporučenie na fyzioterapiu.	Urologický štandard pre danú diagnózu	
2.	Liečba je vykonávaná na ambulantnom pracovisku, v samostatnej miestnosti, potrebné je zaistiť dostatočnú intimitu prostredia.		Bo, 2013
3.	Materiálno technické zabezpečenie by malo obsahovať lôžko, plentu, rukavice, biofeedback.		Bo, 2013
4.	Fyzioterapeutickú diagnostiku a liečbu vykonáva registrovaný fyzioterapeut, je absolventom certifikovaného kurzu pre danú problematiku.		Bo, 2013
5.	Pacient podpísal informovaný súhlas u gynekológa, urológa, urogynekológa (nie je kontraindikácia na fyzioterapiu) a následne u fyzioterapeuta (súhlas s palpačným a prístrojovým vaginálnym vyšetrením).		Bo, 2013

Ďalšie odporúčania

Komplexnú rehabilitačnú liečbu je možné využiť pri ľahkých a stredne závažných formách OAB aj v rámci prevencie.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

1. Indikátory kvality
- Mala záujem o uvedenú liečbu?
- Spolupracovala a dodržiavala pokyny fyzioterapeuta?
- Bol efekt fyzioterapie významný?

2. Zber indikátorov kvality
- fyzioterapeut / po absolvovaní ambulantnej fyzioterapie

3. Frekvencia zberu, vyhodnocovanie - raz ročne

4. Definícia indikátora
- počet žien s OAB indikovaných na fyzioterapie (ženy po pôrode, po gynekologických operáciách, po meno pauze)
- (použiť dotazník ICIQ – UI – SF a OAB – q a I-QoL- pre zber dát v rámci hodnotenia prevalencie)
- redukcia OAB po absolvovaní fyzioterapeutickej liečby

5. Zber dát – cestou zdravotných poisťovní vo výkazoch alebo na NCZI do národného registra pre príslušné ochorenia alebo cestou e-Health s odloženou účinnosťou.

Alternatívne odporúčania

Ak nie je možné vykonať palpačné vyšetrenie svalov panvového dna per vaginam z rôznych dôvodov: Alternatívne vyšetrenie externou - povrchovou palpáciou svalov panvového dna – priložením dlane malíčkovou hranou (pri extenzii a addukcii prstov) na perineum je možné čiastočne vyšetriť kontrakciu, relaxáciu a valsalvov manéver (Hall & Brody, 2005).

Nie však možné vyšetriť:

- tonus svalov,
- silu, vytrvalosť, kvalitu a symetriu kontrakcie,
- relaxáciu,
- bolesť počas palpácie, alebo kontrakcie
- kraniálny lift svalov perinea,
- koordináciu s brušnými svalmi počas kontrakcie svalov panvového dna,
- diagnostikovať hyperaktívne panvové dno (napr. u neurologických ochorení, u dyspareunie a pod.).

Podobná situácia je pri vyšetrení svalov panvového dna cez konečník. Literatúra popisuje 25 rôznych spôsobov palpácii (Frawley, 2006; Bo, 2013).

Špeciálny doplnok štandardu

Cvičenie pri ťažkostiach s OAB

Liečba OAB a urgentnej inkontinencie (časté močenie 8 a viackrát denne, nútenie na močenie s alebo bez úniku moču).

Tabuľka č. 7

Behaviorálny tréning	
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA HYPERAKTÍVNEHO MECHÚRA (OAB) A URGENTNEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN
1.	Pitný režim - vyhýbajte sa močopudným nápojom, sýteným nápojom, pite cca 2 l tekutín denne, pite malé množstvá.
2.	Diéta - predchádzanie obstipácii a tráviacim ťažkostiam.
3.	Mikčné návyky - toaleta - sadnúť, uvolniť sa, netlačiť a neurýchľovať močenie.
4.	Tréning urgencie - zvládnutie krízovej situácie. Prehĺbené dýchanie a mentálne úlohy, nevšímanie si pocitu urgencie.
5.	Tréning mechúra - mikčný tréning. Zvyšovanie intervalu medzi močeniami (30-60 min.) o 15 - 30 min. každý týždeň do 3 - 4 hodín.
6.	Multikomponentný behaviorálny tréning. Pri bolestivej urgencii, sed, kontrakcia svalov PD niekoľko krát a čakať na ústup urgencie, mikčný denník. Sila a vytrvalosť (set 15 cvičení 3x denne).
7.	Dvojité močenie - po vymočení ostať na toalete 20 - 30 sekúnd, nakloniť sa a močiť znova.
8.	Doplnkové techniky - tečúca voda, tapping mechúra, vibrácia dolného brucha.
9.	Tréning svalov panvového dna - pomalé slabšie kontrakcie svalov PD.
10.	Časovanie močenia - určitý stanovený interval každé 3 hodiny.

Relaxačný tréning s celkovým uvoľnením a relaxáciou svalov panvy a panvového dna.
Účinok: ovládanie urgencie, zníženie tonusu svalov PD pri hypertone, redukcia pocitu neúplného vymočenia, predĺženie suchého intervalu, redukcia stresu, uvoľnenie organizmu.
Dávkovanie 1 – 2 krát denne, 10 minút, 4 týždne.

Tréning svalov panvového dna podľa nálezu palpačného vaginálneho vyšetrenia

Zásady

a. Sila: Pri nádychu sú svaly uvoľnené, počas výdychu maximálnou silou 100% sťahujeme svaly v oblasti močovej trubice, s výdržou 5 – 10 sekúnd (ak zhoršuje symptómy OAB – vynechať).
b. Relaxácia: Po každom sťahu nasleduje uvoľnenie na 10 sekúnd.
c. Vytrvalosť: Pri nádychu sú svaly uvoľnené, počas výdychu submaximálnou silou 50% sťahujeme svaly v oblasti močovej trubice, s výdržou 5 – 30 sekúnd. Nasleduje relaxácia.
d. Rýchlosť: Pri voľnom dýchaní **submaximálnou** silou 50% sťahujeme a uvoľňujeme svaly panvového dna rýchlo, v sekundových intervaloch. Nasleduje relaxácia.

Nácvik rôznej intenzity kontrakcie svalov PD
Mierna kontrakcia (s vyvinutou silou na 25%), uvoľnenie
Stredne silná kontrakcia (s vyvinutou silou na 50%), uvoľnenie
Submaximálna kontrakcia (s vyvinutou silou na 75%), uvoľnenie
Maximálna kontrakcia (s vyvinutou silou na 100%), uvoľnenie
Kontrakcia svalov PD rýchla: submaximálne napínanie a uvoľňovanie svalstva v jednosekundových intervaloch. Opakovanie cviku 10 – 20 krát.
Kontrakcia svalov PD pomalá s výdržou: submaximálna kontrakcia svalov PD s výdržou 10 sekúnd, následné uvoľnenie. Opakovanie cviku 10 – 20 krát.
Po každom type kontrakcie nasleduje uvoľnenie svalov PD.
Zahájenie cvičenia v ľahu na chrbte, následne v kľaku, v sede na stoličke, v stoji, pri chôdzi pomalej, pri chôdzi po schodoch, pri rýchlej chôdzi. Následne doplníme o stabilizačné cvičenie.

OAB-q – skrátená verzia. Krátky dotazník príznakov urgentnej inkontinencie moču (Coyne, 2004).

OAB-Q
Ako často Vás za posledné 4 týždne trápili tieto príznaky s močovým mechúrom?
1.Nepríjemné nutkanie na močenie
Vôbec nie málo trochu dosť veľmi intenzívne
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

2.Náhle nutkanie na močenie len s malým, alebo žiadnym varovaním
Vôbec nie málo trochu dosť veľmi intenzívne
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

3.Náhodné pomočenie malým množstvom moču
Vôbec nie málo trochu dosť veľmi intenzívne
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

4.Močenie v noci
Vôbec nie málo trochu dosť veľmi intenzívne
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

5.Prebúdzanie sa v noci, kvôli potrebe močiť
Vôbec nie málo trochu dosť veľmi intenzívne
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

6. Pomočenie so silným nutkaním na močenie
Vôbec nie málo trochu dosť veľmi intenzívne
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

Ako často Vás za posledné 4 týždne problémy s močovým mechúrom spôsobili...
1. Že ste museli plánovať únikové trasy na verejné toalety?
Nikdy málokedy niekedy často väčšinou stále
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

2. Že ste mali pocit, že niečo s vami nie je v poriadku?
Nikdy málokedy niekedy často väčšinou stále
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

3. Zabránili, aby ste sa v noci vyspali?
Nikdy málokedy niekedy často väčšinou stále
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

4. Vyvolali pocit hnevu, kvôli času strávenému na toalete?
Nikdy málokedy niekedy často väčšinou stále
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

5. Spôsobili, že ste nemohli vykonávať aktivity, v okolí ktorých nie sú toalety - prechádzky, beh, túry?
Nikdy málokedy niekedy často väčšinou stále
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

6. Spôsobili, že ste sa zobudili zo spánku?
Nikdy málokedy niekedy často väčšinou stále
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

7. Museli ste znížiť svoju telesnú aktivitu - cvičenie, šport?
Nikdy málokedy niekedy často väčšinou stále
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

8. Vyvolali problémy s partnerom?
Nikdy málokedy niekedy často väčšinou stále
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

9. Vyvolali nepríjemné pocity pri cestovaní s inými, že ste potrebovali zastať a ísť na toaletu?
Nikdy málokedy niekedy často väčšinou stále
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

10. Ovplyvnili Vaše vzťahy s priateľmi?

Nikdy málokedy niekedy často väčšinou stále
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

11. Zabránili potrebnému množstvu spánku?
Nikdy málokedy niekedy často väčšinou stále
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

12. Vyvolali pocit zahanbenia?
Nikdy málokedy niekedy často väčšinou stále
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

13. Museli ste hľadať WC hneď, keď ste prišli na miesto, kde ste predtým nikdy neboli?
Nikdy málokedy niekedy často väčšinou stále
1..... 2.....3.....4.....5.....6.....

Škála pre hodnotenie intenzity urgencie (The Patient Perception of Intensity of Urgency Scale (PPIUS) hodnotí závažnosť symptómov hyperaktívneho mechúra.
0 = žiadna urgencia - zadržanie močenia na veľmi dlho, bez strachu z pomočenia,
1 = mierna urgencia- som schopný zadržať močenie na tak dlho ako je to potrebné, bez strachu z pomočenia ,
2 = stredne závažná urgencia - som schopný zadržať močenie na krátku chvíľu, bez strachu z pomočenia,
3 = závažná urgencia – nie som schopný zadržať močenie, musím bežať na toaletu, aby nedošlo k úniku moču,
4 = urgentná inkontinencia - k úniku moču dochádza pred dobehnutím na toaletu.
(Cardozo, 2008, Notte, 2012).

I-QoL
Q1. Trápim sa, že neprídem včas na WC
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q2. Trápim sa, že zakašlem alebo kýchnem, lebo mám ťažkosti s močom alebo únik moču
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q3. Musím opatrne vstávať keď sedím, lebo mám ťažkosti s močom alebo únik moču
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q4. Trápim sa, ak sú toalety na neznámych miestach
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q5. Cítim sa depresívne – zle, lebo mám ťažkosti s močom alebo únik moču
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q6. Ak opustím domov na dlhšie obdobie, necítim sa slobodne, lebo mám ťažkosti s únikom moču
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec 5
Q7. Cítim sa menejcenne, lebo moje ťažkosti s únikom moču mi zabraňujú robiť čo chcem
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q8. Trápim sa, že iným zapácham od moču
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q9. Vždy myslím na moje ťažkosti s močom alebo únik moču
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q10. Je pre mňa dôležité chodiť často na WC
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q11. Je pre mňa dôležité všetko v predstihu naplánovať, lebo mám ťažkosti s unikom moču
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q12. Trápi ma, že moje ťažkosti s močom alebo únik moču sa zhoršia pri starnutí
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q13. Mám ťažkosti dobre sa v noci vyspať kvôli mojim ťažkostiam s únikom moču
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q14. Trápim sa kvôli rozpakom alebo poníženiu, že mám ťažkosti s močom, alebo únik moču
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q15. Moje ťažkosti s močom alebo únik moču spôsobujú, že sa necítim ako zdravý človek
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q16. Moje ťažkosti s močom alebo únik moču mi spôsobujú pocit bezmocnosti
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q17. Menej sa teším zo života, lebo mám ťažkosti s močom alebo únik moču
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q18. Obávam sa, že sa pomočím
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q19. Cítim, že neovládam môj močový mechúr
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q20. Musím sledovať čo pijem a aké množstvo, lebo mám ťažkosti s močom alebo únik moču
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q21. Moje ťažkosti s močom alebo únik moču ma obmedzuje vo výbere odevov
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)
Q22. Trápim sa kvôli pohlavnému styku, lebo mám ťažkosti s močom alebo únik moču
Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Tento dokument vznikol ako možnosť ľahkého a prehľadného prístupu – diagnostického a terapeutického – klinický štandard hyperaktívneho mechúra (OAB) a urgentnej inkontinencie moču žien. Dokument je určený lekárom (urológia, gynekológia a pôrodníctvo), všeobecným lekárom, lekárom FBLR a fyzioterapeutom.

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku (za účasti všetkých vyššie uvedených špecializácií) a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

1. Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, a kol. 17.6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: EVALUATION AND TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE, PELVIC ORGAN PROLAPSE AND FAECAL INCONTINENCE. Neurourol Urodyn. 2018 Sep;37(7):2271-2272.
2. Avery, K., Donovan, J., Peters, T.J., Shaw, Ch., Gotoh, M., Abrams, P. ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. Neurourol Urodyn 2004; (23): 322-330.
3. Berghmans, B. Electrical stimulation for OAB in : Bo K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 240 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
4. Bo K , Frawley HC, Bernard T et.al. 14An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction Bo, K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 435 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
5. Bo, K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 435 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
6. Bo, K., Frawley, H. Pelvic flor muscle training in the prevention and treatment of POP in : Bo K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 240 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
7. Bø, K., Sundgot-Borgen. J. Are former female elite athletes more likely to experience urinary incontinence later in life than non-athletes? Scand J Med Sci Sports 2010; 20(1):100-4.
8. Burkhard FC, Bosch J.L.H.R., Cruz, F. Lemack, G.E. , Nambiar, A.K. Thiruchelvam, N. Tubaro, A. Guidelines Associates: D. Ambühl, D.A. Bedretdinova, F. Farag, R. Lombardo, M.P. Schneider EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults 2018.

Chiarelli, P. Lifestyle interventions for pelvic floor dysfunction. In : Bo, K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 435 p. ISBN 978-0-443-10146-5.

9. Cardozo L, Staskin D, Currie B, a kol. Validation of a bladder symptom screening tool in women with incontinence due to overactive bladder. Int Urogynecol.2014; J 25(12): 1655–1663.
10. Cardozo L, Hessdorfer E, Milani R et.al. Solifenacin in the treatment of urgency and other symptoms of overactive bladder: results from a randomized, doubleblind, placebo-controlled, rising-dose trial. BJU Int 2008; 102:1120–1127.
11. Dumoulin, C., Martin, C., Elliott, V., Bourbonnais, D., Morin, M., Lemieu, M.C., Gauthier, R. Randomized controlled trial of physiotherapy for postpartum stress incontinence: 7-year follow-up. Neurourol Urodyn 2013; 32(5):449-54.
12. Frawley, H., Galea, M., Phillips, B., Sherburn, M. Effect of test position on pelvic floor muscle assessment. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006;(17):365-371.

Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, a kol. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Int Urogynecol J. 2010;21(1):5–26.

13. Hundley, A.F., Wu, J.M., Visco, A.G. A comparison of perineometer to brink score for assessment of pelvic floor muscle strength. Am J Obstet Gynecol 2005;(192):1583-1591.
14. Khullar V, Sexton CC, Thompson CL a kol. The relationship between BMI and urinary incontinence subgroups: results from EpiLUTS. Neurourol Urodyn 2014;33(4): 392–99.
15. Krhut, J. Holaňová, R. Fyzioterapeutické přístupy v konzervativní léčbě močové inkontinence, Urolog. pro Praxi, 2010; 11(6): 308-309
16. Laycock, J., Jerwood, D. Pelvic floor asssessment: the P.E.R.F.E.C.T. scheme. Physiotherapy 2001;(87) 1: 631.

17. Mørkved, S., Bø, K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. Br J Sports Med 2014; 48(4):299-310.
18. Notte SM , Marshall TS , Lee M et.al. Content validity and test-retest reliability of patient perception of intensity of urgency scale (PPIUS) for overactive bladderNotte a kol. BMC Urology 2012;12:26 .
19. Pedraza, R., Nieto, J., Ibarra, S., Hass, E. Pelvic Muscle Rehabilitation: A Standardized Protocol for Pelvic Floor Dysfunction. Adv Urol. 2014; 2014: 487436.
20. Pomian A, Lisik W, Kosieradzki M a kol. Obesity and Pelvic Floor Disorders: A Review of the Literature. Med Sci Monit 2016; 22: 1880–1886.
21. Rahmani, N., Mohseni-Bandpei, M.A. Application of perineometer in the assessment of pelvic floor muscle strength and endurance: A reliability study. J Bod Mov Ther 2011;(15):209-214.
22. Sherbun, M. Evidence of PFMT in elderly in : Bo K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 240 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
23. Švihra, J., Avery, K., Sopilko, I., Kliment, J. Slovak version of a new questionnaire for urinary incontinence: the international consultation on incontinence questionnaire short form ICIQ-UI SF. Urológia 2004; (10): 34.
24. Švihra, J. Inkontinencia moču. 1. vyd. Martin: Osveta, 2012. 326 s. ISBN 978-80-8063-380-6.
25. Tosun, O.C., Mutlu, E.K., Ergenoglu, A.M., Yeniel, A.O., Tosun, G., Malkoc, M., Askar, I.M.N. Does pelvic floor muscle training abolish symptoms of urinary incontinence? A randomized controlled trial Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2005; (16): 285–292.
26. Truzzi JC, Gomes CM, Bezerra CA a kol. Overactive bladder – 18 years – Part II. Int Braz J Urol 2016;42(2): 199–214.
27. Tzeng NS, Chang HA, Chung CH, Kao YC, Yeh HW, Yeh CB, Chiang WS, Huang SY, Lu RB, Chien WC. Risk of psychiatric disorders in overactive bladder syndrome: a nationwide cohort study in Taiwan. J Investig Med. 2019 Feb;67(2):312-318.
28. Van D Kampen, M. Evidence for PFMT for neurological diseases in : Bo K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 240 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
29. Van D Kampen, M. Evidence for PFMT in man in : Bo K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 240 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
30. Vodušek, D.B. Elektromyography in : Bo K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 240 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
Publikácie autorky na danú tému
31. Hagovská, M. Rehabilitačná liečba inkontinencie moču a kvalita života inkontinentných pacientov : dizertačná práca; školiteľ Peter Takáč. - Trnava, 2010. - 156 s.
32. Hagovská, M. Medicínske a psychosociálne aspekty včasnej rehabilitácie po radikálnych prostatektómiách: rigorózna práca, školiteľ Tatiana Cicholestová, Martin Hrivňák. - Trnava, 2006. - 108 s.
33. Hagovská, M. Prehľad rehabilitačných metód v liečbe inkontinencie moču : výsledky zahraničných a domácich štúdii v rehabilitačnej liečbe inkontinencie moču.[Survey of rehabilitation methods in the treatment of urinary incontinence :]. In: Rehabilitace a fyzikální lékařství. - ISSN 1211-2658. - Roč. 15, č. 4 (2008), s. 150-158.
34. Hagovská, M., Takáč, P. Využitie elektrostimulácie v rámci rehabilitácie po radikálnej prostatektómii.[The utilization of electrical stimulation in rehabilitation after radical prostatectomy]. In: Rehabilitace a fyzikální lékařství. - ISSN 1211-2658. - Roč. 14, č. 3 (2007), s. 108-113.
35. Hagovská, M., Dzvoník, O. Psychosociálne aspekty kvality života pacientov po radikálnej prostatektómii [Psychosocial aspects of quality of life in patients after radical prostatectomy]. In: Československá psychologie. - ISSN 0009-062X. - Roč. LII, č. 2 (2008), s. 120-131. IF 0.10

36. Hagovská, M., Takáč, P. Kvalita života žien s inkontinenciou moču (IM) a jej súvislosť s bolesťou v krížovej oblasti - možnosti ich pozitívneho ovplyvnenia komplexnou rehabilitačnou liečbou In: Fyzioterapie 2009 : sborník abstraktů 1. ročníku mezinárodní konference: 22. a 23. května 2009 v Čelákovicích. - Čelákovice : NZZ REHASPRING, 2009. - ISBN 9788025444412. - S. 18-19.
37. Hagovská, M., Takáč, P. EMG biofeedback as a diagnostic and therapeutic method in the treatment and prevention of women's urinary incontinence. In: Przeglad Medyczny. ISSN 2082-369X, 2010, vol. 8, no. 4, s. 410-418.
38. Hagovská, M., Dzvoník, O. Osobnostné a psychosociálne aspekty kvality života a komplexná rehabilitačná liečba u žien so stresovou inkontinenciou moču po hysterektómii.[Personal and psychosocial aspects quality of life and komplex physiotherapy in women with urinary incontinence]. In: Klinická urológia. - ISSN 1336-7579. - Roč. 7, č. 1 (2011), s. 22-27.
39. Hagovská, M., Takáč, P. Hodnotenie funkčného stavu panvového dna metódou EMG-Biofeedback podľa Perfect schémy u pacientiek po adbominálnej a vaginálnej hysterektómii.[Evaluation of the functionality of pelvic floor according to Perfect Scheme in patients after abdominal and vaginal hysterectomy].
In: Česká gynekologie - ISSN 1210-7832. - Roč. 75, č. 6 (2010), s. 540-546.
40. Hagovská, M., Takáč, P. Návrh hodnotenia sily svalov panvového dna u pacientok inkontinentných aj bez inkontinencie.[Proposed evaluation of muscular strength of pelvic floor in female patients with or without incontinence].
In: Rehabilitace a fyzikální lékařství. - ISSN 1211-2658. - Roč. 17, č. 3 (2010), s. 87-94.
41. Hagovská, M. Sledovanie vzťahu inkontinencie moču so syndrómom kostrče a panvového dna a s výskytom bolesti v krížovej oblasti chrbtice.
[Investigation of the relationship between urinary incontinence and coccyx syndrome and pelvic floor, and with pain occurrence in lumbar region of spine]. In: Rehabilitace a fyzikální lékařství. - ISSN 1211-2658. - Roč. 18, č. 4 (2011), s. 183-187.
42. Hagovská, M. Možnosť využitia biofeedbacku v liečbe inkontinencie moču - kazuistiky In: Pôrodná asistencia v krajinách EÚ : zborník príspevkov z odborného seminára na regionálnej úrovni s medzinárodnou účasťou konaného 23. júna 2011. - Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2011. - ISBN 9788055503936. - S. 54-66.
43. Hagovská, M. Fyzioterapia inkontinencie moču. [Physiotherapy of urine incontinence]. - 1. vyd. - Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2014. - 243 s. - ISBN 9788081521331.
44. Hagovská, M. Vyšetrenie a rehabilitácia svalov panvového dna pri úniku moču / Magdaléna Hagovská. - online.
In: I-med [elektronický zdroj]. - ISSN 1338-4392. - Roč. 6, č.12 (2016), s. [1-28]. - Spôsob prístupu: http://i-med.sk/vysetrenie-rehabilitacia-svalov-panvoveho-dna-pri-iniku-mocu.
45. Hagovská, M., Švihra, J. et.al. Inkontinencia moču u športovkýň [Urinary incontinence in sportswomen]. In: Klinická urológia. - ISSN 1336-7579. - Roč. 12, č. 3 (2016), s. 104-109.
46. Hagovská, M., Švihra, J. et.al. Prevalence of Urinary Incontinence in Females Performing High-Impact Exercises. Int J Sports Med, roč. 38, č.3, 210-216, IF 2.52
47. Buková, A., Hagovská, M. Obezita a inkontinencia . Diabetológia/obezitológia. Roč. 17, (2017), s 55 – 57.
48. Hagovská, M. Špeciálne metódy v gynekológii. Praktická kinezioterapia - 1. vyd. - Košice : Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2016. - 492 s. - ISBN 978-80-8152-391-5
49. Hagovská, M., Švihra, J. a kol. Effect of physical activity measured by the International physical activity questionnaire (IPAQ) on the prevalence os stress urinary incontinence in young women, In: Neurourology and Urodynamics. - ISSN 0733-2467. - Vol. 36, (2017), -IF – 3,36

50. Hagovská, M., Švihra, J. a kol. Prevalence and risk of sport types to stress urinary incontinence in sportswomen: A cross-sectional study - IF 3,6. In: Neurourology and Urodynamics. - ISSN 0733-2467. - Vol. 37, no 6 (2018), s. 1957-1964.
51. Hagovská, M., Švihra, J. a kol. The impact of physical activity measured by the International Physical Activity questionnaire on the prevalence of stress urinary incontinence in young women - IF 1,8. In: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. - ISSN 1872-7654. - Vol. 228 (2018), s. 308-312.
52. Hagovská, M., Švihra, J. a kol. Higher body fat percentage as a risk factor of overactive bladder at overweight women In: Neurourology and Urodynamics. - ISSN 0733-2467. - Vol. 37, suppl. 5 (2018), s. S213-S214.-IF – 3,36
53. Hagovská, M., Švihra, J. a kol.Effect of an exercise programme for reducing abdominal fat on overactive bladder symptoms in young overweight women. Int Urogynecol J. 2019 Nov 26. doi: 10.1007/s00192-019-04157-8. [Epub ahead of print]
54. Hagovská, M., Švihra, J. a kol.The impact of different intensities of exercise on body weight reduction and overactive bladder symptoms- randomised trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 Nov;242:144-149.
55. Hagovská, M., Švihra, J. a kol. Comparison of body composition and overactive bladder symptoms in overweight female university students.
56. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 Jun;237:18-22. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.04.001. Epub 2019 Apr 2.

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Klinický štandard fyzioterapie stresovej inkontinencie moču žien

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0064	*10. decembra 2019*	*Schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

doc. PhDr. Magdaléna Hagovská, PhD., Cert. MDT., prof. MUDr. Ján Švihra, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD. ; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

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

stresová inkontinencia moču, fyzioterapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

EAU	Európska urologická spoločnosť
ICS	Medzinárodná spoločnosť pre kontinenciu – International continence society

IUGA	Medzinárodná urogynekologická spoločnosť
MUI	Zmiešaná inkontinencia moču - mixed urinary incontinence
OAB	Hyperaktívny mechúr – overactive bladder
PFMT	Tréning svalov panvového dna- pelvic floor muscle training
PD	Panvové dno
SUI	Stresová inkontinencia moču - stress urinary incontinence
UUI	Urgentná inkontinencia moču - urgency urinary incontinence

Hodnotenie kvality dôkazov, sily dôkazov a doporučení

Tabuľka č. 1

Hodnotenie kvality dôkazov, sily dôkazov a doporučení			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA STRESOVEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
	Intervenčné štúdie	**Diagnostické štúdie**	**Prognostické štúdie**
Level 1	Randomizované štúdie s jasnými výsledkami a nízkym rizikom chyby ALEBO systematický prehľad / hodnotenie literatúry alebo metaanalýza podľa metodiky napr. Cochrane* alebo splnenie najmenej 9 z 11 kritérií kvality podľa nástroja hodnotenia AMSTAR	Systematické preskúmanie vysoko kvalitných (prierezových) štúdií podľa nástrojov hodnotenia kvality s konzistentne uplatňova-ným referenčným štandardom	Systematické preskúmanie vysokokvalitných (longitudinálnych) perspektívnych kohortových štúdií podľa nástrojov hodnotenia kvality
Level 2	Randomizované štúdie s neistý-mi výsledkami a mierne až vysokým rizikom chyby	Individuálne vysokokvalitné (prierezové) štúdie podľa nástrojov na posudzovanie kvality s konzistentne uplatňovanou štandardnou referenciou	Potenciálna kohortová štúdia
Level 3	Nerandomizované štúdie so súbežnými alebo súčasnými kontrolami	Nesledujúce štúdie alebo štúdie bez dôsledne uplatňovaných referenčných štandardov	Analýza prognostic-kých faktorov u osôb v jednej skupine randomizovanej kontrolovanej štúdie
Level 4	Neštandardizované štúdie s historickými kontrolami, stanoviská expertov alebo legislatívne ukotvenia	Prípadové kontrolné štúdie alebo slabý / nezávislý referenčný štandard	Prípadové štúdie alebo prípadové kontrolné štúdie alebo nekvalitná prognostická kohortová štúdia, retrospektívna kohortová štúdia
Level 5	Séria prípadov bez kontroly alebo stanoviská nejasnej povahy	Argumentácia založená na mechanizme, štúdium diagnostického výnosu (bez referenčného štandardu)	nepoužiteľné

Poznámka: *Cochrane je globálna nezávislá sieť výskumníkov, odborníkov, pacientov, opatrovateľov a záujemcov o zdravie

Hodnotenie sily dôkazov (vo vzťahu k EBM)**:**

A: Odporúčanie najvyššie je podporené priamymi vedeckými dôkazmi správne navrhnutými a realizovanými kontrolovanými štúdiami, poskytujúce štatistické výsledky, ktoré dôsledne podporujú doporučenie

B: Odporúčanie je podporené priamymi vedeckými dôkazmi z riadne navrhnutých a realizovaných klinických sérií poskytujúcich štatistické výsledky, ktoré dôsledne podporujú doporučenie

C: Podmienečné odporúčanie je podporené nepriamymi dôkazmi a / alebo posudkami expertov

D: Používa sa ako odporúčanie panelu expertov (ak nie sú iné dôkazy), slabá úroveň dôkazov. (nie sú dostupné meta-analýzy a systémové review, ale sú isté váhy dôkazov a ŠDTP je založený na konsenze odborníkov – Agree II)

Kompetencie

Stanovenie diagnózy:

1. Diagnostiku a indikáciu typu liečby inkontinencie moču, realizuje urológ, gynekológ, urogynekológ.

Algoritmus cesty pacientky:

1. Urológ, gynekológ doporučuje fyzioterapeuta pre pacientky s inkontinenciou.
2. Potreba vyšetrenia pacientky lekárom FBLR je na rozhodnutí gynekológa, urológa.
3. Fyzioterapeut realizuje fyzioterapeutickú diagnostiku a intervenciu. Je odborne spôsobilý vykonávať vyšetrenie svalov panvového dna a stanoviť cielený cvičebný program.

Úvod

Problém inkontinencie moču u žien v každom veku je v súčasnosti veľmi aktuálny. Inkontinencia moču je samovoľné, objektívne dokázateľné unikanie moču, ktoré predstavuje hygienický a spoločenský problém (Haylen, 2010).

Stresová inkontinencia je nedobrovoľný únik moču pri námahe, kýchaní a kašľaní. Chýbajú príznaky hyperaktívneho močového mechúra - urgencia, noktúria, enuréza. Dochádza k mimovoľnému úniku moču, pri ktorom intravezikálny tlak prevyšuje tlak intrauretrálny bez súčasného sťahu svalstva steny močového mechúra. Stresová inkontinencia je zapríčinená náhlym vzostupom tlaku v brušnej dutine počas smiechu, kýchania a pri fyzickej námahe. Zvýšenie brušného tlaku spôsobí zvýšenie tlaku v mechúre, fyziologickou odpoveďou panvového dna je silnejší uzáver močovej rúry. Pri nedostatočnej odpovedi panvového dna sa uretra neuzatvára a pri vysokom tlaku v uretre dochádza k úniku moču (Švihra, 2012).

Jednou z príčin inkontinencie moču môže byť oslabenie svalov panvového dna. Najčastejšie príčiny predstavujú situácie s výrazným zvýšením vnútrobrušného tlaku (kašeľ, zápcha), veľmi intenzívna fyzická aktivita, nadváha a obezita, stavy po gynekologických operáciách a pod. (Hagovská, 2014).

Metódou prvej voľby liečby stresovej inkontinencie moču je podľa Medzinárodnej spoločnosti pre kontinenciu (ICS) cvičenie svalov panvového dna. Táto metóda je založená na vedeckých dôkazoch. Podstatou cvičenia je opakovaná selektívna vôľová kontrakcia a relaxácia svalov panvového dna. Dôležité je trénovať silu a vytrvalosť svalov panvového dna, ale aj relaxáciu (Bo, 2013)

Štandardizovaná terminológia

Symptómy uskladňovania moču (Burkhard a kol., 2018)

Denné frekventné močenie je sťažnosť na zvýšenú frekvenciu močenia počas dňa.

Noktúria je sťažnosť na opakované budenie zo spánku v noci pre močenie.
Urgencia je sťažnosť na náhle neodkladné nutkanie na močenie, ktoré možno len ťažko oddialiť (Abrams, 2002; Švihra, 2012).
Inkontinencia moču je sťažnosť na akýkoľvek nedobrovoľný únik moču.
Symptóm by mal byť ďalej doplnený relevantnými faktormi, ako sú typ inkontinencie moču, jej frekvencia, závažnosť, vyvolávajúce faktory, spôsoby, akými sa pacient usiluje zabrániť úniku moču, sociálny dopad, dopad na hygienu a kvalitu života, a či si jedinec želá v tejto veci pomôcť. Únik moču sa nesmie zamieňať s potením, alebo vaginálnym výtokom.
Stresová inkontinencia moču: sťažnosť na nedobrovoľný únik moču pri námahe, kýchaní, kašľaní.
Urgentná inkontinencia moču: sťažnosť na nedobrovoľný únik moču počas urgencie, alebo nasledujúci bezprostredne po urgencii.
Zmiešaná inkontinencia moču: sťažnosť na nedobrovoľný únik moču sprevádzaný urgenciou, ale aj pri námahe, kýchaní, alebo kašľaní.
Štandardizácia terminológie funkcie a dysfunkcie svalov panvového dna (Messelik a kol., 2005; Bo a kol. 2016).

Vizuálna inšpekcia
Elevácia perinea– je vnútorný pohyb vulvy, perinea a konečníka.
Pokles perinea– je vonkajší pohyb vulvy, perinea a konečníka. Hodnotí sa v pokoji a pri tlačení. Často pacient vytláča namiesto stiahnutia svalov PD.
Zvýšená svalová aktivita priľahlých svalov– súčasná kontrakcia priľahlých svalov, ktorá nie je žiadúca počas kontrakcie svalov PD. napr. m. rectus abdominis, m. adduktory, m. gluteus maximus.

Digitálna palpácia
Vôľou ovládaná kontrakcia svalov PD – znamená, že pacient je schopný kontrahovať svaly PD na požiadanie. Je pociťovaná ako stlačenie a zdvih pod prstami vyšetrujúceho. Môže byť: žiadna, slabá, normálna a silná.
Vôľou ovládaná relaxácia svalov PD - znamená, že pacient je schopný relaxovať svaly PD na požiadanie po vykonaní ich kontrakcie. Svaly PS sa vrátia po kontrakcii do pôvodného pokojového stavu. Vôľová relaxácia môže absentovať, byť slabá, alebo úplná.
Mimovôľová kontrakcia svalov PD sa môže vyskytnúť počas zvýšenia vnútrobrušného tlaku, napr. pri kašli, aby sa predišlo úniku moču. Môže byť prítomná, alebo neprítomná.
Mimovôľová relaxácia svalov PD je relaxácia, keď žiadame pacienta aby zatlačil ako pri defekácii. Môže byť prítomná, alebo neprítomná.
Panvové dno neschopné relaxácie- znamená, že počas palpácie nie je prítomná vôľová a mimovôľová relaxácia svalov PD.
Panvové dno neschopné kontrakcie– znamená, že počas palpácie nie je prítomná vôľová a mimovôľová kontrakcia svalov PD.
Panvové dno neschopné kontrakcie aj relaxácie- znamená, že počas palpácie nie je prítomná vôľová a mimovôľová kontrakcia a relaxácia svalov PD.
Môžu byť palpovateľné rozdiely na pravej a ľavej strane, prednej a zadnej strane u svalov PD.

Funkcia svalov PD
Normálna funkcia svalov PD – je situácia, pri ktorej svaly PD sú schopné vôľovo a mimovôľovo sa kontrahovať a relaxovať. Vôľová kontrakcia je normálna, alebo silná. Vôľová relaxácia je úplná. Mimovôľová kontrakcia a relaxácia sú prítomné.
Hyperaktívne svaly PD – je situácia, pri ktorej svaly PD nie sú schopné relaxovať. Kontrahujú sa, aj keď je potrebná relaxácia, napr. počas močenia a defekácie. Spôsobuje to problémy s vylučovaní, dyspareuniu, jedná sa o absenciu vôľovej relaxácie.
Nedostatočne aktívne svaly PD - je situácia, pri ktorej svaly PD nie sú schopné kontrakcie. Spôsobuje to inkontinenciu moču, alebo stolice a prolaps orgánov panvy. Jedná sa o absenciu vôľovej a mimovôľovej kontrakcie svalov PD.
Nefunkčné svaly PD – je situácia, pri ktorej sa svaly PD nie sú schopné kontrahovať, ani relaxovať.

Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu adaptácie medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti adoptovaným medzinárodným postupom.

Prevencia

V rámci prevencie SUI je dôležitá identifikácia rizikových faktorov, ku ktorým patrí pretrvávajúce, intenzívne a časté zvýšenie vnútrobrušného tlaku pri situáciach akými sú fyzická aktivita, kašeľ a pod. Tieto situácie môžu prispieť ku preťaženiu a následne ku dysfunkcii svalov PD. (Bo, 2010, Hagovská, 2017, 2018, Simeone a kol. 2010, Fozzatti a kol., 2012, Poswiata a kol., 2014, Almeida a kol., 2015). Doporučuje sa preventívna Fyzioterapia so správnou aktivácou svalov PD .

Nadváha a Obezita - zvyšujú intraabdominálny a vnútromechúrový tlak. Nadmerné množstvo tukového tkaniva tlačí a následne oslabuje štruktúry panvového dna. Stresová inkontinencia moču sa u obéznych žien vyskytuje 4,2-krát a urgentná 2,2-krát častejšie (Švihra, 2012, Hagovská, 2018, Buková, 2017). V rámci prevencie SUI u žien s nadváhou a obezitou sa doporučuje redukcia hmotnosti a primeraná fyzická aktivita.

Ďalšie rizikové faktory

Zápcha ovplyvňuje mechanizmus inkontinencie viacerými spôsobmi, napríklad mechanickým tlakom stolice na štruktúry panvového dna, možným poškodením pudendálneho nervu pri opakovanom tlačení na stolicu.

Ochorenia priedušiek a pľúc, ktoré zvyšujú vnútrobrušný a vnútomechúrový tlak (Švihra, 2012).

Ďalšie rizikové faktory vzniku SUI:

Vek patrí medzi hlavné rizikové faktory, inkontinencia sa z toho dôvodu najčastejšie vyskytuje u staršej populácie. Súvisí to s morfologickými a funkčnými zmenami v dolných močových cestách (Milsom, 2009).

Významný vplyv na vznik inkontinencie moču má **počet pôrodov**, spôsob pôrodu, hmotnosť plodu a trvanie pôrodu. Významne vyššie riziko stresovej inkontinencie je pri vaginálnom pôrode, najmä po operačnom kliešťovom alebo VEX ukončení pôrodu. Častý je aj výskyt stresovej inkontinencie moču počas tehotenstva, menej častý je výskyt inkontinencie po cisárskom reze.

Ďalším rizikovým faktorom sú **operácie v oblasti malej panvy**. Pri hysterektómii môže dôjsť k denervácií močového mechúra alebo k dysfunkcii svalstva panvového dna (Švihra, 2012).

K neovplyvniteľným rizikovým faktorom patria **faktory genetické**. Inkontinencia častejšie postihuje ženy (Ďurišová, 2008).

Epidemiológia

Podľa medzinárodného konsenzu sa v súčasnosti priemerná **prevalencia** inkontinencie moču vyskytuje v rozsahu 20 – 30 %, a v polovici prípadov je klasifikovaná ako stresová inkontinencia. Odhadovaná prevalencia inkontinencie moču u žien dosahuje hodnotu 5 % u pätnásťročných žien a zvyšuje sa na 72 % u šesťdesiatročných žien (Hannestad, 2000). Podľa epidemiologických odhadov na Slovensku žije 160 000 žien so stredným a závažným stupňom inkontinencie moču. Celková prevalencia močovej inkontinencie v Slovenskej republike bola 25 %, čo svedčí o tom, že odhadovaný počet je asi 530 tisíc žien (Švihra, 2001).

Incidencia inkontinencie moču je vysoká. Každá druhá žena vrátane mladých žien má v priebehu života ťažkosti s udržaním moču. Incidencia inkontinencie u žien sa pohybuje v rozpätí 3 – 11 % a rastie so starnutím sledovaných žien.

Patofyziológia

Stresová inkontinencia moču (SUI) vzniká pri prijatí zjednodušeného modelu dvoma spôsobmi (Blaivas, 1997):

1. Vo väčšine prípadov zachová hrdlo močového mechúra a proximálna uretra svoju bazálnu vlastnosť sfinktera. Pokojový uretrálny tlak je vyšší ako intravezikálny, ale pri náhlom zvýšení

intraabdominálneho tlaku sa tlakový gradient zmení a dôjde k epizóde inkontinencie. Táto nerovnaká transmisia intraabdominálneho tlaku je dôsledkom straty správnej polohy - intraabdominálnej repozície junkcie, a teda aj operácie určené na riešenie inkontinencie sú tu úspešné.
2. Častým dôvodom SUI je zhoršenie sfinkterovej schopnosti uretry. Je charakterizované nízkym pokojovým uretrálnym tlakom, je typické pre stavy po opakovaných operáciách pre inkontinenciu. Uretra je pri týchto stavoch rigidná, fibrotická a deformovaná. Za normálnych okolností moč odteká, keď sa zvýši intravezikálny tlak, maximálny intrauretrálny tlak alebo keď je maximálny uzáverový tlak nulový.
Mechanické zmeny a poranenia vedú k poklesu uretrovezikálnej junkcie, zvýšeniu intraabdominálneho tlaku na uretru a spôsobia tak epizódu inkontinencie (Northof, 1996).

Klasifikácia

Medzinárodná spoločnosť pre kontinenciu International Continence Society (ICS) **vyvinula dotazník medzinárodnej konzultácie o inkontinencii** ICIQ – SF. Sleduje frekvenciu a množstvo uniknutého moču v prvých dvoch otázkach. Tretia otázka sleduje ako veľmi zasahuje únik moču do každodenného života pacientov. Skóre ICI-Q je súčet otázok. (0 – bez úniku, 21 – veľmi závažný únik moču) (Avery, 2004).
Závažnosť SUI
1. Stupeň – občasný únik moču, t.j. po kvapkách, alebo únik maximálne dva razy denne, pri intenzívnej fyzickej aktivite
2. Stupeň – častý únik moču, t.j. niekoľkokrát za deň, pri bežnej fyzickej aktivite
3. Stupeň – trvalý únik moču, t.j. únik niekoľkokrát denne aj v noci v ľahu (Ingelmann- Sundberg, 1952).

Klinický obraz

Ťažkosti s únikom moču pri fyzickej aktivite, a zvýšení vnútrobrušného tlaku – kašeľ, kýchanie. (Haylen,2010)

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

PICO – diagnostická otázka

- Populácia – pacientky so stresovou inkontinenciou moču
- Intervencia - základné fyzioterapeutické diagnostické postupy – anamnéza, PERFECT schéma, vyšetrenie tonusu per vaginam
- Komparácia – alternatívne vyšetrenie povrchovou palpáciou
- Výstup – detekcia dysfunkcie svalov panvového dna

Otázka – u pacientiek so stresovou inkontinenciou moču postačuje vyšetrenie povrchovou palpáciou na určenie dysfunkcie svalov panvového dna?

Tabuľka č. 2a

Diagnostika			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA STRESOVEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
Poradie	**Odporučenie urológa, urogynekológa, gynekológa**	**Kvalita a sila vedeckého dôkazu**	**Odkaz na literatúru**
1.	Diagnóza typu UI - stanovená na základe štandardného vyšetrenia urológom, gynekológom, urogynekológom. Odborné usmernenie MZSR pre riešenie SUI.	Odborné usmernenie MZSR pre riešenie SUI	Burkhard et al., 2018 Švihra, 2012
2.	Únik moču pri fyzickej aktivite, kašli, kýchaní. Využitie štandardizovaných dotazníkov ICIQ - UI - SF- dotazník medzinárodnej konzultácie o inkontinencii.	1a	Burkhard et al., 2018 Švihra, 2012 Avery, 2004 Coyne, 2004
Základné fyzioterapeutické diagnostické postupy - SUI 1. a 2. stupeň nekomplikovaná			
1.	Anamnéza - udanie ťažkosti s únikom moču pri fyzickej aktivite a zvýšení vnútrobrušného tlaku - kašeľ, kýchanie. Určenie závažnosti SUI - 1. - 3. stupeň.	1a	Bo, 2013
2.	Inšpekcia kontrakcie svalov panvového dna.	3c	Bump, 1991 Bo, 2013
3.	Alternatívne vyšetrenie externou – povrchovou palpáciou svalov panvového dna. Vyšetrenie svalov panvového dna per vaginam je kontraindikované ak : - Nie je indikácia na fyzioterapiu urológom, gynekológom, urogynekológom - Pacientka nedá písomný súhlas - Ak terapeut nie je preškolený na dané vyšetrenie - Iné závažné dôvody	4d	
4.	Vyšetrenie tonusu svalov panvového dna palpačne per vaginam. Hodnotíme tonus a relaxáciu svalov PD a bolesť. Palpačne rebrovým hmatom od močovej trubice zhora nadol na oboch stranách. Nález - hypertonus, normotonus, hypotonus. Maximálna relaxácia po maximálnej kontrakcii = norma.	1a	Laycock, 2001 Bo, 2013 Brink, 1989

Tabuľka č. 2b

Diagnostika			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA STRESOVEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
Poradie	**Odporučenie urológa, urogynekológa, gynekológa**	**Kvalita a sila vedeckého dôkazu**	**Odkaz na literatúru**
5.	Vyšetrenie svalov panvového dna podľa PERFECT schémy. P - performance - sila. Využíva sa štvorstupňová škála (žiadna kontrakcia, slabá kontrakcia, normálna kontrakcia, silná kontrakcia, veľmi silná) 0 - 5. E - endurance - vytrvalosť. Pacientka je vyzvaná na maximálnu vôľovú kontrakciu panvového dna, meria sa čas zoslabenia kontrakcie. Čas sa udáva v sekundách, maximálne 10 sekúnd. R - repetitions - opakovanie. Pacientka je vyzvaná na opakované maximálne kontrakcie v dĺžke 3 sekundy, zaznamenávame počet kontrakcií do únavy, alebo zníženie kvality kontrakcií (do 10 kontrakcií). F - fast contractions - rýchle kontrakcie. Pacientka je vyzvaná na rýchlo opakované maximálne kontrakcie panvového dna v dĺžke maximálne jednu sekundu, zaznamenáva sa počet kontrakcií do únavy, respektíve zníženia kvality (do 10 kontrakcií). E,C,T - every contraction timed - každá kontrakcia je časovaná. Vyšetrenie kontrakcie svalov pri PD kašli - náhlom zvýšení intraabdominálneho tlaku. Vyšetrenie kontrakcie svalov PD počas kontrakcie povrchových svalov - schopnosť izolovanej kontrakcie.	1a	Laycock, Jerwood, 2001 Bo, 2013
6.	Subjektívne pacientka zhodnocuje symptómy inkontinencie moču prostredníctvom VAS škály v bodoch od 0 - žiadne zlepšenie, po 10 - úplné zlepšenie.	3c	Krhut, 2005
7.	Kvantifikácia uniknutého moču vložkovým testom, napríklad, spočítať počet vložiek za deň, počet únikov za deň alebo použiť mikčný denník.	1a	Burkhard et al., 2018 Mayne,1988 Švihra, 2012

Tabuľka č. 2c

Diagnostika			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA STRESOVEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
Poradie	**Odporučenie urológa, urogynekológa, gynekológa**	**Kvalita a sila vedeckého dôkazu**	**Odkaz na literatúru**
8.	Využitie štandardizovaných dotazníkov ICIQ - UI - SF-dotazník medzinárodnej konzultácie o inkontinencii.	1a	Burkhard et al., 2018 Avery, 2004 Coyne, 2004
9.	Kineziologický rozbor - chrbtice, panvy, vyšetrenie ostatných svalov hlbokého stabilizačného systému.	3c	Kolář, 2009 Liebenson, 2010 Hagovská, 2017
Rozšírené fyzioterapeutické diagnostické postupy SUI 1. a 2. stupeň nekomplikovaná na experimentálne účely			
10.	Objektívne vyšetrenie sily svalov PD perineometrom a dynamometrom.	1a	Rahmani, 2011 Bo, 2013
11.	EMG biofeedback prostredníctvom povrchových elektród a vaginálnej elektródy	1a	Vodušek, 2013

Tabuľka č. 3

Druh liečby		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA STRESOVEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN	
Poradie	**Nález**	**Liečba**
1.	Úplná neschopnosť kontrakcie svalov PD	Elektrostimulácia
2.	Oslabenie svalov PD	Silový tréning, izolované kontrakcie
3.	Znížená výdrž svalov PD	Vytrvalostný tréning, izolované kontrakcie
4.	Spazmy, hypertonus, neschopnosť relaxácie, bolesť	Relaxačný tréning, excentrické kontrakcie, manuálne techniky
5.	Nadmerná aktivita priľahlých svalov	Izolované kontrakcie, diskriminačný tréning

Poznámka : Pedraza, 2014

Liečba

PICO - terapeutická otázka

- Populácia - pacientky so stresovou inkontinenciou moču.
- Intervencia – cielená a včasná fyzioterapia – cvičenia na silovú a vytrvalostnú zložku, progresívne a špecifické podľa nálezu per vaginam, kontrola správne vykonaného cvičenia.

- Komparácia - efekt liečby pri dobrej spolupráci s vyšetrením per vaginam a bez. S biofeedbackom a bez.
- Výstup – redukcia stresovej inkontinencie moču.

Otázka – Ako zabezpečiť kontrolu správnosti cvičenia, biofeedbackom, vyšetrením per vaginam, alebo slovnou edukáciou?

Tabuľka č. 4a

Priebeh liečby			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA STRESOVEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
Poradie	**Odporučenie**	**Kvalita a sila vedeckého dôkazu**	**Odkaz na literatúru**
Základný liečebný postup - nekomplikovaná SUI 1. a 2. stupeň nekomplikovaná aj komplikovaná			
1.	Edukácia pacientky fyzioterapeutom.	1a	Bo, 2013
2.	Cielená liečba - podľa nálezu vyšetrenia svalov PD.	1a	Bo, 2013 Oliveira, 2017
3.	Kontrola správnosti cvičenia - 30 % pacientok vykonáva cvičenie nesprávne, čo môže byť zdrojom zhoršovania problémov s únikom moču. Nevyhnutná je kontrola správnosti cvičenia palpačne per vaginam.	1a	Bo, 2013 Oliveira, 2017
4.	Transfer tréningu do aktivít každodenného života.	1a	Chiarelli, 2013

Tabuľka č. 4b

Priebeh liečby			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA STRESOVEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
Poradie	**Odporučenie**	**Kvalita a sila vedeckého dôkazu**	**Odkaz na literatúru**
Rozšírený liečebný postup nekomplikovaná SUI 1. a 2. stupeň nekomplikovaná aj komplikovaná			
5.	PFMT s elektrostimuláciou nie je lepší ako bez, ak je sila svalov 1 a viac.	1a	Burkhard, 2018 Bo, 2013 Berghams, 2013
6.	Biofeedback pomáha pri nácviku izolovanej kontrakcie svalov PD. PFMT s biofeedbackom je lepší ako PFMT samotný, alebo žiadna liečba. Existuje viacero druhov biofeedbackov. Svetelný signál, zvukový, tlaková sonda, EMG , jednoduchý edukátor, alebo aj ultrazvuk je možné použiť ako biofeedback.	1a	Burkhard, 2018 Oliveira, 2017 Hošnjak,2017 Bo, 2013
7.	PFMT s vaginálnym závažím je lepší ako PFMT samotný, alebo žiadna liečba.	1a	Burkhard, 2018 Bo, 2013 Oliveira, 2017
8.	Cvičenie je vhodné rozdeliť do viacerých fáz, príprava, základne cvičenie, cvičenie s prvkami stabilizácie, prvkov balančného tréningu, súčasť iných fyzioterapeutických konceptov.	1a	Bo, 2013 Dumoulin, 2014
9.	Po ukončení liečby je pacientka odoslaná k urológovi, gynekológovi, urogynekológovi v prípade neúspechu liečby, ďalší postup zváži lekár prvého kontaktu.	-	-

Prognóza

PICO – prognostická otázka

- Populácia - pacientky so stresovou inkontinenciou moču.
- Intervencia - cielená fyzioterapia a kontrola správnosti cvičenia zabezpečí, že cvičenie bude realizované správne.
- Komparácia – bez cielenej intervencie bude fyzioterapia neúčinná.
- Výstup – prevencia a liečba dysfunkcie svalov panvového dna pri stresovej inkontinencii moču.

Otázka - Splní uvedený štandard úlohu zdostupnenia a skvalitnenia zdravotnej fyzioterapeutickej starostlivosti v rámci prevencie a liečby stresovej inkontinencie moču?

Tabuľka č. 5

Prognóza			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA STRESOVEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
Poradie	**Odporučenie**	**Kvalita a sila vedeckého dôkazu**	**Odkaz na literatúru**
1.	Dĺžka trvania liečby - prvý efekt 3 mesiace, ďalšie zlepšenie 6 mesiacov, alebo absencia príznakov, kontrola minimálne 1x mesačne alebo 1x týždenne podľa palpačného nálezu kontroly správnosti cvičenia	1a	Bo, 2013
2.	Trénovanie špecifických svalov. Tri série denne, 2 - 3 krát týždenne. Viac ako 5 mesiacov	1a	American College of Sport Medicine, 1998
3.	PFMT je vhodný aj pre staršie ženy	1a	Sherbun, 2013
4.	PFMT je vhodný pre ženy po pôrode	1a	Morkved, 2014 Dumoulin, 2013
5.	PFMT je vhodný pre mužov po prostatektómii	1a	Kampen, 2013
6.	PFMT je vhodný v liečbe prolapsov panvových orgánov	1a	Bo, Frawley, 2013
7.	PFMT je vhodný u neurologických ochorení ako CMP a SM	1a	Kampen, 2013
8.	PFMT je vhodný ako prevencia a liečba u profesionálnych športovkýň	1a	Bo, 2013 Hagovská, 2017

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Na účely invalidity podľa Prílohy č. 4 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, stresová inkontinencia moču I. a II. stupňa nepodmieňuje invaliditu, jedine úplná inkontinencia moču podmieňuje invaliditu s mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť do 70%.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Predmet odborného usmernenia

Tabuľka č. 6

Popis organizačných a liečebných opatrení u pacientov s inkontinenciou moču			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP FYZIOTERAPIA STRESOVEJ INKONTINENCIE MOČU ŽIEN		
Poradie	**Odporučenie**	**Kvalita a sila vedeckého dôkazu**	**Odkaz na literatúru**
1.	Diagnostiku a indikáciu typu liečby inkontinencie moču realizuje urológ, gynekológ, urogynekológ. Doporučenie na fyzioterapiu	Urologický štandard pre danú diagnózu	
2.	Liečba je vykonávaná na ambulantnom pracovisku, v samostatnej miestnosti, potrebné je zaistiť dostatočnú intimitu prostredia		Bo, 2013
3.	Materiálno technické zabezpečenie by malo obsahovať lôžko, plentu, rukavice, biofeedback		Bo, 2013
4.	Fyzioterapeutickú diagnostiku a liečbu vykonáva registrovaný fyzioterapeut, je absolventom kurzu pre danú problematiku		Bo, 2013
5.	Pacient podpísal informovaný súhlas u gynekológa, urológa, urogynekológa (nie je kontraindikácia na fyzioterapiu) a následne u fyzioterapeuta (súhlas s palpačným a prístrojovým vaginálnym vyšetrením)		Bo, 2013

Fyzioterapeuti, ktorí sú zamestnanci ústavných, alebo ambulantných zariadení budú poskytovať uvedenú zdravotnú starostlivosť.

Ďalšie odporúčania

Komplexnú rehabilitačnú liečbu je možné využiť pri ľahkých a stredne závažných formách inkontinencie aj v rámci prevencie. Pri dobrej spolupráci terapeuta a pacienta môže byť medikamentózna terapia a chirurgická intervencia eliminovaná.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

1. Indikátory kvality

- Mala záujem o uvedenú liečbu?
- Spolupracovala a dodržiavala pokyny fyzioterapeuta?
- Bol efekt fyzioterapie významný?

2. Zber indikátorov kvality

- fyzioterapeut / po absolvovaní ambulantnej fyzioterapie

3. Frekvencia zberu, vyhodnocovanie - raz ročne

4. Definícia indikátora:

- počet žien so SUI indikovaných na fyzioterapiu (ženy po pôrode, po gynekologických operáciách, po menopauze);

- (použiť dotazník ICIQ – UI – SF a OAB – q a I-QoL- pre zber dát v rámci hodnotenia prevalencie)
- redukcia SUI po absolvovaní fyzioterapie liečby;

5. Zber dát – cestou zdravotných poisťovní vo výkazoch alebo na NCZI do národného registra pre príslušné ochorenia alebo cestou e-Health s odloženou účinnosťou.

Alternatívne odporúčania

Ak nie je možné vykonať palpačné vyšetrenie svalov panvového dna per vaginam z rôznych dôvodov: Alternatívne vyšetrenie externou- povrchovou palpáciou svalov panvového dna – priložením dlane malíčkovou hranou (pri extenzii a addukcii prstov) na perineum je možné čiastočne vyšetriť kontrakciu, relaxáciu a valsalvov manéver (Hall & Brody, 2005).

Nie však možné vyšetriť:

- tonus svalov,
- silu, vytrvalosť, kvalitu a symetriu kontrakcie,
- relaxáciu,
- bolesť počas palpácie, alebo kontrakcie
- kraniálny lift svalov perinea,
- koordináciu s brušnými svalmi počas kontrakcie svalov panvového dna,
- diagnostikovať hyperaktívne panvové dno (napr. u neurologických ochorení, u dyspareunie a pod.).

Podobná situácia je pri vyšetrení svalov panvového dna cez konečník. Literatúra popisuje 25 rôznych spôsobov palpácii (Frawley, 2006; Bo, 2013).

Špeciálny doplnok štandardu

Tréning svalov panvového dna podľa nálezu palpačného vaginálneho vyšetrenia

Hlavné zásady

a. Sila: Pri nádychu sú svaly uvoľnené, počas výdychu maximálnou silou 100% sťahujeme svaly v oblasti močovej trubice, s výdržou 5 – 10 sekúnd.

b. Relaxácia: Po každom sťahu nasleduje uvoľnenie na 10 sekúnd.

c. Vytrvalosť: Pri nádychu sú svaly uvoľnené, počas výdychu submaximálnou silou 50% sťahujeme svaly v oblasti močovej trubice, s výdržou 5 – 30 sekúnd. Nasleduje relaxácia.

d. Rýchlosť: Pri voľnom dýchaní **submaximálnou** silou 50% sťahujeme a uvoľňujeme svaly panvového dna rýchlo, v sekundových intervaloch. Nasleduje relaxácia.

Nácvik rôznej intenzity kontrakcie svalov PD

Mierna kontrakcia (s vyvinutou silou na 25%), uvoľnenie

Stredne silná kontrakcia (s vyvinutou silou na 50%), uvoľnenie

Submaximálna kontrakcia (s vyvinutou silou na 75%), uvoľnenie

Maximálna kontrakcia (s vyvinutou silou na 100%), uvoľnenie

Kontrakcia svalov PD rýchla: submaximálne napínanie a uvoľňovanie svalstva v jednosekundových intervaloch. Opakovanie cviku 10 – 20 krát.

Kontrakcia svalov PD pomalá s výdržou: submaximálna kontrakcia svalov PD s výdržou 10 sekúnd, následné uvoľnenie. Opakovanie cviku 10 – 20 krát.

Po každom type kontrakcie nasleduje uvoľnenie svalov PD.

Zahájenie cvičenia v ľahu na chrbte, následne v kľaku, v sede na stoličke, v stoji, pri chôdzi pomalej, pri chôdzi po schodoch, pri rýchlej chôdzi. Následne doplníme o stabilizačné cvičenie.

Tréning svalov panvového dna príklad základných cvikov

Cvičenie 1. fáza: 1. a 2. týždeň – po dvoch týždňoch cvičenia prejdite do 2. fázy

Cvičte 4 – 5 krát týždenne.

Trvanie cvičenia 20 minút denne.

Vnímanie svalov panvového dna

1. Cvik - Ľah na chrbte - podsadiť panvu, nohy pokrčené

Nádych cez pošvu – (predstavte si, akoby ste chceli prerušiť močenie a vtiahnuť svaly panvy dovnútra tela) a výdych opačným smerom, v rytme dýchania 10-20 krát opakovať.

Lokalizácia na prednú oblasť panvy

2. Cvik - Stiahnite svaly panvového dna počas výdychu a zatlačte špičky k sebe, vydržte 5-10 sekúnd. Potom svaly uvoľnite. Opakujte 10 krát.

Lokalizácia na zadnú oblasť panvy

3. Cvik - Stiahnite svaly konečníka počas výdychu a zatlačte päty k sebe, vydržte 5-10 sekúnd. Potom svaly uvoľnite. Opakujte 10 krát.

Cvičenie 2. fáza: po úvodných dvoch týždňoch cvičenia pokračujete 3. – 12. týždeň

Po zvládnutí predošlých cvičení ku cviku 1. pridať nácvik rôznej intenzity sťahu svalov panvového dna v ľahu, sede, stoji:

Cvičte 4 – 5 krát týždenne.

Trvanie cvičenia 20 minút denne.

Vytrvalosť

Stredne silný sťah svalov panvového dna výdrž 10 sekúnd, uvoľnenie na 10 sekúnd. Opakovanie cviku 20 krát.

Sila

Veľmi silný sťah svalov panvového dna výdrž 5 sekúnd, uvoľnenie na 5 sekúnd. Opakovanie cviku 10 krát.

Príloha

Dotazník medzinárodnej konzultácie o inkontinencii - ICIQ - UI SF

Ako často Vám uniká moč?

- o nikdy /0/
- o raz týždenne alebo menej /1/
- o 2 - 3-krát týždenne /2/
- o asi raz denne /3/
- o mnohokrát denne /4/
- o nepretržite /5/

Aké množstvo moču Vám zvyčajne uniká (či nosíte ochranu alebo nie)?

- o žiadne /0/
- o malé množstvo /2/
- o stredné množstvo /4/
- o veľké množstvo /6/

Ako veľmi zasahuje únik moču do Vášho každodenného života?

vôbec veľmi

∘	∘	∘	∘	∘	∘	∘	∘	∘	∘	∘
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Kedy vám uniká moč?

- o neuniká
- o uniká skôr, ako prídete na WC
- o uniká, keď kašlete alebo kýchate
- o uniká, keď spíte
- o uniká, keď telesne pracujete/cvičíte
- o uniká, keď ste ukončili močenie a ste už oblečený
- o uniká bez jasného dôvodu
- o uniká nepretržite

Mikčný denník – hodnotí sa objem moču za 24 hodín (ml), počet močení za 24 hodín (ml), objem moču počas dňa (ml), počet močení za deň, objem moču v noci (ml), počet močení v noci, priemerný objem moču na jedno močenie (ml), priemerný objem moču cez deň (ml), priemerný objem moču v noci (ml) tri dni a použité sú priemerné hodnoty. Hyperaktívny mechúr (OAB), je keď má pacient urgenciu, močenie 8- a viackrát za deň, dva- a viackrát v noci a alebo bez urgentnej inkontinencie (Haylen, 2010).

OAB-Q

Ako často Vás za posledné 4 týždne trápili tieto príznaky s močovým mechúrom?

1. Nepríjemné nutkanie na močenie

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

2. Náhle nutkanie na močenie len s malým, alebo žiadnym varovaním

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

3. Náhodné pomočenie malým množstvom moču

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

4. Močenie v noci

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

5. Prebúdzanie sa v noci, kvôli potrebe močiť

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

6. Pomočenie so silným nutkaním na močenie

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

Ako často Vás za posledné 4 týždne problémy s močovým mechúrom spôsobili...

1. Že ste museli plánovať únikové trasy na verejné toalety?

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

2. Že ste mali pocit, že niečo s vami nie je v poriadku?

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

3. Zabránili, aby ste sa v noci vyspali?

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

4. Vyvolali pocit hnevu, kvôli času strávenému na toalete?

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

5. Spôsobili, že ste nemohli vykonávať aktivity, v okolí ktorých nie sú toalety - prechádzky, beh?

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

6. Spôsobili, že ste sa zobudili zo spánku?

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

7. Museli ste znížiť svoju telesnú aktivitu - cvičenie, šport?

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

8. Vyvolali problémy s partnerom?

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

9. Vyvolali nepríjemné pocity pri cestovaní s inými, že ste potrebovali zastať a ísť na toaletu?

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

10. Ovplyvnili Vaše vzťahy s priateľmi?

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

11. Zabránili potrebnému množstvu spánku?

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

12. Vyvolali pocit zahanbenia?

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

13. Museli ste hľadať WC hneď, keď ste prišli na miesto, kde ste predtým nikdy neboli?

Vôbec nie (1) málo (2) trochu(3) dosť (4) veľmi (5) intenzívne (6)

I-QoL

Q1. Trápim sa, že neprídem včas na WC

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q2. Trápim sa, že zakašlem alebo kýchnem, lebo mám ťažkosti s močom alebo únik moču

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q3. Musím opatrne vstávať keď sedím, lebo mám ťažkosti s močom alebo únik moču

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q4. Trápim sa, ak sú toalety na neznámych miestach

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q5. Cítim sa depresívne – zle, lebo mám ťažkosti s močom alebo únik moču

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q6. Ak opustím domov na dlhšie obdobie, necítim sa slobodne, lebo mám ťažkosti s únikom moču

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q7. Cítim sa menejcenne, lebo moje ťažkosti s únikom moču mi zabraňujú robiť čo chcem

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q8. Trápim sa, že iným zapácham od moču

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q9. Vždy myslím na moje ťažkosti s močom alebo únik moču

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q10. Je pre mňa dôležité chodiť často na WC

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q11. Je pre mňa dôležité všetko v predstihu naplánovať, lebo mám ťažkosti s unikom moču

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q12. Trápi ma, že moje ťažkosti s močom alebo únik moču sa zhoršia pri starnutí

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q13. Mám ťažkosti dobre sa v noci vyspať kvôli mojim ťažkostiam s únikom moču

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q14. Trápim sa kvôli rozpakom alebo poníženiu, že mám ťažkosti s močom, alebo únik moču

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q15. Moje ťažkosti s močom alebo únik moču spôsobujú, že sa necítim ako zdravý človek

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q16. Moje ťažkosti s močom alebo únik moču mi spôsobujú pocit bezmocnosti

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q17. Menej sa teším zo života, lebo mám ťažkosti s močom alebo únik moču

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q18. Obávam sa, že sa pomočím

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q19. Cítim, že neovládam môj močový mechúr

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q20. Musím sledovať čo pijem a aké množstvo, lebo mám ťažkosti s močom alebo únik moču

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q21. Moje ťažkosti s močom alebo únik moču ma obmedzuje vo výbere odevov

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Q22. Trápim sa kvôli pohlavnému styku, lebo mám ťažkosti s močom alebo únik moču

Výrazne (1) veľmi (2) stredne (3) trochu (4) vôbec (5)

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Tento dokument vznikol ako možnosť ľahkého a prehľadného prístupu – diagnostického a terapeutického – klinický štandard fyzioterapie stresovej inkontinencie moču žien. Dokument je určený lekárom (urológia, gynekológia a pôrodníctvo), všeobecným lekárom, fyziatrom a fyzioterapeutom.

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku všetkými uvedenými OPS skupinami a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

1. Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, a kol. 17.6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: EVALUATION AND TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE, PELVIC ORGAN PROLAPSE AND FAECAL INCONTINENCE. Neurourol Urodyn. 2018 Sep;37(7):2271-2272.
2. Arnold T. M. Bernards, Bary C. M. Berghmans, Marijke C. Ph. Slieker-ten Hove, J. Bart Staal, Rob A. de Bie, Erik J. M. Hendriks. Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update. Int Urogynecol J. 2014; 25(2): 171–179.
3. Avery, K., Donovan, J., Peters, T.J., Shaw, Ch., Gotoh, M., Abrams, P. ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. Neurourol Urodyn 2004; (23): 322-330.
4. Berghmans, B. Electrical stimulation for OAB in : Bo K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 240 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
5. Bo K , Frawley HC, Bernard T et.al. 14An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction Bo, K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 435 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
6. Bo, K., Frawley, H. Pelvic flor muscle training in the prevention and treatment of POP in : Bo K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 240 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
7. Bø, K., Sundgot-Borgen. J. Are former female elite athletes more likely to experience urinary incontinence later in life than non-athletes? Scand J Med Sci Sports 2010; 20(1):100-4.
8. Burkhard FC (Chair), Bosch J.L.H.R., Cruz, F. Lemack, G.E. , Nambiar, A.K. Thiruchelvam, N. Tubaro, A. Guidelines Associates: D. Ambühl, D.A. Bedretdinova, F. Farag, R. Lombardo, M.P. Schneider EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults 2018.
9. Chiarelli, P. Lifestyle interventions for pelvic floor dysfunction. In : Bo, K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 435 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
10. Dietz, H.P. Ultrasound in assessment of pelvic floor muscle and pelvic organ descent in : Bo K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 240 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
11. Dumoulin, C., Martin, C., Elliott, V., Bourbonnais, D., Morin, M., Lemieu, M.C., Gauthier, R. Randomized controlled trial of physiotherapy for postpartum stress incontinence: 7-year follow-up. Neurourol Urodyn 2013; 32(5):449-54.
12. Ďurišová, E. Ženské bolesti chrbtice (sterilita, inkontinencia, osteoporóza). AKU-HOMEO, 2008. ISBN 978-80-89089-74-1, s. 97-115.
13. Frawley, H., Galea, M., Phillips, B., Sherburn, M. Effect of test position on pelvic floor muscle assessment. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006;(17):365-371.
14. Hagovská, M., Švihra, J. et.al. Prevalence of Urinary Incontinence in Females Performing High-Impact Exercises. Int J Sports Med, roč. 38, č.3, 210-216.
15. Hošnjak et. al., Effectiveness of Biofeedback Therapyas Conservative Choice for Management of Female Stress Urinary Incontinence Croat Nurs J. 2017; 1(1): 103-114.
16. Hundley, A.F., Wu, J.M., Visco, A.G. A comparison of perineometer to brink score for assessment of pelvic floor muscle strength. Am J Obstet Gynecol 2005;(192):1583-1591.
17. Knight, S.J., Laycock, J. The role of biofeedback in pelvic floor re-education. In Physiotherapy. ISSN 0031-9406, 1994, vol. 80, no. 1, p. 145.
18. Kolář P. a kol. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

19. Krhut, J. Holaňová, R. Fyzioterapeutické přístupy v konzervativní léčbě močové inkontinence, Urolog. pro Praxi, 2010; 11(6): 308-309
20. Laycock, J., Jerwood, D. Pelvic floor asssessment: the P.E.R.F.E.C.T. scheme. Physiotherapy 2001;(87) 1: 631.
21. Messelik, B. Benson T, Berghmans B, Bø K, Corcos J, Fowler C, Laycock J, Lim PH, van Lunsen R, á Nijeholt GL, Pemberton J, Wang A, Watier A, Van Kerrebroeck P. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society.Neurourol and Urodyn. 2005, 24(4):374-80.
22. Milsom, I., Altman, D., Lapitan, M.C., Nelson, R., Sillen, U., Thom, D. Epidemiology of Urinary and Faecal Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. Incontinence, 4th International Consultation on Incontinence. Plymouth : Plymbridge Distributors Ltd, 2009. p. 35-111.
23. Mørkved, S., Bø, K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. Br J Sports Med 2014; 48(4):299-310.
24. Pedraza, R., Nieto, J., Ibarra, S., Hass, E. Pelvic Muscle Rehabilitation: A Standardized Protocol for Pelvic Floor Dysfunction. Adv Urol. 2014; 2014: 487436.
25. Rahmani, N., Mohseni-Bandpei, M.A. Application of perineometer in the assessment of pelvic floor muscle strength and endurance: A reliability study. J Bod Mov Ther 2011;(15):209-214.
26. Sherbun, M. Evidence of PFMT in elderly in : Bo K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 240 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
27. Švihra, J., Avery, K., Sopilko, I., Kliment, J. Slovak version of a new questionnaire for urinary incontinence: the international consultation on incontinence questionnaire short form ICIQ-UI SF. Urológia 2004; (10): 34.
28. Švihra, J. Inkontinencia moču. 1. vyd. Martin: Osveta, 2012. 326 s. ISBN 978-80-8063-380-6.

29. Van D Kampen, M. Evidence for PFMT for neurological diseases in : Bo K. a kol. Evidence – based physical therapy for the pelvic floor. Elsevier, Ltd., 2013. 240 p. ISBN 978-0-443-10146-5.
Publikácie autorky na danú tému
30. Hagovská, M. Rehabilitačná liečba inkontinencie moču a kvalita života inkontinentných pacientov : dizertačná práca; školiteľ Peter Takáč. - Trnava, 2010. - 156 s.
31. Hagovská, M. Medicínske a psychosociálne aspekty včasnej rehabilitácie po radikálnych prostatektómiách: rigorózna práca, školiteľ Tatiana Cicholestová, Martin Hrivňák. - Trnava, 2006. - 108 s.
32. Hagovská, M. Prehľad rehabilitačných metód v liečbe inkontinencie moču : výsledky zahraničných a domácich štúdii v rehabilitačnej liečbe inkontinencie moču.[Survey of rehabilitation methods in the treatment of urinary incontinence :]. In: Rehabilitace a fyzikální lékařství. - ISSN 1211-2658. - Roč. 15, č. 4 (2008), s. 150-158.
33. Hagovská, M., Takáč, P. Využitie elektrostimulácie v rámci rehabilitácie po radikálnej prostatektómii.[The utilization of electrical stimulation in rehabilitation after radical prostatectomy]. In: Rehabilitace a fyzikální lékařství. - ISSN 1211-2658. - Roč. 14, č. 3 (2007), s. 108-113.
34. Hagovská, M., Dzvoník, O. Psychosociálne aspekty kvality života pacientov po radikálnej prostatektómii [Psychosocial aspects of quality of life in patients after radical prostatectomy]. In: Československá psychologie. - ISSN 0009-062X. - Roč. LII, č. 2 (2008), s. 120-131. IF 0.10
35. Hagovská, M., Takáč, P. Kvalita života žien s inkontinenciou moču (IM) a jej súvislosť s bolesťou v krížovej oblasti - možnosti ich pozitívneho ovplyvnenia komplexnou rehabilitačnou liečbou In: Fyzioterapie 2009 : sborník abstraktů 1. ročníku mezinárodní konference: 22. a 23. května 2009 v Čelákovicích. - Čelákovice : NZZ REHASPRING, 2009. - ISBN 9788025444412. - S. 18-19.

36. Hagovská, M., Takáč, P. EMG biofeedback as a diagnostic and therapeutic method in the treatment and prevention of women's urinary incontinence. In: Przeglad Medyczny. ISSN 2082-369X, 2010, vol. 8, no. 4, s. 410-418.
37. Hagovská, M., Dzvoník, O. Osobnostné a psychosociálne aspekty kvality života a komplexná rehabilitačná liečba u žien so stresovou inkontinenciou moču po hysterektómii.[Personal and psychosocial aspects quality of life and komplex physiotherapy in women with urinary incontinence]. In: Klinická urológia. - ISSN 1336-7579. - Roč. 7, č. 1 (2011), s. 22-27.
38. Hagovská, M., Takáč, P. Hodnotenie funkčného stavu panvového dna metódou EMG-Biofeedback podľa Perfect schémy u pacientiek po adbominálnej a vaginálnej hysterektómii.[Evaluation of the functionality of pelvic floor according to Perfect Scheme in patients after abdominal and vaginal hysterectomy].
In: Česká gynekologie - ISSN 1210-7832. - Roč. 75, č. 6 (2010), s. 540-546.
39. Hagovská, M., Takáč, P. Návrh hodnotenia sily svalov panvového dna u pacientok inkontinentných aj bez inkontinencie.[Proposed evaluation of muscular strength of pelvic floor in female patients with or without incontinence].
In: Rehabilitace a fyzikální lékařství. - ISSN 1211-2658. - Roč. 17, č. 3 (2010), s. 87-94.
40. Hagovská, M. Sledovanie vzťahu inkontinencie moču so syndrómom kostrče a panvového dna a s výskytom bolesti v krížovej oblasti chrbtice.
[Investigation of the relationship between urinary incontinence and coccyx syndrome and pelvic floor, and with pain occurrence in lumbar region of spine]. In: Rehabilitace a fyzikální lékařství. - ISSN 1211-2658. - Roč. 18, č. 4 (2011), s. 183-187.
41. Hagovská, M. Možnosť využitia biofeedbacku v liečbe inkontinencie moču - kazuistiky In: Pôrodná asistencia v krajinách EÚ : zborník príspevkov z odborného seminára na regionálnej úrovni s medzinárodnou účasťou konaného 23. júna 2011. - Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2011. - ISBN 9788055503936. - S. 54-66.
42. Hagovská, M. Fyzioterapia inkontinencie moču. [Physiotherapy of urine incontinence]. - 1. vyd. - Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2014. - 243 s. - ISBN 9788081521331.
43. Hagovská, M. Vyšetrenie a rehabilitácia svalov panvového dna pri úniku moču / Magdaléna Hagovská. - online.
In: I-med [elektronický zdroj]. - ISSN 1338-4392. - Roč. 6, č.12 (2016), s. [1-28]. - Spôsob prístupu: http://i-med.sk/vysetrenie-rehabilitacia-svalov-panvoveho-dna-pri-iniku-mocu.
44. Hagovská, M., Švihra, J. et.al. Inkontinencia moču u športovkýň [Urinary incontinence in sportswomen]. In: Klinická urológia. - ISSN 1336-7579. - Roč. 12, č. 3 (2016), s. 104-109.
45. Hagovská, M., Švihra, J. et.al. Prevalence of Urinary Incontinence in Females Performing High-Impact Exercises. Int J Sports Med, roč. 38, č.3, 210-216, IF 2.52
46. Buková, A., Hagovská, M. Obezita a inkontinencia . Diabetológia/obezitológia. Roč. 17, (2017), s 55 – 57.
47. Hagovská, M. Špeciálne metódy v gynekológii. Praktická kinezioterapia - 1. vyd. - Košice : Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2016. - 492 s. - ISBN 978-80-8152-391-5
48. Hagovská, M., Švihra, J. a kol. Effect of physical activity measured by the International physical activity questionnaire (IPAQ) on the prevalence os stress urinary incontinence in young women, In: Neurourology and Urodynamics. - ISSN 0733-2467. - Vol. 36, (2017), -IF – 3,36
49. Hagovská, M., Švihra, J. a kol. Prevalence and risk of sport types to stress urinary incontinence in sportswomen: A cross-sectional study - IF 3,6. In: Neurourology and Urodynamics. - ISSN 0733-2467. - Vol. 37, no 6 (2018), s. 1957-1964.

50. Hagovská, M., Švihra, J. a kol. The impact of physical activity measured by the International Physical Activity questionnaire on the prevalence of stress urinary incontinence in young women - IF 1,8. In: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. - ISSN 1872-7654. - Vol. 228 (2018), s. 308-312.
51. Hagovská, M., Švihra, J. a kol. Higher body fat percentage as a risk factor of overactive bladder at overweight women In: Neurourology and Urodynamics. - ISSN 0733-2467. - Vol. 37, suppl. 5 (2018), s. S213-S214.-IF – 3,36
52. Hagovská, M., Švihra, J. a kol.Effect of an exercise programme for reducing abdominal fat on overactive bladder symptoms in young overweight women. Int Urogynecol J. 2019 Nov 26. doi: 10.1007/s00192-019-04157-8. [Epub ahead of print]
53. Hagovská, M., Švihra, J. a kol.The impact of different intensities of exercise on body weight reduction and overactive bladder symptoms- randomised trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 Nov;242:144-149.
54. Hagovská, M., Švihra, J. a kol. Comparison of body composition and overactive bladder symptoms in overweight female university students.Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 Jun;237:18-22. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.04.001. Epub 2019 Apr 2.
55. Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008
56. Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Palatolália

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0065	*10. decembra 2019*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PaedDr. Barbora Bunová, PhD.; PhDr. Zuzana Oravkinová,PhD.; Mgr. Marianna Piovárová
PhDr. Anna Hrnčiarová, CSc.; PaedDr. Mária Masárová; Mgr. Zuzana Moškurjáková; PhDr. Anna Paluková; Mgr. Miroslava Petrík; PaedDr. Mária Šišková; PhDr. Ľubomíra Štenclová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

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

palatolália, rázštep, narušená komunikačná schopnosť

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

EBT *Evidence - Based Therapy* - prax založená na dôkazoch

Index MBL z angl. *mean babbling level* – priemerná úroveň džavotania, je kvantitatívnym ukazovateľom raného predverbálneho dozrievania

Index stability (S)	pomer všetkých produkovaných fonologických foriem k rôznym slovám vo vzorke reči
Index F	počet foném v najdlhšom slove
Index PDV	priemerná dĺžka výpovede
FLU	fonologické uvedomovanie
NKS	narušená komunikačná schopnosť
NZRR	narušená zvuková rovina reči
ONK	oronazálna komunikácia
OVR	oneskorený vývin reči
VJP	vývinová jazyková porucha
VFM	velofaryngeálny mechanizmus
VFI	velofaryngeálna insuficiencia
VNK	vestibulonazálna komunikácia

Hodnotenie váhy dôkazov:
Ia: metaanalýzy alebo systematické prehľady randomizovaných kontrolovaných klinických štúdií
Ib: aspoň jedna randomizovaná klinická kontrolovaná štúdia
IIa: aspoň jedna kontrolovaná štúdia bez randomizácie
IIb: aspoň jedna štúdia iného typu, napr. kvazi-experimentálna, bez randomizácie
III: deskriptívne štúdie, ako napr. komparatívne, korelačné a kazuistiky
IV: odborné odporúčania, názory a klinické skúsenosti rešpektovaných autorít

Kompetencie

Klinický logopéd (t.j. logopéd v rezorte zdravotníctva so špecializačnou skúškou z odboru klinická logopédia) zohráva kľúčovú úlohu pri skríningu, diagnostike a terapii NKS a takisto aj pri hodnotení funkcie VFM u dieťaťa s rázštepom (ASHA, 2016; Peterson-Falzone a kol., 2010, 2017; Kerekrétiová, 2002). Pri procese prevencie, diagnostiky, terapie a poradenstva spolupracuje klinický logopéd predovšetkým s rázštepovou poradňou (Eurocleft, 2000; Peterson-Falzone a kol., 2010, 2017; ASHA, 2016; Kerekrétiová, 2002) s ostatnými medicínskymi a nemedicínskymi odborníkmi, hlavne: lekárom so špecializáciou foniatria/ORL, lekárom so špecializáciou pediater, lekárom so špecializáciou plastická chirurgia, čeľustným ortopédom, genetikom, klinickým psychológom a inými odborníkmi a to podľa to, ak si to vyžaduje klinický obraz dieťaťa.

Úvod

Palatolália (angl. *cleft palate speech*) je narušená komunikačná schopnosť, ktorá vzniká ako sekundárny dôsledok rázštepu pery a/alebo podnebia (Ketrekrétiová, 1997, 2006). Môže mať rôznu závažnosť, od veľmi závažnej formy až po mierne, pričom niektoré deti s rázštepom majú reč asymptomatickú (asi 25 %; Zacharová, 2001). Pri palatolálii je primárne narušená foneticko-fonologická rovina reči a to sa môže prejaviť ako **porucha nosovej rezonancie** a **porucha výslovnosti** s typickými symptómami ako sú napr. kompenzačná a palatálna artikulácia (Kerekrétiová, 2002; Oravkinová, 2018), (viď tab. 1). Pri závažných formách VFI občas pozorujeme aj **poruchy hlasu**. Niektoré, ale nie všetky deti s rázštepom, môžu mať aj **oneskorený** alebo **narušený vývin reči**: symptómy vtedy pozorujeme aj v morfologicko-syntaktickej, lexikálno-sémantickej a pragmatickej rovine jazyka. Niektoré symptómy môžu byť typické pre deti s rázštepom (napr. lexikálna selektivita v ranom veku, viď text nižšie), iné sú rovnaké ako v nerázštepovej populácii. Pre diagnostiku a terapiu v ranom veku sa používajú niektoré špecifické postupy (Oravkinová, 2010) a v staršom veku sa intervencia vykonáva prevažne nešpecificky s ohľadom na konkrétne symptómy (pozri kapitolu VJP). Narušenie komunikačnej schopnosti pri palatolálii môžeme pozorovať tak vo verbálnej ako aj v neverbálnej zložke (napr. vo forme narušeného

koverbálneho správania). Pri **prevodovej poruche sluchu**, ktorá je u detí s rázštepom veľmi frekventovaná, avšak najčastejšie v nezávažnej forme (Peterson-Falzone, 2010, 2017), sa môže ojedinele objaviť aj narušenie v receptívnej zložke jazyka (Kerekrétiová, 2016, 2018) ale o niečo častejšie pozorujeme ako jej dôsledok fonologické deficity (Peterson-Falzone, 2010, 2017; Chapman, 2009). Pre poruchy sluchu bližšie pozri kapitolu Narušená komunikačná schopnosť pri poruchách sluchu.

Prevencia

Klinická otázka:

Ak by sa detským pacientom s palatoláliou (P) poskytla klinicko-logopedická intervencia vo veku od 0-3 rokov (I), malo by to väčší vplyv na vývin jazykových rovín a artikulácie (I), ako u detí s palatoláliou (C), ktorým by sa táto intervencia poskytla v neskoršom veku (O)? (Lalsa, 2017 (II), Peterson-Falzone, 2017 (II))

Prevencia vzniku palatolálie je v prvom rade záležitosťou lekárskej preventívnej starostlivosti, ktorá sa v rámci starostlivosti o matku a dieťa zameriava na predchádzanie vzniku orofaciálnych rázštepov (napr. užívaním kyseliny listovej pred- a počas gravidity matky). Zároveň je prevenciou palatolálie kvalitná chirurgická liečba rázštepu už v ranom veku dieťaťa – a to primárnou operáciou sekundárneho podnebia do 12. mesiacov života dieťaťa (Peterson-Falzone, a kol., 2010, 2017). Operácia v ranom veku však nezaručuje, že dieťa nebude mať palatoláliu. Primárna korekcia rázštepu v ranom vývinovom období vytvára pre dieťa čo najoptimálnejšie podmienky pre osvojenie si reči a jazyka, avšak každé dieťa s rázštepom podnebia je aj naďalej rizikové nielen z hľadiska výskytu palatolálie, ale aj z hľadiska oneskorovania sa vo vývine jazykových schopností. Preto by každé dieťa s rázštepom podnebia malo byť zaradené do ranej klinicko-logopedickej intervencie, optimálne vo veku okolo 1. roka života, čo vytvára tretiu zložku prevencie palatolálie (Watson, a kol., 2001; D'Antonio a Scherer, 2008, 2009; Peterson-Falzone, 2010, 2017). U väčšiny detí s rázštepom je potom nutné poskytovať klinicko-logopedickú starostlivosť v celom predškolskom veku a u niektorých ešte aj v ranom školskom veku. Niektorým osobám s rázštepom sa klinicko-logopedická starostlivosť poskytuje aj v puberte a dospelosti, avšak šance na jej úspech už výrazne klesajú.

Epidemiológia

Celosvetovo sa incidencia rázštepov udáva v pomere jedno dieťa na 650 – 700 živo narodených detí. (WHO, 2001). Incidencia rázštepov pery s/bez rázštepu podnebia sa pohybuje v rozmedzí 7,94 – 9,92 na 10 000 živo narodených detí (IPDTOC, 2011; Tanaka, Mahabir, Jupiter, & Menezes, 2012). Rázštepy pery s/ bez rázštepu podnebia sa vyskytujú dvakrát častejšie u chlapcov a rázštepy sekundárneho podnebia sú častejšie u dievčat (Kerekrétiová, 2009, 2006). Ľavostranný rázštep je asi dva razy častejší ako pravostranný (Enlow, Hans, 2008).

Palatoláliu má približne 75 % detí narodených s rázštepom, pričom približne 25 % detí má pred logopedickou intervenciou vážne narušenú komunikačnú schopnosť, 50 % má stredne závažné symptómy a 25 % detí nemá žiadne znaky NKS (Zacharová, 2001; Peterson-Falzone a kol., 2010). Väčšina detí má symptómy v oblasti poruchy artikulácie, iba cca 20 % detí má po operácii rázštepu poruchu rezonancie (Kummer, 2014). Vzhľadom na to, že sa rekonštrukcie podnebia vykonávajú po celom svete vo väčšine rázštepových centier vo veku medzi 6-12 mesiacom života a vďaka komplexnej tímovej multidisciplinárnej starostlivosti, vrátanej včasnej logopedickej intervencie, sa výskyt závažných foriem palatolálie v súčasnosti významne znižuje.

Patofyziológia

Primárnou príčinou palatolálie je **orofaciálny rázštep** (rázštep podnebia s/bez rázštepu pery). Môže byť nekompletný/kompletný, unilaterálny/bilaterálny alebo submukózny. Niektoré deti, predovšetkým deti

s vrodenými syndrómami, majú ťažšie diagnostikovateľný tzv. skrytý/okultný rázštep (Golding-Kushner a Shprintzen, 2011; Oravkinová, 2018). Čím závažnejšiu formu rázštepu dieťa má, tým väčší vplyv bude pravdepodobne mať rázštep na vývin reči a jazykových schopností dieťaťa. Toto pravidlo však neplatí pre všetky prípady. Po operácii podnebia (palatoplastike) môžu byť príčinou palatolálie **velofaryngeálna insuficiencia (VFI)** alebo **oronazálna komunikácia** (Kerekrétiová, 2008, 2016), ako aj iné **orofaciálne štrukturálne deviácie,** napr. rôzne **dento-okluzálne odchýlky (**ASHA, 2016). Najtypickejším symptómom v oblasti výslovnosti je mimoorálna kompenzačná artikulácia a tá vzniká už v ranom veku ešte pred operáciou podnebia pre neschopnosť dieťaťa vytvoriť dostatočný intraorálny tlak pri tvorbe normálnych orálnych spoluhlások, inými slovami pre nedostatočný VFM (ASHA, 2016). Dieťa si teda kompenzačné zvuky môže osvojiť už počas džavotania (Glendová, Kerekrétiová, 1996; Scherer a Oravkinová, 2013; Peterson-Falzone, 2010). Asi u 20 % detí s rázštepom sa stáva, že ani po operácii rázštepu nemusí dostatočne fungovať ich VFM. Nedostatočný VFM nedokáže počas reči úplne oddeliť nosovú dutinu od ústnej, čím spôsobuje pretrvávanie a ďalšie fixovanie závažných symptómov palatolálie (Chapman, 2009). Nie všetky deti s VFI však artikulujú kompenzačne. Niektoré z nich si môžu osvojiť oslabenú artikuláciu s nazálnymi emisiami a slabým tlakom konsonantov, iné deti môžu pre VFI konsonanty v reči vynechávať (tzv. samohlásková reč). Ak má dieťa VFI, jeho reč spravidla doprevádza aj zreteľná hypernazalita. Ostatné symptómy palatolálie ako palatálna a velárna artikulácia môžu mať rôzne, kombinované a často nejasné etiologické korene. Dentálna artikulácia vzniká a pretrváva u detí s rázštepom pre odchýlky v dento-oklúzii (Peterson-Falzone a kol., 2010).

Klasifikácia

Symptómy palatolálie (termín zaviedla Ketekrétiová, 1997) sa dajú triediť tak, ako je to vyjadrené v Tab 1. Jadrom palatolálie sú špecifické symptómy z prvej časti tabuľky, pričom symptómy z druhej časti sa k nim často pridružujú ako ich priama nadstavba. Tieto pridružené symptómy sa však môžu vyskytovať aj v podobe nezávislého a paralelného narušenia a v konkrétnych prípadoch detí nie je vždy možné s istotou klinicky stanoviť ich etiologický pôvod. V treťom stĺpci sú symptómy, ktoré nesúvisia s rázštepom, ale tiež ich pomerne často v tejto populácii detí nachádzame (Oravkinová, 2018).

Tab. 1

Symptomatológia palatolálie				
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PALATOLÁLIA				
Špecifické symptómy palatolálie			**Pridružené symptómy palatolálie**	**Paralelné symptómy NKS nesúvisiace s rázštepom**
Poruchy artikulácie	Poruchy rezonancie	Iné typické symptómy VFI*		
- kompenzačná artikulácia - oslabená artikulácia - palatálna artikulácia - velárna artikulácia - dentálne artikulačné chyby	- hypernazalita - hyponazalita - zmiešaná porucha rezonancie - CuldeSac rezonancia	- slabý tlak hlások - nazálne emisie - súhyby nosa a čela	- OVR - fonologické deficity - palatofónia	- dyslália** - deficity jazykových schopností (VJP)

Poznámka: Prebraté z Oravkinová, 2018. * tieto symptómy sú súčasťou - znakmi oslabenej artikulácie a VFI; ** v novšej kategorizácii NZRR artikulačná porucha (AP): tento termín v texte nepoužívame, aby sme terminologicky odlíšili artikulačné poruchy pri palatolálii od tzv. artikulačnej poruchy v zmysle pôvodného termínu dyslália.

Narušenú komunikačnú schopnosť pri palatolálii môžeme ďalej triediť aj vo vzťahu k funkcii velofaryngeálneho mechanizmu (Tab. 2), vo vzťahu k zrozumiteľnosti reči (Škála č.1 , Kerekrétiová, 2008, 2016) a kauzálnou klasifikáciou symptómov artikulácie (Oravkinová, 2018).

Na hodnotenie zrozumiteľnosti reči pri palatolálii odporúčame použiť nasledujúcu hodnotiacu škálu (Kerekrétiová, 2008, váha dôkazov-IV.):

Škála 1. Škála zrozumiteľnosti reči



1. reč je dobre zrozumiteľná
2. reč je spoločensky únosná
3. reč je horšie zrozumiteľná
4. reč je nezrozumiteľná

Vo vzťahu k funkcii VFM, hodnotíme palatoláliu nasledovne (Oravkinová, 2018):
Tab. 2

Klasifikácia funkcie VFM podľa miery narušenia reči	
Standardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PALATOLÁLIA
Funkcia VFM	**Symptomatológia**
Dostatočná	Dieťa tvorí aspoň niektoré orálne konsonanty vyžadujúce tlak (P, B, F, V, T, D...) normálne: na správnych artikulačných miestach, bez straty tlaku a bez nazálnych emisií; v prehovoroch s nimi má normálnu rezonanciu.
Nedostatočná	Dieťa tvorí aspoň niektoré orálne konsonanty vyžadujúce tlak (P, B, F, V, T, D...) oslabene: na správnych artikulačných miestach, ale so stratou tlaku, s nazálnymi emisiami a hyperna-zalitou.
Hraničná	Dieťa tvorí niektoré orálne konsonanty vyžadujúce tlak (P, B, F, V, T, D...) oslabene a niektoré tvorí správne; občas môže mať hraničnú stratu tlaku, hraničné nazálne emisie a hraničnú hypernazalitu.
Nedá sa posúdiť	U detí s kompenzačnými mimoorálnymi zvukmi a u detí, ktoré vynechávajú všetky orálne konsonanty vyžadujúce tlak.
Nedá sa posúdiť	U detí s inými anatomickými defektmi: veľkými oronazálnymi a vestibulonazálnymi komunikáciami a úplnou neschopnosťou perno-perného záveru.

Kauzálna kategorizácia symptómov artikulácie triedi príznaky nasledovne (Tab. 3)
Tab. 3

Kauzálna kategorizácia symptómov artikulácie
Standardné postupy — ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PALATOLÁLIA
Poruchy artikulácie súvisiace s funkciou VFM:
- kompenzačná artikulácia - oslabená artikulácia - samohlásková reč
Poruchy artikulácie, ktoré môžu a nemusia súvisieť s funkciou VFM:
- palatálna artikulácia - velárna artikulácia
Poruchy artikulácie nesúvisiace s funkciou VFM:
- dentálne artikulačné chyby - dyslalické artikulačné chyby (tzv. artikulačná porucha podľa kategorizácie NZRR, Buntová, 2018).

Poznámka: (podrobnejšie pozri Oravkinová, 2018 a klasifikácie v Kuehn, Moller, 2000; Kummer, 2014; Peterson-Falzone a kol., 2010; Chapman, 2009 a iní).

Ďalej je nutné uviesť triedenie porúch rezonancie - viď Tab. 1. (Sweeney, 2011; Kummer, 2014; Peterson-Falzone, a kol., 2010, 2017):

- **hypernazalita**
- **hyponazalita a Cul de Sac rezonancia**
- **hypo-hypernazalita**

11 Klinický obraz

Medzi symptómy, ktoré najčastejšie tvoria klinický obraz palatolálie, patria:

1. **poruchy artikulácie**
2. **poruchy rezonancie**
3. **narušenie v oblasti vývinu jazykových schopností, najčastejšie OVR**
4. **fonologické poruchy**
5. **poruchy hlasu**

Pre upresnenie klinického obrazu tejto populácie detí opíšeme aj poruchy kŕmenia a poruchy sluchu.

1. Poruchy artikulácie

Pre vedenie klinicko-logopedickej nefarmakologickej liečby a pre klinicko-logopedickú diagnostiku funkcie VFM je najjednoduchšie, ak symptómy v oblasti porúch artikulácie triedime podľa kauzálnej klasifikácie symptómov (viď Tab. 3). Každá skupina symptómov má svoj špecifický obraz, etiopatológiu a vyžaduje iné terapeutické prístupy a techniky (viď Tab. 4). U detí s rázštepom sa najčastejšie vyskytujú symptómy palatálnej, velárnej a dentálnej artikulácie. Poruchy artikulácie, ktoré súvisia s funkciou VFM (kompenzačné zvuky, samohlásková reč a oslabená artikulácia) má iba menšia časť detí s rázštepom. Väčšina detí má v rečovej produkcii kombináciu symptómov z viacerých kategórií. Všetky symptómy – okrem oslabenej artikulácie (viď nižšie) – vyžadujú intenzívny, systematický, často dlhodobý a špecificky vedený artikulačný nácvik za úzkej spolupráce rodiča dieťaťa.

Tab. 4

Poruchy artikulácie
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PALATOLÁLIA
Kompenzačná artikulácia
Tvorenie hlások, ktoré vyžadujú vysoký intraorálny tlak (P, B, T, D, Ť, Ď, K, G, CH, F, V a sykavky) na mimoorálnych artikulačných miestach: glotálne, faryngálne, nazofaryngálne a nazálne. Vzniká v ranom veku a predstavuje hlboko neuro-motoricky kotvený artikulačný návyk. Vyžaduje intenzívnu a špecifickú artikulačnú terapiu.
Samohlásková reč
Vynechávanie hlások, ktoré vyžadujú vysoký intraorálny tlak. Vyskytuje sa prechodne v ranom veku a zvyčajne sa transformuje do iných symptómov (napr. kompenzačnej artikulácie).
Oslabená artikulácia
Výslovnosť hlások, ktoré vyžadujú vysoký intraorálny tlak na správnych artikulačných miestach, ale so stratou tlaku, s nazálnymi emisiami a s hypernazalitou. Oslabená artikulácia je indikátorom VF insuficiencie a odstraňuje sa chirurgicky, artikulačná terapia sa neaplikuje, bola by neúčinná (Peterson-Falzone, 2010; Kummer, 2014; Oravkinová, 2018). Oslabená artikulácia je hlavným vodidlom v diagnostickej terapii (viď nižšie).
Palatálna a velárna artikulácia
Tvorenie alveolárnych (a niekedy aj ďalších) hlások strednou a zadnou časťou chrbáta jazyka - na palatálnom a velárnom artikulačnom mieste. Často ho doprevádza neschopnosť dieťaťa artikulovať apexom jazyka. Vzniká v ranom veku a predstavuje hlboko neuro-motoricky kotvený artikulačný návyk. Vyžaduje intenzívnu a špecifickú artikulačnú terapiu.
Dentálna artikulácia
Rôzne artikulačné chyby pri narušenej dento-oklúzii.
Dyslalická artikulácia
Bežná vývinová artikulačná porucha, prítomná aj u detí bez rázštepu.

2. Poruchy rezonancie

Poruchy rezonancie delíme u detí s rázštepom na tri základné skupiny – viď Tab. 1.

U detí s rázštepom sa najčastejšie vyskytuje hypernazalita a zmiešaný typ poruchy rezonancie - hypo-hypernazalita (Peterson-Falzone, a kol., 2010). Väčšina detí (80%) však po úspešnej operácii podnebia hypernazalitu už nemá (Kummer, 2014). Všetky poruchy rezonancie sú u detí s rázštepom takmer výlučne organického pôvodu. Hypernazalitu najčastejšie spôsobuje VFI a ONK, hyponazalitu vybočená nosová prepážka. Preto sa poruchy rezonancie u detí s rázštepom riešia takmer výlučne chirurgicky. Behaviorálne terapie sú vo väčšine prípadov neúčinné (Peterson-Falzone a kol., 2010, 2017; Kummer, 2014; Oravkinová, 2018 viď časť terapia), ich aplikáciu zvažujeme dôsledne.

3. Narušenie v oblasti vývinu jazykových schopností, najčastejšie OVR

U detí s rázštepom pomerne často pozorujeme oneskorenie vývinu fonologických a jazykových schopností s nasledovnými navzájom prepojenými symptómami: oneskorený nástup reduplikačného džavotania; úzky a nestabilný fonetický repertoár; preferencia hlások nevyžadujúcich tlak; absencia alveolárnych hlások; raný výskyt kompenzačných a palatálnych zvukov; oneskorený nástup prvých a ďalších slov; lexikálna selektivita; menšia slovná zásoba a lexikálna diverzita; nižšie PDV a oneskorené

osvojovanie gramatických kategórií (Scherer a kol., 2008, 2013; Chapman, 2011; Peterson-Falzone a kol., 2010; Oravkinová, 2010).
Niektoré detí s rázštepom a OVR svojich rovesníkov ku koncu predškolského veku v osvojovaní jazykových schopností spontánne dobehnú, ale odborníci (Watson a kol., 2001; Joergensen, 2017, 2018; Peterson-Falzone a kol., 2010; 2017) odporúčajú ranú intervenciu: u všetkých detí skríning a diagnostiku jazykových schopností a ak treba, aj ich stimuláciu a to už od veku 12. mesiacov. Táto stimulácia sa vykonáva semi-naturalistickými metódami prostredníctvom matiek detí (Scherer, 2008; Oravkinová, 2010).
Niektoré deti s rázštepom môžu mať aj v neskoršom veku (3 -10 rokov) ďalšie ťažkosti v osvojovaní jazykových schopností (Kerekrétiová, 2016), a to najmä: deficity expresívnych jazykových schopností, poruchy čítania, nižšiu gramatickú komplexnosť výpovedí, nižšie PDV a nižšiu komunikačná asertivita (Richman, 2012). Tieto deficity sú však väčšinou nezávažné (Richman, 2012), napriek tomu však vyžadujú logopedickú pozornosť a intervenciu.
Okrem toho deti s rázštepom môžu mať aj špecificky narušený vývin reči ako paralelnú diagnózu, a to práve v takej prevalencii ako aj zvyšná populácia detí bez rázštepu. Týmto deťom sa potom poskytuje terapia tak, ako je opísaná v kapitole Poruchy vývinu jazyka a reči. Ak má dieťa poruchu vývinu jazyka a reči a aj poruchu výslovnosti, stimulácia jazykových schopností musí byť kombinovaná s artikulačným nácvikom (viď nižšie).
Na jazykové schopnosti detí s rázštepom vplýva množstvo faktorov ako sú sluchové ťažkosti rôzneho stupňa a trvania, rôzna intenzita a forma klinicko-logopedickej starostlivosti, inteligencia dieťaťa, sociálne prostredie, genetické predpoklady a iné.

4. Fonologické poruchy

V NKS väčšiny detí s rázštepom dominujú artikulačné ťažkosti rôznej závažnosti. Ak sú tieto ťažkosti rozsiahle a ak dieťa nevie normálne artikulovať veľký počet hlások, je pravdepodobné, že nebude dostatočne rýchlo dozrievať ani jeho fonologické uvedomovanie. Okrem toho, niektoré deti môžu mať aj nezávislé a paralelné fonologické deficity, ktoré nijako nesúvisia s rázštepom a palatoláliou. Treba však vedieť aj to, že niektoré deti s palatoláliou môžu mať intaktné fonologické odlišovanie hlások. Deti s palatoláliou preto delíme na tieto skupiny (Harding-Bell a kol., 2011):

Tab. 5

Fonologické ťažkosti detí s rázštepom	
Standardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PALATOLÁLIA
1	Deti, ktoré majú artikulačné deficity pre rázštep, ale nemajú iné ťažkosti vo fonologickom vývine
2	Deti, ktoré majú artikulačné deficity pre rázštep a preto majú následné sekundárne ťažkosti v celkovom fonologickom dozrievaní
3	Deti, ktoré majú artikulačné deficity pre rázštep a k tomu paralelný fonologický deficit lingvisticko-kognitívno-percepčnej etiológie nesúvisiaci s rázštepom

V terapii kombinujeme intenzívny artikulačný nácvik s fonologickou terapiou podľa potreby každého dieťaťa a tak, ako u iných detí s fonologickým narušením a bez rázštepu (viď kapitola PVJR). Fonologické terapie, ktoré sú založené iba na vnímaní reči a nezacieľujú aj artikulačnú produkciu sa

však pre deti s rázštepom neodporúčajú (Golding-Kushner, 2001). Neodporúčajú sa ani také terapie, v ktorých je artikulačný nácvik vedený neintenzívne. U detí s rázštepom sa však aplikuje aj špecifický fonologický nácvik ako súčasť odstraňovania palatolálie: komplexné sebamonitorovanie a diferenciácia symptómov palatolálie a správnych foném vo vlastnej reči samotným dieťaťom (Peterson-Falzone a kol., 2017; Oravkinová, 2018). Tento nácvik sa vykonáva aj prostredníctvom intenzívneho tréningu rodičov.

5. Poruchy hlasu

Hlavnou príčinou palatofónie - poruchy hlasu u detí s rázštepom je VFI a premáhanie hlasu pre VFI a pre tvorenie mimoorálnych kompenzačných zvukov (Kerekrétiová, 1997). Odstraňovanie poruchy hlasu je preto v prvom rade chirurgickým odstránením VFI. Následne sa aplikuje artikulačná terapia s cieľom eliminovania kompenzačných zvukov a následne nešpecifická hlasová terapia tak, ako u detí bez rázštepu (**viď kapitola Poruchy hlasu**).

U detí s rázštepom pozorujeme dva špecifické typy poruchy hlasu:

- **dysfóniu - palatofóniu,** kedy dieťa kompenzuje nedostatočný intraorálny tlak v reči zvýšením tlaku pri tvorbe hlasu, tzv. tlačená fonácia. U týchto detí možno niekedy pozorovať sekundárne patologické organické zmeny na hlasivkách.
- **syndrómom tichého hlasu,** kedy dieťa v snahe maskovať nazálne emisie a hypernazalitu začne cielene upravovať svoju intenzitu hlasu: hovorí potichu a s ľahkými artikulačnými kontaktami tak, aby jeho nazálne emisie bolo počuť menej (Peterson-Falzone a kol., 2010) **Bližšie pozri kapitolu Poruchy hlasu.**

Poruchy kŕmenia a prehĺtania u detí s rázštepom

Deti s rázštepom nemávajú závažnejšie formy porúch prehĺtania. Iba v ranom veku – a to len pred operáciou podnebia – majú ťažkosti s kŕmením, pretože ich podnebie ešte nie je celistvé a nemôže oddeliť ústnu od nosovej dutiny. Dieťa preto nevie vytvoriť v ústach podtlak a sať mlieko z prsníka a ani z bežnej fľaše. Poruchy kŕmenia u detí s rázštepom – ak sú matky bez vedenia a poradenstva - môžu byť sprevádzané: nízkym nutričným príjmom, pomalým naberaním hmotnosti dieťaťa, nazálnou regurgitáciou a „nahltaním sa vzduchu“ počas kŕmenia, čo môže u dieťaťa vyvolávať koliky, nepokoj a častý plač a u matiek emočný stres (Peterson-Falzone, a kol., 2010). Pre kŕmenie detí s rázštepom však rázštepové poradne hneď po narodení dieťaťa poskytujú hĺbkové poradenstvo a vedenie matiek, špeciálne pomôcky, fľaše a stratégie tak, aby deti na váhe dobre priberali a aby mohli byť včas zoperované. Tieto postupy sú spravidla úplne dostatočné. Po operácii podnebia sa takmer u všetkých detí ťažkosti s kŕmením úplne, alebo takmer úplne strácajú. Ak pretrvávajú drobné ťažkosti s únikom potravy do nosa – je to spravidla pre VFI alebo ONK a to sa dá riešiť iba chirurgicky, behaviorálne techniky budú neúčinné. Ak po operácii pretrvávajú závažnejšie problémy s kŕmením, treba pátrať aj po inej – väčšinou neurologickej príčine alebo anomáliách súvisiacich so syndrómami (napr. Pierre-Robinova sekvencia; Kuehn, Perry, 2009; Peterson-Falzone a kol., 2010). U detí s rázštepom a bez syndrómov sa v drvivej väčšine prípadov kŕmenie po operácii normalizuje spontánne a už nevyžadujú žiadnu zvláštnu starostlivosť.

Poruchy sluchu

Deti s rázštepom sú rizikovou skupinou z hľadiska výskytu zápalu stredného ucha s hromadením tekutiny (angl. *otitis media with effusion,* OME – slovenský ekvivalent termínu je aj sekretorická otitída; Sabo, Probst, 2009; Alper a kol., 2016). Až u 90 % detí s rázštepom sa behom vývinu vyskytne aspoň jedna a viac epizód takýchto zápalov (Drake a Rosenthal, 2013). Za príčinu sa pokladá zmenená anatomická štruktúra svalov mäkkého podnebia (Howard, Lohmander, 2011), čo má dopad na funkciu otvárania a zatvárania Eustachovej trubice vyúsťujúcej v tesnej blízkosti tohto svalu (Peterson-Falzone

a kol., 2001, 2017). Aj samotná Eustachova trubica je u detí s rázštepom menejcenná: chrupavka, ktorá ju tvorí je slabá a má abnormálnu pozíciu a štruktúru (Peterson-Falzone a kol., 2017). Eustachova trubica u detí s rázštepom neplní svoju funkciu tak, ako má a dochádza k tomu, že pri bežnom zápale horných dýchacích ciest sa trubica medzi stredným uchom a nosohltanom upchá, stredné ucho sa neprevzdušňuje a vznikne v ňom podtlak. Dlhodobé pôsobenie podtlaku v strednom uchu potom vťahuje blanku bubienka dovnútra, čo môže byť bolestivé a zároveň vyťahuje výpotok (tekutinu) z okolitých tkanív do dutiny stredného ucha. Tu sa tekutina hromadí a spôsobuje prechodnú zníženú schopnosť počutia dieťaťa. Tieto deti preto často mávajú prevodovú poruchu sluchu. Hoci sú ich poruchy sluchu nezávažné, môžu spôsobovať narušenie vývinu fonologických schopností (Peterson-Falzone, a kol., 2017). Ak sú dlhodobo neliečené, môžu spôsobovať závažné sekundárne otopatie. **Úlohou klinického logopéda**, je **skríningovým pohovorom s rodičmi** mapovať u dieťaťa ťažkosti so sluchom, ale predovšetkým **informovať rodičov** a **každé dieťa s rázštepom odoslať na ORL** pracovisko (Oravkinová, 2018). U detí so syndrómami je možný aj výskyt percepčnej, príp. zmiešanej poruchy sluchu (Zajac, 2017). **Bližšie pozri kapitolu NKS pri poruchách sluchu.**

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Základnú klinicko-logopedickú diagnostiku pri palatolálii tvoria nasledovné kroky tak v ústavnom zdravotníckom zariadení, ako aj v podmienkach ambulancií klinickej logopédie:

1. **Rozhovor s rodičmi dieťaťa a získanie anamnézy (osobnej, rodinnej, zdravotnej),** kde zisťujeme, či dieťa nemá okrem rázštepu iné paralelné alebo aj s rázštepom priamo súvisiace **zdravotné ťažkosti**, ako napríklad **vrodený syndróm**
2. **Spracovanie zdravotnej dokumentácie**
3. **Orientačné pozorovanie dieťaťa**
4. **Špeciálne klinicko-logopedické vyšetrenie** zamerané na vyšetrenie **symptómov palatolálie** a na vylúčenie alebo potvrdenie **inej NKS**, ktorá môže komplikovať manifestáciu symptómov palatolálie. Ďalej mapujeme míľniky **psychomotorického vývinu**. Súčasťou diagnostiky musí byť aj zisťovanie možnej **poruchy sluchu** a overenie, či rodina absolvuje náležitú diagnostiku a liečbu u ORL špecialistu
5. **Zostavenie terapeutického plánu na základe výsledkov vyšetrenia**
6. **Poradenstvo pre rodičov:** oboznámenie rodičov s klinickým obrazom reči dieťaťa a jeho prognózou vzhľadom k vývinu reči a jazykových schopností, oboznámenie rodičov s navrhovaným terapeutickým plánom.

