



diagnóza
v ošetrovatelství



Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Katedra ošetrovatelstva

-

Diagnóza v ošetrovatelství

-

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

DIAGNÓZA V OŠETROVATEĽSTVE

- nové trendy v odbore

*Zborník príspevkov
z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie*

Trnava
2012

Vydala: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

1.vydanie

Trnava 2012

Editori © : Mgr. Jana Sedliaková
 doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD.

Recenzenti: prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.
 doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.
 doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.

Publikácia neprešla jazykovou úpravou. Za obsahovú, vecnú i jazykovú správnosť a citáciu literárnych zdrojov zodpovedajú autori jednotlivých príspevkov.

Potrebné technické úpravy vykonali editori.

ISBN 978-80-8082-524-9

EAN 9788080825249

Záštitu nad konferenciou prevzali :

rektor Trnavskej univerzity, prof. doc. JUDr. Marek Šmid, PhD.
a Mesto Trnava.

VEDECKÝ VÝBOR KONFERENCIE

doc. RNDr. Vladimír Bošák, CSc.
prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.
prof. MUDr. Mojmír Kasalický, CSc.
prof. MUDr. Juraj Hromec, CSc.
prof. MUDr. Miroslav Danaj, CSc.
prof. MUDr. Ľudovít Jurga, DrSc.
prof. MUDr. Elena Kukurová, CSc.
doc. MUDr. Július Chramec, CSc.
MUDr. Alexandra Šimková, PhD.
doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.
PhDr. Melanie Beťková, PhD.
doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD.
doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.
doc. PhDr. Darina Wiczmándyová, PhD.
PhDr. Alena Uričková, PhD.
PhDr. Andrea Lajdová, PhD.
PhDr. Marie Macková, PhD., RSW - ČR

ORGANIZAČNÝ VÝBOR KONFERENCIE

Mgr. Eva Mašatová - ČR
doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD.
Mgr. Jana Sedliaková
PhDr. Jana Martinková
Mgr. Silvia Puteková

Obsah

Obsah	4
Predslov	6
Príhovor zo slávnostného otvorenia konferencie	7
PhDr. Jana Otrubová, PhD, Bc. Martina Haluzová, doc. PhDr. Monika Jankechová Copingové stratégie u pacientov so stómiou	8
Mgr. Vlasta Dvořáková, Mgr. Lenka Görnerová Rozdíly ve strachu z bolesti před a po operačním výkonu u chirurgických pacientů	16
Barbora Kapitánová, Anna Tajberová Využitie V.A.C. terapie pri komplikovanom hojení open abdomen	27
Mgr. Danko Lančaričová, Mgr. Marianna Frantová, MUDr. Alexandra Šimková, PhD. Ošetrovanie chirurgického pacienta v intenzívnej starostlivosti	34
PhDr. Marie Macková, PhD. RSW Plánování péče u seniorů - rizika living will	39
doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD., Mgr. Mária Semanišinová Diagnostika akútnej zmätenosti u pacientov po brušných operáciách	44
PhDr. Alena Uričková, PhD., Bc. Dominika Kotúčková Hojenie rán - Debridement	57
Alžbeta Minarovičová, Mgr. Iveta Kučerová, Zuzana Benedikovičová Ošetrovanie pacienta s črevnou (enterokutánnou) fistulou	63
Mgr. Anna Murgová, doc. PhDr. Darina Wiczmandyová, PhD. Dítě jako pacient na chirurgickom oddelení	68
Mgr. Ľubomíra Tkáčová, doc. PhDr. Darina Wiczmandyová, PhD. Volný pohyb sestier v EU	74
doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD. DRG systém a jeho vplyv na ošetrovateľskú prax	82
PhDr. Jana Martinková Faktory ovplyvňujúce hojenie rán	89
PhDr. Andrea Solgajová, PhD., PhDr. Tomáš Sollár, PhD. Diagnostika úzkosti v ošetrovatel'stve	94

doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD., Mgr. Mária Ligačová , PhDr. Jana Martinková Manažment starostlivosti o pacienta s chronickou ranou	100
PhDr. Daniela Letašiová, doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD. Vrodené deformity hrudníka z pohľadu rehabilitácie.....	107
PhDr. Andrea Lajdová, PhD., PhDr. Alena Uričková, PhD. Vplyv psychosociálnych faktorov na zdravie človeka	117
Mgr. Jana Luljáková Mýty a fakty o diabetes mellitus.....	122
PhDr. Ingrid Juhásová, doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD., doc. PhDr. František Baumgartner, CSc. Emócie vo vzťahu sestra-pacient	128
Mgr. Jana Sedliaková Manažment ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta s intraabdominálnou hypertenziou a syndrómom brušného pretlaku	136
Bc. Dominika Kotúčková, PhDr. Alena Uričková, PhD. V.A.C.® terapia v liečbe rán.....	145
Mgr. Alena Dziacka, doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD., prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti pri liečení defektov na dolných končatinách v domácom prostredí.....	157
Recenzné posudky príspevkov.....	163

Predslov

Vážené kolegyne, vážení kolegovia,

stalo sa tradíciou, že Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave v spolupráci so Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek usporiada každoročne medzinárodnú vedeckú konferenciu na svojej akademickej pôde. Inak nie je ani v tomto roku, pretože vedecká a odborná konferencia s medzinárodnou účasťou sa konala pri príležitosti 20. výročia znovuoobnovenia Trnavskej univerzity.

Trnavská univerzita mala v dejinách Slovenska veľký význam nielen tým, že zvýšila vzdelanosť, ale aj tým, že zväčšila slovenské národné povedomie. Slovensko a najmä Trnava sa ňou zviditeľnila v celej Európe.