V súčasnosti sa kladie dôraz na ranú diagnostiku a to od 0-36 mesiacov, optimálne v období čo najskôr po operácii sekundárneho podnebia. Metódy diagnostiky v zmysle ranej intervencie u detí od 0-36 mesiacov, podľa jednotlivých vývinových štádií reči, (sú dostupné v publikácii Oravkinovej, 2010, váha dôkazov: IV)

Tab. 6

Logopedická diagnostika	
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PALATOLÁLIA	
Ciele logopedickej diagnostiky	**Nástroje**
Základné informácie	
Typ rázštepu, prítomnosť syndrómu Paralelné zdravotné ťažkosti, iná NKS Poruchy sluchu	- Spracovanie anamnézy a zdravotnej dokumentácie - Rozhovor a dotazovanie rodičov
Anatomické odlišnosti spôsobené rázštepom: ONK, VNK, stav podnebia a funkcia VFM, dento-oklúzia	- Inšpekčné vyšetrenie orofaciálneho systému a VFM - Spracovanie dokumentácie z rázštepovej poradne
Funkcia VFM	- Spracovanie dokumentácie z rázštepovej poradne - Spracovanie výsledkov nazoendoskopického vyšetrenia - Logopedická diagnostická terapia (viď nižšie) - Skúšky/testovanie VFM (nafúknutím líc, test fúkania a iné)
Diagnostika reči	
Diagnostika raného vývinu reči (12 - 36 mesiacov)	

Osvojovanie fonologických schopností - šírka a štruktúra fonetického repertoára:
- Tvorí dieťa rané konsonanty vyžadujúce tlak?
- Tvorí dieťa rané alveolárne konsonanty?
- Ako ich aplikuje v slovách?
	- Pozorovanie interakcie matky a dieťaťa v hre
	- Videonahrávka interakcie matky a dieťaťa v hre
	- Fonetický prepis kľúčových parametrov
	- Fonologická analýza produkcie dieťaťa:
	  - výpis konsonantov
	  - vyčlenenie absentujúcich kategórií
	  - prepis slov, určenie symptómov

Osvojovanie jazykových schopností	- Model Laheyovej - Test TEKOS (pozri kapitolu VJP)
Komunikačná aktivita dieťaťa a matky Schopnosť matky poskytovať ranú intervenciu	- Pozorovanie komunikačných stratégií dieťaťa - Pozorovanie komunikačných stratégií matky
Pre účely podrobnejšej diagnostiky je v konkrétnych prípadoch možné aplikovať aj podrobné fonologické hodnotenie komplexnosti džavotania a slov (indexu džavotania MBL a indexu F) a indexov fonologickej správnosti a komplexnosti (index IS a FPDV)	

Logopedická diagnostika (pokračovanie)	
Ciele logopedickej diagnostiky	**Nástroje**
Diagnostika porúch artikulácie (3 - 7 rokov)	
Symptómy porúch artikulácie	- Slabikový artikulačný test - Slovný artikulačný test - Vetný artikulačný test - Hodnotenie výslovnosti v konverzačnej reči - Hodnotenie nazálnych emisií voľným počúvaním a Czermakovou skúškou - Hodnotenie tlaku hlások voľným počúvaním - Videonahrávka vzoriek reči a analýza artikulácie - Testovanie stimulability hlások
Hodnotenie VFM za pomoci symptómov artikulácie a rezonancie	- Pittsburgské hodnotenie reči a VFM - Diagnostická terapia (viď nižšie)
Diagnostika porúch rezonancie	
Symptómy a závažnosť porúch rezonancie Vzťah porúch rezonancie k orofaciálnym defektom. Vadí dieťaťu porucha rezonancie v bežnom živote?	- Auditívne počúvanie - hodnotenie škálovaním - Videonahrávka - hodnotenie škálovaním - Hodnotenie slabík, slov, viet a konverzačnej reči - Vyšetrenie testom na nazometri - Inšpekčné vyšetrenie a spracovanie dokumentácie - Rozhovor s rodičom
Hodnotenie VFM za pomoci symptómov rezonancie a artikulácie	- Pittsburgské hodnotenie reči a VFM - Diagnostická terapia (viď nižšie)

Logopedická diagnostika (pokračovanie)	
Ciele logopedickej diagnostiky	**Nástroje**
Diagnostika porúch fonologických schopností	
Má dieťa okrem artikulačných ťažkostí aj narušené fonologické uvedomovanie? Špecifické fonologické uvedomovanie: dokáže dieťa v terapii diferencovať a monitorovať vlastnú správnu a nesprávnu artikulačnú produkciu?	- Mapovanie ťažkostí po začatí a v priebehu artikulačného nácviku - Diagnostika FLU ako v inej populácii* (viď kapitola Porucha zvuku reči)
*Testovanie FLU sa u detí s rázštepom odporúča, až po začatí artikulačného nácviku - až keď si dieťa osvojí aspoň základy artikulačnej produkcie novej hlásky a má s ňou aspoň prvú kinesteticko-motorickú skúsenosť. Analýza fonologických procesov sa u detí s rázštepom neodporúča (Golding-Kushner, 2001; Oravkinová, 2018).	
Diagnostika narušeného vývinu jazykových schopností	
Má dieťa narušené jazykové schopnosti? Symptómy narušených jazykových schopností	- Skríning jazykových schopností - Podrobná diagnostika jazykových schopností podľa výsledkov skríningu (pozri kapitolu VJP)
Diagnostika porúch hlasu	
Má dieťa poruchu hlasu? Stoja v pozadí poruchy sluchu VF insuficiencia a kompenzačné zvuky?	- Vyšetrenie poruchy hlasu (pozri poruchy hlasu) - Vyšetrenie funkcie VFM (pozri časť vyššie) - Vyšetrenie artikulácie (pozri časť vyššie)
Diagnostická terapia - hodnotenie funkcie VFM	
Stačí VFM dieťaťa pre normálnu tvorbu reči? Dokáže sa naučiť tvoriť konsonanty, ktoré vyžadujú tlak?	Artikulačný nácvik konsonantov, ktoré vyžadujú tlak* a zhodnotenie výsledku: - ak dieťa tvorí nové konsonanty správne - VFM má funkčný - ak ich tvorí oslabene a pozorujeme triádu znakov VFI (pozri text vyššie) - VFM má suspektne insuficientný**
*Konsonanty, ktoré vyžadujú tlak sú: P, B, T, D, Ť, Ď, K, G, CH, F, V, R a sykavky. ** ak dieťa nemá iné anatomické defekty ako ONK	

Klinicko-logopedická diagnostická liečba

Zvláštnu pozornosť má klinický logopéd venovať **hodnoteniu funkcie VFM za pomoci diagnostickej terapie**. Výsledky klinicko-logopedickej diagnostickej terapie sú dôležitým zdrojom informácií **pre rázštepový tím** a **determinujú ďalší postup liečby** dieťaťa – rozhodovanie o sekundárnom chirurgickom výkone na podnebí (napr. faryngeálny lalok). Podstatou diagnostickej terapie je, že klinický logopéd po určitom úseku artikulačného nácviku vie zhodnotiť, či VFM dieťaťa stačí pre normálnu reč. Presnejšie, vie zhodnotiť to, či sa dieťa dokáže naučiť správne artikulovať konsonanty vyžadujúce tlak (viď tabuľka vyššie). Symptómy poruchy artikulácie, ktoré súvisia s funkciou VFM (viď Tab. 3) a to predovšetkým oslabená artikulácia spolu so symptómami hypernazality, slúžia v diagnostickej terapii ako orientačné vodidlo. **Oslabená artikulácia** je v rámci triády znakov VFI

bezpečným indikátorom nedostatočnej funkcie VFM u dieťaťa, ktoré nemá iné anatomické defekty (napr. ONK). **Triáda znakov VFI** je nasledovná: oslabený tlak orálnych hlások tvorených na správnych artikulačných miestach, konzistentné nazálne emisie a hypernazalita. Ak klinický logopéd u dieťaťa pred klinicko-logopedickou behaviorálnou liečbou alebo po prevedení určitého úseku artikulačnej terapie (napr. počas odstraňovania kompenzačných zvukov) mapuje oslabenú artikuláciu a triádu znakov VFI, odošle dieťa neodkladne do rázštepovej poradne na konzultáciou týchto symptómov s podozrením na VFI a s odporučením na zváženie jej odstránenia sekundárnym chirurgickým výkonom (Oravkinová, 2018).

Liečba

Klinická otázka č.1:
Ak by sa poskytla detským pacientom s palatoláliou (P) fonologická terapia, zameraná na artikulačnú produkciu (I), odstránili by sa u nich rýchlejšie symptómy palatolálie (C) než u detí s palatoláliou, ktorým by sa poskytla fonologická terapia, zameraná len na vnímanie reči (O)?
Klinická otázka č.2:
Ak by sa pacientom s palatoláliou (P) poskytla v rámci klinicko-logopedickej liečby terapia fúkacích cvičení (I), bola by efektivita klinicko-logopedickej liečby účinnejšia (C) v porovnaní s pacientmi, ktorým by sa táto terapia neposkytla (O)?
Liečba dieťaťa s rázštepom je multidisciplinárna (schéma na konci materiálu) a dá sa rozdeliť na medicínsku a nemedicínsku zložku. Niektoré medicínske liečebné kroky sú zamerané priamo alebo nepriamo aj na reč (operácie rázštepu, uzatváranie ONK, naprávanie zhryzu, operácia VFI, naprávanie nosového septa a pod.) a klinický logopéd o nich potrebuje byť informovaný, aby mohol správne plánovať terapiu. Preto je potrebné, aby rázštepová poradňa, jej jednotliví odborníci a logopéd, ktorý má dieťa v kontinuálnej starostlivosti, úzko spolupracovali.
Klinicko-logopedická liečba predstavuje nemedicínsku, konzervatívnu alebo inými slovami behaviorálnu, nefarmakologickú terapiu. Termín behaviorálna, nefarmakologická terapia zastrešuje všetky logopedické metódy, avšak býva používaný veľmi nejednoznačne a označuje aj také prístupy, ktoré sú neúčinné alebo kontraindikované. V Tab. 7 stručne uvádzame jednotlivé zložky a kroky klinicko-logopedickej terapie a vyznačujeme v nej, ktoré z nich moderné medicínske prístupy založené na dôkazoch (EBM) dnes považujú za účinné.
Tieto odporúčania sú založené na nasledujúcich štúdiách: Peterson-Falzone a kol., 2010, 2017, váha dôkazov: I.a.; Kummer, 2014, váha dôkazov: I.b; Kuehn a Moller, 2000, váha dôkazov: II.a.; Ruscello, 1997; 2008, váha dôkazov: II.b.

Účinná klinicko-logopedická terapia pre deti s rázštepom má dve nosné zložky:
1. artikulačný nácvik a
2. ranú stimuláciu foném v prvých slovách.
Ďalšími účinnými oblasťami terapií sú: stimulácia jazykových a fonologických schopností a hlasová terapia. Klinicko-logopedické terapie zamerané na funkciu VFM a na rezonanciu sú sporné, niektoré úplne neúčinné a kontraindikované.
V dnešnej dobe je cieľom klinicko-logopedickej terapie úplné odstránenie symptómov palatolálie a nácvik normálnej reči dieťaťa. U niektorých detí so závažnými rázštepmi a komplikovaným priebehom liečby to však nie je vždy možné a vtedy sa snažíme o maximálne zmiernenie symptómov. Takýchto detí je však menšina, pre väčšinu detí s rázštepom je k dispozícii účinná liečba a terapia. Metódy klinicko-logopedickej terapie rozoberáme v Tab. 7 podľa Oravkinovej (2018).
Tab. 7

Logopedická terapia	
Ciele logopedickej terapie	**Metódy**
Raná intervencia (0 - 36 mesiacov)	
Rané poradenstvo po narodení, pred operáciou podnebia (cca 0 - 12 mesiacov)	Poradenstvo, rozhovor a letáky: o rázštepe, liečbe a vývine dieťaťa, o vývine reči
Raná intervencia (cca 12 - 36 mesiacov) Naučiť matku používať komunikačné stratégie a špeciálne techniky - stimulujúce osvojovanie nových foném a slov; a potláčajúce zárodky symptómov palatolálie v reči dieťaťa	Nácvik komunikačných stratégií a metód pre matku dieťaťa v systematicky vedených a frekventovaných terapiách
Aplikuje sa na moderných pracoviskách po celom svete. Niektoré zložky sú preukázané ako vysoko účinné, iné zatiaľ ako parciálne účinné (Scherer, 2008; Joergensen, Willadsen, 2017, 2018a). Raná intervencia sa však poskytuje len do vývinového obdobia tvorby 2-3 slovných výpovedí. Jej špecifické metódy určené len pre raný vek sú v ďalšom vývinovom období už neaplikovateľné a neúčinné.	
Intervencia v predškolskom veku (3 – 7 rokov, niekedy aj neskôr)	
Artikulačný nácvik	
Kompenzačná artikulácia: odstraňovanie Samohlásková reč: odstraňovanie Diagnostická terapia: podľa priebehu odstraňovania symptómov logopéd určí, či má dieťa funkčný VFM.	- Špecifické techniky vyvodzovania hlások - Nasmerovávanie artikulačného výdychu* - Multimodálne monitorovanie správnej a nesprávnej artikulácie, negatívny tréning - Špecifické fonologické uvedomovanie - Odstraňovanie koartikulácie - Intenzívne vedenie rodiča ako koterapeuta - Slabiková, slovná a vetná drilovacia terapia - Systematický a intenzívny nácvik výslovnosti
*nasmerovávanie artikulačného výdychu sa principiálne odlišuje od fúkacích cvičení, viď text nižšie	

Logopedická terapia (pokračovanie)	
Ciele logopedickej terapie	**Metódy**
Intervencia v predškolskom veku (3 – 7 rokov, niekedy aj neskôr)	
Artikulačný nácvik	
Oslabená artikulácia: zhodnotenie závažnosti a návrh chirurgickej liečby	- Artikulačný nácvik sa neaplikuje: dieťa má VFI - Upresnenie diferenciálnej diagnostiky: zhodnotenie triády znakov VFI a ich závažnosti - Zhodnotenie iných anatomických defektov (ONK) - Odoslatie dieťaťa do rázštepovej poradne na zváženie chirurgického riešenia VFI - Poradenstvo s rodičmi
Palatálna artikulácia: odstraňovanie Velárna artikulácia: odstraňovanie	- Špecifické vyvodzovanie alveolár - anteriorizáciou - Multimodálne monitorovanie správnej a nesprávnej artikulácie, negatívny tréning - Odstraňovanie koartikulácie - Špecifické fonologické uvedomovanie - Intenzívne vedenie rodiča ako koterapeuta - Slabiková, slovná a vetná drilovacia terapia - Systematický a intenzívny nácvik výslovnosti
Dentálna artikulácia: odstraňovanie	- Monitoring liečby čeľustného ortopéda a synchronizácia artikulačného nácviku* - Testovanie stimulability - Systematický nácvik výslovnosti
*pri závažných odchýlkach zhryzu je niekedy artikulačný nácvik kontraindikovaný: overuje sa to testovaním stimulability	
Dyslalická artikulácia: odstraňovanie	Nešpecifický artikulačný nácvik
Artikulačná terapia sa považuje za vysoko účinnú a overenú terapiu (ASHA, 2006; Peterson-Falzone a kol., 2010, 2017 a iní)	

Logopedická terapia (pokračovanie)	
Ciele logopedickej terapie	**Metódy**
Intervencia v predškolskom veku (3 – 7 rokov, niekedy aj neskôr)	
Odstraňovanie porúch rezonancie	
Odstránenie hypernazality a hyponazality	- Logopedické postupy sú takmer vždy neúčinné (pozri tab. 8) - Odstraňujú sa chirurgickou liečbou
Fonologická terapia	
Schopnosť odlišovania vlastnej nesprávnej artikulácie dieťaťom Stimulácia celkového fonologického uvedomovania	- Multimodálne monitorovanie správnej a nesprávnej artikulácie, negatívny tréning - Špecifické fonologické uvedomovanie - Nešpecifickými metódami (pozri poruchy vývinu fonologických schopností)* - odporúča sa až po určitej fáze artikulačného nácviku (viď text vyššie) a vždy v koordinácii s artikulačným nácvikom
*Neodporúčajú sa však metódy určené špecificky pre deti s fonologickou poruchou (NVR) ako napr. Cyklický fonologický prístup a terapie založené len na vnímaní zvukov bez opory o artikulačnú zmenu/terapiu.	
Stimulácia jazykových schopností	
Symptómy závažnej nezrozumiteľnosti ako príčiny VJP Symptómy VJP: odstraňovanie	- Odstraňovanie závažnej nezrozumiteľnosti reči - artikulačný nácvik - Odstraňovanie VJP - pozri poruchy vývinu reči a jazyka
Poruchy hlasu	
Symptómy VFI a kompenzačnej artikulácie ako príčiny poruchy hlasu: odstraňovanie Symptómy poruchy hlasu: odstraňovanie	- Chirurgické odstránenie VFI - Odstránenie kompenzačných zvukov artikulačnou terapiou - Hlasová terapia - pozri poruchy hlasu

Tab. 8

Postupy, ktoré sa v súčasnosti neodporúčajú alebo sú zatiaľ iba experimentálne	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PALATOLÁLIA
Fúkacie cvičenia a iné nerečové techniky	
Posilňovanie svalov podnebia	Techniky: silové fúkanie, zívanie, kloktanie, dráždenie vatovými tyčinkami, masáže podnebia, sacie cviky a pod. - so zvyšujúcou sa záťažou, intenzitou a frekvenciou
Považujú sa za úplne neúčinné a kontraindikované (Ruscello, 1997, 2008; Peterson-Falzone a kol. 2017; Kummer, 2014 a iní).	
Nácvik rezonancie	
Odstraňovanie alebo maskovanie symptómov hypernazality logopedickými postupmi	- Nácvik rezonancie so sluchovou kontrolou - Zväčšovanie čeľustného uhla - Manipulácia hlasitosti reči - Ľahké artikulačné kontakty - Silné artikulačné kontakty - Spomalenie rečového tempa
Metódy sú väčšinou neúčinné, dokážu hypernazalitu iba čiastočne maskovať a aj to iba u niektorých pacientov. Zároveň môžu negatívne ovplyvniť rečový výsledok iným spôsobom. Smú sa aplikovať iba u pacientov s prístrojovo/objektívne diagnostikovanou hraničnou funkciou VFM a iba ako pokusná terapia. Ak neúčinkujú, terapiu treba ihneď prerušiť (Ruscello, 1997, 2008; Peterson-Falzone a kol. 2010, 2017; Kummer, 2014 a iní).	
Odstraňovanie symptómov hypernazality a symptómov VFI s prístrojovým bio-feedbackom	- na Nazometri - CPAP prístrojom
Ide o terapie s čiastočne preukázaným účinkom v niekoľkých experimentoch: účinok bol ale veľmi slabý, a iba u pacientov s prístrojovo/objektívne diagnostikovanou hraničnou funkciou VFM ešte pred terapiou. Postup neslúži ako dostatočne dobrá alternatíva k chirurgickej náprave VFI (Kuehn a kol., 2002; Peterson-Falzone a kol. 2010)	
Rečové protézy	
Obturovanie VFI protézou alebo zodvihnutie nepohyblivého podnebia Stimulácia pohybov VFM zmenšovaním protézy	- Rečová guľôčka - Palatálny zdvíhač
Obturovanie VFI rečovou guľôčkou je možné, ale technicky veľmi náročné, preto sa prakticky nepoužíva. Stimulácia lepších pohybov VFM zmenšovaním rečovej guľôčky sa preukázala ako veľmi málo efektívna, postup sa nepoužíva (Golding-Kushner, 1995; Peterson-Falzone a kol., 2010). Štúdie o efektivite palatálnych zdvíhačov nie sú dostupné.	

Prognóza

Prognóza pri palatolálii je multifaktoriálne podmienená. Primárne závisí od rozsahu a typu rázštepu, kvality operácie rázštepu a času, kedy bola operácia realizovaná. Zároveň závisí od veku dieťaťa, kedy sa mu začala poskytovať logopedická intervencia, efektivity poskytnutej logopedickej intervencie, spolupráce rodičov a pridružených zdravotných problémov, ako aj od celkového psychosociálneho vývinu dieťaťa atď.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti



Odporúča sa (Eurocleft, 2000; Shaw, 2005), aby každé dieťa s rázštepom bolo neodkladne odoslané do rázštepovej poradne s tímom špecialistov, kde úzko kooperujú a zároveň spoločne a naraz vyšetria dieťa títo odborníci: plastický chirurg, špecializovaný pediater, špecializovaný ORL lekár, špecializovaný čeľustný ortopéd a klinický logopéd, ktorý je súčasťou tímu rázštepovej poradne. Títo odborníci budú ďalej koordinovať liečbu dieťaťa.

Ďalšie odporúčania

Odporúčame, aby klinickí logopédi aktívne spolupracovali v rámci poskytovania svojej zdravotnej starostlivosti deťom s rázštepmi so špecialistami v rázštepových centrách, poprípade s detským neurológom, klinickým psychológom, liečebným pedagógom, príp. iným špecialistom podľa aktuálnej potreby.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

V rámci prehliadok v rázštepových centrách odporúčame sledovať, či rodič dieťaťa s palatoláliou vyhľadal pomoc klinického logopéda v ambulancii klinickej logopédie blízko bydliska dieťaťa

Alternatívne odporúčania

V rámci zabezpečenia kvalitnej zdravotnej starostlivosti detí s palatoláliou nemáme iné alternatívne odporúčania

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit, indikátory kvality a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

ACPA-CPF. American Cleft Palate-Craniofacial Association. Dostupné na: http://acpa-cpf.org, 2019-01-08

ACPA-CPF. AMERICAN CLEFT PALATE-CRANIOFACIAL ASSOCIATION. 2018: Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. Cleft Palate Craniofacial Journal, Vol. 55, No. 1, doi: 10.1177/1055665617739564

ASHA- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION.2016. Scope of practice in speech-language pathology. Dostupné na:www.asha.org/policy/.

ASHA - AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 2019: Team approach to treatment, Dostupné na: https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942918&section=Treatment#Team_Approach_to_Treatment

BUNTOVÁ D. 2018: Diagnostika zrozumiteľnosti reči u slovensky hovoriacich detí vo veku 55-60 mesiacov (skríning fonologických porúch). Logopaedica 1

CHAPMAN K. L. 2009: Speech and language of children with cleft palate: Interactions and influencies. In: MOLLER K. T., GLAZE L. E.: Cleft lip and palate. Interdisciplinary issues and treatment. PRO-ED, Austin, ISBN-13: 978-1-4164-0368-5.

CHAPMAN K. L.2011: The relationship between early reading skills and speech and language performance in young children with cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofacial Journal, Vol. 48, p. 301-311

D'ANTONIO L. L., SCHERER N. J. 2009: Communication disorders associated with cleft palate. IN: LOOSE J. E., KIRSCHNER R. E.: Comprehensive cleft care. McGraw-Hill Medical, New York, , ISBN 978-0-07-148180-9.

DRAKE A. F., ROSENTHAL L. H. S. 2013: Otolaryngologic challenges in cleft/craniofacial care. Cleft Palate Craniofacial Journal, Vol. 50, No. 6, p. 734 - 743.

ENLOW DH, HANS MG. 2008: Essentials of facial growth. 2nd eds. Needham Press, Inc. USA:403–405

EUROCLEFT: SHAW W., SEMB G., NELSON P., BRATTSTROÅNM V., ISTED M. K., PRAHL-ANDERSEN, B. 2000: The Eurocleft Project. 1996-2000. Amsterdam: IOS Press.

GLENDOVÁ T., KEREKRÉTIOVÁ A. 1996.: Sledovanie predverbálnych vokalizácií u detí s orofaciálnym rázštepom. (pilotná štúdia), Diplomová práca, Pedagogická fakulta UK, Bratislava.

GOLDING-KUSHNER J. 1995: Speech bulbs. In Shprintzen R. J., BARDACH J.: Cleft palate speech management: A multidisciplinary approach. St. Louise, Mosby, ISBN 0-8016-6447-0.

GOLDING-KUSHNER. J. 2001: Therapy techniques for cleft palate speech and related disorders. San Diego: Singular Thomson Learning,. ISBN 0-7693-0169-X.

GOLDING-KUSHNER J., SHPRINTZEN R. J. 2011: Velo-cardio-facial syndrome. Treatment of communication disorders. Volume II. Plural Publishing, Inc., San Diego, ISBN 978-1-59756-157-0.

GRUNWELL P., SELL D. A. 2001: Speech and cleft palate/velopharyngeal anomalies. In: WATSON A. C. H., SELL D. A., GRUNWELL P.2002: Management of cleft lip and palate. Whurr Publishers, London, , ISBN 1-86156-158-X.

HARDING-BELL A., HOWARD S. 2011: Phonological approaches to speech difficulties associated with cleft palate. In: HOWARD S., LOHMANDER A.: Cleft palate speech. Assessment and Intervention. Wiley-Blackwell, ISBN 978-0-470-74330-0.

HOWARD S., LOHMANDER A. 2011: Cleft palate speech. Assessment and intervention. Wiley-Blackwell, ISBN 978-0-470-74330-0.

INTERNATIONAL PERINATAL DATABASE OF TYPICAL ORAL CLEFTS (IPDTOC) WORKING GROUP. 2011. Prevalence at birth of cleft lip with or without cleft palate: Data from the International Perinatal Database of Typical Oral Clefts (IPDTOC). The Cleft Palate-Craniofacial Journal, 48, 66–81.
JORGENSEN L. D., WILLADSEN E. 2017: Development and validation of a screening procedure to identify speech-language delay in toddlers with cleft palate. Clinical Linguistics & Phonetics, DOI: 10.1080/02699206.2017.1318174.
JORGENSEN L. D., WILLADSEN E. 2018a.: Parent-implemented focused stimulation in toddlers with cleft palate. Study No. 2: Early intervention in toddlers with cleft palate – short term effects. Dissertation work. Copenhagen University
KAPP-SIMON K. A. 1995a.: Psychological interventions for the adolescent with cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofacial Journal, Vol. 32, p:104 – 108.
KEREKRÉTIOVÁ A. 1993: Orofaciálny rázštep v klinicko logopedickej praxi. Univerzita Komenského Bratislava, , ISBN 80-223-0282-1.
KEREKRÉTIOVÁ A. 1995: Diagnostika porúch zvuku reči. In: LECHTA, V. a kol.: Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 80-88824-18-4.
KEREKRÉTIOVÁ A. 1995: Diagnostika porúch hlasu. In: LECHTA V.: Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti. Martin, Osveta, ISBN 80-88824-18-4.
KEREKRÉTIOVÁ A. 1997: Palatolália. Univerzita Komenského Bratislava, ISBN 80-223-1140-5.
KEREKRÉTIOVÁ A. 2002: Terapia palatolálie a velofaryngálnej dysfunkcie. In: LECHTA, V. a kol.: Terapia narušenej komunikačnej schopnosti. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 80-8063-092-5.
KEREKRÉTIOVÁ A. 2008: Velofaryngální dysfunkce a palatolalie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2264-1.
KEREKRÉTIOVÁ A. 2016: Palatolália. In: KEREKRÉTYOVÁ, A. a kol.:Logopédia. Bratislava,Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-4165-3
KUEHN D. P., IMREY P. B., TOMES L., JONES D. L., O'GARA M. M., SEAVER E. J., SMITH B. E., VAN DEMARK D. R:, WACHTEL J. M. 2002: Efficacy of continuous positive airway pressure for treatment of hypernasality. Cleft Palate-Craniofacial Journal Vol. 39, No. 3, p.: 267 – 76.
KUEHN D. P., PERRY J. L. 2009: Anatomy and physiology of velopharynx. In: LOOSE J. L., KIRSCHNER R. E.: Comprehensive cleft care. McGraw Hill Medical, New York. ISBN 978-0-07-148180-9.
KUMMER A. 2014: Cleft palate and craniofacial anomalies. Effects on speech and resonance. New York, Cengage Learning, Third edition, ISBN -13 978-1-133-73236-5
LALSA, S.P.(2017) Early Intervention of Cleft Lip and Palate: Current Issues Practices and Protocol. J Head Neck Spine Surg. 2017; 1(2): 555556
MILLER C.K., KUMMER A.W., 2014: Feeding problems of infants with clefts or craniofacial anomalies. In A. Kummer (Ed.), Cleft palate and craniofacial anomalies: Effects on speech and resonance (2nd ed., pp. 132–163). Clifton Park, NY: Cengage Learning.
NAGARAJAN, R., SAVITHA, V.H., SUBRAMANIYAN, B. 2009: Communication disorders in individuals with cleft lip and palate: An overview In Indina Journal of plastic surgery. Vol. 42, p. 137-143.
ORAVKINOVÁ Z. 2010: Raná logopedická intervencia u detí s rázštepom pery a/alebo podnebia. Slovenské pedagogické nakladateľstvo.
ORAVKINOVÁ Z., ZACHAROVÁ S. 2012: Transkripcia detskej reči: hodnotenie zhody prepisov. Logopaedica XV. Zborník Slovenskej asociácie logopédov. Bratislava: Mabag spol. s r.o. ISBN 978-80-89113-95-8.
ORAVKINOVÁ Z. 2013: Raný vývin reči detí s rázštepom pery a/alebo podnebia. Dizertačná práca. Univerzita Komenského v Bratislave.

ORAVKINOVÁ Z. 2018: Logopedická intervencia u detí s rázštepom pery a/alebo podnebia. Bratislava, SPN, ISBN 978-80-10-03347-8
PETERSON-FALZONE, S. J., HARDIN-JONES, M. A., KARNELL, M. P. 2010: Cleft palate speech. St. Louis, eBook ISBN: 978032326164
PETERSON-FALZONE S. J., TROST-CARDAMONE J. E., KARNELL M. P., HARDIN-JONES M. A. 2017: The clinicians guide to treating cleft palate speech. Mosby, ISBN 978-0-323-33934-6
PHILP, J., VOVAKES,A.,LANCASTER, H., FREY,J., SCHERER,N.(2018): Changes in articulation and Phonological Patterns during early Intervention in Children with Cleft palate with or without cleft Lip. Journal of young Investigators,1.In : https://www.jyi.org/2018-july/2018/7/1/changes-in-articulation-and-phonological-patterns-during-early-intervention-in-children-with-cleft-palate-with-or-without-cleft-lip.2019-04-01
RICHMAN L. C., MCCOY T. E., CONRAD A. L., NOPOULOS P. C. 2012: Neuropsychological, behavioral and academic sequelae of cleft: Early developmental, school age and adolescent/young adult outcomes. Cleft Palate-Craniofacial Journal, Vol. 49, No. 4, p.: 387 - 396.
RUSCELLO D. M. 1997: Considerations for behavioral treatment of velopharyngeal closure for speech. In: BZOCH K.: Communicative Disorders related to cleft lip and palate. 4-th Ed. Pro-Ed, ISBN 0-89079-701-3.
RUSCELLO D. M. , 2008: An examination of nonspeech oral motor exercises for children with velopharyngeal inadequacy. Seminars in speech and language, NO. 29, p: 294-303.
SABO D. L. PROBST G. 2009: Audiologic assessment and management of children with cleft palate. in: LOOSE J. L., KIRSCHNER R. E.: Comprehensive cleft care. McGraw Hill Medical, New York, ISBN 978-0-07-148180-9.
SCHERER N. J., WILLIAMS A. L., PROCTOR-WILLIAMS K. 2008: Early and later vocalization skills in children with and without cleft palate. International Journal of Pediatric otorhinolaryngology, 72, pp. 827-840.
SCHERER, N. J., D´ANTONIO L., MCGAHEY, H. 2008: Early intervention for speech impairment in children with cleft palate. Cleft Palate Craniofacial Journal, January, Vol.45, No.1
SCHERER N., BOYCE S., MARTIN, G. 2013: Pre-linguistic children with cleft palate: growth of gesture, vocalisation and word use. International Journal of Speech and Language Pathology, Vol. 15, p.: 586 – 592.
SCHERER N., ORAVKINOVA Z., MCBEE M. T. , 2013: Longitudinal comparison of early speech and language milestones in children with cleft palate: A comparison of US and Slovak children. Clinical Linguistics & Phonetics, Vol 27, No. 6-7, 404-418.
SHAW W., SEMB G., NELSON P., BRATTSTROÅNM V., ISTED M.,K., PRAHL–ANDERSEN, B. 2000: The Eurocleft Project. 1996–2000. Amsterdam: IOS Press.
SHAW W. C., BRATTSTROM V., MOLSTED K., PRAHL-ANDERSEN B., ROBERTS CH. T., SEMB G. 2005: The Eurocleft Study: Intercenter Study of Treatment Outcome in Patients with Complete Cleft Lip and Palate. Part 5: Discussion and Conclusions. Cleft Palate-Craniofacial Journal, January, Vol. 42, No. 1, p. 93 - 101.
SMITH, B., GUYETTE, T.W., 2004: Evaluation of cleft palate speech. In Clinics in Plastic Surgery, vol. 31, p. 251-260. Dostupné na:http://www.lipteh.com/Study-Notes/Articles/clinics/CP%20speech.pdf
STANKO, P.R., MRAčNA, J., STEBEL, A., VOJTAššáK, J. 2014: Aktuálne o rázštepoch pery a podnebia. In Pediatria pre prax, vol. 15, n. 6, str. 232-233. Dostupné na: http://www.solen.sk/pdf/6c54070d63beac3ed867a99a5a23e80f.pdf
SWEENEY T. 2011: Nasality – Assessment and Intervention. IN: HOWARD S., LOHMANDER A.: Cleft palate speech. Assessment and intervention. Wiley-Blackwell, ISBN 978-0-470-74330-0.

TANAKA,S;A., MAHABIR, R. G., JUPITER, D. C., & MENEZES, J. M. 2012: Updating the epidemiology of cleft lip with or without cleft palate. In Plastic and Reconstructive Surgery, vol. 129, 511e–517e.
TOMES L. A., KUEHN D. P. PETERSON-FALZONE S. J. 1997: Behavioral treatments of velopharyngeal impairment. In: BZOCH K.: Communicative Disorders related to cleft lip and palate. 4-th Ed. Pro-Ed, ISBN 0-89079-701-3.
ZACHAROVÁ S. 2001: Výskyt a kategorizácia artikulačných chýb u pacientov s rázštepom podnebia s/bez rázštepu pery. Atestačná práca. Bratislava: Slovenská postgraduálna akadémia medicíny.
ZACHAROVÁ S. 2009: Porovnanie jazykových a pragmatických schopností 3-ročných detí s rázštepom podnebia s/bez rázštepu pery a intaktných detí. Rigorózna práca. Bratislava: Univerzita Komenského.
ZAJAC, D. J., & VALLINO, L. D. 2017: Hearing and otologic management. In D. J. Zajac & L. D. Vallino (Eds.), Evaluation and management of cleft lip and palate: A developmental perspective (pp. 151–175). San Diego, CA: Plural.
WATSON A. C. H., SELL D. A., GRUNWELL P. 2001: Management of ceft lip and palate. Whurr Publishers, London. ISBN 1-86156-158-X.

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Porucha zvuku reči - dyslália

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0066	*10. decembra 2019*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PaedDr. Mária Šišková

PhDr. Anna Hrnčiarová, CSc.; PaedDr. Mária Masárová; Mgr. Zuzana Moškurjáková; PhDr. Anna Paluková; Mgr. Miroslava Petrík; PaedDr. Barbora Bunová, PhD.; Mgr. Marianna Piovárová; PhDr. Ľubomíra Štenclová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

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

narušená komunikačná schopnosť, narušenie zvukovej roviny reči, fonetická úroveň, narušenie motorických artikulačných vzorov, správna, nesprávna a chybná výslovnosť, fonetický repertoár, fonologická úroveň, dyslália

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ASHA	The American Speech-Language-Hearing Association
CNS	centrálny nervový systém
FP	fonologická porucha

IQ	inteligenčný kvocient
JIS	jednotka intenzívnej starostlivosti
MKCH	Medzinárodná klasifikácia chorôb
NKS	narušená komunikačná schopnosť
NVR	narušený vývin reči
ORL	otorinolaryngológia
SSD	Speech Sound Disorders
ŠAS	špecializovaná ambulantná starostlivosť

Pojmy:
Fonetický inventár tvoria zvuky reči, ktoré dieťa dokáže vysloviť spontánne alebo imitovaním. Pri posudzovaní **fonologickej roviny** hovoríme o fonemickom inventári, vývinových fonologických procesoch, fonotaktickom vývine, zrozumiteľnosti reči a fonologických poruchách.
Fonemický inventár tvoria zvuky, ktoré dieťa používa kontrastívne. Uvedomuje si, že môžu meniť význam slova.
Vývinové fonologické procesy označujú vrodené mentálne operácie dieťaťa opisujúce vývinové vzorce na zjednodušovanie cieľových slov.
Fonotaktický vývin mapuje postup osvojovania si slabičných vzorov a počet slabík a ich kombináciu v slovách.
Zrozumiteľnosť reči vyjadruje mieru, do akej komunikačný partner rozumie reči dieťaťa. Fonologická porucha sa prejavuje neschopnosťou dieťaťa naučiť sa pravidlá používania hlások v reči. Pretrvávajú vývinové fonologické procesy, vyskytujú sa pritom aj patologické. Zrozumiteľnosť reči je narušená. Podstata deficitu je jazyková (Buntová, D., Gúthová, M., 2016).
Cieľová skupina: celá populácia detí, dospelí.

Kompetencie

Narušenie zvukovej roviny reči (foneticko-fonologickej roviny), označovaný termínom dyslália, patrí do kompetencie klinického logopéda. Klinický logopéd poskytuje klinicko-logopedickú intervenciu zameranú na prevenciu, diagnostiku a terapiu porúch zvuku reči. Zároveň poskytuje poradenstvo pre rodinných príslušníkov. Pri poskytovaní efektívnej klinicko-logopedickej intervencie spolupracuje s týmito odborníkmi:

- klinický logopéd;
- lekár - pediater, všeobecný lekár – dispenzarizuje, odosiela v indikovaných prípadoch ku klinickému logopédovi – ambulantnému špecialistovi;
- lekár so špecializáciou ORL a foniater – zabezpečí vyšetrenie sluchu a artikulačných orgánov, klinické konzíliá;
- lekár so špecializáciou neurológ, pediatrický neurológ – zabezpečí neurologické vyšetrenie, klinické konzíliá;
- lekár so špecializáciou psychiater, pedopsychiater - v prípade potreby zabezpečí vyšetrenie z dôvodu porúch aktivity a pozornosti, klinické konziliárne vyšetrenie;
- lekár so špecializáciou fyziater – konziliárne vyšetrenia v prípade potreby;
- stomatológ, ortodont (čeľustný ortopéd), stomatochirurg – vyšetrí a doplní nález pre anomálie zhryzu a artikulačných orgánov, orofaciálnej oblasti;
- klinický psychológ, neuropsychológ – poskytne vyšetrenia aktuálnej vývinovej úrovne, vyšetrenia mentálnych schopností, klinické konziliárne vyšetrenia;
- fyzioterapeut – poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť a rehabilitáciu pri parézach, hypotónii, spasticite v orofaciálnej oblasti, nesprávnom držaní tela;

- liečebný pedagóg, klinický liečebný pedagóg – môže sa zúčastniť na arteterapii v prípade potreby.

Úvod

Prvá učebnica logopédie definovala dysláliu ako "*neschopnosť vytvoriť alebo správne vysloviť hlásky alebo zhluky hlások*" (Kratochvíl, 1924). Definície boli postupne spresňované Seemanom a Sovákom. Pri narušení na fonologickej úrovni v najširšom slova zmysle ide o "*neschopnosť alebo poruchu správne používať zvukové vzory reči v procese komunikácie podľa rečových zvyklostí a noriem príslušného jazyka*" (Lechta, 1995). Pri narušení zvukovej roviny reči ide "*o neschopnosť správne vysloviť a/alebo používať hlásky materinského jazyka v súlade s príslušnými jazykovými normami v reči*" (Buntová, D., Gúthová, M., 2016). Narušenie "*pôsobí interferenčne na komunikačný zámer a môže sa prejavovať znížením zrozumiteľnosti reči, pričom primárne narušenie zvukovej roviny reči nie je na základe iného postihnutia, ako je napríklad sluchové, telesné atď.* "(Lechta, 2010). Narušenie zvukovej roviny reči - narušenie foneticko-fonologickej jazykovej roviny, sa "*tradične v slovenskej literatúre označovalo pojmom dyslália*" (Buntová, D., Gúthová, M., 2016). V súčasnosti sa v slovenskom jazykovom prostredí termín dyslália nahrádza v súlade so zahraničnou literatúrou termínom "*narušenie zvukovej roviny reči so špecifikáciou artikulačná porucha, ak ide o narušenie na fonetickej úrovni a termínom fonologická porucha, ak ide o narušenie na fonologickej úrovni*" (Buntová, D., Gúthová, M., 2016). Terminológia je v súlade s odbornou terminológiou používanou v odbornej literatúre vo svete. Naznačuje podstatu narušenia a smer terapie. Nachádza sa v aktuálne používanej MKCH ako „Špecifická porucha artikulácie reči". Toto označenie zahŕňa fonologickú poruchu a funkčnú poruchu artikulácie. Podľa The American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) sa od roku 2005 používa zastrešujúci názov Speech Sound Disorders (SSD) pre podkategórie artikulačná a fonologická porucha (Buntová, D., Gúthová, M., 2016).

Cieľovou skupinou je celá populácia detí a dospelých. V procese diagnostiky a terapie je dôležitá motivácia, najmä u detí predškolského veku. U dospelých je silnou a nevyhnutnou motiváciou napr. štúdium na vysokej škole, postup alebo reprezentatívna pozícia v zamestnaní (Škodová, Jedlička, 2007). Výskumy potvrdzujú, že komunikačná schopnosť zásadným spôsobom ovplyvňuje vytváranie sociálnych väzieb.

Klinicko-logopedická intervencia pomáha efektívne odstrániť alebo eliminovať symptómy narušenia zvukovej roviny reči.

Prevencia

Prevencia by mala byť zacielená do obdobia ranného veku dieťaťa. Kerekrétiová vymedzuje nasledujúce druhy (Kerekrétiová, 2016):

Tabuľka č. 1

Prevencia		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA	
Druh prevencie	**Ciele prevencie**	**Forma prevencie**
Primárna	- zabezpečiť správny rečový vzor (podľa kodifikovanej normy materinského jazyka) pre dieťa v prostredí, v ktorom vyrastá (rodina, materská škola, detské a materské centrá, televízne programy pre deti a pod.) (Kerekrétiová, 2016) - podporovať veku primeranú stimuláciu všetkých jazykových rovín	Prednášková a poradenská činnosť zameraná na predškolské zariadenia, detské a materské centrá a pod. Diskusné fóra. Osvetové akcie v médiách zamerané na rodičov s deťmi.
Sekundárna	- včasná identifikácia detí s poruchami zvuku reči a ich zaradenie do klinicko-logopedickej terapie s cieľom predísť vzniku závažnejšej formy NKS	Depistážne vyšetrenia.
Terciálna	- včasnou intervenciou v oblasti narušenia zvukovej roviny reči predchádzať vývinovým poruchám učenia	Depistážne vyšetrenia. Osveta.

Epidemiológia

Narušenie zvukovej roviny reči je považované za najčastejší druh narušenej komunikačnej schopnosti v intaktnej populácii, i v populácii s postihnutím. Podľa Waringovej a Knightovej (In Buntová, D., Gúthová, M., 2016), tvoria klienti s primárnymi poruchami zvukovej roviny až 70 % celkovej klientely logopéda. Z hľadiska veku je výskyt narušenia v populácii nekonštantný. Krahulcová uvádza nasledovný výskyt z hľadiska veku: okolo štvrtého roku je priemerný výskyt 60 %, na začiatku školskej dochádzky 40 %, do deviateho roku pokračuje pokles na 10 %. Podľa väčšiny štatistík prichádza do prvých ročníkov základných škôl až okolo 40 % detí s chybnou artikuláciou (Lechta, 2002; Kerekrétiová, 2016; Neubauer, 2011). Vo veku štyroch rokov sa poruchy zvuku reči manifestujú až u 60 % detí (Kerekrétiová, 2016). Poruchy zvuku reči sa vyskytujú častejšie u chlapcov, ako u dievčat, pomer 60 % : 40 %, podobne je to aj v zahraničí, u dospelých okolo 8 % (Buntová, D., Gúthová, M., 2016). Medzi najčastejšie poruchy zvuku reči patria sigmatizmus a rotacizmus (Nádvorníková, 1995). V súvislosti s inteligenciou narušenie zvukovej roviny reči vykazuje určité pozoruhodnosti. Vzťah medzi IQ a narušením zvukovej roviny reči neplatí jednoznačne (Lechta, 1995). Podieľajú sa na tom viaceré činitele – vplyv prostredia, organické odchýlky hovoridiel, schopnosť napodobňovať atď. (Buntová, D., Gúthová, M., 2016).

Tabuľka č. 2

Výskyt porúch zvuku reči
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA
častejší u chlapcov (2/3)
u detí s nadmerným IQ
pri rýchlom tempe reči
vplyv dedičnosti
vplyv pohlavia
vplyv porúch sluchu a zraku
vplyv porúch CNS (poškodenie odstredivých a dostredivých dráh, centrálnej časti)
anatomické odchýlky hovoridiel
riziková gravidita
pôrodné poškodenia
vplyvy prostredia

Patofyziológia

"*Mozog je najvyšším regulačným orgánom tela a zároveň integračným aparátom všetkých organických procesov a aktívnej interakcie človeka s okolím.*" (Ostatníková, 2003). Jeho ochorenie vedie k ťažkým poruchám psychických procesov komunikácie, porozumenia, pamäti, vnímania, intelektovej činnosti a emocionality. Reč je vlastná iba človeku. Je nástrojom ľudskej komunikácie (Hrnčiarová, 2010). Jednotlivé zložky komunikačného procesu sú úzko spojené s činnosťou CNS. Druhá signálna sústava je charakteristická len pre človeka, umožňuje rozvinúť naučené reakcie na reč, teda na signály signálov.

"*Základnou podmienkou percepcie a produkcie reči je schopnosť rozlišovať i najjemnejšie zvukové rozdiely v priebehu plynulej reči a schopnosť najjemnejším spôsobom odstupňovať pohyby zložitých článkov artikulačného systému tak, aby produkovaný zvuk dosiahol formu zrozumiteľnej reči.*" (Lechta, 2010). V pozadí týchto mechanizmov je diferenciačná schopnosť mozgu predovšetkým v oblasti spracovania sluchových podnetov a príslušnej motoriky. Predpokladá sa, že najskôr dozrieva rozlišovacia schopnosť vestibulárneho systému mozgu (poloha plodu pred narodením, obľúbenosť kolísania a nosenia), potom nasleduje dozrievanie diferenciácie v sluchových a iných oblastiach mozgu (Lechta, 2010). Vývin motorickej oblasti má určité oneskorenie. Podľa autora je okrem motorického výkonného systému je v mozgu reprezentovaná aj oblasť jeho kinestetickej kontroly, ktorej vnútornou spätnou väzbou vznikajú pohybové vzorce. Podľa nich sa vlastný pohyb presne realizuje. Napodobňovanie je vrodený nepodmienený spôsob učenia. Realizácia reči je podmienená dynamickým vývinom mozgu, jeho štruktúry a funkcie. Každá porucha (oneskorenie, nezrelosť činnosti mozgu) sa odzrkadlí v NKS (Lechta a kol., 1995).

"*Príčiny narušenia zvukovej roviny reči tvoria komplex príčin, ktoré primárne spôsobujú narušenie a/alebo sekundárne fixujú chybnú výslovnosť, vzájomne sa prelínajú a nie vždy sa dá príčina jednoznačne stanoviť*" (Buntová, D., Gúthová, M., 2016). Medzi najčastejšie príčiny patrí *vplyv dedičnosti, poruchy sluchu a zraku, poruchy CNS (poškodenie odstredivých a odstredivých dráh, centrálnej časti), anatomické odchýlky hovoridiel, riziková gravidita, pôrodné poškodenia a vplyvy prostredia.*

ARTIKULAČNÁ PORUCHA

Príčiny porúch zvuku reči môžeme rozdeliť do niekoľkých kategórií: orgánové a funkčné (známe/neznáme), vnútorné a vonkajšie (Buntová, D., Gúthová, M., 2016).

Tabuľka č. 3

Artikulačná porucha - príčiny porúch zvuku reči	
Standardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA
Orgánové	**Funkčné**
anomálie rečových orgánov, poruchy zhryzu a chrupu, prirastená jazyková uzdička (ankyloglossum)	myofunkčná porucha - môže sa vyskytovať distorzná výslovnosť sykaviek, interdentálny sigmatizmus orofaciálne dysfunkcie - orofaciálna svalová nevyváženosť, svalová nevyváženosť svalov jazyka, pier a líc spojená s poruchou funkcie prehĺtania a dýchania, kompenzačne fungujú a zapájajú sa iné skupiny svalov a následkom je zdeformovanie hornej čeľuste a podnebia (ortodontické odchýlky)
adenoidné vegetácie - v dôsledku nesprávneho dýchania cez ústa sa mení pokojová poloha jazyka, ktorá netlačí na tvrdé podnebie, v dôsledku čoho nedochádza k zmenám v ústnej dutine a postavenia zubov	funkčné poruchy s neznámou príčinou, napr. spoločenské prostredie (negatívne vplyvy prostredia)
nešpecifická dedičnosť (Lechta, 1990) - dieťa nezdedí konkrétny rotacizmus alebo sigmatizmus, ale zdedí určitú artikulačnú neobratnosť alebo zníženú schopnosť fonematickej diferenciácie, ktoré spôsobujú chybnú výslovnosť	pohybová neobratnosť celková, obmedzená na artikulačnú oblasť
	nesprávne postoje okolia dieťaťa k rečovému vývinu : stále upozorňovanie dieťaťa na jeho neúspechy

Nádvorníková delila príčiny na vnútorné a vonkajšie (1995). Buntová a Gúthová (2016) uvádzajú nasledovné členenie:

Tabuľka č. 4

Fonologická porucha - príčiny porúch zvuku reči		
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA	
Vnútorné príčiny (endogénne)	**v rôznej miere sa kombinujú**	**Vonkajšie príčiny (exogénne)**
Genetické	Spôsobujú kognitívno-lingvistický deficit: u 56% detí s narušením zvukovej roviny reči, spoločné znaky : - vysoká miera výskytu vývinovej poruchy učenia u priameho rodinného príbuzného - podpriemerné výkony v testoch jazykových schopností - podpriemerné skóre v úlohách opakovania nezmyselných slov - veľmi nízke percento distorzne tvorených hlások (napr. interdentálny sigmatizmus) - vysoké percento chýb tvorí vynechávanie hlások v reči - často sa vyskytuje v kombinácii s narušeným expresívnych jazykových schopností - dobrá prognóza nápravy v zvukovej rovine reči	enviromentálne faktory s rôznou etiopatogenézou
Zápaly stredného ucha, otitídy	- problémy s auditívno-kognitívnou diskrimináciou foném a následne problémy s produkciou zvuku - 30% detí s narušením zvukovej roviny reči - šesť a viac epizód otitíd v ranom veku, - znížená zrozumiteľnosť reči vo vzťahu k veku, - vysoký výskyt patologických fonetických procesov ako posúvanie frikatív vzad, glotálne a nazálne substitúcie, vynechávanie iniciálneho konzonantu - možný je súbežný výskyt narušenia jazykových schopností - prognóza úpravy reči je otázna	
Poruchy pozornosti, problémy s adaptáciou, kooperáciou a správaním	- u 12% detí s narušením foneticko-fonologickej roviny - oneskorovanie vo vývine reči najmenej o 1 rok - narušenie jazykových schopností je časté - prognóza nápravy reči je dlhodobá	

Klasifikácia

Klasifikácia porúch zvuku reči nie je jednotná a vychádza z rôznych princípov (Lechta, 1995). Neexistuje univerzálny klasifikačný systém, ktorý by bol základom diferenciálnej diagnostiky a zároveň východiskom pre primeranú a efektívnu terapiu. V praxi rozlišujeme dva druhy klasifikácií: klasifikáciu založenú na fonetickom princípe a klasifikáciu založenú na fonologickom princípe. Uvádzame prehľad najznámejších klasifikácií, ktoré sú používané na Slovensku.

Hodnotíme fonetickú a fonologickú rovinu. Pri fonetickej rovine hodnotíme správnu, nesprávnu a chybnú výslovnosť, fonetický repertoár. ***Správna výslovnosť*** *je výslovnosť hlások podľa kodifikovanej jazykovej normy.* ***Nesprávna výslovnosť*** *je fyziologická vývinová odchýlka od kodifikovanej normy. Spôsobuje ju akustická a motorická nezrelosť dieťaťa. Mechanizmus tvorenia hlások nie je ustálený. Prejavuje sa nepresnou diferenciáciou hlások, ich vynechávaním alebo nahrádzaním hláskou artikulačne jednoduchšou. Spontánnu korekciu možno očakávať do piateho roku dieťaťa (Lechta, 2010). Upravuje sa vývojom "diferenciačného útlmu", pomocou ktorého sa počuté slová analyzujú a vytvárajú správne akusticko-artikulačné spoje (Klenková, 2006).* ***Chybná výslovnosť*** *sa líši od kodifikovanej normy akusticky alebo esteticky bez ohľadu na vek. Hlásku osoba tvorí na nesprávnom mieste alebo nesprávnym spôsobom. Nazývame ju* ***distorziou****" (Buntová, D., Gúthová, M., 2016).* Pretrvávanie nesprávnej artikulácie po siedmom roku fyzického veku považujeme za chybnú.

Klasifikácia narušenia zvukovej roviny reči

Vývin foneticko – fonologickej roviny je podľa Lechtu ukončený až vo veku päť rokov. Dovtedy sa v reči dieťaťa vyskytuje fyziologicky primeraný jav, **vývinovo neustálená výslovnosť** (nesprávna). Pretrvávanie nesprávnej výslovnosti od päť do sedem rokov sa považuje za **predĺžený fyziologický vývin. Po siedmom roku života sa akákoľvek odchýlka od normy vo zvukovej rovine reči považuje za patológiu.** Oneskorenie alebo narušenie vývinu zvukovej roviny reči je potrebné odlíšiť od fyziologického vývinu. **Zrozumiteľnosť reči** je podľa uvedených autoriek (Buntová, D., Gúthová, M., 2016) rýchly a účinný nástroj na skríning detí s narušením zvukovej roviny reči v raných štádiách. Zároveň poskytuje možnosť merania efektivity terapie. Diagnostikou zrozumiteľnosti reči u slovensky hovoriacich detí vo veku 55-60 mesiacov (Skríning fonologických porúch) sa zaoberal tím autorov Buntová, D., Csápaiová, K., Hatalová, S., Cséfalvay. Výsledky výskumu boli publikované. Škála zachytáva rizikovú skupinu detí. Škálu je možné použiť ako diagnostický nástroj fonologických procesov (Buntová, D., Csápaiová, K., Hatalová, S., Cséfalvay, Z., 2018). Skupinu detí s primárnym narušením zvukovej roviny reči môžeme deliť **na základe zrozumiteľnosti reči** na dve veľké skupiny (Buntová, D., Gúthová, M., 2016):

Tabuľka č. 5

Narušenie zvukovej roviny reči na základe zrozumiteľnosti reči	
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA
Primeraná zrozumiteľnosť reči	Narušenia spadajú väčšinou do podkategórie fonetických, artikulačných porúch.
Znížená zrozumiteľnosť reči	Podkategória fonologických porúch alebo verbálnej dyspraxie.

Medicínske klasifikačné systémy DSM5 a MKCH 10 nedostatočne riešia diferenciálnu diagnostiku do široko definovaných podskupín. Klasifikačný systém In. Buntová, D., Gúthová, M., 2016 podľa Doddovej (Waring, 2012):

Tabuľka č. 6

Medicínsky klasifikačný systém	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA
Narušenie v rovine fonologickej, fonologické poruchy	- pretrvávanie vývinovo mladších fonologických procesov, patologických fonologických procesov, variabilná produkcia - tvoria približne 87% z narušenia zvukovej roviny
Narušenie v rovine fonetickej, artikulačná porucha	- substitúcie a distorzie - tvoria zhruba 12% zo všetkých prípadov narušenia zvukovej roviny reči
Narušenie motorického plánovania a programovania, vývinová verbálna dyspraxia	1% prípadov narušenia zvukovej roviny reči, v podkategórii SSD (niektorí autori zaraďujú, iní ju tam nezaraďujú) v literatúre je uvádzaná ako NVR

ARTIKULAČNÁ PORUCHA

Artikulačné poruchy sa vzťahujú na rovinu konkrétnych artikulačno-motorických realizácií. Výslovnosť konkrétnej hlásky nezodpovedá očakávanej výslovnostnej norme materinského jazyka, je však poznateľné, ktorú hlásku osoba vyslovuje. Hláska je tvorená na inom mieste alebo iným spôsobom, alebo ju osoba vôbec nevie vysloviť (Buntová, D., Gúthová, M., 2016).

Tabuľka č. 7

Artikulačná porucha	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA
Pri psychogénnej poruche	- je symptómom regresívnej formy správania
Z hľadiska kontextu : hlásková/kontextová	- izolovane hlásku vyslovuje, ale nepoužíva
Z hľadiska narušenia : monomorfná/polymorfná	- v jednom/viacerých artikulačných okruhoch

FONOLOGICKÁ PORUCHA

Počas vývinu dieťa nevysloví to isté slovo vždy rovnako (**nekonzekventná výslovnosť**), čo spôsobuje zníženú zrozumiteľnosť reči. Koncom druhého roku sa výslovnosť **stabilizuje.** V odbornej literatúre sa tieto procesy zjednodušovania nazvané ako **vývinové fonologické procesy**. Niektoré deti majú ťažkosti s osvojením si **fonologického systému materinského jazyka**. Ak tieto procesy nevymiznú po čase, kedy by už nemali byť používané, hovoríme o **oneskorovaní** alebo o rôznych **formách fonologickej poruchy** (Buntová, D., Gúthová, M., 2016).

V tabuľke č. 8 uvádzame pôvodné členenie FP na oneskorený fonologický vývin a nevyvážený vývin. Aktuálne je členenie na FP fyziologického fonologického vývinu, oneskoreného fonologického vývinu a konzistentnej fonologickej poruchy (Buntová, Bartošová, Doskočilová, 2017).

Tabuľka č. 8

Formy fonologickej poruchy	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA
Oneskorený fonologický vývin	- minimálne o 6 mesiacov dlhšie ako u detí s fyziologickým vývinom - 57% detí zo skupiny narušenej zvukovej roviny reči
Nevyvážený vývin	- keď sa vývinovo skoré fonologické procesy vyskytujú súčasne s vekovo primeranými - žiadne špecifické problémy pri spracovaní reči - externé dôvody brzdia vývin

V oblasti fonologických procesov bol realizovaný výskum autorkami Buntová, Bartošová, Doskočilová, publikovaný v zborníku Logopaedica XX. (2017). Cieľom výskumu bolo priniesť komplexný pohľad a vytvoriť vývinový model pre vek od 3 až do 5 rokov. Podarilo sa im identifikovať **patologické fonologické procesy** vyskytujúce sa u slovensky hovoriacich detí: *vynechávanie iniciálneho konsonantu, posúvanie alveolár T, D dozadu a nazalizácia. Glotálnu náhradu odporúčali považovať zatiaľ za vývinovo mladší fonologický proces*. Pri hodnotení FP *depalatalizácia* (Ľ na L) pre vek od 4 do 5 rokov odporúčali *vychádzať z rečového okolia dieťaťa a zohľadňovať to* pri záverečnom hodnotení, rovnako ako pri FP *zjednodušovanie diftongov* (skracovanie ô na o). Rovnako FP *posúvanie sykaviek dozadu* vo veku od 3;0 do 3;6 rokov odporúčali považovať za *fyziologický*, (aj keď sa v skúmanej vzorke nevyskytol, ale sa vyskytol v staršej vekovej skupine.).

Závery môžu slúžiť na diferenciálnu diagnostiku **fyziologického fonologického vývinu, oneskoreného fonologického vývinu a konzistentnej fonologickej poruchy**.

Tabuľka: Vývin fonologických procesov u detí od 3 do 5 rokov (Buntová-Bartošová-Doskočilová, 2017)

.....

Podľa autoriek počet vývinovo primeraných FP klesá s vekom. Rovnako sa identifikované FP s vekom postupne rovnomerne vytrácajú (znižujúce %). FP posúvanie sykaviek dozadu sa u najmladších detí nevyskytoval. Depalatalizácia sa vyskytuje len v prípade zámeny Ľ na L. Rečové okolie vo výslovnosti Ľ na Slovensku nie je jednotné. V reči sa od mäkkej výslovnosti upúšťa. Podobne zjednodušovanie diftongov vo veku od 4,7 roka by malo byť len pri diftongu ô (Buntová, Bartošová, Doskočilová, 2017). **Vývin FP** považujeme za **fyziologický**, ak sú v reči dieťaťa prítomné len fyziologické FP pre daný vek. Za fyziologické považujú FP: zjednodušovanie diftongov, depalatalizáciu, zámenu likvíd, posúvanie sykaviek dopredu/dozadu, deafrikáciu, zjednodušovanie konzonantických skupín, elimináciu a kĺzanie likvíd, záverovanie, posúvanie velár dopredu, stratu znelosti, afrikáciu a vokalizáciu. Za *rizikové* považujú dieťa, u ktorého sa vyskytnú rizikové FP pre daný vek (takéto dieťa považujú za vhodné zaradiť do ďalšieho sledovania a opäť ho vyšetriť v ďalšom vývinovom polroku).
O **oneskorenom fonologickom vývine** uvažujú, ak sa v reči dieťaťa vyskytujú minimálne dva vývinovo mladšie FP. Napríklad dieťa vo veku 4;2 roka má v rečovej produkcii záverovanie a kĺzanie likvíd a stav je potvrdený opakovaným vyšetrením po 3 mesiacoch.

O **konzistentnej fonologickej poruche** hovoríme vtedy, ak sa v reči dieťaťa vyskytujú vývinovo mladšie FP a aj patologické FP. Napríklad, ak dieťa vo veku 3;8 roka má vývinovo mladšie FP záverovanie a posúvanie velár dopredu, ale aj patologický FP vynechávanie iniciálneho konsonantu.

Klinický obraz

Dieťa sa nerodí so znalosťami o zvukovom systéme svojho materinského jazyka. Počas vývinu foneticko-fonologickej roviny si musí osvojiť dve pravidlá (Buntová, D., Gúthová, M., 2016):

Tabuľka č. 9

Pravidlá foneticko-fonologickej roviny	
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA
Pravidlá výslovnosti	hlások materinského jazyka alebo jazyka rečového prostredia
Pravidlá používania	v rečovom prejave

Opis klinického obrazu vychádza z hodnotenia dvoch úrovní reči a jazyka, fonetickej a fonologickej.

Je potrebné odmietnuť každé tvrdenie, že náprava chýb výslovnosti vo veku od troch do šiestich rokov je len podradnou otázkou jazykovej výchovy (Lechta, a kol., 2002).

Tabuľka č. 10

Pridružené symptómy
Štandardné postupy — ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA
- nie sú izolované od ostatného jazykového systému
- často sa na ne viažu poruchy akademických zručností
- dieťa ťažšie vstupuje do interakcie s inými ľuďmi
- negatívny vplyv na intelektuálny vývin
- strácajú vzácny čas, ktorý by mali venovať výučbe
- chyby v písaní
- nepriaznivý vplyv na osobnosť dieťaťa - stáva sa bojazlivým, plachým, mlčanlivým

Symptómy pri fonetickej a fonologickej jazykovej rovine môžu vyskytovať v rôznych kombináciách. Z pohľadu aktuálneho delenia artikulačnej poruchy a fonologickej poruchy sa môžu vyskytovať ako fonetické symptómy aj ako fonologické symptómy. Oyer, Crowe a Haas (In Buntová, D., Gúthová, M., 2016) označujú poruchy artikulácie v detskom veku skratkou SODA. Charakteristika je uvedená v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka č. 11

Symptómy pri fonetickej a fonologickej jazykovej rovine	
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA	
Artikulačná porucha	**Fonologická porucha**
S - substitution - nahrádzanie artikulačne náročnej cieľovej hlásky hláskou menej náročnou (ruka - juka)	**S** - substitution - nahrádzanie skupín hlások hláskami, ktoré sa vo vývine osvojujú neskôr (úžinové záverovými)
O - omission - vynechanie cieľovej hlásky (ruka - uka)	**O** - omission - vynechanie cieľovej hlásky, ktorú už má dieťa vo svojom fonetickom inventári, väčšinou na konci slov (nos - no)
D - distorsion - chybná výslovnosť cieľovej hlásky (R vysloví velárne)	**A** - addition - ide o pridávanie hlásky k cieľovému slovu, väčšinou na konci slabiky alebo slova

Hlásky materinského jazyka si dieťa osvojuje postupne napodobňovaním. Proces zvládania zvukov je pre dieťa náročný. Ak nevie hlásku vysloviť, **konštantne** ju vynecháva, pričom vsúva určitý zvuk alebo hlásku nahrádza inou, artikulačne menej náročnou, hovoríme o **mogilálii** (Sovák, 1981) alebo **eliminácii**. Nahrádzanie hlásky je **paralália** alebo **substitúcia** (Nádvorníková, 1995). Konštantnosť je znakom fyziologického vývinu. Ak dieťa konkrétnu hlásku nevie vysloviť aj po ukončení fonetického vývinu, ide o patologický jav označovaný **predponou mogi- a gréckym názvom konkrétnej hlásky** a **príponou -izmus** (mogirotacizmus). Ak hlásku pravidelne nahrádza inou po ukončení jej fonetického vývinu, označujeme tento jav **predponou para-, gréckym názvom hlásky a príponou -izmus** (pararotacizmus). Ak dieťa hlásku vo svojom fonetickom repertoári má, ale nezodpovedá kodifikovanej norme, nezávisle od veku ide o patologický jav označený pojmom **distorzia** (nesprávnym spôsobom alebo a nesprávnom mieste) (Buntová, D., Gúthová, M., 2016).

Fyziologické fonologické procesy používa dieťa pri osvojení si pravidiel výslovnosti. Podľa autoriek sa delia na:

Tabuľka č. 12

Fyziologické fonologické procesy	
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA	
Meniace štruktúru slova a slabiky	kečup - kepuč, chodba - chobda, kaleráb - kareláb, telefón - tefón, pes - pe
Asimilačné	Dano - Dado, Nano
Meniace segmenty slov, proces substitúcie, náhrada si vyžiada zmenu miesta/spôsobu artikulácie	dom - gom, káva - táva/čaj - taj, sova - tova

Vývinovo delíme fonologické procesy na:

Tabuľka č. 13

Fonologické procesy - vývinové delenie		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA	
Ranné	do 3. roka života sa strácajú	- vynechanie neprízvučnej slabiky : tefón - telefón; - vynechanie koncovej spoluhlásky : -pe - pes; - posun velárnych hlások dopredu : káva - táva, guma - duma
Neskoré		- zjednodušenie spoluhláskových skupín : slon - son, lon; - kĺzanie likvíd : lopta - jopta, ryba - viba, jiba; - záverovnie, nahrádzanie úžinových hlások záverovými : misa - mita, čaj - taj, zima - dima

Patologické fonologické procesy sa počas normálneho vývinu v reči dieťaťa nevyskytujú. Pri fonologických poruchách ide o pretrvávanie vývinovo mladších, prítomnosť patologických alebo pretrvávanie variabilnej produkcie slov. V takomto prípade fonologické procesy znižujú zrozumiteľnosť reči dieťaťa, ktorá je vývinovo neprimeraná.

Fonologický vývin a fonetická realizácia sa nesynchronizujú presne. V niektorých slovách je fonetický a fonologický vývin ukončený súčasne. V inom prípade je fonetický vývin hlások ukončený, avšak v určitých slovách dieťa hlásky nepoužíva adekvátne. Jeho fonologický vývin ešte nie je ukončený. So zmenou fonologických procesov, ich elimináciou, je zvyčajne ukončený aj artikulačný vývin. Môže sa však objaviť i opačný prípad, keď fonetický vývin predbieha fonologický (Dvořák, 2003).

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Narušenie zvukovej roviny reči v detskom veku patrí medzi najfrekventovanejšie narušenie komunikačnej schopnosti. Najnovšia klasifikácia narušenia zvukovej roviny reči a nový pohľad na etiológiu prináša požiadavky na diferenciálnu diagnostiku a špecifikáciu vo výbere terapie (Buntová, D., Gúthová, M., 2016).

Hodnotíme štyri oblasti:

Zrozumiteľnosť reči odráža schopnosť hovoriaceho efektívne používať zvukovú rovinu reči tak, aby počúvajúca osoba bola schopná porozumieť zámeru hovoriaceho (Buntová, D., Gúthová, M., 2016). Vyvíja sa postupne osvojovaním si foneticko-fonologickej roviny. Hodnotenie zrozumiteľnosti reči je rýchly a účinný nástroj na skríning detí s narušením zvukovej roviny reči v raných štádiách. Orientačné hodnotenie zrozumiteľnosti reči posudzujeme v konverzácii podľa nasledujúcich kritérií: hodnotia množstvo slov, ktorým porozumie v rozhovore cudzia osoba v rozhovore s dieťaťom. Ak je zrozumiteľnosť znížená, indikuje oneskorovanie vývinu alebo narušenie zvukovej roviny reči, neindikuje distorziu (Buntová, D., Gúthová, M., 2016).

Tabuľka č. 15

Zrozumiteľnosť reči	
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA	
Vek dieťaťa v rokoch	**Zrozumiteľnosť reči v percentách**
1,0	25 %
2,0	50 %
3,0	75 %
4,0	100 %

Ďalšou možnosťou hodnotenia zrozumiteľnosti reči je využitie slovenskej verzie ***Škály hodnotiacej zrozumiteľnosti reči dieťaťa v kontexte*** (Intelligibility in Context Scale, ICS) od autorov McLeodovej s kolektívom (2012) v slovenskej úprave Buntovej.
(www. Csu.edu.au/research/multilingual/speech/ics). (Buntová, D., Gúthová, M., 2016).

Diagnostika fonetický prístup
Cieľom je stanoviť fonetický repertoár dieťaťa s dôrazom na identifikáciu absentujúcich foném a distorzných foném, diagnostikuje sa kvalita sluchovej diferenciácie foném, úroveň oromotorických schopností ako základ pre navodenie správnej artikulácie (Buntová, D., Gúthová, M., 2016).
Zisťujeme ciele, pričom sa neodporúča vyšetrenie slov imitáciou (Lechta, 1990). Význam imitácie sa zdôrazňuje pri fonologickom diagnostickom prístupe (Buntová, D., Gúthová, M., 2016).

Tabuľka č. 16

Diagnostika fonetický prístup
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA
- či ide o mogiláliu, paraláliu
- či osoba vyslovuje danú hlásku chybne na začiatku, uprostred, na konci slova
- kvalitu fonematickej diferenciácie a úroveň motoriky rečových orgánov
- či je narušenie symptómom iného postihnutia, alebo ide o primárne narušenie zvukovej roviny reči
- percento správne vyslovených konsonantov a vokálov (mieru poruchy rečového výkonu z hľadiska artikulácie hlások s ohľadom na ich frekvenciu v jazyku)
- príčinu

Diagnostika fonologický prístup
Ponúka kvalitatívne iný pohľad, než na aký sme boli doteraz zvyknutí. Narušené zvuky vnímame nie izolovane, ale ako súčasť celého zvukového systému. Nádvorníková, 1995; Bónová – Slančová, 2005; Marková – Gúthová, 2005; Bónová, 2008 považujú za **ciele fonologickej diagnostiky identifikovať, aké fonologické procesy dieťa používa** a posúdiť, či sú veku primerané (fyziologické), veku neprimerané a prítomnosť patologických fonologických procesov (Buntová, D., Gúthová, M., 2016).

Potrebné dáta by sme mali získať z reprezentatívnej vzorky rečovej produkcie dieťaťa. Sledujeme produkciu každého zvuku na začiatku, uprostred a na konci slova.

Tabuľka č. 17

Metódy získavania dát	
Štandardné postupy — ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA	
Spontánna reč - fonetický inventár dieťaťa (produkcia a distribúcia zvukov), nevýhoda - nezískame všetky zvuky	- najideálnejšia, odráža zvyčajnú produkciu zvukov - počas rozhovoru - rozprávanie na určitú tému, príbeh, prerozprávanie príbehu - odporúča sa zvukový záznam
Pomenovanie obrázkov : testy (Dvončová, Nádvorníková, 1983; Antušeková, 1989)	- artikulačné testy, vyšetrovaná hláska na začiatku, uprostred, na konci slov - vyšetrujú zvuky daného jazyka (nevýhodou je produkcia izolovaných slov môže byť lepšia ako v spontánnej reči)
Zisťovanie úrovne stimulability (imitácie)	- zisťujeme schopnosť dieťaťa napodobňovať zvuky, ktoré nedokáže správne používať - na Slovensku nemáme žiadne štandardizované testy, absentujú normy foneticko - fonologického vývinu

V diagnostickom procese používame testy:
Test veľkosti jazyka, Test veľkosti jazykovej uzdičky, Test embryonálneho prehĺtania, Test tvrdého podnebia (Papcová, 2000), ***LaPointe Wertz test.***
Pri vyšetrení artikulácie odporúčame použiť publikáciu ***Dvončová, Jenča, Kráľ: Kráľ: Atlas slovenských hlások (1969)*** s využitím laboratórnej metódy vyšetrovania ***chromografie (palatografie a lingvografie)***. Na vyšetrenie fonematického sluchu ***test Žlaba a Matějčeka.*** Lechta (1995) odporúča ***Test na diskrimináciu hlásky*** (Wepman, 1985), ***Test na percepciu rečovej produkcie*** (Locke, 1980), ***Fonologický konverzačný test*** (Maxwell, Rockman, 1984), ***Fonologický kontrastný test*** (Antušeková, 1989).

Diferenciálna diagnostika
Základom pre diferenciálnu diagnostiku je zrozumiteľnosť reči a charakter narušenia foneticko-fonologickej roviny. Distorzia najmenej ovplyvňuje zrozumiteľnosť, i keď pôsobí z akustického hľadiska najviac rušivo. Podrobný opis symptómov na diferenciálnu diagnostiku fonologických porúch a verbálnej dyspraxie uvádzajú autorky Buntová a Gúthová v Logopédii na str. 74-75 (2016).

Klinické otázky
Klinická otázka č. 1: Zvyšuje sa významne efektivita detekcie ťažkosti fonologických porúch použitím štandardizovaných skríningových nástrojov?

Klinická otázka č. 2: Sú obavy rodičov validným zdrojom údajov o riziku vývinových ťažkostí?

Liečba

"*Terapeutické postupy by mali byť odôvodnené na základe ťažiska porúch, predpokladaných príčin. Cieľom je obnovovanie zvukového systému dieťaťa a adekvátne používanie zvukov daného jazyka v rečovej produkcii*" (Buntová, D., Gúthová, M., 2016). Terapia by mala byť navrhnutá tak, aby rešpektovala špecifiká vývinu aj normu daného jazyka. U adolescentov a dospelých je časovo náročnejšia, ide o korekciu už zautomatizovaných rečových stereotypov. Terapeutické postupy majú byť symptomaticky zamerané. Cieľom je rozvíjanie zvukového systému dieťaťa a používanie zvukov podľa príslušných jazykových noriem. Prístupy sú foneticky a fonologicky orientované. Každý z uvedených prístupov má svoje opodstatnenie v terapii, no na inej úrovni. Foneticky zameraná terapia na úrovni motorickej, fonologicky zameraná terapia na úrovni kognitívno – lingvistickej (Marková, J., Gúthová, M., 2005).

Tabuľka č. 18

Terapeutické postupy
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA
Foneticky orientovaná terapia :
Cieľom je osvojenie si správnej motorickej realizácie hlásky. Pracujeme na rozvíjaní troch cieľových oblastí: oromotorickej, oblasti auditívneho vnímania a oblasti artikulácie. Terapiu realizujeme sériou krokov, ktoré na seba nadväzujú, pričom kritériom prechodu na ďalšiu úroveň je zvládnutie predchádzajúcej úrovne. Terapia založená na týchto princípoch sa odporúča vtedy, ak dieťa daný zvuk tvorí nesprávnym spôsobom Kerekrétiová (2009). Cieľové zvuky sa vyberajú podľa nasledujúcich kritérií : • vývinovosť (poradie, v akom si deti bežne osvojujú zvuky daného jazyka), • stimulovateľnosť zvuku (ktoré vie napodobniť), • nekonzistentnosť produkovaného zvuku (ktorých artikulácia sa u konkrétneho dieťaťa mení), • zvuky, o ktorých má dieťa čo najviac znalostí (ktoré dokáže realizovať sluchovou cestou) Foneticky orientovaná terapia má niekoľko etáp : • etapa prípravná (súčasťou sú cvičenia motoriky, rytmizačné, koordinácia hovoridiel, hry zamerané na sluchovú a zrakovú pozornosť) • etapa vyvodzovania • etapa fixačná • etapa automatizácie
Fonologicky orientovaná terapia :
Cieľom je ovplyvniť fonologický systém dieťaťa a navodiť v ňom potrebnú zmenu. Zmena je systémová, ovplyvní nielen nacvičovaný zvuk, ale i zvuky, ktoré majú s týmto zvukom niečo spoločné, príp. vyvolať zmenu v celom systéme. Pracujeme na úrovni kognitívno - lingvistickej. Terapia je založená na detailnej analýze rečovej produkcie a je systematicky plánovaná, v popredí je stála zmena vlastností hlások, nie cvičenie jednotlivých hlások, pracujeme na rozšírení hláskových kontrastov v rámci zmysluplného komunikačného kontextu, dieťa sa aktívne podieľa na realizácii terapie. Cieľové zvuky sa vyberajú podľa nasledujúcich kritérií : • dieťa si ich v ontogenéze osvojuje neskôr, nepostupujeme podľa vývinového poradia • nestimulovateľnosť zvuku (dieťa ich nevie napodobniť) • zvuky sú konzistentne tvorené • dieťa má o nich málo alebo žiadne znalosti a v jeho fonologickom systéme sa vôbec nenachádzajú Cieľové zvuky vyberáme aj na základe predikcií.

Zásady pri uplatňovaní fonologickej terapie (Buntová, D., Gúthová, M., 2016):

- systematické plánovanie, detailná analýza rečovej produkcie
- stála zmena vlastností hlások v popredí, nie cvičenie jednotlivých hlások
- rozšírenie hláskových kontrastov v rámci zmysluplného komunikačného kontextu v popredí
- aktívna účasť dieťaťa na terapii, dobrá stimulácia k aktivite a príprava pomôcok podľa kritérií logopéda

Klinická otázka

Biologické a psychosociálne faktory majú kumulatívny negatívny charakter na vývinovú vulnerabilitu detí raného veku. Psychosociálne rizikové faktory sú prediktorom pretrvávania vývinových ťažkostí v oblasti vývinu reči a fonologických procesov.

Prognóza

"*Klinické skúsenosti ukazujú, že veľmi dobrú prognózu u detí predškolského veku, má včasné zahájenie terapie. U detí, ktoré hlásky artikulujú nesprávne, je dôležité zahájiť terapiu čo najskôr, pretože čím dlhšie si nesprávnu artikuláciu fixujú a automatizujú, tým dlhšie trvá jej korekcia. Naopak u detí, u ktorých sa všetky jazykové roviny rozvíjajú veku primerane a podľa typických vývinových míľnikov, môžeme so zahájením terapie počkať do veku štyroch rokov. Artikulácia dieťaťa by mala byť upravená už pred vstupom do základnej školy, najneskôr však do ukončenia prvého ročníka.*" (Kerekrétiová, 2012).

Dôležitá je vnútorná motivácia, najmä u detí predškolského veku. Pokiaľ dieťa napriek snahe rodičov nemá dostatočnú motiváciu a nespolupracuje pri terapii, je vhodné prehodnotiť situáciu, prípadne odložiť terapiu na vhodnejší čas. Motivácia sa mení v puberte, väčšinou sa zvyšuje úroveň motivácie v tomto období, najmä snahou o upútanie druhého pohlavia, tiež prechod zo základnej na strednú školu. U dospelých je silnou a nevyhnutnou motiváciou napr. štúdium na vysokej škole, postup v zamestnaní, reprezentatívna pozícia v zamestnaní, narodenie dieťaťa - takmer vždy zaručuje úspech Škodová, Jedlička (2007).

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Pacient s fonologickou poruchou je odoslaný všeobecným lekárom v prípade dospelej osoby alebo pediatrom, ak hovoríme o detskom pacientovi, ku klinickému logopédovi. V prípade nesprávnej výslovnosti hlások u dieťaťa už pred 4. rokom. V praxi sa stáva, že rodičia sami požiadajú pediatra o odoslanie na špecializované ambulantné logopedické vyšetrenie aj skôr, pred touto vekovou hranicou. Názor rodiča je považovaný za dostatočný marker na indikáciu vyšetrenia. Na základe vyšetrenia klinický logopéd stanoví logopedickú diagnózu a prognózu, poučí pacienta, v prípade detského pacienta zákonného zástupcu. Ak to klinický stav vyžaduje, odošle pacienta k ďalším ambulantným špecialistom, prípadne požiada o konziliárne vyšetrenie iných špecialistov (stomatológa, ortodonta, foniatra, ORL lekára, neurológa, psychiatra, psychológa, fyziatra, rehabilitačného pracovníka, klinického psychológa, atď.).

Klinickí logopédi sú absolventi špecializačnej skúšky v odbore klinická logopédia. Pracujú samostatne na základe licencie. Klinicko-logopedická starostlivosť je poskytovaná v štátnych a súkromných klinicko-logopedických ambulanciách, pri lôžkových oddeleniach foniatrických, pediatrických, psychiatrických, neurologických, rehabilitačných, v liečebniach pre dlhodobo chorých, na oddeleniach plastickej chirurgie, v ústavoch sociálnej starostlivosti, kúpeľoch; na špecializovaných pracoviskách (klinikách, JIS a pod.); v denných stacionároch pre deti i dospelých zriadených pri zdravotníckych zariadeniach (Kerekrétiová, 2012).

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup, ako uvádzame v dokumente, je možný alternatívny prístup. Tento má byť jasne zdokumentovaný a zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Úspešný manažment klinicko-logopedickej starostlivosti si vyžaduje klinického logopéda, ktorý je plnohodnotne oboznámený s náplňou súvsťažných medicínskych špecializácií spojených s realizáciou klinicko-logopedickej starostlivosti a jej organizáciou.

Tabuľka č. 19

Základné požiadavky - klinický logopéd
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA
odbornosť
praktická kompetencia a osobnostná kompetencia
technické zručnosti v procese diagnostikovania a terapie
schopnosť riešiť problém
časový manažment a spolupráca s inými odborníkmi
interpersonálna interakcia a komunikácia
vedecká podstata - liečba založená na vedeckých dôkazoch (Evidence Based Treatment)

Pri klinickom rozhodovaní a terapeutickom postupe má vychádzať z najnovších výskumov a vedeckého poznania, vlastných výskumov a praxe, klinických pokusov, ktoré sú precízne zdokumentované a systematicky zhodnotené z hľadiska ich vedecky dokázateľnej efektivity.

Tabuľka č. 20

Hodnotenie zo strany klientov a ich reakcia na použitú metódu, hodnotenie dosiahnutých výsledkov, skúsenosti a názory
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA
Špecializácia na určitú oblasť klinicko-logopedickej činnosti (profesionálne rady a výbory, zahraničné spoločnosti, oblasť legislatívy, kvalitná odborná príprava študentov, logopedické služby v praxi, vedeckí pracovníci v oblasti výskumu).
Manažment detí, adolescentov, dospelých - výskyt NKS v závislosti od veku, vývinu zdravotného stavu, diagnózy, zohľadňujúc kultúrne a jazykové špecifiká.
Tímová spolupráca v klinicko-logopedickom manažmente : medicínske, ošetrovateľské, nelekárske odbory. Rezort zdravotníctva.

Pri klinickom rozhodovaní a terapeutickom postupe vychádzať z najnovších výskumov a vedeckého poznania, vlastných výskumov a praxe, klinických pokusov, ktoré sú precízne zdokumentované a systematicky zhodnotené z hľadiska ich vedecky dokázateľnej efektivity (Kerekrétiová, 2012).

Alternatívne odporúčania

Poradenstvo chápe Kerekrétiová v zmysle „counseling“ ako cieľavedomé hľadanie riešenia problému prostredníctvom kooperatívneho poradenského procesu s cieľom zmeny postojov a správania. Sebapoznanie a skúsenosť. Poradenstvo ako „guidance“ chápané ako informačné poradenstvo, ovplyvňujúce myslenie a správanie jedinca formálnym i neformálnym spôsobom v procese edukácie prostredníctvom poskytovania informácií, rád, odporúčaní, distribuovania informačných materiálov (Kerekrétiová, 2012).

Psychologické a sociálne poradenstvo.

Špeciálny doplnok štandardu

V časti prílohy uvádzame tabuľky “**Prehľad slovenských spoluhlások**” (Liška), “**Záznamový hárok**” na vyšetrovanie výslovnosti hlások (Lechta), **postup pri diagnostike a terapii slovenských hlások** a **Test veľkosti jazyka, jazykovej uzdičky** autorky Júlie Papcovej.

V diagnostickom procese je dôležitý podrobný záznam o artikulácii jednotlivých hlások. Prehľad slovenských spoluhlások zostavil Liška (1972) prehľadne do tabuľky:

Prehľad slovenských spoluhlások (Podľa Lišku, 1972):

Tabuľka č. 21

Prehľad slovenských spoluhlások													
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA													
Podľa spôsobu tvorenia	Podľa miesta tvorenia												Podľa sluchového akustického dojmu
	Obojperné	Pernozubné	Medzizubné	Prízubové	Zubnoďasnové	Prednoďasnové	Zadnoďasnové	Tvrdopodnebné	Mäkkopodnebné	Čapíkové	Hltanové	Hrtanové	
	nz	nz	nz	nz	nz	nz	nz	nz	nz	nz	nz	nz	
záverové	pb				td			ťď	kg				výbuchové
polozáverové (záverovo-úžinové)	m	µ			n			ň	ŋ				rezonanty
						C3	čž						afrikáty polovýbucho-vé polosykav-ky
úžinové (polosamo-hlásky)						cz	šž						sykavky
		(w)	fv					j		x (γ)		h	trené
	Čiastoč-ná úžina						l		ľ				plynulé
	Prerušo-vaná úžina						r						hrčivé
Podľa artikulujúceho orgánu	perné												hlasivkové

Záznamový hárok

Štruktúra záznamového hárku zohľadňuje dve časti vyplývajúce z požiadaviek na osobnú dokumentáciu: stručnú administratívno–evidenčnú a funkčnú. Funkčná obsahuje vyčerpávajúce informácie o diagnostickom postupe, ktorý vyúsťuje do komplexného rozboru, konečnej diagnózy a záverečnej správy, epikrízy. Záznamový hárok je podkladom pre výpisy z dokumentačného materiálu pre odborné a úradné účely. Uchováva sa ako trvalý dokument a majetok pracoviska. Pre rečovú chybu sa používajú tri rozličné termíny: *na fonetickej úrovni sa hovorí o cieľovej hláske, na úrovni fonologickej o vzore a na vyššej úrovni o procese.* Prejavuje sa tým úsilie vyhnúť sa termínu chyba alebo porucha, pretože z hľadiska chronologického vývinu reči to nie je logické. Na fonetickej úrovni plne vyhovuje spoločný termín *príznak dyslálie* na úrovni fonetickej, fonologickej i kognitívno-lingvistickej. V hárku sa necháva priestor pre administratívno-evidenčnú a odbornú časť: anamnestickú, foneticko –

fonologickú a suprasegmentálnu, tiež priestor pre kvalitatívne a laboratórne výsledky, konziliárne vyšetrenia a ďalšiu inú dokumentáciu. Nasleduje diagnostický záver – konečná diagnóza so súhrnom charakteristických príznakov, výsledky analýzy a interpretácie, záverečná správa, epikríza.

Tabuľka č. 22a

Záznamový hárok

ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA

Hláska	Čiastkový koeficient	Lokalizácia v slove			Opis chyby												Fonologická analýza	Suprasegmentálne javy : dóraz, prízvuk, rytmus, melódia, tempo, prestávka
		začiatok	Stred	koniec	bilabiáln	labiodentálna	interdentálna	addentálna	laterálna	nazálna	aspirovaná	stridentná	palatálna	velárna	uvulárna	laryngálna	Eliminácia koncového konzonantu	
p	3,0																Eliminácia slabých slabík na začiatku, uprostred	Kvantitatívne vyšetrenia : koeficient dyslálie, koeficient správnej výslovnosti, koeficient obtiažnosti, percento správnych konzonantov
b	2,-																Simplifikácia zhluku konzonantov	Laboratórne výsledky &&&. Chromografia, sonagrafia...

Tabuľka č. 22b

Záznamový hárok																		
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA																		
Hláska	Čiastkový koeficient	Lokalizácia v slove			Opis chyby												Fonologická analýza	Suprasegmentálne javy : dôraz, prízvuk, rytmus, melódia, tempo, prestávka
		začiatok	Stred	koniec	bilabiáln	labiodentálna	interdentálna	addentálna	laterálna	nazálna	aspirovaná	stridentná	palatálna	velárna	uvulárna	laryngálna	Eliminácia koncového konzonantu	
m	3,6																reduplikácia	Organické nálezy : artikulačné orgány, motorika, sluch, zrak,...
f	0,3																epenthesis	Konziliárne vyšetrenia a iná dokumentácia
v	4,-																metathesis	
t	4,2																asimilácia velárna	
d	2,5																asimilácia nazálna	
n	3,5																asimilácia labiálna	
s	4,-																prevokalická znelosť neznelého konzonantu	

Tabuľka č. 22c

Záznamový hárok																		
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA																		
Hláska	Čiastkový koeficient	Lokalizácia v slove			Opis chyby												Fonologická analýza	Suprasegmentálne javy : dôraz, prízvuk, rytmus, melódia, tempo, prestávka
		začiatok	Stred	koniec	bilabiáln	labiodentálna	interdentálna	addentálna	laterálna	nazálna	aspirovaná	stridentná	palatálna	velárna	uvulárna	laryngálna	Eliminácia koncového konzonantu	
z	2,-																frontalizácia	
c	0,7																finalizácia	
dz	0,1																záverovanie	
š	1,4																afrikácia	
ž	1,3																skĺz likvíd	
č	1,4																vokalizácia	
dž	0,05																denazalizácia	
r	3,6																deafrikácia	
ŕ	0,2																glotálna náhrada	
l	3,3																Epikríza (záverečná správa)	Diagnóza - súhrn charakteristických príznakov : 1.eliminácia - mogilália
Í	0,05																	
ť	1,5																	
ď	1,3																	
ň	2,5																	

Tabuľka č. 22d

Záznamový hárok

ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
PORUCHY ZVUKU REČI - DYSLÁLIA

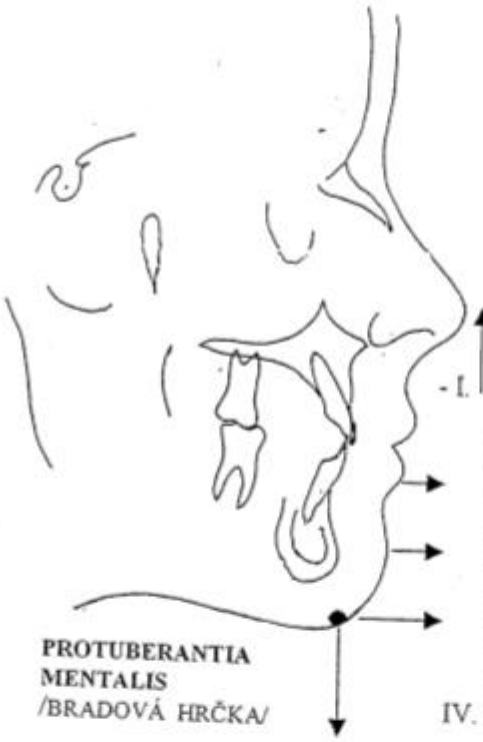
Hláska	Čiastkový koeficient	Lokalizácia v slove			Opis chyby												Fonologická analýza	Suprasegmentálne javy : dôraz, prízvuk, rytmus, melódia, tempo, prestávka
		začiatok	Stred	koniec	bilabiáln	labiodentálna	interdentálna	addentálna	laterálna	nazálna	aspirovaná	stridentná	palatálna	velárna	uvulárna	laryngálna	Eliminácia koncového konzonantu	
ľ	2,2																	**2.** substitúcia - paralália, **3.** distorzia - izmus, **4.** tétizmus, **5.** dyslália multiplex, **6.** parciálna dyslália : a) monomorfná, b) polymorfná, **7.** hlásková dyslália, **8.** kontextová dyslália : a) slbiková, b) slovná, **9.** orgánová dyslália, **10.** funkčná dyslália, **11.** nekonštantná dyslália, **12.** nekonzekventná dyslália
j	2,-																	
k	3,3																	
g	0,4																	
ch	0,8																	
h	1,9																	
a	10,3																	
ä	0,08																	
e	8,1																	
i	6,-																	
o	10,2																	
u	2,5																	
ia	0,4																	
ie	0,9																	
iu	0,05																	
ô	0,1																	

TEST VEĽKOSTI JAZYKA /TVJ/ - z hľadiska dĺžky

- **v pomere k veľkosti vlastnej sánky (mandibuly)**
- k anatomickej štruktúre jazyka
- k základným funkciám artikulačných orgánov, resp. životným funkciám – dýchanie



Po verbálnej a vizuálnej inštrukcii žiadame:
- pri pootvorených ústach
- maximálne vyplaziť jazyk
- smerom dole, k brade.



- I. anatomicky MENŠÍ JAZYK
MICROGLOSSIA

I. MALÝ JAZYK

II. PRIMERANÝ JAZYK

III. VEĽKÝ JAZYK

MACROGLOSSIA

IV. anatomicky VÄČŠÍ JAZYK

IV.+ ... -//-

PROTUBERANTIA MENTALIS /BRADOVÁ HRČKA/

/Dĺžku jazyka vyhodnocujeme VERTIKÁLNE – priložením pravouhlej pomôcky./

/PAPCOVÁ 2000/

Test jazykovej uzdičky / vyhodnotenie Ddg

STUPEŇ	FUNKČNÉ HODNOTENIE / Ddg	VYHODNOTENIE	
	JAZYK	ODPORÚČANÉ	ZÁVER
1. SPRÁVNE VYVINUTÁ JAZYKOVÁ UZDIČKA (frenulum linguae)	*výborne realizuje*: - maximálne vyplazenie vpred, v dolnom i hornom smere - plazivé až lízavé pohyby po dolnom i hornom zuboradí, perách, nad a pod perami - konkávne artikulačné polohy a antagonické konvexné pohyby. V klinickom obraze konček jazyka (apex linguae) vytvára „hrot".	• kontrolné ORL / FONIATRICKÉ vyšetrenie ⇒	neg. PRIAZNIVÁ PROGNÓZA
2. SPRÁVNE VYVINUTÁ JAZYKOVÁ UZDIČKA (frenulum linguae) s myofunkčnou nedostatočnosťou jazyka	*realizuje*: - pri maximálnom vyplazení vpred, v dolnom i hornom smere nevyrovnané testovacie pohyby - opakované plazivé až lízavé pohyby po dolnom i hornom zuboradí v nerovnomernom posune - oblizovanie vrchnej i spodnej pery, nad a pod perami, pomocou druhej pery... - problematicky konkávne artikulačné polohy a ich antagonické konvexné pohyby. V klinickom obraze konček jazyka (apex linguae) je zašpicatený, môže vytvoriť „hrot".	• kontrolné ORL / FONIATRICKÉ vyšetrenie ⇒ • KLINICKOLOGOPEDICKÁ INTERVECIA	neg. PRIAZNIVÁ PROGNÓZA
3. SKRÁTENÁ JAZYKOVÁ UZDIČKA (frenulum linguae accreta)	*realizuje problematicky pokusy*: - testovacích pohybov vyplazenia..., oblizovania... - nezrealizuje konkávnu retroflexnú artikulačnú polohu, resp. antagonickú konvexnú pozíciu! V klinickom obraze skrátenej jazykovej uzdičky má konček jazyka (apex linguae) náznak alebo tvar „srdiečka", absentuje tvar „hrotu" .	• ORL / FONIATRICKÉ vyšetrenie a ošetrenie /resp. chirurgický zákrok/ ⇒ • KLINICKOLOGOPEDICKÁ INTERVENCIA	Q 38.1 ANKYLOGOSIA pozit. stav korigovateľný ... PRIAZNIVÁ PROGNÓZA
4. PRIRASTENÝ JAZYK JAZYKOVOU UZDIČKOU (frenulum linguae breve)	*nedokáže realizovať*: - vyplazenie... - artikulačné konkávne a konvexné polohy jazyka. V klinickom obraze výrazne prirastený jazyk jazykovou uzdičkou. Konček jazyka (apex linguae) v tvare „srdiečka", telo jazyka (corpus linguae) v tvare „motýľa".	• ORL / FONIATRICKÉ vyšetrenie a ošetrenie /resp. chirurgický zákrok/ ⇒ • KLINICKOLOGOPEDICKÁ INTERVENCIA	Q 38.1 ANKYLOGOSIA pozit. stav korigovateľný ... PRIAZNIVÁ PROGNÓZA

© PaedDr. PAPCOVÁ J.

TVJ



VEĽKOSŤ /stupeň/	POPIS POLOHY JAZYKA	VYHODNOTENIE DĹŽKY JAZYKA	Možný KLINICKÝ OBRAZ →	Možná PROGNÓZA
--•↑	?	↑	?	↑
-I.	Jazyk dosahuje po peru, prípadne peru.	**MICROGLOSSIA** ↓ anatomicky MENŠÍ JAZYK v pomere k veľkosti vlastnej sánky	- **skrátená jazyková uzdička → TJU?! **** - nesprávna funkcia prehĺtania?! - štruktúra jazyka? - nesprávna funkcia dýchania? - nesprávna artikulácia?	stav **len regulovateľný**...
-I/I			***A/II ?! A/III? A/II - A/III?!	
I.	Jazyk dosahuje úroveň tesne pod okraj dolnej pery.	**NORMA** ↓ MALÝ JAZYK	- **skrátená jazyková uzdička → TJU?! **** - nesprávna funkcia prehĺtania? - štruktúra jazyka? - nesprávna funkcia dýchania? - nesprávna artikulácia?	stav **korigovateľný, až norma**
I/II			*** A/II? A/III? A/II – A/III?	
II.	Jazyk dosahuje strednú vzdialenosť medzi dolným okrajom dolnej pery a oblúkom sánky.	**NORMA** ↓ PRIMERANÝ JAZYK	- nesprávna funkcia prehĺtania? - štruktúra jazyka? - nesprávna funkcia dýchania? - nesprávna artikulácia?	stav **korigovateľný, až norma**
II/III			*** A/II? A/III? A/II – A/III?	
III.	Jazyk siaha po BRADOVÚ HRČKU.	**NORMA** ↓ VEĽKÝ JAZYK	- **nesprávna funkcia dýchania?!** - nesprávna funkcia prehĺtania? - štruktúra jazyka? - nesprávna artikulácia?	stav **korigovateľný , až norma**
III/IV			*** A/III? A/II? A/II – A/III?	
IV.	Jazyk presahuje BRADOVÚ HRČKU.	**MACROGLOSSIA** ↓ anatomicky VAČŠÍ JAZYK v pomere k veľkosti vlastnej sánky	- **nesprávna funkcia dýchania?!** - nesprávna funkcia prehĺtania? - štruktúra jazyka? - nesprávna artikulácia?	stav **len regulovateľný**...
IV/IV+			*** A/III? A/II? A/II – A/III?	
IV.+ •	-//-	-//-	-//-	-//-
+ + • ↓	↓	↓	↓	↓

/PAPCOVÁ 2000/

LEGENDA:
- • +;- dĺžka cca 0,5 cm
- ** TJU Test jazykovej uzdičky
- *** Anglova klasifikácia

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit a revízia v prípade vydania novej revízie MKCH.

Literatúra

ANTUŠEKOVÁ, A. 1989. Preventívna logopedická starostlivosť v predškolských zariadeniach. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1989. 130 s. ISBN 80-08-00022-8.

BÓNOVÁ, I. – SLANČOVÁ, D: Meranie fonologického vývinu reči. In: Logopaedica, 2005, č. VIII, s. 6 -13.

BUNTOVÁ, D.: Hodnotenie zrozumiteľnosti reči u detí. In: Logopaedica XVI. 2013, s. 49 – 54.

BUNTOVÁ, D.- CSÁPAIOVÁ, K. – HATALOVÁ, S. – CSÉFALVAY, Z.: Diagnostika zrozumiteľnosti reči u slovenských detí vo veku 55-60 mesiacov. In: Logopaedica XX. 2018. s. 20-25.

BUNTOVÁ, D. – BARTOŠOVÁ, D. – DOSKOČILOVÁ, S.: Východiská diferenciálnej diagnostiky fonologických porúch. In: Logopaedica XX. 2017. s. 1 – 9.

DLOUHÁ, O. a kol.: Poruchy vývoje řeči. 2017. Praha: Galén, 2017. 254 s. ISBN 978-80-7492-314-2.

DVONČOVÁ, J. – NÁDVORNÍKOVÁ, V.: Diagnostika a odatraňovanie dyslálie. Bratislava: SPN, 1983.

HORŇÁKOVÁ, K. – KAPÁLKOVÁ, S. – MIKULAJOVÁ, M. 2005. Kniha o detskej reči. Bratislava: Slniečko, 2005. 155 s. ISBN 80-969-074-3-3.

HRNČIAROVÁ, A.: Afázia diagnostika, klasifikácia, terapia. Bratislava: Kalligram, 2010. 176 s. ISBN 978-80-8101-334-8.

KAPALKOVÁ, S. a kol. 2010. Hodnotenie komunikačných schopností v ranom veku. Bratislava: Slovenská asociácia logopédov, 2010. 110 s. ISBN 978-80-89113-83-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. 2016. Logopedická propedeutika. Bratislava: Univerzita Komenského. Vydavateľstvo UK, 2012. 234 s. ISBN 978-80-223-4164-6.

KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol.: Logopédia. Vydala Univerzita Komenského v Bratislave vo Vydavateľstve UK, 2016. 342 s. ISBN 978-80-223-4165-3.

KLENKOVÁ, J. 2006. Logopedie. 1. Vyd. Praha: Grada. 2006. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2.

KRAHULCOVÁ, B.: Dyslalie. 1. Vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 80-88932-18-1.

KŘIVOHLAVÝ, J. - MAREŠ. J. 1990. Sociální a pedagogická komunikace ve škole. 1. Vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. 164 s. ISBN 80-04-21854-7.

KUTÁLKOVÁ, D. 2005. Vývoj dětské řeči krok za krokem. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1026-9.

LECHTA, V. 2008. Symptomatické poruchy řeči u detí. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 192 s. ISBN 978-80-7367-433-5.

LECHTA, V. 2010. Základy inkluzivní pedagogiky: Dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 440 s. ISBN 978-80-7367-679-7.

LECHTA,V. 2000. Symptomatické poruchy reči u detí. 2. vydanie. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2000. 280 s. ISBN 80-223-1395-5.

LECHTA,V. a kol. 2002. Terapia narušenej komunikačnej schopnosti. Martin: Osveta, 2002. 270 s. ISBN 80-8063-092-5.

LECHTA,V. a kol. 2009. Východiská a perspektívy inkluzívnej pedagogiky. Martin: Osveta, 2009. 128 s. ISBN 80-8063-303-5.

LECHTA,V. a kol. 1990. Logopedické repetitórium. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické, 1990. s. 278. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA,V. a kol. 1995. Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti.Martin:1995. 267 s. ISBN 80-88824-18-4.

LECHTA, V. 2012. Inkluzívna edukácia ako multidimenzionálny výchovný problém. 2. vyd. Bratislava: Iris, 2012. 233 s. ISBN 978-80-89256-82-2.
MARKOVÁ, J. – GÚTHOVÁ, M.: Fonologické procesy v detskom veku. In: Lechta, V. a kol.: Logopaedica VIII. Bratislava: Liečreh Gúth, 2005, s. 60 – 69. ISBN 80-88932-18-1.
MIKULAJOVÁ, M. - RAFAJDUSOVÁ, I. 1993. Vývinová dysfázia : Špecificky narušený vývin reči. 1. vyd. Bratislava: Dialóg, 1993. 288 s. ISBN 80-900445-0-6.
NÁDVORNÍKOVÁ, V.: Diagnostika dyslálie. In: Lechta, V. a kol.: Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995, s. 122 – 146. ISBN 80 888024-18-4.
NEUBAUER, K. 2011. Artikulace a fonologické rozlišování hlásek. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2011. 63 s. ISBN 978-80-7311-118-2.
NEUBAUER, K.: Speech Language Therapy and neurogenic Disorders of Communication. 2016.Univerzita Hradec Králové: Mervart, 2016. 128 s. ISBN 978-80-7465-194-6.
NEUBAUER, K. – DOBIAS, S.: Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie. 2014. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 348 s. ISBN978-80-7435-518-9.
NEUBAUER, K. a kol. 2017. Žáci s poruchami učení e řečové komunikace v programu základní školy. Univerzita Hradec Králové: Pedagogická fakulta, 2017. 114 s. ISBN 978-80-7465-261-5.
OSTATNÍKOVÁ, D. 2003. Anatómia, fyziológia a patofyziológia reči. 1. vyd. Bratislava: ASKLEPIOS, 2003. 107 s. ISBN 80-7167-046-4.
OYER, H. J. – CROWE, B. HAAS, W. H.: Articulation and Phonological Disorders. In: Speech, language & hearing disorders. Toronto: A College-Hill Publication, Little, Brown and Company, 1987, s. 25 – 53. ISBN 0-316-67735-3.
SALOMONOVÁ, A.: Dyslalie. In: Škodová, E. – Jedlička, I. a kol.: Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003, s. 332 – 355. ISBN 80-7178-546-6.
SOVÁK, M. a kol.: Logopedie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.
ŠKODOVÁ, E. - JEDLIČKA, I. 2007. Klinická logopedie. 2. Vyd. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
ALEXANDROVÁ, G. 2001. Spolupráca čeľustného ortopéda s logopédom. In Logopaedica IV. Bratislava: LIEČREH, 2001. ISBN 80-88932-07-06, 73-76.
GÚTHOVÁ, M. – CEHUĽOVÁ, Ľ. 2001. Hodnotenie oromotoriky u detí v preškolskom veku. In Logopaedica IV. Bratislava: LIEČREH, 2001. ISBN 80-88932-07-06, 82-87.
GÚTHOVÁ, M. – ŠEBIANOVÁ, D.: Terapie dyslálie. In: Lechta, V. a kol.: Terapia narušenej komunikačnej schopnosti. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2002, s. 119 – 143. ISBN 80-8063 092 5.
KRATOCHVÍL, R: Vady reči. Bratislava, Nakladateľstvo Akademia Bratislava, 1924.
LECHTA, V. a kol. 1996. Logopédia ako veda, odbor, poslanie, riziko i šanca. In Logopaedica I. Bratislava: LIEČREH, 1996. ISBN 80-967-383-3-X, 5-11.
RUSSEL, J. LOVE, WANDA G. WEBB, Mozek a řeč. Vydání první, Praha 2009, 376 s. Portál. ISBN 978-80-7367-464-9.
SLANČOVÁ, D. 2002. Reč orientovaná na dieťa (o niektorých aspektoch a výsledkoch jej výskumu). In Logopaedica V. Bratislava: LIEČREH, 2002. ISBN 80-88932-10-6, 91-101.
SLANČOVÁ, D.: Desať štúdií o detskej reči. 2018. Bratislava: Veda, vydavateľstvo &slovenskej akadémie vied, 2018. 687 s. ISBN 978-80-224-1638-2.
VITÁSKOVÁ, K. – PEUTELSCHMIEDOVÁ, A.: Logopedie. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
WARNING, R. – KNIGHT, R.: How should children with speech sound disorders be classified? A review and critical evaluation of current classification systems. In International Journal of Language & Communication Disorders, roč. 48, č. 1, 2012, s. 25 - 40.

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Poruchy prehĺtania - dysfágia

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0067	*10. decembra 2019*	*schválené*	*15. január 2020*

Autori

PaedDr. Barbora Bunová, PhD.; Mgr. Marianna Piovárová

Členovia odbornej pracovnej skupiny:
PhDr. Anna Hrnčiarová,CSc., PaedDr. Mária Masárová, Mgr. Zuzana Moškurjaková, PhDr. Anna Paluková, Mgr. Miroslava Petrík, PaedDr. Mária Šišková, PhDr. Ľubomíra Štenclová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu
Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike
Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA
Recenzenti
členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD., MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA
Technická a administratívna podpora
Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková
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

Dysfágia u dospelých, detská dysfágia, aspirácia, malnutrícia, dehydratácia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ALS	Amyotrofická laterálna skleróza
CMP	cievna mozgová príhoda
DMO	detská mozgová príhoda
FEES	flexibilné endoskopické vyšetrenie prehĺtania
GER	gastroezofageálny reflux
ICF	(angl.International Classification of Functioning, Disability and Health) – Medzinárodná klasifikácia funkčnosti, zdravotného postihnutia a zdravia
NGS	nazogastrická sonda
PEG	perkutánna endoskopická gastrostomia
SM	skleróza multiplex
VFSS	videofluoroskopia, rtg. vyšetrenie prehĺtania
WHO	(angl. World Health Organization)- Svetová zdravotnícka organizácia

Hodnotenie váhy dôkazov:
Ia: metaanalýzy alebo systematické prehľady randomizovaných kontrolovaných klinických štúdií
Ib: aspoň jedna randomizovaná klinická kontrolovaná štúdia
IIa: aspoň jedna kontrolovaná štúdia bez randomizácie
IIb: aspoň jedna štúdia iného typu, napr. kvazi-experimentálna, bez randomizácie
III: deskriptívne štúdie, ako napr. komparatívne, korelačné a kazuistiky
IV: odborné odporúčania, názory a klinické skúsenosti rešpektovaných autorít

Kompetencie

Tento štandard podáva informácie o dysfágiách u dospelých a detských pacientov zo strany klinického logopéda, rozoberá klinicko-logopedickú diagnostiku a behaviorálnu klinicko-logopedickú liečbu dysfágie všeobecne, t. j. u dospelého a u detského pacienta v ústavných a ambulantných zdravotníckych zariadeniach. V ústavných zdravotníckych zariadeniach sa ku klinickému logopédovi dostane pacient s dysfágiou na základe vyžiadania klinicko-logopedického konzília ošetrujúcim lekárom pacienta. Do ambulancie klinickej logopédie sa dospelý a detský pacient s dysfágiou dostane len na základe výmenného lístka od lekára príslušnej špecializácie.

Zdravotnú starostlivosť detským a dospelým pacientom s dysfágiou v zahraničí poskytujú dysfagiologické tímy, ktorých členmi sú zvyčajne lekári rôznych špecializácií, klinický logopéd so špecializáciou z dysfagiológie, liečebný pedagóg, klinický psychológ, fyzioterapeut, nutričný poradca. Na Slovensku sa ešte len začínajú etablovať dysfagiologické tímy v ústavných a ambulantných podmienkach. Ich členmi sú zvyčajne: lekár so špecializáciou ORL, lekár so špecializáciou rádiológia, lekár so špecializáciou gastroenterológia a detská gastroenterológia, lekár so špecializáciou neurológia, detská neurológia, zdravotná sestra, klinický psychológ a klinický logopéd (špeciálne vyškolený v oblasti dysfágiológie. Klinický logopéd je logopéd s ukončeným jednoodborovým pregraduálnym päťročným štúdiom logopédie a ukončeným postgraduálnym štúdiom v odbore klinická logopédia formou špecializačnej skúšky z klinickej logopédie).
"Klinický logopéd má v dysfagiologickom tíme kľúčovú úlohu tak pri diagnostike, ako aj liečbe dysfágie"(ASHA,2019a). Klinicko-logopedická diagnostika je zameraná na zistenie druhu a stupňa dysfágie a klinicko-logopedická liečba sa zameriava na zabezpečenie takého príjmu potravy u detského a dospelého pacienta, ktorý nepoškodzuje jeho zdravie. Zároveň klinický logopéd poskytuje

poradenstvo pre pacienta a jeho rodinných príslušníkov. Zo strany sociálneho zabezpečenia pacientovi s dysfágiou, resp. jeho rodinným príslušníkom, poskytuje poradenstvo sociálny pracovník.

Úvod

Podľa ICF 2017 je prehĺtanie „funkcia, pri ktorej sa primeranou rýchlosťou čistí ústna dutina, hltan a pažerák od jedla, tekutín a slín“ (WHO,2019).

Poruchy prehĺtania zaraďujeme medzi symptómy, týkajúce sa horného gastrointestinálneho traktu a v Medzinárodnej klasifikácii chorôb 11 (WHO,2019) sú zaradené pod kódom MD 93 ako dysfágia.

ASHA(2019a) pod pojmom dysfágia u dospelých pacientov rozumie poruchu prehĺtania, týkajúcu sa ktorejkoľvek fázy priebehu prehĺtania a podľa toho rozlišuje orofaryngeálnu alebo ezofageálnu dysfágiu. Pod pojmom detská dysfágia rozumie tak poruchu prehĺtania ako aj poruchy príjmu potravy.

Červenková (2017) definuje poruchy príjmu potravy u detí „ v širšom slova zmysle ako funkčné poruchy“, čo podľa nás nevystihuje podstatu ochorenia . Príjem potravy je komplexný proces,
ktorý spočíva v interakcii centrálneho a periférneho nervového systému, orofaryngových mechanizmov, kardiopulmonálneho a gastrointestinálneho systému, s podporou kraniofaciálnych
štruktúr a muskuloskeletálneho systému.U dieťaťa ho ovplyvňuje nielen jeho zdravotný stav, ale aj vývinové štádium . U detí s poruchami príjmu potravy ide z hľadiska príznakov nielen o vyberavosť, čiastočné alebo úplné odmietanie jedla, ale aj o ťažkosti so saním, hltaním alebo žuvaním, vracanie, koliky, sťažený prechod na novú konzistenciu alebo štruktúru, neschopnosť samostatne jesť,
záchvaty zlosti alebo iné poruchy správania sa pri jedle, prežúvanie.

Vzhľadom na vyššie uvedenú multifaktoriálnosť pri pojme poruchy príjmu potravy u detí, odporúčame definíciu Svetovej zdravotníckej organizácie , ktorá hovorí o poruchách príjmu potravy u detí ako o poruchách orálneho príjmu, ktoré nie sú primerané veku a sú spojené s medicínskymi, nutričnými príčinami, problémami s kŕmením a/alebo psychosociálnou dysfunkciou(Goday,2019)

Dysfágie veľmi často vznikajú v dôsledku iných primárnych ochorení a veľakrát majú multifaktoriálnu etiológiu (Tedla , 2018). Postihujú tak deti ako aj dospelých pacientov. Rizikovými skupinami u dospelých pacientov sú pacienti s neurologickými alebo neurodegeneratívnymi ochoreniami, pacienti po operáciách nádorov hlavy a krku a skupina seniorov nad 65 rokov (Ortega, 2014). Rizikovými skupinami u detí sú predovšetkým deti s neurologickými poruchami, vrodenými vývinovými ochoreniami, genetickými chorobami, kraniofaciálnymi anomáliami, ale aj respiračnými, metabolickými a kardiovaskulárnymi ochoreniami (Arvedson, 2002, Biber, 2012, Frey,2011).

Štandard podáva všeobecné, základné informácie o dysfágii a o klinicko-logopedickej diagnostike a klinicko-logopedickej, behaviorálnej liečbe dysfágie rôznej etiológie u pacientov všetkých vekových kategórií. Uvedená klinickologopedická diagnostika a liečba je súčasťou postupu multidisciplinárneho dysfagiologického tímu, ktorý tvoria odborníci medicínskych a nemedicínskych odborov(Clavé,2015)

Poskytnutie kvalitnej klinicko-logopedickej starostlivosti pomáha eliminovať/odstrániť symptómy dysfágie u dospelého alebo detského pacienta, čím pomáha predchádzať sekundárnym následkom dysfágie. Dysfágia prináša so sebou nielen dehydratáciu a malnutríciu, ale v dôsledku aspirácie aj aspiračnú pneumóniu, chronický zápal pľúc, celkové zhoršenie zdravotného stavu až dokonca smrť (Martino, 2005).

Poruchy prehĺtania a príjmu potravy u detí sú spojené s vážnymi dlhodobými zdravotnými dôsledkami a môžu mať vplyv na oneskorovanie sa celkového psychomotorického vývinu dieťaťa, vrátane vývinu reči a jazykového systému (Bunová,2018).

Prevencia

Tabuľka č. 1

Prevencia dysfágie	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY PREHĽTANIA, DYSFÁGIA
Primárna prevencia	Primárna prevencia dysfágie je spojená s prevenciou ochorení, pri ktorých sa vyskytuje. Mnohým z týchto ochorení sa nedá predchádzať a preto je nevyhnutná včasná diagnostika a následná liečba dysfágie. V rámci primárnej prevencie je úlohou klinických logopédov šírenie osvety o tejto diagnóze, ako aj o symptómoch, ktoré ju sprevádzajú.
Sekundárna prevencia	Včasný skríning pacientov s identifikovaným alebo potenciálnym rizikom dysfágie.
Terciárna prevencia	Cieľom je zabrániť : - zhoršovaniu klinického obrazu pri dysfágii a teda aj zhoršovaniu celkového zdravotného stavu pacienta - vzniku nežiadúcich psycho-sociálnych následkov

Poznámka: O´Neill,1999

Epidemiológia

V dôsledku toho, že dysfágia má multifaktoriálnu etiológiu, nie je možné presne určiť incidenciu pri jednotlivých ochoreniach. Aj napriek tomu existuje mnoho štúdií zaoberajúcich sa výskytom dysfágie u detí a dospelých.

Incidencia a prevalencia detskej dysfágie

Predpokladá sa, že zvýšená incidencia a prevalencia detí s poruchami príjmu potravy a prehĺtania je pravdepodobne následkom pokrokov v oblasti medicíny (napr. schopnosť zachrániť extrémne nezrelé deti alebo deti s extrémne nízkou pôrodnou hmotnosťou, ktoré vykazujú vyššie riziko komplikácií ich zdravotného stavu) (Bunová, 2018).

U detí sa najčastejšie vyskytuje dysfágia v skupine detí s neurologickými ochoreniami, hlavne u detí s DMO, u ktorých výskyt dysfágie variuje podľa stupňa DMO od 57-92%.

U detí so zaostávaním vo vývine alebo chronickými ochoreniami sa vyskytuje dysfágia od 33-80% (Lefton-Greif, 2018).

Incidencia a prevalencia dysfágie u dospelých

Najviac ohrození poruchami prehĺtania sú tri skupiny pacientov (Ortega, 2014; Clavé, 2015):

- pacienti s neurologickými alebo neurodegeneratívnymi ochoreniami
- pacienti po operáciách nádorov hlavy a krku
- seniori

Výskyt dysfágie u seniorov vo veku ≥ 65 rokov sa pohybuje v rozmedzí 30-40%. Prevalencia dysfágie je vyššia u seniorov s neurodegeneratívnymi ochoreniami (80% u pacientov s Alzheimerovou chorobou a 60% u pacientov s Parkinsonovou chorobou) a súvisí s vekom, slabosťou a svalovými, endokrinnými alebo psychickými chorobami (Ekberg, 2002). Z neurologických ochorení, pri ktorých je dysfágia sprievodným symptómom, sa najčastejšie vyskytuje pri CMP. U týchto pacientov sa v akútnom štádiu ochorenia približne v 50 % prípadov prejavujú symptómy dysfágie (Martino, 2005). Výskyt dysfágie

u pacientov po operáciach nádorov v oblasti ústnej dutiny a krku sa pohybuje rozmedzí od 15- 44%. (Lazarus, 2009)

Patofyziológia

Proces prehĺtania vyžaduje správnu koordináciu funkcie ústnej dutiny, hltana, hrtana a pažeráka. Fyziologické procesy žuvania a prehĺtania vyžadujú integráciu pohybu mimického a žuvacieho svalstva, svalov jazyka, mäkkého podnebia a svalov hltana v koordinácii s činnosťou hrtanového svalstva a kontroly dýchania. Prehĺtanie je komplexný a dobre koordinovaný proces, ktorý si vyžaduje presnú interakciu medzi niekoľkými oblasťami centrálneho nervového systému, senzorickými a motorickými nervami a periférnymi receptormi tlaku, teploty, chemických stimulov a vody (Logemann, 1998).

Tabuľka č. 2

Príčiny detskej dysfágie	
Standardné postupy — ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY PREHĽTANIA, DYSFÁGIA	
Neurologické ochorenia	DMO, traumy mozgu, meningitídy
Vrodené kardiovaskulárne ochorenia	kongenitálne choroby srdca
Respiračné ochorenia	chronická obštrukčná choroba pľúc
Genetické syndrómy	Downov syndróm, Charge syndróm
Gastroenterologické ochorenia	artrézia, stenóza pažeráka, GER
Senzorické problémy	hyposenzitivita, hypersenztivita v ústnej dutine
Predčasné narodenie, nízka pôrodná hmotnosť	
Socio-emocionálne príčiny	anxieta, porušený vzťah matka-dieťa

Poznámka: Arvedson, 2002, 2010

Tabuľka č. 3

Príčiny dysfágie u dospelých	
Neurologické ochorenia	CMP, tumory, úrazy mozgu, ALS, SM, Parkinsonova choroba, demencie, muskulárna dystrofia, myasténia gravis
Kongenitálne choroby	vývinové anomálie (rázštepy, tracheoezofageálne fistuly)
Zápalové a systémové choroby	polymyotis, reumatoidná artitická sklerodermia
Onkologické ochorenia v oblasti ústnej dutiny, v oblasti hrtana a hltana	postoperačné a rádiologické následky
Traumy v oblasti orofaciálneho a laryngo-faryngeálneho priestoru	perforačné poranenia, cudzie teleso v oblasti orofaryngu, ezofágu
Ochorenia krčnej chrbtice	cervikálne osteofyty, zmeny čeľustného kĺbu
Geriatrický syndróm	fyziologické zmeny po 65 roku života

Poznámka: Bartolome, 2006; Clavé, 2015

Klasifikácia

Prehĺtanie u detí a dospelých je odlišné a to nielen v dôsledku rôznych anatomických pomerov. U detskej populácie zohráva svoju úlohu aj prebiehajúci vývin orgánov zúčastňujúcich sa na prehĺtaní. Preto aj klasifikácia , diagnostika a liečba sa sčasti odlišuje. Dysfágie všeobecne môžeme rozdeliť z viacerých hľadísk (Tedla, 2018):

Tabuľka č. 4

Delenie dysfágie	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY PREHĹTANIA, DYSFÁGIA	
Z hľadiska ontogenézy	- vrodené - získané
Z hľadiska riadenia a exekúcie priebehu prehĺtania	- neurogénne - štrukturálne - zmiešané
Z hľadiska morfologickej integrity orgánov	- anatomicky podmienené - funkčné
Z časového hľadiska	- akútne - chronické
Z hľadiska lokalizácie	- orofaryngeálne (preezofageálne) - pažerákové (ezofageálne) - postezofageálne (ezofagogastrické) - paraezofageálne (extrinsic dysphagia)
Z hľadiska etiológie vzniku	- zápalové - traumatické - iatrogénne - kongenitálne - autoimunitné - metabolické - ostatné

Poznámka: Tedla, 2018

Uvedená klasifikácia neberie do úvahy vývin prehĺtacieho procesu, ktorého poruchy sú súčasťou klasifikácie detskej dysfágie. Dysfágia u detí vzniká vždy v dôsledku poruchy alebo ochorenia, ktoré buď priamo alebo nepriamo postihuje orofaryngeálnu alebo ezofageálnu oblasť alebo vplyvom iného zdravotného problému sa u dieťaťa prehĺtanie alebo príjem potravy nevyvíja normálne. Preto Arvedson (2002, 2008, 2010) a ASHA(2019b) pod pojmom detská dysfágia rozumie:

- poruchy prehĺtania (swallow disorders), ktoré sa týkajú porúch fáz prehĺtania
- a / alebo behaviorálne a senzorické poruchy príjmu potravy (feeding problems), kde nie sú porušené fázy prehĺtania, ale dieťa neprešlo fázami vývinu nadobúdania orálnomotorických zručností a schopností v dôsledku dlhodobého nonorálneho príjmu potravy alebo v dôsledku zotrvávania na určitom stupni vývinu príjmu potravy (napr.neprechádza do štádia odhryzávania, žuvania tuhej konzistencie, odmieta určitú konzistenciu, prijíma len určitý typ stravy)

Vedrödyová (2016) delí detskú dysfágiu na:

- vývinovú (narušený vývin prehĺtania)
- a dysfágiu spôsobenú ochorením, ktoré priamo alebo nepriamo ovplyvňuje posun sústa.

Tabuľka č. 5

Vývinová dysfágia a dysfágia z porušeného posunu sústa	
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY PREHĹTANIA, DYSFÁGIA	
Príčiny dysfágie z porušeného posunu sústa	**Príčiny vývinovej dysfágie**
Neurologické ochorenia : nedonosenosť, mozgové traumy, nádory mozgu, DMO, Arnold-Chiariho syndróm	Behaviorálne poruchy : odmietanie potravy, fóbie, depresia, nadmerné prežúvanie
Štrukturálne alterácie : rázštep podnebia, Pierre-Robinov syndróm, tvárová hypoplázia (Apert syndróm, Crouzon syndróm	Nedostatočná skúsenosť s orálnym príjmom potravy
Gastrointestinálne ochorenia : eozinofilná ezofagitída, gastroezofageálny reflux	Bruxizmus, malooklúzie
Respiračné ochorenia : Bronchopulmonálna dysplázia, tracheostómia, bronchospazmy, respiračné infekcie, umelá pľúcna ventilácia	Absencia skúsenosti s orálnym príjmom potravy
Kardiálne ochorenia : ochorenia srdca, zlyhanie srdca	Mentálna retardácia

Poznámka: Vedrödyová, 2016

Klinický obraz

Príjem potravy je komplexným procesom, na ktorom sa zúčastňujú centrálny a periférny nervový systém, neuromuskulárne systémy, svalový, kardiovaskulárny, respiračný, gastrointestinálny systém ako aj kognitívne schopnosti a momentálne psychické rozpoloženie jedinca. Všetky tieto systémy sú vzájomne recipročne prepojené. Akonáhle nastáva problém v jednom systéme, nastáva problém aj v inom systéme. Je to práve variabilita príčin, ktorá spôsobuje, že klinický obraz porúch prehĺtania je u každého jedinca iný, typický pre daného jedinca. Pri posudzovaní klinického obrazu je vždy dôležité brať do úvahy všetky znaky a symptómy dysfágie, nielen niektoré z nich. Najčastejšou príčinou aspiračnej pneumónie, ktorá vzniká vdýchnutím orofaryngeálneho obsahu, je práve dysfágia. Mortalita pri aspiračnej pneumónii je až 25% u hospitalizovaných pacientov. Včasná detekcia dysfágie znižuje riziko aspirácie, malnutrície a dehydratácie tak detského ako aj dospelého pacienta. Naviac jedenie a pitie je sociálna a kultúrna činnosť, ktorá má spoločenskú úlohu a môže nám dať pocit uspokojenia a akékoľvek narušenie v tomto procese má vplyv nielen na zdravie, ale aj na celkovú kvalitu života pacienta s dysfágiou (Ortega, 2014).

Symptómy detskej dysfágie

Porucha prehĺtania alebo príjmu potravy v ranom veku dieťaťa nie je vždy zjavná. Čím je dieťa mladšie, tým ťažšie rodičia identifikujú jeho problémy s prehĺtaním alebo príjmom potravy. Zhoršené prehĺtanie sa prejavuje slinením, neprimeranými zvukmi z hltana a kašľaním až dusením. Pri prechode dieťaťa na orálny príjem je potrebné sledovať všetky príznaky stresu, ku ktorým patrí zmena farby dojčaťa, zmena správania, dýchania a zmeny svalového napätia. **Symptómy, ktoré upozorňujú na riziko dysfágie u detí rozdeľuje Antalová,(2018) na priame a nepriame.**

Tabuľka č. 6

Symptómy detskej dysfágie	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY PREHĽTANIA, DYSFÁGIA
Novorodenec a dojča	
Priame varovné signály	Nepriame varovné signály
- absentujúce orálne reflexy - narušená koordinácia dýchania, cicania a prehĺtania - slabé, nekoordinované cicanie - oneskorenie prehĺtacieho reflexu - zvracanie počas jedla, alebo po dojedení - počas cicania prítomnosť nazálnej penetrácie - prítomnosť kašľa počas jedenia	- apnoické pauzy - spomalenie tepovej frekvencie - zrýchlenie dychovej frekvencie - odmietanie potravy - dlhá doba kŕmenia, počas ktorého je dieťa nepokojné - prerušované cicanie s častými nádychmi - obštrukcia hlienu - na vegetatívnej úrovni môžu byť zmeny v sfarbení pokožky domodra či slzy v očiach
Batoľatá a staršie deti	
Priame varovné signály	Nepriame varovné signály
- oneskorený alebo abnormálny (patologický, narušený) vývin pohybov oromotorického systému - narušené oromotorické a senzomotorické schopnosti (nevyspelé hryzenie a žuvanie, nedokonalý posun bolusu) - počas kŕmenia a prehĺtania má dieťa nezvyčajné postavenie hlavy a krku (nesprávne držanie tela) - hlasové zmeny po prehltnutí - oslabený vôľový kašeľ - kašľanie alebo dusenie počas alebo po jedle - reflux - nevysvetliteľný úbytok hmotnosti - výrazne skrátená jazyková uzdička - vypadávanie potravy z úst - hypersalivácia - erovnomerný, narušený, abnormálny svalový tonus	- nechutenstvo - bolesť brucha - časté infekcie dýchacích ciest - bolesti na hrudníku - zapáchajúci dych - abnormálne správanie počas jedla - čas jedenia je dlhší ako 30 minút - nedokonalé, nevyspelé hryzenie a žuvanie - nedokonalý posun bolusu - pomalé jedenie - pocit lepenia potravín v krku alebo nepohodlie pri prehĺtaní - strata chuti do jedla - odmietnutie jesť určité konzistencie potravín

Symptómy dysfágie u dospelých

Vysoko komplexný fyziologický priebeh prehĺtania funguje normálne bez ťažkostí. Avšak pri dysfunkcii čo i len jedného z orgánov, zúčastňujúcich sa na prehltávaní, dochádza k poruche priebehu prehĺtania. Porucha jednej fázy prehĺtania negatívne ovplyvní aj ostatné fázy prehĺtania. **Symptómy dysfágie u dospelých v dôsledku poruchy orálnej alebo faryngeálnej fázy prehĺtania sú (Bartolome, 2006):**

- **Leaking**: prienik sústa rôznej konzistencie z nosa
- **Drooling**: vypadávanie sústa rôznej konzistencie z úst, poškodenie senzitivity v ústnej dutine
- **Zvyšky potravy** v ústach po prehltnutí

- **Pocit cudzieho telesa** v „hrdle“
- **Vlhký alebo bublinkový hlas** počas alebo po prehltnutí
- **Kašeľ** počas alebo hneď po prehltnutí
- **Problémy s koordináciou dýchania a prehĺtania**
- **Opakovaná aspiračná pneumónia** / respiračná infekcia a / alebo horúčka
- **Mimoriadne úsilie** alebo čas potrebný na žuvanie alebo prehĺtanie
- **Zmeny stravovacích návykov**, vyhýbanie sa určitým potravinám / nápojom
- **Úbytok hmotnosti alebo dehydratácia** z nedostatku stravovania

Diagnostika

Klinická otázka č.1:

Ak by pacientom s dysfágiou (P) bola poskytnutá interdisciplinárna diagnostika metódami na dôkazoch založenými, (I), zefektívnil by sa diagnostický proces ako aj nákladová efektivita (C) v porovnaní s pacientmi, u ktorých by sa na diagnostike nepodieľal tím odborníkov (O)? (Ginnis Mc.,2019) (váha dôkazov na úrovni IV)

Klinická otázka č.2:

Ak by boli pacienti s podozrením na dysfágiu (P) vyšetrení obidvoma typmi prístrojového vyšetrenia - VFSS a FESS (I), získali by sa u nich podrobnejšie informácie o poškodení procesu prehĺtania (C), než u pacientov, ktorí by boli vyšetrení len jedným z uvedených prístrojových vyšetrení(O)? (Fattori, 2016) (váha dôkazov na úrovni II)

Diagnostika a liečba dospelých a detských pacientov s dysfágiou je súčasťou postupu multidisciplinárneho dysfagiologického tímu, ktorý tvoria odborníci medicínskych a nemedicínskych odborov(Clavé,2015). Klinickologopedická diagnostika a liečba je jej súčasťou.

Postup určenia diagnózy

Klinicko-logopedická diagnostika detskej dysfágie

Vzhľadom na závažnosť a zložitosť porúch a ochorení v populácii detí s poruchami prehĺtania a príjmu potravy , je potrebný tímový prístup (Arvedson, 2008). Orofaryngeálna dysfágia by sa mala zvážiť v diferenciálnej diagnóze každého dieťaťa, u ktorého sa objavujú nejasné respiračné komplikácie. V štúdii detí bez známych rizikových faktorov dysfágie, ktoré mali nejasné respiračné problémy, takmer u 60% z nich bola dokázaná tichá aspirácia. Výrazné akútne aspirácie alebo chronická aspirácia aj malých objemov tekutín alebo potravín, môže viesť k výraznej respiračnej morbidite a niekedy aj k smrti u pediatrických pacientov (Lefton-Greif, 2006).

Ťažisko poskytovania klinicko-logopedickej diagnostiky a behaviorálnej liečby sa posúva čoraz častejšie do raného veku dieťaťa. Čím je dieťa mladšie, tým viac pri jeho diagnostike musíme uplatniť holistický prístup, t.j. posudzujeme jeho celkový fyzický, sociálny a psychomotorický vývin, ako aj vývin reči a jazyka vo vzťahu k jeho fyzickému veku.

Klinicko-logopedická diagnostika pri dysfágii pozostáva z klinického a prístrojového vyšetrenia (Arvedson,2002,2008,2010, váha dôkazov: Ia,I.b; Vedrödyová,2016, váha dôkazov: IV)

1. KLINICKÉ VYŠETRENIE v podmienkach ústavných a ambulantných zdravotníckych zariadení:

Základné klinicko-logopedické vyšetrenie pozostáva z nasledujúcich krokov:

1.1 Štruktúrovaný rozhovor s rodičmi dieťaťa a získanie anamnézy (osobnej, rodinnej),

kde zisťujeme: výskyt porúch prehĺtania v rodine, výskyt chorôb v rodine, ktoré by mohli u dieťaťa spôsobiť dysfágiu, doterajší spôsob prijímania potravy (orálny, nonorálny), u novorodencov

a dojčiat zisťujeme aj postúru tela pri kŕmení, timing kŕmenia dieťaťa, intervaly medzi jednotlivými fázami kŕmenia, u batoliat a starších zase samostatnosť pri jedení a nutričný status.

1.2 Spracovanie zdravotnej dokumentácie: lekárske nálezy, týkajúce sa zdravotného stavu dieťaťa, priebehu tehotenstva, pôrodu, popôrodnej adaptácie a pod.

1.3 Orientačné pozorovanie dieťaťa (observácia dieťaťa), pri ktorom hodnotíme:

- stupeň vývinu hrubej motoriky dieťaťa, ako aj postúru a symetriu tela
- stupeň vývinu jemnej motoriky a prítomnosť jednotlivých úchopov

1.4 Palpačné vyšetrenie orofaciálnych štruktúr vo vzťahu k senzitivite a motorike (orálne reflexy, pohyby čeľuste, pier, jazyka, vzhľad tvrdého a mäkkého podnebia a ústnej sliznice)

1.5 Zhodnotenie reakcií dieťaťa na taktilné, akustické a vizuálne podnety

1.6 Orientačné zhodnotenie jazykového systému dieťaťa (Pozri kapitolu PVJR)

1.7 Orientačné zhodnotenie respirácie, nazality a fonácie dieťaťa

1.8 Pozorovanie dieťaťa pri kŕmení, počas prijímania potravy (popisujeme polohu tela počas jedenia, spôsob príjmu potravy, konzistenciu, štruktúru a objem jedla, ako aj správanie sa dieťaťa počas jedenia. U novorodencov a dojčiat ďalej sledujeme synchrónnosť a koordináciu dýchania a prehĺtania, nutritívne a nonnutritívne sanie, zmeny dýchania počas kŕmenia, farbu pokožky dieťaťa)

1.9 Vyhodnotenie výsledkov diagnostiky, rozhodnutie o ďalšom postupe

1.10 Poradenstvo pre rodičov: oboznámenie rodičov s klinickým obrazom dieťaťa a jeho prognózou, oboznámenie rodičov s navrhovaným terapeutickým plánom

V prípade, že klinicko-logopedickým vyšetrením zistíme, že sa môže u dieťaťa jednať o dysfágiu a potrebujeme vylúčiť aspiráciu u dieťaťa alebo určiť typ detskej dysfágie, pristupujeme k prístrojovému vyšetreniu.

2. PRÍSTROJOVÉ VYŠETRENIE

Medzi najčastejšie špecializované vyšetrenia priebehu prehĺtania patria: VFSS a FEES, ktoré sa považujú za zlaté štandardy pri diagnostike aspirácie a iných problémov s prehĺtaním u detí (Durvasula,2014; Speyer, 2013). Každé z nich má svoje pozitíva aj negatíva, ale použitím obidvoch typov vyšetrení, získame čo najviac informácii o patológii priebehu prehĺtania (Fattori,2016)

Na realizácii VFSS a FEES sa podieľajú len tí klinickí logopédi, ktorí sú špeciálne vyškolení v oblasti dysfágie.

2.1 VFSS

VFSS je rádiologické vyšetrenie, ktorého podstatou je ionizujúce žiarenie. Zvyčajne ho realizuje lekár-rádiológ a klinický logopéd, ktorý je v uvedenej oblasti špeciálne vyškolený (hlavne v anatómii, fyziológii a patofyziológii prehĺtania a kŕmenia detí). VFSS má diagnostickú a terapeutickú časť. Úlohou rádiológa je obsluha VFSS prístroja a identifikácia štrukturálnych anomálií . Klinický logopéd má kľúčovú úlohu tak v diagnostickej ako aj v terapeutickej časti: určuje veľkosť sústa, objem a štruktúru tekutiny a potravy, určuje počet hltov na posúdenie, intervenuje rodičov dieťaťa pred, počas a po VFSS, analyzuje priebeh prehĺtania a následne navrhuje kompenzačné manévre a zmeny postúry tela dieťaťa pri kŕmení, ako aj zmenu pomôcok na kŕmenie(Lefton-Greif, 2018). Obyčajne sa pri vyšetrení podávajú tri konzistencie: tekutá (mlieko, čaj), kašovitá (jogurt, jabĺčna výživa a iné výživy) a tuhá (koláč, keks, chlieb).

Na rozdiel od VFSS u dospelých, pri VFSS u detí neexistuje jednotný štandardný protokol na vyšetrenie, aj keď sa v súčasnosti realizujú rôzne štúdie, zamerané na štandardizáciu VFSS u detí (Lefton-Greif ,2018,váha dôkazov: II.b). Odporúča sa najprv podať podáva tekutinu (1-2 hlty), objemu 2-3 ml, čo zodpovedá objemu slín pri jednom typickom hlte. Pri prvom odhalení aspirácie je potrebné

zistiť, či dieťa aspiruje aj pri iných konzistenciách rôznej viskozity a teploty. Ak nedochádza k výraznej aspirácii, sleduje sa **kontinuálne pitie z fľaše alebo pohára (podľa veku dieťaťa), aby sa posúdili oromotorické zručnosti dieťaťa, rytmus nutričného sania, parametre orálnej fázy prehĺtania a v neposlednom rade vylúčenie penetrácie (prienik sústa do hrtana) alebo aspirácie**. Ak dôjde k aspirácii tekutiny, je potrebné vyskúšať bezpečnosť príjmu ďalších konzistencií. Pokračuje sa jedením **kaše s lyžičkou** a **tuhej konzistencie** na posúdenie ďalších oromotorických zručností, iniciácie reflexu prehĺtnutia, vylúčenie reziduí v ofaryngeálnej fáze prehĺtania a posúdenie veľkosti a trvania otvorenia horného ezofageálneho sfinktera (Frey, 2011, Neumann, 2012,váha dôkazov: II.a). O tom, či bude VFSS prerušené alebo sa bude v ňom pokračovať, rozhodne rádiológ a klinický logopéd na základe aktuálneho zdravotného stavu dieťaťa. Následne po VFSS klinický logopéd realizuje **kvalitatívnu analýzu VFSS**, kde popisuje poškodené funkcie priebehu prehĺtania a kŕmenia. Zapisuje ich do protokolu VFSS (Arvedson,2016, váha dôkazov: IV).
Stupeň penetrácie a aspirácie sa určuje podľa štandardizovaného testu, Rosenbekovej penetračno-aspiračnej škály (Rosenbek, 1996, váha dôkazov: Ia) – pozri Špeciálny doplnok štandardu

2.2 FEES

Realizuje ho ORL lekár a klinický logopéd. Tak ako VFSS aj FEES má diagnostickú a terapeutickú časť. Úlohou ORL lekára je realizácia fibroskopického vyšetrenia a identifikácia štrukturálnych anomálií. Klinický logopéd má kľúčovú úlohu tak v diagnostickej ako aj v terapeutickej časti: určuje veľkosť sústa, objem a štruktúru tekutiny a potravy, určuje počet hltov na posúdenie, intervenuje rodičov dieťaťa pred, počas a po FEES, analyzuje priebeh prehĺtania a následne navrhuje kompenzačné manévre a zmeny postúry tela dieťaťa pri kŕmení, ako aj zmenu pomôcok na kŕmenie. Aj pri FEES sa obyčajne podávajú tri konzistencie: tekutá (mlieko, čaj), kašovitá (jogurt, jabĺčna výživa a iné výživy) a tuhá (koláč, keks, chlieb) a stupeň penetrácie a aspirácie sa určuje podľa štandardizovaného testu, Rosenbekovej penetračno-aspiračnej škály . (Baijens, 2014,váha dôkazov: Ib)
Okrem uvedených vyšetrení možno použiť v diagnostike porúch prehĺtania aj ďalšie vyšetrovacie metódy ako napr.: transnazálna ezofagoskopia, CT, MRI, pažeráková pH-metria, ezofageálna manometria (Tedla,2018)

Klinicko-logopedická diagnostika orofaryngeálnej dysfágie u dospelých

Pri pozitívnom skríningu prehĺtania a podozrení na prítomnosť dysfágie a/alebo aspirácie by mal klinický logopéd realizovať základné klinicko-logopedické a v prípade podozrenia na dysfágiu a aspiráciu, aj prístrojové vyšetrenie prehĺtania. **Na realizácii prístrojového vyšetrenia sa podieľajú len tí klinickí logopédi, ktorý sú špeciálne vyškolení v oblasti dysfágie.**

1. ZÁKLADNÉ KLINICKO-LOGOPEDICKÉ VYŠETRENIE

V rámci klinického vyšetrenia odporúčame u všetkých dospelých pacientov s podozrením na dysfágiu postupovať podľa Protokolu Dobias-Adzimovej (2014, váha dôkazov IV):

1.1 Získanie objektívnej (od rodinných príslušníkov, zdravotného personálu...) a subjektívnej (od pacienta) anamnézy. Klinický logopéd ju realizuje formou štruktúrovaného rozhovoru. Zameriava sa na ťažkosti pri príjme potravy, problémy s prehĺtaním, kašeľ pri pití tekutín, dusenie sa počas jedla atď.

1.2 Spracovanie zdravotnej dokumentácie: lekárske nálezy, týkajúce sa lokalizácie mozgovej lézie, bronchopulmonárnych komplikácií, operácií v oblasti ústnej dutiny, hrtana, hltana. Zisťujeme údaje ohľadom **afázie, dyzartrie , abnormálneho kašľu, zmeny hlasu po prehltnutí, strata hmotnosti, silné zahlienenie, slinotok.** Formou rozhovoru orientačne zistíme aj **stupeň vedomia , úroveň kognitívnych schopností a motivačné schopnosti** pacienta (napr. otázkami zameranými na to, ako pacient prijímal doteraz potravu, či mal tracheostómiu, či bol intubovaný a pod.)

1.3 Štrukturálne a funkčné vyšetrenia orgánov participujúcich na prehĺtaní vrátane vyšetrenia hlavových nervov (podľa kapitolu Dyzartrie)
1.4 Zhodnotenie aktuálnej schopnosti pacienta prehĺtať pomocou „testov vody"(na odhalenie aspirácie) a zhodnotenie prehĺtania iných konzistencií. Z testov vody odporúčame **Danielsovej test** (Daniels, 1998, váha dôkazov Ia.), pozri Špeciálny doplnok štandardu. **Z testov prehĺtania iných konzistencií** sa na Slovensku používa adaptovaný skríningový test GUSS od autorky Trapl (Trapl, 2007, váha dôkazov IIa.). (Pozri Špeciálny doplnok štandardu)
1.5 Vyhodnotenie výsledkov diagnostiky, rozhodnutie o ďalšom postupe

1.6 Poradenstvo pre pacienta a jeho rodinných príslušníkov: oboznámenie pacienta a rodinných príslušníkov s klinickým obrazom diagnózy a s prognózou, ako aj oboznámenie s navrhovaným terapeutickým plánom

2. PRÍSTROJOVÉ VYŠETRENIE
Tak ako u detskej dysfágie, aj u dospelých sa v diagnostike dysfágie používajú metódy FEES a VFSS a pokladajú sa za „zlatý štandard". Obidve metódy sa navzájom dopĺňajú a vytvárajú komplexný obraz o priebehu prehĺtania. **Na realizácii prístrojového vyšetrenia sa podieľajú len tí klinickí logopédi, ktorý sú špeciálne vyškolení v oblasti dysfágie.**

Klinicko-logopedická behaviorálna liečba

Klinická otázka č.3:

Ak by sa u prematúrnych detí s nonorálnym príjmom (P) použila stimulácia orofaciálnej oblasti, bol by efekt klinickologopedickej liečby s väčším dopadom a nákladovou efektivitou (C), než u detí s nonorálnym príjmom bez použitia orofaciálnej stimulácie (O)? Lessen, 2011 (váha dôkazov na úrovni II)

Klinická otázka č.4:

Ak použijeme u pacientov s dysfágiou (P) jedlo s vyššou viskozitou (I), zlepší sa bezpečnosť a efektivita ich prehĺtania (C) v porovnaní s pacientmi, ktorí prijímajú jedlo s nižšou viskozitou(O)? Newmann, 2016 (váha dôkazov na úrovni I)

Klinickologopedická liečba detskej dysfágie
Primárnym cieľom klinicko-logopedickej behaviorálnej liečby detskej dysfágie je spolupodielať sa s lekármi na zabezpečení takého spôsobu primeranej plnohodnotnej výživy a hydratácie dieťaťa, ktorý je pre dieťa bezpečný, t.j. bez aspirácie.
V prípade, že prístrojové vyšetrenie priebehu prehĺtania potvrdí **poruchu prehĺtania, t.z. poruchu jednej z fáz prehĺtania** u dieťaťa a detský lekár (detský gastroenterológ, pediater...) odporučí neorálny príjem potravy dieťaťa(napr. cez NGS, PEG) s potrebou následnej klinicko-logopedickej liečby dieťaťa, bude podstatou klinicko-logopedickej liečby systém behaviorálnych metód , ktoré vedú k zlepšeniu funkcií orgánov, zúčastňujúcich sa na prehĺtaní tak, aby dieťa mohlo postupne prejsť na orálny príjem potravy. Veľmi často sa využíva stimulácia orofaciálnej oblasti rôznymi technikami, napr. pomocou orálnej motorickej intervencie (Premature Infant Oral Motor Intervention – PIOMI) , orofaciálnou regulačnou terapiou(ORT) podľa Moralesa alebo za využitia termotaktilnej stimulácie, či tréningu nenutritivného a nutritivného sania (Arvedson,2002,20016, váha dôkazov: IIa, IV).

V **prípade porúch kŕmenia** sa klinicko-logopedická liečba zameriava na dosiahnutie takých oromotorických zručností u dieťaťa, aby bolo schopné prijímať všetky konzistencie. Zároveň klinický

logopéd rozvíja dieťa komplexne a stimuluje všetky funkcie, ktoré sú dôležité pre jeho primeraný psychomotorický a sociálny vývin, ako aj vývin reči a jazyka. Pozri kapitolu PVJR.
Art –Rodas (1998, váha dôkazov: IV) vypracovali všeobecné zásady pre kŕmenie detí všetkých vekových kategórií:
1. Pravidelný režim jedenia (napr. každé 4 hodiny). Nepodávať jedlo alebo nápoje medzi plánovaným jedlom. Ak je dieťa smädné, vodu je vhodné poskytnúť 2 hodiny pred plánovaným jedlom.
2. Jedenie by malo byť časovo limitované, napr. na 30 minút.
3. Dieťa by malo jesť v tichom prostredí, bez rozptyľujúcich vplyvov (napr. bez hlasného rádia, televízie, hračiek).
4. Ten, kto dieťa kŕmi, by mal byť pokojný, láskavý, s pozitívnym prístupom počas jedenia.
5. Dieťa by malo byť v pohodlnej polohe a vzhľadom na svoj motorický vývoj, ak nie je schopné samostatne sedieť, aj vo „vhodnej“ sedačke.
6. Dieťa by mal kŕmiť obmedzený počet osôb (ideálne 1 osoba).
7. Dieťa by malo byť čo najviac podporované v samostatnom jedení.
8. Jedlo by sa nemalo dávať ako darček alebo odmena.
9. Čas jedenia nie je čas na hranie. Hry by sa nemali používať pre dieťaťa ako pohnútka, aby jedlo.
10. Jedlo by sa malo dieťaťu odobrať, ak sa zdá, že sa po 10 až 15 minútach začalo s jedlom hrať bez toho, aby jedlo.
11. Jedenie treba ukončiť, ak dieťa v zlosti jedlo hádže.

„Pravidlá počas jedenia“ (pre deti, ktoré jedia samostatne)

1. Je potrebné stanoviť okolnosti, za ktorých by malo dieťa jesť. Nastaviť pravidlá počas jedenia (napr. zostaň sedieť, použi príbor a nie prsty, nehádž jedlo). Pravidlá by mali byť rozumné a odvíjať sa od veku dieťaťa, spočiatku začať s 2 – 3 pravidlami, postupne pridávať ďalšie, až kým sa dieťa nenaučí vhodne správať počas stolovania.
2. Pravidlá počas jedenia, aby neobťažovali stolovanie, by sa mali objasniť už pred jedením, až kým sa dieťa počas jedla nedokáže vyhovujúco správať.
3. Stolovanie by malo byť príjemné, dieťa by sme mali do konverzácie zapájať. Čas jedenia je príležitosťou pre pochvalu vhodného správania dieťaťa, ale netreba dieťa chváliť príliš často. Karhaniu počas jedenia je vhodné sa vyhýbať.
4. Ak sa pravidlá stolovania porušia, dieťa je potrebné naučiť správne sa chovať. Ak opakovane pravidlá poruší, mala by sa dieťaťu dopriať pauza.
5. Dieťaťu ponúkať malé porcie jedla. Dieťa pochváliť za zjedenie poskytnutej porcie jedla. Množstvo servírovaného jedla by sa malo zvyšovať postupne.
6. Ak sa čas stolovania ukončí, je potrebné taniere zo stola odložiť bez ohľadu na to, či dieťa dojedlo. Jedlo odložiť bez komentárov odsudzujúcich dieťaťa za to, že nedojedlo.
7. Ak dieťa nedojedlo, nemalo by až do ďalšieho jedenia dostať žiadnu maškrtu. Ak sa dieťa plačom dožaduje maškrty, je potrebné dať pauzu. Rodičia by sa „nemali vzdať“ a dovoliť dieťaťu jesť maškrty, pretože to proces učenia sa stolovať príliš predĺži.

Klinicko-logopedická liečba dysfágie u dospelých:

U dospelých pacientov s dysfágiou používame **priamu** a **nepriamu formu liečby** (Tedla,2018, váha dôkazov na úrovni IV**) .**

Priama liečba:

Je tréning prehĺtania s potravou a je zameraná na bezpečnejší príjem potravy per os. Patria sem *posturálne techniky*(zmeny polohy tela, hlavy pri samotnom prehltnutí na uľahčenie posunu sústa, zmenu smeru pohybu sústa a modifikáciu rozmeru hrtana), *kompenzačné manévre* (chránia dýchacie cesty od aspirácie), *úprava konzistencie stravy* (zahusťovanie tekutín, homogénna kašovitá ,

homogénna hrčkovitá strava). Počas prijímania potravy musí byť pacient bdelý, pozorný, musí mať zabezpečenú stabilitu tela, byť vo zvýšenej polohe.

Nepriama liečba:
Je tréning prehĺtania bez potravy, naprázdno. Je zameraná na zlepšenie sily a koordinácie svalov zúčastňujúcich sa na orálnej a faryngeálnej fáze prehĺtania. Táto forma liečby sa používa u pacientov, u ktorých nie je možné vyvolať hltanovú fázu prehĺtania alebo ktorí sú vyživovaní cez NGS alebo PEG kvôli výraznej aspirácii všetkých konzistencií potravy. Patrí sem napr. termo-taktilná stimulácia, Masako manéver atď .

V posledných rokoch sa začína veľmi aktívne využívať aj elektrostimulácia pomocou elektród, umiestnených na kožu (Vedrödyová, 2016, váha dôkazov na úrovni IV).

Prognóza

Závisí od úspešnej terapie základného ochorenia spôsobujúceho poruchy prehĺtania alebo príjmu potravy u detí, ako aj od správnej životosprávy, motivovanosti a spolupráce dospelého pacienta pri terapii, u detského pacienta samozrejme aj od spolupráce s rodičmi a možnosti eliminácie rizikových faktorov. Dôležitým prognostickým indikátorom je výskyt a častosť recidív, ako aj čas zahájenia terapie. Vo všeobecnosti platí zásada, čím skôr, tým lepšia prognóza. (Vedrödyová, 2016, Bunová,2018)

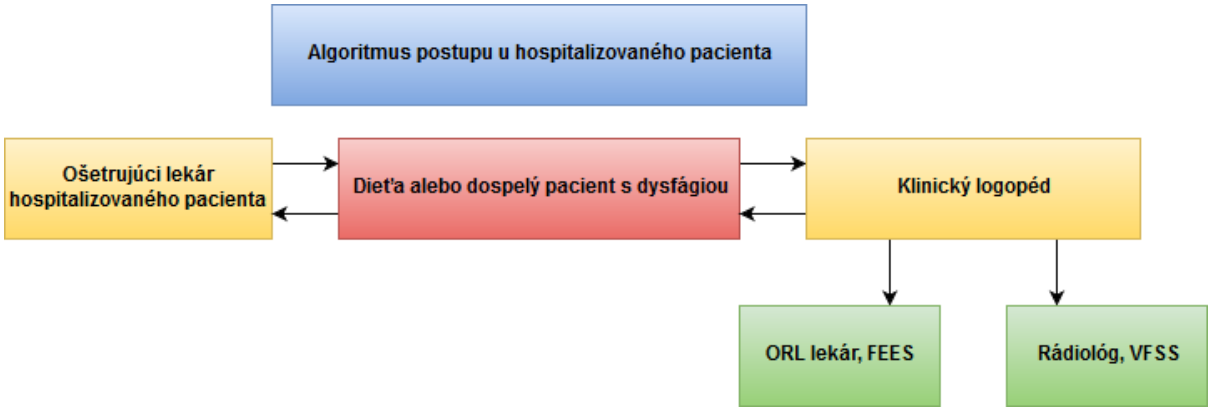
Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Z posudkového hľadiska sa na účely invalidity posudzuje podľa zákona č.461/2003 Z.z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov primárne ochorenie, u ktorého jedným z príznakov je dysfágia. Dieťa, ktoré si vyžaduje dlhodobú osobitnú starostlivosť pre ochorenie, u ktorého jedným z príznakov je aj dysfágia, môže byť posúdené podľa zákona č.461/2003 Z.z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov na účely dôchodkového poistenia fyzickej osoby , ktorá sa riadne stará o takto postihnuté dieťa po dovŕšení jeho 6 rokov veku, najdlhšie do 18 rokov jeho veku.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

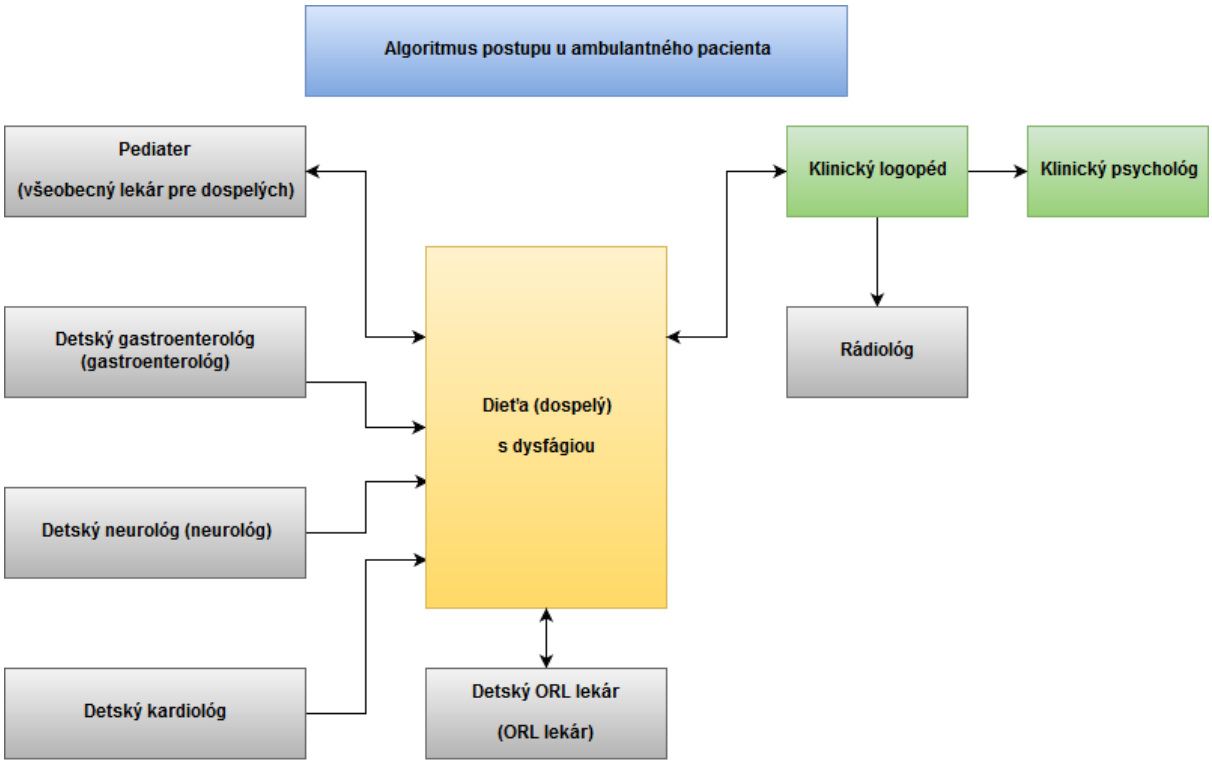
U hospitalizovaných dospelých pacientov sa detekuje dysfágia formou skríningu, ktorý realizujú lekári alebo vyškolené zdravotné sestry na vybraných oddeleniach JIS na Slovensku (pozn. autorky: v súčasnosti prebieha zaškolenie zdravotných sestier z neurologických kliník a oddelení klinickým logopédom v skríningu prehĺtania)
V prípade pozitívneho skríningu je dospelý pacient alebo dieťa odoslané ku klinickému logopédovi, ktorý realizuje základné klinicko-logopedické vyšetrenie a v prípade podozrenia na aspiráciu v spolupráci s ORL lekárom realizuje FEES alebo v spolupráci s rádiológom VFSS. Prístrojové vyšetrenie realizujú len špeciálne vyškolení klinickí logopédi. V prípade rizika aspirácie odporučí, po dohode s ošetrujúcim lekárom pacienta, spôsob príjmu potravy, resp. zmenu konzistencie potravy, či inú terap. možnosť alebo nutričného poradcu.
U ambulantných pacientov prebieha klinicko-logopedická diagnostika a terapia na základe odporučenia od pediatra alebo všeobecného lekára, príp. gastroenterológa, ORL lekára, kardiológa alebo neurológa. Klinický logopéd základným klinicko-logopedickým vyšetrením detekuje dysfágiu a ak je nie je orálny príjem pacienta bezpečný a efektívny, následne realizuje v spolupráci s rádiológom VFSS alebo s ORL lekárom FEES.V prípade porúch príjmu potravy u detí, ak sa jedná u dieťaťa aj o poruchy správania sa, odošle dieťa ku klinickému psychológovi

Algoritmus č. 1: Postup u hospitalizovaného pacienta



Zdroj: ASHA(2019a,b)

Algoritmus č. 2: Postup u ambulantného pacienta



Zdroj:ASHA(2019a,b)

Ďalšie odporúčania

Odporúčame etablovanie povolania klinický logopéd na tie kliniky a oddelenia, kde sú hospitalizované rizikové skupiny detských a dospelých pacientov s dysfágiou (neonatologické kliniky a oddelenia pre patologických novorodencov, ORL kliniky a oddelenia, neurologické kliniky

a oddelenia, detské kliniky a ich oddelenia , oddelenia ARO, kliniky a oddelenia vnútorného lekárstva, kliniky a oddelenia fyzioterapie, neurochirurgické kliniky, gerontologické kliniky a oddelenia).
V rezorte Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny je to v detských domovoch a v penziónoch pre seniorov.
Zároveň odporúčame, aby v rámci revízie štandardu bol štandard rozdelený na dve časti a to: detská dysfágia a dysfágia u dospelých, nakoľko tento štandard vzhľadom k rozsiahlosti problematiky dysfágie uvádza všeobecné základné informácie o klinicko-logopedickej diagnostike a behaviorálnej liečbe detského a dospelého pacienta s dysfágiou.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Z hľadiska manažmentu pacienta na Slovensku absentuje na klinikách, oddeleniach nemocníc a v ambulantnom sektore manažment diagnostiky a liečby dysfágie tak u detí ako aj u dospelých pacientov. Vzhľadom k tomu, že ide o multiodborovú problematiku, je dôležité vytvárať dysfagiologické tímy, zložené z odborníkov medicínskeho a nemedicínskeho charakteru, kde každý odborník, vrátane klinického logopéda, má v tíme svoje nezastupiteľné miesto.

Špeciálny doplnok štandardu

Tabuľka č. 7

Penetračno - aspiračná škála		
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY PREHĽTANIA, DYSFÁGIA	
Stupeň	**Lokalizácia potravy v dýchacích cestách**	**Hodnotenie**
1.	Materiál nevchádza do dýchacích orgánov	norma
2.	Materiál vchádza do dýchacích orgánov, nedosahuje úroveň hlasiviek a je kompletne vypudený	penetrácia
3.	Materiál vchádza do dýchacích orgánov, nedosahuje úroveň hlasiviek, no nie je vypudený	
4.	Materiál vchádza do dýchacích orgánov, dosahuje úroveň hlasiviek a je vypudený	
5.	Materiál vchádza do dýchacích orgánov, dosahuje úroveň hlasiviek, no nie je vypudený	
6.	Materiál vchádza do dýchacích orgánov, dostáva sa pod úroveň hlasiviek a je vypudený	aspirácia
7.	Materiál sa dostáva pod úroveň hlasiviek, napriek úsiliu nie je vypudený	
8.	Materiál sa dostáva pod úroveň hlasiviek bez akéhokoľvek úsilia o jeho vypudenie	

Poznámka: Rosenbek, 1996

Danielsovej test (1998)

Tento test bol vyvinutý pre pacientov s CMP. Pacienti majú 2x po sebe piť malé hlty vody (2 x 5 ml, 2 x 10 ml, 2 x 20 ml) odmerané injekčnou striekačkou. Test je **z aspektu aspirácie klinicky pozitívny** v takom prípade, ak sú **prítomné aspoň „2 zo 6" príznakov**:

- *dyzartria* (narušenie muskulárnej kontroly, respirácie, artikulácie, fonácie, rezonancie a / alebo prozódie),
- *dysfónia* (narušenie kvality hlasu v jeho výške, sile, znelosti), abnormálny vôľový kašeľ (slabý, neznelý, chýbajúci kašeľ ako odpoveď na inštrukciu „zakašlite")
- *abnormálny* alebo *chýbajúci dávivý reflex* (chýbajúca alebo oslabená kontrakcia mäkkého podnebia alebo zadnej hltanovej steny počas taktilnej stimulácie bilaterálne, vľavo alebo vpravo; zaznamenané ešte pred testom vody),
- *kašeľ po prehltnutí* (kašeľ vzniknutý okamžite po prehltnutí alebo do 1 minúty od podania vopred stanoveného množstva vody – 2 x 5 ml – 2 x 10 ml – 2 x 20 ml)

SCREENINGOVÝ TEST GUSS GUGGING SWALLOVING SCREEN
(TRAPL M. a kol., 2007)

Tabuľka č. 8

Predtestové vyšetrenie / Nepriamy test prehĺtania			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY PREHĽTANIA, DYSFÁGIA		
		ÁNO	**NIE**
BDELOSŤ : pacient musí byť bdelý najmenej 15 min.		**1** □	**0** □
KAŠEĽ a/alebo ODKAŠLIAVANIE	vôľový kašeľ pacient by mal zakašľať alebo odkašľať dvakrát	**1** □	**0** □
PREHĽTANIE SLÍN :			
• Prehĺtanie úspešné		**1** □	**0** □
• Slintanie		**0** □	**1** □
• Zmena hlasu (chrapot, bublavý, vlhký hlas, zastretý hlas, slabý hlas)		**0** □	**1** □
	CELKOM	(5)	
		1 - 4 = zastavte vyšetrovanie a pokračujte neskôr[1] 5 = pokračujte s časťou 2	

Tabuľka č. 9

Priamy test prehĺtania (materiál: čistá voda, plochá čajová lyžička, zahusťovadlo, chlieb)			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY PREHĽTANIA, DYSFÁGIA		
V nasledujúcom poradí:	**1** **Zahustená tekutina***	**2** **Tekutina****	**3** **Tuhá strava*****
Prehĺtanie : - Prehĺtanie nie je možné - Prehĺtanie je oneskorené (>2sek.) Tuhá konzistencia >10sek. - Prehĺtanie je úspešné	 0 □ 1 □ 2 □	 0 □ 1 □ 2 □	 0 □ 1 □ 2 □
Kašeľ : (reflexný, pred, počas alebo po prehltnutí s oneskorením do 3 min.) - ÁNO - NIE	 0 □ 1 □	 0 □ 1 □	 0 □ 1 □
Slinenie : - ÁNO - NIE	 0 □ 1 □	 0 □ 1 □	 0 □ 1 □
Zmena hlasu : (počúvajte hlas pred a po prehltnutí, pacient by mal hovoriť "O") - ÁNO - NIE	 0 □ 1 □	 0 □ 1 □	 0 □ 1 □
Celkom	(5)	(5)	(5)
	1 - 4 = zastavte vyšetrovanie a pokračujte neskôr[1] 5 = pokračujte tekutinami	1 - 4 = zastavte vyšetrovanie a pokračujte neskôr[1] 5 = pokračujte tuhou konzis-tenciou	1 - 4 = zastavte vyšetrovanie a pokračujte neskôr[1] 5 = norma
Celkom (Súčet výsledkov nepriameho a priameho testu prehĺtania).....20			
*	Prvá administrácia 1/3 až ½ čajovej lyžičky so zahusťovadlom (konzistencia pudingu). Pokiaľ nie sú žiadne symptómy, aplikujte 3 až 5 lyžičiek. Hodnoťte po 5. lyžičke.		
**	3, 5, 10, 20 ml vody - pokiaľ nie sú prítomné žiadne symptómy, pokračujte s 50 ml vody (Daniels et al.,2000). Hodnoťte a ukončite vyšetrenie, akonáhle spozorujete jedno z kritérií!		
***	Klinicky : suchý chlieb, FEES-suchý chlieb namočený do zafarbenej tekutiny		
1	Použite funkčné vyšetrovacie metódy ako VFSS, FEES		

GUSS, HODNOTENIE VÝSLEDKOV VYŠETRENIA
(Trapl at al.,2007)

Tabuľka č. 10

GUSS, HODNOTENIE VÝSLEDKOV VYŠETRENIA			
Standardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHY PREHĽTANIA, DYSFÁGIA		
Výsledky		**Stupeň**	**Odporúčanie**
20	Zahustená tekutina / tekutina, aj tuhá konzistencia úspešná	Ľahké / alebo žiadne príznaky dysfágie. Minimálne riziko aspirácie	Normálna diéta Bežné tekutiny (prvýkrát pod dohľadom klinického logopéda alebo špecializovanej sestry)
15-19	Zahustená a tekutá konzistencia úspešná, tuhá konzistencia neúspešná	Ľahký stupeň dysfágie s nízkym rizikom aspirácie	Dysfagická diéta (pyré a mäkké konzistencie jedla). Tekutiny veľmi pomaly, po jednom dúšku. Funkčná vyšetrovacia metóda ako VFSS a FEES. Upozorniť klinického logopéda
10-14	Zahustená konzistencia úspešná, tekutiny neúspešné	Stredný stupeň dysfágie s vysokým rizikom aspirácie	Dysfagická diéta začínajúca : zahustenými konzistenciami ako jablčna výživa a doplnená parenterálnou výživou. Všetky tekutiny musia byť zahustené! Lieky musia byť drvené a zmiešané so zahustenou tekutinou. Žiadna medikácia v tekutej forme konzistencie. Ďalšie funkčné vyšetrovacie metódy ako VFSS a FEES. Upozorniť klinického logopéda. Doplnenie nazogastrickou sondou alebo parenterálnou výživou.
0-9	Predtestové vyšetrenie neúspešné alebo zahustená tekutina neúspešná	Ťažká dysfágia s vysokým rizikom aspirácie	Žiadna strava per os. Ďalšie funkčné vyšetrovacie metódy ako VFSS a FEES. Upozorniť klinického logopéda. Doplnenie nazogastrickou sondou alebo parenterálnou výživou.

Poznámka: Trapl et al., 2007; (preklad: PaedDr. Bunová Barbora, PhD.; preklad so súhlasom autora testu)

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Vzhľadom k prudkému rozvoju odboru dysfagiológia odporúčame prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike a audit v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.
Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

ANTALOVÁ,J; FABIÁNOVÁ, A; CHMELOVÁ, I. 2018: *Poruchy prehĺtania v novorodeneckom a detskom veku.* In Tedla a kol.: Poruchy polykání. Tobiáš, 2018, ISBN: 978-80-7311-188-5

ARVEDSON, J.C; BRODSKY, L. 2002 : *Pediatric Swallowing and Feeding: assessment and management.* Albany: Singular/Thompson Learning, 2nd ed..

ARVEDSON, J.C. 2008: A*ssessment of Pediatric Dysphagia and Feeding Disorders: Clinical and Instrumental Approaches.* In Developmental Disabilities Research Reviews, 14, 18-127

ARVEDSON JC, CLARK H, LAZARUS, C, SCHOOLING, T.,FRYMARK, T. 2010: *Evidence –based systematic review: Effects of oral motor interventions on feeding and swallowing in preterm infants.* Am J Speech Lang Pathol ; 19(4),. 321-40. doi:10.1044/1058-0360

.

ASHA-AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION,2019a: *Adults dysphagia. Roles and responsibilities.* https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942550&section=References.[online] [cit. 2019-02-15]

ASHA- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION,2019b: *Pediatric dysphagia.* https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Pediatric-Dysphagia/[online][cit.2019-05-02]

BAIJENS, L.W.J., SPEYER, R., PILZ,W., ROODENBURG, N. 2014: *FEES Protocol Derived Estimates of Sensitivity: Aspiration in Dysphagic Patients.* Dysphagia ; 29:583–590

BARTOLOME, G., SCHROETTER-MORASCH, H.(HRSG.). 2006. : *Schluckstoerungen. Diagnostik und Rehabilitation.* Urban/Fischer, Muenschen ISBN-10: 3- 437-47160-0

BIBER, D. 2012: *Fruhkindliche Dysphagien und Trinkschwächen*. Wien: Springer-Verlag. ISBN 978-3-7091-0970-0

Belafsky, C.P; Mouadeb D.A; Rees, C.J; Pryor,J.C.; Postma,G.N.;Allen,J.; Leonard,J.L (2008).: ***Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10).*** The Annals of Otology, Rhinology & Laryngology; Dec 117, 12;

BRYANT-WAUGH R, MARKHAM L, KREIPE RE, WALSH BT. 2010: *Feeding and eating disorders in childhood.* Int J Eat Disord. 43, 98–111

BUNOVÁ,B.2018: *Videofluoroskopické vyšetrenie u detí*. Listy klinické logopedie; 2(2): 68-76

BUNOVÁ, B. 2019 : *GUSS-slovenská verzia..* https://gussgroupinternational.wordpress.com/guss-sheets/ [online] .[cit.2019-01-30]

CLAVÉ, P., SHAKER, R. 2015: *Dysphagia: current reality and scope of the problem.* Nature Reviews. Gastroenterol. Hepatol. advance online publication 7April 2015;doi:10.1038/nrgastro.2015.49

ČERVENKOVÁ,B.2017:*Multimodální přístup v terapii dětí s funkční dysfágií.*Listy klinické logopedie; 1(2):3-17

DANIELS SK, BRAILEY K, PRIESTLY DH, HERRINGTON LR, WEISBERG LA, FOUNDAS AL. 1998 : *Aspiration in patients with acute stroke*. Arch Phys Med Rehabil. Jan;79(1):14-9.

DOBIAS-ADZIMOVÁ, S. 2014: *Klinicko-logopedická intervencia neurogénnej orofaryngeálnej dysfágie* (NOD. In: Neubauer, K.: Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie. Hradec Králové : Gaudeamus, Recenzované monografie, 48. ISBN 978-80-7435-518-9

DURVASULA VS, O'NEILL AC, RICHTER GT. 2014: *Oropharyngeal dysphagia in children: mechanism, source, and management.* Otolaryngol.Clin N Am. 47(5), 691–720

EKBERG, O., HAMDY, S., WOISARD, V., WUTTGE‐HANNIG, A. & ORTEGA, P. 2002 : *Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment.* Dysphagia; 17, 139–146

EKSTEIN S, LANIADO D, GLICK B. 2010 :*Does picky eating affect weightfor-length measurements in young children?* Clin Pediatr; 49, 217–220

FATTORI,B.,GIUSTI,P.,MANCINI,V.,GROSSO,M.,BARILLARI,M.R.,BASTIANI,L.,MOLINARO, S.,NACCI,A.2016: *Comparison between videofluoroscopy, fiberoptic endoscopy and scintigraphy for diagnosis of oro-pharyngeal dysphagia.* Acta Otorhinolaryngologica Italica ;36:395-402; doi: 10.14639/0392-10

FREY, S. 2011: *Pädiatrisches Dysphagiemanagement.* Munchen: Elservier GmbH, ISBN 978-3-437-48750-7

GINNIS Mc.C.M., HOMAN,K., SOLOMON,M., TALYOR,J.,STAEBELL,K.,ERGER,D., RAUT,N.(2019): *Dysphagia: Interprofessional Management, Impact,and Patient-Centered Care.* Nutrition in Clinical Practice;34(1) 80–95

GODAY PS, HUH SY, SILVERMAN A, a kol. 2019. *Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework.*J Pediatr Gastroenterol Nutr.;68(1):124-129

LAZARUS, C. L. 2009: *Effects of chemoradiotherapy on voice and swallowing.* Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg. 17, 172–178

LEFTON-GREIF MA, CARROLL JL, LOUGHLIN GM. 2006: *Long-term follow-up of oropharyngeal Dysphagia in children without apparent risk factors.* Pediatr Pulmonol 41: 1040–1048

LEFTON-GREIF, MA, MCGRATTAN, KE, CARSON, KA, PINTO, JM, WRIGHT, JM, MARTIN-HARRIS, B. 2018: .*First Steps Towards Development of an Instrument for the Reproducible Quantification of Oropharyngeal SwallowPhysiology in Bottle-Fed Children.* Dysphagia, 33,76–82

Lessen BS.2011. *Effect of the premature infant oral motor intervention on feeding progression and length of stay in preterm infants.* Adv Neonatal Care. Apr;11(2):129-39

LOGEMANN, J.A., RADEMAKER, A.W.A KOL. 1998: *Normal Swallowing Physiology as Viewed by Videofluoroscopy and Videoendoscopy.* Folia Phoniatrica et Logopedica; 50, 311-319

MARTINO R, FOLEY N, BHOGAL S, DIAMANT N, SPEECHLEY M, TEASELL, R. 2005: *Dysphagia after stroke incidence, diagnosis, and pulmonary complications*. Stroke;36(12), 2756–63

MKCH-10. 2019: *Medzinárodná klasifikácia chorôb.* In: http://www.nczisk.sk/standardy-v-zdravotnictve/pages/medzinarodna-klasifikacia-chorob-mkch-10.aspx [online].[cit.2019-02-02]

NEWMAN,R. D., NIGHTINGALE, J.M. 2012: *Videofluoroscopy*. Plural Publishing; 197-211.ISBN-13: 978-1-59756-439-7

NEWMAN, R, VILARDELL N, CLAVÉ P, SPEYER R 2016: *Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD.)* Dysphagia. Apr;31(2):232-49

O´NEILL P.A. 2000: *Swallowing and prevention of complication.* British Medical Bulletin, , 56 (No 2) 457-465

ROSENBEK J.C., ROBBINS, J.A., ROECKER,E.B., COYLE,J.L., WOOD, J.L. 1996 : *A penetration- aspiration scale.* Dysphagia;11, 93-98

SPEYER R. 2013 :*Oropharyngeal dysphagia: screening and assessment.* Otolaryngol Clin N. Am.; 46(6), 989–1008

TEDLA, M. a kol.2018: *Poruchy polykání*. Tobiáš, 2018, ISBN: 978-80-7311-188-5

TRAPL M, ENDERLE P, NOWOTNY M, TEUSCHL Y, MATZ K, DACHENHAUSEN A, BRAININ M. 2007: *Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen.* Stroke. Nov;38(11):2948-52.

VEDRÖDYOVÁ, M., SCHINDLER, A. 2016.: *Poruchy prehĺtania.* In: Kerekrétiová, A. a kol.:Logopédia. Bratislava: Univerzita Komenského, ISBN 978-80-223-4165-3

WHO.2019: *International Classification of Functioning, Disability and Health.* https://www.who.int/classifications/icf/en/ [online]. [cit. 2019-02-11]

WHO.2019: ICD 11 *(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). https://icd.who.int/browse11/l-m/en.[online][cit.2019-10-02]

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Poruchy vývinu jazyka a reči

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0068	*10. decembra 2019*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PaedDr. Mária Masárová

PaedDr. Barbora Bunová, PhD., PhDr. Anna Hrnčiarová, CSc., Mgr. Zuzana Moškurjáková, PhDr. Anna Paluková, Mgr. Miroslava Petrík, Mgr. Marianna Piovárová, PaedDr. Mária Šišková, PhDr. Ľubomíra Štenclová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD., MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

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

jazyk, reč, narušený vývin reči, oneskorený vývin reči, vývinová jazyková porucha, deficity v oblasti jazykových schopností, deficity v oblasti nejazykových schopností

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

NVR	narušený vývin reči
OVR	oneskorený vývin reči
VJP	vývinová jazyková porucha
CNS	centrálny nervový systém
NPH	nízka pôrodná hmotnosť
IP	intelektové postihnutie
PAS	poruchy autistického spektra
ASHA	American Speech and Hearing Association
ADHD	attention deficit hyperactivity disorder
MRI	magnetická rezonancia
MKCH	medzinárodná klasifikácia chorôb

Pojmy:
Raný vek: vek detí do ukončeného 3. roku života
Predškolský vek: vek detí od 3. - 6. roku života
Školský vek: obdobie medzi 6. – 15. rokom života
Vývinový ukazovateľ, míľnik: pozorovateľné správanie dieťaťa v interakciách v predmetnom a sociálnom prostredí
Psychomotorický vývin: sled zákonitých dynamických a štadiálnych zmien v oblasti motoriky, komunikácie, kognície, sociálneho správania, regulácie správania u detí raného veku

Cieľová skupina: celá populácia detí raného, predškolského a školského veku

Kompetencie

Poruchy vývinu jazyka a reči sú vážnym narušením v celkovom vývine dieťaťa. Ich diagnostika a terapia je dlhodobým viacodborovým procesom a vyžaduje konceptuálny prístup. Predpokladom úspešnej a efektívne zameranej odbornej činnosti, je tímová spolupráca odborníkov z viacerých vedných disciplín a to:
- *klinického logopéda*
- *klinického psychológa* - *neuropsychológa* (psychologická diagnostika intelektových, kognitívnych schopností a osobnosti detí, najmä s ohľadom na diferenciálnu diagnostiku rôznych psychosomatických, neurologických a psychiatrických ochorení, vyšetrenie aktuálnej vývinovej úrovne dieťaťa, konziliárne vyšetrenie, preventívny program, psychoterapia, krízová intervencia)
- *pediatra* - odosielanie v indikovaných prípadoch ku klinickému logopédovi - ambulantnému špecialistovi
- *ORL lekára, foniatra, audiológa* - vyšetrenie sluchu a artikulačných orgánov
- *neurológa, pediatrického neurológa* - neurologické vyšetrenie a klinické konzíliá
- *psychiatra, pedopsychiatra* - psychiatrické vyšetrenie v rámci diferenciálnej diagnostiky
- *genetika* - genetické vyšetrenie so zameraním na diagnostiku dedičných porúch a chorôb a genetického poradenstva
- *endokrinológa* - pri podozrení na hypofunkciu štítnej žľazy konzultácia a prípadné následné odoslanie na vyšetrenie
- *lekára so špecializáciou fyziater* - konziliárne vyšetrenia
- *fyziterapeuta* - poskytuje rehabilitáciu a prevenciu porúch motoriky a motorického vývoja

- *liečebného pedagóga , klinického liečebného pedagóga* - v prípade potreby podpora reziliencie, psychomotorického a psychosociálneho vývinu, hrová terapia, príprava dieťaťa na spoluprácu s odborníkom - v prípade potreby iných odborníkov

Tímový prístup pomáha vo fáze diferenciálnej diagnostiky, ale i v priebehu intervencie. Klinickí logopédi zohrávajú v procese skríningu, diagnostiky a terapie kľúčovú úlohu. Všetky deti s oneskorením vývinu reči a jazyka nepotrebujú byť plošne v starostlivosti všetkých odborníkov. Pediater odosiela do logopedickej ambulancie každé rizikové dieťa, alebo dieťa na základe pozitívnych výsledkov skríningových metód pri preventívnej pediatrickej prehliadke. Jedná sa o Skríning psychomotorického vývinu S - PMV. Pri podozrení na poruchy vývinu reči a jazyka, skríning dopĺňa Modifikovaný dotazník autizmu pre batoľatá M-CHAT a Test komunikačného správania. Následne je dieťa v sledovaní klinického logopéda, ktorý podľa potreby iniciuje ďalšie vyšetrenie. Klinický logopéd zároveň poskytuje v tejto oblasti poradenstvo a edukáciu pre rodinných príslušníkov aj odborníkov.

Úvod

Jazyk, ako špecificky ľudskú, uvedomelú, komunikačnú schopnosť zabezpečuje vrodený systém neurónových sietí, organizovaných v geneticky preddeterminovaných štruktúrach. Sú uložené v najmladších a najzložitejších oblastiach ľudského tela, v mozgovej kôre, na povrchu mozgových hemisfér. Svoju funkciu nemôžu plniť bez spolupráce s celým mozgom a s ostatnými časťami tela, ako sú pľúca a svaly. Zložité sústavy sa musia spájať, čím pomáhajú uskutočňovať zložité psychické procesy, vrátane reči a jazyka. (Ostatníková, 2003; Lurija,1983; Hrnčiarová, 2010)

Ak sa v ranom veku naruší niektorá kôrová oblasť, ktorá zabezpečuje hoci aj tú najjednoduchšiu psychickú činnosť, nevyhnutne vzniká ako sekundárny „systémový efekt" – nerozvinutie najvyšších, nad ňou uložených vrstiev. (Lurija, 1983 s. 90)

Proces získavania jazykových schopností sa môže označovať rôznymi termínmi. V logopedickej literatúre sa zvykne hovoriť o vývine reči, alebo ontogenéze reči ako o prirodzenom osvojovaní si materinského jazyka. Tento proces je charakteristický pre obdobie raného a predškolského veku a prebieha na základe vnútorných faktorov a vonkajších podnetov. Ak sú všetky podmienky v norme, všetky podstatné aspekty reči sa zavŕšujú okolo 6.roku života, pred nástupom do školy, kedy dieťa plne má osvojenú komunikačnú schopnosť.

Ako uvádza Kapalková (2019): Pod komunikačnou schopnosťou sa rozumie schopnosť dieťaťa používať jazyk ako systém znakov a symbolov podľa príslušných noriem v celej komplexnosti a vo všetkých formách, s cieľom realizovať určitý komunikačný zámer.

Osvojenie reči a jazyka však môže byť narušené, môžu ho sprevádzať rôzne deficity a ťažkosti v bežnej komunikácii s následnými problémami vo viacerých oblastiach, najmä v citovej a spoločenskej. Zároveň negatívnym dôsledkom bývajú narušené akademické schopnosti dieťaťa a sťažený vzdelávací proces.

Ak sa dieťa vo vývine reči a jazyka v porovnaní s rovesníkmi oneskoruje, ale nemá žiadne rizikové faktory v osobnej a rodinnej anamnéze a nepozorujú sa u neho patologické prejavy komunikácie, hovoríme o oneskorenom vývine reči. Oneskorenie sa môže omeškať maximálne o 6 mesiacov. Uvedený termín sa používa maximálne do 3,5 roku života.(Kapalková,2019)

V prípade, že proces osvojovania rečových a jazykových schopností po uvedenom fyzickom veku dieťaťa je narušený, hovoríme o poruchách vývinu reči a jazyka.

Mikulajová (in Kerekrétiová, 2016 s.14) uvádza definíciu narušeného vývinu reči (NVR) nasledovne: *„O narušenom vývine reči hovoríme vtedy, ak má dieťa narušenú schopnosť rozumieť hovorenej reči a/alebo vyjadrovať sa rečou v porovnaní s rovesníkmi. NVR sa v rôznych vekových obdobiach prejavuje rôznymi symptómami, klinický obraz poruchy sa vekom a vývinom mení."*

Poruchy vývinu reči a jazyka sú definované nejednotne. Najčastejšie používanými termínmi v angličtine boli specific language impairment (SLI), developmental speech-language disorder (DLD), late talkers, developmentally aphasic, vývinová dysfázia.
V marci 2017 informovala Dorothy Bishopová, Margaret J. Snowlingová, Paul A. Thompson, Trisha Greenhalgh, že skupina expertov z rôznych odborov a národností metódou Delphi schválila terminológiu v oblasti vývinových porúch reči a jazyka. Konzorciom odborníkov bol pre poruchy vývinu reči a jazyka schválený nový termín, a to development language disorders – DLD, vývinová jazyková porucha - VJP.
Ako uvádza Kapalková (2019), termín vývinová jazyková porucha jednoznačnejšie a presnejšie vystihuje podstatu poruchy.
VJP je považovaná za viacdimenzionálny deficit vo vývine jazykových a rečových schopností, ktorá zároveň spôsobuje ťažkosti v rozvoji kognitívnych, motorických, oromotorických, sociálnych, emocionálnych a priestorovo - orientačných zručností dieťaťa. Patrí medzi neurovývinové poruchy. Zároveň je strešným pojmom pre narušený vývin reči a jazyka rôznej etiológie, sociálno – komunikačnú poruchu a PAS (viď bližšie jednotlivé ŠDTP). (Bishop, 2010; Dlouhá, 2017; Mikulajová, 2009; Oravkinová, 2011; Neubauer a kol., 2016; Pospíšilová, 2018).
Modely deficitov porúch vývinu reči a jazyka sú v súlade s multifaktoriálnou etiopatogenézou s výrazným genetickým podielom, patológiami vo vývine CNS, komorbidným charakterom so vzájomným sa prekrývaním a tendenciou pokračovať do dospelosti. (Bishop, 2006, Pospíšilová,2018)
Poruchy vývinu reči a jazyka sa v Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH-10) radia medzi Špecifické poruchy reči a jazyka, ktoré sú súčasťou jedného z jedenástich oddielov piatej kapitoly, ktorá je doteraz platná na Slovensku. Ani zatiaľ posledné vydanie Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) z roku 2016, z ktorého vychádza aktualizovaná verzia pre rok 2018 s účinnosťou od 01.01.2019 neobsahuje vo vzťahu k uvedenej téme žiadne zmeny.
V zahraničí, najmä v anglosaských krajinách, sa od roku 2013 používa Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch (DSM-V) Americkej psychiatrickej asociácie (APA). V časti Neurovývinové poruchy (Neurodevelopmental Disorders) rozlišuje kategóriu Poruchy komunikačných schopností (Communication Disorder), do ktorej patrí aj narušený vývin reči, sociálna (pragmatická) komunikačná porucha a iné neurovývinové poruchy.
Ak dieťa spĺňa kritéria rizikového vývinu reči a jazyka, je nevyhnutné začať s logopedickou intervenciou čo najskôr, a to už od raného veku. Jeho vážnou komplikáciou v anamnéze sú neskôr špecifické poruchy školských zručností, ktorými sú písanie, čítanie, pravopis,praxia a počítanie. Výskumy potvrdzujú, že jazyk a reč sú dôležitým predpokladom pre osvojenie čítania a porozumenia prečítaného, preto výzvou sa stala raná identifikácia detí nimi ohrozených. Existujú dôkazy o tom, že väčšina detí s poruchami vývinu reči a jazyka má ťažkosti, ktoré pretrvávajú do dospelosti. (Conti - Ramdsen a Durkin, 2008; Kapalková, 2019; Mikulajová, 1996, 2012; Neubauer, 2016, Pospíšilová, 2018)

Klinické otázky:

1. Klinická otázka:

Ak by sa u dieťaťa potvrdil oneskorený rečový vývin (P), realizovala by sa logopedická terapia (I), znížili by sa prejavy vývinovej jazykovej poruchy (C) v porovnaní s deťmi, u ktorých by sa nerealizovala (O)?

Odporúčanie pre prax: Klinický obraz VJP sa v raných štádiách vývinu môže prelínať s klinickým obrazom OVR, preto je nevyhnutné sledovanie dieťaťa s odporúčaním ďalšieho vyšetrenia u odborníka.

2. Klinická otázka:

Ak by sa na základe obáv a neistoty rodičov o rečový vývin dieťaťa (P), zahájila včasná klinicko – logopedická intervencia (I), zlepšila by sa jeho komunikačná schopnosť (C) v porovnaní s deťmi, ktoré u ktorých sa logopedická terapia zahájila v neskoršom veku (O)?

Odporúčanie pre prax: Vytvoriť prostredie na vyjadrenie neistôt a obáv rodičov, vziať na vedomie informácie rodičov o dieťati a aktívne sa pýtať pri každej logopedickej terapii na progres vo vývine jazyka a reči. Poznanie determinantov vývinu jazyka a reči (zdravie, jazykový a rečový prejav rodičov, sociálne, pracovné podmienky a pod.) je nevyhnutné pri identifikácii porúch jeho vývinu.

3. Klinická otázka:

Ak by sa u detí s potenciálnym a identifikovaným rizikom (P), realizovala logopedická intervencia (I), znížili by sa prejavy vývinovej jazykovej poruchy (C) v porovnaní s deťmi, u ktorých by sa nerealizovala (O)?

Odporúčanie pre prax: Rizikové faktory sú vždy prediktorom vzniku porúch vývinu reči a jazyka, preto je nevyhnutná ich včasná identifikácia a porovnanie dosiahnutého skóre s normou. Pri identifikácii vývinových odchýlok má komplexná diagnostika (neurologická, psychologická, genetická....) kľúčový význam.

4. Klinická otázka

Ak sa prejavili poruchy vývinu jazyka reči u detí (P), použitím štandardizovaných skríningových nástrojov (I), by sa vyústilo do objektívnych záverov pre každé vývinové obdobie (C), oproti bežnému vyšetreniu (O)?

Odporúčanie pre prax: Klinicko - logopedická diagnostika vedie k správnej včasnej logopedickej terapii a intervencii. Závery vyšetrení je vhodné vytvárať na základe údajov z viacerých zdrojov.

5. Klinická otázka:

Ak by sa realizovala včasná logopedická terapia od 12. mesiaca veku dieťaťa (P) so zapojením rodičov ako koterapeutov (I), zlepšil by sa jazykový a rečový vývin dieťaťa (C), v porovnaní s terapiou realizovanou iba klinickým logopédom (O)?

Odporúčanie pre prax: Logopedická terapia je proces, ktorý vždy vychádza z diagnostického záveru, špecifikácie aktuálneho stavu vývinu jednotlivých oblastí psychomotorického vývinu s dôrazom na jazykové funkcie. Keďže terapia prebieha v prirodzenej hre a bežných domácich aktivitách s dôrazom na aktívnu zmysluplnú komunikáciu, je nevyhnutné vytvoriť individuálny plán so zapojením rodičov, ako koterapeutov.

6. Klinická otázka:

Ak by sa u dieťaťa potvrdila VJP (P)), realizovala by sa logopedická terapia (I), znížili by sa iných vývinových porúch, napr. porúch učenia (C), v porovnaní s tými deťmi, ktorým by sa klinicko – logopedická terapia neposkytla (O)?

Odporúčanie pre prax: Opakované, pravidelné sledovanie priebehu vývinu jazyka a reči môže odhaliť tú skupinu detí, u ktorých je VJP prekurzorom iných vývinových ťažkostí, napr. porúch učenia. Je nevyhnutné, aby u detí, ktorým bola diagnostikovaná VJP bola poskytnutá klinicko – logopedická terapia aj v školskom veku.

Prevencia

Vygotskyj (2017) uvádza, že v ontogenéze vrodené deficity dynamicky podmieňujú budúci vývin ďalších schopností a všetky schopnosti sú modulované vonkajšími podnetmi a vplyvmi. Preto úlohou a cieľom logopedickej prevencie je predchádzať, príp. eliminovať následky každej poruchy v oblasti vývinu reči a jazyka.

Tabuľka č. 1

Druhy logopedickej prevencie	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA
Primárna prevencia	Predchádzanie prípadom podmieneným nedostatočne stimulujúcim sociálnym prostredím, edukácia rodičov
Sekundárna prevencia	Ranná diagnostika detí s identifikovaným rizikom a deti s potenciálnym rizikom, poskytnutie efektívnej rannej intervencie. Sledovanie a monitorovanie dosahovania vývinových ukazovateľov v spolupráci s rodičmi. Kooperácia medzirezortnej starostlivosti
Terciárna prevencia	Deťom, u ktorých bola VJP diagnostikovaná a terapeuticky vedená - pretrvávanie VJP môže vážne narušiť akademické schopnosti, sociálne väzby

Podľa posledných smerníc ASHA v kapitole Prevention of Communication Disorders (Prevencia porúch komunikácie) prof. Bleszynski (in Neubauer, 2017 s.190) uvádza a dopĺňa úrovne prevencie:

1. šírenie osvety o logopédii zvyšovaním verejného povedomia a popularizácii otázok preventívnej logopédie a to najmä medzi odborníkmi ako sú lekári, psychológovia, sociálni pracovníci a kultúrne inštitúcie
2. včasná identifikácia porúch vývinu reči a čo najranejšia terapeutická intervencia
3. preventívne opatrenia a podpora jedincom, ktorí už majú diagnostikovanú poruchu komunikácie zameraná na obmedzenie alebo zníženie negatívnych následkov
4. rozvíjanie regulačných princípov a stratégií vo vzťahu k prostrediu, čo umožní uľahčenie fungovania jedinca v profesijnom a sociálnom svete, podľa štandardu (akéhokoľvek)

Epidemiológia

Odhad výskytu porúch vývinu reči a jazyka úzko závisí na kritériách, ktoré sa použijú pre túto diagnózu. Incidencia oneskoreného rečového vývinu je 10% populácie detí (Kapalková,2019).

Podľa Tomblin a kol. (1997) a Bishopovej (2010) je prevalencia vývinovej jazykovej poruchy približne 7,4%. Častejšie sa vyskytuje u chlapcov ako u dievčat, v pomere 4:1 (Neubauer a kol.2016).

Podľa Kapalkovej (2019) v populácii sa vyskytuje asi 7,58% jazykovej poruchy s nejasnou etiológiou a 2,34% spojenou s inou etiológiou (MP a/alebo iná medicínska diagnóza). Mikulajová (2016) uvádza výskyt jazykovej poruchy u slovensky hovoriacich detí od 3% do 10% u školskej populácie.

Dôležitou informáciou ohľadom výskytu je komorbidita s inými vývinovými poruchami, ktoré sa vzájomne môžu prekrývať. Samostatná porucha je skôr výnimkou než pravidlom.(Bishop, 2010, 2014,2017; Pospíšilová, 2018)

Bishop (2006) zároveň uvádza vyšší výskyt VJP v rodinách, kde sa už predtým objavila v starších generáciách.

Patofyziológia

V priebehu vývinu môžeme pozorovať jedincov s tzv. **oneskoreným vývinom reči (**OVR), pri ktorom ide o časovo oneskorený vývin reči a jazyka v sledovaných jazykových rovinách: lexikálno – sémantickej, morfologicko – syntaktickej, fonematicko – fonologickej a pragmatickej. Dieťa sa oneskoruje v jednej, alebo viacerých rovinách v porovnaní s rovesníkmi. Ak vývin reči nenapreduje

priaznivo, osvojovanie materinského jazyka neodráža normálny vývinový model, deti začnú vykazovať rečové a jazykové deficity. Oneskorený vývin reči dieťaťa sa preto pokladá za silný rizikový prekurzor VJP. (Mikulajová, 2009; Kapalková 2019)

Vývinová jazyková porucha sa podľa Kapalkovej (2019) môže vyskytovať:

- ako samostatná nozologická jednotka
- na báze inej etiológie

Rossetii a kol. (2001) rozlišuje nasledujúce rizikové kategórie detí z hľadiska výskytu VJP:

Tabuľka č. 2

Rizikové kategórie detí z hľadiska výskytu VJP	
Štandardné postupy — ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA	
Deti s identifikovaným rizikom	**Deti s potenciálnym rizikom**
s genetickou poruchou	deti s NPH (pod 1500 g)
s chromozómovou anomáliou	predčasne narodené
s neurologickým ochorením	rodičov s duševnou chorobou
s vrodenou malformáciou (rázštep)	rodičov so závislosťou
s poruchou metabolizmu	z málo podnetného prostredia a iné
so senzorickým deficitom	
s prekonaným vážnym infekčným ochorením a iné	

1.Vývinová jazyková porucha - ako samostatná nozologická jednotka

Ak je jazyková porucha primárnou diagnózou a nie je symptómom iných syndrómov, ktorý by ho vysvetľoval, považuje sa za samostatné ochorenie. (Mikulajová, 2016)

V niektorých neanglicky hovoriacich krajinách sa doposiaľ pre označenie uvedenej diagnózy používa termín vývinová dysfázia. (Dlouhá, 2017; Pospíšilová, 2018)

Nový termín vývinová jazyková porucha ju jednoznačnejšie vystihuje. Podstatou ochorenia je vývinový charakter, ktorý sa dá definovať ako stav, keď ochorenie sprevádza dieťa celý život, len kvalita pozorovaných symptómov sa vekom mení (Mikulajová, 2016). Vývinová dysfázia, ako samostatná nozologická jednotka, bola opísaná Mikulajovou a Rafajdusovou (1993) nasledovne: Dysfázia v rôznej miere zasahuje expresiu a impresiu vo všetkých rovinách jazyka. Úroveň jazykových schopností je výrazne horšia ako sa očakáva pri danom neverbálnom intelekte. Prekračuje rámec fatickej poruchy. Charakteristická je vývinová variabilita, z dôvodu vyvíjajúceho sa mozgu. Funkčné systémy sa vyvíjajú deficitne kvôli narušenému základu. Je to vrodené difúzne mozgové poškodenie alebo dysfunkcia centrálnej nervovej sústavy, ktoré postihuje tzv. rečové zóny mozgu ľavej hemisféry a okrem toho môže zasahovať aj do iných oblastí mozgovej kôry.

Definície vývinovej dysfázie, t. j. vývinovej jazykovej poruchy pri normálnej neverbálnej inteligencii vylučujú výskyt jazykovej poruchy u detí s mentálnym postihnutím. U MP sa poruchy jazyka chápu ako súčasť profilu poruchy kognitívnych funkcií.

Na VJP je teda vhodné sa pozerať ako na syndróm porúch jazyka s vlastnou etiológiou. Je to vrodená porucha osvojovania rečových schopností, ktorá zasahuje celú osobnosť. Radí sa medzi neurovývinové

poruchy. (Mikulajová, Kapalková, 2005; Škodová, Jedlička, 2007; Dlouhá 2017; Mok a kol. 2014; Neubauer a kol., 2016; Smolík, Malková,2014)

VJP sa môže prejaviť u detí, keď rečový prejav dieťaťa:
- zaostáva za ostatnými deťmi rovnakého veku
- nevzniká v dôsledku porúch alebo straty sluchu, fyzickej abnormality, získaného poškodenia mozgu alebo nedostatku jazykových skúseností
- nie je súčasťou oneskorenia celkového vývinu

Etiológia vzniku VJP nie je do súčasnosti jednoznačná. no prioritne sa jedná o:
(Dlouhá, 2017; Mikulajová,2009, 2016; Neubauer, 2016; Smolík – Malková, 2014;
Vydrová a kol. 2015;Škodová, 2015; Žukova a kol, 2016)

- **postihnutie vývinu kognitívnych funkcií** vplyvom vrodeného alebo včasne postnatálneho poškodenia mozgu; uznávaný vplyv poškodenia už v priebehu tehotenstva a vplyv dedičnosti; do súčasnosti preferované difúzne, nie ložiskové postihnutie CNS
- **rizikové tehotenstvo, alebo komplikovný pôrod**
- **porucha maturácie CNS** – porucha maturácie CNS a oneskorené dozrievanie rečových a sluchových centier a ich prepojenie (analýza výsledkov zobrazovacích metód, najmä Mri)
- **polygénna multifaktorálna dedičnosť** - čo sa týka rozdielu výskytu pohlaví, chlapcom stačí menej zmutovaných génov, prípadne menší rozsah vonkajších vplyvov na rozvinutie vývinovej jazykovej poruchy
- **vplyv vonkajšieho jazykového prostredia** – viacjazyčná výchova u detí s rizikovým neurosenzorickým vývinom
- **genetické faktory, pozitívna rodinná anamnéza**
- **oneskorený vývin reči v ranom veku**

Niektorí autori vývinové poruchy reči a jazyka pripisujú poruchám sluchového spracovania zvukových a rečových signálov (*auditory processing disorder, central auditory processing dissorder*) v dôsledku narušeného senzorického vývinu už v intrauterinnom vývine mozgu, zvlášť u rizikových, nedonosených detí, detí s NPH nižšou než 1500g. (Dlouhá, 2017)

2. Vývinová jazyková porucha na báze inej etiológie
Vývinová jazyková porucha môže koexistovať ako sprievodný jav iných porúch vývinu osobnosti, alebo získanej diagnózy v ranom, predškolskom, alebo školskom veku. Samotná povaha hlavnej diagnózy je prekážkou normálnemu vývinu jazykových schopností a ich vývin bude ovplyvňovaný primárnou poruchou, alebo diagnózou dieťaťa. Porucha, alebo diagnóza dieťaťa je vážnejšia, ako vývin reči u dieťaťa. (Mikulajová, in Kerekrétiová, 2016)

Patria sem :

Tabuľka č. 3

Vývinová jazyková porucha na báze inej etiológie	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA
Deti s vrodenými poruchami alebo postihnutím	**Deti so získanými ochoreniami a úrazmi CNS**
s narušeným vývinom intelektu	s úrazmi hlavy
s poruchami autistického spektra (PAS)	s nádormi mozgu a iných orgánov
s poruchami sluchu	s prekonanými infekčnými ochoreniami (meningitídy, encefalitídy, otitídy a pod.)
s poruchami zraku	s metabolickými poruchami (diabetes mellitus, histidinémia a pod.)
s detskou mozgovou obrnou	s psychiatrickými diagnózami
s tvárovými rázštepmi	s Landauovým - Kleffnerovým syndrómom pri epilepsii
s kombinovaným postihnutím	s iným ochorením / úrazom
s iným postihnutím	

V klinickej praxi sa vývinová jazyková porucha môže objaviť u detí s rovnakou závažnosťou primárneho postihnutia, ale s výrazne odlišnými komunikačnými schopnosťami. Príkladom môžu byť deti s kochleárnym implantátom, ktoré si nedokážu osvojiť hovorenú reč na očakávanej úrovni. Jazyková porucha sa tu vyskytuje ako samostatný problém popri prejavoch hlavného ochorenia, ale jeho etiopatogenézu bližšie nepoznáme. (Mikulajová, 2016)
Osobitnú kategóriu tvoria deti s narušenou komunikačnou schonosťou pri PAS a sluchovom postihnutí, ktoré tvoria samostatnú oblasť problematiky (viď ŠDTP).

Klasifikácia

Podľa MKCH -10

Tabuľka č. 4

Syndrómy VJP podľa MKCH - 10	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA
Hlavná kategória	**Podkategórie**
F80. Špecifická vývinová porucha reči a jazyka	
	F80.0 Špecifická porucha artikulácie reči
	F80.1 Expresívna porucha reči
	F80.2 Perceptívna (receptívna) porucha reči
	F80.20 Porucha sluchového vnímania a spracovania
	F80.28 Iná perceptívna porucha reči
	F80.3 Získaná afázia s epilepsiou (Landauov – Kleffnerov syndróm)
	F80.8 Iná vývinová porucha reči a jazyka
	F80.9 Vývinová porucha reči a jazyka, bližšie neurčená

Mikulajová (2016) uvádza klasifikáciu Rapinovej a Allenovej , ktoré opisujú syndrómy VJP, ako samostatnej nozologickej jednotky, podľa postihnutia alebo deficitu jazykových schopností:

Tabuľka č. 5

Syndrómy VJP	
Standardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA
Fonologiko - syntaktický syndróm	nesprávna výslovnosť, neplynulá reč, krátke a negramatické výpovede, porucha porozumenia zložitejších viet a abstrakcií, dysfunkcia oromotoriky, sémantika, pragmatika, prozódia relatívne v norme
Syndróm deficitného fonologického programovania	tvorba reči bez väčších ťažkostí, tvorba dlhých viet, rečový prejav nezrozumiteľný, porozumenie dobré
Verbálna dyspraxia	ťažká porucha verbálnej komunikácie, oromotorická dyspraxia, tvorba krátkych viet, rečový prejav nezrozumiteľný, porozumenie adekvátne
Verbálna sluchová agnózia	percepčná porucha ťažkého stupňa, neporozumenie hovorenej reči, chápanie významu gest
Lexikálno - syntaktický syndróm	ťažkosti s vybavovaním pojmov, aktualizáciou slov, formovaním súvislej reči, tvorba krátkej vety, jednoduchá gramatika, ťažkosti porozumenia abstraktných pojmov
Sémanticko - pragmatický syndróm	ťažkosti v porozumení obsahu a pri vyjadrovaní, obsah výpovedí bizarný, možné prítomné echolálie

Klasifikácia jazykovej poruchy z hľadiska globálneho prejavu : (Dlouhá, 2017)

Tabuľka č. 6

Klasifikácia jazykovej poruchy z hľadiska globálneho prejavu	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA
Receptívna (percepčná) vývinová porucha reči	Narušená rečová percepcia je jedným z primárnych deficitov, ktorý môže vysvetliť narušený fonologický vývin, tvorbu slov a nesprávne porozumenie slovám. Deti majú ťažkosti v detekcii sledov podnetov v čase (určenie poradia počutých tónov). Niektoré deti majú poruchu zodpovedajúcu akustickej agnózii, poruchu pozornosti alebo kognitívnu poruchu a oneskorenie abstraktného a symbolického myslenia. Porucha fonematického sluchu spôsobuje ťažkosti so sluchovým rozlišovaním zvukovo podobných foném, slabík, alebo slov. Veľmi dlho pretrváva neschopnosť rozoznávať fonologické opozície, najmä znelosť/ neznelosť. Rad ťažkostí má vplyv na percepciu a realizáciu viacslabičných slov.
Expresívna vývinová porucha reči	Pozorovaný je aberantný vývin vyjadrovacích schopností . Porozumenie reči nie je porušené, maximum deficitov je v rečovej expresii. Aktívna slovná zásoba sa vyvíja pomaly, deti mávajú vlastný slovník, viazne syntéza slabík do slov a syntéza slov do správnej vetnej štruktúry. Rečový prejav býva agramatický, nezrozumiteľný. Dlho prevažuje neverbálna komunikácia. Dieťa hovorí neplynulo, tvorí krátke vety, s nesprávnym slovosledom.
Zmiešaná forma vývinovej poruchy reči	Symptómy sa môžu vzájomne prelínať. Ide o kombináciu deficitov receptívnej a expresívnej vývinovej poruchy reči a jedná sa o jej najčastejší prejav.

Klinický obraz

Syndróm jazykovej poruchy sa označuje ako viacdimenzionálny deficit vo vývine rečových schopností dieťaťa, ktorý je podmienený drobným difúznym poškodením CNS. Klinický obraz VJP má syndrómový charakter, je rozmanitý, záleží na type a stupni jazykovej poruchy, prítomnosti komorbidity, veku dieťaťa a osobnostnom profile (Smolík, 2014).

Keďže v súčasnosti hovoríme o multifaktoriálnom pôvode vzniku VJP a na vzniku VJP sa podieľajú dva genetické faktory a jeden faktor z prostredia, vysvetľuje sa variabilita klinických prejavov (Newburyová, 2005).

Hlavné príznaky a symptómy: nedosiahnutie vývinových míľnikov, nedosiahnutie markerov intelektového vývinu, nedostatok kognitívnych a exekutívnych funkcií, deficitné motorické a psychomotorické zručnosti a znížená schopnosť učiť sa. U rizikových detí môžeme už v období 8-12 mesiacov pozorovať nedostatok iniciatívy, aby získali pozornosť iného, nenadväzujú očný kontakt. U detí je pozorovaný deficit pohľadov a vokalizácií, t.j. chýba komunikačný zámer. Indikátorom rizika je, ak dieťa koncom prvého a v druhom roku nepoužíva na komunikáciu gestá, ktoré sa považujú za prediktory komunikácie (Mikulajová, 2016).

Podľa Kapalkovej (2010) za orientačné známky oneskoreného vývinu reči a signály možného vzniku VJP sa uvádza, ak dieťa vo veku 24 mesiacov:

- nemá komunikačný zámer, nepoužíva gestá
- nehovorí okolo 50 slov a nezačína tvoriť dvojslovné spojenia
- má výrazne lepšie porozumenie ako hovorenú reč
- alebo má slabé porozumenie reči
- reč dieťaťa je nezrozumiteľná pre blízkych (má osvojených menej ako 10 slov).

Po treťom roku sa VJP prejavuje špecifickými symptómami. Dominantným komunikačným deficitom je porucha rozvoja individuálneho jazykového systému, zotrvávanie na úrovni používania obmedzeného rozsahu slovných výrazov a gramatických pravidiel s obmedzenou zrozumiteľnosťou rečového prejavu. Pre VJP sú charakteristické ťažkosti pri tvorbe viet a gramatickej stavbe viet, a to v spontánnej reči aj pri opakovaní. Vety sú tvorené štylisticky neprávne, s nesprávnym používaním predložiek a spojok. Námaha a neistota vedie k obmedzenej komunikácii a neochote hovoriť. Dieťa sa vyjadruje ťažko, má obmedzený slovník a veľkému množstvu výrazov niekedy nerozumie. Mozgová dysfunkcia môže spôsobiť deficity aj v nejazykových oblastiach, ktorá sa prejaví v motorike, poznávacích schopnostiach a emocionalite. Ako dominantný kognitívny deficit sa môže označiť zaostávanie vo vývine zrakovej a sluchovej diferenciácie, porucha pozornosti, hyperaktivita. V motorike pozorujeme poruchu koordinácie pohybov, poruchu v oromotorike, grafomotorike, v neobratnosti rúk a v nesprávnej pravo – ľavej orientácii.

Peutelschmiedová a Vitásková (2005) uvádzajú príznaky v oblasti:
- neurologickej, audiologickej, foniatrickej
- príznaky vyplývajúce z psychologických a špeciálno - pedagogických vyšetrení
- príznaky vyplývajúce z motorických deficitov.

Autorky vo svojej publikácii (2005, s.44) do prvej menovanej skupiny príznakov (neurologické, foniatrické, audiologické) zaradzujú „absenciu kôrových odpovedí na komplexné verbálne podnety, predĺženú latenciu medzi III. a V. vlnou na BERA, epi nález bez prejavov epilepsie. K ďalšej skupine patrí napr. porucha pozornosti, psychomotorický nepokoj, organicita, ľahká unaviteľnosť, poruchy farbocitu a ďalšie. Do poslednej skupiny sú zaradené poruchy vnímania, ktoré sa prejavujú v tzv. stereognózii (manuálna identifikácia tvarov bez zrakovej kontroly). Klinický obraz každého dieťaťa s VJP je jedinečný a kombinujú sa v ňom deficity v oblasti jazykových a nejazykových schopností. (Bishop, 2010; Mikulajová, 2009, 2012; Pospíšilová, 2018; Tubele 2016)

Tabuľka č. 7

Deficity v oblasti jazykových a nejazykových schopností	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA
Deficity v oblasti jazykových schopností	**Deficity v oblasti nejazykových schopností**
- obmedzený slovník - aktívny, pasívny - neschopnosť vyhľadať správny pojem - vety obsahujú gramatické chyby a majú nesprávnu štruktúru - používanie jednoduchých viet - opakovanie fráz alebo slov, neschopnosť adekvátne vyjadriť myšlienky, pocity, nápady - ťažkosti s porozumením významov slov, abstraktných pojmov - znížené naratívne schopnosti - ťažkosti pri poskytovaní informácie iným osobám - echolálie - narušené opakovanie pseudoslov - artikulačné poruchy - spoliehanie sa na vizuálne informácie - malý počet komunikačných gest	- znížená verbálno akustická pamäť - nepomer medzi verbálnou a neverbálnou zložkou intelektu - deficity poznávacích schopností - zaostávanie vo vývine zrakovej a sluchovej diferenciácie, narušená identifikácia a reprodukcia rytmov (dysrytmia), rýmov, melódií - porucha aktivity - porucha pozornosti a koncentrácie - hyperaktivita - psychomotorický nepokoj - ľahká unaviteľnosť - znížené motorické a oromotorické zručnosti - neobratnosť rúk, poruchy koordinácie pohybov, poruchy grafomotoriky - poruchy pravo-ľavej orientácie - poruchy emocionality

V nasledujúcej tabuľke uvádzame prehľad rizikových faktorov a prejavov vo vývine komunikačných a jazykových schopností (American Speech-Language-Hearing Association; Horňáková - Kapalková – Mikulajová, 2005; Mikulajová, 2012; Filičeva, 2017; Krupenčuk, 2016; Pospíšilová, 2018, Žukova, 2016)

Tabuľka č. 8

Prehľad rizikových faktorov vo vývine komunikačných a jazykových schopností					
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA					
6 - 12 mesiacov	**12 - 24 mesiacov**	**24 - 36 mesiacov**	**36 - 48 mesiacov**	**v 5. roku života**	**v 6. roku života**
v 6. mesiaci: - dieťa nereaguje, alebo neadekvátne reaguje na zvuk, alebo hlas **v 9. mesiaci:** - dieťa nereaguje na meno - neobjavujú sa prvé gestá **v 12. mesiaci:** - pretrvávanie džavotu, neobjavujú sa prvé slová - nepoužívanie gest na komunikáciu	**v 12. - 15. mesiaci:** - neporozumenie reči dospelého a nesplnenie jednoduchých príkazov **v 18. mesiaci:** - dieťa používa menej ako 50 slov, nemá komunikačný zámer (obmedzený aktívny slovník - nezáujem o hry rozvíjajúce jemnú motoriku **v 24. mesiaci:** - dieťa používa menej ako 200 slov - dieťa netvorí dvojslovné vety - pretrváva džavot - nepomenuje členov rodiny	**v 30. mesiaci:** - netvorí jednoduché vety a neodpovedá na otázky; nemá záujem o komunikáciu; má výrazne ťažké vyjadrovacie schopnosti **v 36. mesiaci:** - má osvojené veľké množstvo výrazov, ktorým okolie nerozumie - má ťažkosti pri tvorbe viet - nerozumie bežným príkazom - dieťa je neisté v komunikácii a odmieta komunikovať - dieťa je v prejave neplynulé	- dieťa je „slabým“ komunikačným partnerom - má obmedzený rozsah slovných výrazov a gramatických pravidiel - netvorí súvetia - nedokáže porozprávať zážitok - nezapája sa do symbolickej hry, nestrieda rolu v hrách - po štvrtom roku komolí slová, reč je nezrozumiteľná	- ťažkosti v spontánnej reči, netvorí štylisticky správne vety - ťažkosti aj v nejazykových oblastiach - nezáujem o sociálny kontakt - obmedzený repertoár záujmov - pretrvávanie porúch pozornosti a hyperaktivita	- zotrvávanie na úrovni používania obmedzeného rozsahu slovných výrazov a gramatických pravidiel s obmedzenou zrozumiteľnosťou rečového prejavu - tvorba štylisticky nesprávnych viet s nesprávnym používaním predložiek, spojok a pod. - problém opakovania viacslabičných slov

Na základe komparácie symptomatológie všetky poruchy vývinu jazykových schopností zasahujú oblasť lexikálno - sémantickú, morfologicko - syntaktickú, foneticko - fonologickú i pragmatickú:

Tabuľka č. 9

Príznaky porúch vývinu reči a jazyka v jazykových rovinách	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA
Lexikálno - sémantická rovina	U detí je pozorovaný veľký nepomer medzi pasívnym a aktívnym slovníkom, pričom prevaha pasívneho slovníka dostáva extrémny, pretrvávajúci charakter. Deti majú ťažkosti s budovaním slovnej zásoby, čím reč dieťaťa sa hodnotí ako chudobná.
Morfologicko - syntaktická rovina	Dysgramatizmus sa prejavuje ťažkosťami pri tvorbe viet a v gramatickej stavbe, v spontánnej reči aj pri opakovaní viet. Z aspektu morfológie často výrazne prevládajú substantíva nad ostatnými slovnými druhmi. Z hľadiska syntaxe je pozorovaný narušený slovosled. Pri vyjadrovaní sa deti riadia akútnosťou potrieb.
Fonematicko - fonologická rovina	Ťažkosti verbálneho prejavu sú prejavom poruchy vo vnímaní alebo v rozlišovaní zvukov reči. Porucha fonematického sluchu spôsobuje ťažkosti so sluchovým rozlišovaním zvukovo podobných hlások, slabík a slov. Veľmi dlho pretrváva neschopnosť rozlišovať fonologické opozície, najmä znelosť a neznelosť. Deti majú poruchu krátkodobej fonologickej pamäti, ktorá spôsobuje vo vývine reči nedokonalú fixáciu rečových vzorov.
Pragmatická rovina	Veľmi dôležitým aspektom, ktorý dieťa musí v rámci vývinu reči zvládať je pragmatika, t.j. schopnosť využívať jazykové prostriedky v komunikácii s ľuďmi a s ich pomocou ľudí ovplyvňovať. U dieťaťa s VJP sa deficity sa premietajú do pragmatickej roviny, kedy reč neslúži na komunikáciu s okolím v zmysle upútania pozornosti a dosiahnutia komunikačných cieľov, nemá konverzačné schopnosti, neschopnosťou udržať tému a javí sa ako neproduktívna. Dialóg sa prejavuje neverbálnou komunikáciou. Dieťa nevyhľadáva spoločné hry a aktivity.

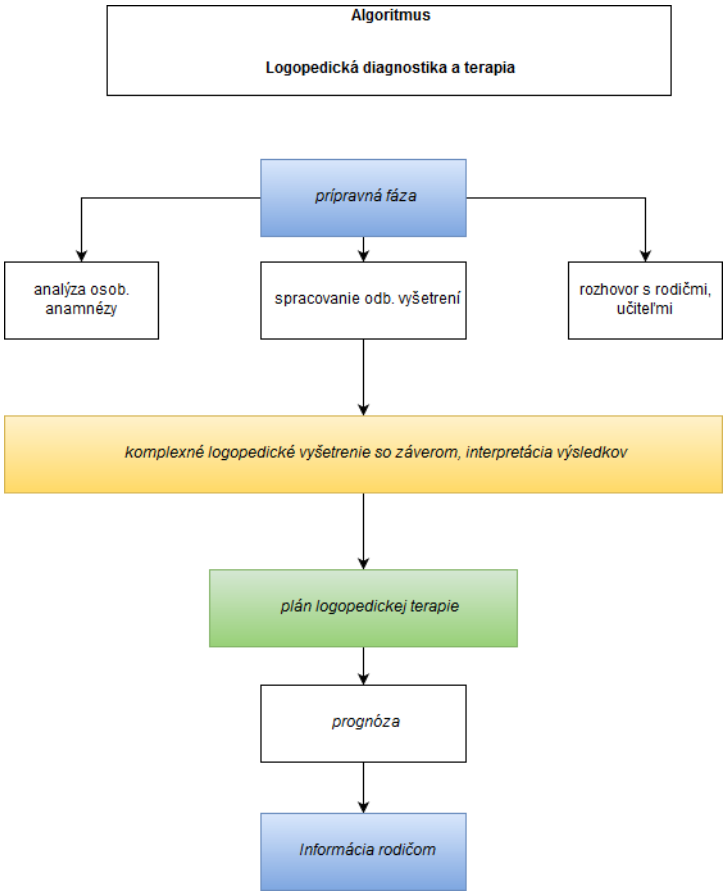
Diagnostika I Postup určenia diagnózy

Pre správne určenie logopedickej diagnózy je nevyhnutný komplexný a multidisciplinárny prístup, avšak primárnu úlohu v procese diagnostiky zohráva klinický logopéd. Do logopedickej ambulancie odosiela detský lekár každé dieťa s identifikovaným a potenciálnym rizikom a dieťa na základe pozitívnych výsledkov skríningov v rámci preventívnej prehliadky. Úlohou klinického logopéda je podrobnou diagnostikou odhaliť celú syndromológiu narušení jazykových a nejazykových deficitov u dieťaťa a vylúčiť iné príčiny ich vzniku. Z uvedeného dôvodu je nutná spolupráca s participujúcimi odborníkmi. Aj napriek tomu, že ide o diagnózu s vysokou hereditou, neexistujú zatiaľ diagnostické metódy formou laboratórnych vyšetrení a genetických testov. Základom vyšetrenia je posúdenie nielen jazykového a rečového systému dieťaťa, ale celého psychomotorického vývinu. Možnosti diagnostiky závisia od veku dieťaťa. (Pospíšilová, 2018)

Diagnóza aj závažnosť poruchy sa stanovuje na základe:

1 detailných anamnestických údajov a analýzy objektívnych ťažkostí uvedených rodičmi
2 klinického pozorovania
3 hodnotenia spontánnej reči dieťaťa v konverzácii počas hry

4 výsledkov vyšetrenia neverbálnych a verbálnych jazykových schopností pomocou špecificky zameraných testov sledovania výkonu dieťaťa v čase pod vplyvom terapie



Klinický obraz VJP sa v raných štádiách vývinu môže prelínať s klinickým obrazom OVR. Vo všeobecnosti môžeme povedať, že pri OVR dieťa začne rozprávať neskôr oproti rovesníkom, ale jeho jazykové a rečové funkcie sa ďalej vyvíjajú intaktne. Dieťa vo vývine reči rýchlo napreduje a v predškolskom veku dosahuje rovnaké jazykové a rečové zručnosti ako jeho rovesníci. Naopak pri VJP môže začať dieťa rozprávať načas, prípadne sa v osvojovaní si rečových a jazykových zručností oneskoruje, avšak jednotlivé vývinové míľniky nedosahuje v primeranej kvalite a/alebo poradí. (Mikulajová, 2009; Kapalková 2019)

Diferenciálna diagnostika OVR a VJP

Tabuľka č. 10

Diferenciálna diagnostika OVR a VJP		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA	
	Oneskorený vývin reči	**Vývinová jazyková porucha**
Anatomické a morfolog. abnormality	-	+/-
Normálny intelekt	+	+
Zachovaný zrak, sluch	+	+
Rodinné prostredie	+/-	+/-
Rečový vzor podľa noriem	+/-	+/-
Porozumenie reči	+	+/-
Predverbálne schopnosti	+	-
Časové oneskorenie vo vývine reči	+	+
Intaktný rečový vzorec	+	-
Rovnomerný vývin osobnosti	+	-
Deficity osvojovania jazykových schopností	-	+
Deficity osvojovania kognitívnych procesov	-	+
Deficity v motorických zručnostiach	+/-	+
Deficity rozvoja osobnosti	-	+
Záujem o komunikáciu	+	+/-
Rýchla úprava	+	-

Diferenciálna diagnostika VJP s inou častejšou diagnózou

Tabuľka č. 11

Diferenciálna diagnostika VJP s inou častejšou diagnózou						
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA					
	porucha sluchu	**mentálne postihnutie**	**VJP expresívna**	**VJP receptívna**	**VJP zmiešaná**	**autizmus a PAS**
porozumenie	narušené	zodpovedá intelektu	minimálne narušené	narušené	čiastočne narušené	narušené
expresívna reč	narušená	zodpovedá intelektu	narušená	čiastočne narušená	čiastočne narušená	narušená
neverbálna komunikácia	bez porúch	zodpovedá intelektu	dobrá	dobrá	mierny deficit	výrazne narušená
kognitívne zručnosti	v norme	výrazne narušené	v norme	v norme	v norme	v norme alebo zhoršené
sociálne zručnosti	v norme	zodpoveda-júce mentálnemu veku	v norme	mierny deficit alebo v norme	mierny deficit alebo v norme	výrazne narušené
hra	v norme	zodpoveda-júce mentálnemu veku	v norme	mierny deficit alebo norma	mierny deficit alebo norma	narušená

Od 0 do 6 mesiacov neexistujú kvantitatívne kritéria pre hodnotenie rečového vývinu dieťaťa.
Absencia reduplikačného džavotania vo veku medzi 5. -12. mesiacom sa považuje silný rizikový marker pre ďalší vývin reči. Ďalšími znakmi normálneho vývinu rečových prekurzorov sú: schopnosť dieťaťa zameriavať pohľad na tváre a predmety, schopnosť dieťaťa zameriavať sluchovú pozornosť na výrazné zvuky, frekventované a zreteľné vokalizovanie dieťaťa, zjavné potešenie dieťaťa z raných vokalizačných hier s matkou – tzv. manifestácia sociálneho príklonu, optimálny emocionálny status dieťaťa a matky a normálna schopnosť matky prejavovať tzv. intuitívne rodičovské správanie rozvíjajúce komunikáciu batoľaťa. (Owens,2008; Diettrichová a kol. 2004)
Po prvom polroku sa u dieťaťa objavuje najdôležitejší prekurzor pre reč a tým je pragmaticko-komunikačný znak, tzv. zámerná komunikácia, ako zárodok raných neverbálnych komunikačných aktov, počas ktorých dieťa zreteľne prejaví zameranie spoločnej pozornosti s matkou (alebo inou osobou) na určitý predmet a prejaví zámer bazálnej komunikácie. Prejavuje sa vo forme raného ukazovania na predmet. Dieťa tieto prvé komunikačné akty realizuje gestom, pohľadom , pohybom tela, ukazovaním, vokalizovaním. Vývin týchto raných konverzačných aktov a vývin gest je pre logopéda spoľahlivým diagnostickým znakom na odhalenie rizikových detí v období pred tvorbou prvého slova, cca od 8 – 12 mesiacov veku. (Kapalková, in Kerekrétiová 2009)
Zdrojom informácií o predpokladoch pre normálny vývin reči dieťaťa je aj kvalita jeho vokalizácií a džavotania, hoci predverbálny fonologický vývin reči je vysoko variabilný. Takýmto je napr. veľmi nízky fonetický repertoár, výskyt atypických zvukov a nízky výskyt pravých spoluhlások v prehovoroch džavotania. Hodnotenie tejto oblasti má význam napríklad pre deti narodené s rázštepom podnebia . Za

samostatný rizikový marker sa považuje aj obava matky o reč svojho dieťaťa, ktorá je vždy indikátorom na odoslanie na logopedické vyšetrenie, a to v akomkoľvek veku. Matky dokážu veľmi citlivo vyhodnotiť normalitu a abnormalitu rečového vývinu vlastného dieťaťa. (Oravkinová, 2011)
Diagnostiku v ranom veku realizuje klinický logopéd hlavne formou nízkoštruktúrovaných prístupov najčastejšie analýzou vzorky spontánnej reči v prirodzenom prostredí a pozorovaním dieťaťa, najčastejšie v hre. Podľa veku a spolupráce dieťaťa sa vyšetrenie dopĺňa sledovaním cieľových oblastí. V predškolskom a školskom veku realizuje klinický logopéd diagnostiku prevažne pomocou klinicko – logopedického vyšetrenia a vysokoštruktúrovaných prístupov.