Naším partnerom a odborným garantom sa stala Diagnóza v ošetrovateľstve – odborný časopis pre nelekárske odbory z Českej republiky, podľa ktorej sa niesol aj názov našej konferencie. Nové trendy v chirurgickom ošetrovateľstve, problematika hojenia rán a špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o chirurgického pacienta boli hlavnými témami vedeckých i odborných príspevkov, ktoré predkladáme čitateľovi. Recenzovaný zborník príspevkov „Diagnóza v ošetrovateľstve – nové trendy v odbore“ je výsledkom vedecko – výskumnej činnosti pracovníkov pôsobiacich na akademickej pôde, ako aj pracovníkov pôsobiacich v medicínskej i ošetrovateľskej praxi. Naším cieľom je poskytnúť zdravotníckym pracovníkom, i laickej verejnosti informácie o výsledkoch vedeckej činnosti, ktoré prispejú k ďalšiemu rozvoju nových poznatkov z oblasti chirurgického ošetrovateľstva.

doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD.

vedúca Katedry ošetrovateľstva, FZaSP TU v Trnave

Príhovor zo slávnostného otvorenia konferencie

Vážené dámy, vážení páni,

tak ako sa mesto Trnava hrdí tým, že patrí k najstarším slobodným kráľovským mestám na Slovensku, tak je určite našou pýchou i najstaršia univerzita na Slovensku – Trnavská univerzita, ktorá vznikla v roku 1635. V tomto roku si okrem toho pripomína aj 20 rokov od obnovenia svojej činnosti v novodobých dejinách mesta.

Som rád, že v mene mesta Trnava môžem konštatovať nielen tieto pozoruhodné historické fakty, ale predovšetkým skutočnosť, že pôsobenie Trnavskej univerzity má nenahraditeľný význam aj pre samotný život mesta. Počas jej existencie zanechala nezmazateľné stopy nielen v architektúre, ale vychovala aj množstvo vzdelaných a tvorivých mladých ľudí.

Vzdelanie patrí k najpodstatnejším pilierom spoločnosti, pretože uchováva najdôležitejšie kódy ľudského bytia, tradície, duchovného a kultúrneho života. Chcem preto vyjadriť vďačnosť Trnavskej univerzite, ktorá túto úlohu plnila nielen v minulosti, ale poctivo ju naplňa aj v súčasnosti.

V súčasnej dobe je to snáď ešte o čosi ťažšie, pretože sa vytráca spoločenské docenenie pedagógov a ich autority. Dovolím si však tvrdiť, že vaše úsilie a snaha odovzdať skúsenosti mladšej generácii túto priepasť preklenujú. Mnohým z vás sa podarilo za posledných dvadsať rokov nadviazať na kultúrnu, duchovnú i myšlienkovú niť, čo zakladá oprávnenú nádej nielen pre našu, ale i pre nastupujúcu generáciu. Tá vďaka vám, ktorí sa poctivo zamýšľate nad životom a svetom, môže získať myslením a vnútorným utrpením pretavenú skúsenosť o svete. S odovzdanými skúsenosťami nezískava mladá generácia iba kvantum strohých informácií, ale obohacujú ju konkrétnym vzťahom a spoluzodpovednosťou za tento svet.

I dnešná konferencia, na ktorej sa zišli odborníci z Čiech i zo Slovenska, vypovedá o vašej zodpovednosti a o hľadaní ciest, ako viac pomôcť človeku. Prináša viacero podnetných tém, ktoré určite zarezonujú nielen u odbornej verejnosti, ale i u mladých ľudí, ktorí v zdravotníctve našli zmysel svojej práce. Verím, že vďaka vášmu zaniu i odovzdaným skúsenostiam sa posunie nielen naše poznanie, ale vďaka výsledkom a obetavej práci v zdravotníctve i samotné vnímanie nezastupiteľnej úlohy vzdelania a zdravotníctva v spoločnosti.

Prajem vám všetkým veľa podnetných a tvorivých myšlienok. Vám, milí hostia, ktorí ste v Trnave na návšteve, alebo ste tu po prvýkrát, prajem, aby vás naše mesto očarovalo natoľko, že sa sem budete vždy radi vracieť.

JUDr. Štefan Dvorský, poslanec MsZ, člen Výboru - Zdravé mesto pri MsÚ Trnava

Copingové stratégie u pacientov so stómiou Coping Strategies of Stoma Patients

¹ Jana OTRUBOVÁ, ² Martina HALUZOVÁ, ³ Monika JANKECHOVÁ

¹VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, ²ZSS Kamilka Maňa, ³VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava

Abstrakt

Závažné ochorenie, či trvalé postihnutie výrazne mení vnútorné prežívanie spokojnosti, naplnenia a šťastia. Vyvedenie stómie vyvoláva u jedinca pocit strachu a menejcennosti. Vo vnímaní pacienta znamená hlboký zásah do jeho životného osudu, jeho zvyklostí. Adaptácia, čiže prispôbenie sa novým životným podmienkam je proces, ktorý trvá neustále a prebieha aj u jedinca, ktorému bola vyvedená kolostómia. Spôsob zvládania a vyrovnania sa s chorobou znamená dôležitý moment v liečebnom procese. Zvládanie nárokov vyplývajúcich z ochorenia je jeden z predpokladov udržania compliance a adherencie pacienta v liečbe a tým aj efektívnosti liečby. Vyvedenie stómie ako následok onkologického ochorenia čriev patrí medzi situácie, ktoré znamenajú radikálnu zmenu v doterajšom spôsobe života. Dôležitú úlohu v tomto procese zohráva, ako sa človek dokáže vyrovnat' s daným postihnutím.

Copingovými stratégiami a ich využitím vhodným spôsobom sa zaoberá psychológia, ale aj z pohľadu ošetrovateľstva má veľký význam poznanie a identifikácia spôsobov zvládania záťaže vyplývajúcej z ochorenia a liečby pre dosiahnutie efektívnej a dlhodobej adherencie pacientov.