Diagnostika jazykových a rečových funkcií

Tabuľka č. 12a

Diagnostika jazykových a rečových funkcií		
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA	
Hodnotené oblasti vývinu	**Diagnostické nástroje**	**Vek dieťaťa**
Porozumenie	**Klinicko - logopedické vyšetrenie** **Test komunikačných schopností** **TEKOS I:** Slová a Gestá **TEKOS II:** Slová a vety (Kapalková a kol. 2010) V indikovaných prípadoch sa oprieť o: **Analýza porozumenia viet v slovenčine** (Marková, Cséfalvay, Mikulajová, Schofelová, 2015), vydavateľstvo UK, Bratislava 2015	8 - 36 mesiacov 6 - 10 rokov
Pragmatická rovina	**Klinicko - logopedické vyšetrenie** V indikovaných prípadoch sa oprieť o : **Klinické hodnotenie prekurzorov vývinu pragmatiky** (Slančová, D., 2008) **Hodnotenie komunik. správania detí** (Kapalková, 2009)	
Gramatická rovina	**Klinicko - logopedické vyšetrenie :** **Laheyovej model** (Lahey, 1988; Mikulajová, Horňáková, 1998) - sleduje tri línie v 8 štádiách vývinu reči : jazykovú formu, významovú stránku reči a pragmaticko-komunikačné uplatnenie V indikovaných prípadoch sa oprieť o : **Vývin gest v rannom veku** (Kapalková, 2005; Kapalková in Slančová, 2008; 2018) **GPsK**. (Slančová, 2018: opisový spôsob hodnotenia reči, ktorého základom je kvalitatívny spôsob hodnotenia	12 - 72 mesiacov 18 - 36 mesiacov

Tabuľka č. 12b

Diagnostika jazykových a rečových funkcií		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA	
Hodnotené oblasti vývinu	**Diagnostické nástroje**	**Vek dieťaťa**
Gramatická rovina	**Test komunikačných schopností** **TEKOS II. Slová a vety** (Kapalková a kol. 2010) **Gramatické posudzovanie ako hodnotiaci nástroj vývinu gramat. schopností u detí** (Kapalková - Pyšná, 2015)	
Lexikálno-sémantická rovina	**Klinicko - logopedické vyšetrenie** **Test komunikačných schopností** **TEKOS I:** Slová a Gestá **TEKOS II:** Slová a vety (Kapalková a kol. 2010) **Laheyovej model** (Lahey, 1988; Mikulajová, Horňáková, 1998) V indikovaných prípadoch sa oprieť o: **Vyšetrenie narativnych schopností -** Klinické hodnotenie narativnych schopností (Kapalková - Pyšná, 2012, Kapalková - Slovačková, 2013) - kvalitatívne klinické hodnotenie	8 - 36 mesiacov 12 - 72 mesiacov
Foneticko-fonologická rovina	Pozri ŠDTP Dyslália, kapitolu Diagnostika	od 2 rokov

Test komunikačných schopností TEKOS I: Slová a Gestá a TEKOS II. Slová a vety umožňuje kvantitatívne stanovenie úrovne vývinu reči dieťaťa. Ide o test formou dotazníkov pre rodičov, v ktorom hodnotia komplexné komunikačné správanie a reč dieťaťa vo veku 8 – 36 mesiacov. Oba prístupy mapujú úroveň komunikácie dieťaťa z hľadiska pragmatického, lexikálnosémantického a morfosyntaktického. Za rizikové deti sa považujú všetky deti, ktorých výkon v oblasti aktívnej slovnej zásoby je nižší ako desať percentil. (Kapalková a kol.2010)

Laheyovej model vývinu reči zachytáva predškolský vek dieťaťa. Metodologicky vychádza zo snímania a analýzy voľnej rečovej produkcie dieťaťa v prirodzenej komunikačnej situácii. Jazykový prístup M. Laheyovej spočíva v tom, že pracuje s pojmom jazyk, nie s pojmom reč.

Laheyová rozlišuje tri základné dimenzie jazyka:
1.obsah - o čom sa hovorí alebo čo v reči rozumieme. Prvá dimenzia predstavuje význam (sémantiku) reprezentovaný v reči. Obsah sa vyvíja počas celého života, je všeobecný, univerzálny. V obsahu rozlišujeme tri kategórie: predmety, vzťahy medzi predmetmi a vzťahy medzi dejmi.
2. forma - zvuky, ich kombinácie a gramatické pravidlá. Prenos informácie môže prebiehať pomocou zvukov, pohybmi, alebo postavením rúk. Patria sem aj suprasegmentálne aspekty reči, ako sú prízvuk,

intonácia, rytmus. Forma jazyka má tri kategórie: fonológiu, morfológiu a syntax, ktoré podliehajú systému pravidiel – gramatike.
3. použitie - tretia dimenzia jazyka rozlišuje tri základné aspekty pragmatiky: ciele, teda príčiny, prečo človek komunikuje a počúva. Druhým aspektom je výber foriem na dosiahnutie cieľa a tretím aspektom je interakcia medzi ľuďmi.

Gramatický profil slovensky hovoriaceho dieťaťa – GPsK nie je testový, ale zjednodušený opisový spôsob hodnotenia reči. Neurčuje sa skóre, ale základom je kvalitatívny spôsob hodnotenia. Ako hlavné členiace kritérium je sa používa počet slov v detskej výpovedi. V ranej fáze je vyjadrenie každého nového slova vývinovým indikátorom. Počet slov vo výpovedi sa berie ako kritérium dovtedy, kým detská výpoveď, ktorá obsahuje jednu klauzu (z angl. „clause“, pričom klauza zodpovedá jednej vete s jedným určitým slovesom, ktorá sama môže byť súčasťou súvetia) nedosiahne počet štyroch a viacerých slov. Ak obsahuje detská výpoveď dve a viac kláuz, vtedy sa ako základné kritérium berie počet kláuz vo výpovedi.

V jednoklauzovej výpovedi rozlišujeme štyri úrovne:
Úroveň I – úroveň jednoslovnej výpovede vo veku 0;8 – 1;2
Úroveň II – úroveň dvojslovnej výpovede vo veku 1;3 – 1;8
Úroveň III – úroveň trojslovnej výpovede vo veku 1;9 – 2;2
Úroveň IV – úroveň štvor- a viacslovnej výpovede 2;3 – 2;8

Ak detská výpoveď obsahuje dve a viac kláuz :
Úroveň V – úroveň dvoch a viacerých kláuz so súvetnou štruktúrou 2;9 a viac
Úroveň VI – úroveň naratív
Naratívum je zároveň komplexnou kognitívno – jazykovou schopnosťou. (Slančová, Kapalková,2018)

Vyšetrenie naratívych schopností
Naratívum v ústnej podobe považujeme za najtypickejšiu formu textových štruktúr, s ktorými sa stretávajú deti v ranom a predškolskom veku. Ako prvé sa objavujú protonaratíva, t.j. deti hovoria „o všetkom v kope“ a postupne prechádzajú k rozprávaniu, ktoré má črty priradených reťazcov, ale jadro príbehu ešte neexistuje. Naratívne zručnosti je možné subjektívne hodnotiť reprodukciou príbehu, spontánneho rozprávania od 4. roku života, ktoré majú charakter časových reťazcov. Prechod k skutočným naratívam pozorujeme okolo 5. roku života. (Kapalková – Pyšná, 2012, Kapalková – Slovačková, 2013)

Diagnostika nejazykových funkcií:

Deficity v oblasti nejazykových schopností – orientačné klinické vyšetrenie – doplnené o klinické vyšetrenia iných odborníkov. Nejazykové schopnosti sa hodnotia podľa dosiahnutých vývinových míľnikov nasledovne:

Tabuľka č. 13

Hodnotenie nejazykových schopností	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA
Hra	**Klinické hodnotenie dosiahnutej vývinovej úrovne hry**
Hrubá motorika	Klinicko-logopedické hodnotenie pomocou dosiahnutých vývinových míľnikov, v príp. potreby doplnené o vyšetrenia iných odborníkov
Jemná motorika	Klinicko-logopedické hodnotenie pomocou dosiahnutých vývinových míľnikov, v príp. potreby doplnené o vyšetrenia iných odborníkov
Oromotorika	Klinicko-logopedické hodnotenie
Kognitívne zručnosti	Orientačné klinické hodnotenie doplnené výsledkami psychologického vyšetrenia
Sociálne zručnosti	Orientačné klinické hodnotenie, v príp. potreby doplnené výsledkami špeciálno-pedagogického vyšetrenia
Komunikácia	Zrakový kontakt, pohľad na tváre, predmety, úsmev, zameranie pozornosti na zvuky, gestá, kvalita vokalizácií, verbálny prejav

Významnou súčasťou logopedickej diagnostiky **v školskom veku** je hodnotenie čítania, písania a pravopisných schopností.

Tabuľka č. 14

Hodnotenie písania, čítania a pravopisných schopností	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA
Metódy diagnostiky dyslexie (Marína Mikulajová, 2009)	
Čítanie, písanie a dyslexia (s testami a normami) (Marína Mikulajová, 2012)	
Súbor testov na hodnotenie pravopisných schopností pre školskú a klinickú prax, (Markéta Caravolas, Marína Mikulajová, Lýdia Vencelová, 2008)	

Podľa Mikulajovej (2016) sa orientačne hodnotí:
- motivácia ku komunikácii a neverbálne prejavy
- sluchové rozlišovanie a zrakové vnímanie
- výslovnosť v spontánnej reči a pri opakovaní slov a viet
- porozumenie reči: chápanie významu slov, porozumenie bežnej reči
- tvorba viet, gramatická správnosť reči, úroveň vyjadrovania
- pamäť (s dôrazom na krátkodobú verbálnu pamäť) a pozornosť
- motorické schopnosti s dôrazom na oromotoriku
- emočný vývin, sociálne interakcie a úroveň sociálnej adaptácie dieťaťa

V prvej fáze diagnostický materiál slúži na diagnostiku, stanovenie jazykovej a rečovej úrovne dieťaťa a umožňuje definovať ciele terapie a v druhej fáze slúži ako nástroj na meranie efektívnosti terapie.

Liečba

„*Tendencia identifikovať osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou sa presúva do čo najmladšieho veku, a to najmä vo viere lepšieho efektu pri vhodne zvolenej terapii.*“ (Bishop, Hayiou-Thomas, 2008).

Logopedická terapia je proces, ktorý vždy vychádza z diagnostického záveru, špecifikácie aktuálneho stavu vývinu jednotlivých oblastí psychomotorického vývinu s dôrazom na jazykové funkcie. Moderná terapia je teoreticky zakotvená v sociopragmatickom prístupe, podľa ktorého vrodené sú len neurofyziologické predpoklady pre vývin reči a nie samotné jazykové schopnosti. Zdroje vývinu reči sú v interakciách dieťaťa s dospelými. (Mikulajová, 2016)

Vygotský hovorí o tzv. zóne najbližšieho vývinu, preto metódy stimulácie a obsah by mali byť rozhodujúcimi činiteľmi učenia. Terapia v tomto obsahu prebieha v prirodzenej hre a bežných aktivitách s dôrazom na aktívnu zmysluplnú komunikáciu. V rámci terapie je vhodné vytvoriť individuálny plán s rodičmi dieťaťa. Dominantnú rolu v komplexnom prístupe zohráva vizualizácia, pretože neverbálna oblasť je najsilnejšou stránkou dieťaťa. Podstatou rozvoja komunikačných schopností je zameranie terapie na celkovú osobnosť dieťaťa. Je dôležité, aby terapeutické postupy a metódy boli „ušité na mieru“ danému pacientovi a rodine a boli zamerané na oslabené funkcie s dôrazom na jazykové roviny. Terapia je dlhodobý proces, najmä ak sa jedná o dieťa s identifikovaným alebo potenciálnym rizikom. Vzhľadom k širokému spektru príznakov, ktoré sprevádzajú OVR a VJP, nie je možné stanoviť univerzálny reedukačný proces. (Bočková, 2011) Postupuje sa od stavu vývinu danej funkcie – u najmenších nehovoriacich i od facilitácie smiechu (plaču) s využitím nápodoby melódie. (Neubauer, 2016, 2017)

Cieľom terapie je:

osvojenie jazyka a reči ako systému
osvojenie pasívneho a aktívneho slovníka
porozumenie hovorenému a písanému slovu, pochopenie humoru a vtipu, riešenie problému
získanie sebadôvery a sebauvedomenia
odbúranie sociálnej izolácie
odbúranie úzkosti a stresu
zvládnutie sociálnej komunikácie
príprava na osvojenie akademických zručností

Formy terapie: individuálna – v ranom, predškolskom veku
skupinová – v predškolskom, školskom veku

Logopedická terapia je zameraná symptomaticky a vychádza z profilu silných a slabých stránok dieťaťa. Každý terapeutický plán je teda jedinečný, nakoľko každé dieťa môže mať iný klinický obraz. Špecificky v rámci terapie sa uplatňuje zásada vývinovosti a imitácie prirodzeného vývinu reči. Rozvíjanie jednotlivých schopností a zručností sa nedá cvičiť izolovane, ale jednotlivé rehabilitačné postupy sa kombinujú tak, aby dieťa mohlo využiť to, čo najviac dokáže. (Škodová a Jedlička, 2008) Všeobecne platí, že čím sú intelektové predpoklady detí nižšie a poruchy pozornosti závažnejšie, tým viac treba kombinovať direktívne terapeutické metódy vychádzajúce z behavioristickej teórie učenia. (Owens, 2002)

Rizikoví novorodenci:
Klinický logopéd v tejto oblasti disponuje kompetenciami: podpora orálneho kŕmenia, hodnotenie kŕmenia a orálnych schopností, hodnotenie správania a vývoja dieťaťa, hodnotenie komunikácie medzi rodičom a dieťaťom. (Bytešníková, 2016; Paul, Norbury, 2012; Pospíšilová, 2018; Plavka,2012)
Logopéd pracujúci v oblasti ranej intervencie pracuje s rizikovými deťmi a rodičmi už pred 12. mesiacom veku tak, aby sa maximalizoval vývinový potenciál dieťaťa. (Kapalková,2019)

V ranom veku (0-3 roky) sa využívajú nízkoštruktúrované prístupy. Dieťa v tomto vývinovom období nevie regulovať svoje správanie vôľou, preto terapeutický postup spočíva v efektívnych komunikačných stratégiách, ktoré si rodičia majú osvojiť a používať celý deň.

Terapeutický postup spracovaný podľa publikácie Kniha o detskej reči (Horňáková – Kapalková – Mikulajová, 2005):

A: Stratégie zamerané na dieťa alebo z očí do očí
Tvárou v tvár
V komunikácii dieťa bude lepšie vidieť, na čo práve rodič pozerá, bude lepšie vidieť ako pohybuje perami a jazykom pri vytváraní zvukov a slov. Rodič lepšie vidí svoje dieťa, jeho oči, pohľad a okrem toho bude mať dieťa pocit, že sa ním hovorí ako s partnerom, priateľom nie ako s nadriadeným.
Čakanie
Táto stratégia je pre dospelých veľmi náročná. Dospelí intuitívne vypĺňajú prázdne miesta – chcú dieťaťu pomôcť a preto mu kladú otázky, nabádajú ho na odpoveď a keď dieťa nereaguje, odpovedajú namiesto neho. Výskum ukazuje, že rodičia čakajú na reakciu dieťaťa v priemere 1 sekundu. Dieťa, ktoré si len osvojuje reč potrebuje oveľa dlhší čas.
Nasledovanie záujmu dieťaťa
Keď sa dieťa na niečo pozerá alebo o niečo zaujíma, je pravdepodobné, že na to aj myslí. Je to najvhodnejšia chvíľa na poskytnutie slov vyjadrujúcich práve prebiehajúcu situáciu, pretože dieťa môže slová priradiť k svojim myšlienkam.
Opakovanie
Rodič má vytvárať komunikačné situácie, ktoré poskytujú možnosť na neustále opakovanie slov, viet. Vhodným prostredím na opakovanie je vytváranie rutín. Rutina (rovnako ako rozhovor) má predpokladaný sled udalostí a dieťa vie časom predpokladať nasledujúci krok, čo mu umožňuje aktívnejšie sa zapájať do činností.
Typy rutín:

- sociálne: hry, na ktorých sa zúčastňuje rodič a dieťa
- rutiny s hračkami: činnosti, pri ktorých sa manipuluje s predmetmi alebo hračkami,
- denné rutiny: činnosti, ktoré sa vykonávajú počas dňa a dôverne ich rodičia

B: Stratégie ľahšieho porozumenia alebo reč tela
Gestá
Na uľahčenie „čitateľnosti“ slov výrazne prispievajú gestá. Ak k slovám sa pridajú pohyby rúk, tela a výrazy tváre, reč sa pre dieťa stáva zrozumiteľnejšia. Dieťa bude lepšie rozumieť a samo sa gestá naučí používať. Výrazové prostriedky akými sú gestá, mimika a pohyby tela sú prirodzenou súčasťou komunikácie. Každé dieťa vo svojom vývine prebieha štádiom, keď na komunikáciu používa viac gest ako slov. Je to prirodzený vývinový stupeň, ktorý sa nedá preskočiť. Gestá sú vo vývine dieťaťa dôležité, pretože mu umožňujú komunikovať s okolím skôr, ako je pripravené používať slová. Podporovanie používania gest podporuje aj vývin samotnej reči.

Vyladenie sa na rečovú úroveň dieťaťa

Vyladenie sa na správnu rečovú úroveň dieťaťa je jedna z najdôležitejších komunikačných stratégií. Ak dieťa počúva prehovory zložené z dlhých viet zložitých slov, dieťa nielen horšie rozumie, ale má aj sťažené podmienky na osvojovanie si materského jazyka. Je preto nevyhnutné prispôsobiť dĺžku viet aktuálnej vývinovej úrovni dieťaťa, t.j. pokúsiť sa hovoriť vo vetách, ktoré sú len o krôčik zložitejšie, ako sú vety dieťaťa:

- ak sa dieťa vyjadruje len pomocou zvukov a gest - rodičia poskytnú len jednoduché slová
- ak je dieťa na úrovni jednoslovných viet - hovorí sa v dvojslovných spojeniach
- ak je dieťa na úrovni dvojslovných viet - používajú sa trojslovné spojenia
- ak dieťa používa trojslovné spojenia - vyjadrujú sa v štvor-, päťslovné vety so správnou gramatickou stavbou

C: Stratégie výmen alebo raz ty, raz ja

Raz ty raz ja

Rozhovor je séria výmen konverzačných rolí. Dieťa sa musí naučiť pravidlá takejto výmeny. Spočiatku sa zapája do výmen bez slov – pomocou pohľadov, pohybov, gest. Počas vývinu sa rozhovor opiera čoraz viac o slová. Učia sa tým dôležitú schopnosť pre budúci rozhovor

Interpretácia

Niekedy je náročné presne vedieť, čo chce dieťa povedať. Je však veľmi dôležité oceniť každý komunikačný pokus dieťaťa a priradiť mu význam. Rodičia sa majú stať tlmočníkmi a pretlmočiť, interpretovať všetko, o čom dieťa komunikuje. Dieťa sa tak učí, že jeho pohybové, či zvukové prejavy majú vplyv na okolie. Je to dôležité pri prechode od nezámerného správania k zámernej komunikácii.

Zrkadlenie

Zrkadlenie alebo napodobňovanie je komunikačná stratégia pre deti najmä v počiatočných vývinových štádiách. Napodobňovaním pohybov tela a rúk, výrazov tváre alebo zvukov sa rozvíja zámerná komunikácia, hrové schopnosti, porozumenie, prvé slová.

D: Stratégie nových pojmov alebo nálepky

Dieťa najprv potrebuje skúsenosť s okolitým svetom, ľuďmi a predmetmi v ňom – oboznamuje sa s nimi všetkými zmyslami. Poskytne sa mu preto dostatočné množstvo podnetov: ukazujú sa mu predmety, vysvetľuje sa, čo okolo seba vidí a počuje. Po skúsenosti príde porozumenie a až potom sa dieťa naučí slová vyslovovať a správne používať.

Komentovanie

Komentovať dieťaťu znamená rozprávať a popisovať, čo sa deje v jeho blízkom okolí. Dôležité je prispôsobiť úroveň a dĺžku reči vývinovej úrovni dieťaťa a nežiadať od dieťaťa, aby po opakovalo.

Nálepky

Aby sa dieťa naučilo mená ľudí a predmetov, potrebuje ich niekoľko krát počuť. Pomenúvaním ľudí a vecí, o ktoré sa dieťa zaujíma, sa dávajú tzv. „nálepky“.

Premosťovanie

Pomenúvanie na osvojenie si nových slov nestačí. Dieťa potrebuje o predmetoch a ľuďoch počuť viac, preto je potrebné, aby sa nové slová vysvetľovali.

E: Stratégie rečového vzoru alebo modelovanie

Modelovanie

Modelovanie sa používa na všetkých vývinových stupňoch, nezáleží na tom, či dieťa komunikuje zámerne, nezámerne, alebo sa vyjadruje len gestami, zvukmi, prípadne už aj slovami a vetami. Modeluje sa reč, ktorá je blízka vývinovej úrovni dieťaťa.

F: Stratégie konverzácie alebo otázky a odpovede

Tieto stratégie sú určené hlavne pre deti na vyšších vývinových stupňoch, ktoré sa do konverzácie vedia zapojiť. Používanie efektívnych otázok je vhodné aj pre deti na nižších vývinových stupňoch, ktoré nevedia odpovedať slovom, či vetou. Používajú sa otázky len vtedy, ak naozaj očakáva odpoveď od dieťaťa (či už na úrovni slov, gest, zvukov, pohybov).

Otázky

Rodičia kladú deťom veľa otázok, aby ich zapojili do rozhovoru. Nie všetky otázky však dávajú deťom možnosť zapojiť sa do konverzácie. Niektoré otázky ukončia rozhovor neočakávane rýchlo.

Nevhodné otázky:

- ktoré deti testujú, aj keď vedia, že dieťa pozná odpoveď
- ktoré si samé odpovedajú
- ktoré sa pýtajú ma zjavné informácie: Čo robíš? – keď vidíme, čo dieťa robí
- bombardujúce: Čo je to?
- zle načasované, keď dieťa venuje pozornosť inej téme
- časté používanie otázok s odpoveďou ÁNO/NIE

Správne položené otázky dávajú dieťaťu priestor na vyjadrenie jeho myšlienok, ako aj možnosť použiť už osvojené rečové schopnosti.

Vhodné otázky:

Otázky vytvárajúce atmosféru očakávania: Čo ďalej? Čo ak…?

Otázky ponúkajúce výber? Chceš jablko alebo banán?

Otázky podporujúce myslenie dieťaťa: Ako to funguje? Čo sa stalo?

Otázky interpretujúce zvedavosť: Čo? Kto? Kde? Prečo? Ako?

Otázky týkajúce sa pocitov a názorov: Čo si myslíš? Ako sa cítiš?

Otázky podporujúce tvorivosť dieťaťa (ktoré nemajú jednu odpoveď): Čo urobíme z plastelíny?

Otvorené otázky, na ktoré dieťa môže odpovedať rôznymi spôsobmi: S čím sa zahráme? Koľko vody napustíme do vane?

Napovedanie

Napovedanie je slovo, komentár alebo iná otázka, ktorá pomáha dieťaťu odpovedať. Napovedať sa môže prvou časťou slova (chceš zmrz…..), opisom významu slova (je to studené a líže sa to) alebo položením otázky ponúkajúcej výber (chceš zmrzlinu alebo zákusok?).Tento prístup je efektívny najmä vtedy, ak u dieťaťa ide o OVR. Ak sú prítomné symptómy indikujúce VJP je nutné ho kombinovať s rozvíjaním jazykových a nejazykových zručností formou hry. V hre je dieťa schopné osvojiť si až 80% predkladaných informácií.

V rámci terapie je vhodné používať:

- vizuálny systém – obrázky, značky, nálepky, výukové PC programy ...
- multisenzorický prístup – zrak, sluch, chuť, čuch sú dôležitými motivačnými činiteľmi
- využívanie alternatívnych foriem komunikácie – znakovanie, posunkovanie a podobne.

Mikulajová (2001) hovorí o dôležitej úlohe rodičov v prístupe k terapii. Ich pozícia je aktívnejšia v preberaní zodpovednosti a kompetencií viac na seba, čím sa stavajú do role koterapeuta. Klinický logopéd vedie rodinu (zvyčajne matku) k vytvoreniu stimulujúceho rodinného prostredia a k prezentácii

správnych rečových vzorov. Spolupráca rodičov s odborníkmi je najdôležitejším faktorom ovplyvňujúcim výsledky logopedickej intervencie.

U detí v predškolskom veku sa ciele terapie odvodzujú z diagnostického profilu jazykových schopností dieťaťa. Okrem rozvíjania jazykových a nejazykových zručností sa zameriavame aj na rozvoj predškolských zručností. Zameranie terapie len na úpravu artikulácie je vážnou terapeutickou chybou. V rámci terapeutických postupov je dôležité, aby si dieťa osvojilo všetky formy jazyka a reči a aby jazyku a reči porozumelo. Hra predstavuje pre dieťa prirodzenú aktivitu, v rámci ktorej ho vedieme k zamysleniu sa nad slovom a jeho významom. Je dôležité, aby dieťa prejavilo záujem o takúto formu hry a zároveň sa mu chcelo so slovom pohrať. Cez hru je možné u dieťaťa vybudovať jazykový cit. Vzbudiť záujem o slovo je možné aj cez počúvanie a čítanie. Všetky aktivity realizované s dieťaťom sú zamerané na podporu jeho všestranného rozvoja a vybudovanie vzťahu ku kultúre jazyka a reči vôbec.
Postup je možné realizovať napr. krokmi:
úloha - otázka - hra - báseň, veršovanka, hádanka - kresba.

Obsah terapie zhrnula Mikulajová a Kapalková (2005) nasledovne:
- rozvoj naratívnych zručností
- aktivity spoločného čítania príbehov
- aktivity verbálno – akustickej krátkodobej a dlhodobej pamäte
- rozvoj gramatických pravidiel a porozumenia
- rozvíjanie slovnej zásoby
- dialóg
- fonematickú diferenciáciu.

U detí v predškolskom veku je účinný Tréning fonematického uvedomovania podľa Eľkonina (Mikulajová, 2014).

Školské deti treba viesť k tvorbe myšlienkových máp, k vizuálnemu učeniu. Fonetická rovina je vždy dôsledkom stavu fonológie a príslušných motorických funkcií, preto je riešená v ich úzkej náväznosti. (Neubauer, 2017)
V prípade potvrdenia ***VJP na báze inej etiológie*** podľa Kapalkovej (2019) prvým dôležitým krokom je vytvorenie domáceho stimulačného prostredia a zavedenie tzv. náhradnej alebo doplnkovej komunikácie medzi rodičmi a deťmi. Konkrétne terapeutické postupy sú uvedené v ŠPDTP podľa jednotlivých diagnóz.
Zásady dlhodobého intervenčného programu u detí s VJP : (Neubauer, 2016 s.42):
- Primárnou úlohou terapie je stimulácia kognitívnych funkcií, ktorá ovplyvní vývin rečových funkcií, teda rozvoj zrakovej a sluchovej diferenciácie a individuálneho jazykového systému dieťaťa – impresívnej a expresívnej slovnej zásoby a gramatiky.
- Rozvoj artikulácie u dieťaťa vychádza z rozvoja vyššie uvedených oblastí a rešpektuje špecifiká vývinu kognitívnych schopností detí s jazykovou poruchou. Je zameraný na fonematický sluch – rozlišovanie podobných hlások a je vedený snahou o rozvoj zrozumiteľnosti rečového prejavu. Preto nie je zameraný na jednu hlásku, ale na rozvoj rozlíšenia skupiny fonematicky blízkych hlások s využitím rytmických postupov v spojení s pohybmi artikulačných orgánov a ruky.
- Zapojenie písma stabilizuje a rozvíja rečový výkon týchto detí. Komplikáciou môže byť rozvoj dyslexie a dysgrafie, preto je už v predškolskom veku program zameraný na diferenciáciu písmen a individuálne vhodný rozsah použitia globálneho čítania slov v spojení s obrázkovým materiálom.

- Z hľadiska úspešného zaškolenia dieťaťa musia stratégie terapeutického procesu podporiť predovšetkým rozvoj čo najzrozumiteľnejšieho rečového prejavu, rozvoj jazykových schopností dieťaťa, rozvoj zrakovej a sluchovej diferenciácie, grafomotoriky a jemnej motoriky.

Prognóza

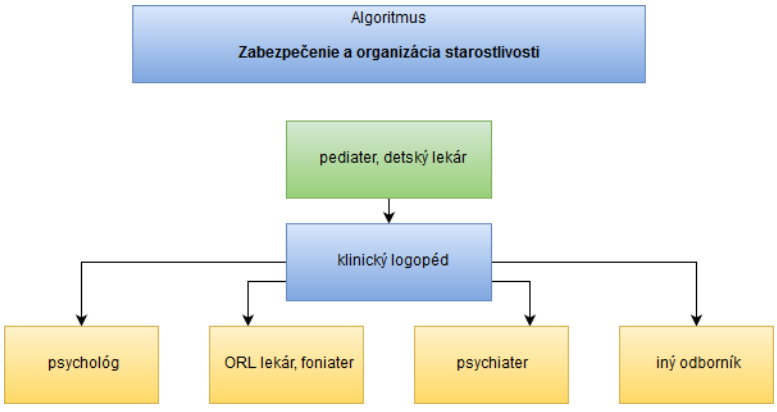
Literárne údaje z rôznych odborov štúdia vývinu dieťaťa (psychológie ,psychiatrie, pediatrie, etológie, neurofyziológie atd.) zhodne uvádzajú, že rané štádiá dieťaťa majú mimoriadny význam pre jeho ďalší vývoj. Pre priaznivú prognózu detí s poruchami vývinu jazyka a reči je rozhodujúca raná diagnostika, klinicko - logopedická intervencia a práca s rodičmi. Všeobecne platí zásada „čím skôr, tým lepšie“. Je nevyhnutné, aby všetky rizikové a potenciálne rizikové skupiny detí boli preventívne sledované klinickým logopédom už od najranejšieho veku. VJP môže významne znížiť kvalitu života človeka a závažnosť poruchy môže vekom narastať. Ak je VJP diagnostikovaná ako hlavný symptóm a predpokladáme, že dieťa žije v primeranom rodinnom prostredí, prognóza je relatívne lepšia, ako v prípadoch, keď VJP je sekundárnym príznakom inej diagnózy, t. j. keď je súčasťou inej vývinovej poruchy alebo ochorenia. Z prognostického hľadiska je potrebné si uvedomiť, že aj v priaznivých podmienkach je prognóza determinovaná klinickým obrazom tejto poruchy. V takýchto prípadoch je potrebné akceptovať reálne možnosti dieťaťa.

Stanovisko expertov (Posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

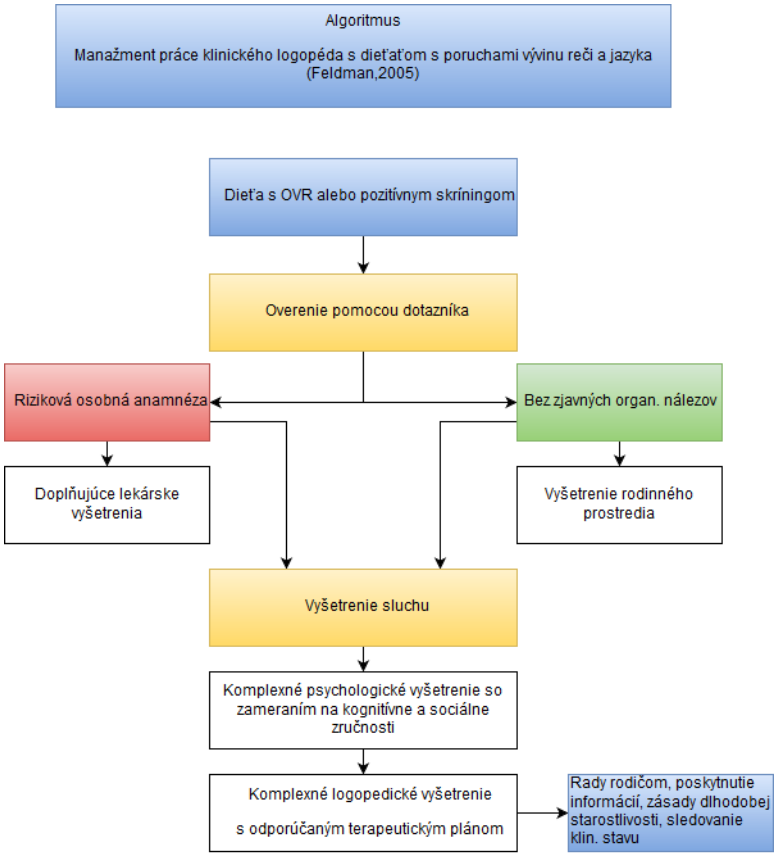
Z posudkového hľadiska, dieťa , ktoré si vyžaduje dlhodobú osobitnú starostlivosť, môže byť posúdené podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov na účely dôchodkového poistenia fyzickej osoby , ktorá sa riadne stará o takto postihnuté dieťa po dovŕšení jeho 6 rokov veku , najdlhšie do 18 rokov jeho veku. V dospelosti porucha artikulácie a iné poruchy reči podmieňujú uznanie invalidity podľa toho istého zákona v prípadoch , že reč je nezrozumiteľná.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Diagnostický a terapeutický manažment detí s poruchami vývinu jazyka a reči je realizovaný v ambulanciách klinickej logopédie, centrách ranej intervencie s individuálnym prístupom, odborných ústavoch pre deti s poruchami reči, ktorý umožňuje určenie správnej diagnózy. Nutná je intenzívna, dlhodobá, pravidelná terapeutická starostlivosť a sledovanie klinického stavu dieťaťa.



Manažment práce klinického logopéda s dieťaťom s poruchami vývinu reči a jazyka (Feldman,2005)



Ďalšie odporúčania

V mnohých zahraničných krajinách býva už bežnou praxou, že klinický logopéd je internou, či externou súčasťou tímu odborníkov zabezpečujúcich vysokošpecializovanú starostlivosť o rizikového novorodenca. R. Plavka (2008) upozorňuje, že počet novorodencov narodených pred 37 g. t. v súčasnej dobe predstavuje 8% novorodeneckej populácie. S týmto faktom je potrebné počítať aj v logopedickej praxi.

Odporúčania:

Realizovať klinicko – logopedickú diagnostiku a terapiu u všetkých detí s identifikovaným a potenciálnym rizikom už v 12. mesiaci veku.

Realizovať klinicko – logopedickú diagnostiku a terapiu u všetkých detí pri zlyhaní v jednotlivých vývinových oblastiach na základe výsledkov Vývinového skríningu S-PMV (Dotazník pre rodiča S-PMV10).

Realizovať preventívny skríning u všetkých detí vo veku troch rokov. Zaviesť dispenzarizáciu uvedených skupín detí.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Možnosť využitia schváleného štandardu v pediatrii - Štandard vyšetrení psychomotorického vývinu pri 2. -11. preventívnej prehliadke v primárnej starostlivosti.

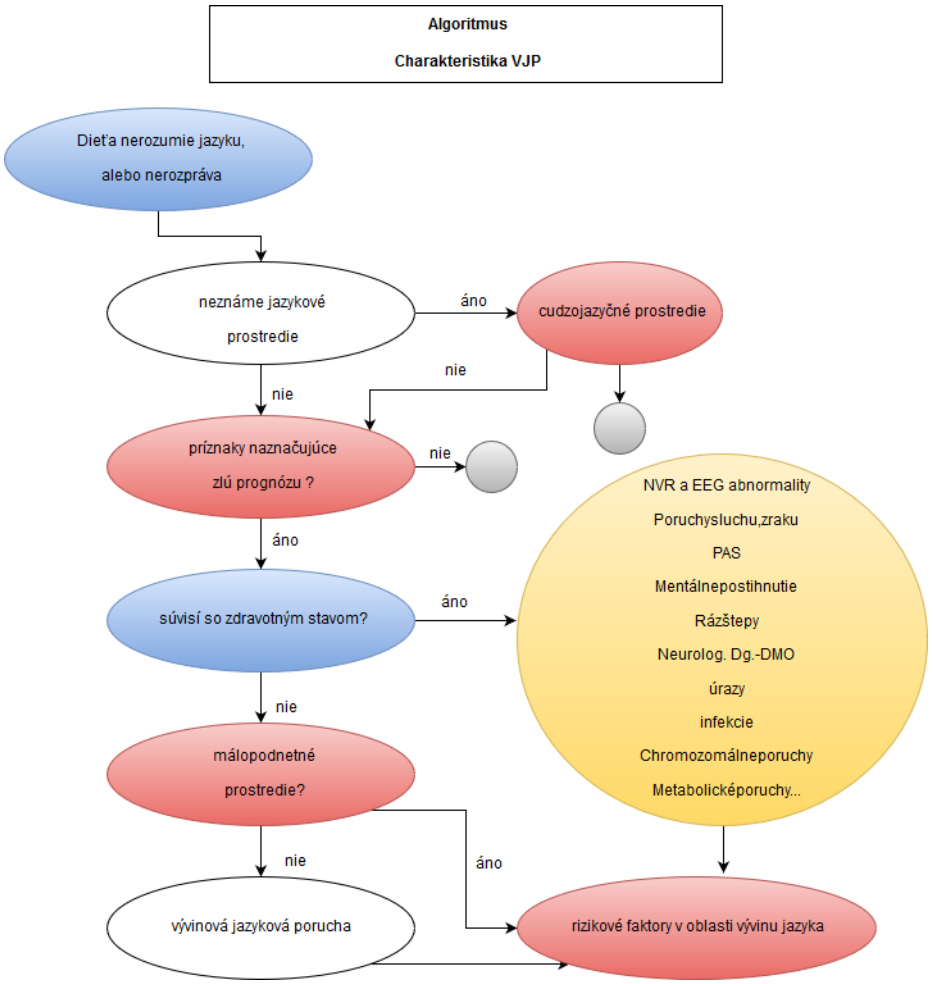
Alternatívne odporúčania

NEPS - Neuropsychologické vyšetrenie - komplexné kvalit. vyš. bez noriem (Mikulajová, Rafajdusová, 1993).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 zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Špeciálny doplnok štandardu

Obr. č.1.Charakteristika VJP (podľa Dorothy V.M. Bishop, 2017)



Tab. č. 4b. Podľa **MKCH – 11**

WHO pripravuje vydanie ICD -11. Svoje prípravy zverejňuje v podobe návrhov. Podľa ICD 11 (Beta Draft) VJP zaradzuje medzi Mentálne poruchy, poruchy správania a neurovývinové poruchy a vymedzuje nasledovné kategórie:

Syndrómy VJP podľa MKCH - 11	
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP VÝVINOVÁ JAZYKOVÁ PORUCHA	
Hlavná kategória	**Podkategórie**
6A01.0: Vývinová porucha zvuku reči	
6A01.1: Vývinová porucha plynulosti reči	
6A01.2: Porucha vývinu v oblasti jazykového systému	6A01.20: s oslabením receptívnej aj expresívnej zložky 6A01.21: s dominantným oslabením v oblasti expresívnej zložky 6A01.22: s dominantným oslabením v oblasti pragmatickej roviny jazyka 6A01.23: s inak nešpecifikovaným oslabením
6A01.Y: Inak nešpecifikovaná porucha vývinu reči a jazyka	

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

American Speech and Hearing Association. Developmen-tal language disorders [online]. [cit. 15.4.2012]. Dostupné na: http://www.asha.org/research/reports/children.htm]/

BISHOP D.V.M. (2014): Development and disorders of language comprehension in children. London, Imprint Psychology Press Pages 368 pages eBook ISBN 9781134607181

BISHOP D.V.M.- SNOWLING M.J.- THOMPSON P.A – GREENHALGH T and the CATALISE consortium (2016): CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. (online) dostupné na: july 8, 2016 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158753

BISHOP D.V.M.- SNOWLING M.J.- THOMPSON P.A – GREENHALGH T and the CATALISE consortium (2017): Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology, The journal of child psychology and psychiatry, First published: 30 March 2017 BISHOP D.V.M (2006): What Causes Specific Language Impairment in Children? Curr.Dir.Psychol. Sci.2006. Oct; 15(5):217-221

BISHOP D.V.M (2006): Developmental cognitive genetics: how psychology can inform genetics and vice versa. In Quartely Journal of Experimental Psychology, 59. Dostupné na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2409179/

BISHOP D. (2006). Whatcausesspecificlanguageimpairment in children? In TheAuthor Journalcompilation. roč. 15, 2006. č. 5. Dostupné na:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582396/ (cit. 6.5.2010)
BISHOP D.V.M. (2010) Which neurodevelopmental dosorders get researched and why? PLoS One.2010; 5(11): e15112. doi: 10.1371/journal.pone.0015112. (PMC free article) (pubMed)
BISHOP D.V.M. (2014): Ten questions about terminology for children with unexpalined language problems. In: International journal of language and communication disorders. 2014; 49:3, 381 – 415
BISHOP, D. V. M., HAYIOU-THOMAS, M. E. (2008): Heritability of specificlanguage impairmentdepends on diagnosticcriteria. In Genes, Brain and Behavior. roč. 7. s.365–372. 2008.
BOČKOVÁ, B. (2011). Podpora žáků se specificky narušeným vývojem řeči. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-2105-609-1
BUNTOVÁ D.: Diferenciálno – diagnostické možnosti autizmu a oneskoreného vývinu reči v neverbálnej komunikácií detí raného veku. (2005) In: Logopaedica VIII. ISBN 80-88932-18-
BYTEŠNÍKOVÁ I. (2016): Raná logopedická intervence u detí s perinatálními riziky. In: Špeciálny pedagóg, roč. 5 č.2, Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity ISSN 1338-6670
14. CARTER J., MUSHER K. (2019): Etiology of speech and language disorders in children. In: https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-speech-and-language-disorders-in-children
Literature review current through: Mar 2019. | This topic last updated: Jan 24, 2019.
CONTI-RAMSDEN G.; DURKIN K. (2008): Language and independence in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). In Journal of Speech, Language and Hearing Research, 51.
DLOUHÁ O. a kol. (2017): Poruchy vývoje řeči. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-314-2
FELDMAN H.M. (2005): Evaluation and Managament of Language and Speech Dosorders in Preschool Children. DOI: 10.1542/pir.26-4-131 Published 1 April 2005, Vol 39 Issue10
FILIČEVA T.V. (2017): Logopedia. Teoria i praktika. Moskva: Eksmo s. 608. ISBN 978-5-699-84343-5
FOX A.V., DODD B., HOWARD D. (2010): Risk factors for speech disorders in children. Internationa Journal Language and Communication Disorders, first published: 31 December 2010 https://doi.org/10.1080/13682820110116776
HORŇÁKOVÁ K.- KAPALKOVÁ S. – MIKULAJOVÁ M. (2005): Kniha o detskej reči. Bratislava: Slniečko. ISBN 80-969074-3-3
HORN D. et.all.: Identification of FOXP1 deletions in three unrelated patients with mental retardation and significant speech and language deficits. First published: 16 September 2010
https://doi.org/10.1002/humu.21362
HRNČIAROVÁ A. (2010): Afázia - Diagnostika, klasifikácia, terapia, Bratislava, vyd. Kalligram, ISBN 978- 80- 8101- 33- 48
HURST JA., BARAITSER M., AUGER E., GRAHAM F., NORELL S.: An extended Family with a Dominantly Inherited Speech Disorder. First published: April 1990, https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1990.tb16948.x
CHOUDHURY N., BENASICH A.A. (2003): A Family Aggregation Study: The Influence of Family History and Other Risk Factors on Language Development J Speech Lang Hear Res. 2003 Apr; 46(2): 261–272
ICD 11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2018 (ICD 11-MMS): WHO, prac. verzia dostupná na: https://icd.who.int/browse11/l-m/en
IJZENDOORN M.H. a kol.: Parental Sensitivity and Attachment in Children with Autism Spectrum Disorder: Comparison with Children With Mental Retardation, With Language Delays, and With Typical DevelopmentFirst published: 23 March 2007 https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01016.x

JOHNSON CJ., BEITCHMAN JH., YOUNG A., ESCOBAR M., ATKINSON L., WILSON B., BROWNLIE EB., DOUGLAS L., LAM I., WANG M.: Fourteen-year follow-up of children with and without speech/language impairments: speech/language stability and outcomes. J Speech Lang Hear Res. 1999;42(3):744. Department of Speech-Language Pathology, Faculty of Medicine, University of Toronto, Ontario, Canada. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10391637

KALNAK N.: (2014) Family history, clinical marker and reading skills in children with specific language impairment. Published by Karolinska Institutet.Printed by Åtta 45 Tryckeri ISBN 978-91-7549-669-6

KAPALKOVÁ S. (2009): Hodnotenie komunikačného správania detí v koncepte ranej starostlivosti na Slovensku. MABAG, spol.s.r.o. Bratislava, LogopaedicaXII, s. 45- 51, ISBN 978-8089113-59-0

KAPALKOVÁ S. – VENCELOVÁ, L. (2016): Vývin reči. In: Logopedická propedeutika. Bratislava: UK v Bratislave. S. 105 – 165

KAPALKOVÁ S.- SLANČOVÁ D.- BÓNOVÁ I.- KESSELOVÁ J.- MIKULAJOVÁ M. (2010): Hodnotenie komunikačných schopností detí v ranom veku. Bratiuslava: SAL, ISBN 978-80-89113-83-5

KAPALKOVÁ S. – SLOVÁČKOVÁ (2013): Porozumenie naratív v predškolskom veku. In: Štúdie z aplikovanej lingvistiky 1/2013

KAPALKOVÁ S. (2008): Gestá v kontexte raného vývinu detí. In: Štúdie o detskej reči. Ed. D. Slančová, Prešov: PU v Prešove, ISBN 978-80-8068-701-4

KAPALKOVÁ S.- SLANČOVÁ D.- BÓNOVÁ I.- KESSELOVÁ J.- MIKULAJOVÁ M. (2010): Hodnotenie komunikačných schopností detí v ranom veku. Bratislava: SAL, ISBN 978-80-89113-83-

KAPALKOVÁ, S., POLIŠENSKÁ, K. (2014). Improving child compliance on a computer administered nonword repetition task. In Journal of Speech, Language, and Hearing Research. VOL 57. Iss 3 (2014). s. 1060S1068.

KAPALKOVÁ S., PYŠNÁ J. (2015): Gramatické posudzovanie ako hodnotiaci nástroj vývinu gramat. schopností u detí. In Logopaedica XVIII, MABAG, ISBN 978-80-971-579-5-1

KAPALKOVÁ S. (2018): Gesto ako prediktor gramatiky. In: Desať štúdií o detskej reči. Ed. D. Slančová, Prešov: Veda, vyd. SAV ISBM 978-80-224-1638-2

KAPALKOVÁ S. (2019): Poruchy komunikácie v ordinácii pediatra. Pediatr.prax, 2019; 20 (2): XX-XX, prehľadový článok

KRUPENČUK O.I. (2014): Komplexnaja metodika korrekcii narušenij slovgovoj struktury slova. Sankt Petergurg: Izdavateľskij dom „Litera ". S.96. ISBN 978-5-407-00366-3

LAHEY M. (1988): Language Disordersand Language Development. 2. vyd. New York, Macmillan Publishing Company ISBN 0-02-367130-0

LECHTA Viktor a kol. (2005): Terapie narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál ISBN 80-7178-961-5

LEWIS et. all. (2003): Family pedigrees of children with suspected childhood apraxia of speech. Journal of Communication Disorders 37 (2004) 157–175

LURIJA A.R. (1983): Základy neuropsychológie, Bratislava, SPN, ISBN 67-480-83

MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. (1993): Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin reči. 1. vyd. Bratislava: vo vlastnom náklade. 1993. 288 s. ISBN 80-900445-0-6.

MIKULAJOVÁ M. – HORŇÁKOVÁ K. (1998): Laheyovej model vývinu reči a jeho využitie v ranej diagnostike. In Logopaedica II., Vyd. SAL, Bratislava – Liečreh, s. 72 – 78 ISBN 80-967383-9-9

MIKULAJOVÁ M.: (2016): Narušený vývin reči. In: A. Kerekrétiová (ed.): Logopédia. Bratislava: UK v Bratislave, s. 13 – 35 ISBN 978–80–223–4165-3

MIKULAJOVÁ M. (2009) Narušený vývin reči. In: KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol.: Základy logopédie. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 115-134. ISBN 978-80-2232-574-5

MIKULAJOVÁ M.- KAPALKOVÁ S. (2005): Terapie narušeného vývoje řeči In: LECHTA Viktor a kol. Terapie narušené komunikační schopnosti.2. vyd. Praha: Portál s. 33-81. ISBN: 978-80-7367-901

MIKULAJOVÁ M. (2012): Vývinová dysfázia v predškolskom veku – začiatok dyslexie? Neurológia pre prax, 13(6) | www.solen.sk, Dostupné na:
http://www.solen.sk/pdf/24963d2e61f34184f99c9a3b8ab5e612.pdf
MIKULAJOVÁ M. a kol.: (2012) Čítanie, písanie a dyslexia s testami a normami. Bratislava – MABAG. spol.s.r.o. ISBN 978-80-89113-94-1
MIKULAJOVÁ M. (2001): Centrum Hanen a programy Hanen – nový prístup k terapii porúch vývinu reči. In: Logopaedica IV, Bratislava- Liečreh, s. 27-38 ISBN 80-88932-07-6
Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. revízia. Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia. Verzia 2007. [on-line]. [cit. 15.4.2012]. Dostupné na: <http://www.who.int/classifi cati-ons/apps/icd/icd10online/>.
MOK P.I.H, PICKLES, DURKINK A.-, CONTI-RAMSDEN G (2014). Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, Volume 55, Issue 5 Pages 516–527
NEUBAUER K., TUBELE S.,NEUBAUEROVÁ L.: (2016) Kontexty vývojových poruch řečové komunikace a specifických poruch učení. Hradec Králové: Gaudeamus, s.138. ISBN 978-80-7435-643-8
NEUBAUER K., NEUBAUEROVÁ L. (2017): Současné koncepce a formy komunikační podpory pro osoby se závažným komunikačním handicapem. Hradec Králové: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-262-2
NEUBAUER K., POSPÍŠILOVÁ L. a kol.(2017): Neurovývojové a neurodegeneratívní příčiny poruch komunikace. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-665-0
NEUBAUER K.a kol.(2018): Kompendium klinické logopedie, Praha: Portál ISBN 978-80-262-1390-1
NEWBURY D.F., BISHOP D.V.,MONACO A.P. (2005): Trends in cignitive sciences, Vol. 9, Issue 11, s. 528 - 534
ORAVKINOVÁ Z. (2011): Vývinové poruchy reči u detí – nové intervenčné prístupy v ranom veku, Pediatr. prax, 12 (4): 164–167, dostupné na:
http://www.slovenskachirurgia.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5275&magazine_id=4
OSTATNÍKOVÁ D. (2003): Anatómia, fyziológia a patofyziológia reči, Bratislava: Asklepios, ISBN 80 - 7167 - 046 - 4
OWENS R. (2002): Mental retardation: defference and delay. In: Bernstein a kol.: Language and communication disorders in children. Boston: Allyn and Bacon, s. 436-509. ISBN 0-205-33635-3
PAUL R., NORBURY C.F. (2012):Language Disorders from Infancy through Adolecsence:Listening, Speaking, Reading. Writing and Communicating. St. Luis: Elsevier. ISBN 978-0-323-07184-0
POSPÍŠILOVÁ L. (2018): Vývojové poruchy řeči, jazyka a v současném konceptu neurovývojových poruch – aneb jak na háďatá v mozku. Dostupné na: http://casopis.aklcr.cz/subdom/casopis/wp-content/uploads/2019/01/18_0161_Listy_klinicke_logopedie_3-39-44.pdf
PLAVKA R. (2008): Česká neonatologie "na špičce". A co dál?: malý průvodce vývojem některých ukazatelů kvality péče o novorozence v uplynulých 15 letech v České republice. Neonatologické listy, roč. 14 č.1, (2008) ISSN 1211- 1600 Dostupné na:
http ://www.neonatologie.cz/fileadmin/user_upload/Odborne_akce/Ceska_neonatologie.pdf

PYŠNÁ A., KAPALKOVÁ S. (2012): Porovnanie hodnotenia naratívnych schopností slovensky hovoriacich detí vo veku 6–7 rokov metóou rozprávania a prerozprávania. Jazyk a kultúra [online], 3(10).Cit. 1. 6. 2013. Dostupné z www: <http://www.ff.unipo.sk/jak/10_2012/pysna_kapalkova.pdf>.
RODRIGUE Mc Cully T: Prevalence of family of speech – language impairment in an African Americam sample. (2007). Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College. Masterś theses

ROSSETI L (2001).: Communication, intervention: birth to three. Canada: Singular. ISBN 0-7693-0093-6
SICES L., AUGUSTIN M. (2019): Expressive language delay ("late talking") in young children. In: [online] https://uptodatefree.com/topic/expressive-language-delay-late-talking-in-young-childrenLiterature review current through: Mar 2019. | This topic last updated: Apr 02, 20
ŠKODOVÁ E., JEDLIČKA I. (2007): Klinická logopedie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál ISBN 978-80-7367-340-6
SLANČOVÁ D. (ed.) (2018): Desať štúdií o detskej reči. Lexika – Gramatika – Pragmatika. Prešov: Veda vyd. SAV ISBN 978-80-224-1638-2
SMITH E. et.all. (2015): Characterisation of a Collective of Children with Early Language Delay, 'Late Talkers'. Laryngorhinootologie:2015 Sep;94 (9):579-86
SMITH E, GUTINGER A, BUDDE - SPENGLER, REITER M, ATTENBERGER MM, BROSCH S, SACHSE S: Characterisation of a Collective of Children with Early Language Delay, 'Late Talkers'in Laryngo-Rhino-Otologie 94(9) · November 2014 with 38 ReadsDOI: 10.1055/s-0034-1389909
SMOLÍK F. (2009): Vývojová dysfázie a strukura raných jazykových schopností. In Československá Psychologie. roč. LIII, 2009. č. 1., s. 40-54.
SMOLÍK F., MÁLKOVÁ SEIDLOVÁ G. (2014): Vývoj jazykových schopností v předškolním věku. Praha: Grada. S.248. ISBN 978-80-247-4240-3
TOMBLIN, J. B., SMITH E., ZHANG X. (1997): Epidemiology of specific language impairment: Prenatal and perinatal risk factors. Journal of Communication Disorders [online]. vol. 30, issue 4, s. 325-344[cit.2016-03-14]. DOI: 10.1016/S0021-9924(97)00015
TUBELE S: Časné rizikové faktory vzniku dyslexie. Štúdia. In: Neubauer, 2016: Kontexty vývojových poruch řečové komunikace a specifických porúch učení. Vyd. Univerzita Hradec Králové, Gaudeamus, ISBN 978-80-7435-643-8
VITÁSKOVÁ K., PEUTELSCHMIEDOVÁ A. (2005): Logopedie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1088-5
VYDROVÁ J.(2017): Hlasová terapie. Praha – Tobiáš ISBN 9788073111694
VYGOTSKIJ L.S. (2017): Psychologie myšlení a řeči. Praha: Portál. vyd.druhé, upravené. ISBN 978-80-262-1258-4
WATKINS K.E., WARGHA – KHADEM F., ASHBURNER J., PASSINGHAM R.E., CONNELLY A., FRISTON K.J., FRACKOWIASK R.S., MISHKIN M., GADIAN DG.: MRI analysis of an inherited speech and language disorder: structural brain abnormalities. Brain, Volume 125, Issue 3, March 2002, Pages 465–478, https://doi.org/10.1093/brain/awf057 Published:01 March 2002
ŽUKOVA N.S., MASTJUKOVA E.M., FILIČEVA T.V. (2016): Logopedia. Osnovy teorii i praktiky. Moskva: Kcmo. S.288, ISBN 978-5-699-48294-8
Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008
Zákon o sociálnom poistení 461/2003 Z.z.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Manažment pacienta s dissociálnou poruchou osobnosti v klinickej psychológii

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0069	*10. december 2019*	*schválené*	*15. január 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PhDr. Katarína Kubašovská, doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; prof. MUDr. Ján Praško CSc., MUDr. Dagmar Breznoščáková PhD., Katarína Jandová PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD., MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH , MBA, MHA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

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

dissociálna porucha osobnosti, agresivita, anetickosť, prevencia, terapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

APA	American Psychological Association (Americká psychologická asociácia)
DPO	dissociálna porucha osobnosti
DSM-5	Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch
EBM	evidence based medicine (medicína založená na dôkazoch)HRV - heart rate variability (Variabilita srdcovej frekvencie)
IKBT	kognitívno-behaviorálna terapia prostredníctvom internetu (IKBT - internet-based cognitive-behavioral therapy)
KBT	kognitívno-behaviorálna terapia
PLDSP	Psychologická liečba druhého stupňa. Menej intenzívne psychologické liečebné postupy(skupinová liečba druhého stupňa, terapia po telefóne, internetová terapia, sprevádzané vedenie, behaviorálna modifikácia a pod. podľa štandardných diagnostických a terapeutických postupov).
MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb
NICE	the National Institute for Health and Care Excelence (Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť)
RCT	randomized controlled trial (na náhodnom výbere založená kontrolovaná štúdia)
ŠDTP	štandardný diagnostický a terapeutický postup
ÚD I	úroveň dôkazov I (systematický prehľad štúdií z úrovne II)
ÚD II	úroveň dôkazov na základe RCT

Kompetencie

Odbornosti

Všeobecný lekár pre dospelých, všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater - vyšetrenie pacienta, stanovenie diagnózy a komorbídnej diagnózy, poskytnutie podpory a bazálnej terapeutickej intervencie. V prípade ťažších stavov odoslanie na ďalšiu intervenciu, resp. liečbu.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť - supervízia. Vykonávanie prevencie.

Lekár bez špecializácie - vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ) - psychologické vyšetrenie (komplexné, parciálne), menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť). Vykonávanie prevencie.

Psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikáciou v pracovnej činnosti psychoterapia (náročnejšie psychoterapeutické postupy podľa EBM)

Psychológ - psychologické vyšetrenie (komplexné, parciálne), menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť

Sestra - aplikácia farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, psychoterapia (po zaškolení

v psychoterapeutických postupoch medicíny založenej na dôkazoch, alebo s certifikáciou v pracovnej činnosti psychoterapia). Psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora.
Liečebný pedagóg - psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoterapia (po absolvovaní výcviku v psychoterapeutickom postupe na báze medicíny založenej na dôkazoch).
Logopéd - menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoterapia (po absolvovaní výcviku v evidence based psychoterapeutickom postupe).

Sociálny pracovník - menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), sociálno právna podpora, psychoterapia (po absolvovaní výcviku v evidence based psychoterapeutickom postupe).
Špeciálny pedagóg - so zameraním na pedagogiku psychosociálne narušených osôb, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoterapia (po absolvovaní výcviku v evidence based psychoterapeutickom postupe).

Kompetencie jednotlivých odborností v celom liečebnom procese

Odborníci v poradenských centrách (CPPaP, ŠPP, liečebno-výchovné sanatóriá, reedukačné centrá) - vykonávanie prevencie a terapie poruchy na základe medicíny založenej na dôkazoch.

Odborníci v súdnom a väzenskom systéme - vykonávajú pedagogické a terapeutické pôsobenie u osôb vo výkone trestu s dissociálnou poruchou osobnosti na základe medicíny založenej na dôkazoch.

Všetci odborní pracovníci, ktorí sa zúčastňujú procesu, sú kompetentní poskytovať odbornú starostlivosť ak absolvovali vzdelávanie v terapeutických metódach podľa EBM.

Úvod

Tento štandardný liečebný postup sa týka adolescentov a dospelých jedincov s diagnostikovanou DPO. Podľa Praško et. al (2003) je základnou črtou dissociálnej poruchy osobnosti je dlhodobý vzorec sociálne anetického správania, ktoré odráža nezáujem o práva druhých ľudí. Postihnutý je charakterizovaný nezodpovednosťou, porušovaním práv a vedomým podvádzaním druhých bez pocitov viny. Dissociálni jedinci veľmi nízku frustračnú toleranciu a nízky prah pre výbuchy agresivity a násilia a nedokážu odložiť potešenie alebo uspokojenie. Absentuje u nich súcit a empatia. Nedodržiavajú spoločenské pravidlá a záväzky, morálku, či zvyklosti. Za všetky neúspechy obviňujú druhých, a svoje konfliktné správanie ospravedlňujú a racionalizujú.
Toto usmernenie je určené pre odborníkov v oblasti duševného zdravia, ktorí sa viac ako na kriminálne správanie zameriavajú na nestabilné interpersonálne vzťahy pri DPO, na to že postihnutí ignorujú následky svojho správania, nedokážu sa dostatočne poučiť zo skúsenosti, sú zameraní hlavne na seba, neberú do úvahy pocity druhých a opakovane porušujú pravidlá (Livesley a kol., 1987; Tennant a kol., 1990; Livesley, 2007). Môžu ho tiež využiť odborníci, ktorí zodpovedajú za organizáciu zdravotnej starostlivosti, a tiež politici pri kreovaní princípov zdravotnej politiky štátu, pretože súčasná situácia v liečbe DPO nie je uspokojivá. Absentuje koordinácia odborníkov, ktorí sa zapájajú do liečby, a nedostatočne sa využívajú postupy EBM.
Prínosom štandardu bude zavedenie prístupov založených na EBM v prevencii a liečbe tejto poruchy, čo zníži záťaž na súdny a nápravno výchovný systém a ušetrí finančné prostriedky, ktoré sa venujú náprave a prevýchove jedincov s touto poruchou. Zároveň zvýši kvalitu života postihnutých.

Podkladom štandardu je odborná práca tímu expertov z Veľkej Británie, ktorí na základe zhodnotenia metaanalýz vypracovali odporúčania pre DPO v práci Antisocial Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment, Management and Prevention (National Clinical Practice Guideline) (2013), a ďalšie odborné literárne zdroje a klinické skúsenosti.

Prevencia

Primárna prevencia porúch osobnosti môže tak spočívať v osvetovej a prednáškovej činnosti lekárov, pedagógov a psychológov, ktorí budú viesť rodičov a vychovávateľov k takým výchovným postupom, ktoré uľahčia zvereným deťom ich vlastný osobnostný vývin a čo najlepšie zvládanie vývojových úloh. V tom sú užitočné všetky aktivity, ktoré vedú k zvyšovaniu sebavedomia a interpersonálnych zručností rodičov a opatrovateľov.

Sekundárna prevencia u pacientov s poruchou osobnosti spočíva v dôslednom sledovaní a liečení komorbídnych psychických porúch, agresívneho správania a v motivovaní pacienta ku spolupráci a v udržaní kontaktu s terapeutickými a podpornými aktívami.

DPO je multifaktorálne podmienená, v jej etiológii sa uplatňujú tak genetické faktory (dedičnosť), ako aj biologické vplyvy, ktoré môžu pôsobiť v priebehu pre-/peri-/post- natálneho obdobia (napr. užívanie alkoholu/drog v priebehu tehotenstva, komplikovaný pôrod, nízka pôrodná hmotnosť, mozgová hypoxia/asfyxia, atď.), a tiež psychosociálne a socioekonomické faktory. Metaanalýzy (podľa NICE, 2013a, 2013b) našli viaceré **rizikové faktory** spojené s neskorším výskytom DPO. Sú to problémy v správaní v predškolskom, školskom a adolescentnom veku, diagnóza alebo prejavy ADHD, rodinné faktory, ako antisociálne správanie rodičov, alebo ich drsný, krutý výchovný štýl, a sociálno ekonomické faktory, ako je napr. nízky socioekonomický status. Avšak to neznamená, že následkom týchto podmienok sa musí táto porucha nevyhnutne prejaviť.

Prospektívne longitudinálne štúdie však zistili, že u značného počtu detí s poruchami správania a s agresívnym správaním takéto správanie pretrváva aj do dospelosti, a prejavuje sa ako dissociálna porucha osobnosti. Podľa jednotlivých štúdií sa to týka od 40 do 70% takto postihnutých jednotlivcov, čo je pre prevenciu veľmi významné číslo (Robins a kol., 1991; Moffit a kol., 2001; Loeber a kol., 2002; Simonoff a kol., 2004). Tiež deti s pretrvávajúcou ADHD poruchou sú vystavené vyššiemu riziku rozvoja dissociálnej poruchy osobnosti (http://sk.winesino.com/conditions-treatments/adhd/1011015289.html).

Z tohto dôvodu je pre prevenciu vzniku dissociálnej poruchy osobnosti kľúčový včasný skríning, depistáž, diagnostika a intervencia u detí a adolescentov s poruchami správania. U detí z rizikovej skupiny sa uplatňuje **selektívna prevencia**, ktorá je cielená na subpopuláciu v podmienkach vysokého rizika (napr. deti závislých rodičov) a **indikovaná prevencia**, zameraná na jednotlivcov prejavujúcich špeciálne znaky a symptómy (maladaptívne prejavy správania v predškolskom veku, či školskom veku). Preventívny program vychádzajúci z týchto skutočností uskutočňovali v USA pod názvom „Rodinné partnerstvo“ priamo v rodinách zaškolené zdravotné sestry. Cieľom programu bolo napr. zlepšenie správania matiek v súvislosti s prenatálnym zdravím (t.j. konzumácia cigariet, alkoholu a nelegálnych drog), posilnenie kompetencií v starostlivosti o dieťa, dokončenie si vzdelania, nájdenie zamestnania a zlepšenie ekonomickej sebestačnosti. Do programu boli zahrnutí okrem matiek aj ďalší členovia rodiny a uskutočňoval sa pomocou osobných návštev zdravotnej sestry v rodine. Deti z rodín, ktoré prešli programom, mali o 59% menej zatknutí a o 90% menej súdnych rozhodnutí. Ešte lepšie výsledky boli zaznamenané v rodinách, ktoré boli v lepšej ekonomickej situácii (Olds a kol., 1998). V školskom veku sa u týchto detí zisťovala vyššiu úroveň intelektu a lepšia slovná zásoba, vykazovali tiež menej problémov so správaním a menej prejavov agresivity (Olds a kol., 2004).

Dôležitá je realizácia takých preventívnych programov, ktoré sú zamerané na rozvíjanie socio-emocionálnych a komunikačných kompetencií. Napr. programy pre predškolákov („Aby každý z nás

mohol rásť...“, „Aj ja sa teším do školy!“). Preventívne programy určené pre deti na 1. a 2. stupni ZŠ („Srdce na dlani“, „Akí sme?“, „Cesta!). Prehľad zahraničných programov uvádza aj NICE (2013b).
Preventívny program „tréning rodičov“ vytvorila Caroly Webster-Stratton. Program trvá 12 týždňov a skupina rodičov sa stretáva raz týždenne dve hodiny. Webster-Stratton, Reid (2010; Sanders a kol., 2003). Prvé tri týždne sa rodičia učia to, ako sa „naladiť“ na svoje deti. Namiesto karhania sa učia s nimi hrať, nechať ich nech hru vedú, a len nehodnotiaco komentovať to, čo robia. Neskôr sa deti učia oceňovať za žiaduce správanie. Až následne, ak je to nutné, im určujú hranice pomocou jasných inštrukcií tvárou v tvár a pomocou očného kontaktu. Tieto majú byť čo najkonkrétnejšie a majú viesť k okamžitému konaniu. Sľúbené odmeny fungujú systémom „keď to urobíš, tak...“. Nakoniec sa rodičia učia trestať. Tresty majú byť jednoduché a primerané tak, aby neznechucovali. Drobné problémy sa učia rodičia ignorovať, a výraznejšie priestupky sa najčastejšie riešia vylúčením (maximálne na 5-10 minút). Program bol overovaný vo viacerých krajinách. V rozsiahlej britskej štúdii sa zistilo, že 7 rokov po liečbe bola u 80% detí menšia pravdepodobnosť, že sa prejaví opozičné vzdorovité správanie v porovnaní s tými deťmi, ktoré takto liečené neboli. Aj podľa údajov rodičov sa správanie detí oproti kontrolnej skupine detí výrazne zlepšilo (Scott at al., 2014). Ekonomické štúdie realizované v USA poukazujú na fakt, že včasne realizované preventívne intervencie môžu z dlhodobého hľadiska viesť k významnej úspore finančných prostriedkov vynakladaných na sociálne dávky a trestno-právne konania (NICE, 2013b).

Epidemiológia

Údaje o výskyte tejto dissociálnej poruchy osobnosti sú nejednotné. Praško a kol. (2003) na základe literárnych údajov uvádza ich prevalenciu medzi 0,2 - 9,4% v celkovej populácii, 3-37% u hospitalizovaných psychiatrických pacientov, a až 75% u väzňov. Prevalenciu a priebeh DPO ovplyvňuje tiež pohlavie. DPO je častejšia u mužov, a to v pomere 2:1 až po 7:1. DPO u mužov aj častejšie pretrváva. Guze (1976) uvádza, že vo vzorke sledovaných mužov, ktorí boli vo výkone trestu, malo následne problémy s antisociálnym správaním po 3 rokoch 87% a po 9 rokoch 72%, zatiaľ čo Martin a kol. (1982) zistili, že u žien bolo do kriminálneho správania po 3 rokoch zapojených len 33% žien, a po 6 rokoch len 18%. Dlhodobé sledovanie tiež ukázalo zníženie opakovaných trestných činov u mužov v priebehu času (Grilo a kol., 1998; Weissman, 1993).
DPO je medzi odsúdenými osobami častá. Prehľad u uväznených osôb ukazuje celosvetovú prevalenciu dissociálnej poruchy osobnosti 47% u mužov a 21% u žien (Fazel & Danesh, 2002).

Patofyziológia

Patofyziológia DPO vysvetľuje reakciu postihnutých ľudí na stres. Ľudia postihnutí DPO sa vyznačujú impulzivitou, vysokou úrovňou negatívnej emocionality, nesvedomitosťou a výrazným interpersonálnym a sociálnym narušením. Tak ako u väčšiny psychických porúch, aj pri DPO je výsledný obraz poruchy kombináciou biologickej a psychosociálnej etiológie. Napr. Viding a kol. (2008) zistili zvýraznenú dedičnú agresivitu v ranom veku u detí, ktoré začali páchať priestupky. Dedičné predpoklady potom zhoršuje rodinné prostredie s prísnou, či nekonzistentnou výchovou. Štúdie adoptovaných detí preukazujú interaktívny účinok genetickej vulnerability a averzívneho prostredia, čo vytvára výraznejšiu patológiu, ako by sme očakávali len pri vplyve z jednej oblasti (Cadoret a kol., 1995). Konkordancia poruchy u jednovaječných dvojčiat je 51%, u dvojvaječných len 22% (Praško 2003). Tento interaktívny efekt génov a prostredia poukazuje na fakt, že genetické riziko môže byť ovplyvnené zmenou negatívnych reakcií rodičov, napr. programami tréningu rodičov, multisystemickou terapiou a pod. Poznatky o genetickej vulnerabilite môžu ovplyvniť obsah programu a spôsob jeho vykonávania, a tak zvýšiť jeho účinnosť. Napr. deti s črtami bezcitnosti a emocionálneho nereagovania

reagujú negatívne na trestanie, ale pozitívne na odmeňovanie, a preto je potrebné program prispôsobiť ich špecifickým potrebám.

Biologické markery agresívneho a impulzívneho správania

Štúdie, ktoré porovnávali jedincov s a bez agresívneho správania preukázali výrazné rozdiely vo fyziologických reakciách a štruktúre a fungovaní mozgu u týchto skupín (pozri prehľad Patrick, 2008). Napr. jedinci so sklonom k agresivite mali zvýšenú reakciu autonómneho nervového systému na stres, zvýšenú mieru pomalej aktivity na zázname EEG, zníženú hladinu serotonínu v mozgu (Coccaro a kol., 1996a; Dolan a kol., 2001) a dysfunkcie v frontokortikálnych a limbických oblastiach, ktoré ovplyvňujú emocionálne fungovanie (Raine a kol., 2000, Blair a kol., 2006). Limitmi týchto štúdií je to, že väčšina sa zameriavala skôr na agresívne správanie a psychopatiu, a nie na DPO. Deti a adolescenti s agresívnymi prejavmi mali nízku úroveň autonómneho nabudenia (arousal), ale zvýšenú autonómnu reaktivitu na stress (Lorber, 2004), zatiaľ čo dospelí, ktorí skórovali vysoko v zozname psychopatie (Psychopathy Checklist) mali autonómnu reaktivitu na stres redukovanú.
Tieto zistenia by mohol vysvetľovať Adaptívny kalibračný model (Del Giudice a kol., 2011; Tonhajzerová, Mestanik, 2017), ktorý predpokladá, že individuálne rozdiely v odpovedi na stres sú hlavne výsledkom nepodmienenej adaptácie, teda postupnému rozvoju schopnosti organizmu modifikovať jeho vývinovú trajektóriu tak, aby sa prispôsobil podmienkam sociálneho a fyzického prostredia (Del Giudice a kol., 2011). Preto tento model zahŕňa účinok stresu na fyziologické fungovanie nielen v termínoch akútnej odpovede na stresovú situáciu, alebo na dlhotrvajúce vystavenie sa stresu, ale tiež na schopnosť organizmu využiť získané informácie zo stresových situácií na adaptívne spracovanie vývinových zmien s cieľom maximálne možnej adaptácie fyziologických reakcií a správania na podmienky prostredia (Del Giudice a kol., 2011). Znamená to, že vystavenie stresovému prostrediu vytvára stratégie, ktoré sú potom počas stresových situácií adaptívne a majú protektívny účinok voči nepriaznivým vplyvom neskôr v živote (Flinn, 2006; Ellis a kol. 2011a; Ellis a kol., 2011b). Individuálne rozdiely v stresovej reaktivite Del Giudice a kol. (2011) zhŕňa do 4 vzorcov, a to do primerane citlivej reakcie, tlmivej reakcie, ostražitej reakcie a nedostatočnej emocionálnej reakcie. Každý z týchto typov je charakterizovaný bazálnou aktivitou a reaktivitou/schopnosťou odpovede fyziologických regulačných systémov, či už sympatickej alebo parasympatickej vetvy ANS, osi HPA, behaviorálnymi charakteristikami a vývinovými mechanizmami.
Pre dissociálnu poruchu osobnosti môžu byť zaujímavé dva vzorce. Ostražitý vzorec fyziologického autonómneho profilu je silne spojený s vývinom jedinca. Vigilantné vzorce sa vytvárajú v stresovom prostredí, kde umožňujú jedincovi efektívne a pružne zvládnuť nebezpečenstvo a hrozbu z fyzikálneho a sociálneho prostredia. Preto je vigilantný typ charakterizovaný vysokou bazálnou aktivitou sympatiku a HPA a vysokou reaktivitou obidvoch fyziologických systémov. Naproti tomu základná parasympatická aktivita a reaktivita je nízka. Zotavovacia fáza je predĺžená, ostražitým ľuďom trvá dlho, než sa vrátia na základnú úroveň po sympatikovej a HPA aktivácii a ich habituácia je pomalšia (Gunnar and Vazquez, 2006).
Ostražitý fenotyp sa rozvinie u temperamentovo obťažných /inhibovaných detí, ktoré sú vystavené častým a príliš silným stresovým podmienkam vo svojom ranom živote, čo vedie k prehnanej regulácii stresovej reaktivity. Zvlášť úzkostní a hyperprotektívni rodičia dávajú signál dieťaťu, že prostredie je nebezpečné a nepredvídateľné, čo vedie k rozvoju ostražitého fenotypu u temperamentovo labilných detí (Rubin, 2002). Pre mužov je typický vigilantne agonistický vzorec s dominantnou reakciou útok, a pre ženy vzorec ostražitého stiahnutia.
Stresový emocionálne nereagujúci vzorec je z fyziologického hľadiska charakterizovaný nízkou bazálnou aktivitou a reaktivitou vo všetkých častiach odpovede na stres - ANS a HPA os. Znamená to, že celkové nereagovanie potláča sociálne učenie a citlivosť na sociálnu spätnú väzbu, čo je spojené s

potenciálne zvýšeným rizikom kvôli blokovaniu informácií o nebezpečenstve a hrozbách z prostredia. Očakáva sa tu nízka serotonergná a dopaminonergná aktivita zvlášť pri agresii a rizikovom konaní (Gatzke-Kopp, 2011; Del Giudice a kol., 2011). Muži s absentujúcou emocionalitou majú nízku úroveň empatie a sociálnej kooperácie, a majú sklon k vysokému riziku antisociálneho/rušivého správania. Tieto špecifické behaviorálne charakteristiky sú pravdepodobne spôsobené pohlavnými hormónmi, zvlášť antisociálne správanie je spojené s vysokou úrovňou androgénov (testosterónu, dehydroepiandrosteronu) sprevádzané nízkou úrovňou kortizolu.

Klasifikácia

Diagnostické kritériá MKCH-10 pre F60.2 - dissociálna porucha osobnosti

A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti.

B. Musia byť splnené najmenej tri z nasledujúcich symptómov:

1. chladný nezáujem o pocity druhých
2. hrubý a trvalý postoj nezodpovednosti a bezohľadnosti voči spoločenským normám, pravidlám a záväzkom
3. neschopnosť udržať trvalé vzťahy pri nedotknutej schopnosti takéto vzťahy bez ťažkostí vytvárať
4. veľmi nízka frustračná tolerancia a nízky prah pre uvoľnenie agresie, vrátane násilia
5. neschopnosť pociťovať vinu a poučiť sa zo skúsenosti, zvlášť z trestu
6. výrazná tendencia prenášať vinu na iných alebo k uvádzaniu racionálneho vysvetlenia pre správanie, ktoré jedinca privádza do konfliktu so spoločnosťou.

Ako pridružená črta môže byť prítomná pretrvávajúca iritabilita. Diagnózu môžu ďalej podporovať poruchy správania v detstve a dospievaní, hoci nemusia byť trvale prítomné.

Diagnostické kritériá podľa DSM-5 - antisociálna porucha osobnosti 301.7 (F60.2)

A. Pervazívny vzorec ignorovania a porušovania práv iných ľudí, ktorí sa vyskytuje od veku 15 rokov príslušného jedinca. Porucha je určená prítomnosťou troch (a viacerých) znakov z nasledujúcich:

1. Neschopnosť prispôsobovať sa sociálnym normám, s ohľadom na zákonom povolené prejavy správania, v dôsledku čoho sa jedinec opakovane dopustí činov, ktoré sú dôvodom na zatknutie.
2. Zákernosť v podobe opakovaného klamania, používania falošného mena, podvádzanie ostatných pre osobný zisk či potešenie.
3. Impulzivita, čiže neschopnosť vopred si naplánovať svoje jednanie.
4. Podráždenosť a agresivita prejavujúca sa opakovanými bitkami a násilnými útokmi.
5. Bezohľadný nezáujem o vlastnú bezpečnosť a bezpečnosť ostatných.
6. Trvalá nezodpovednosť zrejmá z opakovaných neúspechov pri snahe udržať si zamestnanie či dostať sa z finančných záväzkov.
7. Neprítomnosť pocitov viny, ľahostajnosť alebo racionalizácia vlastného správania v situáciách, kedy dotyčný niekomu ublíži, týra ho alebo mu niečo ukradne.

B. Vek jedinca je najmenej 18 rokov.

C. Sú dôkazy o tom, že už pred 15. rokom života sa u neho začala prejavovať porucha správania.

D. Antisociálne správanie sa nevyskytuje výlučne v priebehu schizofrénie alebo bipolárnej poruchy.

Klinický obraz

Vzorec nerešpektovania a pohŕdania právami ostatných nastupuje už v detstve alebo v ranej adolescencii a pokračuje do dospelosti. Jedinci s DPO často už od detstva kradnú, klamú, týrajú slabších rovesníkov alebo zvieratá, chodia poza školu, vytvárajú asociálne partie a majú problém s autoritami. Jedincom s DPO chýba schopnosť vcítenia sa (empatie), bývajú bezcitní, nedokážu udržať trvalý vzťah. Niekedy sú prehnane a arogantne sebavedomí, môžu sa vyznačovať povrchným šarmom a verbálnou pohotovosťou. Často sa ocitajú vo väzeniach, aj keď kriminálne aktivity sami o sebe nemusia znamenať prítomnosť DPO. Prevalencia DPO medzi väzňami necelých 50% (Fazel & Danesh, 2002; Hart & Hare, 1989). Epidemiologické štúdie v bežnej populácii preukázali, že len 47% ľudí, ktorí spĺňali kritériá pre dissociálnu poruchu osobnosti malo záznam o uväznení. Agresia v anamnéze, nezamestnanosť a promiskuita boli však u ľudí s diagnózou dissociálnej poruchy osobnosti častejšie ako vážne porušenie zákona (Robins, 1987; Robins a kol., 1991). Tieto údaje ukazujú, že vzťah medzi DPO a porušovaním zákona nie je priamočiary.

Jedinci s DPO môžu často trpieť dysforickými alebo depresívnymi zmenami nálady, niektorou z úzkostných porúch, intrapsychickou tenziou, neschopnosťou znášať nudu. Komorbídnymi komplikáciami sú zneužívanie psychoaktívnych látok, patologické hráčstvo a iné poruchy súvisiace s narušenou kontrolou impulzov, a taktiež somatizačná porucha. Častou dôvodom pre psychiatrický kontakt je účelová motivácia, ako napr. predpísanie zneužiteľných liekov, potvrdenie kvôli nezamestnanosti, forenzný posudok, vyhýbanie sa práci a pod.

Oproti ostatným ľuďom v bežnej populácii sú jedinci s DPO náchylnejší k predčasnej smrti násilnou cestou (napr. samovraždou, pri nehode, zabitím). Mávajú nízky prah pre výbuchy agresivity a násilia, a podobne radikálne môžu pristupovať k samovražednému správaniu (Mulder a kol., 2011). Hoci v správaní dominuje nadmerná ziskuchtivosť a bezohľadnosť, suicidalita pri DPO je relatívne vysoká (Krysinska a kol., 2006; Fazel a Danesh, 2002). Zvyšuje ju sklon k unáhlenému správaniu, impulzivita a neinhibované agresívne fantázie. Na stratu postavenia, majetku, hrozbu väzenia alebo uväznenie, trestnú väzbu môžu reagovať suicidálnymi rozladami, myšlienkami, či suicidálnym správaním (Slade a kol., 2013). Links a kol. (2003) zistili, že pacienti s DPO majú vyššie riziko suicidálneho správania, keď sú depresívni, zatiaľ čo u jedincov s narcistickou poruchou osobnosti je riziko vyššie, keď depresívni nie sú. U pacientov s DPO sa často kombinuje niekoľko faktorov zvýšeného rizika: impulzivita, porucha nálady, vysoká tenzia, abúzus alkoholu či iných návykových látok a nedostatočná sociálna podpora.

Násilné správanie

Porucha sa vyznačuje typickým ignorovaním a porušovaním práv druhých. Súvisí s násilnou trestnou činnosťou, a to tak u mužov, ako aj u niektorých žien. Vo vzťahu k obetiam pri DPO ide väčšinou o neznámych ľudí (55%) alebo osoby, ku ktorým majú malú väzbu, napr. susedov alebo povrchné známosti (20%), ktoré si dehumanizujú (González-Guerrero, 2007).

Jedinci s DPO sa často vyznačujú aj osobnostnými charakteristikami, ktoré zodpovedajú kritériám pre iné poruchy osobnosti, napr. hraničnú, histriónsku a narcistickú poruchu osobnosti.

Diagnostika I Postup určenia diagnózy

Pri posudzovaní osoby s podozrením na DPO v primárnej starostlivosti by mal všeobecný lekár alebo pediater posúdiť riziko agresívneho správania v prípade:

- že sa vyskytli agresívne prejavy v minulosti, alebo sú prítomné v súčasnosti, zhodnotiť jeho vážnosť, okolnosti, čo mu predchádzalo a kto bol obeťou
- výskytu komorbídnych psychických porúch a/alebo zneužívania návykových látok.
- aktuálnych životných stresorov, problémových vzťahov a udalostí v živote

Lekár by sa tiež mal opierať o ďalšie informácie zo zdravotných alebo iných záznamov, o údaje od rodinných príslušníkov alebo opatrovateľov, pretože údaje od osoby trpiacej touto poruchou nemusia byť pravdivé.
V prípade spáchania násilných trestných činov alebo ich vážnej hrozby by sa odborníci mali spojiť s orgánmi činnými v trestnom konaní, zvlášť v prípade zraniteľných osôb.
Pri diagnostikovaní osoby s podozrením na DPO by mali odborníci na psychické zdravie v sekundárnej a forenznej starostlivosti čo najúplnejšie posúdiť:

· antisociálne správanie
· fungovanie osoby, jej stratégie zvládania, prednosti a nedostatky
· komorbídne psychické poruchy (vrátane depresie a úzkosti, zneužívania drog alebo alkoholu, prítomnosti postraumatickej stresovej poruchy alebo iných porúch osobnosti)
· potrebu psychologickej (psychoterapeutickej) liečby, sociálnej starostlivosti a podpory, zamestnaneckej rehabilitácie a ďalšieho vývinu poruchy.

Personál vykonávajúci posúdenie DPO by mal kedykoľvek, kedy je to možné, použiť štruktúrované posudzovacie metódy, ako napr. SCID (Structured Clinical Interview for DSM-5).
Pri posudzovaní rizika násilia v sekundárnej starostlivosti je potrebné zistiť detailnú anamnézu násilia a zvážiť a zaznamenať:

· súčasné a minulé násilné činy, ich vážnosť, okolnosti, čo im predchádzalo, kto bol obeťou
· kontakty s políciou a súdmi, vrátane odsúdenia a jeho trvania
· výskyt komorbídnych psychických porúch a/alebo zneužívania návykových látok
· aktuálne životné stresory, vzťahy a udalosti v živote
· ďalšie informácie zo zdravotných alebo iných záznamov, údaje od rodinných príslušníkov alebo opatrovateľov, pretože údaje od osoby trpiacej touto poruchou nemusia byť pravdivé.

Úvodný manažment tohto rizika by sa mal zamerať na krízovú intervenciu a ovplyvnenie akýchkoľvek zhoršujúcich faktorov. Údaje z anamnézy o predchádzajúcom násilí by mali byť dôležitými informáciami vo vytváraní akéhokoľvek budúceho plánu na zvládanie rizika.
Pracovníci v sekundárnej zdravotnej starostlivosti by mali požiadať o pomoc policajné zložky:

· v prípade aktuálneho násilia alebo jeho hrozby, ktorá naznačuje ohrozenie fungovanie služby.
· pri anamnestických údajoch poukazujúcich na vážne prejavy násilia v minulosti, zvlášť útoky voči deťom, alebo iným zraniteľným osobám. (NICE 2013a).

Podobne by mali postupovať aj špecialisti v terciárnej sfére a vo väzenských psychiatrických zariadeniach.

Diagnostika DPO sa opiera o:

· psychiatrické vyšetrenie - anamnézu, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH-10 a psychopatologický rozbor
· psychodiagnostické vyšetrenie - využíva kombináciu klinických a testových metód, prípadne psychofyziologickú reaktivitu na stres.

V klinických metódach je dôležité zhodnotenie vývinových aspektov. Výhodou je, keď sú k dispozícii objektívne informácie od blízkych osôb. Pri interpretácii testových metód (sebaposudzovacie škály a dotazníky) je potrebná obozretnosť vzhľadom na možnosť skreslenej sebapercepcie a interferenciu aktuálnej psychopatologickej symptomatiky. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti je štruktúrované diagnostické interview, napr. SCID-II, ktoré umožňuje odlíšiť trvalé osobnostné charakteristiky od charakteristík, ktoré sú v čase viac variabilné.

Znaky DPO sa objavujú pred 15. rokom života, ale ako diagnóza DPO sa stanovuje vo veku najmenej 18 rokov. Pokiaľ sa symptómy poruchy nevyskytli už pred 15. rokom, ale až po 18. roku života, stanovuje sa diagnóza poruchy správania.

Diferenciálna diagnostika

Pri DPO je možné pozorovať viaceré komorbídne psychické poruchy. Swanson a kol. (1994) zistili, že 94,4% sledovaných probandov malo prinajmenšom aspoň jednu ďalšiu psychickú poruchu. Najčastejšou a najdôležitejšou komorbídnou diagnózou je zneužívanie psychoaktívnych látok. V epidemiologickej štúdii Catchment Area (ECA), ktorá porovnávala mužov s a bez antisociálnej poruchy osobnosti, ľudia s antisociálnou poruchou osobnosti užívali tri až päťkrát častejšie alkohol a iné drogy (Robins a kol.,1991). V štúdii Goodwin & Hamilton (2003) polovica ľudí s DPO trpela súčasne úzkostnými poruchami a štvrtina z nich trpela depresívnou poruchou (Lenzenweger a kol., 2007). Tieto údaje treba brať do úvahy, pretože prítomnosť DPO pravdepodobne negatívne ovplyvňuje liečbu týchto porúch v prípade, že sa tieto poruchy liečia bežným spôsobom.

Dissociálnu poruchu osobnosti je potrebné odlíšiť od iných porúch osobnosti. Narcistická porucha osobnosti rovnako ako dissociálna porucha osobnosti môže mať tendenciu k povrchnosti, využívaniu iných ľudí a nedostatku empatie, ale nevykazuje také znaky ako sú impulzivita, agresivita a podvádzanie. Narcistický jedinec zneužíva z pocitu svojej výnimočnosti, dissociálny jedinec zneužíva najmä za účelom materiálneho zisku.
Histriónska porucha osobnosti nemá primárne sklon k antisociálnemu správaniu. Keď sa takéto správanie objaví, súvisí to skôr s nezvládnutými emóciami, a nie z potreby priamo zo situácie získať.
Hraničná porucha osobnosti môže spáchať asociálny čin hlavne v okamihoch nezvládnutých emócií, a navyše sú tu prítomné časté prejavy sebapoškodzovania a samovražedné pokusy. Jedinci s dissociálnou poruchou osobnosti sú v porovnaní s jedincami s hraničnou poruchou osobnosti emocionálne stabilnejší a agresívnejší.
Paranoidná porucha osobnosti môže vykazovať antisociálne správanie, avšak toto nie je obvykle motivované túžbou po osobnom prospechu alebo snahou zneužívať iných, ako je to u jedincov s DPO. Takéto správanie je skôr motivované túžbou po pomste.

Iné psychické poruchy so psychotickými symptómami. Porucha s bludmi, schizofrénia, bipolárna porucha. Asociálne správanie môže vzniknúť ako následok bludov a halucinácií, a v takom prípade by nemalo byť diagnostikované ako DPO. Môže sa však vyskytovať tiež súbežne.
Poruchy vyvolané účinkom psychoaktívnych látok. Asociálne správanie sa môže objaviť ako dôsledok užívania psychoaktívnych látok. Môže sa však vyskytovať ako komorbídna porucha.
Mentálna retardácia. Asociálne správanie sa môže objaviť ako dôsledok zníženého intelektu a nedostatku kognitívnej kontroly nad správaním. Môže sa však vyskytovať tiež ako komorbidita.
Kriminálne správanie v dospelom veku za účelom zisku, ktoré však nesprevádzajú osobnostné črty, ktoré sú typické pre DPO.
DPO treba tiež odlíšiť od **ADHD v dospelosti**. Títo jedinci sa tiež môžu dostať do konfliktu so zákonom, avšak hlavne kvôli ich impulzívnemu správaniu (netrpezlivosti). Môžu tiež impulzívne klamať, aby sa vyhli dôsledkom. Kvôli impulzivite tiež zlyhávajú v plánovaní. Sú tiež podráždení, a kvôli tomu sa dostávajú do konfliktov s druhými ľuďmi. Nedokážu predvídať, a kvôli impulzivite dostávajú seba samých aj druhých ľudí do rizika.
DPO môže tiež imitovať nezvládnutú posttraumatickú stresovú poruchu.

Liečba

Adoptované podľa NICE (2013a, 2013b)

Ak sa pacient s DPO dostane do terapie, je potrebné v prvom rade zvážiť jeho motiváciu na liečbu a otvorene s ním o tom hovoriť, pretože práca na osobnostnej zmene je v tomto prípade veľmi náročná. Motiváciu je potrebné zvažovať priebežne, pretože ak je jeho motívom mať z terapie iné zisky (napr. invalidný dôchodok) alebo vyhnutie sa trestu, terapia nebude účinná.

Zatiaľ čo pri ostatných poruchách osobnosti pacientom spravidla nemusíme hovoriť diagnostický záver, pretože to môže byť zbytočné a stigmatizujúce (skôr hovoríme o problematickom životnom štýle kvôli určitým povahovým črtám), u pacientov s DPO osobnosti sa odporúča diagnózu oznámiť (Beck a Freedman, 1990). Následne je potrebné prebrať jednotlivé charakteristické osobnostné črty a posúdiť, aké výhody a problémy tieto črty jedincovi v živote prinášajú. Ak je pacient dostatočne motivovaný, je vhodné spísať jasnú dohodu o pravidelnej účasti na sedeniach, aktívnej účasti v diskusii, plánovaní a plnení domácich zadaní. Ak pacient prestáva v terapii spolupracovať, je potrebné spýtať sa ho priamo na to, aký má na terapiu názor. Ak aj po objasnení prístupu pacient nespolupracuje, má na výber tri možnosti. Môže ukončiť terapiu, môže pokračovať v terapii u súčasného terapeuta, alebo je možné ho odporučiť k iným odborníkom, či odporučiť mu inú službu.

Základný terapeutický prístup zo strany terapeuta vyžaduje:

Možnosť autonómie a výberu.

Pri práci s ľuďmi s DPO je potrebné, aby ich terapeuti brali ako partnerov, rozvíjali ich autonómiu a umožnili im vybrať si terapeutické postupy tak, aby boli aktívnymi účastníkmi pri nachádzaní riešení svojich problémov, a to aj počas krízy. Terapeuti ich vedú k tomu, aby zvážili rôzne liečebné možnosti a životné rozhodnutia, ktoré majú k dispozícii, a aby posúdili dôsledky svojho výberu.

Vytvorenie optimistického a dôveryhodného vzťahu

Terapeuti pracujúci s DPO by mali vedieť, že v zapojení a udržaní pacienta v liečbe je pozitívny a odmeňujúci prístup oveľa účinnejší ako trestajúci prístup. Je potrebné preberať s pacientom liečebné možnosti v atmosfére nádeje a optimizmu, vysvetliť mu, že uzdravenie je možné a dosiahnuteľné. Terapeut by sa mal snažiť vytvárať dôveryhodný terapeutický vzťah, pracovať otvoreným a neposudzujúcim spôsobom a byť konzistentný a spoľahlivý.

Zapojenie do liečby a motivácia

Už pri úvodnom posúdení je potrebné pacientov s DPO motivovať a zapájať do liečby. Takto treba postupovať počas celej liečby, pretože ľudia s DPO majú sklon liečebné intervencie ukončiť predčasne.

Nemocničná liečba

Odborný personál by podľa NICE (2013) mal zvažovať prijatie ľudí s DPO do nemocničnej liečby len v prípade krízového manažmentu, alebo pre liečbu komorbídnych porúch. Nemocničná liečba má byť krátka, na základe predchádzajúceho krízového plánu a s jasne stanoveným účelom a časom.

Zapojenie rodín a opatrovníkov

Podľa NICE (2013a) je potrebné spýtať sa pacienta s DPO priamo, či chce aby sa do jeho liečby zapojila jeho rodina alebo opatrovníci, vyžiadať si jeho súhlas a zabezpečiť dôvernosť. Terapeut povzbudzuje rodinu alebo opatrovníkov, aby sa do liečby zapojili a dbá na to, aby ich aktivita neviedla k prerušeniu liečby alebo k neprístupnosti služby. Informuje rodinu alebo opatrovníkov o miestnych podporných službách, ak sú k dispozícii.

Terapeut podľa NICE (2015a) má zvážiť potreby rodín a opatrovateľov ľudí s dissociálnou poruchou osobnosti a venovať pozornosť vplyvu antisociálneho a narúšajúceho správania na rodinu, či dôsledkom prílišného zneužívania drog alebo alkoholu. Je potrebné zvážiť, čo potrebujú deti rodičov s DPO, a posúdiť riziko, ktorému sú vystavené, a postarať sa o ich záujmy.

Tak psychologické, ako aj farmakologické intervencie pre ľudí s DPO sú nedostatočne preskúmané, a priame dôkazy o liečbe tejto populácie sú nedostatočné (Salekin, 2002; Warren a kol., 2003; Duggan a kol., 2007a).
Naopak, psychologické intervencie u komorbídnych porúch sú dobre rozpracované, účinné a účinnejšie ako farmakologická liečba pri bežných psychických poruchách (napr. NCCMH, 2005a, 2005b, 2006). Tieto postupy sú potom pre liečbu komorbídnych porúch pri DPO veľmi významné. Podobne boli vytvorené účinné psychologické terapie pre poruchy závislosti od návykových látok a od alkoholu (NCCMH, 2007a), a tieto liečebné postupy môžu byť opäť prospešné pri DPO s komorbídnymi problémami s návykovými látkami a alkoholom.
Aj keď samotné psychologické (psychoterapeutické) intervencie pri DPO majú svoje limity, liečebné postupy pre čiastkové diagnostikované problémy pri DPO sú lepšie rozpracované, zvlášť pri zvládaní agresie. Hnev nie je výslovne uvedený v diagnostických kritériách pre DPO, avšak je úzko spätý s impulzivitou a agresiou, a teda redukcia hnevu môže tiež redukovať tieto prejavy. Redukcia hnevlivosti však nie je účinná, ak osoba pokračuje v antisociálnom správaní. Na rozdiel od pomerne málo rozpracovanej špecifickej liečbe DPO, k dispozícii sú dobre rozpracované intervencie zamerané na redukciu opakovania trestnej činnosti. Predstavujú široký rámec kognitívnych a behaviorálnych intervencií (napr. Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey a kol., 2001, 2007; Lipton a kol., 2002; Tong & Farrington, 2006; Wilson a kol., 2005) a v menšom rozsahu pre terapeutické komunity (Lees a kol., 2003). Vo Veľkej Británii sa najčastejšie používajú kognitívne a behaviorálne programy, ako je Reasoning and Rehabilitation (Uvažovanie a Náprava) (napr. Cann a kol., 2003) a Enhanced Thinking Skills (Zdokonalené schopnosti a zručnosti v myslení) (napr. Friendship a kol., 2002).

Odporúčania na základe dôkazov

Podľa NICE (2013a) jestvuje viacero klinických dôkazov na úrovni I, že kognitívne a behaviorálne liečebné postupy sú u porušovateľov zákona stredne efektívne. Ekonomické analýzy ukázali, že tieto postupy môžu vyvolať potenciálne úspory (NICE, 2013a). Tieto zistenia podporujú aj údaje o efektivite kongitívno-behaviorálnych intervencií u páchateľov trestných činov, ktorí zároveň zneužívali návykové látky. Podľa NICE (2013a) sú tieto postupy pravdepodobne tiež efektívne pri DPO, i keď boli vytvorené pre liečbu páchateľov vo výkone trestu. Z týchto dôvodov odporúča použitie skupinových kognitívnych a behaviorálnych intervencií a ich adaptáciu tiež u ľudí s DPO, ktorí nemali vážne problémy so zákonom.

Na základe vyššie uvedených literárnych údajov preberáme nasledovné odporúčania pre liečbu DPO:

U ľudí s DPO, vrátane problémov so zneužívaním návykových látok, v ambulantnej a v nemocničnej starostlivosti o duševné zdravie je potrebné zvážiť použitie skupinových kognitívnych a behaviorálnych postupov na zvládanie problémov s impulzivitou, problémov v medziľudských vzťahoch a problémov s antisociálnym správaním.
U ľudí s DPO s kriminálnou anamnézou v ambulantnej a v nemocničnej starostlivosti odporúčame skupinové kognitívne a behaviorálne liečebné postupy (napr. program ‘Reasoning and Rehabilitation’) zamerané na redukciu kriminality a iného antisociálneho správania. Tento program je vhodné

prispôsobiť pacientom, napr. svojím trvaním, či súbežnými individuálnymi a skupinovými sedeniami, a doplniť ho sedeniami po ukončení programu pokračujúcim sledovaním a monitorovaním.

Súhrn odporúčaní na základe dôkazov pre mladistvých, ktorí spáchali trestný čin

Jestvujú stredné štatisticky významné dôkazy pre účinnosť skupinových kognitívnych a behaviorálnych postupov počas výkonu trestu, ktoré znižujú u adolescentov pravdepodobnosť budúcich trestných činov. Intervencie, ktoré sa zameriavajú na viaceré oblasti, sú menej účinné ako zameranejšie skupinové kognitívne a behaviorálne prístupy. Zo štúdií, pri ktorých sa používala multisystemická terapia a iné komplexné multimodálne intervencie, na základe dôkazov vyplýva, že presné dodržiavanie modelu je výrazne spojené s pozitívnymi účinkami. Kognitívne a behaviorálne intervencie sú tiež, podľa údajov z USA, ekonomicky efektívne (NICE 2013a).

Komorbidita

Pacientom s DPO, ktorí zároveň zneužívajú návykové látky, zvlášť opiáty alebo stimulanciá, je potrebné poskytnúť psychologické (psychoterapeutické) intervencie (zvlášť program contingency management) podľa odporúčaní štandardov pre liečbu drogových závislostí.
Pacientom s DPO, ktorí zároveň zneužívajú alkohol alebo sú závislí od alkoholu, je potrebné poskytnúť psychologické alebo farmakologické liečebné postupy podľa štandardov pre túto poruchu.
Ľuďom s DPO trpiacim na akúkoľvek ďalšiu komorbídnu poruchu je potrebné poskytnúť liečbu podľa štandardov pre túto poruchu bez ohľadu na to, či sú liečení kvôli DPO alebo nie.
Pri psychologickej liečbe DPO a komorbídnych porúch je potrebné počítať aj s jej možným predĺžením, a tiež s tým, že bude potrebná intenzívna liečba.
U ľudí, ktorí sa liečia kvôli DPO a zneužívaniu návykových látok alebo alkoholu, je potrebné zvážiť pokračovanie liečby v resocializačnom zariadení alebo na to špecializovanú komunitnú liečbu.

Farmakoterapia

Predpokladom farmakoterapie je, že pri DPO majú mnohé prejavy správania biologický základ, a že sú spojené s neurochemickými abnormitami centrálneho nervového systému (Coccaro a kol., 1996a, 1996b; Hollander a kol., 1994).
Farmakologická liečba symptómov poruchy osobnosti je indikovaná pri zlyhaní, resp. pri nedostatočnej účinnosti psychoterapeutických intervencií, a je popísaná v ŠDTP v odbore psychiatria.
Farmakologickú liečbu je možné tiež použiť pri liečbe komorbídnej psychickej poruchy - depresia, anxieta, PTSP, psychóza, insomnia, afektívna porucha, závislosť od alkoholu alebo drog. V takomto prípade sa postupuje podľa príslušného štandardného postupu.
Pri dissociálnej poruche osobnosti nie je indikovaná rutinná farmakoterapia na zvládanie prejavov agresivity, impulzivity či hnevu (NICE, 2009). Prehľad Cochrane (Khalifa, 2009) neuvádza ako účinnú žiadnu medikáciu, efekt liečby bol preukázaný len na úrovni D pri obsolentnej medikácii, ako je fenytoín, bromocryptín a nortryptilín.

V prípade, že nie je k dispozícii skupinová kognitívna a behaviorálna liečba, alebo ju pacient odmieta a preferuje iné formy liečby, je možné použiť aj iné psychoterapeutické postupy napr.:

- podporné psychoterapeutické metódy
- individuálne psychoterapeutické intervencie (psychoedukácia, krízová intervencia)
- iné špecifické psychoterapeutické postupy

· parciálne psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie)
· rodinnú psychoterapiu, psychoedukáciu rodinných príslušníkov

Psychoterapia môže mať formu individuálnu alebo skupinovú.

Podporná terapia

Pri vytvorení terapeutického vzťahu je potrebné pri DPO brať do úvahy tendenciu manipulovať, provokovať, využívať. Je dôležité zostať morálne neutrálny, nemoralizovať, ale ani nevyvolať dojem súhlasu s asociálnymi činmi. Terapeutický vzťah popri chápajúcom a ústretovom postoji terapeuta by mal mať jasne a pevne stanovené pravidlá a hranice. Liečba u pacientov s dissociálnou poruchou osobnosti sa zameriava na prijatie väčšej zodpovednosti za svoje vlastné správanie a uvedomenie si, že problémy pacienta sú spôsobené jeho vlastným konaním. Šanca na zmenu je vtedy, ak pacient pochopí, že dlhodobé dôsledky svojho správania sú pre neho významnejšie ako krátkodobé zisky.

Špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom Slovenskou psychoterapeutickou spoločnosťou a Slovenským inštitútom pre vzdelávanie v psychoterapii.

Prognóza

Farrington a kol. (1986) uvádzajú, že 5 až 6% páchateľov trestných činov je zodpovedných za 50% spáchaných trestných činov, teda títo páchatelia pokračujú v trestnej činnosti celý život, na rozdiel od veľkého počtu páchateľov, ktorí po období adolescencie trestné činy páchať prestanú. Toto viedlo k vytvoreniu konceptu "páchateľa trestných činov počas celého života", oproti " páchateľovi trestných činov v adolescencii" (Moffitt, 1993). Na základe longitudinálnej Dunedin štúdie vytvoril charakteristiku páchateľa trestných činov počas celého jeho života, ktorá je charakterizovaná jeho vrodenými alebo konštitučnými neuropsychologickými narušeniami, ktoré neskôr interagujú s kriminologickým prostredím, a vytvárajú tento fenotyp (Moffitt, 1993). Antisociálne črty majú v priebehu času tendenciu zmierňovať sa. Po 21. roku života dochádza k remisii asi u 2% postihnutých každým ďalším rokom veku. Remisia má podobu útlmu celého spektra antisociálneho správania a zneužívania návykových látok.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Poruchy osobnosti s vyššou závažnosťou alebo s nepriaznivým priebehom môžu viesť k invalidizácii.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Za zabezpečenie starostlivosti je zodpovedné Ministerstvo zdravotníctva SR, Ministerstvo školstva SR, Ministerstvo práce a sociálnych vecí SR a Ministerstvo spravodlivosti SR. Za odborné vedenie sú zodpovedné odborné spoločnosti. Za vzdelávanie sú zodpovedné jednotlivé inštitúcie zabezpečujúce pregraduálne a postgraduálne vzdelávanie.

Organizácia starostlivosti je multidisciplinárna a viacúrovňová. Štandardný diagnostický a terapeutický postup je určený pre zdravotníkov v primárnom kontakte, pre špecializovanú zdravotnú starostlivosť iných zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa dostávajú do priameho kontaktu s pacientom a rozhodujú o liečbe DPO, pre odborných pracovníkov v sociálnej sfére, pre znalcov vykonávajúcich posúdenie stavu vyžadované štátnymi orgánmi, pre odborných pracovníkov v nápravno-výchovných zariadeniach, v centrách pedagogicko-psychologického poradenstva a v centrách špeciálno-pedagogického poradenstva, v liečebných výchovných sanatóriách, v reedukačných centrách, v resocializačných

centrách, a pre iných odborných pracovníkov liečiacich ľudí s DPO. Za liečbu ľudí s DPO sú zodpovedné viaceré odbornosti a zariadenia, hlavne vo väzenskej sfére, avšak tiež v zdravotníctve, hlavne pri liečbe komorbídnych porúch. Prevenciu poruchy vykonávajú zariadenia v pôsobnosti ministerstva školstva a ministerstva práce a sociálnych vecí.

Manažment a liečba dissociálnej poruchy osobnosti je potom vykonávaná nasledovnými inštitúciami:
Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - farmakoterapia, psychoterapia
Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - psychiatrické nemocnice, liečebne, kliniky, oddelenia, psychiatrické stacionáre v prípade závažnejších stavov poruchy so zameraním na farmakoterapiu a psychoterapiu
Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti - psychodiagnostika a psychoterapia, prevencia
Odborné poradenské centrá (CPPaP, ŠPP) - psychodiagnostika, prevencia
Primárny kontakt - depistáž, odoslanie na ďalšiu liečbu

Kompetencie a postup pri prevencii

Skríning, depistáž, diagnostika, preventívne programy
Pediater a sestra - pediater sa dostáva do kontaktu s dieťaťom a rodičom ako prvý. Pri preberaní dieťaťa do starostlivosti je súčasťou komplexného pediatrického vyšetrenia odobratie kompletnej anamnézy a zhodnotenie správy od neonatológa. V rámci nich je dôležité sledovať (napr. prostredníctvom dotazníka): sociálne prostredie rodiny, či ide o dieťa z rizikového tehotenstva (napr. tehotenstvo po umelom oplodnení, hroziaci predčasný pôrod, hypertenzia u matky, tehotenský diabetes, prekonanie infekčných ochorení, prežívanie závažného stresu, atď.), rizikový pôrod, sťažená popôrodná adaptácia, silný, prípadne prolongovaný novorodenecký ikterus, kde sa odporúča sledovanie v ambulancii rizikových novorodencov a v ambulancii detského neurológa. V rámci nasledujúcich preventívnych prehliadok je potrebné sledovať: psychomotorický vývin (u detí s ADHD sa často vyskytuje skorá vertikalizácia a chôdza už pred 1 r. života, vynechanie alebo preskočenie fázy lezenia), vyšetrenie reči (slovná zásoba, plynulosť, správna výslovnosť), stav psychického vývinu, prejavy porúch správania, následne školská úspešnosť.
Psychológ - psychodiagnostické vyšetrenie okrem klinickej časti pozostávajúcej z anamnestického rozhovoru s rodičmi, rozhovoru s dieťaťom a z pozorovania jeho správania v priebehu vyšetrenia zahŕňa aj testové vyšetrenie, ktoré je zamerané na posúdenie úrovne intelektových a percepčno-kognitívnych schopností, osobnostných charakteristík, aktuálneho prežívania a povahy sociálnych vzťahov a prostredia. V prevencii uplatňuje edukáciu, poradenstvo pre rodičov zamerané na výchovné postupy, komunikačné stratégie. Vedenie rodičovských skupín, behaviorálny tréning rodičov, VTI (videotréning interakcií).
Špeciálny pedagóg - depistáž v MŠ (Dotazník správania sa predškolských detí, T18), špeciálnopedagogická diagnostika, t.j. posúdenie úrovne motoriky - hrubej, jemnej, grafomotoriky, motoriky artikulačných orgánov, pohybovej koordinácie, senzomotoriky, vyšetrenie telovej schémy, percepcie, komunikácie, orientácie, sociálnych faktorov - rodinné zázemie, školské prostredie, vrstovnícke vzťahy apod., telesné a psychické charakteristiky -vývinové ukazovatele, emócie, motivácia, atď., posúdenie správania, posúdenie úrovne schopností a spôsobilostí (hlavne školských spôsobilostí, t. j. čítanie, písanie, počítanie apod.), štruktúrovaný rozhovor pomocou Pelhamovho dotazníka, Connersovej škály pre rodičov a učiteľov. V prevencii uplatňuje edukáciu rodičov a učiteľov. Výchovné poradenstvo pre rodičov. Metodické vedenie a podpora učiteľov MŠ, ZŠ. Vykonáva behaviorálne tréningy pre rodičov a učiteľov.

Ďalšie odporúčania

Je potrebné vytvoriť vzájomne prepojený systém identifikovania rizikových jedincov, ich zaradenia do preventívnych a liečebných programov a ďalšieho sledovania a liečby. Odborní pracovníci v poradenských centrách, sociálni pracovníci a liečební a špeciálni pedagógovia by mali mať základy zdravotníckeho vzdelávania podobne, ako napr. psychológovia. Tu je potrebné zmeniť legislatívu a prekonať delenie podľa rezortov tak, aby všetci odborníci liečiaci DPO mali jednotné vzdelanie týkajúce sa prevencie a terapie.

Špeciálny doplnok štandardu

Pri liečbe porúch osobnosti sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu je plánovaný do 1. roka od jeho vydania kedy má byť vytvorený jednotný komplexný manažment pacienta s disociálnou poruchou osobnosti spolu s OPS psychiatria.
Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

BATEMAN, A. W., GUNDERSON, J., MULDER, R. 2015. Treatment of personality disorder. In The Lancet. ISSN 01406736, 2015, vol. 385, no. 9969, p. 735–743. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61394-5.
BLAIR, R. J. R. a kol. 2006. The development of psychopathy. In Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. ISSN 1469-7610, 2006, vol. 47, no. 3,4, p. 262–275. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01596.x.
CADORET, R. J. a kol. 1995. Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. In Archives of General Psychiatry. ISSN 0003-990X, 1995, vol. 52, no. 11, p. 916–924.
CANN, J. a kol. 2003. Understanding What Works: Accredited Cognitive Skills Programmes for Adult Men and Young Offenders. In Youth Justice. ISSN 1747-6283, 2003, vol. 5, no. 3, p. 165-179. doi.org/10.1177/147322540500500303.
COCCARO, E. F. a kol. 1996a. Impulsive aggression in personality disorder correlates with tritiated paroxetine binding in the platelet. In Archives of General Psychiatry. ISSN 0003-990X, 1996, vol. 53, no. 6, p. 531–536.
COCCARO, E. F. a kol. 1996b. Relationship of prolactin response to d-fenfluramine to behavioural and questionnaire assessments of aggression in personality disordered men. In Biological Psychiatry. ISSN 0006-3223, 1996, vol. 40, no. 3, p. 157–164.
DELGUIDICE, M., ELLIS, B. J., SHIRTCLIFF, E. A. 2011. The Adaptive Calibration Model of stress responsivity. In Neuroscience and Biobehavioral Reviews. ISSN 0149-7634, 2011, vol. 35, no. 7, p. 1562-1592.
DOLAN, M., ANDERSON, I. M., DEAKIN, J. F. 2001. Relationship between 5-HT function and impulsivity and aggression in male offenders with personality disorders. In The British Journal of Psychiatry. ISSN 2044-8295, 2001, vol. 178, p. 352–359.
DUGGAN, C. a kol. 2007a. Systematic review of the effectiveness of pharmacological and psychological strategies for the management of people with personality disorder. In NHS National R&D Programme in Forensic Mental Health. Dostupné na internete:
<http://www.nfmhp.org.uk/MRD%2012%2033%20Final%20Report.pdf > ÚD I

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁDZKOVÁ, A. 2015. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. 648p. ISBN 978-80-247-4826-9.
ELLIS, B. J. a kol. 2011a. Differential susceptibility to the environment: an evolutionary--neurodevelopmental theory. In Development and Psychopathology. ISSN 1469-2198, 2011, vol. 23, no. 1, p. 7-28.
ELLIS, B. J. a kol. 2011b. Quality of early family relationships and the timing and tempo of puberty: effects depend on biological sensitivity to context. In Development and Psychopathology. ISSN 1469-2198, 2011, vol. 23, no. 1, p. 85-99.
FARRINGTON, D. P., OHLIN, L. E., WILSON, J. Q. 1986. Understanding and Controlling Crime: Toward a New Research Strategy. New York: Springer-Verlag, 1986. 211 p. ISBN 9781461293675.
FAZEL, S., DANESH, J. 2002. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. In Lancet. ISSN 0140-6736, 2002, vol. 359, no. 9306, p. 545–550.
FLINN, M., V. 2006. Evolution and ontogeny of the stress response to social challenges in the human child. In Developmental Review. ISSN 0273-2297, 2006, vol. 26, no. 2, p. 138-174.
FRIENDSHIP, C., a kol. 2002. An Evaluation of Cognitive Behavioural Treatment for Prisoners. Home Office Research Report Findings 161. In Home Office. ISSN 1473-8406, 2002. Dostupné na internete: <http://library.college.police.uk/docs/hofindings/r161.pdf>
GATZKE-KOPP, L., M. 2011. The canary in the coalmine: the sensitivity of mesolimbic dopamine to environmental adversity during development. In Neuroscience and Biobehavioral Review. ISSN 1873-7528, 2011, vol. 35, no. 3, p. 794-803.
GLENN, A., L., JOHNSON, A., K., RAINE, A. 2013. Antisocial Personality Disorder: A Current Review. In Current Psychiatry Reports. ISSN 1523-3812, 2013, vol. 15, no. 12, p. 427. doi: 10.1007/s11920-013-0427-7.
GONZÁLEZ-GUERRERO, L. 2007. Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con TP: motivaciones subyacentes, "modus operandi" y relaciones víctima-victimario. In Psicopatologia Clinica Legal y Forense. ISSN 1576-9941, 2007, vol. 7, p. 19-39.
GOODWIN, R., HAMILTON, S. P. 2003. Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. In Psychiatry Research. ISSN 0165-1781, 2003, vol. 117, no. 2, p. 159–166.
GRILO, C. M., MCGLASHAN, T. H., OLDHAM, J. M. 1998. Course and stability of personality disorders. In Journal of Psychiatric Practice. ISSN 1538-1145, 1998, vol. 4, no. 2.
GUNNAR, M. R., VAZQUES, D., 2006. Stress neurobiology and developmental psychopathology. In CICCHETTI, D., COHEN, D. J. Developmental psychopathology: Developmental neuroscience. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, 2006. pp. 533-577. ISBN 978-0471237372.
GUZE, S. 1976. Criminality and Psychiatric Disorders. New York: Oxford University, 1976. 192p. ISBN 978-0195019735.
HART, S. D., HARE, R. D. 1989. Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population. In Psychological Assessment. ISSN 2151-5759, 1989, vol. 1, no. 3, p. 211–218.
HOLLANDER, E. a kol. 1994. Serotonergic sensitivity in borderline personality disorder: preliminary findings. In American Journal of Psychiatry. ISSN 1535-7228, 1994, vol. 151, no. 2, p. 277–280.
KRYSINSKA, K, HELLER, T. S., DE LEO, D. 2016. Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. In Current Opinion in Psychiatry. ISSN 1473-6578, 2006, vol. 19, no. 1, p. 95-101.
LANDENBERGER, N. A., LIPSEY, M. W. 2005. The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. In Journal of Experimental Criminology. ISSN 1572-8315, 2005, vol. 1, no. 4, p. 451–476. ÚD I
LEES, J. a kol. 2003. A Culture of Enquiry: Research Evidence and the Therapeutic Community. London: Jessica Kingsley, 2003. 336 p. ISBN 9781853028571.

LENZENWEGER, M. F. a kol. 2007. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. In Biological Psychiatry. ISSN 0006-3223, 2007, vol. 62, no. 6, p. 553–564.
LINKS P., S., GOULD B., RATNAYAKE, R. 2003. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. In Canadian Journal of Psychiatry. ISSN 1497-0015, 2003, vol. 48, no. 5, p. 301-310.
LIPSEY, M. W., CHAPMAN, G. L., LANDENBERGER, N. A. 2001. Cognitive-behavioral programs for offenders. In Annals of the American Academy of Political and Social Science. ISSN 1552-3349, 2001, vol. 578, p. 144–157.
LIPTON, D. S. a kol. 2002 The effectiveness of cognitive-behavioural treatment methods on offender recidivism: meta-analytic outcomes from the CDATE project. In MCGUIRE, J. Offender Rehabilitation and Treatment: Effective Programmes and Policies to Reduce Re-Offending. Chichester: John Wiley & Sons, 2002. pp. 79–112. ISBN 9780470713464. ÚD I
LIVESLEY, J. W. 2007. A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. In Journal of Personality Disorders. ISSN 0885-579X, 2007, vol. 21, no. 2, p. 199–224.
LIVESLEY, J. W. a kol. 1987. Prototypicality ratings of DSM-III criteria for personality disorders. In Journal of Nervous and Mental Disease. ISSN 1539-736X, 1987, vol. 175, no. 7, p. 395–401.
LOEBER, R., BURKE, J. D., LAHEY, B. B. 2002. What are the adolescent antecedents to antisocial personality disorder? In Criminal Behavior and Mental Health. ISSN 1471-2857, 2002, vol. 12, no. 1, p. 24–36.
LORBER, M. F. 2004. Psychophysiology of aggression, psychopathy, and conduct problems: a meta-analysis. In Psychological Bulletin. ISSN 0033-2909, 2004, vol. 130, no. 4, p. 531–552.
MARTIN, R. L., CLONINGER, C. R., GUZE, S. B. 1982. The natural history of somatization and substance abuse in women criminals: a six year follow-up study. In Comprehensice Psychiatry. ISSN 0010-440X, 1982, vol. 23, no. 6, p. 528-537.
MKCH – 10. 1993. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia. Obzor, 1993. 171p. ISBN 80-215-0249-5.
MOFFITT, T. E. a kol. 2002. Males on the life-coursepersistent and adolescence-limited antisocial pathways follow-up at 26 years. In Development and Psychopathology. ISSN 1469-5794, 2002, vol. 14, no. 1, p. 179–207.
MULDER, R. T., NEWTON-HOWES, G., CRAWFORD, M. J., TYRER, P. J. 2011. The central domains of personality pathology in psychiatric patients. In Journal of Personality Disorders. ISSN 0885-579X, 2011, vol. 25, no. 3, p. 364-377.
NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (UK), 2010. Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention [online]. Leicester (UK): British Psychological Society, 2010. ISBN 978-1-85433-478-7. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55345/.10>
NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2009. Antisocial Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment, Management and Prevention (National Clinical Practice Guideline. 1st Edition. London: RCPsych Publications, 2009. 350p., ISBN 978-1854334787. ÚD I
NCCMH, 2007a. Drug Misuse: Psychosocial Interventions. Leicester & London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, 2007. Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51>
NCCMH, 2005a. Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. Leicester & London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, 2005. Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg23 >

NCCMH, 2005b. Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. Leicester & London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, 2005. Dostupné na internete:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834189>
NCCMH, 2006. Obsessive-compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. Leicester & London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, 2006. Dostupné na internete:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834191>
NICE, 2013a. Antisocial behavior and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management (Clinical Guideline 158). London: National Institute for Health and Care Excellence. 468p. ISBN 978-1-908020-61-1. Dostupné na internete:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/evidence/conduct-disorders-in-children-and-young-people-full-guideline-189848413> ÚD I
NICE, 2013b. Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention (Clinical Guideline 77). London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2013. 361p. ISBN 978-1-85433-478-7. Dostupné na internete:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg77/evidence/full-guideline-242104429> ÚD I
OLDS, D. a kol. 1998. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15 year follow up of a randomized controlled trial. In Journal of the American Medical Association. ISSN 1538-3598, 1998, vol. 280, no. 4, p. 1238–1244.
OLDS, D. L. a kol. 2004. Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. In Pediatrics. ISSN 1098-4275, 2004, vol. 114, no. 6, p. 1550–1559.
PATRICK, C. J. 2008. Psychophysiological correlates of aggression and violence: an integrative review. In Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. ISSN 1471-2970, 2008, vol. 363, no. 1503, p. 2543–2555.
PRAŠKO, J. 2003. Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2003. 360 p. ISBN 978-80-262-0900-3.
RAINE, A. a kol. 2000. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. In Archives of General Psychiatry. ISSN 0003-990X, 2000, vol. 57, no. 2, p. 119–127.
ROBINS, L. N. 1987. The epidemiology of antisocial personality disorder. In MICHELS, R., CAVENAR, J. O. Psychiatry. Philadelphia, PA: J. B. Lippincott, 1987. pp. 1–14.
ROBINS, L. N., TIPP, J., PRZYBECK, T. 1991. Antisocial personality. In ROBBINS, L., DARREL, A., R. Psychiatric Disorders in America. US, New York: Simon and Schuster, 1991. pp. 258–290. ISBN 9780029265710.
ROBINS, L. N., TIPP, J., PRZYBECK, T. 1991. Antisocial personality. In ROBINS, L. N., REGIER, D. A. Psychiatric Disorders in America. New York: Free Press, 1991. pp. 258–290.
RUBIN, K. H. 2002. "Brokering" emotion dysregulation: the moderating role of parenting in the relation between child temperament and children's peer interactions. In ZUCKERMAN, B. S., LIEBERMAN, A. F., FOX, N. A. Emotional Regulation and Developmental Health: Infancy and Early Childhood. New Brunswick: Johnson & Johnson, 2002. pp. 81-99.
SALEKIN, R. T. 2002. Psychopathy and therapeutic pessimism: clinical lore or clinical reality? In Clinical Psychology Review. ISSN 0272-7358, 2002, vol. 22, no. 1, p. 79–112.
SANDERS, M. R., MARKIE-DADDS, C. TURNER, K. M. T. 2003. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: a population approach to the promotion of parenting competence. Brisbane, Qld, Australia: The Parenting and Family Support Centre, 2003. 21p. ISBN 1 875378 46 4. Dostupné na internete:
<https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:40566>

SIMONOFF, E. a kol. 2004. Predictors of antisocial personality disorder. Continuities from childhood to adult life. In The British Journal of Psychiatry. ISSN 2044-8295, 2004, vol. 184, 118–127.
SLADE, K., FORRESTER, A. 2013. Measuring IPDE-SQ personality disorder prevalence in pre-sentence and early-stage prison populations, with sub-type estimates. In International Journal of Law and Psychiatry. ISSN 0160-2527, 2013, vol. 36, no. 3-4, p. 207-212.
SWANSON, M. C., BLAND, R. C., NEWMAN, S. C. 1994. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Antisocial personality disorders. In Acta Psychiatrica Scandinavica. ISSN 1600-0447, 1994, vol. 376, p. 63–70.
TENNENT, G. a kol. 1990. Psychopathic disorder – a useful clinical concept? In Medicine, Science, and Law. ISSN 2042-1818, 1990, vol. 30, no. 1, p. 39–44.
TONG, L. S. J., FARRINGTON, D. P. 2006. How effective is the 'Reasoning and Rehabilitation' programme in reducing re-offending? A meta-analysis of evaluations in three countries. In Psychology, Crime and Law. ISSN 1068-316X, 2006, vol. 12, p. 3–24. ÚD I
TONHAJZEROVÁ, I., MESTANIK M. 2017. New Perspectives in the Model of Stress Response. In Physioogical Research. ISSN 0862-8408, 2017, vol. 66, no. 2, p. 173-185.
VIDING, E., LARSSON, H., JONES, A. P. 2008. Quantitative genetic studies of antisocial behaviour. In Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences. ISSN 1471-2970, 2008, vol. 363, no. 1503, p. 2519–2527.
WARREN, F. a kol. 2003. Review of Treatment for Severe Personality Disorder. Home Office Report 30/03. London: Home Office, 2003. Dostupné na internete:
<https://www.researchgate.net/publication/242477147_Review_of_treatment_for_severe_personality_disorder>
WEBSTER-STRATTON, C., REID, M. J. 2010. "The incredible Years parets, teacher, and children training series: a multifaceted treatment approach for young children with conduct disorders". In WEISZ, J, KAZDIN, A. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. 2nd eds. New York: Guilford Publications, 2010. pp. 194-210. ISBN 9781606235256.
WEISSMAN, M. M. 1993. The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. In Journal of Personality Disorders. ISSN 0885-579X, 1993, vol. 1, p. 44-62.
WILSON, D. B., BOUFFARD, L. A., MACKENZIE, D. L. 2005. A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. In Criminal Justice and Behavior. ISSN 0093-8548, 2005, vol. 32, no. 2, p. 172–204.

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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 manažment detského, adolescentného a dospelého pacienta s diagnózou sociálna fóbia (klinická psychológia)

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0070	*10. december 2019*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

Doc. PhDr. Miloš Šlepecký CSc.; prof. MUDr. Jan Praško Pavlov CSc.; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; PhDr. Katarína Jandová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS Klinická psychológia: doc. Mgr. Anton Heretik ml., PhD., Mgr. Štefan Vanko, PhD., PhDr. Iveta Šefarová, PhD., PhDr. Karina Pribišová, PhDr. Pavla Nôtová, PhD., PhDr. Robert Máthé , PhD., PhDr. Antónia Kotianová, PhD.), AGREE II hodnotitelia: PhDr. Antónia Kotianová, PhD., PhDr. Iveta Šefarová, PhDr. Robert Máthé , PhD., hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň;, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD., MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

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

sociálna fóbia, prevencia, diagnostika, liečba, manažment

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

APA	American Psychological Association (Americká psychologická asociácia)
EMB	evidence based medicine (medicína založená na dôkazoch)
HRV	heart rate variability (Variabilita srdcovej frekvencie)
IKBT	kognitívno-behaviorálna terapia prostredníctvom internetu (IKBT - internet-based cognitive-behavioral therapy)
KBT	kognitívno-behaviorálna terapia
NICE	The National Institute for Health and Care Excelence (Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť)
RCT	randomized controlled trial (na náhodnom výbere založená kontrolovaná štúdia)
ŠDTP	štandardný diagnostický a terapeutický postup
SF	sociálna fóbia

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, supervízia. Po absolvovaní vzdelávania v MIPLP poskytovanie MIPLP.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po absolvovaní vzdelávania v MIPLP poskytovanie MIPLP.

Lekár s certifikátom pre špecifickú psychoterapiu vychádzajúcej z EBM pre PP - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, lekár so špecializáciou v psychiatrii + s certifikátom v psychoterapii.

Psychológ - realizácia psychodiagnostiky, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v MIPLP poskytovanie MIPLP.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ), s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre SF - diagnostika, psychodiagnostika, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikátom v psychoterapii.

Sestra so špecializáciou - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť

Sestra s pokročilou praxou s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre SF - prevencia, psychoterapia, supervízia.

Sociálny pracovník - prvotné posúdenie, prevencia; psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora

Pediater - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu

Poradenský psychológ - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v MIPLP poskytovanie MIPLP.

Špeciálny pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v MIPLP poskytovanie MIPLP.

Liečebný pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v MIPLP poskytovanie MIPLP.

Liečebný pedagóg špecialista - prvotné posúdenie, prevencia; liečebnopedagogická diagnostika a terapia vrátane, využitia rôznych druhov art-terapií. Po absolvovaní vzdelávania v MIPLP poskytovanie MIPLP; terapia s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre SF, supervízia.

Úvod

Účelom tohto štandardného preventívneho, diagnostického a liečebného postupu je zlepšiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti podľa EBM u detí a adolescentov (od školského veku do 17 rokov) a dospelých pacientov (18 rokov a starších) trpiacich diagnózou sociálnej fóbie (F40.1), alebo sociálnej úzkostnej poruchy. Jeho cieľom je pozitívne ovplyvniť prejavy poruchy, ich školské, pracovné a sociálne fungovanie a kvalitu ich života.

Je určený všeobecným lekárom, pediatrom, klinickým a poradenským psychológom, psychiatrom a iným odborníkom v oblasti duševného zdravia. Má tiež zvýšiť povedomie o tejto poruche u zdravotníckych pracovníkov a zlepšiť koordináciu liečby.

Podľa Bražinovej (2017) sa v súčasnosti väčšina osôb trpiacich úzkostnými poruchami nelieči. I keď pri SF sú podľa EBM jasne definované liečebné postupy, tieto sa dostatočne nevyužívajú a porucha sa lieči menej efektívnymi psychoterapeutickými a farmakoterapeutickými postupmi. Klinickou otázkou je, ako zvýšiť dostupnosť a efektivitu liečby SF. ŠDTP liečby SF umožní spresniť diagnostiku, zavádza nové liečebné postupy menej intenzívnej psychologickej liečby, ako je IKBT a odporúča postupy vychádzajúce s EBM, ktoré majú vyššiu účinnosť ako dosiaľ používané psychoterapeutické prístupy. Zavádza efektívne preventívne a monitorovacie postupy a definuje EBM psychoterapeutické postupy, ich intenzitu a dĺžku podľa stupňa ochorenia. Definuje špecifiká liečebných postupov u dospelých a adolescentov. Spresňuje sieť poskytovateľov a ich kompetencie. Nadväzuje na ŠDTP v odbore psychiatria a podrobnejšie ho dopĺňa. Odporúča používanie dotazníkov na meranie efektu terapie jednak na začiatku a na konci liečby, a jednak priebežne, čo umožňuje nepretržite monitorovať účinok terapeutických intervencií. Predstavuje tiež postup, ktorý môžu použiť iné odbory ako je liečebná pedagogika a sestra v odbore psychiatria.

Sociálna fóbia sa prejavuje silným a trvalým strachom z jednej alebo z viacerých sociálnych situácií a výrazným vyhýbaním sa týmto situáciám. Toto vyhýbanie vedie síce k redukcii úzkosti, dôsledkom je však narušenie kvality života človeka, obmedzenie jeho sociálnych vzťahov a narušenie jeho výkonu v

práci alebo v škole. Ľudia s touto poruchou môžu redukovať svoju úzkosť alebo depresiu aj zneužívaním alkoholu alebo iných návykových látok.

U detí môžu byť prejavy SF odlišné od dospelých. Tiež sa vyhýbajú sociálnym interakciám, avšak oveľa pravdepodobnejšie je, že budú plakať, „stuhnú“ alebo sa nedokážu ovládať. Menej si priznávajú, že ich obavy sú iracionálne. Zvlášť im robí problém zúčastňovať sa napr. na spoločných aktivitách s inými deťmi v škole alebo mimo nej, požiadať v triede o pomoc, alebo sa zapájať do školských súťaží.

Tento štandardný postup bol vytvorený na základe hierarchie váhy dôkazov, a to štúdií ako aj svetových a európskych odporúčaní (NICE, APA, Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders, Nemecký Clinical Practice Guideline, the Diagnosis of and treatment Reccomendations for Anxiety Disorders a odborných poznatkov od v problematike rešpektovaných a uznávaných autorít (prof. D. Clark, PhD, prof. MUDr. J. Praško, CSc.). Zohľadnili sme potrebné úrovne dôkazov za posledných 10 rokov v elektronických databázach systematických prehľadov (Cochrane, Pubmed) či elektronických časopisov.

Prevencia

Podľa Evans a kol. (2012) by sa preventívne zásahy pri úzkostných poruchách mali zameriavať tak na rizikové, ako aj na ochranné faktory súvisiace s etiológiou a udržiavaním týchto porúch. Niektoré rizikové a ochranné faktory je možné ovplyvniť viac, iné menej, a dôležité je tiež obdobie života, v ktorom pôsobia. Z toho vyplýva, že rozvoj účinnej prevencie úzkostných porúch si bude vyžadovať (1) komplexné poznanie rizikových a protektívnych faktorov, ako aj ich komplexné vzájomné vzťahy počas rôznych období vývoja; (2) zlepšenie metód na zistenie prítomnosti a/alebo neprítomnosti týchto faktorov; a (3) intervencie, ktoré zvyšujú účinnosť protektívnych faktorov a/alebo redukujú rizikové faktory, alebo oboje. Cieľom takýchto programov je zredukovať výrazne negatívny vplyv úzkostných porúch na jednotlivcov a spoločnosť.

Preventívne programy podľa Evans a kol. (2012) môžeme rozdeliť na (1) indikované programy prevencie, ktoré sa zameriavajú na rizikových jedincov, ktorí už majú symptómy a/alebo biologické markery, ale nespĺňajú v plnej miere diagnostické kritériá pre poruchu; (2) programy selektívnej prevencie, ktoré sa zameriavajú na osoby, o ktorých sa predpokladá, že predstavujú vysoké riziko rozvoja poruchy (napr. boli svedkami násilia); a (3) univerzálne preventívne programy, ktoré sú zacielené na celé populácie bez ohľadu na rizikové faktory (napr. určitý stupeň školskej dochádzky).

Podľa výskumných zistení edukačné a behaviorálne intervencie zamerané na staršie deti/adolescentov, rodičov, školský personál a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti boli účinné v redukcii symptómov pri začínajúcej sociálnej fóbii v ročnom sledovaní v porovnaní s kontrolnou skupinou (Aune, Stiles, 2009).

Nasledujúca tabuľka uvádza rizikové faktory a ich popis pri všetkých úzkostných poruchách (Evans a kol., 2012).

Tab. 1 Individuálne faktory

Individuálne faktory	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ MANAŽMENT DETSKÉHO, ADOLESCENTNÉHO A DOSPELÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU SOCIÁLNA FÓBIA (KLINICKÁ PSYCHOLÓGIA)	
Faktor	**Popis**
Zvýšené prodromálne príznaky úzkosti	Ak sú prítomné hrozí riziko rozvoja choroby v priebehu dvoch rokov
Behaviorálna inhibícia (temperament)	Tendencia vyhýbať sa novým podnetom a zážitkom, prílišná hanblivosť v prítomnosti druhých ľudí
Úzkostná precitlivenosť	Tendencia interpretovať fyziologické prejavy úzkosti ako hrozbu samú o sebe
Kognitívne faktory	Vyhýbavý štýl zvládania, nízke vnímanie kontroly

Tab. 2 Rodinné faktory

Rodinné faktory	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ MANAŽMENT DETSKÉHO, ADOLESCENTNÉHO A DOSPELÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU SOCIÁLNA FÓBIA (KLINICKÁ PSYCHOLÓGIA)	
Faktor	**Popis**
Výchova v rodine	Neisté pripútanie s možným prepojením na inhibíciu temperamentu
Interakcia rodič-dieťa	Sklon rodičov podsúvať vyhýbavé stratégie riešenia problému, prílišné zapojenie sa a prílišná ochrana v reakcii na detské obavy, nedostatočné modelovanie reakcií zvládania

Tab. 3 Vrstovníci, škola a faktory z prostredia

Vrstovníci, škola a faktory z prostredia	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ MANAŽMENT DETSKÉHO, ADOLESCENTNÉHO A DOSPELÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU SOCIÁLNA FÓBIA (KLINICKÁ PSYCHOLÓGIA)	
Faktor	**Popis**
Fajčenie	Zvlášť v spojitosti s panickou poruchou
Alkohol a iné návykové látky	Sú samy o sebe rizikovými faktormi a zvyšujú riziko iných faktorov (napr. dopravných nehôd)
Zapojenie do gangov a kriminálna aktivita	Expozícia traumatickým udalostiam, páchanie interpersonálneho násilia
Vystavenie traume	Výrazná trauma zvyšuje riziko vzniku posttraumatickej stresovej poruchy a iných úzkostných symptómov, zvlášť u citlivých ľudí, alebo tých, ktorí zvýšene reagujú na určitý typ traumy (napr. sexuálne násilie)
Nedostatočná sociálna podpora	Je spojená s výraznejšími symptómami a s horšou reakciu na liečbu v dospelosti, predstavuje možný mediačný faktor

Epidemiológia

Veľká štúdia NCS (National Comorbidity Survey) zistila celoživotnú prevalenciu 13,3% a ročnú prevalenciu 7,9% (Magee a kol., 1996; Kessler a kol., 1998). Okolo 80 - 90% ľudí má niekedy vo svojom živote obdobie, kedy sa nadmerne hanbí. Priemerný vek začiatku sociálnej fóbie je 15 rokov. V klinickej praxi tvorí diagnóza sociálnej fóbie asi 30% všetkých fóbií a 18% všetkých pacientov liečených pre úzkostné poruchy. Je to druhá najčastejšia fóbia po agorafóbii. Sociálna fóbia sa objavuje rovnako často u mužov ako u žien. Nezáleží na inteligencii, vzdelaní, ekonomickom zázemí, či zamestnaní.

Sociálna fóbia je relatívne málo diagnostikovaná. Je to preto, že pacienti sa hanbia vyhľadať odborníka. Domnievajú sa, že ich úzkosť v sociálnych situáciách je ich povahová črta, a navyše sa obávajú stigmy psychickej poruchy. Ďalším dôvodom je to, že aj odborníci často na túto diagnostickú kategóriu nemyslia.

Napriek vážnosti nepohody a narušenia života, len asi polovica pacientov s touto poruchou sa ide liečiť, a aj tí, ktorí sa idú liečiť, obyčajne vyhľadávajú liečbu po 15 až 20 rokoch trvania poruchy. Značný počet ľudí, u ktorých sa v dospievaní sociálna fóbia prejaví, sa môže do dospelosti prejavov zbaviť. Ak však porucha pretrváva do dospelosti, šanca na zotavenie bez vhodnej liečby je v porovnaní s inými bežnými psychickými poruchami nízka (NICE, 2013d).

Hendikepy spôsobené vyhýbavým správaním a úzkosťou v sociálnych situáciách majú vplyv na ekonomickú situáciu postihnutých. Väčšina z nich patrí medzi skupinu ľudí s nižšími príjmami, a viac ako 20% je finančne závislých od invalidného dôchodku alebo od iného typu sociálnych dávok. Postihnutí jedinci dosahujú nižšiu úroveň vzdelania než na aké majú predpoklad. Postihnutí ľudia žijú oveľa častejšie bez partnera ako zdraví jedinci (Praško, Prašková, 2003).

Patofyziológia

Silný rodinný komponent s desaťnásobným rizikom pre rozvoj sociálnej fóbie alebo vyhýbavé poruchy osobnosti u príbuzných prvého stupňa zistili Stein a kol. (1998). Predpokladá sa geneticky podmienená zraniteľnosť. Kendler a kol. (1992) v štúdii dvojčiat s fóbiami preukázali, že rodinná agregácia fóbií sa dá pripísať najmä genetickým faktorom so strednou heritabilitou okolo 30-40%.

Fyziologické štúdie podľa Vente, Majdanžić, Bögels (2014) ukazujú, že sociálna úzkosť a sklon k obavám sa ako temperamentová črta vyznačuje bazálnym vysokým nabudením (hyperarousal) a zvýšenou reaktivitou na sociálne stresory, čo naznačuje znížený prah na podnety v limbickom systéme. Voči ostatným úzkostným poruchám sa zdá byť zvýšená reakcia červenaním sa, hoci nevieme, nakoľko je voči ostatným úzkostným poruchám špecifická. Chalmers a kol. (2014) na základe meta-analýz uvádzajú pri SF redukciu HRV stredného stupňa.

Klasifikácia

Diagnostické kritériá MKCH-10 pre sociálnu fóbiu (MKCH-10, 1996)

A. Musí byť prítomný jeden z nasledujúcich znakov:

(1) pacient má výrazný strach, aby nebol v centre pozornosti, alebo aby sa nesprával trápnym alebo ponižujúcim spôsobom,

(2) nápadne sa vyhýba situáciám, kde by bol v centre pozornosti, alebo kde by mal strach z trápneho alebo ponižujúceho správania.

Tieto strachy sa prejavujú v sociálnych situáciách, ako je napr. jedlo alebo hovorenie na verejnosti, stretávanie známych ľudí na verejnosti alebo účasť v malých skupinách (napr. večierky, schôdze, trieda).

B. Od začiatku poruchy sa musia niekedy prejaviť v obávanej situácii aspoň dva symptómy úzkosti, ako sú definované pod F 40.0, kritérium B, a to spoločne s aspoň jedným z nasledujúcich symptómov:

(1) červenanie sa alebo tras,

(2) strach zo zvracania,

(3) potreba alebo strach z močenia alebo defekácie.

C. Závažná emocionálna úzkosť je vyvolaná symptómami alebo vyhýbaním sa týmto symptómom, a jedinec si je vedomý, že tieto sú prehnané a nezmyselné.

D. Symptómy sa obmedzujú na obávané situácie alebo na ich očakávanie, alebo v týchto situáciách prevažujú.

E. Najčastejšia používané vylučovacie kritériá: symptómy uvedené pod kritériom A a B nevyplývajú z bludov, halucinácii ani iných porúch, ako sú napr. organické psychické poruchy, schizofrénia alebo príbuzné poruchy, poruchy nálady alebo obsedantno-kompulzívnej poruchy, a nie sú sekundárnym prejavom kultúrnych povier.

Klinický obraz

Kognitívno-behaviorálne vysvetlenie sociálnej fóbie, ako modelu s najsilnejšou EBM predpokladá, že pod vplyvom životných zážitkov dochádza k vytvoreniu charakteristických očakávaní a postojov voči sebe i okoliu, ktoré vedú k tomu, že sa jedinec v spoločnosti druhých ľudí cíti zvýšene napätý a nervózny. Má tendenciu sa pozorovať a negatívne hodnotiť, a pritom predpokladá, že je v centre pozornosti a negatívneho hodnotenia zo strany druhých ľudí. To ho vedie k tomu, že sa spoločnosti druhých ľudí vyhýba, takže nemá príležitosť rozvíjať svoje sociálne spôsobilosti. Kombinácia nedostatočných sociálnych spôsobilostí a zvýšenej nervozity vedie k tomu, že postihnutý jedinec v sociálnych situáciách skutočne zlyháva, a tým sa jeho negatívne presvedčenie a sebahodnotenie ďalej posilňuje (Praško a kol., 1996).

Model Clarka a Welsha (1995) predpokladá, že sociálna fóbia je udržiavaná tromi vzájomne prepojenými procesmi. Prvým je zmena zamerania pozornosti. Sociálne úzkostní jedinci si v sociálnej situácii viac všímajú seba ako druhých. V dôsledku toho si nevšimnú, ako na nich druhí ľudia primerane reagujú. Druhým udržiavacím procesom je, že na základe informácií zo svojho tela (negatívny sebaobraz a úzkostné pocity) si ľudia trpiaci sociálnou fóbiou vytvárajú prehnane negatívny dojem o tom, ako vyzerajú. Často preceňujú to, ako úzkostne vyzerajú, pretože chybne predpokladajú, že vyzerajú tak úzkostne, ako to pociťujú. Tretím udržiavacím procesom je používanie zabezpečovacieho

správania (často pomocou mentálnych operácií), ktoré je motivované snahou zabrániť alebo minimalizovať to, čoho sa pacienti obávajú (napr. budem vyzerať nudne), avšak dôsledkom je, že to zabráni pacientovi, aby zistil, že jeho strach je prehnaný. Okrem toho zabezpečovacie správanie „kontaminuje“ sociálnu interakciu tak, že sociálny fobik vyzerá, že o rozhovor záujem nemá, alebo že ho druhí ľudia nezaujímajú. To potom na odplatu vyvoláva nezáujem druhých ľudí.

Heimbergov model (Rapee, Heimberg, 1997) vychádza z kognitívnej terapie Becka a predpokladá, že ľudia trpiaci sociálnou fóbiou považujú druhých ľudí za výrazne kritických a čakajú, že ich budú pravdepodobne hodnotiť negatívne. Pre nich je však veľmi dôležité, aby boli hodnotení pozitívne. V tomto rámci dochádza k niekoľkým procesom, ktoré úzkosť vyvolávajú a udržiavajú. V sociálnej situácii si jedinec vytvára mentálnu reprezentáciu o tom ako vyzerá a ako predpokladá, že jeho správanie ostatní tak vnímajú. Táto mentálna reprezentácia je vytváraná na základe viacerých faktorov. Predpokladá sa, že tieto distorzie a jednostranné hodnotenia v informáciách týkajúcich sa sociálneho hodnotenia vedú k zvýšenej úzkosti v sociálnych situáciách, a tým pomáhajú sociálnu situáciu udržiavať.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Formálna diagnóza vychádza z aktuálneho klasifikačného systému MKCH-10, prípadne MKCH-11. Taktiež môže pomôcť použitie klasifikačného systému DSM-V. Prostredníctvom diagnostického procesu je potrebné získať všetky dôležité informácie, ktoré môžu byť dôležité pri následnej starostlivosti. NICE (2004) odporúča v tomto procese používať viaceré postupy. Psychologické vyšetrenie je potrebné začať podrobnou anamnézou.

Posúdenie dospelých pacientov so sociálnou fóbiou (podľa NICE).

V prípade, že dospelý pacient so sociálnou fóbiou nie je schopný zúčastniť sa úvodného posúdenia osobne je potrebné zvážiť prvý kontakt prostredníctvom telefónu alebo internetu, avšak cieľom by mal byť osobný kontakt na dokončenie vyšetrenia.

Pri vyšetrení pacienta s podozrením na sociálnu fóbiu je potrebné zamerať sa na:

- jeho strach, obavy, vyhýbavé správanie, prežívanie nepohody a narušené fungovanie v bežnom živote,
- je potrebné zistiť prítomnosť komorbídnych porúch, ako sú vyhýbavá porucha osobnosti, zneužívanie alkoholu a iných návykových látok, poruchy nálady, iné úzkostné poruchy, psychotické ochorenia a autizmus.

Pri vyšetrení je potrebné zvážiť použitie nasledujúcich nástrojov pre upresnenie diagnostiky a meranie efektu liečby:

- všeobecne v psychiatrii odporúčaný diagnostický alebo problémy identifikujúci postup.
- použitie validizovaných meracích nástrojov (dotazníkov), ako je napr. dotazník sociálnej fóbie (SPIN), alebo Liebowitzova škála sociálnej úzkosti, prípadne ďalších vhodných dotazníkov.

Je potrebné získať podrobný popis aktuálnych prejavov sociálnej úzkosti u postihnutých osôb, problémov s nimi spojených a okolností, za ktorých sa vyskytujú:

- situácií, v ktorých pacienti prežívajú strach, a ktorých sa obávajú,
- čoho sa boja, že by sa im mohlo v sociálnych situáciách prihodiť (napr. že budú vyzerať úzkostne, že sa budú červenať, potiť, triasť, alebo že budú vyzerať nudne),
- symptómy úzkosti,
- ako na seba nazerajú na seba,
- čo je podstatou ich sebaobrazu,
- zabezpečovacie správanie,
- na čo sa v sociálnych situáciách zameriavajú,
- anticipácia a spracovanie po udalosti,
- užívanie medikácie, alkoholu, alebo rekreačných drog.

Vyšetrenie (posúdenie) detí a mladistvých so suspektnou sociálnou fóbiou.

Úplné vyšetrenie detí a mladistvých so suspektnou sociálnou fóbiou by sa malo:

- v určitej fáze vyšetrenie s dieťaťom a mladistvým diať osamote,
- ak je to možné, informácie by mali tiež poskytnúť rodičia, opatrovatelia alebo iné dospelé osoby, ktoré dieťa poznajú, a môžu posúdiť jeho súčasné aj minulé správanie,
- ak je to možné, je vhodné zapojiť do posúdenia viacerých odborníkov (detský psychiater, klinický psychológ).

Pri posúdení dieťaťa alebo adolescenta je potrebné zistiť detailný popis jeho terajšej sociálnej úzkosti a s ňou spojených problémov, vrátane:

- situácie, v ktorých vyšetrovaný prežíva strach, a ktorých sa obáva,
- to, čoho sa vyšetrovaný bojí, že by sa mu mohlo v sociálnych situáciách prihodiť (napr. že bude vyzerať úzkostne, že sa bude sa červenať, potiť, triasť, alebo že bude vyzerať nudne),
- symptómy úzkosti,
- to, ako vidí samého seba,
- čo je podstatou jeho sebaobrazu,
- zabezpečovacie správanie,
- to, na čo sa čo sa v sociálnych situáciách zameriava,
- anticipácia a spracovanie po udalosti,
- rodinná situácia a podpora,
- priateľstvá a skupiny rovesníkov, školská a sociálna situácia,
- užívanie medikácie, alkoholu, alebo rekreačných drog.

Súčasťou odborného posúdenia je tiež určenie príčinných a udržiavacích faktorov sociálnej fóbie doma, v škole a v sociálnom prostredí, zvlášť:

- také správanie rodičov, ktoré vyvoláva a posilňuje úzkostné správanie, alebo neposilňuje pozitívne správanie,
- viktimizáciu vrstovníkmi v škole alebo inde.

Ako súčasť celkového posúdenia by odborník mal zistiť prítomnosť iných problémov, ako sú:

- iné psychické problémy (napr. iné úzkostné poruchy alebo depresia),
- ADHD, autizmus, poruchy učenia,
- zneužívanie drog a alkoholu,
- rečové problémy a problémy s jazykom.

Ako pomoc pri posúdení sociálnej fóbie a iných úzkostných a depresívnych prejavov by mal odborník použiť formálne dotazníkové nástroje (najlepšie ak je dostupná verzia pre dieťa aj pre rodiča), ako sú napr.:

- LSAS - detská verzia dotazníka sociálnej fóbie a úzkosti (child version of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children - SPAI-C for children), alebo SPIN (Social Phobia Inventory), alebo LSAS (Leibowitz Social Anxiety Scale – Leibowitzova škála sociálnej úzkosti) pre mladých ľudí.

Mali by sa použiť formálne posudzovacie nástroje na diagnostiku iných problémov, ak o sú:

- validizované meracie nástroje kognitívnych schopností u detí s podozrením na problémy s prospechom.

Objektivizácia ťažkostí je možná prostredníctvom cieleného psychologického vyšetrenia, kde sa odporúča použitie viacerých dotazníkov, ako sú: GAD-7 Sk, PHQ-9 Sk, SPIN, Liebowitzova škála sociálnej úzkosti, SCL-90, dotazník vyhýbavého správania a pod.).

V prípade podozrenia na poruchy intelektu, kognitívnych funkcií alebo poruchy osobnosti, alebo osobnostné abnormality je potrebné vykonať komplexné psychologické vyšetrenie a psycho-fyziologické vyšetrenie, ktoré je podľa McNeil, Ries, Turk (1995) veľmi dôležitou častou behaviorálneho posúdenia sociálnej úzkosti a reaktivity pacienta, a pomáha vytvoriť stresový profil.

Vhodné je použitie nejakého diagnostického algoritmu.

Pri posúdení symptómov a s nimi spojeného narušenia fungovania v živote by mal odborník zvážiť nasledovné faktory, ktoré môžu ovplyvniť vývoj, priebeh a vážnosť problémov, ktoré pacient udáva:

- akákoľvek psychická porucha v anamnéze pacienta
- chronické zdravotné problémy v anamnéze
- akákoľvek minulá liečba a jej výsledok
- kvalita interpersonálnych vzťahov

- podmienky, v ktorých pacient žije, a sociálna izolácia
- história psychických porúch v rodine
- história domáceho násilia alebo sexuálneho zneužívania
- zamestnanosť a imigračný status

Diferenciálna diagnóza

Vyhýbanie sa určitým spoločenským situáciám, ktoré sú normálne zdrojom nepohody, je všeobecne rozšírené - ide najmä o strach z prejavu na verejnosti, prednášanie, vystupovanie. Týmto problémom trpí okolo 40% populácie. Rovnako sa výrazná úzkosť a vyhýbanie sa určitým sociálnym situáciám môže vyskytnúť pri ochoreniach zo schizofrénneho okruhu, pri depresívnych poruchách, obsedantno-kompulzívnej poruche a pri paranoidnej či schizoidnej poruche osobnosti. Dominujúce zloženie symptómov je však odlišné.

Pacienti so *schizofréniou* sa sociálnym situáciám spravidla vyhýbajú pre bludné obavy, často majú nedostatočne rozvinuté sociálne zručnosti a sociálne sa izolujú.
Osoby trpiace *depresiou* sa často izolujú pre celkový strach zo zlyhania, či pre nechuť s ľuďmi komunikovať vôbec, nemajú z kontaktu s druhými radosť, a tiež sa hanbia za svoj stav. Na rozdiel od pacientov so sociálnou fóbiou pacienti s depresiou medzi ľuďmi byť nechcú.
Osoby trpiace *OCD* sa môžu vyhýbať sociálnym situáciám zo strachu z kontaminácie či z obavy, že podľahnú a vykonajú agresívne obsesie.
Paranoidné poruchy osobnosti sa obávajú zneužitia alebo toho, že im niekto urobí niečo veľmi nepríjemné, pretože očakávajú, že druhí to majú v úmysle.
Ľudia sa *schizoidnou poruchou osobnosti* často o kontakt s druhými nemajú záujem, pretože sú presvedčení, že druhí ľudia im nemajú veľmi čo ponúknuť.
Podobne pacienti s *agorafóbiou a panickou poruchou* sa niekedy vyhýbajú určitým sociálnym situáciám. Ich hlavnou obavou je, že im bude nevoľno. Primárnym je však pre nich strach s paniky.
Rozlíšenie SF od *vyhýbavej poruchy osobnosti* je náročné. Pri vyhýbavej poruche osobnosti je charakteristický dlhodobý vzorec dlhodobého vyhýbania sa interpersonálnym kontaktom zo strachu z odmietnutia. Úzkosť tu nemusí byť tak výrazná, pretože pacient sa všetkým obávaným situáciám vyhne. Sociálna fóbia na báze vyhýbavej poruchy osobnosti je častá. Je otázkou, či ide vôbec o odlišné poruchy, skôr sa obraz javí ako rôzne varianty tej istej klinickej jednotky (Praško, Prašková, 2008). Potvrdzujú to aj Dyck a kol. (2001), ktorí konštatujú, že sociálna fóbia môže byť tiež spojená s niektorou z porúch osobnosti, najmä s vyhýbavou poruchou osobnosti. U epidemiologicky identifikovaných probandov so sociálnou fóbiou samotnou, s vyhýbavou poruchou osobnosti samotnou, alebo trpiacich naraz obidvomi poruchami, sa zistilo rovnako zvýšené rodinné riziko sociálnej fóbie. Zdá sa, že obe poruchy skôr reprezentujú dimenziu sociálnej fóbie, než odlišné klinické jednotky (Tillfors a kol., 2001).

Sociálna fóbia má veľmi častú komorbiditu s inými poruchami. Epidemiologické štúdie zistili významnú komorbiditu celoživotnej sociálnej fóbie s rôznymi poruchami nálady (Kessler a kol., 1999). Okolo 60% pacientov so sociálnou fóbiou spĺňa kritériá pre prinajmenšom jednu ďalšiu poruchu. Vo väčšine prípadov sociálna fóbia predchádza rozvoju komorbídnej poruchy.

Tab. 4 Prevažujúca komorbidita pri sociálnej fóbii (podľa Praško, Prašková, 2008)

Prevažujúca komorbidita pri sociálnej fóbii	
Štandardné postupy — ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ MANAŽMENT DETSKÉHO, ADOLESCENTNÉHO A DOSPELÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU SOCIÁLNA FÓBIA (KLINICKÁ PSYCHOLÓGIA)	
špecifická fóbia	59%
agorafóbia	45%
generalizovaná úzkostná porucha	43%
dystýmia	21%
zneužívanie alkoholu	19%
panická porucha	17%
veľká depresia	17%
zneužívanie drog	17%

Poznámka: podľa Praško, Prašková, 2008

Liečba

Liečba sociálnej fóbie je na základe EBM popisovaná vo viacerých sprievodcoch. Guideline NICE (2013) odporúča pri sociálnej fóbii u dospelých použitie KBT liečby špecificky vytvorenej pre liečbu sociálnej úzkosti (založenej na modeli Clarka a Wellsa alebo na Heimbergovom modeli). U detí a mladistvých NICE (2013) odporúča použitie individuálnej, alebo skupinovej KBT zameranej na sociálnu fóbiu.

Podľa hodnotenia Americkej psychologickej asociácie (2015) má kognitívno-behaviorálna terapia pre sociálnu úzkostnú poruchu (sociálnu fóbiu) silnú výskumnú podporu.

Nemecké odporúčania Bendelow a kol. (2014) uvádzajú zhrnutie liečebných postupov sociálnej fóbie nasledovne (skrátené):

Tab. 5 Liečebné postupy pri sociálnej fóbii

Liečebné postupy pri sociálnej fóbii			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ MANAŽMENT DETSKÉHO, ADOLESCENTNÉHO A DOSPELÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU SOCIÁLNA FÓBIA (KLINICKÁ PSYCHOLÓGIA)		
Liečba	**Odporúčania**	**Úroveň dôkazov**	**Stupeň odporúčania**
Psychoterapia a psychotropné látky	Pacienti so sociálnou fóbiou sa majú liečiť: psychoterapiou medikáciou Je potrebné rešpektovať preferenciu dobre informovaného pacienta. Pacienti by mali byť informovaní zvlášť o nástupe a trvaní účinku, o vedľajších účinkoch a o tom, aká liečebná modalita je k dispozícii.	Ia	A

Tab. 6 Psychoterapeutické postupy

Psychoterapeutické postupy			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ MANAŽMENT DETSKÉHO, ADOLESCENTNÉHO A DOSPELÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU SOCIÁLNA FÓBIA (KLINICKÁ PSYCHOLÓGIA)		
Liečba	**Odporúčania**	**Úroveň dôkazov**	**Stupeň odporúčania**
Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT)	Pacienti so sociálnou fóbiou sa majú liečiť pomocou KBT.	Ia	A
Psychodynamická psychoterapia	Pacienti so sociálnou fóbiou sa majú liečiť psychodynamickou terapiou, ak KBT nie je k dispozícii, alebo nebola dostatočne účinná, alebo dávajú psychodynamickej terapii prednosť po tom, čo boli informovaní o všetkých možnostiach liečby.	IIa	B

Kanadský štandardný liečebný postup podľa Katzman (2014) uvádza, že za zlatý štandard v nefarmakologickej liečbe sociálnej fóbie (SF) sa považuje psychologická liečba vo forme KBT. Kognitívne techniky pre SF spočívajú v reštrukturalizácii a v zmene maladaptívnych myšlienok, a behaviorálne postupy využívajú expozičnú terapiu. Viaceré RCT štúdie a meta-analýzy (Fedoroff, Taylor, 2001; Acarturk a kol., 2009; Hofmann, Smits, 2008; Taylor, 1996) preukázali, že KBT je účinnejšia ako placebo, obvyklá liečba, alebo tzv. zoznam čakateľov na liečbu (waiting list). Hoci výsledky sú nie sú jednoznačné, niekoľko štúdií akútnej liečby SF zaznamenalo podobný účinok KBT a farmakoterapie (Clark a kol., 2003; Heimber a kol., 1998; Otto et. al., 2000; Gelernter a kol., 1999; Davitson a kol., 2004). Niektoré výskumné štúdie zistili, že efekt KBT trvá po ukončení liečby dlhšie

ako po farmakoterapii (Liebowits a kol., 1999; Haug a kol., 2003). KBT pre SF môže byť skupinová alebo individuálna. Hoci niektoré štúdie zistili, že individuálna forma KBT je účinnejšia ako skupinová (Stangier a kol., 2003; Mortberg a kol. 2007), meta-analýzy nepreukázali rozdiely v účinnosti medzi týmito dvomi skupinami (Fedoroff, Taylor, 2001; Acarturk a kol., 2009; Taylor, 1996). Carpenter a kol. (2018) vo svojej meta-analýze podrobili KBT liečbu SF prísnym kritériám porovnania s placebo podmienkami (psychologické poradenstvo alebo placebo medikácia). Dospeli k záveru, že KBT liečba SF má stredný, avšak štatisticky významný účinok na konci liečby, a v následnom sledovaní. (Hedges' g = 0.41).

V literatúre sa skúmali viaceré varianty KBT. Napr. spätná väzba pomocou videonahrávok sa nepreukázala ako významná pri zvyšovaní účinku liečby založenej na expozícii (Smits, Buxkamper, Telch, 2006). Podľa dvoch meta-analýz Opris a kol. (2012) a Meyerbroker, Emmelkamp (2012) je KBT spolu s expozíciou virtuálnej realite viac účinná ako kontrolná skupina „čakateľov na liečebnom zozname", a rovnako účinná ako KBT s imaginatívnou, alebo in vivo expozíciou.

KBT zameraná na interpersonálne správanie vyvoláva podobné zlepšenie sociálnej úzkosti ako štandardná KBT, ako aj zvýšené uspokojenie zo vzťahov a zvýšenie ústretového správania (Adlen, Taylor, 2011). Dôkazy podporujúce účinnosť interpersonálnej terapie pri SF sú však rozporuplné (Lipsitz a kol., 2008; Stangier a kol., 2011; Borge a kol., 2008). Zdá sa však, že interpersonálna terapia je účinnejšia než kontrolná skupina „zo zoznamu čakateľov" (Stangier a kol., 2011), ale menej účinná než klasická KBT (Stangier a kol., 2011; Borge a kol., 2008).

Podobne, terapia založená na všímavosti (mindfulness) sa spája s redukciou symptómov pri SF, hoci je menej efektívna ako tradičná KBT (Koszycki a kol., 2007).

KBT prostredníctvom internetu (IKBT) je nový spôsob liečby, ktorý môže v budúcnosti zvýšiť dostupnosť KBT pre úzkostné poruchy a poruchy nálad. Štúdie Hedman a kol. (2011) a Andrews, Davies a Titov (2011) zistili, že IKBT s minimálnym kontaktom s terapeutom je rovnako účinná ako KBT tvárou v tvár, a hlavne je nákladovo efektívnejšia (Hedman a kol., 2011). Aj Kampmann, Emmelkamp a Morina (2016) na základe 37 náhodne kontrolovaných štúdií zistili, že KBT prostredníctvom internetu je pri SF účinná, a na základe 3 štúdií potvrdili efektivitu expozičnej terapie vo virtuálnej realite. Podobne ako pri iných RCT, výskumy týkajúce sa IKBT obsahovali úvodný skríning participantov prostredníctvom telefónu alebo osobne s post liečebným hodnotením prostredníctvom telefónu alebo prostredníctvom dotazníkov. Nie sú zatiaľ dostatočné poznatky o účinnosti sebaadministrovanej liečby (IKBT alebo svojpomocných kníh, ktoré sa použili bez úvodného skríningu, alebo plánovaných stretnutí po liečbe). Odporúčania NICE (2013d) IKBT sociálnej fóbie zatiaľ nezaraďujú do druhého stupňa liečby.

Kombinovaná psychologická a farmakologická liečba

Davidson a kol. (2004) a Praško a kol. (2006) zistili, že pridanie farmakoterapie nezvýšilo účinok KBT. Blanco a kol. (2010) v porovnaní so samotnou expozičnou liečbou zistili zvýšenie

liečebného účinku expozícií pri kombinácii fenelzínu a KBT. Podobne zvyšoval účinok expozičnej liečby D-cycloserine oproti liečbe samotnou expozíciou (Guastela a kol., 2008; Hofmann, 2006). Knijnik a kol. (2008) zistili, že psycho-dynamická skupinová terapia s pridaním clonazepamu bola účinnejšia, ako samostatná liečba clonazepamom. Marvranezouliet a kol. (2015) pri posudzovaní ekonomickej efektivity liečby zistili, že rôzne formy individuálnej KBT sa javia ako cenovo najefektívnejšie voľby liečby SF u dospelých. Zohľadnenie vedľajších účinkov liekov túto ekonomickú efektivitu ešte zvyšuje.

Dlhodobé účinky psychologickej liečby

Viaceré štúdie preukázali, že účinky KBT pretrvávajú v kontrolnom sledovaní 6-12 mesiacov po liečbe (Fedoroff, Taylor, 2001; Clark a kol., 2003; Stangier a kol., 2003; Salaberria, Echeburua, 1998; Anderson a kol., 2006; Tillfors a kol., 2008; Watanabe a kol., 2010, 2008; Carlbring a kol., 2009), s pretrvávajúcim zlepšením dokumentovaným po 5 ročnej kontrole (Hedman a kol., 2011; Mortberg, Clark, Bejerot; 2011). Dlhodobé hodnotenia post IKBT preukázalo pretrvávajúce zlepšenie v kontrolnom sledovaní 1-5 rokov (Anderson a kol., 2006; Tillfors a kol., 2008; Watanabe a kol., 2010; Hedman et. al., 2011). Liebowits a kol. (1999) a Haug a kol. (2003) preukázali tiež dlhotrvajúci efekt psychoterapie v porovnaní s farmakoterapiou po prerušení liečby.

Liečebné postupy pri sociálnej fóbii (upravené podľa odporúčaní NICE, 2013)

Všetky liečebné postupy pri SF by mal robiť vzdelaný a kompetentný odborný pracovník. Psychologické liečebné postupy by mali byť založené na relevantných liečebných manuáloch, ktoré určujú štruktúru a trvanie intervencie.

· Zdravotnícki pracovníci by mali mať pravidelnú, vysoko kvalifikovanú a na výsledky zameranú supervíziu.

· Zdravotnícki pracovníci by mali pravidelne merať efekty intervencie (napr. pomocou škály SPIN alebo LSAS) a zapojiť pacienta do zisťovania účinnosti liečby.

· Sledovať spoluprácu pacienta pri liečbe a svoje vlastné kompetencie - napr. pomocou video-záznamov alebo audio-nahrávok, alebo vonkajším auditom, či iným druhom kontroly.

Úvodné liečebné možnosti u pacientov so sociálnou fóbiou

V rámci informovaného súhlasu má byť pacient informovaný o EBM podložených možnostiach liečby. Každý pacient by mal byť edukovaný o poruche, ktorou trpí, o účinnosti (vrátane očakávaného nástupu terapeutického účinku) a o vedľajších účinkoch liečby, ktorú si vyberie, o faktoroch, ktoré poruchu zhoršujú a o symptómoch relapsu (Swinson a kol., 2006). Užitočné sú tiež informácie pochádzajúce svojpomocných kníh, ako napr. Praško, Vyskočilová, Prašková (2005), Praško, Holubová (2017), alebo z webových stránok.

U dospelých pacientov so sociálnou fóbiou by sa mala liečba začínať individuálnou KBT vytvorenou na tieto účely (založenou na Clarkovom a Wellsovom alebo Heimbergovom modeli).

- nie je vhodné rutinne začínať skupinovou KBT. Hoci sú dôkazy, že skupinová liečba je účinnejšia ako väčšina iných liečebných postupov, pri SF nie je klinicky a nákladovo účinnejšia ako individuálna KBT,
- pacientom, ktorí odmietnu KBT a uprednostňujú iné psychologické postupy, je potrebné poskytnúť im svojpomocné podporné materiály založené na KBT,
- s pacientmi, ktorí odmietajú KBT a preferujú farmakologickú liečbu, je potrebné prebrať s nimi ich obavy a dôvody svojho rozhodnutia
- ak pacient uprednostňuje farmakoterapiu, je potrebné odporučiť mu odborníka z odboru psychiatria, ktorý pacientovi predpíše SSRI. Pacienta je potrebné starostlivo sledovať kvôli nežiaducim účinkom,
- u pacientov, ktorí odmietajú KBT a farmakoterapiu, je potrebné zvážiť krátkodobú dynamickú terapiu, ktorá bola špecificky vytvorená pre liečbu sociálnej fóbie. Je potrebné brať do úvahy limitovanú klinickú účinnosť a nižšiu nákladovú efektívnosť tejto liečby v porovnaní s KBT, so svojpomocnými postupmi a s farmakoterapiou,
- v prípade, že vyššie uvedené psychoterapeutické postupy nie sú k dispozícii, je potrebné použiť inú formu psychoterapie, najlepšie KBT približujúcu sa týmto teoretickým postupom,
- je potrebné sledovať, v akom štádiu zmeny sa pacient nachádza. V prípade, ak pacient nie je v štádiu prípravy alebo akcie, pre ktoré sú tieto postupy vhodné, je vhodné použiť psychoterapeutické postupy zvyšujúce uvedomenie si problému a motiváciu k posunu do štádia akcie (Prochaska, Norcross, 1999).

Liečebné postupy u pacientov, ktorí nereagujú alebo len sčasti reagujú na úvodnú liečbu

U dospelých pacientov, ktorých symptómy sociálnej úzkosti sa po primeranom vedení individuálnej KBT zredukovali len čiastočne, by sa mala zvážiť kombinácia farmakologickej a individuálnej KBT.

U dospelých pacientov, ktorí nereagovali dostatočne na liečbu pomocou SSRI (escitalopram alebo sertralin) po 10-12 týždňoch liečby, je vhodné pridať k SSRI aj individuálnu KBT.

Farmakoterapeutickú liečbu popisuje ŠDTP v odbore psychiatria

Je potrebné prebrať možnosti liečby individuálnou KBT u tých pacientov, ktorých symptómy nereagovali na farmakologickú liečbu.

Postup psychologickej liečby SF

Individuálna KBT (Clarkov a Welshov model) by mala mať priemerne 14 sedení a mala by trvať 90 minút. Obsah sedení má byť nasledovný:

- edukácia o sociálnej úzkosti,

- zážitkové cvičenia, ktoré demonštrujú negatívny účinok pozornosti zameranej na seba a negatívny účinok zabezpečovacieho správania,
- na základe videozáznamu spätná väzba na korekciu narušeného negatívneho sebaobrazu,
- systematický tréning v pozornosti zameranej navonok,
- počas sedenia behaviorálne experimenty na testovanie negatívnych presvedčení prepojených s domácimi úlohami,
- diskriminačný tréning alebo reskripcia na zvládanie problematických spomienok spojených so sociálnymi traumami,
- skúmanie a modifikácia jadrových presvedčení,
- modifikácia problematických procesov spracovania informácií pred a po udalosti
- prevencia relapsu.

Individuálna KBT (Heimbergov model) pre SF by mala mať priemerne 14 sedení v trvaní 60 minút a jedno sedenie určené na expozíciu v trvaní 90 minút. Trvá približne 4 mesiace a spočíva v:

- edukácii o sociálnej úzkosti,
- kognitívnej reštrukturácii,
- postupnom vystavovaní sa obávaným situáciám tak v liečebných sedeniach, ako aj v domácich úlohách,
- skúmaní a modifikácii jadrových presvedčení,
- prevencii relapsu.

Podporná svojpomoc pre SF by mala obsahovať:

- obvykle viac ako 9 sedení podporovaného používania svojpomocnej knihy založenej na KBT, viac ako 3-4 mesiace,
- podporu používania materiálu prostredníctvom osobného alebo telefonického kontaktu, celkovo tri hodiny v priebehu liečby.

Krátkodobá psycho-dynamická terapia pre SF by mala obvykle trvať 25-30 sedení, v trvaní 50 minút viac ako 6-8 mesiacov, a mala by spočívať v:

- edukácii o sociálnej úzkosti,
- vytvorení pozitívneho, bezpečného terapeutického vzťahu, aby došlo k zmene neistého pripútania sa,
- zameraní na jadrovú konfliktnú vzťahovú tému spojenú so symptómami sociálnej úzkosti
- zameraní na zahanbenie,
- povzbudzovaní k expozícii obávaným sociálnym situáciám mimo terapeutických sedení,
- podpore vytvorenia sebapotvrdzujúceho vnútorného dialógu,
- pomoci zlepšiť sociálne spôsobilosti.

Liečebné princípy u detí a mladistvých

Všetky liečebné postupy u detí a mladistvých so SF by mal realizovať vzdelaný a kompetentný odborný pracovník. Psychologické liečebné postupy by mali byť založené na relevantných liečebných manuáloch, ktoré určujú štruktúru a trvanie intervencie.

- Odborní pracovníci by mali mať pravidelnú, vysoko kvalifikovanú na výsledky zameranú supervíziu.
- Odborní pracovníci by mali pravidelne merať efekt intervencie (napr. pomocou škály SPIN alebo LSAS) a zapojiť pacienta do zisťovania účinnosti liečby.
- Sledovať spoluprácu pacienta pri liečbe a svoje vlastné kompetencie - napr. pomocou video-nahrávok alebo audio-nahrávok, alebo vonkajším auditom, či iným druhom kontroly.

Odborní pracovníci by si mali byť vedomí vplyvu, ktorý má domáce prostredie, škola a širšie sociálne prostredie na udržiavanie a liečbu SF. Mali by sa zameriavať na emocionálne vzdelávacie a sociálne potreby dieťaťa alebo mladistvého, a spolupracovať s rodičmi, učiteľmi, či inými dospelými v dosahovaní cieľov liečby.

Liečba detí a mladistvých so sociálnou fóbiou (sociálnou úzkostnou poruchou)

Pacientovi je potrebné poskytnúť individuálnu alebo skupinovú KBT zameranú na sociálnu fóbiu pre deti a adolescentov. Je potrebné zvážiť zapojenie rodičov alebo opatrovateľov do liečby, aby sa zvýšil účinok liečebných postupov, zvlášť u mladších detí.

Vykonávanie psychologických postupov u detí a mladistvých

Pri zohľadňovaní kognitívnej a emocionálnej zrelosti dieťaťa by **individuálna KBT** mala mať nasledovný obsah:

- 8-12 sedení v trvaní 45 minút.
- psychoedukácia, vystavovanie sa obávaným situáciám alebo situáciám, ktorým sa pacient vyhýba, tréning sociálnych spôsobilostí a príležitosť vyskúšať si nacvičované spôsobilosti v sociálnych situáciách.

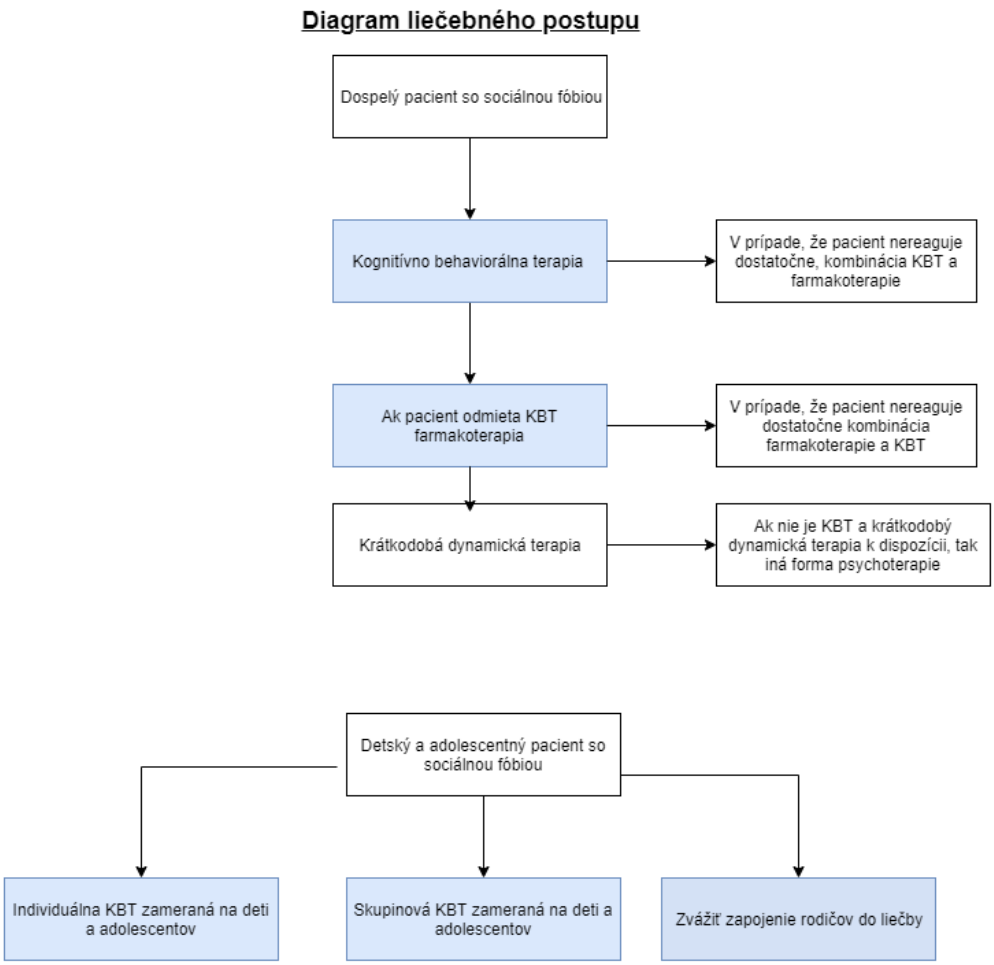
Pri zohľadňovaní kognitívnej a emocionálnej zrelosti dieťaťa by skupinová KBT mala mať nasledovný obsah:

- 8-12 sedení trvajúcich 90 minút so skupinou detí alebo mladých ľudí približne rovnakého veku.
- psychoedukácia, expozícia obávaným situáciám alebo situáciám, ktorým sa dieťa vyhýba, tréning sociálnych spôsobilostí, a príležitosť nacvičovať spôsobilosti v sociálnych situáciách.
- psychoedukácia a tréning spôsobilostí pre rodičov, zvlášť pri menších deťoch, aby rodičia podporovali a posilňovali expozíciu dieťaťa situáciám, ktorých sa bojí, alebo ktorým sa vyhýba.

Je potrebné zvážiť používanie psychologických intervencií, ktoré boli vytvorené pre dospelých aj u adolescentov (vo veku 15 rokov a starších), u ktorých sa predpokladajú kognitívne a emocionálne schopnosti na zvládnutie liečebných postupov vytvorených pre dospelých.

Liečebné postupy, ktoré sa podľa NICE pri sociálnej fóbii neodporúčajú:

- pri liečbe SF u detí a dospievajúcich nie je vhodné rutinne používať farmakologickú liečbu,
- pri liečbe SF u dospelých nie je vhodné rutinne predpisovať antikonvulzíva, tricyklické antiderepesíva, benzodiazepíny alebo antipsychotickú medikáciu,
- pri liečbe SF nie je vhodné rutinne používať na všímavosti (mindfulness) založené postupy alebo podpornú terapiu,
- na liečbu úzkosti pri liečbe SF nie vhodné rutinne predpisovať extrakt z ľubovníka bodkovaného alebo iné prírodné preparáty. Pacientovi je potrebné vysvetliť ich potenciálne interakcie s inými predpisovanými a voľne dostupnými preparátmi, a tiež to, že absentujú dôkazy ktoré by podporovali ich bezpečné užívanie,
- pri SF nie je vhodné liečiť hyperhydrózu (nadmerné potenie) prostredníctvom botulotoxínu. Pre túto liečbu nie sú dostatočné dôkazy a liečba môže byť nebezpečná,
- pri liečbe SF nie je vhodné odporúčať pacientovi hrudnú endoskopickú sympatektómiu pri liečbe hyperhydrózy alebo červenania sa v tvári. Pre pozitívny účinok tejto liečby nie sú dostatočné dôkazy a môže mať negatívne účinky.



Prognóza

Sociálna fóbia je zreteľne chronická a potenciálne vysoko hendikepujúca porucha. Viac ako polovica pacientov udáva výrazné postihnutie v mnohých oblastiach života, a to nezávisle od toho, koľko sociálnej podpory od okolia majú (Schneier a kol., 1994;, Stein a Kean, 2000). Aj keď je porucha zvyčajne chronická, jej závažnosť môže kolísať s exacerbáciami, pri ktorej úzkosť pri obávanej aktivite zhorší výkon. To ďalej vedie k zvýšeniu úzkosti, ktorá opäť posilňuje fobické vyhýbanie sa aktivite. Rozsiahla dlhodobá retrospektívna štúdia osôb s celoživotným výskytom sociálnej fóbie vo veku od 15-64 rokov preukázala, že približne u polovice postihnutých v priebehu života k remisia, a priemerné trvanie poruchy bolo 25 rokov (DeWit a kol., 1999). Prediktory zlej prognózy boli: začiatok poruchy pred 8. rokom života, komorbídna psychická porucha, nižšie vzdelanie, viac symptómov pri začiatočnom hodnotení a komorbidita so somatickými problémami.

So sociálnou fóbiou býva často spojené samovražedné správanie, najmä v prípadoch, ktoré sú spojené s komorbiditou. Pacienti so sociálnou fóbiou a ďalšími pridruženými poruchami sa asi 6x častejšie ako ostatní jedinci pokúsia o suicídium. Jednou z najproblémovejších komplikácií sociálnej fóbie je rozvoj závislosti od alkoholu. Sociálna fóbia veľmi často predchádza rozvoju závislosti, a potom liečba závislosti môže byť limitovaná prítomnosťou sociálnej fóbie (Praško, Prašková, 2008).

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Sociálna fóbia môže byť u časti pacientov rezistentná na psychologickú a farmakologickú liečbu, a môže mať chronický priebeh. Takéto ťažké formy sociálnej fóbie môžu viesť až k invalidizácii pacienta, a to obzvlášť s komorbiditou s inými psychickými poruchami.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

V primárnej starostlivosti by mal praktický lekár alebo pediater uvažovať o prítomnosti SF, ak pacient odpovie kladne na tieto otázky:

- Zistili ste, že sa vyhýbate sociálnym situáciám, alebo aktivitám?
- Pociťujete v sociálnych situáciách strach alebo rozpaky?

Môže sa tiež použiť 3-položkový mini dotazník sociálnej fóbie (Mini-SPIN). V prípade, že pacient skóruje v dotazníku viac ako 6, alebo odpovie áno buď na jednu, alebo na druhú uvedenú otázku, mal by lekár pacienta podrobnejšie vyšetriť, alebo ak praktický lekár alebo špecialista nie je kompetentný urobiť posúdenie psychického stavu, má odporučiť pacienta k zodpovedajúcemu odborníkovi na psychické zdravie. Ak pacienta neodporúča praktický lekár, mal by príslušný odborník o svojom odporúčaní informovať praktického lekára.

Všeobecné princípy, zvýšenie dostupnosti liečby (NICE, 2013d)

Pri odosielaní pacienta s podozrením na sociálnu fóbiu do špecializovanej psychiatrickej alebo psychologickej starostlivosti je potrebné poskytnúť mu detailné informácie, najlepšie písomne, kam má ísť a kde bude čakať, prípadne aké sú možnosti na čakanie mimo čakárne pred ambulanciou, ako bude vyšetrenie prebiehať a čoho sa nemusí obávať. Na začiatok stretnutia sa odporúča upozorniť pacienta vhodným spôsobom, napr. prostredníctvom SMS (NICE, 2013d).

Všetci členovia tímu, ktorí diagnostikujú pacienta so SF, by mali by byť schopní:

- určiť povahu, trvanie a vážnosť prítomnej poruchy
- posúdiť nielen vážnosť symptómov, ale aj s nimi spojené narušenie fungovania v bežnom živote.
- určiť vhodnú liečbu, a podľa potreby pacienta odoslať k inému odborníkovi, ktorý mu môže poskytnúť liečbu podľa zásad ŠDTP pre SF.

Všetci členovia tímu, ktorí robia posúdenie najčastejších psychických porúch (úzkostné poruchy a depresie, vrátane SF), by mali dostatočne ovládať:

- potrebné verbálne a neverbálne komunikačné spôsobilosti, obsahujúce tiež schopnosť zistiť problémy, ich posúdenie a posúdenie ich vplyvu na pacienta, poskytnúť pacientovi primerané informácie a umožniť mu spolurozhodovať o spôsobe liečby

• používanie formálnych posudzovacích nástrojov (škál) a rutinných nástrojov merania efektu liečby v rôznych liečebných zariadeniach.

Pri posúdení symptómov a s nimi spojeného narušenia fungovania v živote by mal odborník zvážiť nasledovné faktory, ktoré môžu ovplyvniť vývoj, priebeh a vážnosť problémov, ktoré pacient udáva:

- akákoľvek psychická porucha v anamnéze pacienta,
- chronické zdravotné problémy v anamnéze,
- akákoľvek minulá liečba a jej výsledok,,
- kvalita interpersonálnych vzťahov
- podmienky, v ktorých pacient žije, a sociálna izolácia,
- história psychických porúch v rodine,
- história domáceho násilia alebo sexuálneho zneužívania,
- zamestnanosť a imigračný status.

Ak je to potrebné, odborník by mal posúdiť, či problémy pacienta nemajú dopad na jeho adekvátnu starostlivosť o deti a mladistvých, a v prípade potreby by mal kontaktovať odbor sociálnych vecí.

Pri posudzovaní osoby s podozrením na SF a pri vytváraní liečebných plánov a stratégií by mal posudzujúci brať do úvahy akékoľvek poruchy učenia alebo získané kognitívne poškodenia, a ak je to nutné, mal by konzultovať zodpovedajúceho špecialistu.

Ak sú prítomné prejavy a anamnéza SF mierne a symptómy sa zlepšujú, prípadne ide o poruchu v začiatočnom štádiu, mal by odborník zvážiť poskytnutie psychoedukácie o poruche a ďalšie sledovanie ešte pred tým, než začne liečbu alebo pacienta odošle k špecialistovi. Toto môže zlepšiť menej výrazné symptómy a zabrániť ďalším intervenciám.

Posudzujúci odborník sa vždy musí osôb so SF priamo spýtať na suicidálne myšlienky a konanie.

V prípade, že zistí riziko sebapoškodzovania alebo suicídia:

- posúdi, či má pacient primeranú sociálnu podporu a či vie o zdrojoch, ktoré mu môžu pomôcť,
- zabezpečí pomoc primeranú úrovni rizika,
- poradí pacientovi, kde môže hľadať ďalšiu pomoc v prípade, že sa situácia zhorší.

V prípade podozrenia na psychickú poruchu by mal psychický stav pacienta a jeho funkčné, interpersonálne a sociálne problémy posúdiť odborník, ktorý je kompetentný vykonať posúdenie psychického zdravia (psychiater, klinický psychológ).

Je potrebné použiť overený nástroj zodpovedajúci suspektnej poruche alebo problému, ktorý sa posudzuje, napr. 9-položkový dotazník zdravia pacienta (PHQ-9), Škálu nemocničnej úzkosti a depresie

(HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale) alebo 7-položkovú škálu generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD-7 - General Anxiety Disorder-7) na upresnenie posúdenia a podporu hodnotenia.
Ak osoba so sociálnou fóbiou nepríde na ďalšie stretnutie, je potrebné ju kontaktovať spôsobom, ktorý si zvolila, a prebrať s ňou dôvod. Je potrebné pokúsiť sa vyhnúť všetkému, čo by danej osobe mohlo prekážať v tom, aby prišla na ďalšie stretnutie.

Odborní pracovníci v poradenských centrách, školskí psychológovia, sociálni pracovníci a odborníci v primárnej a v špecializovanej zdravotnej starostlivosti by mali predpokladať prítomnosť úzkostných porúch u detí a mladých ľudí, najmä v takých prípadoch, keď sa a vyhýbajú školským, sociálnym alebo skupinovým aktivitám, alebo sa slovne v sociálnych situáciách neprejavujú, sú podráždení, nadmerne plachí alebo príliš závisí od rodičov alebo od opatrovateľov. V takomto prípade by sa títo odborníci mali dieťaťa alebo adolescenta (prípadne jeho rodičov či opatrovníkov) spýtať na jeho pocity úzkosti, čoho sa bojí, čomu sa vyhýba, a mali by sa spýtať na jeho obavy a s tým súvisiace správanie, aby zistili, či nejde o sociálnu fóbiu.
Niekedy sa ľudia veľmi boja, keď majú robiť niečo s ostatnými ľuďmi, najmä s ľuďmi, ktorých nepoznajú. Boja sa robiť niečo vtedy, keď ich ostatní pozorujú. Môžu sa báť, že urobia niečo hlúpe alebo že sa ostatní z nich budú smiať. Potom to robiť nechcú, a keď to robiť musia, tak sa cítia zle, alebo trpia. Môžu sa použiť nasledovné otázky:

- „Máš/má vaše dieťa strach, ak máš/má byť v spoločnosti iných ľuďmi, ako napríklad rozprávať sa s nimi, jesť, ísť na večierok alebo robiť veci v škole alebo s priateľmi? "
- „Máš/má vaše dieťa problém, keď ťa/ho iní ľudia pozorujú, ako je napríklad robiť nejaký šport, hrať sa, vystupovať na verejnosti, pýtať sa, alebo odpovedať na otázky, nahlas čítať alebo odpovedať pred tabuľou?“
- „Máš ty/má vaše dieťa pocit, že ty/vaše dieťa tieto veci nedokážeš/nedokáže, a pokúšaš/pokúša sa im vyhnúť?

Ak dieťa, alebo adolescent/alebo jeho rodičia, prípadne opatrovníci odpovedia súhlasne na jednu alebo viaceré otázky, je potrebné, aby odborník urobil komplexnejšie posúdenie, či nejde o diagnózu sociálnej fóbie (sociálnej úzkosti). Ak na toto sám nie je kompetentný, mal by dieťa alebo mladistvého odoslať zodpovedajúcemu odborníkovi na psychické zdravie, a mal by o tom informovať jeho pediatra alebo všeobecného lekára.

Posúdenie dospelých pacientov so sociálnou fóbiou (podľa NICE, 2013)
V prípade, že dospelý pacient so sociálnou fóbiou nie je schopný zúčastniť sa úvodného posúdenia osobne, je potrebné zvážiť prvý kontakt prostredníctvom telefónu alebo internetu, avšak cieľom by mal byť osobný kontakt pacienta a odborníka na dokončenie vyšetrenia.

Pri vyšetrení pacienta s podozrením na sociálnu fóbiu je potrebné zamerať sa na:

- jeho strach, obavy, vyhýbavé správanie, prežívanie nepohody a narušené fungovanie v bežnom živote.
- zistenie prítomnosti komorbídnych ochorení, ako sú vyhýbavá porucha osobnosti, zneužívanie alkoholu a iných návykových látok, poruchy nálady, iné úzkostné poruchy, psychotické ochorenia a autizmus.

Pri vyšetrení je potrebné zvážiť použitie nasledujúcich nástrojov pre upresnenie diagnostiky a meranie efektu liečby:

- v psychiatrii a v klinickej psychológii všeobecne odporúčaný diagnostický alebo problémy identifikujúci postup.
- použitie validizovaných meracích nástrojov (dotazníkov), ako je napr. dotazník sociálnej fóbie (SPIN) alebo Liebowitzova škálu sociálnej úzkosti.

Je potrebné získať podrobný popis aktuálnych prejavov sociálnej úzkosti u postihnutých osôb, problémov s nimi spojených a okolností, za ktorých sa vyskytujú:

- situácie, v ktorých pacient prežíva strach a ktorých sa obáva
- čoho sa pacient bojí, že by sa mu mohlo v sociálnych situáciách stať (napr. že bude vyzerať úzkostne, že sa bude červenať, potiť, triasť, alebo že bude vyzerať nudne)
- symptómy úzkosti,
- ako na seba pacient nazerá,
- čo je podstatou sebaobrazu pacienta,
- zabezpečovacie správanie,
- na čo sa v sociálnych situáciách pacient zameriava,
- anticipácia a spracovanie situácie po udalosti,
- užívanie medikácie, alkoholu, alebo rekreačných drog.

Odborní pracovníci v poradenských centrách, pracovní a organizační psychológovia, sociálni pracovníci (aj pracovníci personálnych oddelení alebo vedúci pracovníci) a odborníci v primárnej a v špecializovanej zdravotnej starostlivosti by mali predpokladať prítomnosť SF u dospelej osoby najmä v takých prípadoch, keď sa vyhýbajú pracovným, sociálnym alebo skupinovým aktivitám, alebo sa slovne v sociálnych situáciách neprejavujú, sú podráždení, nadmerne plachí alebo príliš závislí od svojich blízkych. V takomto prípade by sa títo odborníci mali danej osoby (prípadne jej blízkych) spýtať na jej pocity úzkosti, čoho sa bojí, čomu sa vyhýba, a na jej obavy a s tým súvisiace správanie aby zistili, či nejde o sociálnu fóbiu.

Podobne ako u detí, je to často aj u dospelých. Niekedy sa ľudia veľmi boja, keď majú robiť niečo s ostatnými ľuďmi, najmä s ľuďmi, ktorých nepoznajú. Boja sa robiť niečo vtedy, keď ich ostatní pozorujú. Môžu sa báť, že urobia niečo hlúpe, alebo že sa ostatní z nich budú smiať. Potom to robiť nechcú, a keď to robiť musia, tak sa cítia zle, alebo trpia.
Môžu sa použiť nasledovné otázky:

- „Máte strach, ak máte byť v spoločnosti iných ľuďmi, ako napríklad rozprávať sa s nimi, jesť, chodiť na večierky alebo robiť veci v práci, alebo s priateľmi? "
- „Máte problém, keď vás iní ľudia pozorujú, ako napríklad keď robíte nejaký šport, keď vystupujete na verejnosti, keď sa pýtate alebo odpovedáte na otázky, nahlas čítate, alebo niečo prezentujete?“
- „Máte pocit, že vy tieto veci nedokážete, a pokúšate sa im vyhnúť?

Ak pacient (prípadne jeho blízki) odpovedia kladne na jednu alebo viac otázok, je potrebné, aby odborník urobil komplexnejšie posúdenie, či nejde o diagnózu sociálnej fóbie (sociálnej úzkosti). Ak na toto sám nie je kompetentný, mal by pacienta odoslať zodpovedajúcemu odborníkovi na psychické zdravie, a mal by o tom informovať jeho všeobecného lekára.

Vyšetrenie (posúdenie) detí a mladistvých so suspektnou sociálnou fóbiou

Úplné vyšetrenie detí a mladistvých so suspektnou sociálnou fóbiou by sa malo:

- v určitej fáze s dieťaťom a mladistvým realizovať osamote,
- ak je to možné, informácie by mali tiež poskytnúť rodičia, opatrovatelia alebo iné dospelé osoby, ktoré dieťa poznajú a môžu posúdiť jeho súčasné a minulé správanie,
- ak je to možné je potrebné zapojiť do posúdenia viacerých odborníkov (detský psychiater, klinický psychológ).

Pri posúdení dieťaťa alebo adolescenta je potrebné zistiť detailný popis jeho terajšej sociálnej úzkosti a s ňou spojených problémov vrátane:

- situácií, v ktorých vyšetrovaný pacient prežíva strach a ktorých sa obáva
- toho, čoho sa pacient bojí, že by sa mu mohlo v sociálnych situáciách stať (napr. že bude vyzerať úzkostne, že sa bude červenať, potiť, triasť, alebo že bude vyzerať nudne)
- symptómov úzkosti,
- toho, ako pacient vidí samého seba
- toho, čo je podstatou jeho sebaobrazu,
- zabezpečovacieho správania,
- toho, na čo sa v sociálnych situáciách zameriava,
- anticipácie a spracovania situácie po udalosti,
- rodinnej situácie a podpory,
- priateľstiev a skupín rovesníkov, školskej a sociálnej situácie,

- užívania medikácie, alkoholu alebo rekreačných drog.

Súčasťou odborného posúdenia je tiež určenie príčinných a udržiavacích faktorov sociálnej fóbie v domácom prostredí, v škole a v sociálnom prostredí, zvlášť:

- také správanie rodičov, ktoré vyvoláva a posilňuje úzkostné správanie, alebo neposilňuje pozitívne správanie,
- viktimizáciu vrstovníkmi v škole alebo inde.

Ako súčasť celkového posúdenia by odborník mal zistiť prítomnosť iných problémov, ako sú:

- iné psychické problémy, napr. (iné úzkostné poruchy alebo depresia),
- ADHD, autizmus, poruchy učenia,
- zneužívanie drog a alkoholu,
- rečové problémy a problémy s jazykom.

Ďalšie odporúčania

Úzkostné poruchy, vrátane SF, predstavujú väčšinu u pacientov so psychickými poruchami na pracoviskách klinickej psychológie a v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti. Pacienti so SF však prichádzajú na liečbu do týchto pracovísk neskoro. Preto je potrebné vzdelávať praktických lekárov, pediatrov a iných špecialistov o symptómoch, priebehu a liečbe tejto poruchy, aby sa postihnutým dostala starostlivosť čo najskôr. Proces liečby by urýchlilo zrušenie výmenných lístkov aj u klinického psychológa tak, ako na to poukazujú skúsenosti z Anglicka.

V terapii je dôležité zohľadniť špecifiká tejto poruchy, postupovať citlivo a vytvoriť kvalitný terapeutický vzťah s pacientom a jeho následné psychoterapeutické vedenie podľa EBM. Okrem liečby základnej poruchy pacienti veľakrát riešia svoje vzťahové či pracovné problémy, a v dnešnej dobe aj sociálnu situáciu. Tieto faktory taktiež modifikujú a ovplyvňujú celkový výsledok liečby.

Je potrebné doplnenie vzdelávacích programov tak v pregraduálnom a postgraduálnom vzdelávaní, ako aj vo vzdelávaní v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia podľa tohto ŠDTP.

V prevencii je potrebné výraznejšie zapojenie psychológov z poradensko-psychologických centier a školských psychológov.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Je potrebné prepojiť poradenskú starostlivosť o pacientov/klientov s primárnou starostlivosťou a zdravotnou starostlivosťou v psychiatrických ambulanciách a v pracoviskách klinickej psychológie. Pri liečbe SF sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Na EBM založená psychologická liečba predstavuje účinnú liečbu úzkostných porúch, a tým aj SF, a odporúča sa ako liečba prvej línie, ktorá má prednosť pred farmakologickou liečbou. Úlohou zdravotníckych pracovníkov je poskytovať alebo odporučiť najprv najmenej zaťažujúce, najefektívnejšie liečebné postupy v rámci postupnej starostlivosti podľa tohto ŠDTP.

Alternatívne odporúčania

Súčasťou komplexného prístupu k liečbe SF je odporúčanie zásad zdravej životosprávy, čiže dostatok odpočinku, spánku, plánovanie aktivít, telesné cvičenie, či vyvážená strava. Zásady zdravej životosprávy a psychohygieny by mali byť súčasťou výchovy detí v rodinách a školách. Taktiež zamestnávatelia by mali dbať na zabezpečenie takých pracovných podmienok, aby nedochádzalo k preťažovaniu zamestnancov. Dôležitá je aj edukácia o psychických poruchách a ich destigmatizácia. Túto úlohu môžu veľmi dobre zastávať médiá, v ktorých by mali dostávať priestor odborníci z oblasti psychického zdravia.

Špeciálny doplnok štandardu

17-položkový Inventár sociálnej fóbie (Social Phobia Inventory, známy tiež ako SPIN (Antony a kol., 2006; Connor a kol., 2000; cit. podľa Praško, Holubová, 2017) tiež preukázal dobrú reliabilitu, dobrú koreláciu s inými dotazníkmi a schopnosť rozlišovať medzi klientami so sociálnou fóbiou a klientami s inými úzkostnými poruchami (Praško, Holubová, 2017).

Ako sa Mini-SPIN administruje

Mini-SPIN sa väčšinou používa ako nástoj na skríning sociálnej fóbie (sociálnej úzkosti, social anxiety disorder). Lekár/psychológ môže použiť otázky z dotazníka Mini-SPIN na určenie toho, či u pacienta je riziko poruchy. Skóre z tohto dotazníka ešte neurčuje, či pacient spĺňa kritériá na stanovenie diagnózy. Skôr je to prvý krok, ktorý lekár/psychológ môže použiť, aby sa zistilo, či je potrebné ďalšie testovanie. Mini-SPIN pozostáva z troch položiek o **vyhýbaní** sa a strachu z rozpakov, ktoré pacient hodnotí na základe minulého týždňa.

Položky sú posudzované na 5-bodovej **Likertovej škále**: 0 = vôbec nie, 1 = len trochu, 2 = väčšinou, 3 = veľmi veľa, a 4 = extrémne.

Strach z rozpakov u mňa spôsobuje, že sa vyhýbam robeniu vecí alebo hovoreniu s ľuďmi.

Vyhýbam sa aktivitám, v ktorých som v centre pozornosti.

Byť v rozpakoch alebo vyzerať hlúpo sú medzi mojimi najhoršími obavami.

Škály, ako je táto, sú tiež často používané na výskumné účely, keď chcú výskumníci determinovať mieru problému vo veľkej skupine, alebo na posudzovanie zmien v priebehu času v konkrétnom probléme. V tomto prípade sa môže použiť Mini-SPIN na hodnotenie rizika sociálnej fóbie alebo na hodnotenie zmien v symptómoch sociálnej úzkosti v priebehu času.

Väčšinou sa však krátke hodnotenie ako je Mini-SPIN používalo ako skríningový test, ktorý odborníkovi napovie, či sa má pýtať viac na ďalšie veci. Preto je dôležité, aby pacient odpovedal čo najpravdivejšie, aj keď sa mu to danej chvíli zdá veľmi trápne.

Dotazník SPIN (Social Phobia Inventory)
SPIN je 17-položkový sebaposudzujúci dotazník sociálnej fóbie (sociálnej úzkostnej poruchy). V škále sa posudzuje minulý týždeň a zahŕňa položky posudzujúce každú symptómovú doménu sociálnej fóbie (strach, vyhýbanie a fyziologické nabudenie)

Dotazník SPIN (Social Phobia Inventory)					
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ MANAŽMENT DETSKÉHO, ADOLESCENTNÉHO A DOSPELÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU SOCIÁLNA FÓBIA (KLINICKÁ PSYCHOLÓGIA)					
Označte, prosím, ako veľmi Vás za posledný týždeň obťažovali nasledujúce problémy. Označte, prosím, pre každý problém iba jedno políčko.	**Vôbec nie**	**Trochu**	**Väčšinou**	**Veľmi veľa**	**Extrémne**
1. Bojím sa autorít.	0	1	2	3	4
2. Trápi ma červenanie sa pred inými ľuďmi.	0	1	2	3	4
3. Desia ma večierky a spoločenské akcie.	0	1	2	3	4
4. Vyhýbam sa rozhovorom s ľuďmi, ktorých nepoznám.	0	1	2	3	4
5. Veľmi sa bojím kritiky od ostatných.	0	1	2	3	4
6. Kvôli strachu zo strápnenia sa vyhýbam robeniu určitých veci alebo hovoreniu s ľuďmi.	0	1	2	3	4
7. Potenie pred ľuďmi mi spôsobuje úzkosť.	0	1	2	3	4
8. Vyhýbam sa chodeniu na večierky alebo spoločenské udalosti.	0	1	2	3	4
9. Vyhýbam sa aktivitám, v ktorých som stredobodom pozornosti.	0	1	2	3	4
10. Desí ma rozprávať sa s cudzincami.	0	1	2	3	4
11. Vyhýbam sa prednesu verejných prejavov.	0	1	2	3	4
12. Urobil/a by som čokoľvek, aby som sa vyhol/vyhla kritike od iných.	0	1	2	3	4
13. Keď som medzi ľuďmi, obťažuje ma búšenie môjho srdca.	0	1	2	3	4
14. Mám strach robiť čokoľvek, pri čom by ma iní ľudia mohli pozorovať.	0	1	2	3	4
15. Najväčší strach mám z toho, že sa strápnim alebo že budem vyzerať hlúpo.	0	1	2	3	4
16. Vyhýbam sa hovoreniu s akoukoľvek autoritou.	0	1	2	3	4
17. Chvenie alebo trasenie sa pred inými ľuďmi mi spôsobuje úzkosť.	0	1	2	3	4

Vyhodnotenie:

Vyhodnotenie (Dotazník SPIN):					
Vážnosť	žiadna	mierna	stredná	vážna	veľmi vážna
Skóre	menej ako 20	21-30	31-40	41-50	51 a viac

Liebowitzova škála symptómov sociálnej fóbie LSAS je podľa Praško, Holubová (2017) typická objektívna hodnotiaca škála administrovaná terapeutom alebo iným hodnotiteľom. Je ju možné použiť od prvého stretnutia, a zmenu je možné hodnotiť pri každom ďalšom stretnutí. Škála hodnotí celkom 24 sociálnych situácií vo dvoch dimenziách - v dimenzii intenzity strachu a v dimenzii závažnosti vyhýbavého správania. Škála má dobrú reliabilitu a konvergentnú, diskriminačnú validitu (Cox a kol., 1998; Heimberg a kol., 1999; cit. podľa Praško, Holubová, 2017).

LIEBOWITZOVA ŠKÁLA SYMPTÓMOV SOCIÁLNEJ FÓBIE

Inštrukcia: Všetky položky hodnoťte podľa toho, ako ste sa cítili v priebehu posledného týždňa, vrátane dnešného dňa. Pokiaľ sa niektorá zo situácií v priebehu minulého týždňa neobjavila, hodnoťte podľa svojho presvedčenia, ako by ste sa zachovali v prípade, že by ste sa so situáciou konfrontovali. Pre každú situáciu hodnoťte tak stupeň strachu či úzkosti, ako aj frekvenciu, s ktorou ste sa vyhýbali alebo by ste sa vyhýbali.

V nižšie uvedených situáciách prežívam strach:

Žiadny	Mierny	Mierny	Silný
1	2	3	4

Nasledujúcim situáciám sa vyhýbam:

Nikdy (0%)	Príležitostne (1-33%)	Často (34-67%)	Obvykle (68-100%)
1	2	3	4

SITUÁCIE	STRACH	VYHÝBANIE
1. Telefonovať na verejnosti		
2. Zúčastniť sa na aktivite v malej skupine		
3. Jesť na verejnosti		
4. Piť nápoje na verejnosti		
5. Rozhovor s autoritou		
6. Hrať, vystupovať alebo hovoriť pred publikom		
7. Tráviť čas na večierku		

8. Byť pozorovaný pri práci

9. Byť pozorovaný pri písaní

10. Telefonovať niekomu, koho dobre nepoznáte

11. Hovoriť z očí do očí s niekým, koho dobre nepoznáte

12. Mať schôdzku s cudzím človekom

13. Používať verejné toalety

14. Vstúpiť do miestnosti, kde už ostatní sedia

15. Dostať sa do centra pozornosti

16. Hovoriť na schôdzi bez predchádzajúcej prípravy

17. Podrobiť sa testu schopností, zručností alebo znalostí

18. Vyjadriť nesúhlas alebo námietku človeku, ktorého dobre nepoznáte

19. Pozerať sa priamo do očí niekomu, koho dobre nepoznáte

20. Predniesť pripravenú správu pred skupinou ľudí

21. Dať si schôdzku so snahou nadviazať romantický alebo sexuálny vzťah

22. Vrátiť zakúpený tovar v obchode a žiadať o vrátenie peňazí

23. Usporiadať večierok

24. Odolať tlaku predavača, dílera, či poisťovacieho agenta

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu je plánovaný do 1. roka od jeho vydania kedy má byť vytvorený jednotný komplexný manažment pacienta so sociálnou fóbiou spolu s OPS psychiatria.
Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

AMERICKÁ PSYCHOLOGICKÁ ASOCIÁCIA (APA), sekcia klinickej psychológie (2015) link /www.div12.org/diagnoses/ ÚD I

ACARTURK, C. a kol. 2009. Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. In Psychological Medicine. ISSN 1469-493X, 2009, vol. 39, no. 2, p. 241-254. ÚD I

ALDEN, L. E., TAYLOR, C. T. 2011. Relational treatment strategies increase social approach behaviors in patients with generalized social anxiety disorder. In Journal of Anxiety Disorders. ISSN 0887-6185, 2011, vol. 25, no. 3, p. 309-318.

ANDERSSON, G. a kol. 2006. Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. In Journal of Consulting and Clinical Psychology. ISSN ,0022-006X, 2006, vol. 74, no. 4, p. 677-686. ÚD II

ANDREWS, G., DAVIES, M., TITOV, N. 2011. Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia. In Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. ISSN 1440-1614, 2011, vol. 45, no. 4, p. 337-340. ÚD II

AUNE, T., STILES, T. C. 2009. Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: a randomized controlled study. In Journal of Consulting and Clinical Psychology. ISSN ,0022-006X, 2009, vol. 77, no. 5, p. 867-879 ÚD II
BANDELOW, B. a kol. 2014. The Diagnosis of and Treatment Recomedations for Anxiety disorders. In Deutsches Arzteblatt International. ISSN 0012-1207, 2014, vol. 111, no. 27-28, p. 473–80. doi: 10.3238/arztebl.2014.0473. ÚD I
BLANCO, C. a kol. 2010. A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. In Archives of General Psychiatry. ISSN ,0003-990X, 2010, vol. 67, no. 3, p. 286-295. ÚD II
CARLBRING, P. a kol. 2009. Long-term outcome of Internet-delivered cognitive-behavioural therapy for social phobia: a 30-month follow-up. In Behaviour Research and Therapy. ISSN 0005-7894, 2009, vol. 47, no. 10, p. 848-850.
CARPENTER, J. K. a kol. 2018. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trial. In Depression and Anxiety. ISSN 1520-2101, 2018, vol. 35, no. 6, p. 502-514. ÚD I
CLARK, D., AGRAS, W. 1991. The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. In American Journal of Psychiatry. ISSN 1535-7228, 1991, vol. 148, no. 5, p. 598-605.
CLARK D. M., WELLS, A. 1995. A cognitive model of social phobia. In R. HEIMBERG, M. LIEBOWITZ, D. A. HOPE, F. R. SCHNEIER. Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment. New York, NY: Guilford Press, 1995, p. 69–93. ISBN 9781572300125.
CLARK, D. M. a kol. 2003. Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. In Journal of Consulting and Clinical Psychology. ISSN 0022-006X, 2003, vol. 71, no. 6, p. 1058-1067. ÚD II
CONNOR, K. M. a kol. 2000. Psychometric Properties of the Social Phobia Inventory. In British Journal of Psychology. ISSN 2044-8295, 2000, vol. 176, p. 379-386.
DAVIDSON, J. R.a kol. 1977. The Brief Social Phobia Scale: a psychometric evaluation. In Psychological Medicine. ISSN 1469-8978, vol. 27, no. 1, p. 161-166.
DAVIDSON, J. R. a kol. 2004. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. In Archives of General Psychiatry. ISSN 0003-990X, 2004, vol. 61, no. 10, p. 1005-1013.
DE VENTE, W., MADANŽIC, M., BÖGEL, S. 2014. The Pathophysiology of Social Anxiety. In WIIKS J.,W. The Wiley Blackwell Handbook of Social Anxiety Disorders. Chichester: John Wiley & Sons, 2014. p. 90-110. ISBN 9781119968603.
DeWIT, D. J. a kol. 1999. Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. In Psychological Medicine. ISSN 1469-8978, 1999, vol. 29, no. 3, p. 569-582.
DYCK, I. R. a kol. 2001. Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. In Journal of Personal Disorders. ISSN 0885-579X, 2001, vol. 15, no. 1, p. 60-71.
EVANS, D. L. a kol. 2012. Treating and Prevention Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know. A research Agenda for Improving the mental Health of Our Youth. Oxford : Oxford University Press, 2012. 818p.
FEDOROFF, I., TAYLOR, S. 2001. Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. In Journal of Clinical Psychopharmacology. ISSN 1533-712X, 2001, 21, no. 3, p. 311-324 ÚD I
GELERNTER, C. a kol. 1991. Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia.A controlled study. In Archives of General Psychiatry. ISSN 0003-990X, 1991, vol. 48, no. 10, p. 938-945. ÚD II

GUASTELLA, A. J. a kol. 2008. A randomized controlled trial of d-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder. In Biological Psychiatry. ISSN 0006-3223, 2008, vol. 63, no. 6, p. 544-549.
HAUG, T. a kol. 2003. Exposure therapy and sertraline in social phobia: I-year follow-up of a randomised controlled trial. In British Journal of Psychiatry. ISSN 2044-8295, 2003, vol. 182, p. 312-318.
HEDMAN, E. a kol. 2011a. A 5-year follow-up of internet-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. In Journal of Medical Internet Research. ISSN 1438-8871, 2011, vol. 13, no. 2, e39. doi: 10.2196/jmir.1776.
HEDMAN, E. a kol. 2011b. Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. In PLoS One. ISSN 1932-6203, 2011, vol. 6, no. 3, e18001. ÚD II
HEIMBERG, R. a kol. 1998. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. In Archives of General Psychiatry. ISSN 0003-990X, 1998, vol. 55, no. 12, p. 1133-1141.
HOFMANN, S. G. a kol. 2006. Augmentation of exposure therapy with dcycloserine for social anxiety disorder. In Archives of General Psychiatry. ISSN 0003-990X, 2006, vol. 63, no. 3, p. 298-304.
HOFMANN, S. G., SMITS, J. A. 2008. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. In Journal of Clinical Psychiatry. ISSN 1555-2101, 2008, vol. 69, no. 4, p. 621-632. ÚD I
KAMPMANN, I. a kol. 2016. Meta-analysis of technology-assisted interventions for social anxiety disorder. In Journal of Anxiety Disorders. ISSN 0887-6185, 2016, vol. 42, p. 71-84 doi: 10.1016. ÚD I
KATZMAN, M. A. a kol. 2014. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. In BMC Psychiatry. ISSN 1471-244X, 2014, vol. 14, no. 1, S.1. ÚD I
KENDLER, K. S. a kol. 1992. The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. In Archives of General Psychiatry. ISSN 0003-990X, 1992, vol. 49, no. 4, p. 273-281.
KESSLER, R. C., STEIN, M. B., BERGLUND, P. 1998. Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. In American Journal of Psychiatry. ISSN 1535-7228, 1998, vol. 155, no. 5, p. 613-619.
KNIJNIK, D. Z. a kol. 2008. A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder. In European Psychiatry. ISSN 0924-9338, 2008, vol. 23, no. 8, p. 567-574.
KOSZYCKI, D. a kol. 2007. Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. In Behaviour Research and Therapy. ISSN 0005-2007, vol. 45, no. 10, p. 2518-2526. ÚD II
LIEBOWITZ, M. a kol. 1999. Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long-term outcome. In Depression and Anxiety. ISSN 1520-6394, 1999, vol. 10, no. 3, p. 89-98.
LIPSITZ, J. D. a kol. 2008. A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. In Depression and Anxiety. ISSN 1520-6394, 2008, vol. 25, no. 6, p. 542-553. ÚD II
MAGEE, W. J. a kol. 1996. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. In Archives of General Psychiatry. ISSN 0003-990X, 1996, vol. 53, no. 2, p. 159-168.
MAVRANEZOULI, I. a kol. 2015. The cost Effectiveness of Psychological and Pharmacological Intevention for Social Anxiety Disrorder: A Model- Based Economic Analysis. In PloS one. ISSN 1932-6203, 2015, vol. 10, no. 10. doi: 10.1371

McNEIL, D., RIES, W., TURK, C. L. 1995. Behavioral Assesment: Self-Report, Physiology, and Overt Behavior. In HEIMBERG, R. G., LIEBOVITZ, D. A., HOPE, D. A., SCHNEIER, F. R. Social phobia: Diagnosis, assesment, and treatment. New York: New York, Guiford Press, 1995. p. 202-231, ISBN 9781572300125.
MEYERBROKER, K., EMMELKAMP, P. M. 2010. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a systematic review of process-and-outcome studies. In Depression and Anxiety. ISSN 1520-6394, 2010, vol. 27, no. 10, p. 933-944. ÚD II
MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. 1996. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. 10.revize. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, č. 134, 179s.
MORTBERG, E. a kol. 2007. Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. In Acta Psychiatrica Scandinavica. ISSN 1600-0447, 2007, vol. 115, no. 2, p. 142-154. ÚD II
MORTBERG, E., CLARK, D. M., BEJEROT, S. 2011. Intensive group cognitive therapy and individual cognitive therapy for social phobia: sustained improvement at 5-year follow-up. In Journal of Anxiety Disorders. ISSN 0887-6185, 2011, vol. 25, no. 8, p. 994-1000.
NICE, 2013. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment (Clinical Guideline 159). London: National Institute for Health and care Excellence, 2013. Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/chapter/recommendations#identification-and-assessment-of-adults-2 > ÚD I
OPRIS, D. a kol. 2012. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. In Depression and Anxiety. ISSN 1520-6394, 2012, vol. 29, no. 2, p. 85-93. ÚD I
OTTO, M. a kol. 2000. A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. In Journal of Anxiety Disorders. ISSN 1520-6394, 2000, vol. 14, no. 4, p. 345-358.
PRAŠKO, J. a kol. 2006. Moclobemide and cognitive behavioral therapy in the treatment of social phobia. A six-month controlled study and 24 months follow up. In Neuro Endocrinology letters. ISSN 0172-780X, vol. 27, no. 4, p. 473-481.
PRAŠKO, J. HOLUBOVÁ, M. 2017. Sociální fobie a její léčba. Praha: Grada, 2017. p. 256, ISBN 978-80-247-5841-1.
PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. 1999. Trápí vás nadměrný stud aneb jak překonat sociální fobii. Praha: Grada publishing, 1999. 244s. ISBN 8071697338.
PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. 2008. Sociální fobie. In SEIFERTOVÁ D., PRAŠKO J., HORÁČEK J., HÖSCHL C. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis, 2008, p. 257-274. ISBN 978-80-87135-10-5.
PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., KOSOVÁ, J., SEIFERTOVÁ, D. 1996. Máte nepřiměřený strach ze sociálních situací? Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 40 s.
PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, H. 2005. Sociální fobie a její léčba: Přiručka pro lidi se sociální fobii. Praha: Galén, 2005. p. 64. ISBN 978-80-7262-580-2.
PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. 1999. Psychoterapeutické systémy. Praha: Grada, 1999. p. 480. ISBN 80-7169-766-4.
RAPEE, R. M., HEIMBERG, R. G. 1997. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. In Behaviour Research and Therapy. ISSN 0005-7894. vol. 35, no. 8, p. 741-756.
ROSHANAEI-MOGHADDAM, B. a kol. 2011. Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? In Depression and Anxiety. ISSN 1520-6394, 2011, vol. 28, no. 7, p. 560-567.
SCHNEIER, F. R. a kol. 1994. Functional impairment in social phobia. In Journal of Clinical Psychiatry. ISSN 1555-2101, 1994, vol. 55, no. 8, p. 322-331.

SMITS, J. A. a kol. 2006. The efficacy of videotape feedback for enhancing the effects of exposure-based treatment for social anxiety disorder: a controlled investigation. In Behaviour Research and Therapy. ISSN 0005-7894, 2006, vol. 44, no. 12, p. 1773-1785.
STANGIER, U. a kol. 2011. Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. In Archives of General Psychiatry. ISSN 0003-990X, 2011, vol. 68, no. 7, p. 692-700.
STEIN, M. B. a kol. 1998. A direct-interview family study of generalized social phobia. In American Journal of Psychiatry. ISSN 1535-7228, 1998, vol. 155, no. 1, p. 90-97.
STEIN, M. B., KEAN, Y. M. 2000. Disability and duality of life in social phobia: epidemiologic findings. In American Journal of Psychiatry. ISSN 1535-7228, 2000, vol. 157, no. 10, p. 1606-1613.
SWINSON, R. a kol. 2006. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. In Canadian Journal of Psychiatry. ISSN 0706-7437, 2006, vol. 51, no. 2, 9S-91S.
STANGIER, U. a kol. 2003. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. In Behaviour Research and Therapy. ISSN 0005-7894, 2003, vol. 41, no. 9, p. 991-1007.
TAYLOR, S. 1996. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. In Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry. ISSN 0005-7916, 1996, vol. 27, no. 1, p. 1-9. ÚD I
TILLFORS, M. a kol. 2001. Social phobia and avoidant personality disorder as related to parental history of social anxiety: a general population study. In Behavior Research and Therapy. ISSN 0005-7894, 2001, vol. 39, no. 3, p. 289-298.
TILLFORS, M. a kol. 2008. Treating university students with social phobia and public speaking fears: Internet delivered self-help with or without live group exposure sessions. In Depression and Anxiety. ISSN 1520-6394, 2008, vol. 25, no. 8, p. 708-717.
WATANABE, N. a kol. 2010. Change in quality of life and their predictors in the long-term follow-up after group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: a prospective cohort study. In BMC Psychiatry. ISSN 1471-244X, 2010.
Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008
Zákon o sociálnom poistení 461/2003 Z.z.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Psychosociálna rehabilitácia u ľudí so závažnou duševnou poruchou

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0071	*10. decembra 2019*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

Mgr. Zuzana Yakhyaev, PhD.

MUDr. Jana Vránová; prof. PhDr. Marta Horňáková, PhD.; PaedDr. Erika Kovácsová, PhD.; PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD., MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

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

závažné duševné poruchy, psychosociálna rehabilitácia, obnova zdravia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

Zoznam skratiek	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU
CPČ	Certifikovaná pracovná činnosť
CMHT	Community mental health treatment teams
DP	Duševná porucha
DGPPN	Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DSM-V	Diagnostický a štatistický manuál (Diagnostic and Statistical Manual)
GAF	The Global Assessment of Functioning (Globálne hodnotenie fungovania)
MKCH	Medzinárodná klasifikácia chorôb
MKF	Medzinárodná klasifikácia funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia (ICF International Classification of Functioning, Disability and Health)
IMR	Illness Management and Recovery program (Program Manažment choroby a zotavenia)
NASMHPD	National Association of State Mental Health Program Directors
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
PCI	Proactive coping inventory (Dotazník proaktívneho zvládania)
PL	Public Law (USA)
PSR	Psychosociálna rehabilitácia
PT	Psychoterapia
SOFAS	The Social and Occupational Functioning Assessment Scale (Škála hodnotenia sociálnych a pracovných funkcií)
USPRA	United States Psychiatric Rehabilitation Association (Americká asociácia pre psychiatrickú rehabilitáciu)
WHO	World health organization (Svetová zdravotnícka organizácia)
ZDP	Závažná duševná porucha
ZP	Zdravotná poisťovňa

Duševná porucha DP (Any mental illness AMI) je definovaná ako mentálna, behaviorálna alebo emocionálna porucha. DP sa môže líšiť v miere funkčného poškodenia, ako následku poruchy, ktoré variuje od žiadneho až po mierne, stredne ťažké a závažné poškodenie. **Závažná duševná porucha ZDP** (serious mental illness SMI; serious mental disorder SMD) je duševná, behaviorálna alebo emocionálna porucha, ktorá vedie k vážnemu funkčnému poškodeniu, ktoré narúša alebo obmedzuje jednu alebo viac významných životných oblastí (The National Institute of Mental Health Information Resource Center, 2019).

Do skupiny so ZDP patria ľudia s osobitnými potrebami väčšinou vyžadujúci viacodborovú starostlivosť. Ďalej uvedený rozsah primárnych diagnóz ZDP je zosúladený s Guideline Psychosocial Interventions for People with Severe Mental Illness (DGPPN, 2013) a doplnený o dva okruhy diagnóz s potrebou PSR starostlivosti.

Tabuľka č. 1

Zoznam primárnych diagnóz, pre ktoré sa indikuje psychosociálna rehabilitácia	
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU
schizofrénia a príbuzné poruchy	MKCH-10: F20-F22, F25
afektívne poruchy - mánia, bipolárna afektívna porucha a opakujúce sa depresívne poruchy	MKCH-10: F30-F31, F32.2-F32.3 a F33
porucha osobnosti	MKCH-10: F60-F61
úzkostná poruchy a obsedantno-kompulzívna porucha	MKCH-10: F41 a F42
poruchy príjmu potravy	MKCH-10: F50
posttraumatická stresová porucha	MKCH-10: F43.1

Psychosociálna rehabilitácia patrí do systému komplexnej zdravotnej starostlivosti o pacientov s duševnou poruchou. Je indikovaná predovšetkým u pacientov so závažnou duševnou poruchou vo fáze doliečovania alebo remisie príznakov ochorenia. Zahrňuje diagnostiku jednotlivých funkcií (vnímanie, pozornosť, komunikáciu, kognitívne schopnosti, návyky, zručnosti, konanie, emócie), zdrojov zvládania a obmedzení. Ponúka individuálne a skupinové formy pomoci pre zlepšenie participácie a kvality života. Cieľom PSR je ponúknuť rozsiahlu a na človeka orientovanú podporu, zameranú na posilnenie jeho schopnosti prevziať zodpovednosť za svoj život a tým zlepšiť kvalitu svojho života.

Americká asociácia pre psychiatrickú rehabilitáciu (USPRA) prijala v roku 2007 definíciu psychiatrickej (psychosociálnej) rehabilitácie: „*Psychiatrická rehabilitácia podporuje obnovu, úplnú integráciu v komunite a zlepšenie kvality života osôb, ktoré mali diagnostikovaný stav duševného zdravia narúšajúci ich schopnosť viesť zmysluplný život. Psychiatrické rehabilitačné služby sú realizované v spolupráci s klientom, sú osobne riadené a individualizované. Tieto služby sú základným prvkom spektra zdravotnej starostlivosti a služieb pre ľudské zdravie a mali by byť založené na dôkazoch. Zameriavajú sa na pomoc jednotlivcom rozvíjať zručnosti a prístup k zdrojom potrebným na zvýšenie ich schopnosti byť úspešní a spokojní v živote, pracovnom, vzdelávacom a sociálnom prostredí podľa vlastného výberu.“* (Anthony W, Farkas M. 2009).