Predkladaný príspevok prezentuje možnosti využitia copingových stratégií u pacienta s kolostómiou.

Abstract

Serious illnesses or a permanent disability significantly change the internal experience of satisfaction, fulfilment and happiness. The stomal outlet in the individual provokes a feeling of fear and inferiority. In the patient's mind this means a deep intervention in his or her fate and habits.

Adaptation to the new life conditions is a process that is continuous and also occurs in humans with a colostomy. The way of coping and dealing with the disease means an important moment in the healing process.

Dealing with claims arising from the disease is one of the prepositions to keep compliance and treatment adherence and thus effectiveness of treatment. Taking out the stoma as a result of oncological disease is situation that means a radical change in current life. Important role in this proces is the way how one can cope with that disability. Coping strategies and the useage of them is the aim of studying psychology, but also in terms of the importance of nursing knowledge and identifying ways of coping with stressresulting from the disease and treatment to achieve effective and long-term adherence of patients.

The article presents the possibilities of using the coping strategies in patients with colostomy.

Kľúčové slová: kolostómia, coping, copingové stratégie.

Key words: colostomy, coping, coping strategies.

Úvod

Ochorenie predstavuje pre jedinca náročnú životnú situáciu, s ktorou sa musí často v krátkom časovom období vyrovať. Prítomnosť psychických problémov u chorých podmieňujú rôzne faktory a okolnosti. Každé závažné ochorenie môže zanechať u pacienta ako fyzické, tak i psychické následky. Operácie čriev s následnou stómiou sa vykonávajú najčastejšie z dôvodu nádorového ochorenia. Tie predstavujú v súčasnosti nie len medicínsky, sociálny, ale aj ošetrovateľský problém. U nás je kolorektálny karcinóm druhou najčastejšou nádorovou chorobou. Jeho liečba spočíva mnohokrát v radikálnom výkone a končí vyvedením stómie. Indikácia k trvalej, alebo dočasnej kolostómii závisí od závažnosti a lokalizácie ochorenia. Každé vyvedenie stómie znamená veľký zásah do doterajšieho života jedinca. Jediniec sa musí vyrovať s chorobou, následnou operáciou a neskôr so stómiou, ktorá okrem iného zasahuje i do vnímania vlastného obrazu tela (Marková, 2006). Skutočnosť, že sa človek stane stomikom výrazne ovplyvňuje jeho doterajší osobný, rodinný i spoločenský život.

Analýza problematiky

Podľa Blocka je rakovina psychicky zničujúce ochorenie, ktoré často vyvoláva silné pocity strachu, smútku a zlosti. Medzi najčastejšie reakcie v emocionálnej oblasti patrí úzkosť, depresia, chronická bezmocnosť, potlačovanie emócií, ďalej sú to poruchy sexuálnych funkcií, znížený pocit vlastnej hodnoty, postihnutie kognitívnych schopností, sociálnych vzťahov a pracovnej kapacity (Tschuschke, 2004).

Stres sprevádzajúci onkologické ochorenie psychoonkológia nazýva psychosociálny distress. Predstavuje multifaktoriálny nepríjemný zážitok psychologickú (kognitívnu, emocionálnu, behaviorálnu), sociálnu a spirituálnu povahu. Zvládanie stresu Lazarus a Folkmanová (1987, s. 141) charakterizujú ako behaviorálne, kognitívne, alebo sociálne odpovede vzťahujúce sa na úsilie osoby regulovať vnútorné alebo vonkajšie tlaky, napätia vyplývajúce z transakcií osoby a prostredia.

Trvalé poškodenie, či závažné ochorenie predstavujú u človeka mimoriadnu záťaž, prinášajú so sebou obmedzenia, zmeny životného štýlu a rôznu mieru stresu. Taktiež zväčšujú priepasť medzi potrebami a možnosťami ich uspokojenia. Toto obmedzenie ovplyvňuje i hodnotovú orientáciu postihnutého (Marková, 2006). Ak človek prijme náročnú životnú situáciu ako výzvu, môže dôjsť k životnej spokojnosti i pri trvalom poškodení. Oznámenie diagnózy, čakanie a obavy z úspešnosti liečby, vedomie celoživotného dodržiavania režimových opatrení, závislosť na kolostomických pomôckach obmedzujúca denné aktivity predstavujú pre pacienta nadlimitné stresory, resp. záťažové situácie. Kvalita života u stomikov je do veľkej miery závislá od prognózy základného ochorenia, ktoré bolo dôvodom vyvedenia stómie.

Najčastejšie faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu života pacientov s kolostómiou sú:

- strach zo smrti,
- zdravotné obmedzenia,
- strata sebaúcty v súvislosti telesnými zmenami,
- strata sociálnych istôt,
- strata spoločenskej prestíže,
- obava z novej situácie,
- zmeny v rodinných vzťahoch,
- finančné problémy súvisiace so stratou zamestnania (Marková, 2006).

Adaptácia na nové životné podmienky je neustály a dynamický proces a na niektoré obmedzenia je prísne individuálna. Jedným z dôležitých predpokladov dobrej adaptácie je existencia sociálnej a emocionálnej podpory rodiny, priateľov, ošetrojúceho personálu a naviazanie kontaktu so svojpomocnými skupinami.

Človek so stómiou – stomik sa musí vyrovnat' s viacerými faktormi:

- fyzickými – bolesť, zápcha, hnačka,
- emocionálnymi – stav duševnej pohody, strach, úzkosť, depresie,
- sociálnymi – vyjadreniami v rodinných medziľudských vzťahoch, v sociálnych aktivitách, v snahe o integráciu do normálneho života.