Termín psychosociálna rehabilitácia sa v odbornej literatúre obsahovo prelína s termínom psychiatrická rehabilitácia. Svetová zdravotnícka organizácia WHO sa zhodla na nahradení pojmu psychiatrická rehabilitácia pojmom psychosociálna rehabilitácia v súlade so zmenou modelu psychiatrickej starostlivosti smerom od modelu choroby (illness model) k modelu funkčnej neschopnosti (model of functional disability). Preto sa orientuje v starostlivosti na dve oblasti. Zdôrazňuje podporu kompetencií jednotlivca a realizáciu sociálnych zmien v jeho sociálnom prostredí cieľom zvýšiť jeho kvalitu života.

Kompetencie

Lekári so špecializáciou v odbore psychiatra a neuropsychiatria – nozologická diagnostika duševných porúch, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, supervízia, intervízia a koordinovanie interdisciplinárneho tímu odborníkov zainteresovaných do starostlivosti o pacienta.

Sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Klinický psychológ, neuropsychológ – psychologická a neuropsychologická diagnostika, psychoterapia.

Liečebný pedagóg – v procese psychosociálnej rehabilitácie realizuje nasledovné výkony zdravotnej starostlivosti:

- liečebnopedagogická diagnostika (procesuálna adiferenciálna diagnostika, diagnostika funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia podľa MKF, anamnestické vyšetrenie, analýza aktuálnych potrieb pacienta, vnútorných zdrojov a motívov, analýza produktov činnosti)
- vedenie skupinového programu psychosociálnej rehabilitácie zameranej na podporu sociálnych kompetencií
- pracovná rehabilitácia, ergoterapia
- realizácia liečebnopedagogických cvičení aprogramov s využitím arteterapie, psychomotorickej terapie, dramatoterapie, biblioterapie, muzikoterapie – v individuálnej a skupinovej forme
- nácvik relaxačných techník
- realizácia kognitívneho tréningu atréningu pamäti
- psychoedukácia ľudí s DP aich príbuzných
- case-manažment – pomoc pri organizácii starostlivosti opacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, úzka spolupráca s terapeutickým tímom
- krízová intervencia
- liečebnopedagogické poradenstvo, podporná psychoterapia, sprevádzanie klienta ajeho rodiny
- rodinná apárová terapia
- odborné konzultácie aintervízia činnosti s lekármi zdravotníckeho zariadenia, s klinickým psychológom a ďalšími špecialistami v oblasti psychiatrie a psychosociálnej rehabilitácie
- vypracovanie odborného posudku o prognóze pacienta v súvislosti s riešením situácie pacienta so špeciálnymi problémami, v ťažkých životných okolnostiach
- vedenie systematickej zdravotnej dokumentácie pacientov.

Kompetencie vykonávať zdravotnícke výkony spojené so psychosociálnou rehabilitáciou samostatne získava liečebný pedagóg po absolvovaní špecializačného štúdia v odbore liečebná pedagogika (zastrešuje Slovenská zdravotnícka univerzita). Liečebný pedagóg môže ďalej rozširovať svoje vedomosti a pracovné zručnosti v oblasti psychosociálnej rehabilitácie absolvovaním Certifikačného študijného programu v certifikovanej pracovnej činnosti (CPČ) psychosociálna rehabilitácia (zastrešuje Slovenská zdravotnícka univerzita).

Psychosociálna rehabilitácia pre ľudí so ZDP je komplexná starostlivosť, ktorú je vhodné zabezpečovať v interdisciplinárnom tíme pre duševné zdravie. Do poskytovania starostlivosti sa tak dostáva tímový interdisciplinárny prístup, ktorý umožňuje poskytnúť ľuďom so ZDP komplexný a efektívny balíček zdravotnej (komunitnej) starostlivosti. V západných krajinách je zdravotná starostlivosť o ľudí s duševnou poruchou poskytovaná v nemocniciach a ambulanciách v nemocniciach dopĺňaná, či nahrádzaná komunitnými tímami na liečbu duševného zdravia. Členmi tímov sú okrem psychiatrov zdravotné sestry, psychológovia, terapeuti z povolania, sociálni pracovníci, prípadne odborníci z iných rezortov. Výskumy potvrdzujú väčšiu efektívnosť komunitnej tímovej starostlivosti oproti ústavnej a ambulantnej starostlivosti v nemocniciach (Malone a kol., 2007).

Úvod

Psychosociálna rehabilitácia patrí do systému komplexnej zdravotnej starostlivosti o pacienta s duševnou poruchou. Dôvodom zamerania sa oblasť psychosociálnej rehabilitácie u ľudí so závažnou duševnou poruchou je, že táto skupina pacientov zdieľa špecifické potreby v oblasti starostlivosti, čo je dôvodom na vytvorenie štandardných postupov psychosociálnej rehabilitácie, ktoré sa zameriavajú na diagnosticky heterogénnu skupinu s podobnými potrebami tímovej interdisciplinárnej starostlivosti (DGPPN, 2013).

Štandardné postupy sú vypracované pre cieľovú skupinu dospelých pacientov so závažnou duševnou poruchou z okruhu schizofrénie, afektívnych porúch, depresie, bipolárnych porúch, porúch osobnosti, úzkostných porúch a obsedantno-kompulzívna poruchy.

Cieľom predkladaných štandardných diagnostických a terapeutických postupov je zabezpečiť poskytovanie optimálnej (vychádzajúcej zo súčasného vedeckého poznania) zdravotnej starostlivosti v oblasti psychosociálnej rehabilitácie ľuďom so závažnou duševnou poruchou.

Oblasť psychosociálnej rehabilitácie ľudí s duševnou poruchou prešla v posledných desaťročiach významnými zmenami. V prístupe ku pacientovi, ako aj v orientácii a cieľoch samotnej liečby a to smerom od konceptu stabilizácie duševného stavu ku konceptu zotavenia (recovery) a paralelne tiež od modelu choroby (illness model) k modelu funkčnej poruchy (model of functional disability). V modernom ponímaní je v popredí psychosociálnej rehabilitácie humanistický, nie humanitárny prístup, ktorý spája etické a vedecké hľadisko. Psychosociálna rehabilitácia sa orientuje na funkčné poruchy (functional disability), nie na chronicitu (chronicity). Zámerom PSR je pomôcť jednotlivcom s pretrvávajúcou závažnou duševnou poruchou rozvíjať emocionálne, sociálne a intelektuálne zručnosti potrebné pre život, učiť sa, žiť a pracovať v komunite s minimom odbornej pomoci.

V kontexte modelu funkčnej poruchy ľudí s duševnou poruchou sa v posledných desaťročiach, predovšetkým v anglicky hovoriacich krajinách, používa termín „zotavenie“, „obnova zdravia“ (recovery). Odráža nový komplexný prístup k ľuďom s duševnou poruchou a k ich liečbe, ktorý dosiahol široké prijatie medzi odborníkmi na duševné zdravie. Dlhé obdobie bol cieľ liečby zameraný na stabilizáciu duševného stavu. Tá sa zameriavala na spoluprácu pacienta, prevenciu hospitalizácie a adaptáciu na ochorenie. Koncepcia zotavenia sa z choroby (recovery) tieto ciele doplnila o rozvoj sociálnych vzťahov a celkový návrat do zmysluplnej sociálnej roly, rozvoj alebo znovuzískanie zmyslu, sebaidentity a nakoniec dosiahnutie statusu plnohodnotného člena spoločnosti (Ahern, Fisher podľa Leczová, 2008). Zotavenie (obnova zdravia) je proces, v ktorom človek dosahuje stav, že môže žiť plnohodnotný a uspokojujúci život aj s vážnou duševnou poruchou. Celý systém služieb poskytovanej psychiatrickej starostlivosti, vrátane psychosociálnej rehabilitácie, smeruje k obnoveniu zdravia v maximálnej možnej miere (Vachková, 2008).

Pytlová (2009, s. 56) popisuje hlavné princípy zotavenia (obnova zdravia) podľa správy Making Recovery a Reality (2008), ktorá vznikla ako jeden z podkladov pre modernizáciu služieb duševného zdravia vo Veľkej Británii:

- Zotavenie je nutné chápať ako proces budovania zmysluplného a uspokojivého života, tak ako si ho predstavuje osoba samotná, nehľadiac na pretrvávajúce alebo obnovujúce sa symptómy či problémy.
- Zotavenie reprezentuje odklon od patológie, choroby a symptómov a sústreďuje sa na zdravie, silné stránky a duševnú pohodu.
- Nádej je mimoriadne dôležitá a zväčšuje sa o to viac, ak človek môže prevziať kontrolu nad svojim životom, ak má možnosť slobodnej voľby.
- Svedectvá iných sú dôležitým zdrojom inšpirácie a motivácie.
- Vzťah medzi pomáhajúcim a pacientom nemá byť vzťahom odborník – pacient, ale skôr partner.

- Rodina, priatelia, známi sú často kľúčovými v procese zotavenia a mali by byť zaangažovaní do tohto procesu v maximálnej možnej miere. Pre mnohých ľudí majú veľký význam aj rôzne rovesnícke a svojpomocné skupiny.
- Ľudia sa nezotavujú v izolácii. Prístup vedúci k zotaveniu je úzko spätý so sociálnym začlenením do miestnej komunity. Dôležitou súčasťou je preberanie sociálnej role, ktorá je prospešná širšej komunite.

Nové prístupy k starostlivosti o pacienta v kontexte psychosociálnej rehabilitácie korešpondujú s teoreticky vymedzeným liečebnopedagogickým prístupom k jedincovi a podpore jeho zdravia, orientovaným humanisticky a holisticky na zdroje a funkčné časti človeka a jeho sociálneho prostredia, smerujúcim k sociálnej inklúzii. Liečebná pedagogika tým dokáže reagovať na aktuálne potreby v oblasti starostlivosti o pacientov so závažnou duševnou poruchou a prispievať k postupnej reformácii a skvalitňovaniu poskytovaných zdravotníckych služieb.
Liečebný pedagóg v psychosociálnej rehabilitácii dospelých má uplatnenie pri realizovaní terapeuticko-intervenčných postupov, expresívnych a liečebnopedagogických terapií, predovšetkým ergoterapie, arteterapie, biblioterapie, muzikoterapie, dramatoterapie a psychomotorickej terapie.
Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu adaptácie medzinárodných klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti adoptovaným medzinárodným postupom.

Prevencia

Psychosociálna rehabilitácia pôsobí v zmysle terciárnej prevencie na redukciu následkov duševnej poruchy, čím prispieva k obnove duševného zdravia. Snaží sa zabrániť nepriaznivému priebehu choroby a prechodu do chronicity minimalizovaním negatívnych dôsledkov DP na sebestačnosť, celkovú (sociálnu) funkčnosť a kvalitu života človeka s DP. Cieľom efektívnej prevencie u ľudí s duševnou poruchou je umožniť čo najlepšie fungovanie v ich životných rolách.

Na Slovensku sú duševné choroby na piatom mieste príčin pracovnej neschopnosti. Viac ako tretina obyvateľstva je psychicky menej odolná a pri záťaži aspoň prechodne trpí duševnou poruchou. Preventívne stratégie zahŕňajú znižovanie rizikových faktorov, ktoré prispievajú k problémom v oblasti duševného zdravia, a zároveň posilňovanie ochranných faktorov spojených s dobrým duševným zdravím (WHO, 2019). Európsky akčný plán duševného zdravia, ktorý vytvorila Svetová zdravotnícka organizácia WHO na roky 2013-2020 je postavený na napĺňaní štyroch základných cieľov a troch prierezových cieľov.

Tabuľka č. 2

Hlavné a prierezové ciele Akčného plánu duševného zdravia (WHO, 2019)
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU
Hlavné ciele:
a) každý má rovnakú príležitosť na realizáciu duševného blahobytu počas celého jeho života, a to najmä tí, ktorí sú najzraniteľnejší alebo najviac ohrození;
b) osoby s problémami duševného zdravia sú občania, ktorých ľudské práva sú plne uznávané, chránené a podporované;
c) služby duševného zdravia sú prístupné a cenovo dostupné, dostupné v spoločenstve podľa potreby;
d) ľudia majú nárok na rešpekt, bezpečnosť a účinnú liečbu
Prierezové ciele:
e) zdravotný systém poskytuje dobrú starostlivosť vedúcu k fyzickému a duševnému zdraviu pre všetkých;
f) systém duševného zdravia pracuje v dobre koordinovaných partnerstvách s inými sektormi;
g) politika a zabezpečovanie duševného zdravia sú riadené kvalitnými informáciami a poznatkami

Obnova duševného zdravia zahŕňa nielen intervenciu nasmerovanú na pacienta a na jeho rodinu, ale i na širšie sociálne prostredie ako aj na celú spoločnosť. Významnou oblasťou v kontexte prevencie je preto cielená snaha o prekonávanie stigmy a s ňou spojenej diskriminácie ľudí s duševnou poruchou. Ide o jednu z najzávažnejších prekážok pri riešení otázok duševného zdravia (Národný program duševného zdravia, 2002).

Epidemiológia

V psychiatrických ambulanciách na Slovensku bolo v roku 2017 uskutočnených 1 800 277 vyšetrení s diagnostikovanou psychickou poruchou. Vyšetrených so stanovenou diagnózou bolo celkovo 374 167 osôb (159 392 mužov a 214 775 žien). Afektívne poruchy boli aj v tomto roku najčastejším dôvodom ambulantnej liečby. Predstavovali 30,7 % všetkých vyšetrených osôb (210,9 na 10-tis obyvateľov). Nasledovali *neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy*, ktoré sa týkali 25,6 % osôb (176,3 na 10-tis. obyvateľov). *Organické duševné choroby vrátane symptomatických* tvorili 18,4 % zo všetkých vyšetrených osôb (126,3 na 10-tis. obyvateľov). Pri všetkých troch skupinách diagnóz prevažovali ženy (viac ako 60 %).Najvyšší počet pacientov s psychickou poruchou evidovali ambulancie Bratislavského (895,0 na 10-tis.obyvateľov kraja), Banskobystrického (797,5/10-tis.) a Košického kraja (742,6/10-tis.) (NCZI, 2017).

Na psychiatrických oddeleniach posteľových zdravotníckych zariadení bolo v minulom roku pre duševné poruchy a poruchy správania uskutočnených spolu 43 009 hospitalizácií (79,1 na 10-tis. obyvateľov), muži tvorili 56,3 %. Z celkového počtu hospitalizácií bolo 37 % pacientov prijatých vôbec prvýkrát v živote, pričom ich najvyšší podiel (57 %) bol pri *poruchách správania a emotivity so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania*. Duševnými chorobami vyžadujúcimi častú hospitalizáciu boli najmä *porucha psychiky a správania zapríčinená užitím alkoholu* (26,5 % z celkového počtu hospitalizácií), *schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi* (18,5 %), o*rganické duševné poruchy* (14,6 %) *a afektívne poruchy* (14,2 %). Muži boli najčastejšie hospitalizovaní s diagnózou *porucha psychiky a správania zapríčinená užitím alkoholu*, u žien dominovala skupina diagnóz – *afektívne poruchy a následne schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi* (NCZI, 2017).

Zo všetkých pacientov s diagnózou duševných porúch (z okruhu schizofrénie, afektívnych porúch, depresie, bipolárnych porúch, porúch osobnosti, úzkostných porúch a obsedantno-kompulzívna poruchy) sa skupina pacientov so závažnou duševnou poruchou skladá z 58% so psychózou a 42% s non-psychotickými poruchami (Ruggeri a kol., 2000).

Patofyziológia

V oblasti etiológie duševných porúch je v súčasnosti všeobecne prijímaný bio-psycho-sociálny model, ktorý stojí na multifaktoriálnej genéze porúch. Znamená to, že pri vzniku duševných porúch majú význam biologické, psychogénne a sociálne faktory. Význam a podiel týchto faktorov sa líši pri jednotlivých poruchách, pričom existujú aj významné interindividuálne rozdiely v podiele skupín etiologických faktorov (Heretik, Heretik a kol., 2016).

Genetické faktory a faktory pôsobiace vo včasných vývinových štádiách (napr. infekcie) môžu ovplyvniť vývin nervového systému, dôsledkom čoho je abnormálne zastúpenie neurónov v určitých štruktúrach mozgu (napr. v jednotlivých vrstvách mozgovej kôry) a alterácie v činnosti neuronálnych okruhov. Faktory pôsobiace počas dospievania a v dospelosti (napr. pôsobenie stresorov, zápalové choroby, toxické látky) ovplyvňujú činnosť neurónov, napríklad prostredníctvom epigenetických modifikácií. V prípade, že alterácie na úrovni neuronálnych okruhov a synáps presiahnu kompenzačné schopnosti mozgu, dochádza k manifestácii psychických porúch.

Pretrvávajúce duševné poruchy súvisia aj výskytom ďalších ochorení. Pacienti s ťažkým duševným ochorením, najmä schizofréniou a chronickými poruchami nálady, vykazujú vyšší výskyt metabolického syndrómu alebo jeho zložiek (vrátane obezity, hypertenzie, dyslipidémie, hyperurikémie a abnormalít glukózovej homeostázy) v porovnaní so všeobecnou populáciou (Toalson, P., Ahmed, S., Hardy, T., Kabinoff, G. 2004). Ľudia so závažnými duševnými poruchami zomierajú v priemere o 25 rokov skôr ako všeobecná populácia. Samovražda predstavuje približne 30% nadmernej úmrtnosti, približne 60% predčasných úmrtí je spôsobených „prirodzenými príčinami“, ako sú kardiovaskulárne a pľúcne ochorenia (NASMHPD, 2006). Medzi dôvody týchto rozdielov patria obmedzenia v oblasti zdravotných služieb, dôsledky závažnej duševnej choroby, rizikové správanie (fajčenie, drogové závislosti, obezita) a účinky psychotropných medikamentov (Robson, D., Gray, R. 2007).

Klasifikácia

Pre klasifikáciu duševných porúch sa využívajú dva klasifikačné systémy. Klasifikačný systém Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) MKCH-10 Medzinárodná klasifikácia chorôb (čoskoro v platnosti 11 verzia MKCH-11), ako aj klasifikačný systém Americkej psychiatrickej spoločnosti DSM-V Diagnostický a štatistický manuál (Diagnostic and Statistical Manual), v piatej verzii zverejnený od roku 2013.

Stručnú klasifikáciu funkčného postihnutia pri duševných poruchách poskytuje Globálne hodnotenie fungovania (GAF), ktoré bolo súčasťou manuálu DSM-IV. Diagnóza závažnej duševnej poruchy (dg SMI stanovená v USA PL 102-321) vyžaduje, aby osoba mala najmenej jednu diagnostikovanú duševnú poruchu, inú ako závislosť, či zneužívanie látok, trvajúcu min. 12 mesiacov a mala "závažné poškodenie". To je definované ako skóre globálneho hodnotenia funkčnosti (GAF) menej ako 60,1. (Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, 2003).

Minimálny stupeň postihnutia je podľa GAF charakterizovaný prítomnosťou závažných symptómov (napr. suicidálne ideácie, opakujúce sa obsedantné rituály, časté krádeže), alebo závažných dopadov v sociálnom, pracovnom, či školskom fungovaní (žiadni priatelia, neschopnosť si nájsť prácu).

Tabuľka č. 3

Globálne hodnotenie fungovania (GAF) – miera funkčnosti, ktorá spadá do závažnej duševnej poruchy je zvýraznená	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU
91-100	Žiadne príznaky. Dobré fungovanie v širokom spektre aktivít, zvládanie životných problémov, ktoré má človek pod kontrolou, vyhľadáva iných kvôli viacerým pozitívnym vlastnostiam.
81-90	Neprítomnosť alebo minimálne symptómy (napr. mierna úzkosť pred skúškou), dobré fungovanie vo všetkých oblastiach, záujem a zapojenie sa do širokého spektra aktivít, sociálna angažovanosť, všeobecná spokojnosť so životom, nič viac ako každodenné problémy alebo obavy.
71-80	Prítomné príznaky, sú to prechodné a očakávané reakcie na psychosociálne stresory (napr. ťažkosti v rodine); nie viac ako mierne zhoršenie sociálneho, pracovného alebo školského fungovania (napr. dočasne zaostávanie v školskej dochádzke).
61-70	Menej závažné symptómy (napr. depresívna nálada a mierna nespavosť) alebo ťažkosti v sociálnom, pracovnom alebo školskom fungovaní (napr. občasné záškoláctvo alebo krádež v domácnosti), ale vo všeobecnosti fungujú veľmi dobre, majú niektoré zmysluplné medziľudské vzťahy.
51-60	Mierne závažné symptómy (napr. plochá afektivita, príležitostné záchvaty paniky) alebo mierne ťažkosti v sociálnom, pracovnom alebo školskom fungovaní (napr. málo priateľov, konflikty s rovesníkmi alebo spolupracovníkmi).
41-50	Závažné symptómy (napr. samovražedné myšlienky, ťažké obsedantné rituály, časté krádeže) alebo akékoľvek vážne poškodenie sociálneho, pracovného alebo školského fungovania (napr. žiadni priatelia, neschopnosť udržať si prácu).
31-40	Niektoré poruchy v testovaní reality alebo v komunikácii (napr. reč je niekedy nelogická, nejasná alebo irelevantná) alebo závažné poškodenie v niekoľkých oblastiach, ako je práca alebo škola, rodinné vzťahy, úsudok, myslenie alebo nálada (napr. depresia). Dospelý sa vyhýba priateľom, zanedbáva rodinu a nie je schopný pracovať.
21-30	Správanie je značne ovplyvnené bludmi alebo halucináciami alebo vážnymi poruchami komunikácie či úsudku (napr. občasne nekoherentné, hrubé nevhodné správanie, samovražedné myšlienky) alebo neschopnosťou fungovať takmer vo všetkých oblastiach (napr. pobyty v posteli po celý deň, žiadna práca, domov alebo priatelia).
11-20	Určité nebezpečenstvo zranenia seba alebo iných (napr. pokusy o samovraždu bez jasného očakávania smrti, často násilné, manické vzrušenie) alebo príležitostne neudržiavanie minimálnej osobnej hygieny (napr. fekálne výkaly) alebo hrubé poškodenie komunikácie (napr. nekoherentné vyjadrovanie alebo mutizmus).
0-10	Pretrvávajúce nebezpečenstvo vážneho poškodenia seba alebo iných (napr. opakované násilie) alebo pretrvávajúca neschopnosť udržať minimálnu osobnú hygienu alebo vážne samovražedné činy s jasným očakávaním smrti.

Užitočný nástroj na klasifikáciu a hodnotenie dlhodobých dôsledkov závažných duševných porúch poskytuje **Medzinárodná klasifikácia funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia MKF** (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF). MKF rozširuje patologické jednotky u pacienta o jeho funkčné limitácie, riziká, potreby a priority. Umožňuje identifikáciu príčin, ťažkostí alebo nespôsobilostí, ktoré môžu byť medicínsky ignorované. Môže tak prispievať k zachovaniu, či obnove sebestačnosti, zlepšeniu kvality života, ale aj zlepšeniu prognózy pacienta. Pri použití funkčnej klasifikácie je pacientom stanovená presnejšia a kompletnejšia diagnóza, dostávajú primeranejšiu starostlivosť s lepšími výsledkami, s odbúravaním neúčelných služieb (Rubinstein a kol. podľa Németh a kol., 2011). MKF je preto užitočným nástrojom na pochopenie chronicky duševne chorých vo všetkých jej rozmeroch. Každá úroveň zahŕňa teoretický základ, pre ktorý môže byť formulovaný rehabilitačný zásah. Intervencia môže byť kvalifikovaná ako rehabilitačná v prípade, že je zameraná predovšetkým na funkčné zlepšenie postihnutého jedinca (Rössler, 2006).

Tabuľka č. 4

Dôležité kategórie MKF diagnostiky v oblasti duševných porúch (ICF, Orgonášová, Palát, 2004)
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU
Všeobecné úlohy a požiadavky (d210-d299)
Starostlivosť o seba samého (d510-d599)
Domáci život (d610-d699)
Vzájomné pôsobenie medzi osobami a vzťahy (d710-d799)
Významné oblasti života (d810-d879)
Komunita, spoločenský a občiansky život (d910-d999)
Podpora a vzťahy (e310-e399)

S Medzinárodnou klasifikáciou fungovania, zdravotného postihnutia a zdravia (ICF) je priamo prepojený všeobecný nástroj hodnotenia zdravotného stavu a zdravotného postihnutia **WHODAS 2.0** (WHO Disability Assessment Schedule, 2019). V DSM-5 ním bol nahradený dovtedy používaný škálovací systém GAF (DSM-IV). Je zameraný na vytváranie štandardizovaných úrovní a profilov postihnutia. Integruje úroveň fungovania jednotlivca v najdôležitejších oblastiach života a priamo zodpovedá rozmerom činnosti a účasti ICF. Výsledkom je zistenie miery postihnutia v 5 stupňovej škále: žiadne (1), mierne (2), stredné (3), závažné (4) alebo extrémne (5) v týchto šiestich oblastiach fungovania.

Tabuľka č. 5

6 oblastí fungovania, ktoré zahŕňa WHODAS 2.0 (WHO, 2019)
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU
Kognícia - porozumenie a komunikácia
Mobilita - pohyb a cestovanie
Sebaobsluha - hygiena, obliekanie, jedenie a pobyt sám
Komunikácia a interakcia s druhými ľuďmi
Životné aktivity - domáce povinnosti, voľný čas, práca a škola
Participácia - zapojenie sa do aktivít komunity

Klinický obraz

Primárnymi príjemcami psychosociáne rehabilitačných služieb v psychiatrii sú dospelí s diagnózou závažných duševných ochorení a porúch z okruhu schizofrénie, ťažkých afektívnych porúch (mánia, bipolárna afektívna porucha, ťažké a opakujúce sa depresívne poruchy), závažných porúch osobnosti, ťažkých úzkostných porúch a obsedantno-kompulzívnej poruchy, závažných porúch príjmu potravy, ťažkej posttraumatickej stresovej poruchy, prípadne i ďalších.

Bez ohľadu na konkrétnu diagnózu duševnej poruchy sú najdôležitejšími znakmi závažných duševných porúch trvanie ochorenia a závažná dysfunkcia (Ruggeri a kol., 2000). Demonštrujúce sa symptómy závažných duševných porúch spôsobujú mierne až výrazné ťažkosti v sociálnom, rodinnom, pracovnom a školskom fungovaní. Môžu sa prejavovať poruchy koncentrácie, pamäti, narušenie sebaobrazu, narušenie komunikácie, strata perspektív, deficity v pracovných a sebaobslužných činnostiach. U ľudí

trpiacich duševnou poruchou bol výskumne zdokumentovaný výskyt funkčných poškodení a pokles kvality života. Funkčné postihnutie ďalej ovplyvňuje celý život človeka, jeho sociálne vzťahy, produktivitu práce.
Škálu sociálneho a pracovného postihnutia poskytuje SOFAS (The Social and Occupational Functioning Assessment Scale). SOFAS sa líši od podobnej škály Global Assessment of Functioning (GAF, uvedená vyššie) tým, že sa zameriava na sociálne a pracovné fungovanie nezávisle od celkovej závažnosti psychologických symptómov jednotlivca.

Tabuľka č. 6

SOFAS (The Social and Occupational Functioning Assessment Scale) - miera funkčnosti v pracovnej a sociálnej oblasti, ktorá spadá do závažnej duševnej poruchy je zvýraznená		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU	
91-100	Výborné fungovanie	v širokom spektre aktivít
81-90	Dobré fungovanie	vo všetkých oblastiach, pracovne a sociálne efektívne
71-80	Slabé zníženie fungovania	v sociálnom, pracovnom alebo školskom fungovaní (napr. zriedkavý interpersonálny konflikt, dočasne zaostávajúci v školských výkonoch)
61-70	Výskyt ťažkostí	v sociálnom, pracovnom alebo školskom fungovaní, ale vo všeobecnosti dobre fungujú, majú niektoré zmysluplné medziľudské vzťahy
51-60	Závažnejšie ťažkosti	v sociálnom, pracovnom alebo školskom fungovaní (napr. málo priateľov, konflikty s rovesníkmi alebo spolupracovníkmi)
41-50	Vážne postihnutie	v sociálnych, pracovných alebo školských funkciách (napr. žiadni priatelia, neschopní udržať si prácu) v niektorých oblastiach
31-40	Výrazné postihnutie niekoľkých oblastí	ako je práca alebo škola, rodinné vzťahy (napr. depresívny človek sa vyhýba priateľom, zanedbáva rodinu a nie je schopný pracovať; dieťa často bije mladšie deti, je doma vzdorovité a zlyháva v škole)
21-30	Funkčná neschopnosť	v sociálnej alebo pracovnej oblasti, alebo v takmer všetkých oblastiach (napr. pobyty celý deň v posteli, bez práce, domova alebo priateľov)
11-20	Príležitostné problémy s hygienou	neudržiavajú minimálnu osobnú hygienu; nie sú schopní fungovať nezávisle
0-10	Pretrvávajúce problémy s hygienou	neschopný fungovať bez poškodzovania seba alebo iných alebo bez značnej vonkajšej podpory (napr. opatrovateľská starostlivosť a dohľad)

Diagnostika I Postup určenia diagnózy

Diagnostická fáza v oblasti psychosociálnej rehabilitácie zahŕňa komplexné anamnestické vyšetrenie, dôkladné hodnotenie schopností a zdrojov človeka s DP, hodnotenie zdrojov v prostredí človeka s DP, posúdenie pripravenosti na rehabilitáciu, stanovenie cieľov rehabilitácie významných pre pacienta, naplánovanie intervencií s cieľom posilniť rozvoj zručností a rozvoj zdrojov, budovanie terapeutického vzťahu a v rámci neho vytvorenie terapeutického kontraktu.
Výber štandardných diagnostických a terapeutických postupov sa opiera o dôkazy z aktuálnych vedeckých štúdií vyberaných a triedených podľa váhy dôkazov, pričom boli preferované dôkazy s najvyššou váhou, čiže metaanalýzy alebo systematické prehľady randomizovaných kontrolovaných klinických štúdií. Pri absencii týchto štúdií boli zaraďované i dôkazy s nižšou váhou. Pri výbere dôkazov bola zohľadnená tiež ich aktuálnosť, preferované boli dôkazy z posledných 8 rokov. Staršie dôkazy boli

zaraďované pri absencii aktuálnejších dôkazov. Dôkazy boli čerpané predovšetkým z medzinárodne uznávaných biografických databáz MEDLINE, EMBASE a COCHRANE.
Kódy k hodnoteniu váhy dôkazov sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

Tabuľka č. 7

Tabuľka hodnotenia váhy dôkazov	
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU	
Ia	metaanalýzy alebo systematické prehľady randomizovaných kontrolovaných klinických štúdií
Ib	aspoň jedna randomizovaná klinická kontrolovaná štúdia
IIa	aspoň jedna kontrolovaná štúdia bez randomizácie
IIb	aspoň jedna štúdia iného typu, napr. kvázi-experimentálna, bez randomizácie
III	deskriptívne štúdie, ako napr. komparatívne, korelačné a kazuistiky
IV	odborné odporúčania, názory a klinické skúsenosti rešpektovaných autorít

Tabuľka č. 8

Štandardné diagnostické postupy v psychosociálnej rehabilitácii ľudí so ZDP			
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU			
Screening a diagnostika			
Poradie	Štandardný postup	Dôkazová hodnota	Referencie
1.	Anamnestické vyšetrenie (osobná, zdravotná, psychiatrická/problémová, rodinná/vzťahová, sociálna, školská/pracovná anamnéza)		
2.	Diagnostika funkčnosti		
	• MKF (ICF)	IV	Nuño et al. (2018) Reed et al. (2009)
	• WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)	IIa	Ustun et al. (2010)
	• GAF (Global Assessment of Funktioning)	Ib IIa	Startup, Jackson, Bendix (2002) Woldoff (2014)
	• Sheehan Disability Scale (SDS)	Ib	Sheehan, Sheehan (2008)
	• Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)	Ib IV	Morosini et al. (2000) Rybarczyk (2011)
3.	Skríningové vyšetrenie kognitívnych funkcií • MMSE (Mini-Mental State Examination)	Ia	Mitchell (2013)
4.	Diagnostika kvality rodinného a komunitného zázemia v zmysle reziliencie a vurnerability • Lubben Social Network Scale (LSNS)	IIa	Lubben et al. (2006)
5.	Diagnostika úrovne zvládania životných situácií • PCI Proactive coping inventory	IIa	Greenglasset et al. (1999)
6.	Plánovanie intervencie v spolupráci s pacientom	IIa	Svedberg et al. (2014)

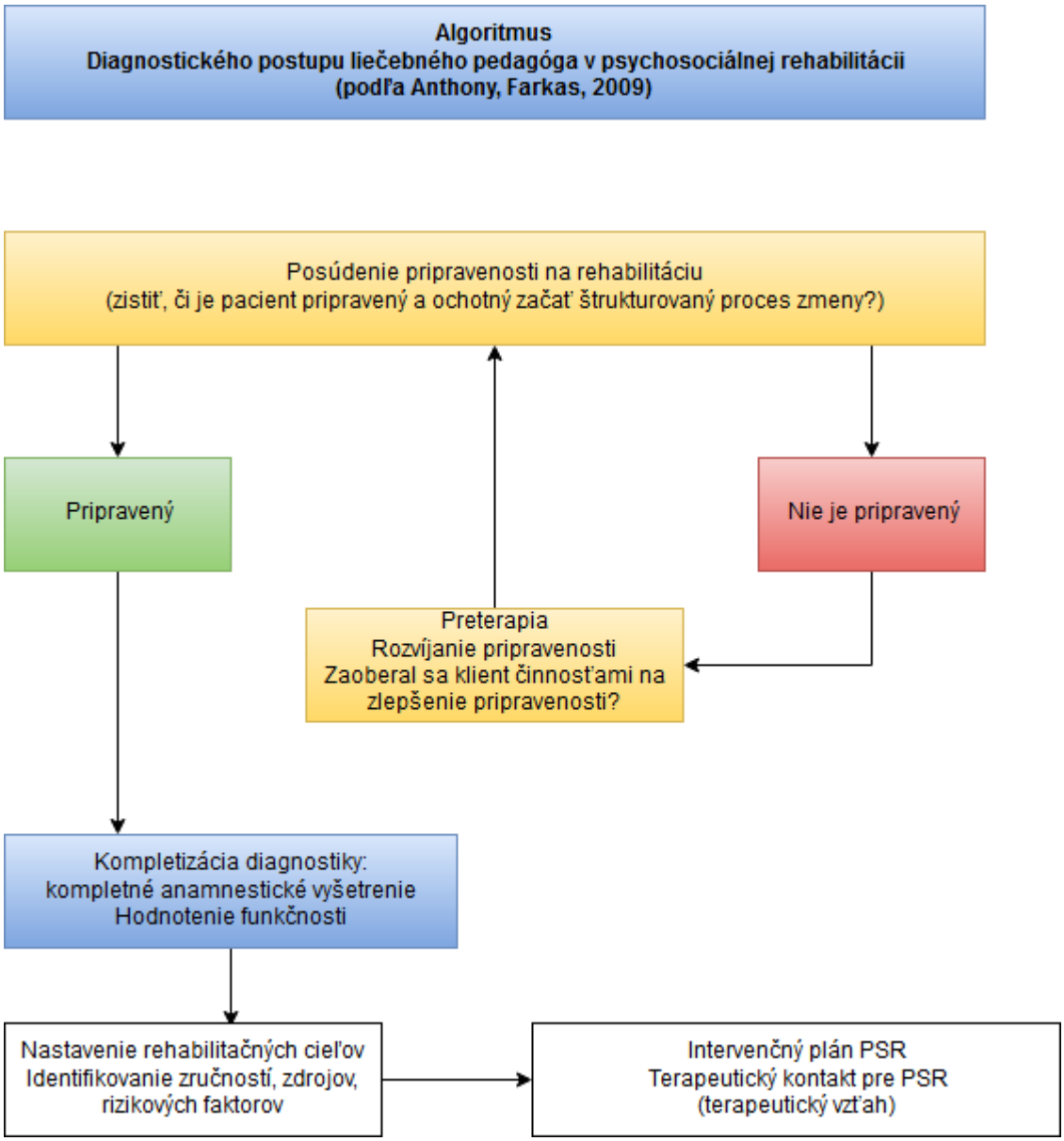
Okrem validizovaných diagnostických postupov uvedených v predchádzajúcej tabuľke, je možné v procese psychosociálnej rehabilitácie využiť:

· Analýzu aktuálnych potrieb a prianí, motivácií, zdrojov zvládania, identifikovanie psychosociálne rizikových faktorov, ktoré vedú k rozvoju a udržiavaniu sociálneho postihnutia

· Analýzu procesov a produktov činností (arteterapia, biblioterapia, dramatoterapia, ergoterapia, muzikoterapia, pohybová terapia)

· Procesuálnu diagnostiku – priebežné hodnotenie a korigovanie terapeutických cieľov v závislosti od aktuálneho stavu a potrieb pacienta.

Proces psychosociálnej rehabilitácie sa v jej diagnostickej a plánovacej fáze snaží pomôcť jedincom určiť životné, vzdelávacie, pracovné a sociálne úlohy, ktoré chcú dosiahnuť (ciele). Pomôcť identifikovať, čo potrebujú a čo robia a čo dokážu dobre (zručnosti) a to, čo majú alebo potrebujú (podpora z vonku alebo zdroje) s cieľom dosiahnuť ich ciele. Potom im pomáhajú rozvíjať tieto zručnosti a / alebo podporovať jedinečné dosiahnutie svojich cieľov. Podstatou úspešného rehabilitačného procesu je **vzťah medzi odborníkom a pacientom.** Odborník môže tento proces uľahčiť tým, že je skúsený poslucháč, empatický a úctivý (Anthony W, Farkas M. 2009.)



Výskumné zistenia (Svedberg P, a kol., 2014; Shern DL a kol., 2000) potvrdzujú kľúčový význam zapojenia pacienta do procesu stanovenia cieľov PSR a plánovania intervencií, ktoré vedie k vyššej účinnosť PSR. V procese realizácie postupov psychosociálnej rehabilitácie je preto účinné klásť dôraz na stanovenie, napĺňanie a hodnotenie individuálnych rehabilitačných cieľov priamo pacientom.

Liečba

K cieľom psychosociálnej rehabilitácie dospelých so závažnou duševnou poruchou patrí stabilizácia a optimalizácia životnej situácie, dosiahnutie čo možno najvyššej kvality života s duševnou poruchou, prijatie reality ochorenia v kontexte nádeje a hľadania zmyslu. Dôležitým cieľom je tiež sociálna inklúzia umožňujúca jedincovi s duševnou poruchou čo možno najväčšiu možnú autonómiu vo fungovaní v sociálnom, rodinnom a pracovnom prostredí. Z tohto cieľa sa často odvíja potreba vytvárania nových kompenzačných stratégií a možností.

Tabuľka č. 9

Všeobecné ciele psychosociálnej rehabilitácie
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU
• eliminácia psychosociálne rizikových faktorov, ktoré vedú k rozvoju a udržiavaniu sociálneho postihnutia (social disability) z dôvodu duševnej poruchy
• zlepšenie v oblasti sebapôsobenia (self-efficacy)
• zlepšenie v oblasti sebaúcty
• podpora zručností a schopností potrebných pre dosahovanie osobných cieľov
• sociálna inklúzia (social inclusion)

Tabuľka č. 10

K princípom liečebnopedagogickej intervencie v psychosociálnej rehabilitácii patrí
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU
• Orientácia na vzťah založený na dôvere a porozumení - dôvera v klientove schopnosti a kompetencie
• Identifikovanie potrieb, motivácií a osobných cieľov, klienta - ponuka vhodnej starostlivosti a služieb vychádzajúc z analýzy aktuálnych potrieb klienta
• Posúdenie pripravenosti klienta na zmeny
• Pomoc pri udržiavaní čo možno najväčšej miery autonómie
• Orientácia na salutory, faktory podporujúce zdravie ako aj na silné stránky klienta
• Podpora reziliencie - podpora pri zvládaní náročných životných situácií
• Identifikovanie zdrojov v sociálnom prostredí klienta - rodina, priatelia, komunita - znižovanie potencionálnych stresorov v sociálnom prostredí klienta, budovanie sociálnych sietí
• Otvorenie procesu psychosociálnej rehabilitácie klienta jeho rodine, zapojenie rodiny do procesu PSR, plánovania starostlivosti
• Psychosociálna rehabilitácia sa vždy orientuje na celú osobnosť človeka, nielen na chorobu, či symptómy, všíma si každodenné fungovanie v jeho prirodzenom prostredí.

Prostriedkom liečebnopedagogickej intervencie sú predovšetkým psychosociálne rehabilitačné programy, ktoré sa realizujú najčastejšie skupinovou formou. Programy psychosociálnej rehabilitácie

sú orientované na postupné obnovovanie, rehabilitáciu sociálnych zručností, zvyšovanie úrovne socializácie pacientov a ich kompetencie žiť zmysluplný život. Sú koncipované interaktívne, vychádzajú z potrieb a záujmov človeka, vyžadujú si spoluprácu pacienta.

Skupinové programy psychosociálnej rehabilitácie sú zamerané na rozvíjanie komunikačných zručností; uvedomenie si a riadenie emócií; riešenie aktuálnych, každodenných problémov; rozvíjanie asertivity, identifikovanie a prejavovanie svojich potrieb, pozitívnych žiadostí aj negatívnych pocitov; podporu porozumenia vlastným emóciám aj emóciám druhých; rozvíjanie empatie a sociálnych vzťahov; podporu a vytváranie sebaobslužných kompetencií; samostatné zmysluplné napĺňanie voľného času; tvorbu denného režimu; psychohygienu; konštruktívne riešenie konfliktov; optimálne fungovanie vo vzťahoch s rodinnými príslušníkmi; manažment liečby a pod.

V optimálnom modely starostlivosti je vhodné kombinovať skupinové programy PSR s individuálnou PSR, kde sa pracuje výlučne s individuálnymi potrebami a preferenciami človeka so ZDP. Návrh intervencie je vytváraný v interakcii medzi pacientom a jeho kľúčovým pracovníkom. V tejto spolupráci sú vytvorené veľmi jasné a konkrétne formulované ciele a časové harmonogramy s cieľom podporiť pacienta pri dosahovaní uspokojivej životnej situácie (Anthony, Farkas, 2009).

V popredí psychosociálnej rehabilitácie je podpora samostatnosti a sebaúčinnosti jedincov pri manažovaní vlastnej životnej situácie vrátane zdravotnej starostlivosti, stanovovaní si krátkodobých a dlhodobých cieľov, ktoré pomáhajú smerovať k obnove zdravia, sebestačnosti a sociálnej funkčnosti. Psychosociálna rehabilitácia sa zameriava na jednotlivé oblasti života človeka – pracovnú oblasť, bývanie, záujmy, rodinné vzťahy, spoločenský život, liečebnú intervenciu, vzťah k sebe.

Tabuľka č. 11

Klasifikácia intervencií v PSR (podľa Guideline Psychosocial Interventions for People with Severe Mental Illness, DGPPN, 2013)	
Štandardné postupy — ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU	
Zásahy na úrovni systému	interdisciplinárna tímová psychiatrická komunitná starostlivosť
	case-manažment
	pracovná rehabilitácia
	účasť na pracovnom živote a intervencia v rezidenčnej starostlivosti
	aktivizácia sociálnej role v komunite (sociálna inklúzia)
Jednotlivé psychosociálne intervencie	psychoedukácia
	tréning sociálnych zručností
	umelecké terapie
	ergoterapia
	športová pohybová terapia

Tabuľka č. 12

Klinická otázka		
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU		
1. Klinická otázka	**Dôkazová hodnota**	**Referencie**
Aplikovanie psychosociálnej rehabilitácie u osôb so závažnou duševnou poruchou zlepšuje prognózu ochorenia a významne podporuje proces obnovy duševného zdravia.	Ia Ia Ib IIa	Pallaveshi et al. (2013) McKay et al. (2016) Druss et al. (2018) Svedberg et al. (2014)
Odporúčanie pre prax: • V rámci komplexnej liečby pacienta so ZDP ponúknuť pacientovi PSR program. • PSR sa predovšetkým zameriava na zlepšenie zdravia (wellbeing), sociálneho fungovania a kvality života osôb so ZDP. • V popredí intervencií stojí podpora sebakompetencie a sebaúčinnosti pacienta pri smerovaní k vlastnej obnove zdravia. • Pri tvorbe a realizácii PSR programu sa orientovať na riešenie aktuálnych, každodenných problémov pacienta, získavanie zručnosti pre redukciu relapsov, zvládanie stresu a symptómov. • V rámci PSR programu umožniť abreakciu napätia, prejavovania a zvládania emócií. • V rámci PSR programu pomôcť pacientom vytvoriť si, alebo posilniť svoje prirodzené zdroje zvládania choroby a dosahovania cieľov. • V rámci PSR vytvoriť možnosti pre nácvik, sfunkčnenie a budovanie komunikačných a sociálnych zručností v medziľudských vzťahoch. • Poskytnúť pacientom a ich rodinným príslušníkom informácie o duševnej chorobe a možnostiach liečby.		

Moderná psychosociálna rehabilitácia si vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu tímu. Mali by byť preto zriadené multidisciplinárne tímy psychiatrickej starostlivosti na liečbu ľudí so závažným duševným ochorením. Do multidisciplinárneho tímu patrí psychiater, klinický psychológ, liečebný pedagóg, zdravotná sestra, prípadne fyzioterapeut, či ďalší zdravotnícki pracovníci a dobrovoľní pracovníci v zdravotníctve. Efektivita psychosociálnej rehabilitácie sa zvyšuje, ak je poskytovaná v komunite pacienta. Je poskytovaná v spádovej oblasti a môže zahŕňať domáce návštevy aj tímové zásahy. Existujú presvedčivé dôkazy (Malone a kol., 2007; Cleary a kol., 2008; Coldwell, Bender, 2007; Drake, O'Neal, Wallach, 2008; Nelson a kol., 2007; NICE, 2009) o tom, že liečba multidisciplinárnym tímom v komunitnom prostredí zníži pravdepodobnosť epizód hospitalizácie o približne 20 percent a zvýši spokojnosť pacientov (DGPPN, 2013).

Tabuľka č. 13

Klinická otázka		
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU		
2. Klinická otázka	**Dôkazová hodnota**	**Referencie**
Efektivita zdravotnej starostlivosti o pacienta so závažnou duševnou poruchou sa významne zvyšuje, ak je poskytovaná multidisciplinárnym tímom, v komunitnom prostredí pacienta?	Ia Ia Ia Ia Ia Ia	Malone et al. (2007) Cleary et al. (2008) Coldwell, Bender (2007) Drake, O'Neal, Wallach, (2008) Nelson et al. (2007) NICE (2009)
Odporúčanie pre prax: • Multidisciplinárny tím poskytuje podporu krízovom manažmente, v manažmente liekov, monitorovaní a posilňovaní starostlivosti o fyzické zdravie. • Multidisciplinárny tím poskytuje podporu v každodenných životných činnostiach, v pracovnom prostredí, sociálno-ekonomických a sociálnych otázkach. • Multidisciplinárny tím skúma stratégie riešenia problémov a posilňujú sociálne zručnosti.		

Tabuľka č. 14

Štandardné terapeutické postupy v psychosociálnej rehabilitácii ľudí so ZDP			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU		
Preterapia, Terapia			
Poradie	Štandardný postup	Dôkazová hodnota	Referencie
1.	Intervenčný proces v psychosociálnej rehabilitácii - cielené plánovanie, osvojovanie a používanie nových zručností, koordinácia a modifikácia zdrojov.	Ia	Pallaveshi et al. (2013)
2.	Preterapia - nadviazanie kontaktu, sprevádzanie, rehabilitácia pri ťažkých funkčných poruchách	Ia	Mallinckrodt (2015)
3.	Tréning sociálnych zručností	Ia Ia Ia	Gühne et al. (2014) Turner et al. (2018) Gühne et al. (2012)
4.	Psychoedukácia	Ia Ia	Morin, Franck (2017) Zhao et al. (2015)
5.	Kognitívny tréning a tréning pamäti	Ia Ia Ia	Morin, Franck (2017) Zhao et al. (2015) Van Duin et al. (2019)
6.	Aktivizácia sociálnej role v komunite	IIb	McCorkle (2008)
7.	Umelecké terapie (biblioterapia, arteterapia, dramatoterapia, muzikoterapia, tanečná terapia).	Ia Ia Ia Ib	Gold et al. (2009) Guelano et al. (2017) Fenner et al (2017) Haeyen et al. (2018)
8.	Ergoterapia - podpora zamestnania	Ia Ib	Arbesman, Logsdon (2011) Cook et al. (2018)
9.	Športová a pohybová terapia	Ia	Stubbs et al. (2018)
10.	Nácvik zvládania stresu, relaxácia	Ia	Haselden et al. (2018)

(pokračovanie) Štandardné terapeutické postupy v psychosociálnej rehabilitácii ľudí so ZDP			
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU		
Preterapia, Terapia			
Poradie	Štandardný postup	Dôkazová hodnota	Referencie
11.	Case-manažment - spoluorganizácia a plánovanie liečby, optimalizácia služieb a zdrojov pacienta	Ia Ia Ia	Dieterich et al. (2010) Ziguras, Stuart (2000) Burns et al. (2007)
12.	Rodinná intervencia - psychoedukácia, podporná psychoterapia, rodinná terapia, poradenstvo, párová terapia, skupinová terapia rodinných príslušníkov, terapeutické komunity	Ia	Haselden et al. (2018)
13.	Starostlivosť je zabezpečovaná interdisciplinárnym tímom odborníkov	Ia Ia Ia Ia Ia Ia	Malone et al. (2007) Cleary et al. (2008) Coldwell, Bender (2007) Drake, O'Neal, Wallach (2008) Nelson et al. (2007) NICE (2009)

Psychosociálna rehabilitácia vychádza a zameriava sa na každodenný život pacientov. Uplatnenie tu majú liečebnopedagogické techniky ako napr. práca s telom, jeho vnímanie a pohyb (psychomotorická terapia), hranie rolí, pantomíma, psychodráma (dramatoterapia), písania denníkov a listov, analýza obľúbených literárnych textov, spoločné čítanie (biblioterapia), pôsobenie a vyjadrovanie sa prostredníctvom obrazov a vizuálnych symbolov (arteterapia), pôsobenie a tvorenie hudby a zvukov (muzikoterapia).

Pre rehabilitáciu fungovania v pracovnej oblasti sa využíva ergoterapia – ide predovšetkým o budovanie, udržiavanie a rozvíjanie pracovných kompetencií v rámci individuálnych možností jedinca s dôrazom na stabilitu (dosiahnutej výkonnosti) a osvojenie získaných kompetencií (získaného). Základom je budovanie vyváženého harmonogramu (režimu) dňa a jeho zavedenie v bežnom živote človeka; obnovovanie, či budovanie pracovných návykov a postupné pracovné začlenenie. V systéme sociálno-psychiatrickej starostlivosti sú prostriedkom predovšetkým zariadenia chránených dielní, chránených pracovných miest. Ergoterapia môže podporovať sociálne kontakty jedinca, zvyšovať jeho sebavedomie a celkovú kvalitu života. Významne tiež môže prispievať k procesu sociálnej inklúzie. V oblasti záujmov ide predovšetkým o podporu jedinca v aktívnom a zmysluplnom trávení voľného času, rozvíjanie koníčkov a záľub.

Významným krokom k deinštitualizácii ľudí so závažnou duševnou poruchou je chránené a podporované bývanie. Ponúka flexibilné služby, ktoré sa poskytujú v závislosti od individuálnych potrieb jednotlivca. Ako píše Rössler (2006) väčšina ľudí s psychiatrickou diagnózou je schopných úspešne opustiť psychiatrickú liečebňu a žiť v komunitnom prostredí. Podporované bývanie je preto realistickým cieľom pre ľudí so závažnou duševnou poruchou. V neposlednom rade tiež dobrá sociálna integrácia a inklúzia pozitívne vplýva na kvalitu života ľudí s duševnou poruchou a znižuje celkovú psychopatológiu.

V rámci intervencií PSR je vhodné využívať kognitívny tréning, ktorý má pozitívny vplyv na pracovné a sociálne fungovanie pacientov so ZDP (Van Duin, a kol., 2019). Úroveň kognitívneho tréningu vychádza z aktuálnych schopností pacienta. Je zameraný na podporu koncentrácie, pamäti, reči, logického myslenia a matematických schopností pacienta.

Duševná porucha alebo choroba je fyzickou, psychickou a finančnou záťažou pre celú rodinu, obzvlášť rodinu s deťmi. V oblasti rodinných vzťahov je preto cieľom optimalizácia rodinnej situácie, vytváranie priestoru pre sfunkčnenie komunikácie medzi členmi rodiny, pre emočné sebavyjadrenie, autokorekciu, vzájomný rešpekt a akceptáciu. PSR využíva hlavne psychodidaktiku, rodinnú terapiu a poradenstvo s účelom podporiť zdravú adaptáciu rodiny na náročnú životnú situáciu.

Tabuľka č. 15

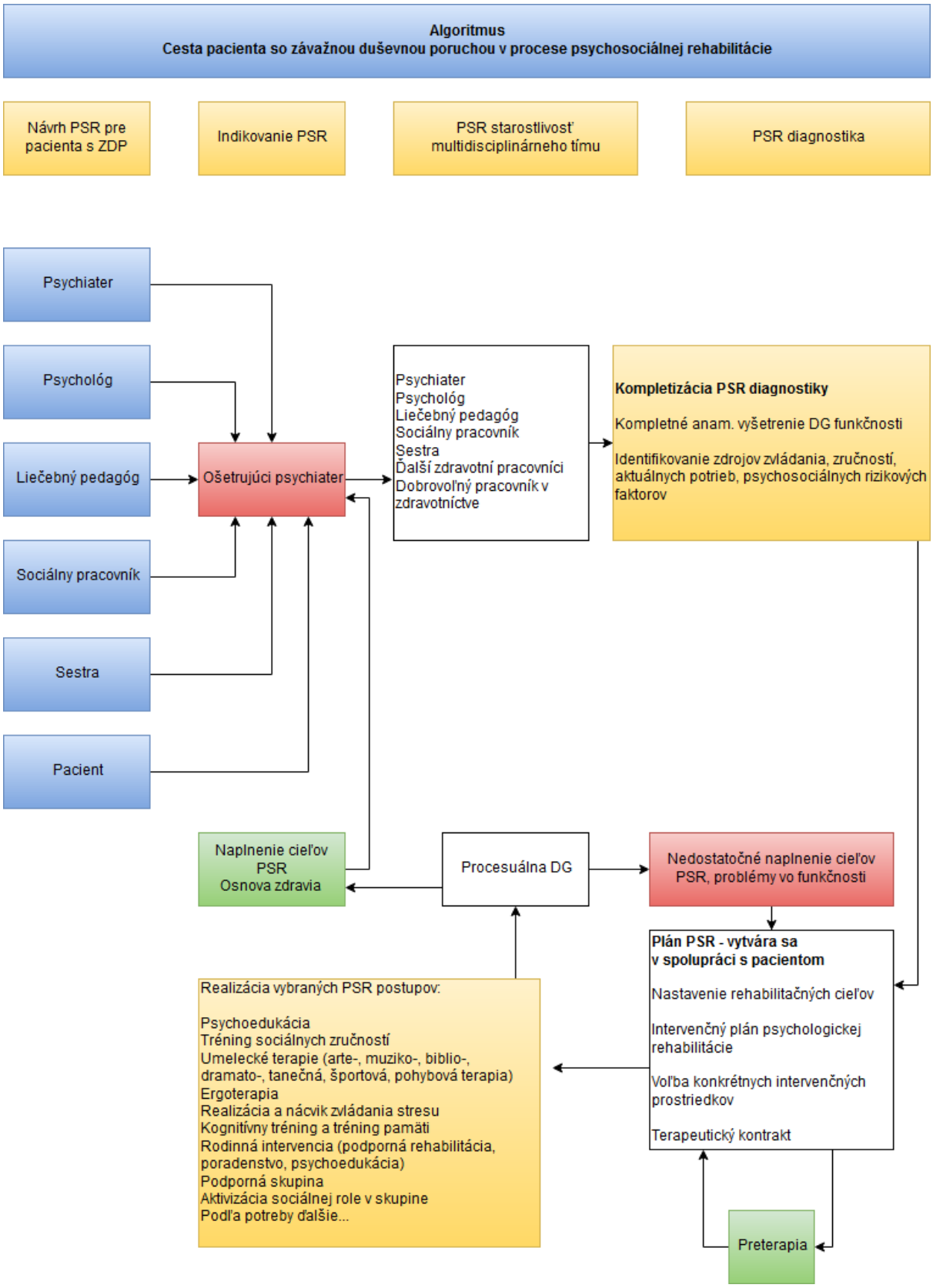
Klinická otázka		
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU		
3. Klinická otázka	**Dôkazová hodnota**	**Referencie**
Efektivita komplexnej zdravotnej starostlivosti o pacienta so závažnou duševnou poruchou sa významne zvyšuje pri súbežnej intervencii v rodine pacienta.	Ia Ia Ia	Haselden et al. (2018) Pharoah et al. (2006) Pfammatter et al. (2006)
Odporúčanie pre prax: • V rámci úvodných vyšetrení pacienta zmapovať rodinné zázemie v zmysle reziliencie a vulnerability. • Poskytnúť rodinným príslušníkom možnosť podpornej psychoterapie a psychoedukácie k téme DP. • Spolu s rodinou vytvoriť optimálny model podpory rodiny. Môže zahŕňať - podpornú PT, psychoedukáciu, rodinnú terapiu, poradenstvo, párovú terapiu, skupinovú terapiu rodinných príslušníkov. • Spolu s rodinou a človekom s DP vytvoriť krízový plán pre včasné podchytenie relapsu ochorenia. • Podporovať kompetencie rodiny pre zvládanie DP jej člena. • Sprostredkovať, či podnecovať komunikáciu a spoluprácu medzi rodinnými príslušníkmi človeka s duševnou poruchou a inštitúciami, ktoré mu poskytujú starostlivosť.		

V sociálnej oblasti je cieľom obnovovanie sociálnych kontaktov a celkové znovunadobudnutie sociálnej istoty. V oblasti vzťahu k sebe ide predovšetkým o prácu s emóciami, poskytnutie podmienok na vyjadrenie emócií, autokorekciu, relaxáciu, psychickú stabilizáciu, podporu pri zvládaní náročných životných situácií a tiež sprostredkovanie príjemného prežívania. Do tejto oblasti tiež patrí sprevádzanie a podpora pri vyrovnávaní sa so stratami a deficitmi a získavanie reálneho sebaobrazu, posilnenie sebaprijatia a sebapodpory, s dôrazom na vnímanie svojich silných stránok.

Špecifickou bázou, v ktorej sa môžu napĺňať ciele psychosociálnej rehabilitácie je terapeutická komunita. Ponúka bazálny rámec individuálnemu terapeutickému programu s možnosťou plynulého prechodu do stále širšej komunity (society), poskytuje atmosféru pomerne širokej akceptácie indivídua v jeho aktuálnom stave. Podporuje aktívny podiel jednotlivca na terapii - pacienti sa stávajú aktívnymi vo vlastnej terapii aj v terapii spolupacientov. Vytvára liečebný priestor na vnímanie a rešpektovanie hraníc (sociálnych, ľudských) v interpersonálnych vzťahoch; na získavanie pocitu, že jedinec má svoje miesto, práva a hodnotu; na vytváranie a budovanie zážitkov spolupatričnosti, vzájomnej podpory, akceptácie, tolerancie a rešpektu; čím posilňuje autonómiu pacientov.

Napĺňanie vyššie uvedených oblastí prispieva k úspešnej inklúzii na strane jednotlivca s duševnou poruchou. Aby bol proces úspešný je potrebné intervenovať aj na strane spoločnosti a to predovšetkým snahou o znižovanie miery negatívnych postojových stereotypov a stigmatizácie ľudí s duševnou poruchou, čo negatívne vplýva na ich sebaobraz, prežívanú kvalitu životu, sociálne vzťahy, pracovné uplatnenie. K štandardným postupom PSR by preto mala patriť podpora aktivizácie sociálnej role ľudí so ZDP, ktorá je prospešná širšej komunite, čím sa prispieva k inklúzii ľudí s DP, prekonávaniu stigmy v spoločnosti i komplexnej prevencii v oblasti duševného zdravia.

K procesu psychosociálnej rehabilitácie patrí vytváranie prostredia, ktoré umožňuje a podporuje proces zotavovania. Ide o prostredie, ktoré podporuje individualitu, zameriava sa na silné stránky, rešpektuje obmedzenia vyplývajúce z ochorenia a bojuje proti stigme (Allen, 2010).



Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Psychosociálne rehabilitačné služby by mali byť dostupné pre všetkých pacientov so ZDP. Dospelým pacientom so ZDP môžu byť poskytované v súlade so zákonom § 45, ods. 1, písmeno a/ zákona č.

576/2004 Z.z. a zákona č. 350/2005 Z.z. v zariadeniach komunitnej psychiatrie (komunitné centrá duševného zdravia, centrá včasnej intervencie, asertívne komunitné tímy), psychiatrických stacionároch, špecializovaných psychiatrických ambulanciách, vo všeobecných nemocniciach (psychiatrické oddelenia, kliniky nemocníc), psychiatrických nemocniciach a psychiatrických doliečovacích oddeleniach, špecializovaných nemocniciach (centrá na liečbu drogových závislostí, odborný liečebný ústav psychiatrický), agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti, na psychiatrických pracoviskách so zvláštnym určením, či iných pracoviskách s odbornou garanciou psychiatria.
V súlade s praxou založenou na dôkazoch sa v západných krajinách presúvajú služby psychosociálnej rehabilitácie z nemocničného do komunitného prostredia. Existujú presvedčivé dôkazy (Malone a kol., 2007) o tom, že liečba multidisciplinárnym tímom v komunitnom prostredí zníži pravdepodobnosť epizód hospitalizácie o približne 20 percent a zvýši spokojnosť pacientov (DGPPN, 2013). Z pohľadu dlhodobej liečby pacientov so ZDP ide o cost-efektívne opatrenie. Je preto potrebné podporiť vznik profesionálnych tímov ambulantnej psychiatrickej starostlivosti o ľudí so závažným duševným ochorením v komunite. V súlade s koncepciou psychiatrie (z 1. júla 2006) je potrebné podporiť vytváranie komunitných centier duševného zdravia a denných psychiatrických stacionárov (neústavných) a tomu prispôsobiť aj normatívy minimálnej verejnej siete ambulantnej zdravotnej starostlivosti (zvýšenie minimálnych normatívov - naradenie vlády SR) ako aj normatívy minimálneho personálneho a materiálno-technického vybavenia zdravotníckych zariadení (doplnenie minimálneho vybavenia pre ambulantné komunitné centrá).
Do moderného konceptu psychiatrickej starostlivosti a psychosociálnej rehabilitácie patrí tzv. case-manažment, pri ktorom odborník poskytuje individuálnu pomoc zameranú na zabezpečenie a koordináciu využívania lekárskych, psychiatrických a psychosociálnych služieb a zdrojov pre človeka so ZDP. Case-manažment zlepšuje spoluprácu jedinca v jeho liečbe a rehabilitácii.

Tabuľka č. 16

<table>
<tr><th colspan="3">Klinická otázka</th></tr>
<tr><td colspan="3">ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA U ĽUDÍ SO ZÁVAŽNOU DUŠEVNOU PORUCHOU</td></tr>
<tr><th>4. Klinická otázka</th><th>Dôkazová hodnota</th><th>Referencie</th></tr>
<tr><td>Case-manažment ako súčasť komplexnej zdravotnej starostlivosti o človeka so závažnou duševnou poruchou významne znižuje výskyt relapsov a hospitalizácií.</td><td>Ia
Ia
Ia</td><td>Dieterich et al. (2010)
Ziguras, Stuart (2000)
Burns et al. (2007)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Odporúčanie pre prax:
• Case-manažment môžu poskytovať viaceré profesie, ako zdravotná sestra, klinický psychológ, liečebný pedagóg, príp. spolupracujúci sociálny pracovník.
• Case-manažér sprostredkúva jedincovi kontakt s vhodnými zdravotníckymi a sociálnymi službami.
• Case-manažér spolu s pacientom zostavuje individuálny plán liečby a PSR a aktívne sa podieľa na jeho realizácii a kontrole (Krajčovičová, 2009; Bouček, 2004).
• Medzi základné princípy case-manažmentu patrí pomoc na mieste, kontinuita, zabezpečenie sprístupnenia služieb a zdrojov pre chorého, ako aj pozitívny a akceptujúci vzťah medzi chorým a pomocníkom (Rachbauer podľa Krajčovičovej, 2009).</td></tr>
</table>

Odporúčania pre zabezpečenie optimálnej starostlivosti

- Psychosociálnu rehabilitáciu pacientovi so ZDP navrhuje, či odporúča psychiater, zdravotná sestra, psychológ, liečebný pedagóg, ako aj sám pacient.
- Psychosociálnu rehabilitáciu indikuje ošetrujúci psychiater, neuropsychiater.

- Moderná psychosociálna rehabilitácia si vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu tímu. Mali by byť preto zriadené interdisciplinárne tímy psychiatrickej starostlivosti na liečbu ľudí so závažným duševným ochorením. Do interdisciplinárneho tímu patrí psychiater, psychológ, liečebný pedagóg, zdravotná sestra, prípadne fyzioterapeut, či ďalší zdravotnícki pracovníci a dobrovoľní pracovníci v zdravotníctve.
- Obnova duševného zdravia u ľudí so ZDP vyžaduje, aby všetci pracovníci duševného zdravia prijali aktivačný prístup, ktorý sa zameriava na autonómiu rozhodovania pacientov vo všetkých osobných rozhodnutiach vrátane voľby nastavenia liečby, kľúčového pracovníka (case-manažér), prostriedkov liečby a rehabilitácie (v súlade s Guideline Psychosocial Interventions for People with Severe Mental Illness, DGPPN, 2013).
- Zabezpečiť case-manažment pre optimalizáciu služieb a zdrojov pacienta so ZDP. Case-manažment je vykonávaný zdravotníckym pracovníkom kompetentným vykonávať CPČ psychosociálna rehabilitácia.
- V rámci zdravotníckeho zariadenia podporovať vznik terapeutických komunít pacientov.
- Uvedené štandardné terapeutické postupy sú zdravotnými výkonmi a mali by byť hradené ZP.
- Do komplexnej starostlivosti o človeka so závažnou duševnou poruchou patrí aj realizácia pravidelnej supervízie a intervízie zdravotníckych pracovníkov, ktorí s človekom s DP pracujú.
- V rámci jedného zdravotníckeho zariadenia je odporúčaná prípadová intervízia alebo supervízia zdravotníckych pracovníkov (psychiater, psychológ, liečebný pedagóg, zdravotná sestra…) hradená ZP, s frekvenciou 1xtýždenne, v prípade potreby častejšie.
- Pri viacerých poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti pacientovi zabezpečiť pravidelnú výmenu informácií o zvolených liečebných postupoch, prípadovú konzultáciu hradenú ZP, s frekvenciou 1xmesačne.
- Efektivita liečby pacienta so ZDP sa zvyšuje pri súbežnej podpornej intervencii v rodine pacienta. Rodinným príslušníkom preto poskytnúť možnosť podpornej psychoterapie a psychoedukácie k téme DP hradenej zdravotnou poisťovňou. Spolu s rodinou vytvoriť optimálny model podpory rodiny. Môže zahŕňať – podpornú PT, psychoedukáciu, rodinnú terapiu, poradenstvo, párovú terapiu, skupinovú terapiu rodinných príslušníkov – hradené ZP.

Ďalšie odporúčania

Pre efektívny proces psychosociálnej rehabilitácie je potrebné, aby sa výsledkom diagnostiky stalo nielen určenie choroby, ale aj určenie funkčnej poruchy. Preto je potrebná legislatívna úprava zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, kde je potrebné doplniť k Medzinárodnej klasifikácii MKCH aj Medzinárodnú klasifikáciu funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia MKF (ICF International Classification of Functioning, Disability and Health).

Alternatívne odporúčania

Vznik komunitných centier duševného zdravia, poskytujúcich špecializovanú komunitnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť, ktorú zabezpečujú interdisciplinárne tímy odborníkov. Minimálne jedno centrum v každom kraji.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

ALLEN, M. 2010. *Psychosocial Rehabilitation:* Hope, Change, and Recovery. Dr. Barrett, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000, *Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS).*

ANTHONY W., COHEN M R, FARKAS M. *Psychiatric rehabilitation.* Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation; 2000.

ANTHONY W., FARKAS M. 2009. *Primer on the psychiatric rehabilitation process.* Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation; 2009.

ARBESMAN M., LOGSDON DW. 2011. *Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: a systematic review.* Am J OccupTher. 2011 May-Jun;65(3):238-46. Review. PubMed PMID: 21675329.

BOUČEK, J. 2004. *Rehabilitácia v psychiatrii.* In Psychiatria pre prax, 5, 2004, s. 233-235. ISSN 1803-5272.

BURNS T., CATTY J., DASH M., ROBERTS C., LOCKWOOD A., MARSHALL M. 2007. *Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression.* BMJ. 2007 Aug 18;335(7615):336.

CLEARY M., HUNT G., MATHESON S., SIEGFRIED N., WALTER G. 2008. *Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; CD001088; PMID: 11034697.

COLDWELL C.M., BENDER W.S. 2007. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164(3):393-399.

COOK S., CHAMBERS E., COLEMAN J. H. 2009. *Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot ranomized controlled trial.* Clin Rehabil 2009; 23:40-52.

DGPPN. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE. 2013. *Guideline Psychosocial Interventions for People with Severe Mental Illness,* S3 Guidelines in Psychiatry and Psychtherapy, Heidelberg: Springer; 2013, short version, citované 2.3.2019, dostupné online www.dgppn.de.

DIETERICH M., IRVING C. B., PARK B., MARSHALL M. 2010. *Intensive case management for severe mental illness.* Cochrane Database Syst Rev. 2010 Oct 6;(10):CD007906. doi:10.1002/14651858.CD007906.pub2.

DRAKE R.E., O'NEAL E.L., WALLACH M.A. 2008. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occuring severe mental and substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment* 2008; 34:123-138

DRUSS, B.M.D., M.P.H., MANASVINI SINGH, M.S.P.H., SILKE A. VON ESENWEIN, PH.D., GRETL E. GLICK, M.P.H., STEPHANIE TAPSCOTT, M.S.W., SHERRY JENKINS TUCKER, M.A., CATHY A. LALLY, M.S.P.H., EVELINA W. STERLING, PH.D. 2018. Peer-Led Self-Management of *General Medical Conditions for Patients With Serious Mental Illnesses: A Randomized Trial.* ps.psychiatryonline.org, 2018- citované 2.3.2019, dostupné online.

HASELDEN M, DIXON LB, OVERLEY A, COHEN AN, GLYNN SM, DRAPALSKI A, PISCITELLI S, THORNING H. 2018. *Giving Back to Families: Evidence and Predictors of Persons with Serious*

Mental Illness Contributing Help and Support to Families. Community Ment Health J. 2018 May;54(4):383-394.
FENNER P, ABDELAZIM RS, BRÄUNINGER I, STREHLOW G, SEIFERT K. 2017. *Provision of arts therapies for people with severe mental illness.* Curr Opin Psychiatry. 2017 Jul;30(4):306-311.
GOLD C, SOLLI HP, KRÜGER V, LIE SA. 2009. *Dose-response relationship in musictherapy for people with serious mental disorders: systematic re view and meta-analysis.* Clin Psychol Rev. 2009 Apr;29(3):193-207. doi:10.1016/j.cpr.2009.01.001. Epub 2009 Jan 22.
GREENGLASS, E., SCHWARZER, R., JAKUBIEC, D., FIKSENBAUM, L., & TAUBERT, S. (1999). *The Proactive Coping Inventory* (PCI) : A Multidimensional Research Instrument.
GUALANO M.R., BERT F, MARTORANA M., VOGLINO G., ANDRIOLO V., THOMAS R., GRAMAGLIA C., ZEPPEGNO P., SILIQUINI R. 2017. *The long-term effects of bibliotherapy in depression treatment: Systematic review of randomized clinical trials.* Clin Psychol Rev. 2017 Dec;58:49-58. Epub 2017 Sep 29.
GÜHNE U., WEINMANN S., ARNOLD K., BECKER T., RIEDEL-HELLER S. 2012. Social Skills *Training in Severe Mental Illness - Is it Effective? A Systematic Review.* Psychiatrische Praxis. 39. 371-80. 10.1055/s-0032-1327289.
GÜHNE U., WEINMANN S., ARNOLD K., BECKER T., RIEDEL-HELLER S. 2014. Social skills training in severe mental illness. *Psychiatr Prax.* 2014 May;41(4):e1-e17. doi: 10.1055/s-0033-1359873. Epub 2013 Nov 19. PMID: 24254422.
HAEYEN S., HOOREN, S., VAN DER VELD, W., HUTSCHEMAEKERS, G. 2018. Efficacy of Art Therapy in Individuals With Personality Disorders Cluster B/C: A Randomized Controlled Trial Journal of *Personality Disorders* 2018 32, 4, 527-542
HERETIK, A. SR., HERETIK A. jr. a kol., 2016. *Klinická psychológia,* Druhé prepracované a rozšírené vydanie. Psychoprof, 2016, ISBN: 9788089322244.
KESSLER RC, BARKER PR, COLPE LJ, a kol. Screening for Serious Mental Illness in the General Population. *Arch Gen Psychiatry.* 2003; 60(2):184–189. doi:10.1001/archpsyc.60.2.184
KRAJČOVIČOVÁ, D. 2009. *Komunitná liečba v psychiatrii* – jej ciele a význam. In Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika, 6, 2009, č. 1, s. 31-36. ISBN 1338-7030
LECZOVÁ, D. 2008. Program „Manažment choroby a zotavenia“ pre pacientov s ťažkou duševnou poruchou. In *Psychiatria pre prax*; 2008; 9 (6): 308 – 310. ISSN 1339-4258
LUBBEN, J., 1988, *Lubben Social Network Scale*, citované 10.3.2019, dostupné online, https://www.brandeis.edu/roybal/docs/LSNS_website_PDF.pd
LUBBEN, J., BLOZIK, E., GILLMANN, G., IIIFFE, S., VON RENTELN KRUSE, W., BECK, J. C., & STUCK, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European Community–dwelling older adult populations. *Gerontologist*, 46(4), 503–513
MALLINCKRODT, B., & JEONG, J. 2015. Meta-analysis of client attachment to therapist: Associations with working alliance and client pretherapy attachment. *Psychotherapy*, 52(1), 134-139.
MALONE D, NEWRON-HOWES G, SIMMONDS S, MARRIOT S, TYRER P. 2007. *Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007;* CD000270; PMID: 10796336.
MCCORKLE B.H., ROGERS E.S.., DUNN E.C., LYASS A., WAN Y.M. 2008. Increasing social support for individuals with serious mental illness: evaluating the compeer model of intentional friendship. *Community Ment Health J.* 2008 Oct;44(5):359-66.
MCKAY, K. AKHTAR, N., PALLAVESHI, L., AND RUDNICK, A. 2016. *Psychosocial/Psychiatric Rehabilitation in Established and Emerging Environments: An Updated Scoping Review,* Hamilton, Canada, 2016, citované 2.3.2019, dostupné online: https://smjournals.com/ebooks/psychosis-treatment/chapters/PSYT-16-02.pdf

MORIN, L., FRANCK, N. 2017. *Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia:* A Systematic Review. Frontiers in Psychiatry. 8. 10.3389/fpsyt.2017.00100.
MRAVEC, B. 2013, *Nervový systém: patofyziológia,* Skriptum pre študentov lekárskych fakúlt, Bratislava, SAP 2013, 132 s., ISBN 978-80-89607-08-2.
NÁRODNÝ PROGRAM DUŠEVNÉHO ZDRAVIA, 2002, citované 10.3.2019, dostupné online,http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/NPDZ.pdf
NASMHPD. 2006, NASMHPD *Medical Directors Council Technical Report: Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness* (Editors: Parks, J.; Svendsen, D.; Singer, P.; Foti, M.) Alexandria, VA: NASMHPD, October 2006
NCZI - NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2017. *Psychiatrická starostlivosť v SR 2017*. Bratislava, 2013. Dostupné na:
http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Psychiatricka-starostlivost-v-SR-2017.aspx
NCZI - NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2014. *Medzinárodný deň duševného zdravia*. Bratislava, 2013. Dostupné na:
http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Medzinarodny-den-dusevneho-zdravia.aspx
NELSON G, AUBRY T, LAFRANCE A. 2007. A Review of the Literature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management Interventions for Persons with mental illness who have been homeless. *American Journal of Orthopsychiatry* 2007; 77(3):350-361.
NÉMETH, F. a kol. 2011. *Medzinárodná klasifikácia funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia* In: Molisa 8 : medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, 2011. - ISBN 978-80-555-0507-7. - S. 91-94.
NICE. 2009. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secundary care. *NICE Clinical Guideline 82*. London. www.nice.org.uk 2009.
NUÑO, L., BARRIOS, E. ROJO, E., GÓMEZ-BENITO, G. GUILERA, G., 2018. Validation of the ICF Core Sets for schizophrenia from the perspective of psychiatrists: An international Delphi study, *Journal of Psychiatric Research*, Volume 103, 2018, Pages 134-141, ISSN 0022-3956
ORGONÁŠOVÁ, M., PALÁT, M., 2004. MKF- *Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia – príručka*, Bratislava, 2004
PALLAVESHI L., ZISMAN-ILLANI Y., ROE D, RUDNICK A. 2013. Psychiatric rehabilitation in health care environments: systematic review. *Current Psychiatric Reviews*. 2013; 9: 214-259.
PHAROAH F., MARI J., RATHBONE J., WONG W. 2006. *Family intervention for schizophrenia*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006.
PFAMMATTER, M., JUNGHAN, U.M., BRENNER, H.D. 2006. *Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses.* Schizophrenia bulletin 2006; 32 Suppl 1:S64-S80.
PYTLOVÁ, Z. 2009. Súčasné trendy v psychosociálnej rehabilitácii vo Veľkej Británii. Aká je budúcnosť denného centra? In *Psychosociálna rehabilitácia v teórii a praxi*. Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie konanej 9. októbra 2008 v Bratislave, s. 52-61. Bratislava: UK v Bratislave, 2009. ISBN 978-80-223-2600-1.
REED, G. M., SPAULDING, W. D., BUFKA, L. F. 2009. *The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to mental disorders and their treatment*, Alter, Volume 3, Issue 4, 2009, Pages 340-359.
ROBSON, D., GRAY, R. 2007. Serious mental Illness and physical health problems: *A discussion paper*. *International journal of nursing studies*. 44. 457-66. 10.1016/j.ijnurstu.2006.07.013.
RÖSSLER, W. 2006. Psychiatric rehabilitation today: an overview. In *World Psychiatry.* Oct 2006; 5(3): 151–157. ISSN: 2051-5545
RUGGERI M, LEESE M, THORNICROFT G, BISOFFI G, TANSELLA M. 2000. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. British Journal of Psychiatry 2000; 177: 149- 155.

SHEEHAN, K. H. ; SHEEHAN, D. V. 2008. Assessing treatment effects in clinical trials with the Discan metric of the Sheehan Disability Scale. *International Clinical Psychopharmacology:* March 2008, Volume 23, Issue 2 - p 70-83
SHERN DL, TSEMBERIS S, ANTHONY W, LOVELL AM, RIEHMOND L, FELTON CJ, SVEDBERG P, SVENSSON B, HANSSON L, JORMFELDT H. 2014. A 2-year follow-up study of people with severe mental illness involved in psychosocial rehabilitation. *Nord J Psychiatry*. 2014; 68: 401-408.
STARTUP, M., JACKSON, M., BENDIX, S. 2002. The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF).2002. *The British journal of clinical psychology* / the British Psychological Society. 41. 417-22.
STUBBS B., VANCAMPFORT D., HALLGREN M, FIRTH J., VERONESE N., SOLMI M., BRAND S., CORDES J., MALCHOW B., GERBER M., SCHMITT A., CORRELL CU., DE HERT M., GAUGHRAN F., SCHNEIDER F., KINNAFICK F., FALKAI P., MÖLLER HJ., KAHL KG. 2018. EPA guidance on physicalactivity as a treatment for severe mental i llness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health(IOPTMH). *Eur Psychiatry*. 2018 Oct;54:124-144. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.07.004.
THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH INFORMATION RESOURCE CENTER, 2019, citované 3.3.2019, dostupné online https://www.nimh.nih.gov//
TOALSON, P., AHMED, S., HARDY, T., KABINOFF, G. 2004. The Metabolic Syndrome in Patients With Severe Mental Illnesses. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 6(4), 152-158.
TURNER DT., MCGLANAGHY E., CUIJPERS P., VAN DER GAAG M., KARYOTAKI E., MACBETH A. 2018. A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophr Bull*. 2018 Apr 6;44(3):475-491.
USTUN, T., CHATTERJI, S., KOSTANJSEK, N., REHM, J., KENNEDY, C.,EPPING-JORDAN, J., SAXENA, S., KORFF, M., PULL, CHARLES, 2010. *Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0.* 2010. Bulletin of the World Health Organization. 88. 815-23.
VACHKOVÁ, L. 2008. Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. In *Psychiatria pre prax*, 2008, roč. 9, č. 3, s. 136-140. ISSN 1803-5272
VAJDIČKOVÁ, K. – KOLIBÁŠ, E. *Príručka k administrácii štandardizovaného MMSE (SMMSE), MMSE* (Mini-Mental State Examination)
VAN DUIN, D., DE WINTER, L., OUD, M., KROON, H., VELING, W., & VAN WEEGHEL, J. (n.d.). 2019. The effect of rehabilitation combined with cognitive remediation on functioning in persons with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2019. 1-12. doi:10.1017/S003329171800418X.
WHO, 2019. *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*, citované 8.3.2019, dostupné online, http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2013/the-european-mental-health-action-plan-20132020
WHO, 2019. *Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0) citované 11.3.2019, dostupné online https://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en/
WOLDOFF, S. 2014. *Reliability of The Global Assessment of Functioning Scale*, Ph.D., Clinical and Health Psychology, Drexel University, 2004
WINARSKI J, COHEN M. 2000. Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. Am *J Public Health* 2000; 90: 1873-1878.
ZHAO S., SAMPSON S., XIA J., JAYARAM MB. 2015. *Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015*, Issue 4. Art. No.: CD010823. DO: 10.1002/14651858.CD010823.pub2.

ZIGURAS S.J., STUART GW. 2000. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv.* 2000 Nov;51(11):1410-21.

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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v.r.
ministerka

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

Štandardný diagnosticko-laboratórny postup pre genetickú diagnostiku chronickej lymfocytovej leukémie (CLL) / malobunkového lymfómu z B-buniek (SLL)

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0072	*10. decembra 2019*	*schválené*	*15. januára 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

Ing. Martin Čermák, Mgr. Lívia Rotíková, RNDr. Imrich Hikkel , PhD., Dr. med Veronika Urbán

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD., MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

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

chronická lymfocytová leukémia, malobunkový lymfóm z B-buniek, genetika CLL, cytogenetické aberácie, mutačný status *IGHV,* mutačný status *TP53*, mutačný status *NOTCH1*

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ATM	označenie génu, z angl. ATM *serine/threonine kinase*, synonymum *Ataxia telangiectasia mutated*
BCL2	označenie génu, z angl. *B-Cell Leukemia/ Lymphoma 2*
BCL6	označenie génu, z angl. *B-Cell Lymphoma 6*
B-NHL	non-Hodgkinový lymfóm z B-buniek
bphs	počet prúžkov (bandov) na haploidný stav, z angl. *bands per haploid set*
CCND1	označenie génu, Cyklín D1
CD	proteínové molekuly na povrchu buniek, CD znak, z angl. *cluster of differentiation*
CDKN2A	označenie génu, z angl. *Cyclin Dependent Kinase 2a/p16*
cDNA	komplementárna deoxyribonukleová kyselina
CLL	chronická lymfocytová leukémia
CLL-IPI	CLL medzinárodný prognostický index, z angl. *chronic lymphocytic leukemia international prognostic index*
CpG	označenie oblasti s vyšším výskytom CG dinukleotidov; "CpG ostrovčeky"
del	delécia
DNA	deoxyribonukleová kyselina
E.C.A.	Európska asociácia cytogenetikov, z angl. *European Cytogeneticists Association*
ERIC	pracovná skupina Europen Leukemia Net (ELN) pre chronickú lymfocytovú leukémiu, z angl. *European Research Initiative on CLL*
FISH	fluorescenčná *in situ* hybridizácia
FFPE	tkanivo fixované v parafínovom bloku, z angl. *Formaline Fixed Paraffin Embedded*
gDNA	genomická deoxyribonukleová kyselina
GDPR	z angl. *General Data Protection Regulation*
Hb	hemoglobín
IGH	označenie génového lokusu, z angl. *Immunoglobulin Heavy*
IGHV	označenie génov pre ťažký reťazec imunoglobulínov, z angl. *Immunoglobulin Heavy Variable*
IL	Interleukín
ISCN	Medzinárodná cytogenetická nomenklatúra, z angl. *An International System for Human Cytogenetic Nomenclature*
KD	kostná dreň
KD24	24-hodinová kultivácia z kostnej drene
LAP	lymfadenopatia
miRNA	mikro RNA
MKCH	medzinárodná klasifikácia chorôb

MYC	označenie génu, z angl. MYC proto-oncogene, bHLH transcription factor
NHL	non-Hodgkinov lymfóm
NOTCH1	označenie génu, z angl. *Notch homolog 1, translocation-associated (Drosophila)*
OS	celkové prežívanie, z angl. *overall survival*
PCR	polymerázová reťazová reakcia, z angl. *polymerase chain reaction*
PEST	oblasť bohatá na prolín (P), kyselinu glutámovú (E), serín (S), and treonín (T)
PHA	stimulant fytohemaglutinín, z angl. *Phytohaemagglutinin*
PK	periférna krv
PKW	mitogén získaný z *Phytolacca americana*, vyskytujúci aj pod názvom *Lectin,* z angl. P*okeweed*
RNA	ribonukleová kyselina
SLL	malobunkový lymfóm z B-buniek
SR	Slovenská republika
TP53	označenie génu, z angl. *Tumor Protein p53*
Tr	trombocyty
T-PLL	Prolymfocytová leukémia z T-buniek
ZAP-70	proteíntyrozínkináza, z angl. *Zeta chain associated protein kinase 70*

Zhrnutie odôvodnenia vývoja štandardu

Tento diagnosticko-laboratórny štandard slúži ako odborné usmernenie a upravuje základné podmienky a pravidlá genetickej diagnostiky u malígneho ochorenia chronická lymfocytová leukémia (CLL)/ malobunkový lymfóm z B-buniek (SLL).

Kompetencie indikácie

Indikovať genetické vyšetrenia uvedených onkologických diagnóz /entít je oprávnený:

- lekár so špecializáciou v odbore hematológia a transfuziológia (031)[1]
- lekár so špecializáciou v odbore pediatrická hematológia a onkológia (329)[1]
- lekár so špecializáciou v odbore klinická onkológia (019)[1]

Kompetencia realizovania testovania

Genetického vyšetrenie CLL/SLL môže vykonávať len špecializované diagnostické pracovisko s oprávnením pre diagnostiku v onkologickej genetike – odbornosť lekárska genetika (062)[1].

Personál pracoviska/laboratória pôsobiaceho v genetickej diagnostike biologických vzoriek príslušnej onkologickej diagnózy/entity zahŕňa nasledovných odborných zdravotných pracovníkov oprávnených vykonávať vyšetrenia a diagnostické testy:

- laboratórny diagnostik špecialista[2] = laboratórny diagnostik so špecializáciou v odbore laboratórne a diagnostické metódy v klinickej genetike[3], alebo rovnocenným uznaným odborným vzdelaním nadobudnutým mimo územia SR,
- laboratórny diagnostik[4] v špecializačnej príprave vyššie uvedeného odboru pod dohľadom laboratórneho diagnostika špecialistu,

- zdravotnícky laborant so špecializáciou[5] v špecializačnom odbore laboratórne a diagnostické metódy v klinickej genetike[6],
- zdravotnícky laborant bez špecializácie[7] pod dohľadom zdravotníckeho laboranta alebo laboratórneho diagnostika so špecializáciou.

interpretovať a vydávať výsledky testov:

- lekár so špecializáciou v odbore lekárska genetika (062)[1]
- laboratórny diagnostik so špecializáciou v odbore laboratórne a diagnostické metódy v klinickej genetike[3]

---

[1]) MU č. 1/3/2007 Kódy lekárov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. In: *Vestník úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou číslo1/2008-marec 2008,* [online]. [cit. 2019-01-30]. URL: http://www.udzs-sk.sk/documents/14214/18168/vestnik_01_08.pdf/cd63e016-897b-4d3b-aef6-628c7af517bd.

[2])§ 20 nariadenia vlády SR č. 513/2011 Z. z. o používaní profesijných titulov a ich skratiek viažucich sa na odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania.

[3])§ 65 ods. 2 a Príloha č. 3 časť S písm. a) bod 3 k nariadeniu vlády SR č. 34/2018 ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov

[4])§ 65 ods. 1 nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov.

[5])§ 10 nariadenia vlády SR č. 513/2011 Z. z. o používaní profesijných titulov a ich skratiek viažucich sa na odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania.

[6])§ 23 ods. 2 a Príloha č. 3 časť H písm. a) bod 5 k nariadeniu vlády SR č 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov.

[7])§ 23 ods.1 nariadenia vlády SR č. 34/2018 ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov.

Úvod

Chronická lymfocytová leukémia (CLL) spolu s malobunkovým lymfómom z B-buniek (SLL) tvorí 30% všetkých leukémií u dospelých pacientov v európskej a severoamerickej populácií. Jedná sa o indolentné lymfoproliferatívne ochorenie, pri ktorom sa akumulujú a proliferujú malígne transformované zrelé B-lymfocyty s typickým imunofenotypom CD5+ CD23+ CD19+, CD22 slabá pozitivita so zníženou expresiou kappa alebo lambda ľahkých reťazcov na povrchu membrány a negativitou znaku FMC7(Hallek a kol., 2008). Diagnóza CLL/SLL sa stanovuje na základe klinického stavu pacienta, jeho krvného obrazu a prietokovej cytometrie (viď. špeciálny doplnok štandardu: *[1] Stanovenie diagnózy CLL/SLL*). Tieto ukazovatele sú určujúce pre zaradenie pacienta do klinického štádia podľa jednotlivých klasifikačných systémov (viď. špeciálny doplnok štandardu: *[2] Stratifikácia rizika a klasifikačné systémy*) a niektoré sú významné aj z hľadiska prognózy. Okrem „klasických" prognostických faktorov (vek pacienta, klinické štádium ochorenia, výkonnostný stav, zdvojovací čas lymfocytov), nemalú úlohu zohrávajú aj genetické markery ako mutačný stav génov pre ťažký reťazec

imunoglobulínov (*IGHV*), mutácie génov *TP53, NOTCH1* a cytogenetické aberácie charakterizované deléciou 11q22-23, deléciou 13q14, trizómiou chromozómu 12 a deléciou 17p13 (*TP53*), (viď. špeciálny doplnok štandardu: *[3] Charakteristika sledovaných genetických markerov*). Diagnostika uvedených genetických aberácií v čase diagnózy/relapsu je dôležitá pre nastavenie správneho manažmentu pacienta s CLL/SLL a tým aj voľby adekvátnej liečby (International CLL-IPI working group,2016; Hallek, 2017; Eichhorst a kol., 2015).
Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä NCCN postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adoptovaným* medzinárodným postupom.

Klasifikácia testov

Konvenčná cytogenetika – karyotyp (G-prúžkovanie)
Karyotypovanie sa vykoná pomocou prúžkovacích metód (prúžkovanie), pričom štandardnou technikou pre detekciu chromozómových aberácií u hematoonkologických malignít je prúžkovanie pomocou Giemsovho roztoku - G - prúžkovanie na úrovni minimálne 300 bphs – podľa E.C.A. (Hastings a kol., 2012).
Chromozómová analýza G-prúžkovaním je u CLL buniek obmedzená ich nízkou mierou proliferácie *in vitro*. Ak sa však takáto analýza vyžaduje, je vhodnejším biologickým materiálom periférna krv ako kostná dreň. Pre analýzu sa odporúča založiť aspoň dve kultivácie - jednu na 24 hodín a druhú na 72 hodín, v prípade, že je k dispozícií dostatok materiálu, možno zvážiť 48- a 96-hodinové kultúry. Pre kultivácie môžu byť použité rôzne stimulátory, napr. PKW , CpG oligonukleotidové preparáty s IL alebo PHA v T-PLL (Haferlach a kol., 2007; Muthusamya a kol., 2011).
Štandard: analýza 20 metafáz

- aberantný karyotyp minimálne 10 – 15 metafáz
  - klon: ≥ 2 bunky s rovnakým chromozómovým ziskom, resp. štrukturálnou zmenou
    ≥ 3 bunky s rovnakou chromozómovou stratou (ISCN,2016)
- normálny karyotyp minimálne 15 metafáz

Interfázová fluorescenčná *in situ* hybridizácia (FISH)
Z časového hľadiska je FISH u CLL/SLL rutinnou diagnostickou metodikou a na základe súčasných poznatkov hlavným nástrojom pre zaradenie pacientov do relevantných prognostických podskupín CLL. Východiskovou vzorkou pre FISH analýzu sú preparáty priameho spracovania/náterov periférnej krvi. V prípade potreby je možná analýza z 24-hodinovej, resp. 72-hodinovej stimulovanej kultivácie kostnej drene (Haferlach a kol., 2007).
Na detekciu príslušných cytogenetických aberácií sa požívajú komerčne dostupné certifikované DNA sondy (resp. kity DNA sond). Druh, konštrukčný typ a postupnosť aplikácie DNA sondy sa volia podľa charakteru aberácie.

Štandard: analýza minimálne po 100 interfáznych neprekrývajúcich sa jadier hodnotených nezávisle dvoma laboratórnymi diagnostikmi –podľa E.C.A. (Hastings a kol., 2012)

Hraničné hodnoty pozitívneho výsledku (cut-off) má každé laboratórium stanovené na základe vlastných postupov a meraní s prihliadnutím na odporúčania výrobcov používaných DNA sond/ kitov, prípadne závery a dohovory odborných pracovných skupín.

Sekvenčná analýza mutácií

Mutačná analýza génov *TP53, NOTCH1* a variabilnej domény génu ťažkého reťazca imunoglobulínov *IGH* (*IGHV*) sa vykonáva preferenčne z genomickej DNA (gDNA) periférnej krvi, respektíve v prípade *IGHV* aj z komplementárnej DNA (cDNA) pripravenej z RNA z periférnej krvi. Analýza klonálnej prestavby génu *IGH* je súčasťou postupu analýzy mutačného statusu *IGHV*. Ako alternatívny materiál je možné použiť aj kostnú dreň, respektíve vzorku lymfatickej uzliny (čerstvý tumor, prípadne parafínový rez) s preukázanou prítomnosťou nádorových buniek (Ghia a kol., 2007; Fabbri a kol., 2011; Langerak a kol., 2011; Pospisilova a kol., 2012; Rosenquist a kol., 2017; Malcikova a kol., 2018).

Proces diagnostiky - odporúčania

Tab. č. 1

Proces diagnostiky - odporúčania (minimálny štandard)

(International CLL-IPI working group, 2016;
Hallek a kol., 2008; Hallek, 2017; Eichhorst a kol., 2015)

Štádium ochorenia	Diagnostický panel
Čas diagnózy/ vstupné vyšetrenie	Metodika: FISH • del (11q22-23) gén: ATM • trizómia chromozómu 12 • del (13q14) gény: D13S319, D13S25, D13S272 • del (17p13) gén: TP53 V rámci diferenciálnej diagnostiky možno doplniť IGH/CCND1, IGH/BCL2 V prípade negatívneho nálezu sa odporúča karyotyp z PK, resp. KD* Metodika: sekvenčná analýza • stanovenie mutačného statusu IGHV [A] • stanovenie mutačného statusu TP53 [B]
Remisia/ sledovanie dynamiky ochorenia/ minimálne reziduálne ochorenie	• odporúča sa sledovanie pomocou prietokovej cytometrie V prípade vstupnej pozitivity cytogenetických markerov sa môže dynamika ochorenia sledovať aj pomocou FISH vyšetrenia
Progresia/ relaps/ transformácia	Metodika: sekvenčná analýza • základný panel ako v čase diagnózy (viď. čas diagnózy/ vstup)** • stanovenie mutačného statusu NOTCH1 [C] Metodika: FISH Podľa typu transformácie do iného NHL možnosť doplniť: • BCL6(3q27), MYC(8q24), CCND1(11q13), IGH(14q32), BCL2(18q21) • pri transformácii do Richterovho syndrómu CDKN2A(9p21)

Poznámka: * každý pozitívny nález G-bandu sa odporúča overiť pomocou FISH;
**mutačný status IGHV je stabilný ukazovateľ, ktorý sa v priebehu ochorenia nemení

(International CLL-IPI working group, 2016; Hallek a kol., 2008; Hallek, 2017; Eichhorst a kol., 2015)

[A] Mutačný status *IGHV* sa stanovuje sekvenčnou analýzou identifikovanej klonálnej/klonálnych prestavieb V_H-D_H-J_H (Variable-Diversity-Joining regions) oblastí génu *IGH*. Pri identifikácii klonálnej prestavby génu *IGH* sa používa multiplexná PCR analýza vychádzajúca z gDNA alebo cDNA

a s použitím konsenzus primérov z oblasti sekvencie V_H segmentu (z oblasti „5´-leader“, respektíve z oblasti FR1 regiónov) a primérov z J_H, respektíve C_H (Complementary determining region) oblasti (3´:IGHJ, respektíve 3´:IGHC). Klonálna prestavba je následne identifikovaná pomocou polyakrylamidovej gélovej elektroforézy, prípadne technikou „GeneScan“. Detekčný limit klonálnej prestavby *IGH* sa pohybuje na úrovni okolo 5%. Identifikovaný klonálny produkt je sekvenovaný z obidvoch strán priamou sekvenčnou analýzou. Získaná sekvencia je analyzovaná využitím imunoglobulínových databáz IMGT (international immunoganetic information, http://imgt.cines.fr), V-Base (http://vbase.mrc-cpe.cam.ac.uk/) a GenBank (http://www.ncbi.nlm.nih.bov/igblast/). Percento identity *IGHV* sa následne vypočíta podľa vzorca (van Dongen a kol., 2003; Ghia a kol., 2007; Langerak a kol., 2011; Rosenquist a kol., 2017):

[B] Mutačný status génu *TP53* sa stanovuje sekvenčnou analýzou vychádzajúcou z gDNA a optimálne pokrýva celú kódujúcu oblasť (exóny 2-11) minimálne však exóny 4-10. Sekvenčná analýza génu *TP53* sa vykonáva štandardne metódou „Sangerovej“ sekvenácie, respektíve metódou masívne paralelného sekvenovania. Pričom odporúčaný limit detekcie mutácií je na úrovni 10% a v rámci analýzy musia byť zahrnuté aj priľahlé intrónové sekvencie do oblasti minimálne dvoch bázových párov. Pri dosiahnutí vyššieho detekčného limitu je možné vo výslednej správe uvádzať aj mutácie v rozmedzí 5-10%.

Pri analýze a interpretácii variantov je možné využiť širokú škálu v súčasnosti dostupných databáz, preferenčne však databázy IARC *TP53* (http://p53.iarc.fr/TP53GeneVariantions.aspx, *TP53* website UMD (http://p53.fr/), COSMIC (http://cancer.sanger.ac.uk/cosmic) a ClinVar (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/clinvar/), (Pospisilova a kol., 2012; Richards a kol., 2015; Ellard a kol., 2016; Malcikova a kol., 2018).

[C] Mutačný status génu *NOTCH1* sa stanovuje sekvenčnou analýzou vychádzajúcou z gDNA a pokrýva minimálne oblasť kódujúcu doménu PEST (proline, glutamic acid, serine, threonine-rich domain). Sekvenčná analýza génu *NOTCH1* sa vykonáva štandardne metódou „Sangerovej“ sekvenácie, respektíve metódou masívne paralelného sekvenovania. Detekčný limit sa pohybuje obdobne ako u génu *TP53* na úrovni 10%. Pri analýze a interpretácii variantov je možné využiť širokú škálu v súčasnosti dostupných databáz, preferenčne však databázy COSMIC (http://cancer.sanger.ac.uk/cosmic) a ClinVar (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/clinvar/), (Fabbri a kol., 2011; Richards a kol., 2015; Ellard a kol., 2016).

Odôvodnenie testovania

Dôvodom genetického testovania je prognostický význam jednotlivých genetických markerov a v prípade pacientov s aberáciami v géne *TP53* je preukázaná aj rezistencia na chemoterapiu. Statusy *TP53* a *IGHV* stoja ako nezávislé prognostické faktory pre stratifikáciu rizika podľa *Medzinárodného prognostického indexu pre pacientov s CLL* (CLL-IPI) – viď. špeciálny doplnok štandardu: *[3]*

Charakteristika sledovaných genetických markerov. Mutácie génu *NOTCH1* sú asociované s transformáciou do Richterovho syndrómu a sú taktiež asociované so zníženým benefitom z pridania rituximabu v rámci liečby (Fabbri a kol., 2011; Rossi a kol., 2012).

Prognostický význam laboratórnych markerov vrátane genetických aberácií je uvedený v nasledovnej tabuľke (podľa Rossi a kol., 2013; Zelenetz a kol.,2014):

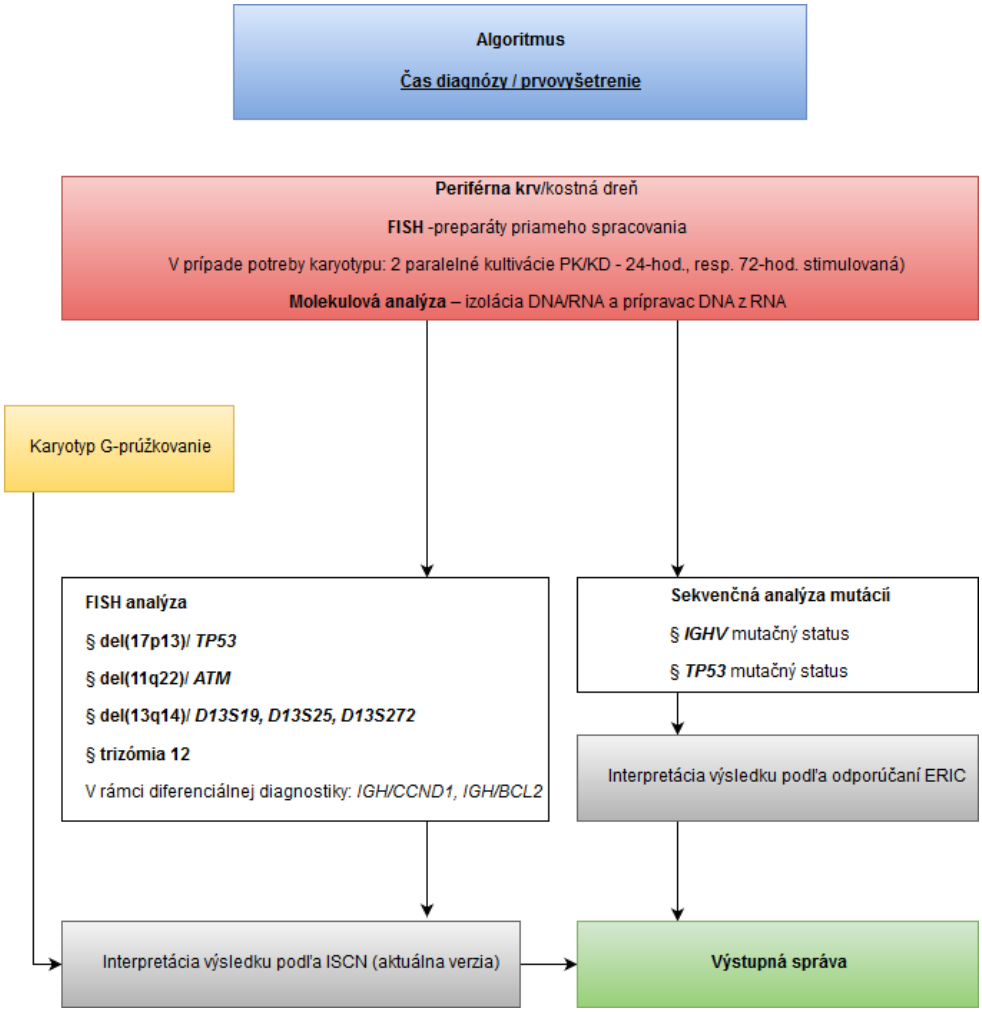
Tab. č. 2

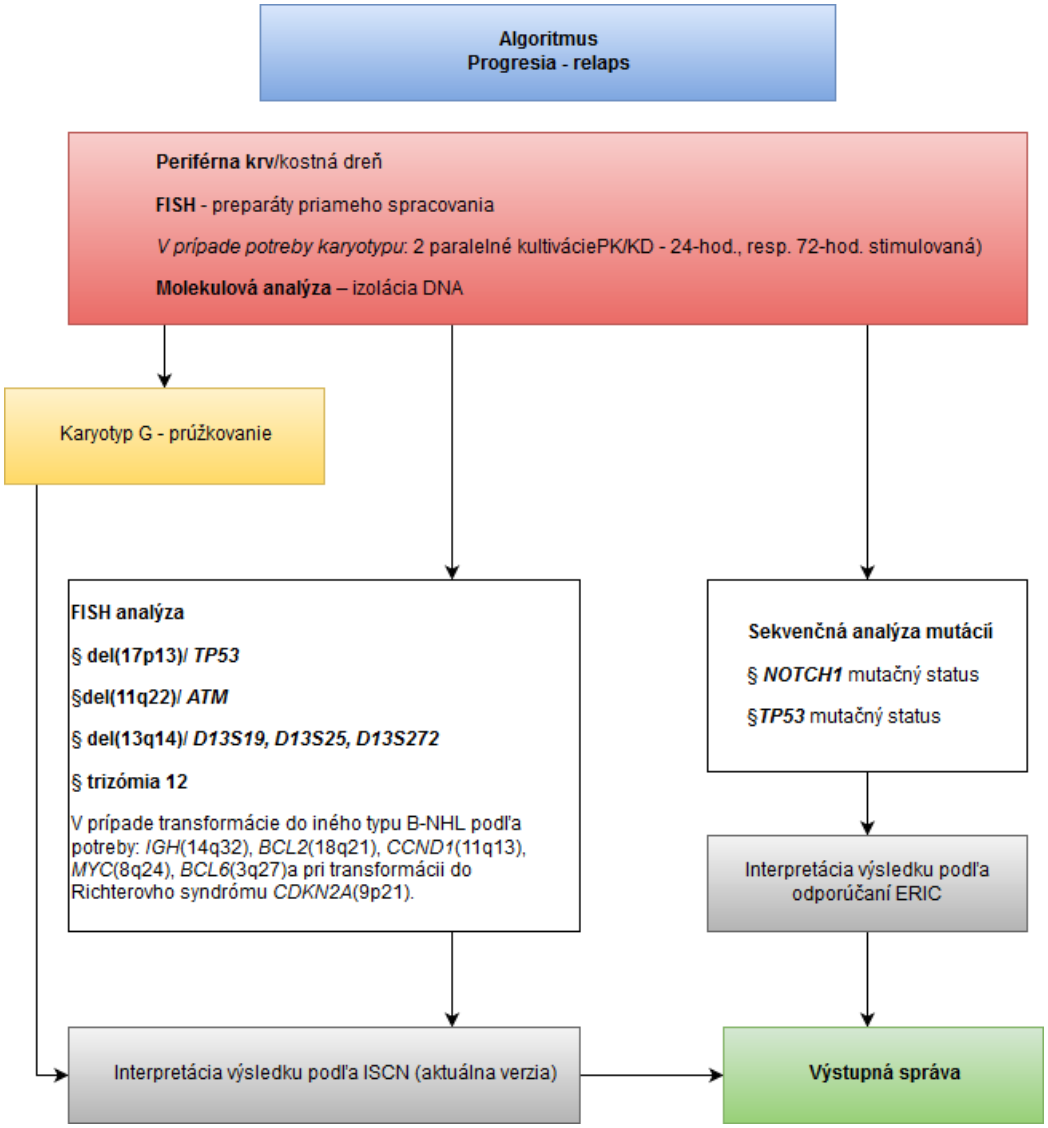
Prognostický význam laboratórnych markerov vrátane genetických aberácií

	Priaznivá prognóza	Neutrálna prognóza	Nepriaznivá prognóza
Cytogenetika	del (13q) - ako samostatne sa vyskytujúca aberácia	trizómia 12 normálny karyotyp	del (17p) del (11q) komplexné zmeny karyotypu***
Molekulová genetika	IGHV mutované >2%		IGHV mutované ≤2% TP53 mutované NOTCH1 mutované
Prietoková cytometria	CD38 <30% ZAP-70 <20% CD49a <30%		CD38 ≥30% ZAP-70 ≥20% CD49a ≥30%

Poznámka: ***ako komplexný karyotyp sa označuje v prípade ≥3 chromozomálnych zmien v metafáze/ v bunke (pri interfáznej FISH), (ISCN, 2016)

Laboratórny algoritmus





Dokumentácia a oznamovanie výsledkov

Dokumentačnú agendu pacienta s kompletnou diagnostickou históriou je možné viesť vo fyzickej (papierovej) a/alebo elektronickej forme. Vedie sa v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov[8]. Organizácia musí zabezpečiť, aby pracovníci prichádzajúci do styku s laboratórnou dokumentáciou pacientov boli dostatočne poučení a zaškolení o jej používaní a riadili sa osobitnými predpismi podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov[9] ako aj Všeobecným nariadením o ochrane osobných údajov –GDPR[10]. Každý, komu sa poskytnú alebo sprístupnia údaje zo zdravotnej dokumentácie, je povinný zachovávať o nich mlčanlivosť a zabezpečiť ich ochranu tak, aby nedošlo k ich strate alebo zneužitiu.

Výsledky laboratórnych analýz sú oznamované formou kompletnej výstupnej správy z vyšetrenia zasielanej indikujúcemu lekárovi poštou.

---

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

[9]) Zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

[10] GDPR (General Data Protection Regulation) - Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov)

V prípade spoločných elektronických prístupov k výsledkom s viacerými pracoviskami musia byť medzi pracoviskami vytvorené bezpečné komunikačné prepojenia a prístupy, tak aby bola v čo najväčšej miere eliminovaná možnosť uniknutia dát zdravotnej dokumentácie a ich prípadného zneužitia.

Minimálne materiálno-technické zabezpečenie

- laminárny box, digestor, PCR box, termostat, centrifúgy
- mikroskopické zariadenie pre konvenčné karyotypovanie a FISH analýzu s automatickou analýzou obrazu a možnosťou jeho dokumentácie
- elektroforetická aparatúra a fotodokumentačné zariadenie
- zariadenie na stanovenie koncentrácie a čistoty DNA/RNA
- termocyklér
- genetický analyzátor

Minimálne personálne zabezpečenie

Pracovisko vykonávajúce genetickú diagnostiku musí disponovať nasledovným personálnym zabezpečením:

- kvalifikovaný laboratórny diagnostik (viď. bod 07.)
- zdravotnícky laborant

Interpretácia výsledkov testov

Výsledky genetických analýz sú interpretované v zmysle pravidiel interpretácie výstupov jednotlivých metodík:

a) Konvenčná cytogenetika a FISH – podľa pravidiel aktuálnej verzie medzinárodnej cytogenetickej nomenklatúry ISCN (An International System for Human Cytogenetic Nomenclature)

b) Molekulárna diagnostika – sekvenačná analýza – podľa pravidiel a odporúčaní ERIC (European Research Initiative on CLL)

Interpretácia zahŕňa aj slovné hodnotenie nálezu a záverečné zhrnutie s prípadným dopadom pre pacienta.

Výstupná správa z genetického vyšetrenia musí obsahovať :

- identifikačné údaje pacienta (meno, priezvisko, rodné číslo, ID číslo – v prípade hospitalizácie, údaje o zdravotnom poistení, diagnóza – slovne aj kódom MKCH),
- identifikačné údaje o vyšetrovanej vzorke (dátum prijatia materiálu, druh biologického materiálu, forma sekundárnej vzorky –napr. DNA, RNA, KD24...),
- použité metodiky genetického testovania, použité referenčné sekvencie analyzovaných génov, použité genetické databázy a softvérové nástroje,
- výsledky analýz,
- záver z genetického vyšetrenia vo forme slovného hodnotenia klinického významu identifikovaných genetických zmien,
- mená a podpisy zodpovedných osôb.

Odhadované náklady

Agregovaný výkon

Mali by byť zohľadnené náklady na materiálne a prístrojové vybavenie genetického laboratória, diagnostiku a chémiu, výpočtovú techniku, prevádzkové náklady (energie) a mzdy laboratórnych pracovníkov.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti/realizácie diagnostiky

Laboratórne pracovisko, ktoré chce realizovať genetickú diagnostiku u hematologických malignít entity CLL/SLL musí spĺňať nasledovné kritériá:

- byť špecializovaným diagnostickým pracoviskom = odbornosť 062 Lekárska genetika,
- disponovať vlastným potrebným prístrojovým a laboratórnym vybavením (viď. 10.4 Minimálne materiálno - technické zabezpečenie),
- kvalifikovaný zdravotný personál = minimálne dvaja laboratórni diagnostici so špecializáciou v odbore laboratórne a diagnostické metódy v klinickej genetike, alebo rovnocenným uznaným odborným vzdelaním nadobudnutým mimo územia SR, (viď. 07. kompetencie realizovania testovania),
- laboratórium s dostatočnými skúsenosťami s diagnostikou vzoriek pacientov s CLL zodpovedajúcimi 100 novodiagnostikovaných vzoriek ročne a pravidelnou účasťou v rámci externých foriem kontroly kvality.