K správaniu človeka v ťažkej situácii sa vzťahujú pojmy tak adaptácia, ako aj coping. Adaptáciou rozumieme vyrovnanie sa so záťažou, ktorá sa dobre zvláda. Copingom sa rozumie boj človeka s neprimeranou, nadlimitnou záťažou. Podľa Křivohlavého (1994, s. 42) coping vyjadruje nielen schopnosť vysporiadať sa s určitou osobne ťažkou situáciou, ale aj zápasit', bojovať s hrubým a zákerným nepriateľom. Výsledkom tohto procesu je buď prispôsobenie, alebo kompenzácia. V opačnom prípade hovoríme o dekompenzácii, maladaptácii, zlyhaní zvládania.

Termín coping označuje zvládanie ťažkých životných situácií. V angličtine tento výraz znamená vedieť si poradiť a vysporiadať sa s mimoriadne obtiažnou, takmer nezvládnuteľnou situáciou.

Názov je odvodený z gréckeho slova „kolaphos“, čo znamená rana daná protivníkovi v boxe. Inak povedané znamená „s niekým bojovať, snažiť sa ho premôcť, zvládnuť, skrotiť a podrobiť vlastnej vôli“ (Křivohlavý, 2002, s. 97). Pritom ten, kto ranu v boji s chorobou dáva je človek – pacient, ktorý sa do choroby dostal. Na koho je rana namierená, je ťažkosť – choroba, ktorá človeka do distresu priviedla. Celý proces zvládania ťažkostí sa zvyčajne označuje termínom moderovanie, riadenie – management diania, ktorým by sa mal nepriaznivý stav zmeniť (Křivohlavý, 2002). Dvojdimenziálnu klasifikáciu copingových stratégií vytvorili Lazarus a Folkmanová, v ktorej definovali coping orientovaný na problém, problem – focused coping a coping orientovaný na emócie, emotional – focused coping. Coping zameraný na problém pozostáva z aktívnych pokusov o zmenu súčasného problematického vzťahu. Tie sa objavujú, keď je situácia hodnotená ako zmeniteľná. Coping zameraný na emócie obsahuje zvládnutie emócií, ktoré môžu vzniknúť pri nevyhnutnej zmene podmienok. Objavuje sa, keď hodnotíme situáciu ako nezmeniteľnú.

Voepel-Lewis et al. (1990) zistili vysoko signifikantný vzťah medzi vnímaním kvality života a stratégiami zvládania pacientov. Práve v kontexte závažného ochorenia sú aktivované stratégie zvládania, ktoré potom pomáhajú vytvárať príslušnú úroveň kvality života. V tejto štúdií boli stratégie zvládania ohodnotené ako dôležitý faktor, ktorý sa podieľa na vytváraní rozdielov vo vnímaní kvality života u pacientov so závažným ochorením. Je to práve situácia silného stresu, ktorá aktivuje jednotlivé stratégie zvládania s dosahom na utváranie úrovne kvality života. Silný zmysel pre súdržnosť, teda uchovanie integrity osobnosti je najdôležitejší faktor pre

efektívny coping ochorenia a tým následne ovplyvňuje kvalitu života pacientov s ochorením. Copingové stratégie môžu výrazne ovplyvniť percepciu kvality života (Barinková, 2009, s. 24).

Kolostómia pre pacienta predstavuje náročnú životnú situáciu. Ak sa človek osobne stretne s nádorovým ochorením a následne s kolostómiou, musí zvládať rôzne ciele a výzvy. Niektoré z nich sú medicínske a fyzické, niektoré emocionálne, iné interpersonálne a spirituálne. Nie každá copingová stratégia je však vhodná pre každého, pretože každý sám zohľadňuje vlastnú osobnosť, vlastné potreby, súčasnú životnú situáciu a aj to aké stratégie použil v minulosti, a ktoré z nich boli aj efektívne. Zvládanie rakoviny a následne kolostómie je proces, ktorý nie je jednorázový, ale trvá určitý čas od mesiacov až po roky, počas ktorých sa môžu používať rôzne stratégie v rôznych etapách choroby. Kľúčovou otázkou pri zhodnotení významu udalosti nebýva samotná situácia (rakovina, kolostómia), ale aký význam, zmysel jej osoba pripisuje. V závislosti od toho potom pacienti volia stratégie zvládania.

Copingové stratégie u pacienta s kolostómiou je možné rozdeliť aj podľa očakávaného výsledku: aktívny a pasívny coping. Aktívne stratégie zvládania sú definované ako stratégie, pri ktorých jedinec na boj so stresom využíva svoje vnútorné zdroje a pri pasívnych stratégiách copingu sa využívajú vonkajšie zdroje (Deimling, 2006). O aktívnej stratégii hovoríme vtedy, keď pacient sám z vlastnej iniciatívy pristupuje k riešeniu situácie. Vypracuje si vlastnú predstavu o vhodnom postupe, ktorý mu je zároveň aj vhodnou motiváciou potrebnou k ďalšej aktivite. O únikových (vyhýbavých) stratégiách zvládania ochorenia hovoríme vtedy, keď pacient rôznymi spôsobmi „zatvára oči“ pred problémami, uteká od riešenia situácie. Pacient si nepripúšťa, že by mohlo ísť o niečo závažné, ohrozujúce (Křivohlavý, 2002).

Pre ilustráciu využitia aktívnych a pasívnych stratégií uvádzame čiastkové výsledky našej štúdie, v ktorej sme overovali zvládanie záťažových situácií u pacientov s kolostómiou pomocou dotazníka Brief COPE navrhnutého Carverom (1997), jeho skrátenú verziu (Carver, Scheier, Weintraub, 1989). Dotazník obsahoval 28 položiek významovo rozdelených do 14 faktorov zvládania: aktívne zvládanie, plánovanie, pozitívne prerámovanie, akceptácia – prijatie, humor, náboženstvo a religiozita, využívanie emocionálnej podpory, využitie inštrumentálnej sociálnej podpory, vlastné rozptýlenie, popretie, ventilovanie, užívanie

návykových látok, odangažované správanie a sebaobviňovanie. Prieskumnú vzorku tvorilo 96 pacientov s kolostómiou, ktorá bola realizovaná z dôvodu nádorového ochorenia.