Špeciálny doplnok štandardu

Tab. č. 3

Štandardné postupy	**Stanovenie diagnózy CLL/SLL**
Krvný obraz:	
• absolútna lymfocytóza v periférnej krvi - počet morfologicky zrelých lymfocytov >5x 10^9/l najmenej po dobu 3 mesiacov • <55% atypických buniek v periférnej krvi - napr. prolymfocyty • imunofenotyp: CD5+, CD19+, CD20+, CD23+, CD22+/-, FMC7-/+, Smlg +/-	
Kostná dreň:	
nie je podmienkou pre stanovenie diagnózy • infiltrácia >30% lymfocytov v aspiráte kostnej drene	
Lymfatická uzlina:	
Malobunkový lymfóm z B-buniek (SLL) má identický imunofenotyp s CLL. Najzásadnejší rozdiel oproti CLL je absencia periférnej lymfocytózy. Diagnóza SLL by mala byť potvrdená histologickým vyšetrením lymfatickej uzliny, ak je to možné	

Poznámka: Hallek a kol., 2008

V diferenciálnej diagnostike by od entity CLL/SLL mal byť odlíšený lymfóm z plášťových buniek (Mantle-Cell Lymphoma), prolymfocytová leukémia z B-buniek(Hallek a kol., 2008).

Stratifikácia rizika a klasifikačné systémy

Existujú dva všeobecne akceptované klinické stagingové systémy, ktoré sú pomenované podľa prvých autorov pôvodných publikácií Rai (Rai a kol., 1975) a Binet (Binet a kol., 1981). Klasifikácia Rai bola v roku 1987 upravená tak, aby sa znížil počet prognostických skupín z 5 na 3 (Rai, Gupta, 2004).Oba systémy opisujú tri hlavné prognostické skupiny na podklade klinických výsledkov. Sú jednoduché,

lacné a spoliehajú sa na fyzické vyšetrenie a štandardné laboratórne testy bez potreby ultrazvuku, počítačovej tomografie, resp. zobrazovanie pomocou magnetickej rezonancie (Hallek a kol., 2008).

Tab.č. 4

Klinické štádiá podľa Raia

Štádium	Popis	Riziková skupina
0	Lymfocytóza (lymfocyty v krvi >5x10^9/l; lymfocytóza v kostnej dreni ≥30%)	Nízke riziko*
I	Lymfocytóza + lymfadenopatia	Stredné riziko*
II	Lymfocytóza + hepato/splenomegália ±LAP	
III	Lymfocytóza + anémia (Hb <110g/l) ±LAP	Vysoké riziko*
IV	Lymfocytóza + trombocytopénia (Tr <100x10^9/l) ±LAP	

Poznámka: *Modifikovaná klasifikácia podľa Rai-a; Lysk, 2018

Poznámka 2:
a) Signifikantná lymfadenopatia znamená priemer LU > 1 cm; cytopénie nie sú na imunitnom podklade.
b) Prípady spĺňajúce kritériá CLL: 0. štádium podľa Raia s Hgb >130 g/l, s lymfocytózou < 30xl09/l a s časom zdvojenia lymfocytov >12 mesiacov zodpovedajú tzv. "tlejúcej" CLL

Tab. č. 5

Klinické štádiá podľa Bineta

Štádium	Popis
A	Postihnutie < 3 oblastí LU, Hb >100g/l, Tr >100x10^9/l
B	Postihnutie ≥ 3 oblastí LU, Hb >100g/l, Tr >100x10^9/l
C	Hb <100g/l, Tr <100x10^9/l a početné postihnutia lymfatických orgánov

Poznámka: Lysk, 2018

Poznámka 2: definícia oblastí v štádiovacom systéme podľa Bineta:
1. hlava, krk, Waldeyerov okruh (tu sa zväčšenie viacerých skupín LU pokladá za jednu oblasť),
2. axily (postihnutie oboch axíl sa pokladá za jednu oblasť),
3. inguíny + trigonum femorale (postihnutie oboch inguín sa pokladá za jednu oblasť),
4. palpačne hmatná slezina,
5. palpačne hmatná pečeň.

Za posledné desaťročia bolo objavené množstvo nových potenciálnych prognostických markerov poskytujúcich prognostické informácie nezávisle od klinických (Cramer, Hallek, 2011). Patria k nim práve niektoré z vyššie definovaných genetických a chromozomálnych aberácií. Na základe týchto poznatkov bol medzinárodným konzorciom študijných skupín zostavený komplexný prognostický skórovací systém kombinujúci klinické, biologické a genetické informácie, nazývaný *Medzinárodný*

prognostický index pre pacientov s CLL (CLL-IPI), ktorý stanovuje 5 nezávislých prognostických faktorov (Shanafelt et al. ,2009; Pflug a kol., 2014; International CLL-IPI working group, 2016):

- status génu *TP53*(17p13) – bez genetickej zmeny vs. mutácia a/alebo delécia génu
- status génu *IGHV*(14q32) – mutované vs. nemutované
- koncentrácia β_2 mikroglobulínu v sére (hranica 3-5mg/l)
- klinické štádium (Rai, Binet)
- vek (hranica 65 rokov)

Klasifikácia SLL

Napriek tomu, že rozdiel medzi CLL a SLL spočíva len v prítomnosti periférnej lymfocytózy (kritérium pre CLL >5x10^9/l) a v súčasnosti sú chápané ako jedna entita, je pre SLL používaný aj klasifikačný systém lymfómov, pôvodne tzv. dohovor z Ann Arbor (z roku 1971) – dnes modifikovaný ako tzv. Luganská klasifikácia (z roku 2014) založený na rozsahu postihnutia lymfatických uzlín a okolitých orgánov (Cheson a kol., 2014).

Tab. č. 6

Klasifikácia SLL

Štádium	Komplikácia
Nerozvinuté	
I.	Jedna lymfatická uzlina alebo skupina priľahlých uzlín
II.	Dve, alebo viac skupín lymfatických uzlín na tej istej strane pobrušnice (v hrudníku, alebo bruchu)
II. rozsiahle	Štádium II. s väčším rozsahom
Rozvinuté	
III.	Postihnutie lymfatických uzlín na oboch stranách pobrušnice Postihnutie lymfatických uzlín v okolí pobrušnice + slezina
IV.	Postihnutie aj ďalších nelymfatických orgánov - multiorgánové postihnutie

Poznámka: Cheson a kol., 2014

Charakteristika sledovaných genetických markerov

Delécia 13q14 je najfrekventovanejším genetickým markerom s výskytom v 50-60% prípadoch u všetkých CLL. V tomto regióne sú lokalizované okrem iného dve mikro RNA (miRNA) – miR15A a miR16A, ktoré v normálnych bunkách inhibujú expresiu kľúčových regulátorov apoptózy a bunkového cyklu. V prípade delécie tejto oblasti sa tento inhibičný efekt naruší, čo má za následok výhodu prežívania v prospech B-tumoróznych buniek na úkor normálnych a tým vývoj CLL (Calin a kol., 2002; Klein a kol., 2010).

Delécie dlhého ramena chromozómu 11 (del(11q)) sa nachádzajú u <25% pacientov bez predchádzajúcej chemoterapie s pokročilými štádiami ochorenia a cca u 10% pacientov s ochorením v počiatočnom štádiu (Zenz a kol., 2010; Quesada a kol., 2011). Tieto delécie často zahŕňajú oblasť 11q23 s tumor supresorovým génom *ATM*. Pacienti s del(11q) klonom vykazujú objemnú lymfadenopatiu, rýchly vývoj a skrátené celkové prežívanie (OS),(Döhner a kol., 1997).

Trizómia chromozómu 12 sa pozoruje u 10-20% pacientov s CLL. Avšak gény zúčastňujúce sa na patogenéze CLL nesúcej trizómiu 12 sú z veľkej časti neznáme. Okrem toho prognostická relevancia

trizómie 12 ostáva záležitosťou diskusie. Niektoré štúdie dokázali asociáciu trizómie 12 s mutáciami v géne *NOTCH1* (Balatti a kol., 2012; Cosson a kol., 2014).

Delécie krátkeho ramena chromozómu 17 (del(17p)) sa vyskytujú u 5-8% pacientov v čase diagnózy bez predchádzajúcej chemoterapie. Tieto delécie takmer vždy zahŕňajú pásmo 17p13, kde je lokalizovaný prominentný tumor supresorový gén *TP53*. Pacienti s CLL nesúci del(17p) klon majú značnú rezistenciu voči genotoxickým chemoterapiám, ktoré nemožno prekonať pridaním anti-CD20 protilátok (Hallek a kol., 2010).

Mutácie TP53 sa vyskytujú u 4-37% pacientov s CLL a v mnohých štúdiách sa spájali s veľmi zlou prognózou. Väčšina prípadov s potvrdeným del(17p) vykazuje mutácie v zostávajúcej alebo *TP53* (>80%). V prípadoch bez del(17p) sú mutácie *TP53* oveľa zriedkavejšie. Pre pacientov predstavujú abnormality *TP53* (či už vo forme delécie, alebo mutácie) tú najhoršiu prognózu, skrátené prežívanie (3-5-rokov). Dochádza u nich k zlyhávaniu chemoimunoterapie, majú zvýšené riziko progresie ochorenia ako aj transformácie do agresívnejších foriem lymfómu (napr. pri Richterovom syndróme).(Malcikova a kol., 2018; Rossi a kol., 2013; Rossi a kol., 2014; Nadeu a kol., 2016).

Mutačný status variabilnej oblasti génu pre ťažký imunoglobulínový reťazec (IGHV) je dôležitý prediktívny biomarker prežívania pacientov. Adaptívny imunitný systém je navrhnutý tak, aby poskytoval dynamickú ochranu proti širokému spektru potenciálnych patogénov. Imunoglobulíny rozpoznávajú cudzie antigény a iniciujú imunitné odpovede, ako je napr. fagocytóza. Každá molekula imunoglobulínu pozostáva z dvoch identických ťažkých reťazcov a dvoch identických ľahkých reťazcov. Oblasť pre zárodočnú organizáciu lokusu ťažkého reťazca zahŕňa segmenty V (variable = variabilný),

D (diversity = rozmanitý), J (joining = spájací) a C (constant = konštantný). Počas normálneho dozrievania B-buniek sa vytvára rekombinácia segmentov V, D a J . Výsledkom týchto rekombinácií je obrovská imunologická diverzita, ktorá je základom imunitnej odpovede. Ďalšia rozmanitosť je dosiahnutá spojovacou rôznorodosťou vyplývajúcou z náhodného pridania alebo odstránenia nukleotidov terminálnou deoxynukleotidyltransferázou a somatickou hypermutáciou, ktorá sa vyskytuje počas dozrievania B-buniek v slezine a lymfatických uzlinách. Zistilo sa, že nemutovaný stav *IGHV* je spojený s horšou prognózou a kratším prežívaním ako jeho mutovaný stav, ale aj s vyššou frekvenciou výskytu ďalších nepriaznivých genetických abnormalít a rezistenciou na chemoimunoterapiu rovnako ako pri abnormalitách *TP53* (Crombie,Davids, 2017; Damle a kol., 1999; Ghia a kol., 2003; Hamblin a kol., 1999).

Medzi markermi prietokovej cytometrie je CD49d silným prediktívnym faktorom celkového prežívania, resp. prežívania bez terapie. Zvýšená expresia CD49d (≥30%) je asociovaná s progresiou ochorenia a koreluje s agresívnejšou biológiou ochorenia (zvýšenou expresiou ZAP-70, alebo CD38, nemutovaným *IGH,* trizómiou chromozómu 12 a so samostatne sa vyskytujúcou deléciou 13q14). Rovnako aj CD38 a/alebo ZAP-70 sa spájajú so skráteným prežívaním a korelujú s nemutovaným *IGHV* (Damle a kol., 1999; Crespo a kol., 2003; Wiestner a kol., 2003; Bulian a kol., 2014; Gooden a kol., 2018).

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každé 3 roky resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Indikátormi revízie sú zmeny v Štandardnom diagnosticko-terapeutickom postupe pre CLL/SLL z dôvodu:

- nových postupov pri diagnostike entity CLL/SLL týkajúcich sa genetického testovania,

- definovania nových genetických markerov s prognostickým/prediktívnym významom,
- nových účinnejších metodík a prístupov genetického testovania.

Literatúra

BALATTI, V. - BOTTONI, A. - PALAMARCHUK, A. – ALDER, H. – RASSENTI, L.Z. – KIPPS, T.J. – PEKARSKY, Y. – CROCE, C.M. 2012. NOTCH1 mutations in CLL associated with trisomy 12. In Blood. 119(2):329-331. URL:< http://www.bloodjournal.org/content/119/2/329?sso-checked=true>DOI:10.1182/blood-2011-10-386144

BINET, J.L. – AUQUIER, A. – DIGHIERO, G. - CHASTANG, C. – PIGUET, H. – GOASGUEN, J. – VAUGIER, G. – POTRON, G. – COLONA, P. – OBERLING, F. – THOMAS, M. – TCHERNIA, G. – JACQUILLAT, C. – BOIVIN, P. – LESTY, C. – DUAULT, M.T. – MONCONDUIT, M. – BELABBES, S. – GREMY, F. 1981. A new prognostic classification of chronic lymphocytic leukemia derived from a multivariate survival analysis. In Cancer. 48(1):198–206. URL:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142%2819810701%2948%3A1%3C198%3A%3AAID-CNCR2820480131%3E3.0.CO%3B2-V>

BULIAN, P. – SHANAFELT, T.D. – FEGAN, C. – ZUCCHETTO, A. – CRO, L. – NÜCKEL, H. – BALDINI, L. – KURTOVA, A. – FERRAJOLI, A. – BURGER, J.A. – GAIDANO, G. – POETA, G. - PEPPER, C. – ROSSI, D. – GATTEI, V. 2014. CD49d is the strongest flow cytometry-based predictor of overall survival in chronic lymphocytic leukemia. In J Clin Oncol. 32(9):897-904. DOI:10.1200/JCO.2013.50.8515. URL:<https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2013.50.8515>

CALIN, G.A. - DUMITRU, C.D. – SHIMIZU, M. – BICHI, R. – ZUPO, S. – NOCH, E. – ALDLER, H. – RATTAN, S. – KEATING, M. – RAI, K. – RASSENTI, L. – KIPPS, T. – NEGRINI, M. – BULLRICH, F. – CROCE, C.M. 2002. Frequent deletions and down-regulation of micro- RNA genes miR15 and miR16 at 13q14 in chronic lymphocytic leukemia. In Proc Natl Acad Sci U S A. 99(24):15524-15529. DOI: 10.1073/pnas.242606799. URL:<https://www.pnas.org/content/99/24/15524.long>

CHESON, B.D. - FISHER, R.I. - BARRINGTON, S.F. – CAVALLI, F. – LAWRENCE, H.S. – ZUCCA, E. – LISTER, T.A. 2014. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: The Lugano classification. In J Clin Oncol. 32(27):3059-67. DOI:10.1200/JCO.2013.54.8800. URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979083/>

COSSON, A,. - CHAPIRO, E. - BELHOUACHI, N. - CUNG, H.A. – KEREN, B. - DAMM, F. - ALGRIN, C. - LEFEBVRE, C. - FERT-FERRER, S. - LUQUET, I. - GACHARD, N. - MUGNERET, F. - TERRE, C. - COLLONGE-RAME, M.A. - MICHAUX, L. - RAFDORD-WEISS, I. - TALMANT, P. - VERONESE, L. - NADAL, N. - STRUSKI, S. - BARIN, C. - HELIAS, C. - LAFAGE, M. - LIPPERT, E. - AUGER, N. - ECLACHE, V. - ROOS-WEIL, D. - LEBLOND, V. - SETTEGRANA, C. - MALOUM, K. - DAVI, F. - MERLE-BERAL, H. - LESTY, C. - NGUYEN-KHAC, F. - GROUPE FRANCOPHONE de CYTOGÉNÉTIQUE HÉMATOLOGIQUE. 2014. 14q deletions are associated with trisomy 12, NOTCH1 mutations and unmutated IGHV genes in chronic lymphocytic leukemia and small lymphocytic lymphoma. In Genes Chromosomes Cancer. 53(8):657-66. DOI: 10.1002/gcc.22176. URL:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gcc.22176>
CRAMER , P. - HALLEK, M. 2011. Prognostic factors in chronic lymphocytic leukemia-what do we need to know?. In Nat Rev Clin Oncol. 8: 38–47. DOI: 10.1038/nrclinonc.2010.167. URL:<https://www.nature.com/articles/nrclinonc.2010.167>
CRESPO, M. - BOSCH, F. - VILLAMOR, N. - BELLOSILLO, B. - COLOMER, D. - ROZMAN, M. - MARCÉ, S. - LÓPEZ-GUILLERMO, A. - CAMPO, E. - MONTSERRAT, E. 2003. ZAP-70 expression as a surrogate for immunoglobulin-variable-region mutations in chronic lymphocytic leukemia. In N Engl J Med. 348(18):1764-1775. DOI: 10.1056/NEJMoa023143.
URL:<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa023143?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dwww.ncbi.nlm.nih.gov>

CROMBIE, J. – DAVIDS, M.S. 2017. IGHV mutational status testing in chronic lymphocytic leukemia. In Am J Hematol. 92(12):1393-1397. DOI: 10.1002/ajh.24808. URL:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ajh.24808>

DAMLE, R.N. – WASIL, T. – FAIS, F. – GHIOTTO, F. – VALETTO, A. – ALLEN, S.L. – BUCHBINDER, A. – BUDMAN, D. – DITTMAR, K. – KOLITZ, J. – LICHTMAN, S.M. – SCHULMAN, P. – VINCIGUERRA, V.P. – RAI, K.R. – FERRARINI, M. – CHIORAZZI, N. 1999. Ig V gene mutation status and CD38 expression as novel prognostic indicators in chronic lymphocytic leukemia. In Blood. 94(6):1840-47. URL:<http://www.bloodjournal.org/content/94/6/1840.full.html>

DÖHNER, H. – STILGENBAUER, S. – JAMES, M.R. – BENNER, A. – WEILGUNI, T. – BENTZ, M. – FISCHER, K. – HUNSTEIN, W. – LICHTER, P. 1997. 11q deletions identify a new subset of B-cell chronic lymphocytic leukemia characterized by extensive nodal involvement and inferior prognosis. In Blood. 89(7):2516–2522. URL:<http://www.bloodjournal.org/content/89/7/2516.long?sso-checked=true>

EICHHORST,B. - ROBAK,T. - MONTSERRAT, E. - GHIA, P. - HILLMEN, P. - HALLEK, M. - BUSKE, C.- ESMO Guidelines Committee. 2015. Chronic lymphocytic leukaemia: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. In Annals of Oncology. 26(Issue suppl_5):v78–v84. DOI:10.1093/annonc/mdv303. URL:<https://academic.oup.com/annonc/article/26/suppl_5/v78/345065>

ELLARD, S., CHARLTON, R. - YAU, S. - GOKHALE, D. - TAYLOR, G.R. - WALLACE, A. - RAMSDEN, S.C. - BERRY, I.R. 2016. Practice guidelines for Sanger Sequencing Analysis and Interpretation. In Association for Clinical Genetic Science (ACGS). URL: <http://www.acgs.uk.com/media/1025065/acgs_sanger_sequencing_bpg_update_2016.pdf>

FABBRI, G. - RASI, S. - ROSSI, D. - TRIFONOV, V. - KHIABANIAN, H. - MA, J. - GRUNN, A. - FANGAZIO, M. - CAPELLO, D. - MONTI, S. - CRESTA, S. - GARGIULO, E. - FORCONI, F. - GUARINI, A. - ARCAINI, L. - PAULLI, M. - LAURENTI, L. - LAROCCA, L. M. - MARASCA, R. - GATTEI, V. - OSCIER, D. - BERTONI, F. - MULLIGHAN, C.G. - FOÁ, R. - PASQUALUCCI, L. - RABADAN, R. - DALLA-FAVERA, R. - GAIDANO, G. 2011. Analysis of the chronic lymphocytic leukemia coding genome: role of NOTCH1 mutational activation. In J Exp Med. 208(7): 1389-1401. DOI: 10.1084/jem.20110921. URL:<http://jem.rupress.org/content/208/7/1389.long>

GHIA, P. - GUIDA, G. - STELLA, S. - GOTTARDI, D. - GEUNA, M. - STROLA, G. - SOIELZO, C. - CALIGANIS-CAPPI, F. 2003. The pattern of CD38 expression defines a distinct subset of chronic lymphocytic leukemia (CLL) patients at risk of disease progression. In Blood 101:1262-1269; DOI: 10.1182/blood-2002-06-1801 URL: <http://www.bloodjournal.org/content/101/4/1262>

GHIA, P. - STAMATOPOULOS, K. - BELESSI, C. - MORENO, C. - STILGENBAUER, S. - STEVENSON, F. - DAVI, F. - ROSENQUIST, R. - European Research Initiative on CLL (ERIC). 2007. ERIC recommendations on IGHV gene mutational status analysis in Chronic lymphocyticleukemia. In Leukemia. 21: 1-3. DOI: 10.1038/sj.leu.2404457. URL:<https://www.nature.com/articles/2404457>

GOODEN, C.E. – JONES, P. – BATES, R. – SHALLENBERGER, W.M. – SURTI, U. – SWERDLOW, S.H. – ROTH, C.G. 2018. CD49d shows superior performance characteristics for flow cytometric prognostic testing in chronic lymphocytic leukemia/small lymphocytic lymphoma. In Cytometry B Clin Cytom. 94(1):129-135. DOI: 10.1002/cyto.b.21384. URL:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cyto.b.21384>

HAFERLACH, C. – RIEDER, H. – LILLINGTON, D.M. – DASTUGUE, N. – HAGEMEIJER, A. – HARBOTT, J. – STILGENBAUER, S. – KNUUTILA, S. – JOHANSSON, B. – FONATSCH, C. 2007. Proposals for standardized protocols for cytogenetic analyses of acute leukemias, chronic lymphocytic leukemia, chronic

myeloid leukemia, chronic myeloproliferative disorders, and myelodysplastic syndromes. In Genes Chromosomes Cancer. 46(5):494–499. DOI 10.1002/gcc.20433.
URL:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gcc.20433>

HALLEK, M. – CHESON, B.D. – CATOVSKY, D. – CALIGARIS-CAPPIO, F. – DIGHIERO, G. - DÖHNER, H. – HILLMEN, P. – KEATING, M.J. - MONTSERRAT, E. – RAI, K.R. – KIPPS, T.J. 2008. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: a report from the International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating the National Cancer Institute–Working Group 1996 guidelines. In Blood. 111(12): 5446–5456. DOI: 10.1182/blood-2007-06-093906.
URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2972576/>

HALLEK, M. - FISCHER, K. - FINGERLE-ROWSON, G., - FINK, AM. - BUSCH, R. – MAYER, J. – HENSEL, M. – HOPFINGER, G. – HESS, G. – von GRÜNHAGEN , U. – BERGMANN, M. – CATALANO, J. – ZINZANI, P.L. – CALIGARIS-CAPPIO, F. – SEYMOUR, JF. – BERREBI, A. - JÄGER, U. – CAZIN, B. – TRNENY, M. – WESTERMANN, A. – WENDTNER, C.M. – EICHHORST, B.F. – STAIB, P. – BÜHLER, A. – WINKLER, D. – ZENZ, T. – BÖTTCHER, S. – RITGEN, M. – MENDILA, M. – KNEBA, M. – DÖHNER, H. – STILGENBAUER, S. – INTERNATIONAL GROUP OF INVESTIGATORS – GERMAN CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKAEMIA STUDY GROUP. 2010. Addition of rituximab to fludarabine and cyclophosphamide in patients with chronic lymphocytic leukaemia: a randomised, open-label, phase 3 trial. In Lancet. 376: 1164–1174. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61381-5.
URL:<https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61381-5/fulltext>.

Hallek, M. 2017. Chronic lymphocytic leukemia: 2017 update on diagnosis, risk stratification and treatment. In Am J Hematol. 92(9): 946–965. DOI: 10.1002/ajh.24826.
URL:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ajh.24826>

HAMBLIN, T.J. - DAVIS, Z. - GARDINER, A. - OSCIER, D.G. - STEVENSON, F.K. 1999. Unmutated Ig VH Genes Are Associated With a More Aggressive Form of Chronic Lymphocytic Leukemia. In Blood 94:1848-1854; URL: <www.bloodjournal.org/content/94/6/1848>

HASTINGS, R. – HOWELL, R. - BRICARELLI, F.D. - KRISTOFFERSSON, U. – CAVANI, S. 2012. A common European framework for quality assessment for constitutional, acquired and molecular cytogenetic investigations: General Guidelines and Quality Assurance for Cytogenetics. In E.C.A. (European Cytogeneticists Association) Newsletter. 29:7-25.
URL:<http://www.e-c-a.eu/files/downloads/guidelines/e.c.a._general_guidelines_version-2.0.pdf>

INTERNATIONAL CLL-IPI WORKING GROUP. 2016. An international prognostic index for patients with chronic lymphocytic leukaemia (CLL-IPI): a meta-analysis of individual patient data. In Lancet Oncol. 17(6):779-790. DOI: 10.1016/S1470-2045(16)30029-8. URL:<https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(16)30029-8/fulltext>

KLEIN, U. – LIA, M. - CRESPO, M. – SIEGEL, R. – SHEN, Q. – MO, T. – AMBESI-IMPIOMBATO, A. – CALIFANO, A. – MIGLIAZZA, A. – BHAGAT, G. – DALLA-FAVERA, R. 2010. The DLEU2/miR-15a/16-1 cluster controls B cell proliferation and its deletion leads to chronic lymphocytic leukemia. Cancer Cell. 17(1):28–40. DOI: 10.1016/j.ccr.2009.11.019. URL:<https://www.cell.com/cancer-cell/fulltext/S1535-6108(09)00419-X>

LANGERAK, A.W. – DAVI, F. – GHIA, P. – HADZIDIMITRIOU, A. – MURRAY, F. – POTTER, K.N. - ROSENQUIST, R. – STAMATOPOULOS, K. – BELESSI, C. - European Research Initiative on CLL (ERIC). 2011. Immunoglobulin sequence analysis and prognostication in CLL: guidelines from the ERIC review board for reliable interpretation of problematic cases. In Leukemia. 25(6): 979-984. DOI: 10.1038/leu.2011.49. URL:<https://www.nature.com/articles/leu201149>

MALCIKOVA, J. – TAUSCH, E. – ROSSI, D. – SUTTON, L.A. – SOUSSI, T. – ZENZ, T. – KATER, A.P. – NIEMANN, C.U. – GONZALEZ, D. - DAVI, F. – GONZALEZ DIAZ, M. – MORENO, C. – GAIDANO, G. - STAMATOPOULOS, K. - ROSENQUIST, R. - STILGENBAUER, S. – GHIA, P. – POSPISILOVA, S. - European Research Initiative on Chronic Lymphocytic Leukemia(ERIC) — TP53 network. 2018. ERIC recommendations for TP53 mutation analysis in chronic lymphocytic leukemia – update on methodological approaches and results interpretation. In Leukemia. 32(5): 1070-1080. DOI: 10.1038/s41375-017-0007-7. URL:<https://www.nature.com/articles/s41375-017-0007-7>

McGOWAN-JORDAN, J. – SIMONS, A. – SCHMID, M. 2016. ISCN: an international system for human cytogenetic nomenclature (2016). Basel; New York: Karger AG. ISBN 978-3-318-05857-4.

MUTHUSAMYA, N. – BREIDENBACHB, H. - ANDRITSOSA, L. – FLYNNA, J. – JONESA, J. – RAMANUNNIA, A. – MOC, X. – JARJOURAC, D. – BYRDA, J.C. – HEEREMAB, N.A. 2011. Enhanced detection of chromosomal abnormalities in chronic lymphocytic leukemia by conventional cytogenetics using CpG oligonucleotide in combination with pokeweed mitogen and phorbol myristate acetate. In Cancer Genet. 204(2):77-83. DOI: 10.1016/j.cancergen.2010.12.006.
URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3073597/>

NADEU, F. - DELGADO, J. - ROYO, C. - BAUMANN, T. - STANKOVIC, T. - PINYOL, M. - JARES, P. - NAVARRO, A. - MARTIN-GARCIA, D. - BEA, S. -SALAVERRIA, I. - OLDREIVE, C. - AYMERICH, M. - SUAREZ-CISNEROS, H. - ROZMAN, M. - VILAMOR, N. - COLOMER, D. - LOPEZ-GUILERMO, A. - GONZALEZ, M. - ALCOCEBA, M. - TEROL, M.J. - COLADO, E. PUENTE, X.S. - LOPEZ-OTIN, C. - ENJUANES, A. - CAMPO,E. 2016 . Clinical impact of clonal and subclonal TP53, SF3B1, BIRC3, NOTCH1, and ATM mutations in chronic lymphocytic leukemia. In Blood 127:2122-2130; DOI: 10.1182/blood-2015-07-659144 URL: <www.bloodjournal.org/content/early/2016/02/02/blood-2015-07-659144>

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH-10-SK-2016. Revízia 10. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií.2018, október 1. >

PFLUG, N. - BAHLO, J. - SHANAFELT, T.D. - EICHHORST, B.F. – BERGMANN, M.A. - ELTER, T. – BAUER, K. – MALCHAU, G. – RABE, K.G. – STILGENBAUER, S. - DÖHNER, H. - JÄGER, U. – ECKHART, M.J. – HOPFINGER, G. – BUSCH, R. – FINK, A.M. – WENDTNER, C.M. – FISCHER, K. – KAY, N.E., HALLEK, M. 2014. Development of a comprehensive prognostic index for patients with chronic lymphocytic leukemia. In Blood. 124:49–62. DOI: 10.1182/blood-2014-02-556399.
URL:<http://www.bloodjournal.org/content/124/1/49.long?sso-checked=true>

POSPISILOVA, S. – GONZALEZ, D. – MALCIKOVA, J. – TRBUSEK, M. – ROSSI, D. – KATER, A.P. – CYMBALISTA, F. – EICHHORST, B. – HALLEK, M. - DÖHNER, H. – HILLMEN, P. – van OERS, M. – GRIBBEN, J. – GHIA, P. – MONTSERRAT, E. – STILGENBAUER, S. – ZENZ, T. - European Research Initiative on CLL (ERIC). 2012. ERIC recommendations on TP53 mutation analysis in chronic lymphocytic leukemia. In Leukemia. 26(7): 1458-1461. DOI: 10.1038/leu.2012.25.
URL:<https://www.nature.com/articles/leu201225>

QUESADA, V. – CONDE, L. – VILLAMOR, N. –ORDÓÑEZ, G.R. – JARES, P. – BASSAGANYAS, L. – RAMSAY, A.J. – BEÀ, S. – PINYOL, M. – MARTÍNEZ-TRILLOS, A. – LÓPEZ-GUERRA, M. – COLOMER, D. – NAVARRO, A. – BAUMANN, T. – AYMERICH, M. – ROZMAN, M. – DELGADO, J. – GINÉ, E. – HERNÁNDEZ, J.M. – GONZÁLEZ-DÍAZ, M. – PUENTE, D.A. – VELASCO, G. – FREIJE, J.M. – TUBÍO, J.M. – ROYO, R. – GELPÍ, J.L. – OROZCO, M. – PISANO, DG. – ZAMORA, J. – VÁZQUEZ, M. – VALENCIA, A. – HIMMELBAUER, H. – BAYÉS, M. – HEATH, S. – GUT, M. – GUT, I. – ESTIVILL, X. – LÓPEZ-GUILLERMO, A. – PUENTE, X.S. – CAMPO, E. – LÓPEZ-OTÍN, C. 2011. Exome sequencing identifies recurrent mutations of the splicing factor SF3B1 gene in chronic lymphocytic leukemia. In Nat Genet. 44(1):47–52. DOI: 10.1038/ng.1032. URL:<https://www.nature.com/articles/ng.1032>.

RAI, K.R. – SAWITSKY, A. – CRONKITE, E.P. – CHANANA, A.D. – LEVY, R.N. – PASTERNACK, B.S. 1975. Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia. In Blood. 46(2):219-234. URL:<http://www.bloodjournal.org/content/46/2/219.long?sso-checked=true>

RAI, K.R. – GUPTA, N. 2004. Staging of chronic lymphocytic leukemia. In: Faguet G.B. (eds) Chronic Lymphocytic Leukemia. Contemporary Hematology. Totowa, NJ: Humana Press, p. 193-199. Print ISBN 978-1-61737-355-8. Online ISBN 978-1-59259-412-2. DOI:https://doi.org/10.1007/978-1-59259-412-2_10.

RICHARDS, S. – AZIZ, N. – BALE, S. – BICK, D. – DAS, S. – GASTIER-FOSTER, J. – GRODY, W.W. – HEDGE, M. – LYON, E. – SPECTOR, E. – VOELKERDING, K. – REHM, H.L. - ACMG Laboratory Quality Assurance Committee. 2015. Standards and guidelines for the interpretation of sequence variants: a joint consensus recommendation of the American College of Medical Genetics and Genomics and the Association for Molecular Pathology. In Genet Med. 17(5): 405-424. DOI:10.1038/gim.2015.30. URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4544753/>

ROSENQUIST, R. – GHIA, P. – HADZIDIMITRIOU, A. – SUTTON, L.A. – AGATHANGELIDIS, A. – BALIAKAS, P. – DARZENTAS, N. – GIUDICELLI, V. – LEFRANC, M.P. – LANGERAK, A.W. – BELESSI, C. – DAVI, F. – STAMATOPOULOS, K. 2017. Immunoglobulin gene sequence analysis in chronic lymphocytic leukemia: updated ERIC recommendations. In Leukemia. 31(7): 1477-1481. DOI: 10.1038/leu.2017.125. >

ROSSI, D. - RASI, S. - SPINA, V. - FANGAZIO, M. - MONTI, S. - GRECO, M. - FAMA, R. - CRESTA, S. - BRUSCAGGIN, A. - LAURENTI, L. - MARTINI, M. - MUSTO, P. - FORCONI, F. -MARASCA, R. - LAROCCA, L.M. -FOA, R. - GIADANO, G. 2012. Different impact of NOTCH1 and SF3B1 mutations on the risk fo chronic lymphocytic leukemia transformation to Richter syndrome. In Br. J. Haematol. 158: 426-429. DOI: 10.1111/j.1365-2141.2012.09155.x URL: https://onlinelibrary.wiley.com/toc/13652141/2012/158/3

ROSSI, D. - RASI, S. - SPINA, V. -BRUSCAGGIN, A. - MONTI, S. - CIARDULLO, C. - DEAMBROGI, C. - KHIABANIAN, H. - SERRA, R. - BERTINI, F. - FORCONI, F. - LAURENTI, L. - MARASCA, R. - DAL-BO, M. - ROSSI, F.M. - BULIAN, P. - NOMDEDEU, J. - Del POETA, G. - GATTEI, V. - PAQUALUCCI, L. - RABADAN, R. - FOA, R. DALLA-FAVER, R. - GAIDANO, G. 2013. Integrated mutational and cytogenetic analysis identifies new prognostic subgroups in chronic lymphocytic leukemia. In Blood. 121(8): 1403-1412. DOI: 10.1182/blood-2012-09-458265. URL: http://www.bloodjournal.org/content/121/8/1403

ROSSI, D. - KHIABANIAN, H. - SPINA, V. - CIARDULLO, C. - BRUSCAGGIN, A. - FAMA, R. - RASI, S. - MONTI, S. - DEAMBROGI, C. - De PAULI, L. - WANG, J. - GATTEI, V. - GUARINI, A. - FOA, R. - RABADAN, R. - GIADANO, G. 2014. Clinical impact of small TP53 mutated subclones in chronic lymphocytic leukemia. In Blood 123:2139-2147; DOI: 10.1182/blood-2013-11-539726. URL: <http://www.bloodjournal.org/content/123/14/2139>

SHANAFELT, T.D. - JENKINS, G. - CALL ,T.G. - ZENT, C.S. - SLAGER, S. – BOWEN, D.A. – SCHWAGER, S. - HANSON, C.A. – JELINEK, D. F. – KAY, N.E. 2009. Validation of a new prognostic index for patients with chronic lymphocytic leukemia (CLL). In Cancer. 115(2):363–372. DOI: 10.1002/cncr.24004. URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2629134/>

LYSK – LYMFÓMOVÁ SKUPINA SLOVENSKA. 2018. Stratégia liečby malígnych lymfómov. Princípy klasifikácie, diagnostiky a liečby malígnych lymfómov. Lymfómová skupina Slovenska. Tretie, doplnené a prepracované vydanie, marec 2018. In Onkol. Supl. 1/2018. URL:<http://www.solen.sk/pdf/ca3d1ed5b9d74a2953a2c6e208493bcf.pdf>

van DONGEN, J.J.M. – LANGERAK, A.W. – BRÜGGEMANN, M. – EVANS, P.A.S. – HUMMEL, M. – LAVENDER, F.L. – DELABESSE, E. – DAVI, F. – SCHUURING, E. – GARCÍA-SANS, R. – van KRIEKEN, J.H.J.M. – DROESE, J. – GONZÁLEZ, D. – BASTARD, C. – WHITE, H.E. – SPAARGAREN, M. – GONZÁLEZ, M. – PARREIRA, A. – SMITH, J.L. – MORGAN, G.J. – KNEBA, M. – MACINTYRE, E.A. 2003.

Design and standardization of PCR primers and protocols for detection of clonal immunoglobulin and T-cell receptor gene recombinations in suspect lymphoproliferations: Report of the BIOMED-2 Concerted Action BHM4-CT98-3936. In Leukemia. 17: 2257-2317. DOI: 10.1038/sj.leu.2403202.
URL:<https://www.nature.com/articles/2403202>

WIESTNER, A. – ROSENWALD, A. – BARRY, T.S. – WRIGHT, G. – DAVIS, R.E. – HENRICKSON, S.E. – ZHAO, H. – IBBOTSON, R.E. – ORCHARD, J.A. – DAVIS, Z. – STETLER-STEVENSON, M. – RAFFELD, M. – ARTHUR, D.C. – MARTI, G.E. – WILSON, W.H. – HAMBLIN, T.J. – OSCIER, D.G. – STAUDT,L.M. 2003. ZAP-70 expression identifies a chronic lymphocytic leukemia subtype with unmutated immunoglobulin genes, inferior clinical outcome, and distinct gene expression profile. In Blood. 101(12):4944-4951. DOI: https://doi.org/10.1182/blood-2002-10-3306
URL:<http://www.bloodjournal.org/content/101/12/4944.long?sso-checked=true>

ZELENETZ, A.D. - GORDON, L.I. - WIERDA, W.G. a kol. Non-Hodgkin's lymphomas, version 4.2014. J Natl Compr Canc Netw. 2014;12:1282–1303.

ZENZ, T. – MERTENS, D. – KÜPPERS, R. - DÖHNER, H. - STILGENBAUER, S. 2010. From pathogenesis to treatment of chronic lymphocytic leukaemia. In Nat Rev Cancer. 10:37–50. DOI: 10.1038/nrc2764. URL:<https://www.nature.com/articles/nrc2764>.

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Poznámka:
Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu diagnostiky ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo súvisiace okolnosti, teda odlišný 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 15. januára 2020.

Andrea Kalavská, v. r.
ministerka

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

Štandardný postup na výkon prevencie: Starostlivosť o matku a novorodenca podľa zásad Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) – podpora vzťahovej väzby a laktácie

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status		Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0031	*20.september 2018*	*1. predloženie*	*schválené*	*1. január 2019*
0031R1	*27. jún 2019*	*1. revízia*	*schválené*	*1. júl 2019*
0031R2	*25. október 2019*	*2. revízia*	*schválené*	*1. január 2020*

Odôvodnenie 2. revízie

V predloženej verzii boli doplnené a upravené klinické otázky s použitím PICO metodológie a upravené implementačné odporúčania.
Táto zmena bola predložená na Komisiu MZ SR pre ŠDTP z vlastného podnetu MZ SR a s konsenzom autorského kolektívu tohto štandardného postupu.

Autori postupu pre výkon prevencie/štandardného postupu

Autorský kolektív

MUDr. Marcel Litavec, doc. MUDr. Darina Chovancová, PhD., PhDr. Hana Rajkovičová

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 pre pediatriu, primárnu pediatriu, gynekológiu a pôrodníctvo, neonatológiu a revízne lekárstvo; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.
Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti (1. verzie a 1. revízie):

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc., MBA, FRSM; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundovú; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD. MPH; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; prof. MUDr. Jozef

Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Recenzenti (2. revízie):

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD. MPH; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PeadDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina, Ing. Katarína Krkošková; Ing. Mgr. Mária Syneková; Mgr. Miroslav Hečko; Ing. Elena Jablonická, M.A., Mgr. Anton Moises

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) a NFP s názvom: "Tvorba nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NFP312041R239)

Kľúčové slová

Baby-friendly Hospital Initiative, BFHI, podpora dojčenia, laktácia, vzťahová väzba, klinický audit

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ABM	Academy of Breastfeeding Medicine – Akadémia lekárstva v oblasti dojčenia.
AOPP	Asociácia na ochranu práv pacientov, občianske združenie
BFHI	Baby-friendly Hospital Initiatives (Iniciatíva nemocníc priateľských k deťom)
GRADE	Metodológia tvorby klinických a verejno-zdravotníckych postupov založených na dôkazoch
H1N1	Vírus chrípky typu H1N1
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/ Syndróm získanej imunitnej nedostatočnosti
Komisia MZ SR pre ŠDTP	Komisia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre tvorbu, implementáciu a revíziu štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
Odbor ŠPDTP	Odbor štandardných preventívnych, diagnostických a terapeutických postupov
ŠDTP	Štandardný diagnostický a terapeutický postup
ŠP	Štandardný postup

TBC	Tuberkulóza
WHA	Svetové zdravotnícke zhromaždenie
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia
ZZ	Zdravotnícke zariadenie

Úvod

Dojčenie je základným kameňom prežitia, výživy a zdravého vývoja detí a zdravia matiek. Niekoľko prvých hodín a dní života novorodenca predstavuje dôležitý časový interval, v ktorom sa spúšťa laktácia a matkám je možné poskytnúť podporu, ktorú potrebujú k úspešnému dojčeniu. Od roku 1991 iniciatíva BFHI prostredníctvom usmernenia WHO s názvom „Desať krokov k úspešnému dojčeniu“ (ďalej len „Desať krokov“) pomáha motivovať zdravotnícke zariadenia poskytujúce služby starostlivosti o matky a novorodencov na celom svete k lepšej podpore dojčenia. Existuje dostatok dôkazov, že realizácia Desiatich krokov výrazne zlepšuje úspešnosť dojčenia. Iniciatíva BFHI chráni, propaguje a podporuje dojčenie vzhľadom na jeho preukázaný význam. Jej cieľom je zároveň umožniť poskytovanie náležitej starostlivosti a kŕmenia novorodencov, ktorí nie sú dojčení. Tento štandardný postup na výkon prevencie bol vypracovaný na základe revízie Desiatich krokov z roku 2018, ktorá je rozpracovaná v usmernení „Implementation guidance – Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised BABY FRIEDLY HOSPITAL INITIATIVE“ (WHO/UNICEF 2018).

Cieľom tohto aktualizovaného štandardného postupu je dosiahnuť, aby sa Desať krokov uplatňovalo vo všetkých zdravotníckych zariadeniach a vo vzťahu ku všetkým deťom, narodeným predčasne, či v termíne. Štandardný postup obsahuje preformulované znenie Desiatich krokov tak, aby základná myšlienka každého z nich zostala zachovaná. Štandardný postup oddeľuje prvé dva kroky, ktoré sa týkajú riadiacich postupov potrebných na zabezpečenie starostlivosti konzistentným a etickým spôsobom a ďalších osem krokov, ktoré stanovujú štandardy pre klinickú starostlivosť o matky a dojčatá. Do usmernenia WHO je explicitne zapracovaný úplný súlad s Medzinárodným kódexom marketingu náhrad materského mlieka (ďalej len „Kódex“) ako jeden krok. Okrem toho je do kroku 1 zapracovaná potreba trvalého vnútorného monitorovania súladu s klinickými postupmi.

Každé zdravotnícke zariadenie poskytujúce služby starostlivosti o matky a novorodencov by malo dodržiavať Desať krokov. Každý z Desiatich krokov prispieva k zlepšeniu podpory dojčenia. Optimálny vplyv na postupy dojčenia sa dosiahne len vtedy, ak sa všetkých 10 krokov implementuje v rámci jedného súboru.

Kľúčové klinické odporúčania vypracovala pracovná skupina WHO pre opatrenia v oblasti výživy. Pri vypracovaní odporúčaní bola použitá metodika GRADE na získavanie dôkazov na základe aktuálnych systematických recenzií. Formulovanie odporúčaní prebiehalo podľa rámca DECIDE, ktorý predstavuje nástroj na tvorbu rozhodnutí na základe dôkazov a zohľadňuje účinky intervencií, hodnoty, zdroje a kritériá spravodlivosti, prijateľnosti a uskutočniteľnosti.

Cieľové zdravotnícke zariadenie: zdravotnícke zariadenia, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť o matku a novorodenca (gynekologicko-pôrodnícke oddelenia, novorodenecké oddelenia).

Kompetentní zdravotnícki pracovníci: lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo, pediatria, neonatológia, sestra, pôrodná asistentka, praktická sestra, klinický psychológ, a iní zdravotnícki pracovníci zúčastňujúci sa na manažmente matky a dieťaťa.

Klinické otázky

KLINICKÉ OTÁZKY, NA KTORÝCH JE POSTAVENÝ BFHI KONCEPT A RACIONALITA TOHTO ŠTANDARDNÉHO POSTUPU NA VÝKON PREVENCIE

Včasný kontakt matky s dieťaťom koža na kožu (skin-to-skin)

Klinická otázka 1:

Ak by matky, ktoré porodili (P), mali včasný kontakt s dieťaťom tzv. koža na kožu/skin-to-skin (I), zvýšila by sa miera včasného začatia dojčenia do 1 hodiny po narodení (O) v porovnaní s tými, ktoré tento kontakt nemali (C)?

Včasné začatie dojčenia

Klinické otázka 2:

Ak by matky, ktoré porodili (P), začali včasné dojčenie do 1 hodiny po narodení (I), docielilo by sa zvýšenie miery výlučného dojčenia počas pobytu v zariadení (O) v porovnaní s tými, ktoré nepraktizovali včasne dojčenie (C)?

Ukázať matkám ako správne dojčiť

Klinická otázka 3:

Ak by sa matkám, ktoré porodili (P), pomohlo v správnom priložení novorodenca počas dojčenia pre podporu dosiahnutia efektívneho dojčenia (I), zvýšila by sa miera výlučného dojčenia počas pobytu v zdravotníckom zariadení (O) v porovnaní s tými matkami, ktoré nedostali pomoc pri priložení novorodenca počas dojčenia (C)?

Ukázať matkám ako správne odstriekavať materské mlieko

Klinická otázka 4:

Ak by matkám, ktoré porodili (P), bolo ukázané, ako praktizovať odstriekavanie materského mlieka (I), zvýšila by sa miera výlučného dojčenia počas pobytu v zdravotníckom zariadení (O) v porovnaní s tými, ktoré takúto inštrukciu nedostali (C)?

Rooming-in

Klinická otázka 5:

Ak by matky, ktoré porodili (P), zostali spolu so svojimi deťmi na jednej izbe a praktizovali tzv. rooming-in (I), zvýšila by sa miera výlučného dojčenia počas pobytu v zdravotníckom zariadení (O), v porovnaní s matkami, ktoré rooming-in nepraktizovali (C)?

Dojčenie na požiadanie

Klinická otázka 6:

Ak by matky, ktoré porodili (P) praktizovali dojčenie "na požiadanie" alebo dojčenie riadené potrebou dojčaťa (I), zvýšila by sa miera výlučného dojčenia počas pobytu v zdravotníckom zariadení (O) v porovnaní s tými, ktoré dojčenie na požiadanie alebo podľa potreby dojčaťa nepraktizovali (C)?

Výlučné dojčenie

Klinická otázka 7:

Ak by sa novorodencom (P) nepodávala žiadna strava alebo tekutiny okrem materského mlieka, pokiaľ to nie je lekársky indikované (I), zvýšila by sa miera výlučného dojčenia počas pobytu v zdravotníckom zariadení (O) v porovnaní s tými, ktorým sa podávali skoré dokrmy akoukoľvek stravou alebo tekutinami okrem materského mlieka aj keď to nebolo lekársky indikované (C)?

Poučenie o používaní fliaš a cumľov

Klinická otázka 8:

Ak by matky, ktoré porodili (P) boli poučené o rizikách používania fliaš a cumľov (I), zvýšila by sa miera výlučného dojčenia počas pobytu v zdravotníckom zariadení (O) v porovnaní s tým, že by matky takéto poučenie nedostali (C)?

Písomná stratégia podpory dojčenia v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť o matku a novorodenca

Klinická otázka 9:

Ak by malo zdravotnícke zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť o matku a novorodenca (P) písomnú stratégiu podpory dojčenia, s ktorou sú pravidelne oboznamovaní zdravotnícki pracovníci (I), zvýšil by sa podiel matiek, ktoré praktizujú včasné začatie dojčenia (O) v porovnaní so zdravotníckymi zariadeniami, ktoré nemajú písomnú stratégiu podpory dojčenia a zdravotnícki pracovníci s ňou nie sú pravidelne oboznamovaní (C)?

Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v oblasti dojčenia

Klinická otázka 10:

Ak by sa zdravotnícki pracovníci(P) vyškolili v oblasti dojčenia a podporných praktík výživy dojčiat (I), zvýšila by sa miera výlučného dojčenia počas pobytu v zdravotníckom zariadení (O), v porovnaní s tým, ak zdravotnícki pracovníci takéto školenie nemali (C)?

Predpôrodné vzdelávanie matiek o dojčení

Klinická otázka 11:

Ak by matkám, ktoré porodili (P), bolo pred pôrodom poskytnuté náležité vzdelávanie v oblasti dojčenia (I), zvýšila by sa miera výlučného dojčenia počas pobytu v zdravotníckom zariadení (O), v porovnaní s tými matkami, ktoré nemali predpôrodné vzdelávanie v oblasti dojčenia (C)?

Implementácia jednotlivých krokov štandardného preventívneho postupu

Desať krokov k úspešnému dojčeniu (aktualizované znenie, 2018):

A. Zásadné riadiace postupy na podporu dojčenia

1.
   a) Dodržiavať Medzinárodný kódex marketingu náhrad materského mlieka a príslušné rezolúcie WHA v oblasti marketingu náhrad materského mlieka v plnom rozsahu.
   b) Mať písomne vypracovanú stratégiu v oblasti výživy novorodencov a dojčiat, s ktorou sú pravidelne oboznamovaní zdravotnícki pracovníci a rodičia.
   c) Vytvoriť systémy priebežného monitorovania a správy údajov.
2. Zabezpečiť, aby zdravotnícki pracovníci disponovali dostatočnými znalosťami, spôsobilosťou a zručnosťami vo vzťahu k podpore dojčenia.

B. Kľúčové klinické postupy na podporu dojčenia

3. Diskutovať o význame a manažmente dojčenia s tehotnými ženami a ich rodinami.
4. Umožniť okamžitý a neprerušovaný kontakt matky a dieťaťa koža na kožu a podporiť matky, aby začali dojčiť čo najskôr po pôrode.
5. Podporovať matky v začatí dojčenia a v pokračovaní s dojčením, ako aj pri riešení bežných problémov pri dojčení.
6. Nepodávať dojčeným novorodencom žiadnu inú stravu alebo žiadne iné tekutiny než materské mlieko pokiaľ to nie je lekársky indikované.

7. Umožniť matkám a ich deťom zostať spolu a praktizovať systém rooming-in 24 hodín
8. Podporovať matky, aby rozpoznali a reagovali na signály hladu svojich detí.
9. Poskytnúť matkám poradenstvo v súvislosti s používaním dojčenských fliaš a cumľov a ich rizikami.
10. Koordinovať prepustenie matky s dieťaťom zo zdravotníckeho zariadenia tak, aby rodičia a ich deti mali včasný prístup k pokračujúcej podpore dojčenia a poskytovaniu zdravotnej starostlivosti.

Zásadné riadiace postupy na podporu dojčenia

Krok 1a: Dodržiavať Medzinárodný kódex marketingu náhrad materského mlieka a príslušných rezolúcií WHA v oblasti marketingu náhrad materského mlieka v plnom rozsahu.

Odôvodnenie: Rodiny sú najviac ohrozené marketingom náhrad materského mlieka počas celého prenatálneho, perinatálneho a postnatálneho obdobia, kedy sa rozhodujú o možnostiach výživy dojčiat. WHA vyzvalo zdravotníckych pracovníkov a systémy zdravotnej starostlivosti k dodržiavaniu Medzinárodného kódexu marketingu náhrad materského mlieka a príslušných následných rezolúcií WHA (ďalej len „Kódex“) s cieľom chrániť rodiny pred komerčným tlakom. Okrem toho aj samotní zdravotnícki pracovníci potrebujú ochranu pred komerčnými vplyvmi, ktoré by mohli ovplyvniť ich profesionálnu činnosť a úsudok. Dodržiavanie Kódexu je dôležité v prípade zdravotníckych zariadení, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť o matky a novorodencov, pretože propagovanie náhrad materského mlieka je jedným z najškodlivejších faktorov pre dojčenie.

Implementácia:

Zdravotnícke zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť o matky a novorodencov, musia obstarávať akékoľvek potrebné náhrady materského mlieka, dojčenské fľaše alebo cumle prostredníctvom bežných predajných kanálov, pričom nemôžu dostávať bezplatné, alebo dotované dodávky produktov.

Zdravotnícki pracovníci zdravotníckych zariadení, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť o matky a novorodencov by sa nemali zapájať do akejkoľvek formy propagácie resp. umožniť vystavovanie akéhokoľvek typu reklám na náhrady materského mlieka, vrátane vystavovania a distribúcie akýchkoľvek zariadení, alebo materiálov, ktoré nesú značku výrobcu náhrad materského mlieka, a nemali by poskytovať vzorky dojčenských formúl matkám na účel ich používania v zdravotníckom zariadení alebo doma.

Zdravotnícke zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť o matky a novorodencov by nemali prijímať podporu alebo dary od výrobcov alebo distribútorov produktov podliehajúcich Kódexu.

Krok 1b: Mať písomne vypracovanú stratégiu v oblasti výživy novorodencov a dojčiat, s ktorou sú pravidelne oboznamovaní zdravotnícki pracovníci a rodičia.

Odôvodnenie: Stratégia je determinantom praktických postupov. Zdravotnícki pracovníci dodržiavajú písomne zavedené klinické postupy, ktoré sú implementáciou Desiatich krokov a zodpovedajú správnemu poskytovaniu zdravotnej starostlivosti matke a dieťaťu. Stratégie v písomnej forme sú prostriedkom na zabezpečenie poskytovania konzistentnej a vedecky podloženej zdravotnej starostlivosti pacientom a tvoria dôležitý nástroj zodpovednosti zdravotníckych pracovníkov.

Implementácia:

Zdravotnícke zariadenia, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť o matky a novorodencov, by mali mať jednoznačnú písomne vypracovanú stratégiu podpory dojčenia, s ktorou sú pravidelne oboznamovaní zdravotnícki pracovníci a rodičia. Stratégia zdravotníckeho zariadenia v oblasti podpory dojčenia sa môže vypracovať ako samostatný dokument alebo môže tvoriť súčasť stratégie výživy novorodencov a dojčiat. Predmetom stratégie by mala byť implementácia všetkých ôsmych kľúčových klinických postupov podľa Desiatich krokov, implementácia Kódexu a pravidelné hodnotenie spôsobilosti. Stratégia by mala obsahovať pokyny k vykonávaniu každého z postupov poskytovania starostlivosti, aby sa zabezpečilo ich konzistentné uplatňovanie vo vzťahu k všetkým matkám a novorodencom.

Zhrnutie stratégie by malo byť na viditeľnom a ľahko dostupnom mieste pre tehotné ženy, matky a ich rodiny.

Krok 1c: Vytvoriť systémy priebežného monitorovania a správy údajov.
Odôvodnenie: Zaznamenávanie a monitorovanie pracovných postupov je nevyhnutnou súčasťou akýchkoľvek systémov zvyšovania/monitorovania kvality. V prípade klinických postupov na podporu dojčenia by vnútorné monitorovanie štandardov BFHI malo pomôcť k tomu, aby prijatie Desiatich krokov bolo udržateľné v dlhodobom horizonte.
Implementácia:
Zdravotnícke zariadenia, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosti o matky a novorodencov, by mali začleniť zaznamenávanie a monitorovanie klinických postupov, ktoré sa týkajú dojčenia, do svojich systémov zvyšovania/monitorovania kvality.
Odporúčané indikátory pre monitorovanie kľúčových klinických postupov a zásadných riadiacich postupov pre zdravotnícke zariadenia a ich cieľové hodnoty sú uvedené v tabuľkách č. 1 a č. 2.
Dva z indikátorov, t. j. včasné začatie dojčenia a výlučné dojčenie sú považované za „sentinelové indikátory". Zaznamenávanie informácií o týchto sentinelových ukazovateľoch by malo byť začlenené do klinických záznamov. Pracovná skupina na koordináciu činností súvisiacich s BFHI v rámci zariadenia by mala posúdiť dosiahnutý pokrok aspoň raz za 6 mesiacov. Počas intenzívnejších období zvyšovania kvality je potrebné posúdenie na mesačnej báze.
Odporúčajú sa aj dodatočné procesné ukazovatele na monitorovanie dodržiavania kľúčových klinických postupov. Na zhromažďovanie údajov o dodatočných procesných ukazovateľoch sa odporúčajú prieskumy medzi matkami pri prepustení z nemocnice formou rozhovorov pri odchode, alebo formou krátkych dotazníkov, ktoré matky vypĺňajú pri prepustení z nemocnice pri súčasnom zachovaní dôvernosti údajov. Odporúča sa, aby bol pre každý procesný ukazovateľ stanovený minimálny počet 20 dvojíc matka-dieťa pri každom vyhodnocovaní údajov. Odporúča sa vyhodnocovanie dodatočných procesných ukazovateľov raz ročne. Počas intenzívnejších období zvyšovania kvality je potrebné posúdenie na mesačnej báze.
Každé zdravotnícke zariadenie by sa malo snažiť pravidelne dosahovať cieľové hodnoty pri každom ukazovateli, pričom zariadenia, ktoré tento cieľ nesplnia, by sa mali zamerať na postupné zvyšovanie percentuálnej miery. Ak úroveň sentinelových ukazovateľov klesne pod požadovanú cieľovú hodnotu, bude dôležité posúdiť jednak klinické postupy, ako aj všetky riadiace postupy s cieľom identifikovať prípadné slabé miesta a stanoviť opatrenia nevyhnutné na splnenie požadovaných štandardov.

Krok 2: Zabezpečiť, aby zdravotnícki pracovníci disponovali dostatočnými znalosťami, spôsobilosťou a zručnosťami vo vzťahu k podpore dojčenia.
Odôvodnenie: Včasná a náležitá starostlivosť o dojčiace matky sa môže zabezpečiť len vtedy, ak zdravotnícki pracovníci disponujú znalosťami, zručnosťami a spôsobilosťou na jej vykonávanie. Vzdelávanie zdravotníckeho personálu umožňuje rozvíjať efektívne zručnosti a implementovať štandardy stratégie.
Implementácia:
Zdravotnícki pracovníci zdravotníckych zariadení, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú a novorodeneckú starostlivosť, by mali mať dostatočné znalosti, spôsobilosti a zručnosti v podpore dojčenia.
Vzdelávaniezdravotníckych pracovníkov o dojčení sa môže uskutočňovať absolvovaním kuzov v zdravotníckom zariadení, alebo mimo neho a štúdiom z odporúčaných tlačených, alebo elektronických zdrojov. Nevyhnutnou zložkou vzdelávania je klinická prax pod dohľadom spojená so skúšaním spôsobilosti. Pri vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov sa netreba zameriavať na špecifický študijný plán, ale na získané znalosti a zručnosti.

Všetci zdravotnícki pracovníci, ktorí pomáhajú matkám pri výžive novorodencov by mali byť hodnotení podľa schopností poskytnúť rady tehotným ženám v súvislosti s dojčením, pomôcť matke so začatím dojčenia v priebehu prvej hodiny po pôrode, pomôcť matke pri priložení a prisatí dieťaťa k prsníku, vysvetliť matke optimálny postup dojčenia, posúdiť dojčenie, pomôcť matke pri odstriekavaní materského mlieka, pomôcť matke pri kŕmení svojho dieťaťa laktačnou pomôckou, pohárikom, lyžičkou alebo striekačkou, pomôcť matke, ktorej dieťa odmieta prsník, pomôcť matke, ktorá má ploché alebo vpadnuté bradavky, pomôcť matke s naliatymi prsníkmi, pomôcť matke s bolestivými alebo popraskanými bradavkami, pomôcť matke pri retencii mlieka a mastitíde, pomôcť matke s dojčením dieťaťa s nízkou pôrodnou hmotnosťou alebo s dojčením chorého dieťaťa, uplatňovať Kódex v zdravotníckom zariadení.

Kľúčové klinické postupy na podporu dojčenia

Krok 3: Diskutovať o význame a manažmente dojčenia s tehotnými ženami a ich rodinami.

Odôvodnenie: Tehotenstvo je kľúčovým obdobím, v ktorom je možné informovať ženy o dôležitosti dojčenia, podporiť ich v prijímaní informovaných rozhodnutí a pripraviť pôdu pre pochopenie postupov poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktoré povedú k úspechu dojčenia.

Implementácia:

Ak zdravotnícke zariadenia poskytujú prenatálnu starostlivosť, je v ich priamej zodpovednosti, aby tehotným ženám a ich rodinám poskytli informácie o výhodách a manažmente dojčenia.

V prípade, že prenatálna zdravotná starostlivosť je poskytovaná prevažne prostredníctvom špecializovanej gynekologicko-pôrodníckej ambulantnej starostlivosti primárneho kontaktu, zdravotnícke zariadenie by s nimi malo spolupracovať s cieľom zabezpečiť, že matky a ich rodiny budú v plnej miere informované o dôležitosti dojčenia a budú vedieť, čo môžu očakávať pri pôrode v zdravotníckom zariadení.

Vzdelávanie v oblasti dojčenia by malo poskytnúť informácie o dôležitosti dojčenia, odporúčaniach pre výživu dojčiat, význame okamžitého a neprerušovaného kontaktu matky a dieťaťa koža na kožu, význame včasného začatia s dojčením, dôležitosti systému rooming-in, o základoch správneho priloženia a prisatia, rozpoznaní signálov hladu, o protokoloch pre dokrmovanie, možných problémoch pri dojčení a ich riešení. Odporúča sa, aby všetky uvedené témy boli súčasťou manuálu, ktorý sa aplikuje v rámci poskytovania prenatálnej starostlivosti o matku.

Informácie o dojčení by sa mali poskytovať písomnou formou (tlačenou alebo on-line) a ústnou formou prostredníctvom osobného rozhovoru počas návštevy prenatálnej poradne alebo rozhovoru v malých skupinách v rámci kurzov pre tehotné ženy.

Krok 4: Umožniť okamžitý a neprerušovaný kontakt matky a dieťaťa koža na kožu a podporiť matky, aby začali dojčiť čo najskôr po pôrode.

Odôvodnenie: Okamžitý kontakt matky a dieťaťa koža na kožu a včasné začatie dojčenia predstavujú dva úzko prepojené úkony, ktorých optimálny prínos sa dosiahne, ak budú vykonané v tandeme. Okamžitý a neprerušovaný kontakt matky a dieťaťa koža na kožu podporuje prirodzený hľadací reflex novorodenca, ktorý mu pomáha vštepiť potrebu vyhľadať prsník a prisať sa k prsníku. Okrem toho okamžitý kontakt matky a dieťaťa koža na kožu pomáha prirodzenému mikrobiálnemu osídleniu novorodenca a zabraňuje hypotermii. Zahájenie dojčenia je zvyčajne priamym dôsledkom neprerušeného kontaktu matky a dieťaťa koža na kožu, pretože pre dieťa je prirodzené pomaly sa otáčať a plaziť smerom k prsníku. Včasné satie prsníka spustí tvorbu materského mlieka a urýchli laktogenézu.

Implementácia:

Včasný a neprerušovaný kontakt koža na kožu medzi matkou a dieťaťom by sa mal umožniť a podporovať čo najskôr po pôrode. Odporúča sa, aby kontakt matky a dieťaťa koža na kožu začal okamžite alebo do 5 minút po narodení a trval neprerušovane aspoň 60 minút. Kontakt matky a dieťaťa koža na kožu nastáva vtedy, keď je dieťa položené na brucho alebo hrudník matky bez akéhokoľvek oblečenia,

ktoré by ich oddeľovalo. Všetky matky by mali byť nabádané k čo najskoršiemu začatiu dojčenia, a to do jednej hodiny od pôrodu.
Okamžitý kontakt matky a dieťaťa koža na kožu a začiatok dojčenia je možný aj po cisárskom reze v lokálnej anestézii. Po cisárskom reze s celkovou anestéziou sa môže začať s kontaktom matky a dieťaťa koža na kožu a dojčením, až keď je matka v dostatočne bdelom stave, aby mohla držať dieťa. V prípade matiek alebo detí, ktoré po pôrode nie sú zdravotne stabilizované, môže byť potrebné odložiť začatie dojčenia. No aj vtedy, keď matky nie sú schopné začať dojčiť počas prvej hodiny po pôrode, mali by byť nabádané k tomu, aby s kontaktom matky a dieťaťa koža na kožu a dojčením začali hneď, ako to bude možné.
Počas popôrodného kontaktu matky a dieťaťa koža na kožu by sa mali citlivým spôsobom prijať opatrenia na zabezpečenie dohľadu a bezpečnosti, aby zdravotnícki pracovníci mohli pozorovať, vyhodnocovať a riešiť akékoľvek príznaky tiesne. Matky, ktoré sú ospalé, alebo pod vplyvom anestetík alebo liekov, budú vyžadovať podrobnejšie pozorovanie. Keď matky nie sú úplne bdelé, v blízkosti by mal byť zdravotnícky pracovník, priateľ alebo rodinný príslušník, aby nebol ohrozený zdravotný stav dieťaťa a bola zaručená bezpečnosť dieťaťa.
Kontakt matky a dieťaťa koža na kožu je osobitne dôležitý v prípade predčasne narodených detí a deti s nízkou pôrodnou hmotnosťou. Materská starostlivosť klokankovaním znamená včasný a dlhodobý kontakt koža na kožu medzi matkou a dieťaťom a mala by sa využívať ako primárny spôsob starostlivosti, ak je dieťa stabilné (neprítomnosť závažného apnoe, desaturácie a bradykardie) vzhľadom na preukázané prínosy z hľadiska prežitia, termálnej ochrany a začatia dojčenia. Vo všeobecnosti je dieťa pevne pridŕžané, resp. podopierané na hrudi, zvyčajne medzi prsníkmi, pričom matka je v mierne zaklonenej a opretej polohe a dieťa je zakryté.
Pokiaľ je predčasne narodené dieťa stabilné, bez prítomnosti závažného apnoe, desaturácie, alebo bradykardie, možno ho začať dojčiť. Včasné začatie dojčenia však môže byť pri takýchto deťoch problematické, ak ešte nemajú vyvinutý sací reflex resp. matky nemajú dostatočné vylučovanie materského mlieka. Skoré a časté odstriekavanie mlieka je veľmi dôležité pre stimuláciu tvorby a vylučovanie mlieka pre predčasne narodené deti, ktoré ešte nedokážu sať mlieko. O prechod na priame a výlučné dojčenie sa treba usilovať vždy, keď je to možné.

Krok 5: Podporovať matky v začatí dojčenia a v pokračovaní s dojčením, ako aj pri riešení bežných problémov pri dojčení.
Odôvodnenie: Aj keď dojčenie je pre ľudí prirodzené, väčšina matiek potrebuje praktickú pomoc, aby sa naučili, ako majú dojčiť. Aj skúsené matky sa stretávajú s novými problémami pri dojčení novorodenca. Včasná a náležitá inštruktáž a podpora pomáhajú matkám získať dôveru vo vlastné schopnosti.
Implementácia:
Matkám by sa mala poskytovať praktická podpora, aby boli schopné začať a pokračovať s dojčením, ako aj zvládnuť bežné problémy pri dojčení. K praktickej pomoci patrí poskytovanie emocionálnej a motivačnej podpory, poskytovanie informácií a výučba zručností, ktoré umožnia matkám úspešne dojčiť. Podpora a asistencia pri dojčení by mala byť matkám ponúknutá čo najskôr, ideálne do 6 hodín po pôrode a mala by pokračovať náležitým spôsobom v priebehu celého pobytu v zdravotníckom zariadení poskytujúcom zdravotnú starostlivosť o matky a novorodencov.
Všetkým matkám by sa mala venovať individuálna pozornosť, avšak niektoré matky budú vyžadovať zvýšenú pozornosť. Sú to prvorodičky, matky, ktoré zatiaľ nedojčili, matky, ktoré mali v minulosti negatívne skúsenosti s dojčením, matky, ktoré rodili cisárskym rezom, matky predčasne narodených novorodencov, vrátane ľahko nezrelých novorodencov, matky dvojčiat a matky s diabetes mellitus.
Inštruktáž matiek v oblasti dojčenia by mala zahŕňať predvedenie správneho priloženia a prisatia k prsníku, posúdenie, či dojčené dieťa prijíma dostatočné množstvo mlieka, spôsoby zabezpečenia

dostatočnej tvorby mlieka, vysvetlenie významu dojčenia na požiadanie, manažment naliatych prsníkov, prevencia bolestivých a popraskaných bradaviek.
Matky by mali byť inštruované, ako si majú odstriekavať materské mlieko s cieľom zachovať laktáciu, ak sú odlúčené od svojich detí. Neexistujú dostatočné dôkazy o tom, ktorá metóda odstriekavania (ručne, resp. manuálnou alebo elektrickou odsávačkou) je účinnejšia, a preto sa môže v závislosti od konkrétnej situácie matky poskytovať inštruktáž k akejkoľvek metóde. Ručné odsávanie má však tú výhodu, že je k dispozícii bez ohľadu na to, kde sa matka nachádza, a umožňuje jej zbaviť sa tlaku alebo odstriekať mlieko aj vtedy, keď nemá k dispozícii odsávačku. Matky musia byť tiež nabádané k zberu a uskladňovaniu odstriekaného mlieka.

Krok 6: Nepodávať dojčeným novorodencom žiadnu inú stravu alebo žiadne iné tekutiny než materské mlieko, pokiaľ to nie je lekársky indikované.
Odôvodnenie: Podávanie akejkoľvek stravy alebo akýchkoľvek tekutín s výnimkou materského mlieka novorodencom v prvých dňoch po pôrode zasahuje do spustenia tvorby materského mlieka. Žalúdok novorodenca je veľmi malý a ľahko sa zaplní. Novorodenci, ktorí prijímajú inú stravu alebo tekutiny, budú slabšie sať z prsníka, v dôsledku čoho dochádza k neefektívnej stimulácii tvorby mlieka a vznikne cyklus nedostatku mlieka a dokrmovania, ktorý vedie až k ukončeniu dojčenia. Zistilo sa, že u detí, ktoré boli pred prepustením z nemocnice dokrmované, je dvakrát vyššie riziko ukončenia dojčenia už počas prvých 6 týždňov. Okrem toho dokrmovanie umelým mliekom významne ovplyvňuje črevnú mikroflóru.
Implementácia:
Matky by mali byť odrádzané od podávania akejkoľvek stravy, alebo akýchkoľvek tekutín s výnimkou materského mlieka, pokiaľ to nie je lekársky indikované. Každé dokrmovanie by malo byť lekársky indikované a zapísané v zdravotnej dokumentácii.
Len pri veľmi malom počte zdravotných stavov dieťaťa alebo matky nie je výživa materským mliekom možná a vyžaduje sa používanie náhrad materského mlieka (viď. Príloha č. 1 Kontraindikácie dojčenia).
Okrem toho niektoré dojčené deti budú vyžadovať dokrmovanie. Klinický protokol na riešenie situácií, v ktorých je dokrmovanie nevyhnutné ako doplnok k materskému mlieku opisuje dokument *ABM Clinical Protocol 3: Supplementary Feedings in Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017[1]*.
Novorodencom, ktorí nemôžu dostávať mlieko svojej matky alebo musia byť dokrmovaní, najmä v prípade novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou a iných rizikových novorodencov, by sa malo podávať darcovské materské mlieko (ďalej len „ženské mlieko“).
Ak nie je ženské mlieko k dispozícii alebo z kultúrnych dôvodov nepripadá do úvahy, musia sa použiť náhrady materského mlieka. Vo väčšine prípadov je dokrmovanie dočasné, až kým je novorodenec schopný dojčenia resp. jeho matka je k dispozícii a schopná dojčiť. Matky musia byť tiež podporované v tom, aby si odstriekavali mlieko a tak stimulovali tvorbu mlieka v prsníku a aby uprednostňovali podávanie vlastného mlieka aj v obdobiach, keď je pre nich dojčenie náročné. Odporúča sa, aby matkám, ktorých novorodencom sa poskytuje špecializovaná zdravotná starostlivosť bola poskytnutá pomoc so spustením laktogenézy a udržaním tvorby mlieka v priebehu 1- 2 hodín po narodení dieťaťa.
Matky, ktoré uvažujú o „kombinovanej výžive“ (kombináciu dojčenia a výživy náhradami materského mlieka), by mali byť poučené o dôležitosti výlučného dojčenia v prvých týždňoch, a tiež o tom, ako zaistiť dostatočnú tvorbu materského mlieka a efektívne dojčenie novorodenca. K dokrmovaniu možno pristúpiť neskôr, ak sa tak matka rozhodne. Matky, ktoré sa podľa vlastných vyjadrení rozhodli nedojčiť, by mali byť oboznámené s dôležitosťou dojčenia. Ak sa však napriek tomu rozhodnú nedojčiť, bude potrebná výživa náhradami materského mlieka.
Matky, ktoré na výživu novorodenca používajú náhrady materského mlieka, sa musia naučiť bezpečne pripravovať a uskladňovať dojčenskú formulu a primerane reagovať na signály hladu dieťaťa.

Krok 7: Umožniť matkám a ich deťom zostať spolu a praktizovať systém rooming-in 24 hodín denne.

Odôvodnenie: Systém rooming-in je nevyhnutný na to, aby umožnil matkám kŕmenie na požiadanie, pretože matky sa nemôžu naučiť rozpoznať a reagovať na signály svojich detí, ak sú umiestnené oddelene. Keď sú matka a novorodenec spolu po celý deň a noc, lepšie sa naštartuje proces dojčenia.
Implementácia:
Zdravotnícke zariadenia, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť o matky a novorodencov, by mali matkám umožniť, aby zostali spolu so svojimi deťmi, a praktizovali systém rooming-in počas celého dňa a noci.
Rooming-in predstavuje systém, pri ktorom matky a novorodenci zostávajú spolu v jednej izbe bezprostredne po vaginálnom pôrode alebo po pôrode cisárskym rezom, resp. od momentu, keď je matka schopná reagovať na potreby dieťaťa, a to až do prepustenia z nemocnice.
Oddelenie šestonedelia musia byť navrhnuté so zreteľom na vytvorenie dostatočného priestoru, aby matky a ich novorodenci mohli byť spolu. V záujme zaistenia bezpečnosti novorodencov musia zdravotnícki pracovníci zariadenia pravidelne prichádzať na oddelenie. Novorodenci môžu byť oddelení od svojich matiek len z opodstatnených zdravotných a bezpečnostných dôvodov.
Ak je predčasne narodený alebo chorý novorodenec umiestnený do samostatnej miestnosti na pozorovanie a liečbu, treba vykonať opatrenia, aby matka nemala žiadne obmedzenia pri jeho navštevovaní. Matky by mali mať pri svojich deťoch dostatočný priestor na odstriekavanie mlieka.

Krok 8: Podporovať matky, aby rozpoznali a reagovali na signály hladu svojich dojčiat.
Odôvodnenie: K dojčeniu patrí rozpoznávanie a reagovanie na signály hladu novorodenca a jeho pripravenosti na príjem potravy. Podporovanie matiek, aby reagovali rôznymi spôsobmi na signály v správaní sa ich detí, ktorými vyjadrujú svoje potreby z hľadiska príjmu potravy, pohodlia alebo pocitu blízkosti, im umožňuje vybudovať si vzťah ku svojim deťom a zvyšuje ich dôveru vo vlastné schopnosti, v dojčenie a správny rast a vývin ich detí.
Implementácia:
Matky by mali byť vedené k dojčeniu na požiadanie, pri ktorom sa nekladú žiadne obmedzenia na frekvenciu alebo dĺžku dojčenia a matkám sa odporúča, aby dojčili vždy, keď je dieťa hladné, alebo tak často, ako dieťa chce. Neodporúča sa dojčenie podľa časového rozvrhu s vopred určenou, zvyčajne časovo obmedzenou frekvenciou a harmonogramom dojčenia.
Je dôležité, aby matky vedeli, že pri plači dieťaťa už premeškali signál hladu a že je lepšie nakŕmiť dieťa skôr, vzhľadom na skutočnosť, že ak je dieťa rozrušené, je jeho priloženie a prisatie k prsníku náročnejšie.
Ak matka a jej dieťa nie sú zo zdravotných dôvodov umiestnené v tej istej miestnosti (po pôrode cisárskym rezom, pri novorodencoch predčasne narodených alebo chorých novorodencoch), zdravotnícki pracovníci zdravotníckeho zariadenia musí podporovať matku v tom, aby svoje dieťa navštevovala čo najčastejšie tak, aby mohla rozpoznať jeho signály pripravenosti na kŕmenie. Keď si zdravotnícki pracovníci všimnú u dieťaťa signály hladu, mali by zabezpečiť, aby matka a dieťa mohli byť spolu.

Krok 9: Poskytnúť matkám poradenstvo v súvislosti s používaním dojčenských fliaš a cumľov a ich rizikami.
Odôvodnenie: Náležité usmerňovanie a poradenstvo umožňuje matkám a ostatným členom rodiny urobiť informované rozhodnutia o používaní alebo odmietnutí používania cumľov a dojčenských fliaš až do úspešného spustenia dojčenia. Aj keď usmernenia WHO nie sú absolútne proti používaniu dojčenských fliaš a cumľov u detí narodených v termíne, v súvislosti s ich používaním existuje niekoľko dôvodov na opatrnosť. V prípade predčasne narodených detí sa však preukázalo, že používanie dojčenských fliaš s cumľami zhoršuje schopnosť novorodenca naučiť sa sať mlieko z prsníka.
Implementácia:

Ak je pre novorodencov narodených v termíne lekársky indikovaná výživa odstriekaným materským mliekom, alebo inou potravou, na kŕmenie sa môžu použiť laktačné pomôcky, poháriky, lyžičky, striekačky alebo dojčenské fľaše s cumľom.
Zdravotnícki pracovníci majú informovať matky a rodinných príslušníkov, že fyziológia satia z prsníka je odlišná od fyziológie satia z dojčenskej fľaše s cumľom. Je možné, že používanie dojčenskej fľaše a cumľa by mohlo viesť k problémom s dojčením, najmä ak sa používajú počas dlhšieho časového obdobia.
V súvislosti s používaním cumlíkov na upokojenie novorodenca by mali zdravotnícki pracovníci informovať matky a rodinných príslušníkov, že ak cumle nahrádzajú satie a znižujú frekvenciu, ktorou dieťa fyziologicky stimuluje prsník matky, môže to viesť k redukcii tvorby materského mlieka. Používanie cumľov tiež môže prekážať matke vo včasnom rozpoznaní signálov pripravenosti dieťaťa na kŕmenie, čím sa môže kŕmenie oddialiť až kým dieťa nezačne plakať.
Ak je pre predčasne narodené deti lekársky indikovaná výživa ženským mliekom, alebo inou potravou, mali by sa pred dojčenskou fľašou s cumľom uprednostniť iné spôsoby kŕmenia, napr. laktačnou pomôckou, pohárikom, lyžičkou alebo striekačkou.
Ak predčasne narodení novorodenci nie sú schopní priameho dojčenia, nenutritívne satie a orálna stimulácia môže byť pre nich prospešná až do začatia dojčenia. Pri nenutritívnom satí a orálnej stimulácii sa môže použiť cumeľ, prst v hygienickej rukavici, alebo prsník, v ktorom sa ešte nezačalo tvoriť mlieko.
Zdravotnícki pracovníci zdravotníckeho zariadenia by mali informovať matky a rodinných príslušníkov o hygienických rizikách v súvislosti s nedostatočným čistením pomôcok na kŕmenie.

Krok 10: Koordinovať prepustenie zo zdravotníckeho zariadenia tak, aby rodičia a ich deti mali včasný prístup k pokračujúcej podpore dojčenia a poskytovaniu zdravotnej starostlivosti.
Odôvodnenie: Aby matky mohli pokračovať v dojčení, potrebujú neustálu podporu. Aj keď počas pobytu v zdravotníckom zariadení, ktoré poskytuje zdravotnú starostlivosť o matky a novorodencov, by matka mala získať základné zručnosti potrebné pri dojčení, je veľmi pravdepodobné, že jej tvorba mlieka sa pri prepustení zo zariadenia ešte naplno nespustila. Podpora dojčenia je mimoriadne dôležitá v dňoch a týždňoch, ktoré nasledujú po prepustení zo zariadenia, aby bolo možné identifikovať a riešiť včasné problémy s dojčením, ktoré sa objavia. Dostupnosť včasnej podpory po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia je kľúčová pre zachovanie miery úspešnosti dojčenia.
Implementácia:
V rámci ochrany, propagovania a podpory dojčenia by sa malo prepustenie zo zdravotníckeho zariadenia poskytujúceho zdravotnú starostlivosť o matky a novorodencov naplánovať a koordinovať tak, aby rodičia a ich deti mali prístup k pokračujúcej podpore dojčenia a bola im poskytnutá náležitá zdravotná starostlivosť.
Pri prepustení zo zdravotníckeho zariadenia by každá matka mala byť informovaná o možnostiach v oblasti podpory dojčenia, ktoré sú k dispozícii v rámci komunity. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti[2] v súvislosti s prepustením matky a dieťaťa po pôrode do domácej starostlivosti dodržiava ustanovenia osobitného predpisu[3]. Posúdenie situácie z hľadiska výživy novorodenca vykoná pediater podľa osobitného predpisu[4] v rámci 1. preventívnej prehliadky – bazálne vyšetrenie novorodenca podľa osobitného predpisu[5].
Zdravotnícke zariadenia, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosti o matky a novorodencov by mali v rámci komunity identifikovať vhodné možnosti na zabezpečenie pokračujúcej a konzistentnej podpory dojčenia.

---

[1] *ABM Clinical Protocol 3: Supplementary Feedings in Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017*. online: https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/3-supplementation-protocol-english.pdf

[2] § 4 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

[3] § 79 ods. 1 písm. zq) zákona č. 578/2004 Z. z.

[4] § 8 ods. 3 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

[5] Príloha č. 2 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

Tab. č. 1:

Odporúčané ukazovatele, ktoré je v zdravotníckych zariadeniach potrebné sledovať v súvislosti s kľúčovými klinickými postupmi na ochranu, propagovanie a podporu dojčenia				
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ POSTUP NA VÝKON PREVENCIE: STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD INICIATÍVY BABY- FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE - PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE			
Kľúčový klinický postup	**Definícia navrhovaného ukazovateľa**	**Cieľová hodnota**	**Primárny zdroj informácií**	**Doplňujúce zdroje informácií**
Krok 3: Diskutovať o význame a manažmente dojčenia s tehotnými ženami a ich rodinami.	Percento matiek predčasne narodených a fyziologických novorodencov, ktorým bola poskytnutá prenatálna starostlivosť v zariadení, ktoré absolvovali predpôrodnú prípravu o dojčení.	≥80 %	Rozhovory s matkami predčasne narodených a fyziologických novorodencov	Klinické záznamy
Krok 4: Umožniť okamžitý a neprerušovaný kontakt koža na kožu a podporiť matky, aby začali dojčiť čo najskôr po pôrode.	Percento matiek fyziologických novorodencov, ktorým bol umožnený kontakt koža na kožu okamžite alebo do 5 minút po narodení, pričom tento kontakt trval hodinu a viac.	≥80 %	Rozhovory s matkami fyziologických novorodencov	Klinické záznamy
	SENTINELOVÝ UKAZOVATEĽ: Percento fyziologických novorodencov, ktorí boli priložení k prsníku do 1 hodiny po narodení.	≥80 %	Klinické záznamy	Rozhovory s matkami fyziologic-kých novo-rodencov

Tab. č. 1 (pokračovanie):

Odporúčané ukazovatele, ktoré je v zdravotníckych zariadeniach potrebné sledovať v súvislosti s kľúčovými klinickými postupmi na ochranu, propagovanie a podporu dojčenia (pokračovanie tab. č. 1)				
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ POSTUP NA VÝKON PREVENCIE: STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD INICIATÍVY BABY- FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE - PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE			
Kľúčový klinický postup	**Definícia navrhovaného ukazovateľa**	**Cieľová hodnota**	**Primárny zdroj informácií**	**Doplňujúce zdroje informácií**
Krok 5: Podporovať matky v začatí dojčenia a v pokračovaní s dojčením, ako aj pri riešení bežných problémov.	Percento dojčiacich matiek fyziologických jedincov, ktoré dokážu predvieť, ako si majú priložiť dieťa k prsníku, aby sa mohlo prisať a začať prijímať mlieko.	≥80 %	Rozhovory s matkami fyziologických novorodencov	
	Percento dojčiacich matiek fyziologických novorodencov, ktoré dokážu uviesť aspoň dva ukazovatele, či dojčené dieťa prijíma dostatočné množstvo mlieka.	≥80%	Rozhovory s matkami fyziologických novorodencov	
	Percento matiek dojčiacich predčasne narodených a fyziologických novorodencov, ktoré dokážu správne predviesť alebo opísať, ako si majú odstriekavať mlieko.	≥80 %	Rozhovory s matkami predčasne narodených a fyziologických novorodencov	Klinické záznamy
Krok 6: Nepodávať dojčeným novorodencom žiadnu inú stravu alebo žiadne iné tekutiny než materské mlieko, pokiaľ to nie je lekársky indikované.	SENTINELOVÝ UKAZOVATEĽ: Percento detí (predčasne narodených aj fyziologických novorodencov), ktoré počas svojho pobytu v zariadení prijímali len materské mlieko (buď od vlastnej matky alebo z mliečnej banky).	≥80 %	Klinické záznamy	Rozhovory s matkami predčasne narodených a fyziologických novorodencov

Tab. č. 1 (pokračovanie):

Odporúčané ukazovatele, ktoré je v zdravotníckych zariadeniach potrebné sledovať v súvislosti s kľúčovými klinickými postupmi na ochranu, propagovanie a podporu dojčenia (pokračovanie tab. č. 1)				
	ŠTANDARDNÝ POSTUP NA VÝKON PREVENCIE: STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD INICIATÍVY BABY- FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE - PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE			
Kľúčový klinický postup	**Definícia navrhovaného ukazovateľa**	**Cieľová hodnota**	**Primárny zdroj informácií**	**Doplňujúce zdroje informácií**
Krok 7: Umožniť matkám a ich deťom zostať spolu a praktizovať systém rooming-in 24 hodín denne.	Percento matiek fyziologických novorodencov, ktorých deti boli s nimi hneď od pôrodu a neboli od nich odlúčené na viac než jednu hodinu.	≥80 %	Rozhovory s matkami fyziologických novorodencov	Klinické záznamy
Krok 8: Podporovať matky, aby rozpoznali a reagovali na signály hladu svojich dojčiat.	Percento dojčiacich matiek fyziologických novorodencov, ktoré dokážu opísať aspoň dva signály hladu.	≥80 %	Rozhovory s matkami fyziologických novorodencov	
Krok 9: Poskytnúť matkám poradenstvo v súvislosti s používaním dojčenských fliaš a cumľov a ich rizikami.	Percento dojčiacich matiek predčasne narodených a fyziologických novorodencov, ktoré uvádzajú, že boli poučené o rizikách používania dojčenských fliaš a cumľov.	≥80 %	Rozhovory s matkami predčasne narodených a fyziologických novorodencov	
Krok 10: Koordinovať prepustenie zo zariadenia tak, aby rodičia a ich deti mali včasný prístup k pokračujúcej podpore a starostlivosti.	Percento matiek predčasne narodených a fyziologických novorodencov, ktoré uvádza-jú, že pracovník zariadenia ich informoval o tom, kde majú v rámci svojej komunity prístup k podpore v dojčení.	≥80 %	Rozhovory s matkami predčasne narodených a fyziologických novorodencov	

Tab. č. 2:

Odporúčané ukazovatele, ktoré je v zdravotníckych zariadeniach potrebné vyhodnocovať v súvislosti so zásadnými riadiacimi postupmi na ochranu, propagovanie a podporu dojčenia			
	ŠTANDARDNÝ POSTUP NA VÝKON PREVENCIE: STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD INICIATÍVY BABY- FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE - PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE		
Odporúčanie	**Navrhované ukazovatele**	**Cieľová hodnota**	**Spôsoby overenia**
Krok 1a: Dodržiavať Medzinárodný kódex o marketingu náhrad materského mlieka a príslušných rezolúcií Svetového zdravotníckeho zhromaždenia v plnom rozsahu (Kódex)	Dôkaz, že všetky náhrady materského mlieka, dojčenské fľaše a cumle používané v zariadení boli obstarané prostredníctvom bežných predajných kanálov a neboli poskytnuté formou bezplatných alebo dotovaných dodávok produktov.	Preukázané	Kontrola záznamov obstarávania v zariadení
	Vystavovanie produktov podliehajúcich Kódexu alebo predmety s logom spoločností vyrábajúcich náhrady materského mlieka, dojčenské fľaše a cumle alebo názvy výrobkov, na ktoré sa vzťahuje Kódex.	Nevystavované	Pozorovania v zariadení
	Existencia politiky, ktorá opisuje dodržiavanie Kódexu zo strany zariadenia, vrátane obstarávania náhrad materského mlieka, neprijímania podpory alebo darov od výrobcov alebo distribútorov produktov podliehajúcich Kódexu a neposkytovania vzoriek náhrad materského mlieka, dojčenských fliaš alebo cumľov matkám.	Existuje	Posúdenie politiky kŕmenia dojčiat
	Percento zdravotníckych pracovníkov, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú resp. novorodeneckú starostlivosť, ktorí dokážu vysvetliť aspoň dva prvky Kódexu.	≥80 %	Rozhovory s klinickým personálom

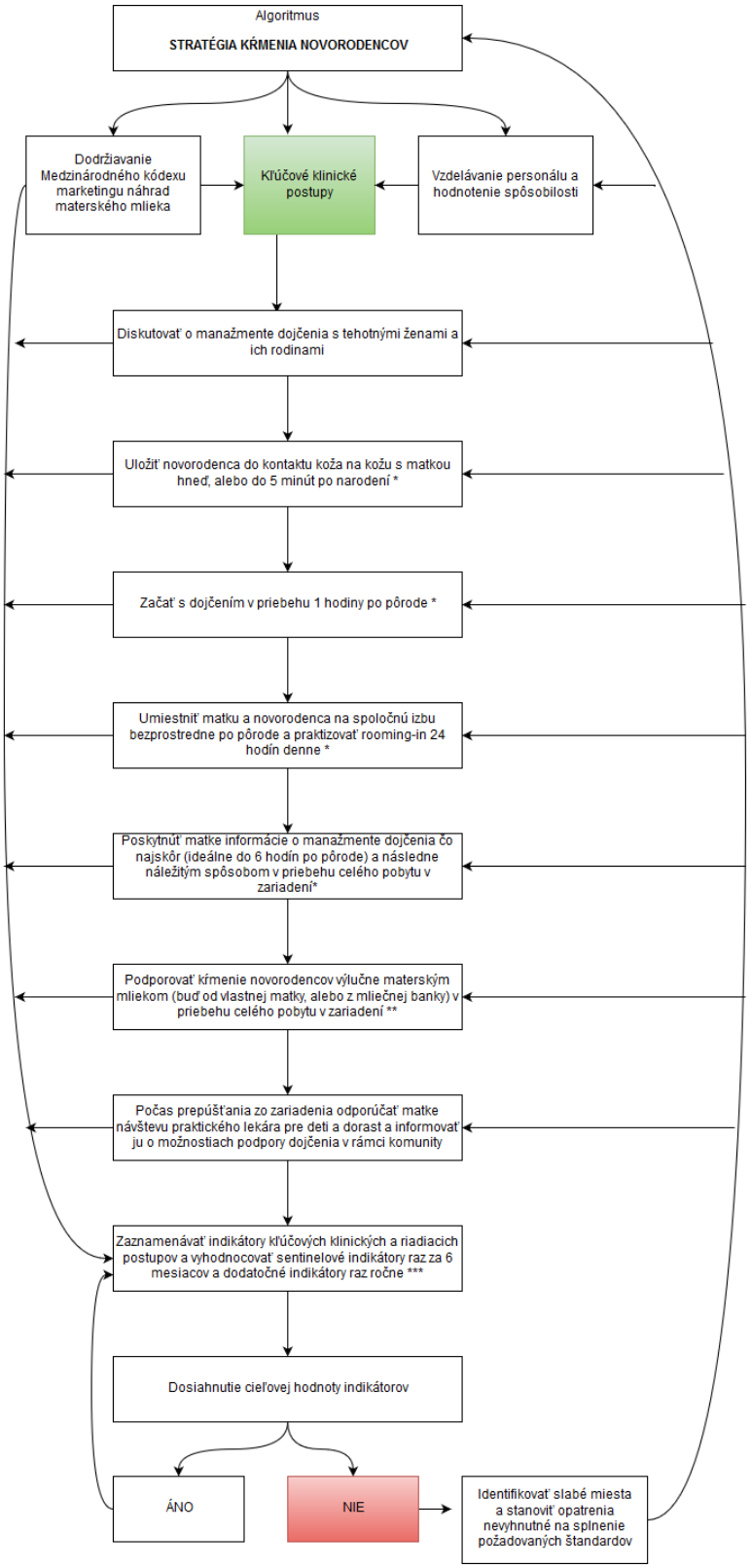
Tab. č. 2 (pokračovanie):

Odporúčané ukazovatele, ktoré je v zdravotníckych zariadeniach potrebné vyhodnocovať v súvislosti so zásadnými riadiacimi postupmi na ochranu, propagovanie a podporu dojčenia (pokračovanie tab. č. 2)			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ POSTUP NA VÝKON PREVENCIE: STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD INICIATÍVY BABY- FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE - PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE		
Odporúčanie	**Navrhované ukazovatele**	**Cieľová hodnota**	**Spôsoby overenia**
Krok 1b: Mať písomne vypracovanú politiku v oblasti kŕmenia dojčiat, s ktorou sú pravidelne oboznamovaní zamestnanci a rodičia	Existencia písomnej politiky v oblasti kŕmenia dojčiat, ktorej predmetom je implementácia všetkých ôsmich kľúčových klinických postupov podľa Desiatich krokov, implementácia Kódexu a pravidelné hodnotenie spôsobilostí.	Existuje	Posúdenie politiky v oblasti kŕmenia dojčiat
	Viditeľne dostupné zhrnutie politiky pre tehotné ženy, matky a ich rodiny.	Viditeľne vystavené	Kontrola zverejnenej politiky
	Zosúladenie klinických protokolov a štandardov týkajúcich sa dojčenia a kŕmenia detí so štandardmi BFHI a aktuálnymi usmerneniami založenými na dôkazoch.	Zosúladené	Posúdenie klinických protokolov A štandardy
	Percento klinických pracovníkov, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú resp. novorodeneckú starostlivosť, ktorí dokážu vysvetliť aspoň dva prvky stratégie v oblasti kŕmenia dojčiat, ktoré majú vplyv na ich úlohu v zariadení.	≥80 %	Rozhovory s klinickým personálom
Krok 1c: Vytvoriť systémy priebežného monitorovania a správy údajov	Existencia protokolu pre priebežný systém monitorovania a správy údajov, ktorý je v súlade s ôsmimi kľúčovými klinickými postupmi.	Existuje	Dokumentáci a k protokolu
	Frekvencia stretnutí klinických pracovníkov zariadenia na účely posúdenia implementácie systému.	Najmenej raz za 6 mesiacov	Dokumentáci a harmono-gramu stretnutí

Tab. č. 2 (pokračovanie):

Odporúčané ukazovatele, ktoré je v zdravotníckych zariadeniach potrebné vyhodnocovať v súvislosti so zásadnými riadiacimi postupmi na ochranu, propagovanie a podporu dojčenia (pokračovanie tab. č. 2)			
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ POSTUP NA VÝKON PREVENCIE: STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD INICIATÍVY BABY- FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE - PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE		
Odporúčanie	**Navrhované ukazovatele**	**Cieľová hodnota**	**Spôsoby overenia**
Krok 2: Zabezpečiť, aby zamestnanci disponovali dostatočnými znalosťami, spôsobilosťou a zručnosťami vo vzťahu k podpore dojčenia	Percento zdravotníckych pracovníkov, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú a/alebo novorodeneckú starostlivosť, ktorí absolvovali v oblasti dojčenia odbornú prípravu pred nástupom do zamestnania alebo školenia v rámci zamestnania počas predchádzajúcich 2 rokov.	≥80 %	Rozhovory s klinickým personálom
	Percento zdravotníckych pracovníkov, ktorí uvádzajú, že počas predchádzajúcich 2 rokov absolvovali hodnotenie spôsobilosti v oblasti dojčenia.	≥80 %	Rozhovory s klinickým personálom
	Percento členov zdravotníckeho personálu, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú a/alebo novorodeneckú starostlivosť, ktorí dokážu správne odpovedať na tri zo štyroch otázok o znalostiach v oblasti dojčenia a zručnostiach v oblasti podpory dojčenia.	≥80 %	Rozhovory s klinickým personálom

Algoritmus implementácie BFHI v zdravotníckom zariadení



* Ak zo zdravotne opodstatnených dôvodov nie je možné dodržať uvedenú časovú lehotu, bude potrebné to urobiť hneď, ako dôvody odkladu pominú.

** Ak nie je ženské mlieko k dispozícii, alebo z kultúrnych dôvodov nepripadá do úvahy, musia sa použiť náhrady materského mlieka

*** V prípade, že zdravotnícke zariadenie [RH1] nedosahuje požadovanú úroveň bude potrebné vyhodnocovanie sentinelových a dodatočných indikátorov na mesačnej úrovni až do splnenia požadovaných štandardov.

Dohľad nad správnosťou, hodnotením a potrebou aktualizácie postupu vykonáva:
Hlavný odborník MZ SR v špecializačnom odbore neonatológia, hlavný odborník MZ SR v špecializačnom odbore pediatria, hlavný odborník MZ SR v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo alebo oprávnená osoba poverená MZ SR pre zabezpečenie národného programu BFHI, ktorá koordinuje, usmerňuje, implementuje a navrhuje aktualizáciu tohto štandardného postupu.

Návrh opatrení na uľahčenie implementácie štandardného postupu:

1. Ustanovenie tzv. Národnej autority – rady pre koordináciu, monitorovanie a vyhodnocovanie implementácie BFHI na celonárodnej úrovni.
2. Monitorovanie a vyhodnocovanie dodržiavania zásad BFHI u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti procesom klinického auditu.
3. Začlenenie zásad starostlivosti podľa princípov BFHI do pregraduálneho, postgraduálneho vzdelávania a sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.
4. Implementácia odporúčaní Medzinárodného kódexu marketingu náhrad materského mlieka a súvisiacej medzinárodnej legislatívy v oblasti podpory dojčenia do národnej legislatívy vo vzťahu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.
5. Podpora činnosti a zvýšenie počtu bánk materského mlieka a dostupnosti materského mlieka u ústavných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

Svetová zdravotnícka organizácia, Detský fond OSN, Wellstart International. The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress (Inciatíva Baby-friendly Hospital Initiative: monitorovanie a opätovné preskúmanie: nástroje na udržanie pokroku). Ženeva: World Health Organization; 1991 (WHO/NHD/99.2; http://apps.who.int/iris/handle/10665/65380, navštívené 7. marca 2018).

Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J a kol.. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect (Dojčenie v 21. storočí: epidemiológia, mechanizmy a celoživotný vplyv.) Lancet. 2016;387(10017):475–90. doi:10.1016/S0140- 6736(15)01024-7.

Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. (Usmernenie: ochrana, propagovanie a podpora dojčenia v zariadeniach, ktoré poskytujú služby starostlivosti o matky a novorodencov.) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-7pdf?ua=1, navštívené 7. marca 2018).
Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. (Štandardy na zlepšenie kvality starostlivosti o matky a novorodencov v zdravotníckych zariadeniach) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249155/1/9789241511216-eng.pdf?ua=1, navštívené 7. marca 2018).

Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. (Usmernenia týkajúce sa optimálnej výživy novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou v krajinách s

nízkymi a strednými príjmami) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2011 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf?ua=1, navštívené 7. marca 2018).

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; (Odporúčania WHO: starostlivosťou počas pôrodu k pozitívnej pôrodnej skúsenosti. Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia) 2018 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf, navštívené 7. marca 2018).

World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global strategy for infant and young child feeding. (Svetová zdravotnícka organizácia, Detský fond OSN: Globálna stratégia výživy dojčiat a malých detí.) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2003 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM a kol. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. (Oneskorené začatie dojčenia a prežitie detí: systematické preskúmanie a meta-analýza.)PLoS One. 2017;12(7):e0180722. doi:10.1371/ journal.pone.0180722.

NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. (Načasovanie začatia dojčenia, vzorce dojčenia a prežitie detí: výhľadová analýza údajov zhromaždených z troch randomizovaných štúdií) Lancet Glob Health. 2016;4(4):e266–75. doi:10.1016/ S2214- 109X(16)00040-1.

The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation (Optimálne trvanie výlučného dojčenia. Správa z odborných konzultácií v Ženeve, Švajčiarsko, 28.–30. marca 2001. Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2011 (WHO/NHD01.09, WHO/FCH/CAH/01.24; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO_NHD_01.09.pdf?ua=1, navštívené 7. marca 2018).

Salmon L. Food security for infants and young children: an opportunity for breastfeeding policy? (Bezpečnosť potravín pre dojčatá a malé deti: príležitosť pre politiku podpory dojčenia? Int Breastfeed J. 2015;10:7. doi:10.1186/s13006-015-0029-6.

Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC a kol., The Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? (Prečo investovať a čo bude potrebné na zlepšenie postupov v oblasti dojčenia? Lancet. 2016;387:491– 504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2.

Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP a kol. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. (Súvislosť medzi dojčením a inteligenciou, dosiahnutým vzdelaním a príjmami v 30 rokoch života jednotlivocov: výhľadová štúdia kohorty s rovnakým dátumom narodenia z Brazílie) Lancet Glob Health. 2015;3:e199–e205. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70002-1.

Colchero MA, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, González de Cosío T. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. (Náklady spojené s nedostatočným dojčením detí v Mexiku) Am J Clin Nutr. 2015;101(3):579–86. doi:10.3945/ajcn.114.092775.

Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, Jegier BJ, Reinhold AG, Colaizy TT a kol. Suboptimal breastfeeding in the United States: maternal and pediatric health outcomes and costs. (Neoptimálne dojčenie v Spojených štátoch amerických: výsledky a náklady v oblasti zdravia matiek a detí.) Matern Child Nutr. 2016;13(1). doi:10.1111/mcn.12366.

Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. (Porovnanie z hľadiska absencie matiek v práci a chorobnosti detí medzi dojčiacimi matkami a matkami používajúcimi dojčenskú výživu v dvoch spoločnostiach) Am J Health Promot. 1995;10(2):148– 153. doi:10.4278/0890-1171-10.2.148.

Dadhich JP, Smoth J, Iellamo A, Suleiman A. Report on carbon footprints due to milk formula: a study from selected countries of the Asia- Pacific Region. (Správa o uhlíkovej stope z dôvodu používania dojčenskej výživy: štúdia z vybraných krajín z ázijsko-tichomorskej oblasti) Dillí: BPNI/IBFAN Asia; 2016 (http://ibfan.org/docs/Carbon-Footprints-Due-to-Milk-Formula.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Infant and young child feeding in emergencies. Operational guidance for emergency relief staff and programme managers, version 3.0 (Kŕmenie dojčiat a malých detí v núdzových situáciách: Prevádzkové usmernenie pre personál a manažérov programu núdzovej pomoci) Oxford: IFE Core Group; 2017 (http://www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017, navštívené 7. marca 2018).

Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breast- feeding. (Spoločné vyhlásenie osobitných spravodajcov OSN o práve na výživu, práve na zdravie, Pracovnej skupiny pre diskrimináciu žien v legislatíve a praxi a Výboru pre práva dieťaťa na podporu zvýšeného úsilia pri propagovaná, podpore a ochrane dojčenia. Ženeva: Úrad vysokého komisára OSN pre ľudské práva; 2016 (http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20871, navštívené 7. marca 2018).

United Nations. Sustainable Development Goals: 17 goals to transform our world (OSN. Ciele udržateľného rozvoja: 17 cieľov k transformácii nášho sveta)
(http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/, navštívené 7. marca 2018).

Detský fond OSN. Údaje UNICEF: monitoring the situation of children and women. Joint UNICEF/WHO database 2016 of skilled health personnel, based on population based national household survey data and routine health systems (Monitorovanie situácie detí a žien. Spoločná databáza UNICEF/WHO z roku 2016 o kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkoch, ktorá vychádza z národných údajov o obyvateľstve z prieskumov domácností a štandardných systémov zdravotníctva) (https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#, navštívené 7. marca 2018).

Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services: a joint WHO/UNICEF statement. (Ochrana, propagovanie a podpora dojčenia: špeciálna úloha pôrodníc: spoločné stanovisko WHO/UNICEF) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 1989 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. (Deklarácia Innocenti o ochrane, propagovaní a podpore dojčenia). New York: Detský fond OSN; 1991

(http://www.who.int/about/agenda/health_development/events/innocenti_declaration_1990.pdf, navštívené 7. septembra 2018).

International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. (Medzinárodný kódex o marketingu náhrad materského mlieka). Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 1981 (http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf, navštívené 7. marca 2018).

The International Code of Marketing of Breast-milk substitures – 2017 update: frequently asked questions. (Medzinárodný kódex o marketingu náhrad materského mlieka: často kladené otázky, aktualizácia z roku 2017) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf?ua=1, navštívené 7. marca 2018).

Svetová zdravotnícka organizácia. Code and subsequent resolutions (Kódex a následné rezolúcie) (http://www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en/, navštívené 7. marca 2018).

Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. (Dôkazy o desiatich krokoch k úspešnému dojčeniu) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 1998 (WHO/ CHD/98.9; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43633/1/9241591544_eng.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Resolution WHA47.5. Infant and young child nutrition. In: Forty-seventh World Health Assembly, Geneva, 2–12 May 1994. Resolutions and decisions, annexes. (Rezolúcia WHA47.5. Výživa novorodencov a malých detí. V rámci: 47. zasadnutia Svetového zdravotníckeho zhromaždenia, Ženeva, 2.-12. mája 1994. Rezolúcie a rozhodnutia, prílohy) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 1994 (http://www.who.int/nutrition/topics/WHA47.5_iycn_en.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Resolution WHA49.15. Infant and young child nutrition. In: Forty-seventh World Health Assembly, Geneva, 20–25 May 1996. Resolutions and decisions, annexes. (Rezolúcia WHA49.15. Výživa novorodencov a malých detí. V rámci: 47. zasadnutia Svetového zdravotníckeho zhromaždenia, Ženeva, 20.-25. mája 1999. Rezolúcie a rozhodnutia, prílohy) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 1996 (http://www.who.int/nutrition/topics/WHA49.15_iycn_en.pdf, navštívené 7. marca 2018).
Innocenti Declaration 2005 on infant and young child feeding (Deklarácia Innocenti 2005 o výžive dojčiat a malých detí), 22. novembra 2005, Florencia, Taliansko. Ženeva: Detský fond OSN; 2005 (http://www.unicef.org/nutrition/files/innocenti2005m_FINAL_ARTWORK_3_MAR.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Baby-friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. (Iniciatíva Baby-friendly Hospital Initiative: revidovaná, aktualizovaná a rozšírená o integrovanú starostlivosť.) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia a Detský fond OSN; 2009 (http://apps.who.int/iris/handle/10665/43593, navštívené 7. marca 2018).

Resolution WHA65.6. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. In: Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 21–26 May 2012. Resolutions and decisions, annexes. (Rezolúcia WHA65.6. Komplexný plán implementácie pre výživu matiek, dojčiat a malých detí. V rámci: 64. zasadnutia Svetového zdravotníckeho zhromaždenia, Ženeva, 21.-26. mája 2013. Rezolúcie a rozhodnutia, prílohy) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2012:12–13 (WHA65/2012/REC/1; http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_resolution_en.pdf, navštívené 7. marca 2018).

World Health Organization. Global targets 2025. To improve maternal, infant and young child nutrition (Svetová zdravotnícka organizácia. Globálne ciele v roku 2025. Zlepšiť výživu matiek, dojčiat a malých detí) (http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/, navštívené 7. marca 2018).

Food and Agriculture Organization of the United Nations, Svetová zdravotnícka organizácia. Second International Conference on Nutrition, Rome, 19–21 November 2014. Conference outcome document: framework for action. (Organizácia pre výživu a poľnohospodárstvo OSN, Svetová zdravotnícka organizácia. Druhá medzinárodná konferencia o výžive, Rím, 19.–21. novembra 2014. Dokument s výstupmi z konferencie: akčný rámec.) Rím: Organizácia pre výživu a poľnohospodárstvo OSN; 2014 (http://www.fao.org/3/a- mm215e.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. United Nations Decade of Action on Nutrition 2016–2025. Frequently asked questions. (Organizácia pre výživu a poľnohospodárstvo OSN, Svetová zdravotnícka organizácia. Dekáda OSN pre opatrenia v oblasti výživy 2016-2025. Často kladené otázky. Rím: Organizácia pre výživu a poľnohospodárstvo OSN; 2016 (http://www.fao.org/3/a-i6137e.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Decision WHA68(14). Maternal, infant and young child nutrition: development of the core set of indicators. In: Sixty-eighth World Health Assembly, Geneva, 18–26 May 2015. Resolutions and decision, annexes (Rozhodnutie WHA68(14). Výživa matiek, dojčiat a malých detí: vytvorenie základného súboru ukazovateľov. V rámci: 68. zasadnutia Svetového zdravotníckeho zhromaždenia, Ženeva, 18.-26. mája 2015. Rezolúcie a rozhodnutia, prílohy. Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2015:94 (WHA68/2015/REC/1;http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_R1_REC1-en.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Indicators for the Global monitoring framework on maternal, infant and young child nutrition. (Ukazovatele pe Globálny rámec monitorovania v oblasti výživy matiek, dojčiat a malých detí). Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2014 (http://www.who.int/nutrition/topics/indicators_monitoringframework_miycn_background.pdf?ua=1,navštívené 7. marca 2018).

Labbok MH. Global Baby-friendly Hospital Initiative monitoring data: update and discussion. (Globálne údaje z monitorovania iniciatívy Baby-friendly Hospital Initiative: aktualizácia a diskusia) Breastfeed Med. 2012;7:210–22. doi:10.1089/bfm.2012.0066.

National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative (Implementácia iniciatívy Baby-friendly Hospital Initiative na národnej úrovni). Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255197/1/9789241512381-eng.pdf?ua=1, navštívené 7. marca 2018).

Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S a kol. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus (Intervenčná štúdia v oblasti podpory dojčenia (PROBIT): randomizovaná štúdia v Bielorusku. JAMA. 2001;285:413–20.

Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review (Vplyv iniciatívy Baby-friendly Hospital

Initiative na dojčenie a výsledky v oblasti zdravia detí: systematické posudzovanie). Matern Child Nutr. 2016;12(3):402–17. doi:10.1111/mcn.12294.

DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding (Vplyv postupov starostlivosti o matky na dojčenie). Pediatrics. 2008;122(Suppl. 2):S43–9. doi:10.1542/peds.2008-1315e.

Saadeh RJ. The Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) 20 years on: facts, progress and the way forward (Iniciatíva Baby-friendly Hospital Initiative: Po dvadsiatich rokoch: fakty, pokrok a ďalšie smerovanie). J Hum Lact. 2012. doi:10.1177/0890334412446690.

Munn AC, Newman SD, Mueller M, Phillips SM, Taylor SN. The impact in the United States of the Baby-friendly Hospital Initiative on early infant health and breastfeeding outcomes (Vplyv iniciatívy Baby-friendly Hospital Initiative na zdravie deti v ranom veku a výsledky v dojčení). Breastfeed Med. 2016;11:222–30. doi:0.1089/bfm.2015.0135.

United Nations Children's Fund, World Health Organization. Country experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative: Compendium of case studies from around the world (Detský fond OSN, Svetová zdravotnícka organizácia: Skúsenosti krajín s iniciatívou Baby-friendly Hospital Initiative: Prehľad prípadových štúdií zo sveta). New York: Detský fond OSN; 2017 (https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Case_Studies_FINAL.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Pan American Health Organization, World Health Organization Regional Office for the Americas. The Baby-friendly Hospital Initiative in Latin America and the Caribbean: current status, challenges, and opportunities (Panamerická zdravotnícka organizácia, Regionálna kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie pre Ameriku. Iniciatíva Baby-friendly Hospital Initiative v Latinskej Amerike a Karibiku: spčasná situácia, výzvy a príležitosti) Washington (DC): Pan American Health Organization;2016 (http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18830/9789275118771_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, navštívené 7. marca 2018).

WHO handbook for guideline development (Príručka WHO na vypracovávanie usmernení), 2. vydanie. Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2014 (http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22083en/s22083en.pdf, navštívené 7. marca 2018).