Vlastný prieskum zameraný na získanie údajov od pacientov s kolostómiou bol realizovaný v mesiacoch december 2011 – január 2012 vo FNsP Nové Zámky a vo vybraných ILCO kluboch v Nitrianskom kraji. Z analýzy výsledkov vyplýva, že pacienti s kolostómiou využívajú ako najfrekvencovanejšiu stratégiu akceptáciu choroby a jej prijatie, ktorú uviedlo 84,89 % respondentov a stratégiu plánovanie, ktorú uviedlo 78,12 % respondentov. Obe stratégie Deimling (2006) klasifikuje ako aktívny coping, pri ktorých jedinec na boj so stresom využíva svoje vnútorné zdroje. Z pasívnych stratégií, ktoré Deimling (2006) klasifikuje ako stratégie, pri ktorých jedinec využíva vonkajšie zdroje, sa najčastešie vyskytovala stratégia sebarozptýlenia, uviedlo ju 66,66 % respondentov a stratégia vytesnenia, ktorú uviedlo 33,85 % respondentov. Menej často využívanými stratégiami boli stratégie zamerané na zvládanie pomocou návykových látok. Naše čiastkové výsledky sú porovnateľné aj výsledkami štúdie Stratégie zvládania a kvalita života onkologických pacientiek, ktorú realizovala Mesárošová (2007). Ako uvádza, aj pacientky s malígnym ochorením prsníkov využívajú ako najfrekvencovanejšiu stratégiu akceptáciu choroby a aktívne zvládanie. Dôležitými stratégiami z hľadiska častosti ich využívania sú u pacientiek s rakovinou tiež vyhľadávanie emocionálnej a inštrumentálnej opory. Najmenej často využívanými stratégiami bolo zvládanie pomocou drog u oboch skúmaných skupín pacientek (Mesárošová, 2007).

Mnohé štúdie, ktoré používali rôzne copingové miery zistili, že aktívne copingové stratégie sú asociované s lepším psychologickým prispôsobením, ako napr. emocionálny distress. Na druhej strane, pasívne copingové stratégie sú asociované s maladaptívnym výsledkom meraní, ako napr. vznikajúca depresia a distress. Aktívny coping je asociovaný nielen s nižším psychologickým distressom, ale aj vyššou úrovňou pozitívnych postojov. Niekoľko štúdií dokazuje, že jedinci používajú obdobné copingové stratégie pri zvládaní rôznych typov stresorov (Deimling, 2006).

Záver

Zvládanie nárokov vyplývajúcich z ochorenia je jeden z predpokladov udržiavania compliance a adherencie pacienta v liečbe a tým aj efektívnosti liečby. Identifikácia stratégií zvládania

záťaž vyplývajúcej z liečby, ktoré sú z hľadiska vývoja zdravotného stavu pacienta neefektívne a podpora efektívnych stratégií môže prispieť ku dosiahnutiu efektívnej a dlhodobej adherencie pacientov. Neefektívne zvládanie záťaž je ošetrovateľská diagnóza zahrnutá v klasifikačnom systéme NANDA International II. a tu sa otvára priestor pre ošetrovateľstvo.

Použitá literatúra

BARINKOVÁ, K. 2009. Kvalita života a stratégie zvládania ochorenia u pacientok s onkologickým ochorením. Košice. [online]. [cit. 2012-03-06]. Dostupné na: <http://userweb.pedf.cuni.cz/kpsp/spd/Barinkova.html>.

CARVER, CH. 1997. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider brief cope In: International Journal of Behavioral Medicine, 4, 1997. s. 92 – 100.

DEIMLING, G. T. - WAGNER, L. J. - BOWMAN, K. F. - STERNS, S. - KERCHER, K. - KAHANA, B. 2006. Coping among older-adult, long-term cancer survivors In:Wiley InterScience/ Psychooncology, 15, 2006. s. 143 – 159.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 200. ISBN 8024701790.

MARKOVÁ, M. 2006. Stomie gastrointestinálního a močového traktu. 1. vyd. NCONZO. Brno. 2006. s. 68. ISBN 80-7013-434-8.

MESÁROŠOVÁ, M. a kol. 2007. Psychologické determinanty zvládania onkologických ochorení – Výskum psychosociálnym aspektov rakoviny prsníkov. Košice: VÚSI, 2007. ISBN 978-80-89338-00-9.

LAZARUS, R. S. - FOLKMAN, S. 1987. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 1987. s. 141-169.

LAZARUS, R. S. 1993. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic medicine*, 55, 1993. s. 234-247.

LAZARUS, R. S. 2000. Toward better research on stress and coping. *American psychologist*, 55, 2000. s. 665-673.

ORAVCOVÁ, J. 2004. Sociálna psychológia. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2004. s. 314. ISBN 80-8055-128-9.

TSCHUSCHKE, V. 2004. Psychoonkologie. Psychologické aspekty vzniku a zvládání rakoviny. Praha: Portál, 2004. s. 216. ISBN 80-7178-826-0.

VEREŠOVÁ, M. et al. 2007. Psychológia. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2007. s. 191. ISBN 80-8063-239-1.

VOEPEL-LEWIS, T. - STARR, A., J. - WHITE, M., J. 1990. Stress, coping and quality of life in family members of kidney transplant recipients. In: American Nephrology Nurses Association Journal, 17, 1990. s. 427-431.

Adresa autorov

PhDr. Jana Otrubová, PhD.

VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava Nové Zámky

email: jana.otrubova@gmail.com

Bc. Martina Haluzová

ZSS KAMILKA Maňa

E-mail: tina.haluzova@gmail.com

doc. PhDr. Monika Jankechová, PhD.

VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava

FZaSP sv. Ladislava Nové Zámky

E-mail: jankechova.monika@gmail.com

Rozdíly ve strachu z bolesti před a po operačním výkonu u chirurgických pacientů

¹ Vlasta DVOŘÁKOVÁ ² Lenka GÖRNEROVÁ

¹ Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovatel'stva

² Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Úvod: Článek je zaměřen na strach z bolesti u hospitalizovaných pacientů. Bolest a strach jsou dvě oblasti velice úzce spolu spjaté. Bolest je popisována v mnohé literatuře, ale mnohem méně už je popsáno souvislosti mezi bolestí a strachem. Bolest je skoro vždy provázená strachem, který pacienti zažívají. Strach z bolesti je reálný a rozšířený jev a vzniká zřejmě v dětství. Bolest je nutné posuzovat z hlediska fyzického i z psychologického. Úloha sestry při léčbě bolesti je nezastupitelná. Porozumění bolesti je základním klíčem ke správné léčbě a vhodnému přístupu k pacientovi.

Cíl: Ve výzkumném šetření jsme porovnávali strach z malé bolesti, velké bolesti a lékařských výkonů u pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení před a po operačním výkonu.

Soubor a metodika: V realizovaném výzkumu byla použita metoda dotazníku, zdroj: McNEIL, W. Daniel (Oklahoma State University), RAINWATER, J. Avie (Medical University of South Carolina): Fear of Pain Questionnaire III (Dotazník strachu z bolesti - FPQ-III CZ), 1998. Translation: D. Skorunka, V. Mareš, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2000, doplněného o anamnestické údaje.

Výsledky: Při porovnání strachu z bolesti před a po operačním výkonu byl jasný rozdíl u pacientů před a po operačním výkonu. Strach z bolesti ve všech třech porovnávaných oblastech byl u pacientů před operací větší než u pacientů po operaci.

Závěr: Na základě zjištěného jsme dospěli k názoru, že u pacientů před operací je oprávněný větší strach z bolesti, jelikož v nich stále přetrvává nejistota z operace, která i strach z bolesti prohlubuje. U pacientů po operaci je strach z bolesti viditelně menší.

Navrhovaná opatření: Doporučení pro praxi jsou využívat holistický přístup, psychologickou přípravu pacientů, nácvik relaxace, instruktážní videofilmy, odvádění pozornosti, vyhledávání informací ze stran pacienta v péči o zdraví, empatický přístup a klást důraz na celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Abstract

Introduction: This article is focused at the fear of pain of hospitalized patients. Pain and fear are two areas which are connected very closely. Pain was many times described in literature but there are not so many analyses of fear of pain. Pain is almost in all cases accompanied by fear. Fear of pain is real and widespread feeling and started in childhood. Fear of pain is to be evaluated from the physical and psychical point of view. Role of nurse in pain suppression is irreplaceable. Understanding of fear of pain is essential for the proper cure and proper approach to patient before and after surgery.

Objective: In this research we compared fear of little pain, big pain and medical interventions of hospitalized men and women.

Methodology: In this research we used the questionnaire method, source: McNEIL, W. Daniel (Oklahoma State University), RAINWATER, J. Avie (Medical University of South Carolina): Fear of Pain Questionnaire III, 1998. Translation: D. Skorunka, V. Mareš, Charles University, Medical Faculty Hradec Kralove, 2000 with amended anamnesis data.

Results: There was a clear difference of fear of pain of hospitalized patients before and after the surgery. Fear of pain of patients was higher before surgery in all three compared areas.

Conclusion: Based on our results we reached the conclusion that fear of pain of hospitalized patients before surgery is justified, because there is fear of surgery, which induces fear. Fear of pain of patients after surgery is substantially lower.

Recommended precautions: We recommended to use holistic attitude, psychological preparation of patients, training of relaxation techniques, instructional videos, diversion of concentration, patients actively searching for healthcare information, empathic attitude and stress at all life education of healthcare personnel.

Klíčová slova: bolest, sestra, pacient, strach.

Key words: pain, nurse, patient, fear.

Úvod

Téma bolesti je studováno stále podrobněji na úrovni neuroanatomické, neurofyzilogické, farmakologické, neurochirurgické, anesteziologické a rehabilitační. Mnohem méně pozornosti se věnuje, kromě obecného konstatování, psychické úrovni a vztahům mezi bolestí a psychickými stavy např. strachem a bolestí. Bolest patří nerozlučně k lidskému životu, je znamením, že se v člověku děje něco špatného, nebo něco důležitého, co by nemělo být opomenuto. Kromě fyzického a psychického utrpení způsobuje bolest ztrátu nejrozličnějších schopností, ztrátu lidských vazeb, narušení hodnotového žebříčku. Člověk je schopen představit si svou vlastní bolest, a proto každá bolest vyvolává v jedinci určitý strach a duševní tíseň. Je to dáno tím, že člověk s danou zkušeností s bolestí ví, co ho čeká. Setká-li se naopak s problémem poprvé, má strach a obavy, jak to vlastně vůbec bude bolet. Poznání bolesti má také své kladné stránky, které nám pomáhají zlepšovat život v bolesti a neztrácet svoji důstojnost. Hodnocení bolesti a její zvládání je jedním z nejpálčivějších problémů společnosti. Každý zdravotnický pracovník, a nejen on, by měl přijmout bolest člověka jako závažný problém, který je nutno zodpovědně řešit. Pokud není bolest dostatečně mírněna, prohlubuje strach a úzkost. Bolest je provázána strachem. Strach z bolesti je reálný a rozšířený jev. Strach z bolesti je oblastí, která by měla zajímat nejen pacienty, ale především zdravotníky, protože z medicínského hlediska představuje značný problém. Toto téma by mělo vstoupit do každodenních úvah zdravotníků. Jen tak je šance, že nebude strach u pacientů růst a „bobtnat“.