World Health Organization, United Nations Children's Fund. Baby-friendly Hospital Initiative Congress: 24–26 October 2016 (Svetová zdravotnícka organizácia, Detský fond OSN. Kongres o iniciatíve Baby-friendly Hospital Initiative: 24.-26. októbra 2016). Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2016 (http://www.who.int/nutrition/events/2016_bfhi_congress_24to26oct/en/, navštívené 7. marca 2018).

Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, Haggkvist AP, Hannula L, Ezeonodo A a kol. Neo-BFHI: the Baby-friendly Hospital Initiative for neonatal wards. Three guiding principles to protect, promote and support breastfeeding. Core document with recommended standards and criteria (Neo- BFHI: Iniciatíva Baby-friendly Hospital Initiative pre novorodenecké oddelenia. Tri základné princípy ochrany, propagovania a podpory dojčenia. Základný dokument s odporúčanými štandardmi a kritériami). pracovná skupina Nordic and Quebec Working Group; 2015 (http://epilegothilasmo.gr/wp-content/uploads/2017/04/Neo_BFHI_Core_document_2015_Edition.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding (Účinok obmedzeného používania cumľov pri dojčení fyziologických novorodencov na zvýšenie dĺžky trvania dojčenia). Cochrane Database Syst Rev. 2016(8):CD007202. doi:10.1002/14651858.CD007202.pub4.

Foster JP, Psaila K, Patterson T. Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants (Satie bez prijímania živín ako prostriedok na zvýšenie fyziologickej stability a výživy u predčasne narodených detí). Cochrane Database Syst Rev. 2016;(10):CD001071. doi:10.1002/14651858.CD001071.pub3.

Greene Z, O'Donnell CP, Walshe M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants (Stimulácia ústnej dutiny na podporu perorálneho kŕmenia predčasne narodených detí). Cochrane Database Syst Rev. 2016;(9):CD009720. doi:10.1002/14651858.CD009720.pub2.

Maternal, infant and young child feeding. Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2016. Provisional agenda item 12.1. (Výživa matiek, dojčiat a malých detí. Usmernenie o ukončení nevhodného propagovania stravy pre dojčatá a malé deti. V rámci: 69. zasadnutia Svetového zdravotníckeho zhromaždenia, Ženeva, 23.-28. mája 2015. Predbežný bod programu č. 12.1) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2016 (A69/7 Add 1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7Add1-en.pdf?ua=1, navštívené 7. marca 2018).

World Health Organization, United Nations Children's Fund. Guideline: updates on HIV and infant feeding. The duration of breastfeeding and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV (Svetová zdravotnícka organizácia, Detský fond OSN. Usmernenie: Aktualizované informácie o HIV a kŕmení dojčiat. Dĺžka trvania dojčenia a podpora zo strany služieb zdravotnej starostlivosti pri zlepšovaní postupov v oblasti dojčenia u matiek s vírusom HIV). Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Framework on integrated people-centred health services. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2016. Provisional agenda item 16.1. (Rámec o integrovaných službách zdravotnej starostlivosti s dôrazom na ľudí. V rámci: 69. zasadnutia Svetového zdravotníckeho zhromaždenia, Ženeva, 23.-28. mája 2015. Predbežný bod programu č. 16.1.) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1, navštívené 7. marca 2018).

Smith LJ, Kroeger M. Impact of birthing practices on breastfeeding (Vplyv pôrodných praktík na dojčenie), 2. vydanie. Sudbury: Jones and Bartlett; 2010.

The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth (Prevencia a eliminácia zlého zaobchádzania pri pôrodoch v zariadeniach). Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1,navštívené 7. marca 2018).

Piwoz E Huffmann S. The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO- recommended breastfeeding practices (Vplyv marketingu náhrad materského mlieka na postupy v oblasti dojčenia odporúčané WHO). Food Nutr Bull. 2015;36:373–86. doi:10.1177/0379572115602174.

Breaking the rules stretching the rules 2014. Evidence of violations of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent resolutions compiled from January 2011 to December 2013 (Porušovanie pravidiel, ohýbanie pravidiel 2014. Dôkazy o porušovaní Medzinárodného kódexu o marketingu náhrad materského mlieka a následné uznesenia skompilované od januára 2011 do decembra 2013). Penang: International Baby Food Action Network International Code Documentation Centre; 2014 (http:// www.ibfan-icdc.org/wp-content/uploads/2017/03/1_Preliminary_pages_5-2-2014.pdf, navštívené 7. marca 2018 [Executive summary]).

Baker P, Smith J, Salmon L, Friel S, Kent G, Iellamo A a kol. Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: is an unprecedented infant and young child feeding transition underway? (Globálne trendy a vzorce komerčného predaja mliečnych dojčenských výživ: prebieha proces bezprecedentnej zmeny v kŕmení dojčiat a malých detí? Public Health Nutr. 2016;19(14):2540–50. doi:10.1017/S1368980016001117.

Resolution 39.28. Infant and young child feeding. In: Thirty-ninth World Health Assembly, Geneva, 5–16 May 1986. Resolutions and decisions, annexes. ((Rezolúcia 39.28. Výživa novorodencov a malých detí. V rámci: 39. zasadnutia Svetového zdravotníckeho zhromaždenia, Ženeva, 5.-16. mája 1986. Rezolúcie a rozhodnutia, prílohy). Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 1986 (http://www.who.int/nutrition/topics/WHA39.28_iycn_en.pdf?ua=1, navštívené 7. marca 2018).

US Department of Health and Human Services National Institutes of Health. What are the risk factors for preterm labor and birth? (Ministerstvo zdravotníctva USA a národné inštitúty zdravia. Aké sú rizikové faktory pri predčasných pôrodoch? (https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preterm/conditioninfo/Pages/who_risk.aspx, navštívené 7. marca 2018).

Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. (Okamžitý alebo včasný kontakt koža na kožu po pôrode cisárskym rezom: preskúmanie literatúry. Matern Child Nutr. 2014;10:456–73. doi:10.1111/mcn.12128.

Implications of cesarean delivery for breastfeeding outcomes and strategies to support breastfeeding. (Vplyv pôrodu cisárskym rezom na výsledky v dojčení a stratégie na podporu dojčenia) Washington (DC): Alive & Thrive; 2014 (A&T Technical Brief Issue 8, February 2014; http://aliveandthrive.org/wp-content/uploads/2014/11/Insight-Issue-8-Cesarean-Delivery-English.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Kangaroo mother care: a practical guide. (Klokankovanie: praktická príručka) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2003
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42587/1/9241590351.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Nyqvist KH, Sjoden PO, Ewald U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior (Vývoj správania predčasne narodených detí pri dojčení). Early Hum Dev. 1999;55(3):247–64.

McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL a kol. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies (Podpora zdravým dojčiacim matkám so zdravými deťmi

narodenými v termíne). Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD001141. doi:10.1002/14651858. CD001141.pub5.

Meier PP, Furman LM, Degenhardt M. Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: evidence and management strategies to protect breastfeeding (Riziko zvýšenej laktácie u stredne nezrelých novorodencov a matiek: dôkazy a stratégie na ochranu dojčenia). J Midwifery Womens Health. 2007;52(6):579–87.

Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. (Spôsoby odstriekavania mlieka pre dojčiace ženy). Cochrane Database Syst Rev. 2016;(9):CD006170. doi:10.1002/14651858.CD006170.pub5.

Salvatori G, Guaraldi F. Vplyv dojčenia a kŕmenia umelým mliekom na formovanie črevnej mikrobioty u novorodencov. Front Cell Infect Microbiol. 2012;2:94. doi:10.3389/fcimb.2012.00094.
World Health Organization, United Nations Children's Fund. Acceptable medical reasons for use of breast- milk substitutes. (Svetová zdravotnícka organizácia, Detský fond OSN: Medicínsky akceptovateľné dôvody na použitie náhrad materského mlieka) Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia, 2009. (WHO/NMH/NHD?09.1, WHO/FCH/CAH/09.1;
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/1/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. (Akadémia lekárstva vo oblasti dojčenia. Klinický protokol č. 3.

Prikrmovanie zdravých fyziologických novorodencov, revid. 2017) Breastfeed Med. 2017;12)188– 98. doi:10.1089/bfm.2017.29038.ajk.

World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: guidelines (Svetová zdravotnícka organizácia, Organizácia pre výživu a poľnohospodárstvo OSN: Bezpečná príprava, skladovanie a manipulácia s počiatočnou dojčenskou výživou: usmernenia). Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2007 (http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf, navštívené 7. marca 2018).

DeMarchis A, Israel-Ballard K, Mansen KA, Engmann C. Establishing an integrated human milk banking approach to strengthen newborn care (Zavedenie integrovaného prístupu na základe mliečnych bánk v záujme posilnenia starostlivosti o novorodencov). J Perinatol. 2017;37(5):469– 74. doi:10.1038/jp.2016.198.

Bu'Lock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants (Vývoj koordinácie satia, prehĺtania a dýchania: ultrazvuková štúdia fyziologických novorodencov a predčasne narodených detí). Dev Med Child Neurol. 1990;32:669–78.

Woolridge MW. Problems of establishing lactation (Problémy so spustením laktácie). Food Nutr Bull. 1996;17(4):316–23.

Improving the quality of hospital care for mothers and newborns: coaching manual. POCQI: point-of-care quality improvement (Zvyšovanie kvality nemocničnej starostlivosti o matky a novorodencov. POCQI: zvyšovanie kvality v mieste poskytovania starostlivosti) Naí Dillí: Regionálna kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie pre juhovýchodnú Áziu; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255876/1/9789290225485-eng.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Quality improvement (Zvyšovanie kvality). Rockville (MD): Ministerstvo zdravotníctva USA, Správa zdrojov a služieb v zdravotníctve (Health Resources and Service Administration); 2011 (https://www.hrsa.gov/quality/toolbox/508pdfs/qualityimprovement.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Improving the quality of hospital care for mothers and newborns: learner manual. POCQI: point- of-care quality improvement ((Zvyšovanie kvality nemocničnej starostlivosti o matky a novorodencov: príručka k štúdiu. POCQI: zvyšovanie kvality v mieste poskytovania starostlivosti). Naí Dillí: Regionálna kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie pre juhovýchodnú Áziu; 2017 (https://www.newbornwhocc.org/POCQI-Learner-Manual.pdf, navštívené 7. marca 2018).

Institute for Healthcare Improvement. How to improve (Inštitút pre zlepšenie zdravotnej starostlivosti: Ako zlepšiť situáciu) (http://www.ihi.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx, navštívené 7. marca 2018).

Institute for Healthcare Improvement. Quality Improvement Essentials Toolkit (Inštitút pre zlepšenie zdravotnej starostlivosti. Súbor základných nástrojov na zvyšovanie kvality) (http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx, navštívené 7. marca 2018).

Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies (Monitorovanie základných pilierov v systémoch zdravotníctva: príručka o ukazovateľoch a spôsoboch merania). Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1, navštívené 7. marca 2018).

Quality, Equity, Dignity. A network for improving quality of care for maternal, newborn and child health. Quality of care (Kvalita, rovnosť, dôstojnosť: Sieť pre zvyšovanie kvality starostlivosti o zdravie matiek, novorodencov a detí) (http://www.qualityofcarenetwork.org/network-improve-qoc, navštívené 7. marca 2018).

Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals (Kŕmenie dojčiat a malých detí. Vzorová kapitola pre učebnice pre študentov medicíny a zdravotnícko-technické profesie). Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia; 2009 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/en/, navštívené 7. marca 2018).

Baby-friendly Hospital Initiative: revised updated and expanded for integrated care. Section 3: breastfeeding promotion and support in a Baby-friendly hospital. A 20-hour course for maternity staff (Iniciatíva Baby-friendly Hospital Initiative: revidovaná, aktualizovaná a rozšírená na účely integrovanej starostlivosti. Časť 3: propagovanie a podpora dojčenia v „Baby-friendly“ nemocnici. 20-hodinový kurze pre personál pôrodníc). Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia a Detský fond OSN; 2009.

(http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s3/en/, navštívené 7. marca 2018).

Baird C. Top healthcare stories for 2016: pay-for-performance (Najlepšie príklady v zdravotníctve v roku 2016: platba za výkon. Arlington (VA): Committee for Economic Development (Výbor pre hospodársky rozvoj); 2016 (https://www.ced.org/blog/entry/top-healthcare-stories-for-2016-pay-for-performance, navštívené 7. marca 2018).

Cashin C, Chi YL, Smith P, Borowitz M, Thomson S, redaktori. Paying for performance in healthcare: Implications for health system performance and accountability (Platba za výkon v zdravotníctve: Dôsledky pre výkonov a zodpovednosť v systéme zdravotníctva). Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education; 2014 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf, navštívené 7. marca 2018).

The Breakthrough Series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. (Prelomové momenty: Model spolupráce Inštitútu pre zlepšenie zdravotnej starostlivosti (IHI) na dosiahnutie prelomového zlepšenia: biela kniha IHI Innovation Series. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003 (http://www.ihi.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx,navštívené 7. marca 2018).
DHS Program. Demographic and Health Surveys: Model Woman's Questionnaire (DHS Program. Prieskumy obyvateľstva a zdravia: Vzorový dotazník pre ženy). Rockville (MD): DHS Program; 2017 (https://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSQ7/DHS7-Womans-QRE-EN-07Jun2017-7.pdf, navštívené 7. marca 2018).

United Nations Children's Fund, World Health Organization, 1000 Days, Alive & Thrive. Nurturing the health and wealth of nations: the investment case for breastfeeding (Detský fond OSN, Svetová zdravotnícka organizácia, 1000 dní, Žiť a prospievať. Podpora zdravia a blahobytu národov: investovanie do dojčenia). New York a Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia a Detský fond OSN; 2017 (http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-collective-investmentcase.pdf?ua=1,navštívené 7. marca 2018).

Sinha B, Chowdhury R, Sankar M, Martines J, Teneja S, Mazumder S a kol. Interventions to improve breastfeeding outcomes: systematic review and meta analysis (Opatrenia na zlepšenie výsledkov v dojčení: systematické skúmanie a analýza meta-údajov). Acta Paediatr. 2015;104:114–34. doi:10.1111/apa.13127.

United Nations Children's Fund. The Global Breastfeeding Collective (Detský fond OSN. Globálne združenie pre dojčenie) (https://www.unicef.org/nutrition/index_98470.html, navštívené 7. marca 2018).

Iniciatíva 1000 dní; Základné informácie o materskom mlieku a dojčení pre zdravotníckych pracovníkov: SPS 2016

Dôležité informácie

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

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 (resp. matky a dieťaťa).

Účinnosť
Tento štandardný postup nadobúda účinnosť 1. januára 2020.

Andrea Kalavská
ministerka

Prílohy

Príloha č. 1
KONTRAINDIKÁCIE DOJČENIA

Dojčenie je kontraindikované iba vo výnimočných prípadoch

Absolútne kontraindikácie

- klasická forma galaktozémie s nulovou aktivitou gal-1-uridyltransferázy v erytrocytoch
- v rozvinutých krajinách u detí matiek infikovaných HIV/AIDS
- u detí matiek infikovaných ľudským T-lymfocytotropným vírusom (HTLV1 a 2)

Čiastočné kontraindikácie

- fenylketonúria u dieťaťa (podľa individuálnej tolerancie fenylalanínu)
- pri iných metabolických chybách sa má konzultovať centrum dedičných metabolických chýb
- abúzus drog u matky

Dočasné kontraindikácie

V takýchto prípadoch by mala byť laktácia matky udržiavaná pravidelným odstriekavaním mlieka, ktoré sa vyleje, kým nie je ukončená liečba alebo odstránená zdravotná príčina dočasnej kontraindikácie dojčenia.

- herpes zoster, herpes simplex na prsníku. Z postihnutého prsníka nedojčiť, kým lézia nezmizne, pričom však dieťa môže byť dojčené z druhého prsníka.
- cytomegalovírus − u nedonosených detí séropozitívnych matiek zvážiť prínosy a riziká dojčenia
- ovčie kiahne, ktoré sa objavia do 5 dní pred a 2 dní po pôrode. Matka by teda mala byť od dieťaťa izolovaná, kým pľuzgieriky neprasknú. Dieťaťu by sa mal podať čo najskôr varicela- zosterový imunoglobulín alebo štandardný imunoglobulín. Mlieko matky možno odstriekať a podávať dieťaťu.
- infekcia vírusom chrípky H1N1
- aktívna TBC − deti matiek s čerstvou aktívnou tuberkulóznou infekciou majú byť od matky oddelené dovtedy, kým liečba nezačne pôsobiť a matka už nie je infekčná. Odstriekané mlieko matky je možné podávať dieťaťu. Tieto deti by mali tiež dostať zodpovedajúce očkovanie aj chemoprofylaxiu

Príloha č. 2

ORGANIZÁCIA A ZABEZPEČENIE IMPLEMENÁCIE Štandardného postupu na výkon prevencie: Starostlivosť o matku a novorodenca podľa zásad Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) – podpora vzťahovej väzby a laktácie U POSKYTOVATEĽA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Zdravotnícke zariadenie, ktoré poskytuje ústavnú zdravotnú starostlivosť a prevádzkuje gynekologicko-pôrodnícke pracovisko a neonatologické pracovisko, zabezpečuje:

1. Funkčnosť pracovnej skupiny zostavenej zo zástupcov vedenia ZZ, gynekologicko-pôrodníckeho oddelenia a novorodeneckého oddelenia, ktorí sú zodpovední za implementáciu Štandardného postupu - BFHI v ZZ, vykonávanie priebežného interného hodnotenia v ZZ a odosielanie on-line dotazníka na MZ SR.
2. Funkčnosť dátovej vety pre NCZI a zdravotné poisťovne pre vyhodnocovanie indikátorov kvality priebežným odosielaním údajov:
   a) VČASNÉ ZAČATIE DOJČENIA v Správe o novorodencovi v 4. časti „Prepustenie, preloženie, úmrtie“ v položke „Výživa“: „Začatie dojčenia do 1h“ – zápisom áno/nie
   b) VÝLUČNÉ DOJČENIE v Správe o novorodencovi v 4. časti „Prepustenie, preloženie, úmrtie“ v položke „Výživa“: 1 materské mlieko, 2 mlieko z banky, 3 parenterálna, 4 umelá, 5 žiadna“ - vyznačením VÝŽIVY NOVORODENCA POČAS CELEJ HOSPITALIZÁCIE (aj viacero spôsobov výživy).
3. Zápis údajov VČASNÉ ZAČATIE DOJČENIA a VÝLUČNÉ DOJČENIE do Záznamu o novorodencovi podľa PROTOKOLU Monitorovanie indikátorov dodržiavania Štandardného postupu MZ SR na výkon prevencie: Starostlivosť o matku a novorodenca podľa zásad Baby Friendly Hospital Initiative – podpory vzťahovej väzby a laktácie. (Príloha č. 4 a Príloha č. 4.1).
4. Aby najmenej jeden zdravotnícky pracovník v zdravotníckom povolaní lekár alebo pôrodná asistentka alebo sestra disponoval osvedčením o absolvovaní sústavného akreditovaného vzdelávania „Príprava profesionálneho laktačného konzultanta“.
5. V rámci informovaného súhlasu a poučenia, ktoré matka po pôrode absolvuje podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, aby ošetrujúci zdravotnícky pracovník preukázateľne poučil matku o výhodách dojčenia, ZZ má možnosť matke odovzdať vytlačenú INFORMÁCIU PRE MATKU (Príloha č. 5).

Príloha č. 3

VSTUPNÉ A PRIEBEŽNÉ INTERNÉ HODNOTENIE ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA

Tabuľka č. 3

VSTUPNÉ A PRIEBEŽNÉ INTERNÉ HODNOTENIE ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA PODĽA ŠTANDARDNÉHO POSTUPU PRE VÝKON PREVENCIE		
ŠTANDARDNÝ POSTUP NA VÝKON PREVENCIE STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD INICIATÍVY BABY FIRENDLY HOSPITAL INITIATIVE – PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE		
ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE :	DÁTUM HODNOTENIA : HODNOTENÉ OBDOBIE OD - DO :	HODNOTENIE VYKONAL ZA GYN.-PÔR. PRACOVISKO : MENO, PRIEZVISKO, TITULY A FUNKCIA :
NÁZOV PRACOVISKA : MENO, PRIEZVISKO, TITULY A FUNKCIA ZODPOVEDNÉHO VEDÚCEHO PRACOVNÍKA GYN. - PÔR. PRACOVISKA : Tel.: číslo: .....E-mailová adresa: ..... MENO, PRIEZVISKO, TITULY A FUNKCIA ZODPOVEDNÉHO VEDÚCEHO PRACOVNÍKA NEONATOLOGICKÉHO PRACOVISKA : Tel.: číslo: .....E-mailová adresa:		Tel.: číslo:..... E-mailová adresa:..... HODNOTENIE VYKONAL ZA NEONATOLOGICKÉ PRACOVISKO : MENO, PRIEZVISKO, TITULY A FUNKCIA: Tel.: číslo:..... E-mailová adresa:.....
POZNÁMKA :		

Tabuľka č. 4:

VSTUPNÉ A PRIEBEŽNÉ INTERNÉ HODNOTENIE ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA PODĽA ŠTANDARDNÉHO POSTUPU PRE VÝKON PREVENCIE						
ŠTANDARDNÝ POSTUP NA VÝKON PREVENCIE STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD INICIATÍVY BABY FIRENDLY HOSPITAL INITIATIVE – PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE						
POLOŽKA	**KRITÉRIUM PRE ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE**	**ZODPOVEDNÉ PRACOVISKO**	**SPÔSOB OVERENIA**	**SPÔSOB HODNOTENIA**	**HODNOTENIE ZDRAVOTNÍC-KEHO ZARIADENIA (VYZNAČTE)**	**HODNOTENIE**
1	Umožňujete okamžitý a neprerušovaný kontakt matky a dieťaťa koža na kožu?	Gyn.-pôrodnícke /Neonatologické odd.	Zdravotná dokumentá-cia	Percento fyziologických novorodencov, ktorým bol umožnený kontakt koža na kožu okamžite, alebo do 5 minút po narodení, pričom tento kontakt trval hodinu a viac.	≥ 80 % < 80% ale ≥ 70 % < 70 % ale ≥ 60 % < 60 % ale ≥ 50 % < 50 % ale ≥ 30 % < 30 % ale ≥ 20 % < 20 %	10 bodov 8 bodov 6 bodov 4 body 2 body 1 body 0 bodov
2	Umožňujete včasné začatie dojčenia?	Gyn.-pôrodnícke /Neonatologické odd.	Zdravotná dokumentá-cia	Percento fyziologických novorodencov, ktorí boli priložení k prsníku (začatie dojčenia) do jednej hodiny po narodení.	≥ 80 % < 80% ale ≥ 70 % < 70 % ale ≥ 60 % < 60 % ale ≥ 50 % < 50 % ale ≥ 30 % < 30 % ale ≥ 20 % < 20 %	10 bodov 8 bodov 6 bodov 4 body 2 body 1 body 0 bodov

Tabuľka č. 4 (pokračovanie):

POLOŽKA	KRITÉRIUM PRE ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE	ZODPOVEDNÉ PRACOVISKO	SPÔSOB OVERENIA	SPÔSOB HODNOTENIA	HODNOTENIE ZDRAVOTNÍC-KEHO ZARIADENIA (VYZNAČTE)	HODNOTENIE
3	Umožňujete matkám a ich deťom zostať spolu a praktizovať systém rooming-in 24 hodín denne?	Gyn.-pôrodnícke /Neonatologické odd.	Zdravotná dokumentá-cia	Percento matiek fyziologických novorodencov, ktorých deti boli s nimi hneď od pôrodu a neboli od nich odlúčené na viac než jednu hodinu.	≥ 80 % < 80% ale ≥ 70 % < 70 % ale ≥ 60 % < 60 % ale ≥ 50 % < 50 % ale ≥ 30 % < 30 % ale ≥ 20 % < 20 %	10 bodov 8 bodov 6 bodov 4 body 2 body 1 body 0 bodov
4	Nepodávate dojčeným novorodencom žiadnu inú stravu alebo žiadne iné tekutiny než materské mlieko, pokiaľ to nie je lekársky indikované?	Neonatologické odd.	Zdravotná dokumentá-cia	Percento detí (predčasne narodených aj fyziologických novorodencov), ktoré počas svojho pobytu v zdravotníckom zariadení prijí-mali len materské mlieko (buď od vlastnej matky alebo z mliečnej banky).	≥ 80 % < 80% ale ≥ 70 % < 70 % ale ≥ 60 % < 60 % ale ≥ 50 % < 50 % ale ≥ 30 % < 30 % ale ≥ 20 % < 20 %	10 bodov 8 bodov 5 bodov 4 body 3 body 2 body 1 bod
5	Máte vytvorený systém priebežného monitorovania a vyhodnocovania údajov?	Gyn.-pôrodnícke /Neonatologické odd.	Protokol	Existencia protokolu pre priebežný systém monitorovania údajov a vyhod-nocovania výsledkov.	existencia protokolu chýbajúci protokol	5 bodov 0 bodov
6	Máte písomne vypracovanú stratégiou v oblasti kŕmenia dojčiat?	Gyn.-pôrodnícke /Neonatologické odd.	Verejne dostupný dokument	Existencia písomnej stratégie v oblasti kŕmenia dojčiat, ktorej predmetom je implementácia štandardného postupu MZ SR - podpora dojčenia a vzťahovej väzby.	existencia stratégie chýbajúca stratégia	5 bodov 0 bodov
7	Absolvovali matky fyziologických a predčasne narodených novorodencov, predpôrodnú prípravu o dojčení?	Gyn.-pôrodnícke odd.	Zdravotná dokumentá-cia	Percento matiek fyziologických a predčasne narodených novorodencov, ktoré v rámci prenatálnej starostlivosti absolvovali predpôrodnú prípravu o dojčení. (Týka sa len matiek, ktoré absolvovali prenatálnu starostlivosť vo vašom zariadení).	≥ 80 % < 80% ale ≥ 70 % < 70 % ale ≥ 60 % < 60 % ale ≥ 50 % < 50 % ale ≥ 30 % < 30 %	5 bodov 4 body 3 body 2 body 1 bod 0 bodov

Tabuľka č. 4 (pokračovanie):

POLOŽKA	KRITÉRIUM PRE ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE	ZODPOVEDNÉ PRACOVISKO	SPÔSOB OVERENIA	SPÔSOB HODNOTENIA	HODNOTENIE ZDRAVOTNÍC-KEHO ZARIADENIA (VYZNAČTE)	HODNOTENIE
8	Absolvovali zdravotnícki pracovníci, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú alebo novorodenec-kú starostlivosť vzdelávanie a odbornú prípravu v oblasti dojčenia počas predchádza-júcich 2 rokov?	Gyn.-pôrodnícke /Neonatologické odd.	Preukázateľ-ne	Percento zdravotníckych pracovníkov, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú, resp. novorodeneckú starostlivosť, ktorí absolvovali v oblasti dojčenia odbornú prípravu (možnosti sú uvedené v štandarde) v období predchádzajúcich 2 rokov.	≥ 80 % < 80% ale ≥ 70 % < 70 % ale ≥ 60 % < 60 % ale ≥ 50 % < 50 % ale ≥ 30 % < 30 %	5 bodov 4 body 3 body 2 body 1 bod 0 bodov
9	Podporujete matky v začatí dojčenia a v pokračovaní s dojčením, ako aj pri riešení bežných problémov s dojčením?	Gyn.-pôrodnícke /Neonatologické odd.	Zdravotná dokumentá-cia a Dotazník matiek	Percento dojčiacich matiek fyziologických novorodencov, ktoré dokážu predviesť, ako si majú priložiť dieťa k prsníku, opísať aspoň dva signály hladu, správne pred-viesť alebo opí-sať, ako si majú odstriekavať mlieko.	≥ 80 % < 80% ale ≥ 70 % < 70 % ale ≥ 60 % < 60 % ale ≥ 50 % < 50 % ale ≥ 30 % < 30 %	5 bodov 4 body 3 body 2 body 1 bod 0 bodov
10	Poskytujete matkám pri prepustení do domáceho prostredia informáciu o možnosti mať včasný prístup k pokračujúcej podpore dojčenia.	Neonatologické odd.	Zdravotná dokumentá-cia	Percento matiek predčasne narodených a fyziologických novorodencov, ktoré boli infor-mované, kde majú poprepuste-ní prístup k po-kračujúcej podpore dojčenia.	≥ 80 % < 80% ale ≥ 70 % < 70%	5 bodov 1 bod 0 bodov

Tabuľka č. 5:

VSTUPNÉ A PRIEBEŽNÉ INTERNÉ HODNOTENIE ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA PODĽA ŠTANDARDNÉHO POSTUPU NA VÝKON PREVENCIE

ŠTANDARDNÝ POSTUP NAVÝKON PREVENCIE:
STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD
BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE - PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE

I. HODNOTIACA ŠKÁLA VSTUPNÉHO A PRIEBEŽNÉHO INTERNÉHO HODNOTENIA ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA :

70 bodov .....OPTIMÁLNE PLNENIE
60 - 69 bodov.....VYSOKÉ PLNENIE
46 - 59 bodov .....ČIASTOČNÉ PLNENIE
30 - 45 bodov.....NÍZKE PLNENIE
0 - 29 bodov..... NEVYHOVUJÚCE PLNENIE

II. VSTUPNÉ INTERNÉ HODNOTENIE VYKONÁVA ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE ZA OBDOBIE POSLEDNÝCH 3 MESIACOV A ZASIELA NA MZ SR V TERMÍNE do 10.10.2019 online formou (https://www.standardnepostupy.sk/BFHI)

III. PRIEBEŽNÉ INTERNÉ HODNOTENIE VYKONÁVA ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE (PODĽA ČASOVÉHO HARMONOGRAMU K 10. DŇU NASLEDUJÚCEHO MESIACA A ZASIELA NA MZ SR online formou (https://www.standardnepostupy.sk/BFHI), KTORÉ DOSIAHLO:

a) 0 - 29 bodov..... á 2 mesiace
b) 30 - 45 bodov..... á 3 mesiace
c) 46 - 59 bodov..... á 4 mesiace
d) 60 - 70 bodov..... á 6 mesiacov

IV. Ak VSTUPNÝM ALEBO PRIEBEŽNÝM INTERNÝM HODNOTENÍM ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE ZÍSKALO **60 BODOV A VIAC** v plnení štandardného postupu, MZ SR zakladá predpoklad KLINICKÉHO AUDITU. V prípade POTVRDENEJ ZHODY AJ VYDANIE CERTIFIKÁTU O DODRŽIAVANÍ ŠTANDARDNÉHO POSTUPU podľa § 9b až 9d zákona č. 139/2019 Z. z. ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony.

V. Ak zdravotnícke zariadenie zabezpečuje poskytovanie len intenzívnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore neonatológia, potom VSTUPNÉ A PRIEBEŽNÉ INTERNÉ HODNOTENIE dodržiavania kritérií BFHI sa bude posudzovať osobitne.

Príloha č. 4

PROTOKOL

Monitorovanie indikátorov v zdravotníckom zariadení vo veci dodržiavania Štandardného postupu na výkon prevencie: Starostlivosť o matku a novorodenca podľa zásad Baby-friendly Hospital Initiative – podpora vzťahovej väzby a laktácie.

Cieľom protokolu je priebežné monitorovanie dodržiavania štandardného postupu MZ SR pre BFHI (ďalej len „ŠP – BFHI").

Zodpovedný: Pracovná skupina (ďalej len „PS") na koordináciu činností súvisiacich s plnením ŠP – BFHI zriadená v príslušnom zdravotníckom zariadení (ďalej len „ZZ").

Členovia PS: Zástupcovia vedenia ZZ, gynekologicko-pôrodníckeho oddelenia a novorodeneckého oddelenia zodpovední za implementáciu ŠP – BFHI v ZZ, vykonávanie priebežného interného hodnotenia v ZZ a odosielanie on-line dotazníka na MZ SR.

Frekvencia stretnutí PS: Optimálne vždy pri vypracúvaní interného hodnotenia ZZ podľa prílohy č. 3 ŠP – BFHI, najmenej raz za 6 mesiacov.

Zápis zo stretnutia PS: Prezenčná listina - zúčastnení, téma, závery a odporúčania.

INDIKÁTORY

SENTINELOVÉ INDIKÁTORY:

- **Včasné začatie dojčenia** - % fyziologických novorodencov, ktorí boli priložení k prsníku do jednej hodiny po narodení.
- **Výlučné dojčenie** - % detí (predčasne narodených aj fyziologických novorodencov), ktoré počas svojho pobytu v ZZ prijímali len materské mlieko (buď od vlastnej matky alebo z mliečnej banky).

Cieľová hodnota: ≥80%.

Zdroj informácií: Zdravotná dokumentácia novorodenca.

Zápis: jednotný a presný záznam údajov umožní exaktné vyhodnotenie indikátorov pri internom hodnotení zdravotníckeho zariadenia a pri klinickom audite.

Spôsob zápisu:

A.1. včasného začatia dojčenia

- do dekurzu novorodenca – zápis o priložení/nepriložení dieťaťa k prsníku matky do 1 hodiny po narodení.
- do tlačiva „Záznam o novorodencovi" *(do nepoužívaného okienka „BCG očkovanie" viď vzor v prílohe č. 4.1).*
    - *ak novorodenec bol priložený k prsníku matky do 1 hodiny po narodení zapíše sa text „BFHI - VČASNÉ ZAČATIE DOJČENIA - ÁNO"*
    - *ak novorodenec nebol priložený k prsníku matky do 1 hodiny po narodení zapíše sa text „BFHI - VČASNÉ ZAČATIE DOJČENIA - NIE".*

A.2. výlučného dojčenia

- v dekurze novorodenca - záznamy o kŕmení novorodenca počas celého pobytu v ZZ musia potvrdzovať výlučné/nevýlučné dojčenie novorodenca
- do tlačiva „Záznam o novorodencovi" *(do nepoužívaného okienka „BCG očkovanie" viď vzor v prílohe č. 4.1).*

- *ak novorodenec počas svojho pobytu v ZZ prijímal len materské mlieko (buď od vlastnej matky alebo z mliečnej banky) zapíše sa pri prepustení text „BFHI – VÝLUČNÉ DOJČENIE - ÁNO“*
- *ak novorodenec počas svojho pobytu v ZZ prijal čo len 1x inú potravu ako materské mlieko (formula, voda, čaj,...) zapíše sa pri prepustení text „BFHI – VÝLUČNÉ DOJČENIE - NIE“ .*

Frekvencia vyhodnocovania: Priebežne v rámci interného hodnotenia ZZ podľa prílohy č. 3 ŠP – BFHI, ktoré ZZ zasiela on-line dotazníkom na MZ SR.

Procesné indikátory kľúčových klinických postupov

1. Percento (%) matiek fyziologických a predčasne narodených novorodencov, ktoré v rámci prenatálnej zdravotnej starostlivosť v ZZ absolvovali predpôrodnú prípravu o dojčení.
2. Percento (%) matiek fyziologických novorodencov, ktorým bol umožnený kontakt matky a dieťaťa koža na kožu okamžite alebo do 5 minút po narodení, pričom tento kontakt trval hodinu a viac.
3. Percento (%) dojčiacich matiek fyziologických novorodencov, ktoré dokážu predviesť, ako si majú priložiť dieťa k prsníku, aby sa mohlo prisať a začať prijímať mlieko.
4. Percento (%) dojčiacich matiek fyziologických novorodencov, ktoré dokážu uviesť aspoň dva ukazovatele, či dojčené dieťa prijíma dostatočné množstvo mlieka.
5. Percento (%) matiek dojčiacich predčasne narodených a fyziologických novorodencov, ktoré dokážu správne predviesť alebo opísať, ako si majú odstriekavať mlieko.
6. Percento (%) matiek fyziologických novorodencov, ktorých deti boli s nimi hneď od pôrodu a neboli od nich odlúčené na viac než jednu hodinu.
7. Percento (%) dojčiacich matiek fyziologických novorodencov, ktoré dokážu opísať aspoň dva signály hladu dojčiat.
8. Percento (%) dojčiacich matiek predčasne narodených a fyziologických novorodencov, ktoré uvádzajú, že boli poučené o rizikách používania dojčenských fliaš a cumľov.
9. Percento (%) matiek predčasne narodených a fyziologických novorodencov, ktoré uvádzajú, že pracovník ZZ ich informoval o možnostiach, kde po prepustení zo ZZ majú prístup k pokračujúcej podpore v dojčení.

Cieľová hodnota: ≥80%.
Zdroj informácií: Rozhovor s matkami pri prepustení, dotazník ZZ, zdravotné záznamy.
Počet dotazovaných matiek: Najmenej 20.
Frekvencia vyhodnocovania: Priebežne v rámci interného hodnotenia ZZ podľa prílohy č. 3 ŠP – BFHI, ktoré ZZ zasiela on-line dotazníkom na MZ SR.

Indikátory riadiacich postupov (cieľové hodnoty)

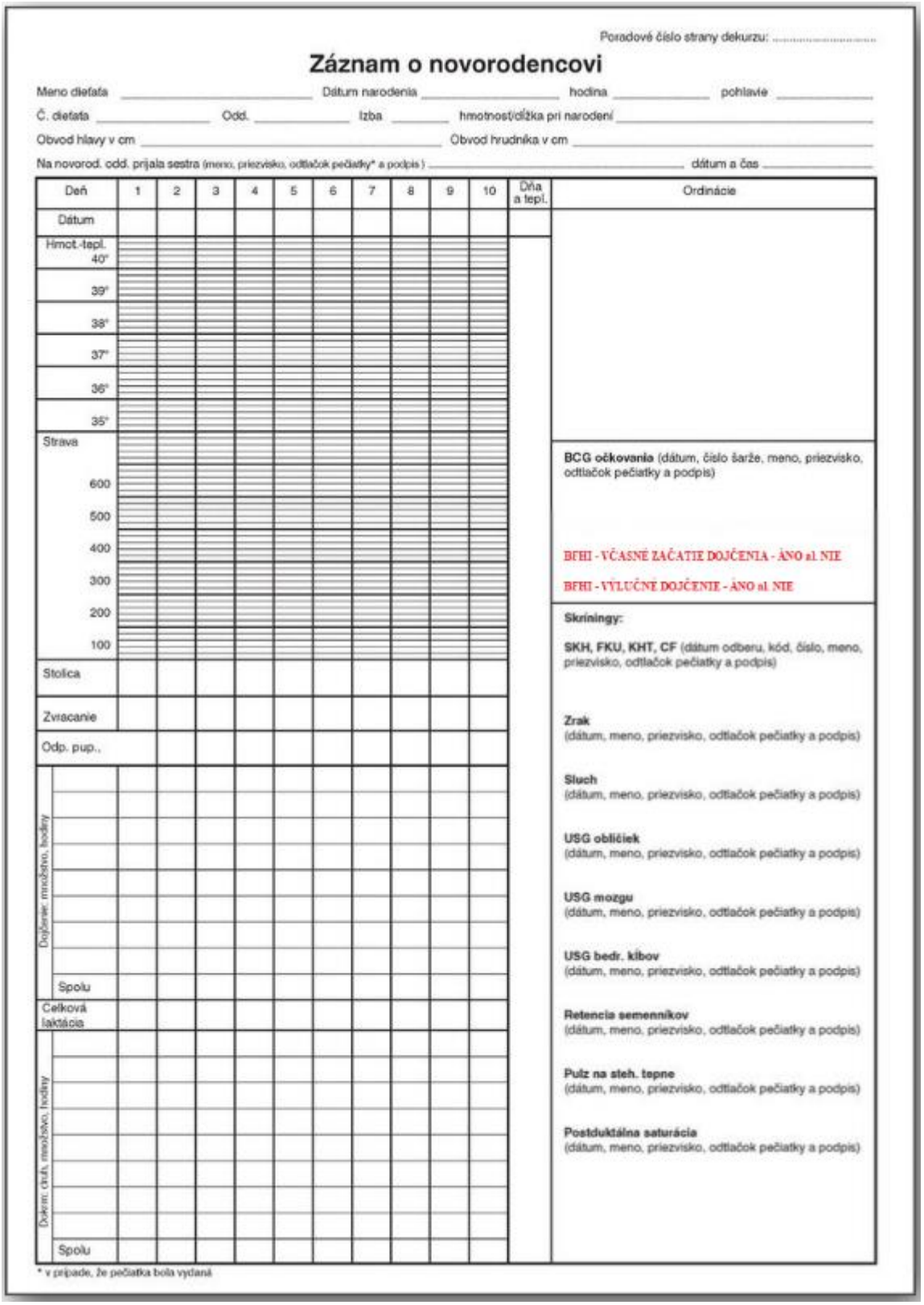
1. Kontrola dokumentácie v obstarávaní v ZZ dokazuje, že všetky náhrady materského mlieka, dojčenské fľaše a cumle používané v ZZ boli obstarané prostredníctvom bežných predajných kanálov a neboli poskytnuté formou darcovských alebo dotovaných dodávok.
2. Pozorovania ukazujú, že v ZZ nie sú vystavované produkty podliehajúce Medzinárodnému Kódexu marketingu náhrad materského mlieka (ďalej len „Kódex“) alebo predmety s logom spoločností vyrábajúcich náhrady materského mlieka, dojčenské fľaše a cumle alebo názvy výrobkov, na ktoré sa vzťahuje Kódex.
3. Posúdenie písomnej stratégie kŕmenia dojčiat ukazuje, že stratégia opisuje dodržiavanie Kódexu zo strany ZZ, vrátane obstarávania náhrad materského mlieka, neprijímania podpory

alebo darov od výrobcov alebo distribútorov produktov podliehajúcich Kódexu a neposkytovania vzoriek náhrad materského mlieka, dojčenských fliaš alebo cumľov matkám.

4. Percento (%) zdravotníckych pracovníkov, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú a novorodeneckú starostlivosť a dokážu vysvetliť aspoň dva prvky Kódexu. (cieľová hodnota ≥80%).
5. Posúdenie strategickej dokumentácie v ZZ ukazuje existenciu písomnej stratégie v oblasti kŕmenia dojčiat, ktorej predmetom je implementácia všetkých ôsmich kľúčových klinických postupov podľa Desiatich krokov a Kódexu vrátane pravidelného hodnotenie spôsobilostí, ktorá je umiestnená na viditeľnom mieste a voľne dostupná tehotným ženám, matkám a ich rodinám.
6. Posúdenie klinických protokolov a štandardov týkajúcich sa dojčenia a kŕmenia detí ukazuje zosúladenie so štandardmi BFHI a aktuálnymi usmerneniami založenými na dôkazoch.
7. Percento (%) klinických (zdravotníckych) pracovníkov, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú alebo novorodeneckú starostlivosť a ktorí dokážu vysvetliť aspoň dva prvky stratégie v oblasti kŕmenia dojčiat, ktoré majú vplyv na ich úlohu v ZZ. (cieľová hodnota ≥ 80%).
8. Posúdenie strategickej dokumentácie v ZZ ukazuje existenciu protokolu pre priebežný systém monitorovania a správy údajov, ktoré sú v súlade s ôsmymi kľúčovými klinickými postupmi.
9. Dokumentácia harmonogramu stretnutí dokazuje frekvenciu stretnutí klinických pracovníkov ZZ na účely posúdenia implementácie v systéme ZZ najmenej raz za 6 mesiacov.
10. Percento (%) zdravotníckych pracovníkov, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú a novorodeneckú starostlivosť, ktorí absolvovali v oblasti dojčenia odbornú prípravu pred nástupom do zamestnania alebo školenia v rámci zamestnania počas predchádzajúcich 2 rokov (cieľová hodnota ≥80%).
11. Percento (%) zdravotníckych pracovníkov, ktorí uvádzajú, že počas predchádzajúcich dvoch rokov absolvovali hodnotenie spôsobilosti v oblasti dojčenia (cieľová hodnota ≥80%).
12. Percento (%) členov zdravotníckych zamestnancov, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú alebo novorodeneckú starostlivosť, ktorí dokážu správne odpovedať na tri zo štyroch otázok o znalostiach v oblasti dojčenia a zručnostiach v oblasti podpory dojčenia. (cieľová hodnota ≥ 80%).
13. Počet krokov, ktoré absolvovali hodnotenie spôsobilosti v oblasti dojčenia (cieľová hodnota ≥80%).
14. Percento (%) členov zdravotníckych zamestnancov, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú alebo novorodeneckú starostlivosť, ktorí dokážu správne odpovedať na tri zo štyroch otázok o znalostiach v oblasti dojčenia a zručnostiach v oblasti podpory dojčenia. (cieľová hodnota ≥ 80%).

Frekvencia vyhodnocovania: Priebežne. Riadiace postupy sa posudzujú vždy pri poklese sentinelových ukazovateľov pod požadovanú úroveň.

Príloha č. 4.1
ZÁZNAM O NOVORODENCOVI



Poradové číslo strany dekurzu: .....

Záznam o novorodencovi

Meno dieťaťa _____ Dátum narodenia _____ hodina _____ pohlavie _____

Č. dieťaťa _____ Odd. _____ Izba _____ hmotnosť/dĺžka pri narodení _____

Obvod hlavy v cm _____ Obvod hrudníka v cm _____

Na novorod. odd. prijala sestra (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky* a podpis) _____ dátum a čas _____

Deň	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dňa a tepl.	Ordinácie
Dátum												
Hmot.-tepl. 40°												
39°												
38°												
37°												
36°												
35°												
Strava												**BCG očkovanie** (dátum, číslo šarže, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
600												
500												
400												BFHI - VČASNÉ ZAČATIE DOJČENIA - ÁNO alebo NIE
300												BFHI - VÝLUČNÉ DOJČENIE - ÁNO alebo NIE
200												**Skríningy:**
100												**SKH, FKU, KHT, CF** (dátum odberu, kód, číslo, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
Stolica												
Zvracanie												**Zrak** (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
Odp. pup.,												**Sluch** (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
Dojčenie: množstvo, hodiny												**USG obličiek** (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
												USG mozgu (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
												USG bedr. kĺbov (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
												Retencia semenníkov (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
												Pulz na steh. tepne (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
												Postduktálna saturácia (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
Spolu												
Celková laktácia												
Dokrm: druh, množstvo, hodiny												
Spolu												

* v prípade, že pečiatka bola vydaná

Príloha č. 5

INFORMÁCIA PRE MATKU O VÝZNAME DOJČENIA A RIZIKÁCH KŔMENIA UMELOU MLIEČNOU FORMULOU

Dojčenie patrí medzi najvýznamnejšie intervencie s **celoživotným vplyvom na zdravie** všetkých novorodencov, dojčiat, malých detí a ich matiek.

Materské mlieko je **unikátna tekutina**, ktorá obsahuje v optimálnom množstve všetko, čo dieťa v prvých šiestich mesiacoch potrebuje.

Proteíny a iné látky materského mlieka podporujú **vývoj mozgu** a pomáhajú **imunitným procesom** v ochrane dieťaťa pred infekciami. Dojčené deti majú menšie riziko závažných infekcií dýchacích ciest, zápalov stredného ucha a zažívacieho systému (hnačiek). Dojčenie chráni dojčatá pred **vznikom syndrómu náhleho úmrtia.**

Z dlhodobého hľadiska jedinci v detstve dojčení majú v dospelosti **znížené riziko** vzniku obezity, cukrovky, vysokého krvného tlaku, celiakie, alergie, chronických zápalových ochorení čriev, leukémie a mnohých ďalších **akútnych aj chronických ochorení**, ktoré výrazne skracujú dĺžku života.

Dojčené deti majú **priaznivejší pohybový aj psychický vývoj**, vyššie IQ a lepšie školské schopnosti. Z psychologického a sociálneho hľadiska význam dojčenia spočíva v tom, že počas priameho fyzického kontaktu dieťaťa s matkou pri dojčení sa posilňuje ich vzájomná **vzťahová väzba**, čo má pozitívny vplyv na život dieťaťa z hľadiska vývoja reči, správania, pocitu uspokojenia a bezpečia a utvárania vzťahov s inými ľuďmi.

Pri dojčení sa **symetricky formuje hlava, tvár** dieťaťa, ale aj vnútorné zubné oblúky, ktoré majú vplyv rast mliečnych aj trvalých zubov. Okrem **prevencie porúch zhryzu** tieto faktory ovplyvňujú **reč,** najmä správnu výslovnosť.

Dojčenie vplýva aj **zdravie matky**. Po pôrode urýchľuje **sťahovanie maternice**, čím znižuje intenzitu krvácania a chráni matku pred **popôrodnou depresiou**. Z dlhodobého hľadiska dlhšie dojčenie **chráni matku** pred rizikom vzniku cukrovky, **metabolickým syndrómom, ochorením srdca, kĺbov, ale aj rakoviny prsníka, vaječníkov** a osteoporózy.

Dojčenie má významný vplyv na **finančné náklady rodín**. Týka sa jednak priamych nákladov na **umelé mlieko**, ale aj nepriamych nákladov, ktoré súvisia s častejším lekárskym ošetrením, užívaným liekov, hospitalizáciou a častejšiu **práceneschopnosťou** rodičov nedojčených detí.

Z **ekologického hľadiska** predstavuje dojčenia udržateľný, obnoviteľný zdroj, ktorý **neprodukuje žiadny odpad**. Na druhej strane produkty umelej mliečnej výživy produkujú odpad, vyžadujú drahé balenie, dopravu a spotrebujú vodu a energiu na prípravu.

Nakoniec je potrebné pripomenúť aj nezanedbateľný **praktický význam dojčenia**, keď si uvedomíme, že materské mlieko je vždy čerstvé, zloženie je prispôsobené potrebám dieťaťa, má optimálnu teplotu a je okamžite k dispozícii.

Tabuľka č. 6:

Riziká vyplývajúce z rozhodnutia nedojčiť a kŕmiť dieťa umelou mliečnou formulou	
	ŠTANDARDNÝ POSTUP NA VÝKON PREVENCIE: STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD INICIATÍVY BABY- FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE - PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE
Riziká pre dieťa	**Riziká pre matku**
častejšie infekcie tráviaceho a dýchacieho traktu, infekcií uší a močových ciest a pod.	vyššie riziko popôrodného krvácania a pomalšie zavinovanie maternice
vyššie riziko chronických neinfekčných ochorení (cukrovky prvého a druhého typu, alergie), vysokého krvného tlaku a rakoviny (lymfómu, leukémie a Hogkinovej choroby)	vyššie riziko popôrodnej depresie
vyššie riziko syndrómu náhleho úmrtia dojčiat	kratšie intervaly medzi pôrodmi a vyššie krvné straty počas menštruácie
vyššie riziko podvýživy v populácii s nižším príjmom	oneskorený návrat k hmotnosti pred tehotenstvom
vyššie riziko nadváhy a obezity so vznikom kardiovaskulárnych komplikácií, ktoré môžu viesť k skráteniu dĺžky života	vyššie riziko rakoviny prsníka a vaječníkov
vyššie riziko chybného zubného zhryzu	vyššie riziko metabolického syndrómu a ochorení srdca
horšie ukazovatele vývoja mozgu, horšie školské schopnosti	vyššie riziko osteoporózy a zlomeniny krčka stehnovej kosti po menopauze

Ďalšie nevýhody kŕmenia umelým mliekom pre ženu, rodinu a spoločnosť:

- **Náklady na nákup** umelého mlieka, fliaš, cumľov, sterilizačných pomôcok, vody a energie.
- **Čas potrebný na prípravu** umelého mlieka uberá matke čas, ktorý by mohla venovať súrodencom dojčaťa či iným rodinným záležitostiam.
- Zvýšené náklady na zdravotné a sociálne služby pre rodinu.
- Dlhšia absencia rodičov v zamestnaní.
- Významné **národné ekonomické straty**.
- Vyššie **výdavky na energiu, produkcia odpadu** a z toho vyplývajúce dôsledky pre životné prostredie.
- Sušené **detské formuly** nie sú sterilnými výrobkami a existujú dôkazy o možnej **kontaminácii** potenciálne nebezpečnými baktériami pri ich výrobe. K ďalšej kontaminácii môže dôjsť pri manipulácii s formulou, skladovaní a príprave formuly.
- **Nepriaznivý vplyv na formovanie vzťahovej väzby medzi matkou a dieťaťom** – matky ktoré kŕmia dieťa formulou by mali byť povzbudzované, aby počas kŕmenia boli s dieťaťom v čo najtesnejšom kontakte (podľa možnosti aj v kontakte koža na kožu) a pokiaľ je možné, aby kŕmenie nezverovali nikomu inému než rodičovi.

Zdroj: Cesar G Victora, Rajiv Bahl, Aluísio J D Barros, Giovanny V A França, Susan Horton, Julia Krasevec, Simon Murch, Mari Jeeva Sankar, Neff Walker, Nigel C ollins. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms and lifelong effect. The Lancet , Volume 387, Issue 10017, 475 – 490

Príloha č. 6

Príloha č. 6

KLINICKÝ AUDIT

ŠTANDARDNÝ POSTUP MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR

STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD INICIATÍVY BABY FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE

Auditový list

ŠTANDARDNÝ POSTUP NA VÝKON PREVENCIE:
STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD INICIATÍVY
BABY- FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE - PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE

Položka	Kľúčový klinický postup	Ukazovateľ Kritérium	Spôsob overenia	Doplňujúce zdroje informácií	Zhoda (%)	Nezhoda - Poznámky
V1	Diskutovať o význame a manažmente dojčenia s tehotnými ženami a ich rodinami. (Krok 3)	Percento matiek fyziologických a predčasne narodených novorodencov, ktoré v rámci prenatálnej starostlivosti absolvovali predpôrodnú prípravu o dojčení. (Týka sa len matiek, ktoré absolvovali prenatálnu starostlivosť v auditovanom zdravotníckom zariadení (ďalej len „ZZ“)).	Rozhovory s matkami predčasne narodených a fyziologických novorodencov	Klinické záznamy	≥80	
V2	Umožniť okamžitý a neprerušovaný kontakt dieťaťa a matky koža na kožu a podporiť matky, aby začali dojčiť čo najskôr po pôrode. (Krok 4)	Percento matiek fyziologických novorodencov, ktorým bol umožnený kontakt koža na kožu okamžite alebo do 5 minút po narodení, pričom tento kontakt trval neprerušovane 1 hodinu a viac.	Rozhovory s matkami fyziologických novorodencov	Klinické záznamy	≥80	

Auditový list (pokračovanie)						
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ POSTUP NA VÝKON PREVENCIE: STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD INICIATÍVY BABY- FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE - PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE					
Položka	**Kľúčový klinický postup**	**Ukazovateľ Kritérium**	**Spôsob overenia**	**Doplňujúce zdroje informácií**	**Zhoda (%)**	**Nezhoda - Poznámky**
V3		SENTINELOVÝ UKAZOVATEĽ: Percento fyziologických novorodencov, ktorí boli priložení k prsníku do 1 hodiny po narodení.	Klinické záznamy	Rozhovory s matkami fyziologických novorodencov	≥80	
V4	Podporovať matky v začatí dojčenia a v pokračovaní s dojčením, ako aj pri riešení bežných problémov. (Krok 5)	Percento dojčiacich matiek fyziologických novorodencov, ktoré dokážu predviesť, ako si majú priložiť dieťa k prsníku, aby sa mohlo prisať a začať prijímať mlieko.	Rozhovory s matkami fyziologických novorodencov		≥80	
V5		Percento dojčiacich matiek fyziologických novorodencov, ktoré dokážu uviesť aspoň dva ukazovatele, či dojčené dieťa prijíma dostatočné množstvo mlieka.	Rozhovory s matkami fyziologických novorodencov		≥80	

Položka	Kľúčový klinický postup	Ukazovateľ Kritérium	Spôsob overenia	Doplňujúce zdroje informácií	Zhoda (%)	Nezhoda - Poznámky
V6		Percento dojčiacich matiek predčasne narodených a fyziologických novorodencov, ktoré dokážu správne predvídať alebo opísať, ako si majú odstriekavať mlieko.	Rozhovory s matkami predčasne narodených a fyziologických novorodencov	Klinické záznamy	≥80	
V7	Nepodávať dojčeným novorodencom žiadnu inú stravu alebo žiadne iné tekutiny než materské mlieko, pokiaľ to nie je lekársky indikované. (Krok 6)	SENTINELOVÝ UKAZOVATEĽ: Percento detí (predčasne narodených aj fyziologických novorodencov), ktoré počas svojho pobytu v zariadení prijímali len materské mlieko (vlastnej matky alebo z banky ženského mlieka).	Klinické záznamy	Rozhovory s matkami predčasne narodených a fyziologických novorodencov	≥80	
V8	Umožniť matkám a ich deťom zostať spolu a praktizovať systém rooming-in 24 hodín denne. (Krok 7)	Percento matiek fyziologických novorodencov, ktorých deti boli s nimi hneď od pôrodu a neboli od nich odlúčené na viac než 1 hodinu.	Rozhovory s matkami fyziologických novorodencov	Klinické záznamy	≥80	

Položka	Kľúčový klinický postup	Ukazovateľ Kritérium	Spôsob overenia	Doplňujúce zdroje informácií	Zhoda (%)	Nezhoda - Poznámky
V9	Podporovať matky, aby rozpoznali a reagovali na signály hladu svojich dojčiat. (Krok 8)	Percento dojčiacich matiek fyziologických novorodencov, ktoré dokážu opísať aspoň dva signály hladu.	Rozhovory s matkami fyziologických novorodencov		≥80	
V10	Poskytnúť matkám poradenstvo v súvislosti s používaním dojčenských fliaš a cumľov a ich rizikami. (Krok 9)	Percento dojčiacich matiek predčasne narodených a fyziologických novorodencov, ktoré uvádzajú, že boli poučené o rizikách používania dojčenských fliaš a cumľov.	Rozhovory s matkami predčasne narodených a fyziologických novorodencov		≥80	
V11	Koordinovať prepustenie z ústavného ZZ tak, aby rodičia a ich deti mali včasný prístup k pokračujúcej podpore dojčenia a zdravotnej starostlivosti. (Krok 10)	Percento matiek predčasne narodených a fyziologických novorodencov, ktoré uvádzajú, že zdravotnícky pracovník zdravotníckeho zariadenia ich informoval o tom, kde majú po prepustení prístup k podpore v dojčení.	Rozhovory s matkami predčasne narodených a fyziologických novorodencov		≥80	

Auditový list (pokračovanie)					
Standardné postupy	ŠTANDARDNÝ POSTUP NA VÝKON PREVENCIE: STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD INICIATÍVY BABY- FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE - PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE				
Položka	**Riadiaci postup**	**Ukazovateľ**	**Spôsob overenia**	**Zhoda**	**Nezhoda - Poznámky**
V1	Dodržiavať Medzinárodný Kódex o marketingu náhrad materského mlieka (Kódex) a príslušných rezolúcií Svetového zdravotníckeho zhromaždenia. (Krok 1a)	Dôkaz, že všetky náhrady materského mlieka, dojčenské fľaše a cumle používané v ústavnom ZZ boli obstarané prostredníctvom bežných predajných kanálov a neboli poskytnuté formou bezplatných alebo dotovaných dodávok produktov.	Kontrola záznamov obstarávania v ústavnom ZZ a posúdenie písomnej stratégie	Preukázané	
		Vystavovanie produktov alebo predmetov s logom podliehajúcich Kódexu.	Pozorovanie v ústavnom ZZ	Nevystavované	
		Existencia písomnej stratégie, ktorá opisuje dodržiavanie Kódexu zo strany ZZ vrátane obstarávania náhrad materského mlieka, neprijímania podpory alebo darov od výrobcov alebo distribútorov produktov podliehajúcich Kódexu a neposkytovania vzoriek náhrad materského mlieka, dojčenských fliaš alebo cumľov matkám.	Posúdenie písomnej stratégie v oblasti kŕmenia dojčiat	Existuje	
		Percento zdravotníckych pracovníkov, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú resp. novorodeneckú starostlivosť, ktorí dokážu vysvetliť aspoň 2 prvky Kódexu.	Rozhovory so zdravotníckymi pracovníkmi	≥80 %	

Položka	Riadiaci postup	Ukazovateľ	Spôsob overenia	Zhoda	Nezhoda - Poznámky
V2	Mať písomne vypracovanú stratégiu v oblasti kŕmenia, s ktorou sú pravidelne oboznamovaní zdravotnícki pracovníci a rodičia. (Krok 1b)	Existencia písomnej stratégie v oblasti kŕmenia dojčiat, ktorej predmetom je implementácia všetkých ôsmich kľúčových klinických postupov podľa Desiatich krokov, implementácia Kódexu a vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov o dojčení.	Posúdenie písomnej stratégie v oblasti kŕmenia dojčiat	Existuje	
		Viditeľne dostupné zhrnutie stratégie pre tehotné ženy, matky a ich rodiny.	Kontrola zverejnenej stratégie	Viditeľne vystavené	
		Zosúladenie klinických protokolov a štandardov týkajúcich sa dojčenia a kŕmenia detí zo štandardmi BFHI a aktuálnymi usmerneniami založenými na dôkazoch.	Posúdenie klinických protokolov	Zosúladené	
		Percento klinických pracovníkov, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú, resp. novorodeneckú starostlivosť, ktorí dokážu vysvetliť aspoň dva prvky stratégie v oblasti kŕmenia dojčiat, ktoré majú vplyv na ich úlohu v zariadení.	Rozhovory so zdravotníckymi pracovníkmi	≥80 %	

Auditový list (pokračovanie)					
Štandardné postupy	ŠTANDARDNÝ POSTUP NA VÝKON PREVENCIE: STAROSTLIVOSŤ O MATKU A NOVORODENCA PODĽA ZÁSAD INICIATÍVY BABY- FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE - PODPORA VZŤAHOVEJ VÄZBY A LAKTÁCIE				
Položka	**Riadiaci postup**	**Ukazovateľ**	**Spôsob overenia**	**Zhoda**	**Nezhoda - Poznámky**
V3	Vytvoriť systémy priebežného monitorovania a správy údajov. (Krok 1c)	Existencia protokolu pre priebežný systém monitorovania a správy údajov, ktorý je v súlade s ôsmimi kľúčovými klinickými postupmi.	Posúdenie protokolu	Existuje	
		Frekvencia stretnutí zdravotníckych pracovníkov ústavného zdravotníckeho zariadenia na účely posúdenia implementácie systému.	Dokumentácia harmonogramu stretnutí	Najmenej raz za 6 mesiacov	
V4	Zabezpečiť, aby zdravotnícki pracovníci disponovali dostatočnými znalosťami, spôsobilosťou a zručnosťami vo vzťahu k podpore dojčenia. (Krok 2)	Percento zdravotníckych pracovníkov, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú, resp. novorodeneckú starostlivosť, ktorí absolvovali v oblasti dojčenia odbornú prípravu v období predchádzajúcich 2 rokov.	Rozhovory so zdravotníckymi pracovníkmi	≥80 %	
		Percento zdravotníckych pracovníkov, ktorí poskytujú prenatálnu, pôrodnú a/alebo novorodeneckú starostlivosť, ktorí dokážu správne odpovedať na tri zo štyroch otázok o znalostiach v oblasti dojčenia a zručnostiach v oblasti podpory dojčenia.	Rozhovory so zdravotníckymi pracovníkmi	≥80 %	
		Percento zdravotníckych pracovníkov, ktorí uvádzajú, že počas predchádzajúcich 2 rokov absolvovali hodnotenie spôsobilosti v oblasti dojčenia.	Rozhovory so zdravotníckymi pracovníkmi	≥80 %	

Tento auditový list slúži na účely výkonu klinického auditu a je vypĺňaný poverenými osobami MZ SR na výkon klinického auditu.

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:

Štandardný postup na výkon prevencie kolorektálneho karcinómu - metódou populačného skríningu

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status		Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0030	*12. december 2018*	*1.predloženie*	*schválené*	*1. január 2019*
0030R1	*31. máj 2019*	*1. revízia*	*Schválené*	*1. jún 2019*
0030R2	*25. október 2019*	*2. revízia*	*Schválené*	*1. január 2020*

Odôvodnenie 2. revízie

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa §9b Zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov upravuje tento štandardný postup pre výkon prevencie z dôvodu potreby doplnenia klinického auditu pracovísk vykonávajúcich tento štandardný postup a to vo forme úpravy predpokladov pre výkon tohto štandardného postupu ako aj pre samotný klinický audit (interný aj externý). Tiež boli doplnené a upravené obsahové časti: zoznam skratiek, metodolgogické hodnotenie váh dôkazov na základe najnovších štúdií a boli upravené procesné časti pre výkon štansardného postupu vo vzťahu ku výkazníctvu a realizácií skríningu formou metodík ku tomuto štandardnému postupu. Z dôvodu potreby úpravy zrušenia príslušných Odborných usmerenní MZ SR pri vydaní príslušného štandardného postupu bola táto procesná postupnosť upravené v úvodnej kapitole.

Tieto zmeny boli predložená na Komisiu MZ SR pre ŠDTP z vlastného podnetu MZ SR a s konsenzom autorského kolektívu tohto štandardného postupu.

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

MUDr. Rudolf Hrčka, CSc.; prof. MUDr. Tibor Hlavatý, PhD.

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; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA (odborný garant)

Recenzenti (1. verzie):
prof. MUDr. Stanislav Špánik, prof. RNDr. Ladislav Dušek, PhD. a členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc., MBA, FRSM; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA
Recenzenti (1. revízie):
členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc., MBA, FRSM; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; Mgr. Lenka Barlíková; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA
Recenzenti (2. revízie):
členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA, MHA

Technická a administratívna podpora:
Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová, Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hrúziková; Ing.Bc.Zuzana Marton; Ing.Zuzana Poláková; Mgr.Tomáš Horváth; Ing.Martin Malina; Ing. Mgr. Mária Syneková; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Anton Moises, Ing. Katarína Krkošková

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) a NFP s názvom: "Tvorba nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NPF312041R239)

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

EBM	Evidence based medicine / medicína založená na dôkazoch
FAP	Familiárna adenomatózna polypóza
FIT	Fekálny imunochemický test

HNPCC	Syndrómom hereditárneho nepolypózneho kolorektálneho karcinómu
Komisia MZ SR pre ŠDTP	Komisia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre tvorbu, implementáciu a revíziu štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov
MZSR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
NOI	Národný onkologický inštitút
NOP	Národný onkologický plán
OPS	Odborná pracovná skupina
PSK	Primárna skríningová kolonoskopia
SGS	Slovenská gasteroenterologická spoločnosť
SK	Skríningová kolonoskopia
TOKS	Test na okultné krvácanie v stolici
VLD	Všeobecný lekár pre dospelých

Úvod štandardného postupu a klinická otázka

Štandardný postup na výkon prevencie upravuje organizačné a diagnostické opatrenia pri realizácii programu populačného skríningu kolorektálneho karcinómu v Slovenskej republike pre špecifickú populáciu mužov a žien vo veku od 50 rokov (I, A).

MZ SR na základe odporúčania odborného tímu tvoriaceho postupy na výkon prevencie akceptuje existujúce dôkazy o tom, že skríning kolorektálneho karcinómu pomocou niekoľkých vybraných metód dokáže jasne odhaliť kolorektálny karcinóm vo včasnom štádiu a adenomatózne polypy a je nákladovo efektívnym a život predlžujúcim preventívnym programom.

Zavedením tohto štandardného postupu do praxe zanikajú príslušné Odborné usmernenia, ktoré doteraz usmerňovali zdravotné výkony a výkon prevencie pre oblasti, ktoré obsahuje tento štanmdardný postup.

Klinická otázka, na ktorú štandardný postup na výkon prevencie odpovedá znie: *Je zavedenie organizovaného skríningu karcinómu hrubého čreva a konečníka u populácie mužov a žien vo vekovej kategórii 50 až 75 rokov v Slovenskej republike efektívne v zmysle vyhľadávania včasných štádií a pre predchádzanie záchytu pokročilých štádií nádorového ochorenia a pre zníženie úmrtnosti na kolorektálny karcinóm v porovnaní s neskrínovanou populáciou?*

Hodnotenie kvality dôkazov, sily dôkazov a doporučení

Hodnotenie kvality dôkazov

	Intervenčné štúdie	*Diagnostické štúdie*	*Prognostické štúdie*
Level 1	Randomizované štúdie s jasnými výsledkami a nízkym rizikom chyby ALEBO systematický prehľad/ hodnotenie literatúry alebo meta-analýza podľa metodiky napr. Cochrane alebo splnenie najmenej 9 z 11 kritérií kvality podľa nástroja hodnotenia AMSTAR **Cochrane je globálna nezávislá sieť výskumníkov, odborníkov, pacientov, opatrovateľov a záujemcov o zdravie*	Systematické preskúmanie vysoko kvalitných (prierezových) štúdií podľa nástrojov hodnotenia kvality s konzistentne uplatňovaným referenčným štandardom	Systematické preskúmanie vysokokvalitných (longitudinálnych) perspektívnych kohortových štúdií podľa nástrojov hodnotenia kvality
Level 2	Randomizované štúdie s neistými výsledkami a mierne až vysokým rizikom chyby	Individuálne vysokokvalitné (prierezové) štúdie podľa nástrojov na posudzovanie kvality s konzistentne uplatňovanou štandardnou referenciou	Potenciálna kohortová štúdia
Level 3	Nerandomizované štúdie so súbežnými alebo súčasnými kontrolami	Nesledujúce štúdie alebo štúdie bez dôsledne uplatňovaných referenčných štandardov	Analýza prognostických faktorov u osôb v jednej skupine randomizovanej kontrolovanej štúdie
Level 4	Neštandardizované štúdie s historickými kontrolami, stanoviská expertov alebo legislatívne ukotvenia	Prípadové kontrolné štúdie alebo slabý / nezávislý referenčný štandard	Prípadové štúdie alebo prípadové kontrolné štúdie alebo nekvalitná prognostická kohortová štúdia, retrospektívna kohortová štúdia
Level 5	Séria prípadov bez kontroly alebo stanoviská nejasnej povahy	Argumentácia založená na mechanizme, štúdium diagnostického výnosu (bez referenčného štandardu)	nepoužiteľné

Hodnotenie sily dôkazov (vo vzťahu k EBM):

A. Odporúčanie je podporené priamymi vedeckými dôkazmi správne navrhnutými a realizovanými kontrolovanými štúdiami, poskytujúce štatistické výsledky, ktoré dôsledne podporujú doporučenie.
B. Odporúčanie je podporené priamymi vedeckými dôkazmi z riadne navrhnutých a realizovaných klinických sérií poskytujúcich štatistické výsledky, ktoré dôsledne podporujú doporučenie.
C. Odporúčanie je podporené nepriamymi dôkazmi a / alebo posudkami expertov.

Kompetencie

Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na výkon TOKS je lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých (VLD), ktorý vykonáva štandardizovaný TOKS, a ktorý koordinuje a manažuje ďalšie vyšetrenia skrínovaných osôb.

Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na výkon SK a PSK je lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore:

a) gastroenterológia,

b) chirurgia s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia,
c) vnútorné lekárstvo s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia, ktorý vykonal za ostatné tri roky minimálne 200 kolonoskopických vyšetrení ročne a 30 polypektómií ročne (modifikované podľa EK odporúčaní **III, A**).

Skríning kolorektálneho karcinómu

Klinické odporúčania

Prínos skríningu kolorektálneho karcinómu a skorej intervencie:

Váha dôkazov potvrdzuje, že populačný skríning kolorektálneho karcinómu u dospelých vo veku 50 až 75 rokov znižuje úmrtnosť na rakovinu hrubého čreva a konečníka, zvyšuje záchyt včasných liečiteľných štádií rakoviny hrubého čreva a konečníka a zvyšuje záchyt prednádorových lézií a polypov, ktoré je možné navyše minimálne invazívne počas SK odstrániť (**I,A**). Výhoda včasného zistenia a skorej intervencie pri rakovine kolorektálneho karcinómu klesá po dosiahnutí veku 75 rokov (**I, A**). Medzi staršími dospelými, ktorí boli pred dosiahnutím tohto veku vyšetrení na rakovinu hrubého čreva a konečníka, je prinajlepšom mierny prínos pokračujúceho skríningu vo veku od 76 do 85 rokov (**I, C**). Avšak dospelí v tejto vekovej skupine, ktorí neboli nikdy vyšetrení na rakovinu hrubého čreva a konečníka, majú väčší osoh než tí, ktorí boli vyšetrení alebo skrínovaní pred 75. rokom života (**III, C**).

Riziko skríningu kolorektálneho karcinómu a skorej intervencie:

Riziko poškodenia zdravia pri skríningu kolorektálneho karcinómu u dospelých vo veku 50 až 75 rokov je nízke. Riziko je dané prevažne rizikom komplikácií počas kolonoskopického vyšetrenia. Miera komplikácií kolonoskopie, ako je perforácia alebo klinicky relevantné krvácanie predstavuje asi 0,1% diagnostických kolonoskopií a 0,5% polypektómií. Miera závažných nežiaducich účinkov pri skríningu kolorektálneho karcinómu sa mierne zvyšuje s vekom (**I, B**).

Cieľom skríningu kolorektálneho karcinómu je:

a) zvýšenie záchytu a odstránenia prednádorových polypóznych lézií a polypov hrubého čreva a konečníka (**I, A**);
b) zvýšenie záchytu včasných (kuratívne liečiteľných) štádií kolorektálneho karcinómu (**I, A**);
c) zvýšenie podielu záchytu včasných štádií kolorektálneho karcinómu na úkor výskytu štádií pokročilých (**I, A**);
d) zníženie úmrtnosti a incidencie na ochorenie kolorektálneho karcinómu (**I, A**);
e) zníženie paliatívnych chirurgických operácií, endoskopických a chemoterapeutických paliatívnych výkonov u pokročilých štádií (**I, B**).

Cieľová populácia a indikácie

Vstup a účasť bezpríznakových osôb v programe populačného skríningu kolorektálneho karcinómu

Populačný skríning kolorektálneho karcinómu podľa tohto štandardného postupu sa vykonáva v celej populácii vo veku 50 až 75 rokov s bežným rizikom ochorenia t.j. bez známych rizikových faktorov v anamnéze (bez prítomnosti potvrdenej zárodočnej mutácie pre tzv. vrodené nádorové predispozičné syndrómy s vysokým rizikom výskytu kolorektálneho karcinómu), ktorí sú asymptomatickí (**I, A**).

Jedinci resp. probandi, ktorí majú rizikovú anamnézu s výskytom viacerých členov rodiny v priamej línii s nádorovými ochoreniami zvlášť s nádorovým ochorením karcinómu hrubého čreva sú ďalej manažovaní podľa príslušného štandardného postupu pre hodnotenie anamnézy a indikácie na onkogenetickú konzultáciu a vyšetrenie zárodočných mutácií pre možnosť výskytu (potvrdenie alebo

vyvrátenie prítomnosti zárodočnej mutácie) pri známych a najčastejšie sa vyskytujúcich vrodených nádorových syndrómoch.

Medzi vysoko-rizikové faktory pre kolorektálny karcinóm patria:

a) osobná anamnéza kolorektálneho karcinómu alebo adenomatózneho polypu;
b) pozitívna rodinná anamnéza kolorektálneho karcinómu u prvostupňových príbuzných vo veku pod 60 rokov, rodinná anamnéza adenomatózneho polypu u prvostupňového príbuzného vo veku pod 40 rokov;
c) genetické syndrómy s predispozíciou pre kolorektálny karcinóm najmä tzv. Lynchov syndróom resp. FAP a HNPCC
d) chronické črevné zápalové ochorenia v trvaní viac ako 8 rokov (**I, A**).

V rizikových skupinách sa skríning kolorektálneho karcinómu vykonáva podľa osobitných odporúčaní a iného štandardného postupu komplexný manažment pacienta a pre túto populáciu je skríningovou metodikou voľby je vždy kolonoskopia (**I, A**).

Tabuľka č. 1: Indikovaná populácia na skríning kolorektálneho karcinómu a váha dôkazov

Populácia	Odporúčaný postup	Úroveň dôkazu
Dospelí vo veku 50 až 75 rokov	Odporúčaný skríning pre kolorektálny karcinóm začína vo veku 50 rokov a pokračuje až do 75 rokov života.	I, A
Dospelí vo veku 76 až 85 rokov	Rozhodnutie skrínovať kolorektálny karcinóm u populácie vo veku 76 až 85 rokov môže byť na individuálnom zvážení, pri zohľadnení všeobecného zdravia osoby a predchádzajúcej skríningovej anamnézy. • Dospelí v tejto skupine, ktorí neboli nikdy skrínovaní sú tí, ktorí by mohli zo skríningu kolorektálneho karcinómu mať osoh. • Skríning by bol najvhodnejší u dospelých, ktorí: a) sú dostatočne zdraví na to, aby sa podrobili liečbe, ak bude zistený kolorektálny karcinóm a b) nemajú pridružené ochorenia, ktoré by výrazne obmedzili dĺžku ich života.	III, C

Procesné odporúčania – metódy skríningu

Populačný skríning kolorektálneho karcinómu je organizované, kontinuálne a vyhodnocované úsilie o včasné zachytenie zhubných nádorov kolorekta vykonávaním preventívnych vyšetrení u bezpríznakových (asymptomatických) osôb (**I, A**).

Skríning kolorektálneho karcinómu sa vykonáva:

a) štandardizovaným testom na TOKS u definovanej populácie jedincov v dvojročných intervaloch (**I, B**), alebo
b) vykonávaním PSK raz za 10 rokov (**I, A**).

Odporúča sa použiť TOKS na báze fekálneho imunochemického testu so senzitivitou aspoň 20 ug hemoglobínu/gram stolice (**I, A**).

Na vyšetrenie TOKS je odporúčané používať kvantitatívny (**I, A**) alebo kvalitatívny (**I, B**) FIT test v ambulancii VLD. Na pozývanie zdravotnými poisťovňami je odporúčané použiť pre podmienky Slovenskej republiky kvalitatívny FIT (konsenzus autorov, odbornmej spoločnosti a regulátorov).
Na vyšetrenie TOKS v ambulancii VLD je odporúčané do 1 roka od zavedenia tohto štandardného postupu na výkon prevencie zaviesť používanie kvantitatívneho FIT testu, vzhľadom na vyššiu váhu dôkazov (vyššiu senzitivitu a špecificitu a nižeiu falošnú pozitivitu testu a teda aj nákladovú efektivitu).
TOKS sa vykonáva u bezpríznakových osôb vo veku od 50 rokov raz za dva roky pozývaním poistencov zdravotnou poisťovňou podľa metodiky pozývania na program populačného skríningu.
PSK sa vykonáva u bezpríznakových poistencov vo veku od 50 rokov raz za 10 rokov. Vyšetrenie PSK na účely tohto štandardného postupu realizuje lekár so špecializáciou uvedenou v časti kompetencie na gastroenterologických pracoviskách zaradených do programu skríningu kolorektálneho karcinómu.

Postup pre výkon skríningu kolorektálneho karcinómu v Slovenskej republike
Podrobný postup je upravený metodikou ku tomuto štandardnému postupu.
Štandardizovaný TOKS je skríningová metóda, ktorá sa vykonáva u bezpríznakových pacientov vo veku od 50 rokov v dvojročných intervaloch.
U jedincov s pozitívnym TOKS je ako súčasť manažmentu indikovaná SK **(I, A).**

Ak bol TOKS negatívny, je možné postupovať nasledovne:

a) vykonať PSK o 2 roky **(I, A)**,
b) vykonať TOKS o dva roky **(I, A)**.

Manažment pacienta s pozitívnym výsledkom skríningového testu na okultné krvácanie v stolici
SK, ktorú indikoval VLD na základe pozitivity štandardizovaného TOKS, vykonáva zdravotnícke zariadenie, ktoré je zaradené MZ SR medzi gastroenterologické pracoviská programu skríningu kolorektálneho karcinómu.
Pre zabezpečenie komplexného manažmentu skrínovanej osoby alebo pacienta so susp. alebo potvrdeným nádorovým ochorením každé gastroenterologické pracovisko realizujúce SK alebo PSK intenzívne a úzko spolupracuje s lekármi všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a s pracoviskami iných medicínskych odborov, ktoré sa špecializujú na liečbu kolorektálneho karcinómu, hlavne s chirurgickými oddeleniami a oddeleniami klinickej onkológie, radiačnej onkológie, patológie, rádiológie a zdravotníckymi pracovníkmi so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia. **(I, A).**

Zabezpečenie a organizácia programu populačného skríningu kolorektálneho karcinómu
Koordinátorom programu skríningu kolorektálneho karcinómu je MZ SR prostredníctvom NOI. NOI organizuje, koordinuje (v spolupráci s MZ SR, ktoré metodicky a legislatívne usmerňuje) a realizuje činnosti vedúce k úspešnej implementácii a hodnoteniu kvality programu skríningu kolorektálneho karcinómu a to v súlade s vypracovanou jednotnou stratégiou pre skríningové programy, ktorá je uvedená v NOP.
Zdravotné poisťovne pripravujú, organizujú (napr. odosielajú pozývacie listy a štandardizovaný imunochemický TOKS svojim poistencom) podľa definovaných kritérií v rámci populačného skríningového programu uvedeného v NOP a v **Metodike zabezpečenia a organizácie postupu pre výkon populačného skríningového program kolorektálneho karcinómu v Slovenskej republike**.
Ak si poistenec samostatne vykoná odber stolice vyššie uvedeným testom podľa inštrukcií, ktoré sú súčasťou testu, odnesie použitý test svojmu VLD (s ktorým má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti), ktorý test bezodkladne odčíta, výsledok oznámi poistencovi, zaznamená ho do zdravotnej dokumentácie pacienta, a vykáže tento zdravotný výkon obvyklým spôsobom zdravotnej

poisťovni poistenca podľa **Metodika pre označovanie nových TOKS výkonov pre informačné systémy zdravotných poisťovní** a prílohy č. ***2.*** V prípade ak je výsledok TOKS pozitívny, odošle pacienta na skríningové kolonoskopické vyšetrenie a náležite pacienta poučí o vyšetrení, diéte a ďalších relevantných otázkach súvisiacich s následným manažmentom.
SK a PSK sa vykonávajú na pracoviskách zaradených MZ SR medzi gastroenterologické pracoviská programu skríningu kolorektálneho karcinómu **(III, A).**
Zoznam gastroenterologických pracovísk vykonávajúcich skríning kolorektálneho karcinómu pravidelne zverejňuje MZ SR na svojej webovej stránke.
Žiadosť o zaradenie gastroenterologického pracoviska do programu skríningu kolorektálneho karcinómu sa podáva MZ SR - odboru verejného zdravia, skríningu a prevencie na formulári, ktorý je uvedený v ***prílohe č. 1.*** Túto žiadosť následne posudzujú poverené osoby MZ SR, ktorými sú:

- zástupca MZ SR (odboru verejného zdravia, skríningu a prevencie),
- predseda odbornej pracovnej skupiny pre skríning kolorektálneho karcinómu Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti,
- zástupca NOI.

Na základe kontroly pracoviska a plnenia kritérií pre skríningové gastroenterologické pracovisko, môže byť takéto pracovisko zapísané do zoznamu gastroenterologických pracovísk, ktoré sú zverejnené na webovej stránke MZ SR a následne s týmito zdravotníckymi zariadeniami uzatvorí zdravotná poisťovňa zmluvu.
MZ SR poverené osoby v spolupráci s NOI a odbornou spoločnosťou SGS priebežne hodnotia zabezpečenie kvality na pracoviskách, ktoré sú zaradené do programu populačného skríningu v súlade s európskymi odporúčaniami pre skríning kolorektálneho karcinómu a to najmä:

1. miery adekvátnej prípravy čreva,
2. miery intubácie céka,
3. miery detekcie adenómov (adenoma detection rate),
4. správnej techniky polypektómií,
5. miery komplikácií kolonoskopických vyšetrení,
6. správneho odporúčania pre post-polypektomické sledovanie,
7. miery komplikácií v súvislosti s celkovou anestézou, sedáciou a analgosedáciou počas kolonoskopického vyšetrenia,
8. hodnotenia spokojnosti pacienta (**I, B**).

Vykazovanie, kódovanie a hodnotenie realizovaných výkonov TOKS, SK a PSK u poistencov starších ako 50 rokov s bežným rizikom vzniku kolorektálneho karcinómu.

1. VLD zabezpečuje vykazovanie, kódovanie TOKS zdravotnej poisťovni podľa formulára, uvedeného v ***Metodike pre označovanie nových TOKS výkonov pre informačné systémy zdravotných poisťovní.***
2. Zodpovedný zástupca gastroenterologického pracoviska programu skríningu kolorektálneho karcinómu zabezpečuje vykazovanie, kódovanie PSK, SK a týchto výkonov zdravotnej poisťovni podľa usmernení v ***Metodike pre označovanie nových výkonov SK a PSK pre informačné systémy zdravotných poisťovní.***
3. Zodpovedný zástupca gastroenterologického pracoviska programu skríningu kolorektálneho karcinómu zabezpečuje vykazovanie o kolonoskopickom vyšetrení PSK alebo SK. Vykazovanie kolonoskopického vyšetrenia PSK alebo SK odosiela online formulárom spôsobom uvedeným v metodike ku tomuto štandardnému postupu. Údaje sú následne zdieľané s databázou Národného skríningového registra pre skríning kolorektálneho karcinómu, ktorý pôsobí na pôde NCZI. Prostredníctvom MZ SR poskytne NCZI dáta za podmienok a v súlade s

platnou legislatívou na externú validáciu a klinickú analýzu NOI (podľa metodiky ku tomuto štandardnému postupu).

4. V prípade vykonania endoskopickej polypektómie alebo odobratia bioptickej vzorky z podozrivého nálezu v rámci SK a PSK, hodnotiace pracovisko patologickej anatómie vykáže konečnú (histo)patologickú diagnózu (podľa metodiky) odosielajúcemu pracovisku na vykonávanie skríningových kolonoskopií a zdravotnej poisťovni.

Zdravotné poisťovne sprístupnia v elektronickej podobe získané údaje podľa bodov 1., 2. a 4. NCZI.
NOI posiela komplexnú správu o realizácii programu populačného skríningu kolorektálneho karcinómu MZ SR a NCZI za každý kalendárny rok s termínom do 30. marca nasledujúceho roku.

Odporúčania pre ďalšiu revíziu a klinický audit

Pri potvrdení diagnózy kolorektálneho karcinómu lekár, ktorý diagnostikuje nádor, odošle povinné hlásenia výskytu onkologického ochorenia podľa všeobecne záväzného právneho predpisu do NCZI (podľa zákona č. 576/2004 Z. z.).

Nevyhnutným krokom pre výkon sekundárnej prevencie použitím tohto štandardného postupu na výkon prevencie - populačného skríningu kolorektálneho karcinómu je zavedenie Národného skríningového registra a legislatívna úprava umožňujúca NOI (ako koordinátorovi skríningu) prístup k dátam NCZI pre potrebu hodnotenia skríningového programu.

Po revízii klinických odporúčaní na úrovni Európskej komisie – plánovaná revízia marec – máj 2020, potreba kompletného prepracovania štandardného postupu GRADE metodológiou s použitím regionálnych odporúčaní EK pre tento typ skríningového programu.

Klinický audit bude vykonávaný podľa prílohy č. 2 a v zmysle § 9b až §9d zákona č. 578/2004 Z.z.

Literatúra

Lin JS, Piper M, Perdue LA, a kol. Screening for Colorectal Cancer: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 135. AHRQ Publication No. 14-05203-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. (I, A)

Zauber A, Knudsen A, Rutter CM, Lansdorp-Vogelaar I, Kuntz KM. Evaluating the Benefits and Harms of Colorectal Cancer Screening Strategies: A Collaborative Modeling Approach. AHRQ Publication No. 14-05203-EF-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015. (II, B)

Shapiro JA, Klabunde CN, Thompson TD, Nadel MR, Seeff LC, White A. Patterns of colorectal cancer test use, including CT colonography, in the 2010 National Health Interview Survey. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2012;21(6):895-904. (II, C)

Inadomi JM, Vijan S, Janz NK, a kol. Adherence to colorectal cancer screening: a randomized clinical trial of competing strategies. Arch Intern Med. 2012;172(7):575-82. (I, B)

Lin JS, Piper M, Perdue LA, a kol. Screening for colorectal cancer: updated evidence report and systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. JAMA. doi:10.1001/jama.2016.3332 (I, A)

Nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z .z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšiehovzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.Strana 218 Vestník MZ SR 2011 Čiastka 19-31 (IV, C)

576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (IV, C)

Knudsen A, Zauber A, Rutter CM, a kol. Estimation of benefits, burden, and harms of colorectal cancer screening strategies: modeling study for the US Preventive Services Task Force. JAMA. doi:10.1001/jama.2016.6828 (III, B)

Lansdorp-Vogelaar I, Gulati R, Mariotto AB, a kol. Personalizing age of cancer screening cessation based on comorbid conditions: model estimates of harms and benefits. Ann Intern Med. 2014;161(2):104-12. (III, A)

10. Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej zo zdravotného poistenia v znení neskorších predpisov (IV, C)

Lauby-Secretan B, Vilahur N, Bianchini F, Guha N, Straif K. The IARC perspective on colorectal cancer screening N Engl J Med. Published online 27 March2018; http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsr1714643 https://www.iarc.fr/media-centre-iarc-news-handbook17-colorectal-cancer-screening/ (I, A)

Wieten E, Schreuders EH, Grobbee EJ, a kol. Incidence of faecal occult blood test interval cancers in population-based colorectal cancer screening: a systematic review and meta-analysis. Gut. 2018. Pubmed: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29934436 (I,A)

Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, a kol. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology. 2012;143(3):844-57. Pubmed: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22763141 (II,B)

Hassan C, Quintero E, Dumonceau JM, a kol. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2013;45(10):842-51. Pubmed: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24030244 (II,B)

Kaminski MF, Thomas-Gibson S, Bugajski M, a kol. Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) quality improvement initiative. United European Gastroenterol J. 2017;5(3):309-34. Pubmed: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28507745

Prílohy

Príloha č. 1

Žiadosť o zaradenie gastroenterologického pracoviska do programu skríningu kolorektálneho karcinómu

Žiadosť o zhodnotenie a zaradenie gastroenterologického pracoviska do zoznamu skríningových pracovísk sa zasiela na MZ SR, odboru verejného zdravia, skríningu a prevence, pre skríningovú kolonoskopiu a primárnu skríningovú kolonoskopiu a musí obsahovať nasledujúce:

Tabuľka č. 2: Identifikačné údaje gastroenterologického pracoviska

Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:	
Adresa:	
IČO:	
DIČ:	
Štatutárny orgán:	
Telefónne číslo:	
E-mailová adresa:	

1. Personálne zabezpečenie: zoznam zdravotníckych pracovníkov na účely tohto štandardného postupu na výkon prevencie je lekár špecialista, ktorý vykonal za ostatné tri roky minimálne 200 kolonoskopických vyšetrení ročne a 30 polypektómií ročne a má špecializáciu v jednom zo špecializačných odborov:

a) gastroenterológia,
b) chirurgia s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia,
c) vnútorné lekárstvo s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia.

Meno a priezvisko lekára, rok získania špecializácie, respektíve certifikátu v certifikovanej pracovnej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia sa uvádza v nasledovnej tabuľke.

Tab. č. 3: Personálne zabezpečenie gastroenterologického pracoviska pre SK a PSK - lekár

	Meno a priezvisko lekára:	**Špecializačný odbor:**	**Uviesť A kód P kód**	**Rok získania špecializácie**	**Rok získania certifikátu**
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Meno a priezvisko sestry, rok získania odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania sestra, respektíve certifikátu v certifikovanej pracovnej činnosti endoskopické vyšetrovacie metódy sa uvádza v nasledovnej tabuľke.

Tab. č. 4: Personálne zabezpečenie gastroenterologického pracoviska pre SK a PSK - sestra

	Meno a priezvisko sestry	**Stupeň získaného vzdelania sestry**	**Rok získania odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania sestra**	**Rok získania certifikátu endoskopické vyšetrovacie metódy**
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

2. Materiálno - technické vybavenie gastroenterologického pracoviska žiadajúceho o zapísanie do zoznamu pracovísk vykonávajúcich skríningovú kolonoskopiu (počet, typ a rok výroby): kolonoskop, procesor, svetelný zdroj, odsávacie zariadenie, elektrochirurgická jednotka, ručný dezinfektor, práčka, polypektomická sľučka, ihla na zastavovanie krvácania a bioptické kliešte, kyslíková fľaša, oximeter.

Tab. č. 5: Materiálno - technické vybavenie gastroenterologického pracoviska pre výkon SK a PSK

Technika	**Typ**	**Rok výroby**
Flexibilný Kolonoskop		
1		
2		
3		
4		
5		
Procesor		

1		
2		
Svetelný zdroj		
1		
2		

Tab. č. 5: Materiálno - technické vybavenie gastroenterologického pracoviska pre výkon SK a PSK (pokračovanie)

Technika	**Typ**	**Rok výroby**
Odsávacie zariadenie		
1		
2		
Elektrochirurgická jednotka k endoskopom		
1		
2		
Zariadenie na manuálnu alebo prístrojovú dekontamináciu endoskopu/ dezinfektor		
1		
2		
Polypektomická slučka		
Počet neuvádzať		Rok výroby neuvádzať
Ihla na endoskopické zastavenie krvácania v tráviacom trakte		
Počet neuvádzať		Rok výroby neuvádzať
Bioptické kliešte		
Počet neuvádzať		Rok výroby neuvádzať
Kyslíková fľaša		Rok výroby neuvádzať
Oxymeter		Rok výroby neuvádzať

3. Odborný garant gastroenterologického pracoviska má skúsenosti s vykonávaním: kolonoskopie a s diagnostikou kolorektálneho karcinómu, vykonávaním biopsie a polypektómie (počet vykonaných výkonov v jednotlivých kategóriách za posledné tri roky). Vykonanie uvedených zdravotných výkonov potvrdzuje predložením ročného výkazu týchto zdravotných výkonov zasielaného NCZI alebo výpisom zdravotných výkonov z príslušnej zdravotnej dokumentácie, ktorá je potvrdená podpisom odborného garanta k 1.1 NCZI poskytne zozbierané výkazy za podmienok a v súlade s platnou legislatívou NOI a povereným osobám MZ SR určeným pre certifikáciu a recertifikáciu pracovísk vykonávajúcich skríning kolorektálneho karcinómu jedenkrát ročne k 31.1.

Tab. č. 6: Počet výkonov kolonoskopie a polypektómie za posledné 3 roky

Počet kolonoskopií vykonaných odborným garantom pracoviska za ostatné tri roky		
Rok:	Rok:	Rok:
Počet:	Počet:	Počet:
Počet polypektómií vykonaných odborným garantom pracoviska za ostatné tri roky		
Rok:	Rok:	Rok:
Počet:	Počet:	Počet:

4. Svojim podpisom na tejto žiadosti čestne vyhlasujem, že pracovisko spĺňa podmienky na zaradenie do programu skríning kolorektálneho karcinómu

Súhlasím, že:

a) umožním na požiadanie Národného onkologického inštitútu resp. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky požiadavky uvedené v bodoch 1. až 4. preveriť,
b) budem dodržiavať podmienky a kritériá skríningového programu,
c) budem zasielať informácie v elektronickej podobe podľa preddefinovaného formuláru, ktorý je k dispozícii na adrese, ktorú obdržím spolu s heslom a login kódom po kladnom vybavení uvedenej žiadosti,
d) v prípade, že nepošlem v priebehu roka ani jeden formulár, stratím oprávnenie vykonávať skríningové a primárne skríningové kolonoskopie a budem od nasledujúceho roka vyradený zo zoznamu skríningových pracovísk aktualizovaných na webovom sídle MZSR.

V ..... dňa ..... ….....

podpis

Príloha č. 2

Kontrolný list pre klinický audit pre štandardný postup na výkon prevencie kolorektálneho karcinómu - metódou populačného skríningu.

1. **Kontrolný list pre klinický audit v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých (A).**
2. **Kontrolný list pre klinický audit v gastroenterologickej ambulancii vykonávajúcej skríningové vyšetrenie (B).**
3. **Hodnotenie kvality skríningovej kolonoskopie – zhrnutie odporúčaní pre klinický audit populačného skríningového programu (C).**

Klinický audit vykonávajú poverené osoby MZ SR v zmysle §9b až 9d zákona č. 578/2004 Z.z. a v súvislosti s týmto štandardným postupu konkrétne:

- dvaja zástupcovia Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti (zástupca odbornej spoločnosti)
- zástupca MZ SR
- Okrem vyššie uvedeného tento štandardný postup na výkon prevencie odporúča prizvať na Klinický audit v prípade potreby aj:
- zástupcu pacientskej organizácie spolupracujúcej s odborom ŠPDTP pre oblasť bezpečnosti pacienta,
- zástupcu inej odbornej spoločnosti,
- zástupcu NCZI a Etickej Komisie MZ SR, alebo iného povereného člena ministrom zdravotníctva.

A. Kontrolný list pre klinický audit u všeobecného lekára pre dospelých.

Aktivity zvyšovania systému kvality v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých:

Auditové aktivity v súvislosti s výkonom postupu pre skríning kolorektálneho karcinómu v Slovenskej republike, ktoré majú byť vykonané u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ako súčasť aktivít zlepšovania systému kvality nasledovným prístupom:

- poučenie pred skríningovým vyšetrením o výhodách a nevýhodách (riziká a poškodenie),
- čas medzi realizáciou skríningu cestou všeobecného lekára pre dospelých a odoslaním ku konkrétnemu špecialistovi v prípade pozitívneho nálezu,
- proces odoslania pacienta (listom alebo inou formou napr. sms, telefonát, email) na konzultáciu alebo následný manažment pre pozitívny nález skríningového testu,
- hodnotenie a vykazovanie faktorov na strane pacienta, ktoré súvisia so skorším alebo neskorším odoslaním/ referovaním,
- zaznamenanie akéhokoľvek relevantného oneskorenia súvisiaceho s diagnostikou a /alebo komunikáciou,
- prístup zameraný na pacienta (tzv. na pacienta-orientovaný prístup),
- zber dát, indikátorov a ich hlásenie,
- hlásenie udalostí v súvislosti s porušením bezpečnosti pacienta alebo s identifikovaním situácie, procesu alebo aktivity, ktorá môže viesť ku poškodeniu pacienta (hlásenie na MZ SR, online dotazník na www.standardnepostupy.sk).

V nasledujúcich tabuľkách A a B uvádzame súhrn indikátorov kvality z odporúčaní štandardného postupu na výkon prevencie kolorektálneho karcinómu – metódou populačného skríningu. Upozorňujeme, že klinický audit sa vykonáva na minimálne 5 náhodne vybraných pacientoch, ošetrených za posledné auditované obdobie alebo za iné obdobie zvolené audítormi.

V súvislosti s výkonom klinického auditu sú všetky ciele pre hodnotenie kvality populačného skríningu kolorektálneho karcinómu neustále prehodnocované a revidované s ohľadom na dosiahnuté a najlepšie možné výsledky klinickej praxe. Uvedené indikátory sú dôležité pre hodnotenie kvality a pomocné kritériá pre klinický audit, ktorý je hodnotený v kontexte 3 oblastí manažmentu populačného skríningu kolorektálneho karcinómu, z čoho sú vytvorené nasledovné indikátory kvality: procesné, výkonové a výstupov

Kontrolný list	Dátum DD/MM/RRRR	Oneskorenie zo strany poskytovateľa/ systému (A/N)	Zdôvodnenie oneskorenia zo strany poskytovateľa (ak k nemu došlo)	Oneskorenie zo strany pacienta (A/N)	Zdôvodnenie oneskorenia zo strany pacienta (ak k nemu došlo)	Poznámka
1a. Test prinesený k lekárovi (VLD) a následne test odoslaný na hodnotenie do laboratória alebo odčítaný alebo vyhodnotený VLD						
1b. Ak nebolo vyšetrenie ukončené (potreba zopakovať test napr. pre diétnu alebo laboratórnu chybu), zaslané upozornenie (telefonát, SMS, email, list) a pozvanie na opakovanie testu (pacientovi zasiela lekár)						
1c. Pacient bol primerane a v plnom rozsahu oboznámený s výsledkom skríningového vyšetrenia VLD						
2a. Primárna skríningová kolonoskopia (PSK) plánovaná do 12 mesiacov od rozhodnutia pacienta o jej absolvovaní						
2b. SK objednaná do 1 týždňa od pozitívneho výsledku testu, pacient so známym termínom u gastroenterológa t.j. objednaný)						
2c. Pacient bol primerane a v plnom rozsahu oboznámený s výsledkom						

vyšetrenia SK a následným postupom						
3a. Doplnenie dát na požiadanie NCZI/NOI zrealizované do 20 pracovných dní						
3b. V prípade udalosti, kedy zmluvné pracovisko resp. konzultujúci špecialista (gastroenterológ, chirurg, onkológ, iný špecialista - spádový alebo inak dohodnutý) nemôže vykonať následný manažment (napr. potrebu SK, operačné riešenie alebo podanie liečby) v primeranom čase, bol kontaktovaný revízny lekár ZP a pre pacienta bol odporučený a dohodnutý (termín) špecialista do 14 dní od oznámenia pozitívneho výsledku						
3c. Poučenie a informovaný súhlas pacienta s pozitívnym nálezom a s odporúčaným následným manažmentom						
3d. Pacientovi bola daná informácia s web odkazom na vyplnenie anonymného dotazníka spokojnosti manažmentu skríningového vyšetrenia						

3e. V prípade chyby alebo rizika zlyhania procesného manažmentu skríningu bol vyplnený online formulár o upozornení na možné zlyhanie skríningu (prípadne bol informovaný aj príslušný útvar ZP, VÚC, ÚDZS, NOI, prípadne MZ SR) a takýto akt bol zaznamenaný v dokumentácii poskytovateľa						
3f. V prípade nežiadúceho účinku alebo poškodenia zdravia pri SK je tento nález zaznamenaný do anamnézy pacienta u VLD (napr. v súvislosti s anestéziou, priebehom SK, perforáciou, krvácaním po polypektómii, a pod.)						
3g. Vyplnený seba-hodnotiaci dotazník poskytovateľa ZS a skríningového vyšetrenia 1x za 6 mesiacov (vytlačený a podpísaný, ako súčasť dokumentácie)						

*Poznámka: 1-*Toto je súbor prvého setu aktivít a indikátorov v súvislosti s klinickým auditom pre prax pracovísk zabezpečujúcich výkon postupu skríningu kolorektálneho karcinómu kolonoskopiou. Jeho obsah platí do času schválenia následnej verzie, po ktorej vydaní obsah tohto kontrolného listu pre klinický audit zaniká.

Poznámka2- Uvedenú tabuľku vypĺňa audítor na základe dokumentácie, ktorú si vedie VLD a ktorú poskytuje audítorovi k nahliadnutiu (postup podľa metodiky).

B. Kontrolný list pre klinický audit u gastroenterológa realizujúceho skríningové vyšetrenie

Kontrolný list	Dátum DD/MM/RRRR	Oneskorenie zo strany poskytovateľa/ systému A/N)	Zdôvodnenie oneskorenia zo strany poskytovateľa (ak k nemu došlo)	Oneskorenie zo strany pacienta (A/N)	Zdôvodnenie oneskorenia zo strany pacienta (ak k nemu došlo)	Poznámka
1a. Pacient bol objednaný na termín primárnej skríningovej kolonoskopie (PSK) v priebehu 3 mesiacov od žiadosti (PSK z rozhodnutia pacienta)	Dátum žiadosti pacienta: __/___/_____ Dátum objednania: __/___/_____					
1b. PSK bola zrealizovaná v termíne do 12 mesiacov od dňa objednania						
1c. Pri pozitívnej PSK bol výsledok s histopatologickým záverom oznámený pacientovi do 2 týždňov od jeho prijatia	Dátum prijatia záveru histológie: __/___/_____ Dátum oznámenia záverov pacientovi: __/___/_____					
1d. Pri pozitívnej PSK bol pacient v termíne do 2 týždňov adresne odoslaný do špecializovanej starostlivosti						
1e. Ak vyšetrenie nebolo ukončené (napr. potreba						

zopakovať SK), pacient bol primerane poučený lekárom špecialistom, vrátane objednania na sledovanie (ak je potrebné)						
1f. Pacient dostal a bol plne oboznámený s komplexným výsledkom skríningu ak bola odobratá histologická vzorka (do 2 týždňov od uzatvorenia histologického záveru)						
2a. Skríningová kolonoskopia (SK) bola zrealizovaná do 4 týždňov od termínu objednania na odporúčanie VDL pre pozitívny test alebo špecialistu pri geneticky potvrdenom vrodenom nádorovom syndróme						
2b. Pri pozitívnej SK bol výsledok s histopatologickým záverom oznámený pacientovi do 2 týždňov od jeho prijatia	Dátum prijatia záveru histológie: __/___/_____ Dátum oznámenia záverov pacientovi: __/___/_____					
3a. Pri pozitívnej PSK/SK bol pacient v termíne do 2 týždňov						

adresne odoslaný do špecializovanej následnej starostlivosti						
3b. Ak vyšetrenie nebolo ukončené, pacient bol primerane poučený lekárom špecialistom, vrátane objednania na sledovanie (ak je potrebné)						Dôvod neukončenia vyšetrenia
3c. Doplnenie dát na požiadanie NCZI/NOI zrealizované do 20 pracovných dní						
3d. V prípade udalosti kedy zmluvné pracovisko resp. konzultujúci špecialista (onkológ, iný špecialista) nemôže vykonať následný manažment (napr. pre diagnostiku alebo liečbu) v primeranom čase, bol kontaktovaný revízny lekár ZP a pre pacienta bol odporučený a dohodnutý (termín) špecialista do 14 dní od oznámenia pozitívneho výsledku	Dátum kontaktovania revízneho lekára ZP: __/___/_____ Dátum oznámenia pacientovi: __/___/_____					
3e. Poučenie a informovaný súhlas pacienta s pozitívnym nálezom a s odporúčaným následným manažmentom sú súčasťou dokumentácie						
3f. Pacientovi daná informácia s web odkazom na vyplnenie						nachádza sa na www.standardnepostupy.sk

anonymného dotazníka spokojnosti manažmentu skríningového vyšetrenia (PSK/SK)						
3g. V prípade chyby alebo rizika zlyhania procesného manažmentu skríningu bol vyplnený online formulár o upozornení na možné zlyhanie skríningu (prípadne bol informovaný aj príslušný útvar ZP, VÚC, ÚDZS, NOI, prípadne MZ SR) a takýto akt bol zaznamenaný v dokumentácii poskytovateľa						nachádza sa na www.standardnepostupy.sk
3h. V prípade nežiadúceho účinku alebo poškodenia zdravia pri SK je tento nález zaznamenaný do anamnézy pacienta cestou e-Health (napr. v súvislosti s anestéziou, priebehom SK, perforáciou, krvácaním po polypektómii, a pod.)						nachádza sa na www.standardnepostupy.sk
3i. Vyplnený seba-hodnotiaci dotazník poskytovateľa ZS a skríningového vyšetrenia 1x za 6 mesiacov (vytlačený a podpísaný, ako súčasť dokumentácie)						nachádza sa na www.standardnepostupy.sk

Poznámka 1: Toto je súbor prvého setu aktivít a indikátorov v súvislosti s klinickým auditom pre prax pracovísk zabezpečujúcich výkon postupu skríningu kolorektálneho karcinómu kolonoskopiou. Jeho obsah platí do času schválenia následnej verzie, po ktorej vydaní obsah tohto kontrolného listu pre klinický audit zaniká.
Poznámka 2: Uvedenú tabuľku vypĺňa audítor na základe dokumentácie (t.j. kópia nálezu kolonoskopie a online formuláru, ktorý gastroenterológ vypĺňa pri realizácii SK a PSK), ktorú si vedie gastroenterológ a ktorú poskytuje audítorovi k nahliadnutiu.

C. Hodnotenie kvality skríningovej kolonoskopie – zhrnutie odporúčaní pre klinický audit populačného skríningového programu

V nasledujúcej tabuľke uvádzame súhrn noriem kvality z odporúčaní a štandardu na výkon prevencie kolorektálneho karcinómu - metódou populačného skríningu. Upozorňujeme, že poradie indikátorov nie je dôležité.
V súvislosti s výkonom klinického auditu sú všetky ciele pre hodnotenie kvality populačného skríningu kolorektálneho karcinómu neustále prehodnocované a revidované s ohľadom na dosiahnuté a najlepšie možné výsledky klinickej praxe.
Uvedené normy sú dôležité pre hodnotenie kvality a pomocné kritériá pre klinický audit, ktorý je hodnotený v kontexte 3 oblastí manažmentu štandardného postupu na výkon prevencie kolorektálneho karcinómu - metódou populačného skríningu, z čoho sú vytvorené nasledovné indikátory kvality: procesné, výkonové a výstupové.

Položka zabezpečenia kvality	Navrhovaný štandard
Informovaný súhlas a odvolanie informovaného súhlasu	Auditovanie počtu pacientov, ktorí odmietli kolonoskopiu v deň zákroku a počet pacientov s intraprocedurálnym odvolaním súhlasu. Navrhovaná norma (štandard): menej ako 5% prípadov odvolania súhlasu v deň konania vyšetrenia a menej ako 1% počas vyšetrenia samotného
Skúsenosti so skríningovou kolonoskopiou	Auditovanie (minimálnej) skúsenosti s kolonoskopiou počas profesijného života spolu s minimálnym počtom ročných kolonoskopií, ktoré majú byť v súlade so štandardom populačného skríningu kolorektálneho karcinómu. Navrhovaná norma (štandard): podľa odsúhlasenia Komisiou MZ SR pre ŠDTP na podklade odporúčania OPS gastroenterológia
Vyčistenie/ príprava hrubého čriev	Mal by sa auditovať stav vyčistenia (prípravy) hrubého čreva. Navrhovaná norma (štandard): najmenej 90% vyšetrení by sa malo hodnotiť ako „primerané“ vyčistenie hrubého čreva alebo „lepšie“
Sedácia, analgézia a komfort	Auditovanie sedácie, vrátane priemerných dávok liekov spolu s dosiahnutím komfortu pacienta. Navrhovaná norma (štandard): nie u viac ako 1% pacientov sa vyvinula hypoxia (saturácia pod 85% počas dlhšieho času než 30 sekúnd) alebo z iných dôvodov vyžadujú podanie reverzného činidla
Záchyt adenómov a rakoviny	Auditovanie počtu zistených adenómov a rakoviny. Navrhovaná norma (štandard): podľa metodiky ku štandardnému postupu
Počet intubácií céka	Auditovanie počtu intubácií céka pre všetky kolonoskopie. Navrhovaná norma (štandard): najmenej 90% všetkých kolonoskopií za sledované obdobie
Zachytávanie polypov	Skríningové programy predpokladajú, že všetky resekované polypy sa získajú na histologickú analýzu. Navrhovaná norma (štandard): ≥ 90% resekovaných polypov sa má získať na histologickú analýzu
Signifikantné intervalové lézie	Audit odporúča, aby skríningové programy sledovali veľkosť, vzhľad, umiestnenie a histológiu všetkých polypov väčších ako 1 cm a rakovinových lézií zistených medzi skríningovými vyšetreniami, ako aj po vyradení pacienta zo skríningového programu. Navrhovaná norma (štandard): podľa odsúhlasenia Komisiou MZ SR pre ŠDTP na podklade odporúčania členov OPS resp. panelu tvoriaceho štandardný postup
Čistenie a dezinfekcia	Používanie noriem stanovených výrobcom, vnútroštátnych a európskych noriem na dezinfekciu. Navrhovaná norma (štandard): rutinné mikrobiologické testovanie v intervaloch nepresahujúcich 3 mesiace

Neplánované hospitalizácie	Odporúčame auditovanie zaznamenania podrobností o všetkých akútnych príjmoch do 30 dní od skríningovej kolonoskopie. Hodnotené sú hospitalizácie do 30 dní od kolonoskopie z dôvodu krvácania s potrebou hemosubstitúcie, perforácie čreva a peritonitídy. Navrhovaná norma (štandard): podľa odsúhlasenia Komisiou MZ SR pre ŠDTP na podklade odporúčania členov OPS resp. panelu tvoriaceho štandardný postup odporúčané sledovať v NOI v spolupráci s NCZI
Počet perforácií	Auditovanie zaznamenávania podrobností o všetkých perforáciách komplikujúcich diagnostické a terapeutické procesy, ktoré vyžadujú chirurgické ošetrenie, a ktoré sa vyskytujú do 2 týždňov od kolonoskopie. Navrhovaná norma (štandard): menej ako 1:1000 diagnostických alebo terapeutických vyšetrení by malo viesť k perforácii vyžadujúcej chirurgické ošetrenie
Počet krvácaní	Auditovanie zaznamenávania všetkých prípadov okamžitého a neskorého krvácania po polypektómii. Navrhovaná norma (štandard): menej ako 1:20 prípadov krvácania by malo v konečnom dôsledku vyžadovať chirurgický zákrok
Počet správne vykázaných kolonoskopií	Auditovanie počtu správne vykázaných kolonoskopií na zdravotnú poisťovňu uhrádzajúcu z verejného zdravotného poistenia a NCZI. Navrhovaná norma (štandard): pri porovnaní hlásení na ZP/NCZI ≥ 95% komplexne

Poznámka 1: Toto je súbor prvého setu aktivít a indikátorov v súvislosti s klinickým auditom pre prax pracovísk zabezpečujúcich výkon postupu skríningu kolorektálneho karcinómu kolonoskopiou. Jeho obsah platí do času schválenia následnej verzie, po ktorej vydaní obsah tohto kontrolného listu pre klinický audit zaniká.

Poznámka 2: Všetky horeuvedené sledované parametre v tabuľke si môže audítor nájsť vo formulári, ktorý vypĺňa gastroenterológ pri realizácii SK a PSK. Formulár sprístupní gastroenterológ audítorovi na požiadanie pri výkone auditu.

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 resp. jedinca spadajúceho do populácie, ktorá je definovaná týmto štandardným postupom.

Účinnosť
Tento štandardný postup nadobúda účinnosť 1. januára 2020.

Andrea Kalavská
ministerka

VESTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR

Vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR vo V OBZOR, s.r.o., Bratislava.
Tlač: V OBZOR, s.r.o. Objednávky na predplatné, aj jednorazové vybavuje V OBZOR, s.r.o., Bratislava, tel.: 0905 361 251.
Adresa pre písomný styk: V OBZOR, s.r.o, P.O.Box 64, 820 12 Bratislava 212, E-mail: obzor@obzor.sk, www. obzor.sk