Proto se snažíme z pohledu zdravotníka zamyslet nad tím, proč mají pacienti strach z bolesti, hlavně také jak velký ten strach je a jak nejlépe jim pomoci, aby se snížil na minimum. Strach je přirozená psychická funkce, jejímž účelem je ochrana života. Člověk je bytost nezávislá na svých instinktech a nejvíce orientovaná na své zkušenosti. Bytost orientovaná na zkušenost musí mít vyvinutý strach, aby se vyhýbala nebezpečným situacím nebo jednala opatrněji. Pocit strachu je důležitý prostředek sebezáchovy a sebeobrany. Jeho výsledek je opatrnost, zdrženlivost a ostražitě zkoumání momentální situace (Stuchlíková, 2002). Strach a úzkost bývají subjektivně prožívané jako pocit sevření, tísně, vnitřního napětí a neklidu, člověk se cítí být ohrožen, projevuje obavy, prožívá bezradnost a vlastní bezbrannost. Velmi často jsou doprovázené depresivními prožitky a únavou (Vymětal, 2003). V oblasti fyzických změn se strach a úzkost projevují nespecificky a zasahují téměř všechny orgány a funkční systémy. Bývá zrychlená činnost srdce, vyšší krevní tlak, rychlejší či zpomalené dýchání, sucho v ústech, zvýšená potivost kůže, zvyšuje se svalové napětí. Člověk reaguje v první fázi stresu útokem nebo útekem. Na první pohled mívá jedinec vyděšený výraz, mimika je málo diferencovaná, v obličeji je bledý, celkově působí dojmem strnulosti, jeho pohyby bývají hůře koordinované a nepřesné (Vymětal, 2003). Úzkost a strach doprovázejí člověka po celý život. Jejich forma a intenzita se mění vlivem různých okolností, včetně věku (Vymětal, 2003).

Bolest je skoro vždy provázená strachem, který pacienti zažívají. Strach z bolesti je reálný a rozšířený jev, vzniká zřejmě v dětství a podílejí se na něm, svým malým zájmem o dětskou bolest, včetně necitlivého provádění bolestivých výkonů u dětí, i sami zdravotníci. Málo se ví o prevenci strachu z bolesti a nejvhodnějších intervenčních postupech, když už se strach objeví.

Bolest přináší negativní pocity nejen u pacientů s nezmírněnou akutní bolestí, ale zejména s bolestí chronickou. Jejich postavení je velmi náročné. Tito pacienti často navštěvují různé odborníky, přicházejí plni víry v uzdravení a obdivu k lékaři. Při neúčinné terapii netají své zklamání a ze svého stavu vinní lékaře. Ten takového pacienta rád předává na jiné pracoviště často s nálepkou hypochondra nebo simulanta. Pacienti trpící chronickými bolestmi potřebují dát průběh vlastním pocitům, potřebují častější pomoc zejména ve vyrovnání se s životem v bolesti a zlepšením jeho kvality. Je třeba naučit je pojmenovat své pocity, vyjádřit je, dát jim volný průběh a usnadnit přirozené vyjadřování. Důležitý je také projev zájmu o jejich osobu a problémy (Sofaer, 1997).

Zájem o psychologické faktory u somatických nemocí se zvýšil teprve od třicátých let 20. století. Přetrvávající bolest, pro kterou nebylo možné najít vysvětlení, byla považována za hysterickou či psychogenní, byla vysvětlována jeho ochrana proti psychickým konfliktům. V její léčbě byly užívány psychoanalytické přístupy. Ve třicátých letech vznikla psychosomatická medicína, která předpokládala, že somatické nemoci mají psychogenní základ (Baštecký et al, 1993).

Vývoj ve fyziologii bolesti vedl ke zlepšení pochopení její percepce, začaly se rozvíjet nové mezioborové vztahy, a tak bylo možné předejít od psychosomatických souvislostí bolesti k biopsychosociálním (Rudenská, 2000).

Znalosti o psychologických, sociálních a kulturních faktorech, které souvisí s bolestí, nám lépe pomohou pochopit pacientovo chování a reakce. Podle Sofaer jsou: „V psychologické oblasti důležité osobní rysy a vztah úzkosti a deprese k bolesti“ (Sofaer, 1997).

Máme-li možnost zjistit, jak vypadala osobnost pacienta před bolestivou nemocí, jsme schopni lépe pochopit jeho změnu v chování (Němčková, Žiaková, 1997).

Bolest je nutné posuzovat z hlediska fyzického, tak i z psychologického. Je dobré již při příjmu pacienta zjistit, jak on sám nahlíží na své problémy, zjistit jeho reakci na stres a schopnosti adaptace na hospitalizaci. Takový přístup projevu zájmu ošetřujícího personálu může utlumit úzkost, která je spojena zejména s akutní bolestí. Tváří v tvář bolestivé chorobě je většina lidí vystrašená. Při konfrontaci s takovou příhodou mají sklon k ustaranosti a úzkosti. Tito pacienti někdy pociťují větší bolesti, protože bolest, zvláště akutní, vyvolává úzkost a naopak úzkost má vliv na snížení prahu vnímání bolesti (Rudenská, 2000).

Úloha sestry při léčbě bolesti je nezastupitelná. Musí umět rozlišit akutní bolest od chronické. Porozumění bolesti je základním klíčem ke správné léčbě a vhodnému přístupu k pacientovi. Posoudit bolest objektivně je náročné, tento proces vyžaduje zkušenou a vzdělanou sestru, která je schopna zhodnotit jak kvalitu, tak kvantitu bolesti (Sofaer, 1997).

Každý člověk je individualita, což platí pro nemocného v daleko větším měřítku. Jeho reakce na bolest jsou individuální. Sestra musí pacienta dobře poznat, získat si jeho důvěru a teprve pak může zvolit nejvhodnější postup v ošetrovatelské péči vedoucí k odstranění bolesti. Sestra je společníkem pacienta, tráví s ním nejvíce času, sleduje jeho reakce na léčbu a na prostředí. Sleduje jeho chování a aktivitu během dne a kvalitu spánku v noci. Nestačí pouze klást otázky,

je třeba pacienta pozorně vyslechnout, dát prostor a čas k vyjádření svých potíží (Sofaer, 1997).

Všechny získané informace o bolesti je třeba zaznamenávat do speciálního záznamu o průběhu bolesti, který se operativně přizpůsobuje potřebám pacienta. Bolest nelze měřit objektivně, a proto záleží na sestře a jejích zkušenostech a znalostech, jak dokáže nemocného posoudit. Bolest může být kvalitně léčena jen při dobré komunikaci mezi ošetřujícím personálem a pacientem. Je třeba brát v úvahu možné komunikační bariéry ze strany pacienta, které mohou nastat v závislosti na věku, intelektu, funkčních problémech, ale také jazykové bariéry (Trachtová, 1999).

Sestra a pacient žijí každý ve svém světě. Aby došlo k empatii a porozumění, je nutné pochopit svět toho druhého. Odpovědnost za úlevu od bolesti nenese jen sestra, ale také pacient. Východiskem je opět komunikace a schopnost vyjadřovat své pocity. Někteří pacienti nám ochotně sdělí své trápení. Jiní trpí tiche a neumějí vyjít sami ze sebe, ať už pro předchozí negativní zkušenosti nebo jen proto, že si nedokáží vybudovat cestu ke zlepšení života. Tady je zapotřebí, aby sestra projevila svoji touhu pomoci a učinila první krok (Sedláková, 1995).

Poskytování úlevy od bolesti nebývá prioritou v péči o potřeby pacientů. Naše sestra nemá dosud skutečnou pravomoc v rozhodování o indikaci analgetik. Negativní dopad narušené komunikace mezi zdravotnickým personálem se může negativně promítat do péče o pacienta. Ne všechny sestry se zajímají o účinky a délku působení analgetik, ne vždy se zamyslí nad vhodností indikace a často nedostatečně informují lékaře o průběhu terapie bolesti (Sofaer, 1997).

Stejně jako vnímání bolesti je i různými faktory ovlivněn přístup sester k pacientům s bolestí. Nové absolventky přicházejí do praxe s nadšením a rozhodnutím pomáhat pacientům. Realita však bývá jiná. Náročnost a rychlost nemocničního provozu, množství odvedené práce, negativní vliv starších kolegyň a pracovní stereotypy je nutí slevovat ze svých ideálů. Sestry s dlouholetou praxí mívají s poskytováním úlevy od bolesti problémy. Mají tendenci škatulkovat pacienty, nedávají jim možnost osobního a samostatného zhodnocení terapie. Často mu nutí vyjádření bolesti. Vše je také způsobeno nedostatkem sester, které jdou ze služby do služby, nemají čas na rodinu a další vzdělání v oboru. Podle Sofaer znamená seriózní přístup projevovat lidskou starostlivost a specificky pak snahu poskytovat odpovídající možnosti pro zvládání bolesti. To by mělo vycházet ze vztahu pacienta a sestry,

který poskytuje prostor podílet se na rozhodování. Pro vytvoření takového vztahu je nezbytná opravdová schopnost komunikace s kolegyněmi, pacienty a lékaři (Sofaer, 1997).

Ošetrovatelská profese klade na sestry vysoké nároky, je plná napětí a změn. Mnohé sestry nedokážou bez problémů zvládat bolest a utrpení lidí kolem sebe, a proto samy prožívají pocity bezmoci a frustrace, které se mohou negativně projevit i v jejich okolí. Je nutné, aby i ony měly možnost hovořit o tom, co prožívají, aby se zdravotnické týmy pečující o potřeby pacientů naučily diskutovat o náročných situacích a sestra nezůstávala se svými pocity sama. Pak se totiž může stát, že se sestra raději pacientovi vyhýbá (Sofaer, 1997).

Pokud není bolest dostatečně mírněna a odstraňována prohlubuje strach a úzkost. Proto léčba bolesti je velice důležitá.

Cíle práce

Cílem práce je ověřit strach z bolesti u chirurgických pacientů obecně standardní screeningovou metodou a zjistit míru strachu z velké bolesti, malé bolesti a lékařských výkonů u mužů a žen před a po operačním výkonu

Soubor a metodika

Vzorek je tvořen pacienty hospitalizovanými na chirurgickém oddělení. Výběr osob nebyl přísně náhodný, ale byl dán ochotou pacientů spolupracovat na výzkumu.

Ke sběru dat byla použita metoda standardizovaného dotazníku [McNEIL, W. Daniel (Oklahoma State University), RAINWATER, J. Avie (Medical University of South Carolina): Fear of Pain Questionnaire III (Dotazník strachu z bolesti - FPQ-III CZ), 1998. Translation: D. Skorunka, V. Mareš, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2000] doplněného o anamnestické údaje. Předem po domluvě s manažerem pro ošetrovatelskou péči byl dotazník předán vedoucím sestrám jednotlivých oddělení a poté distribuován hospitalizovaným pacientům. Dotazník byl anonymní a jeho vyplnění nebylo časově omezeno.

Návratnost dotazníku byla 87,5% (105 dotazníků ze 120 distribuovaných). Pět jich nebylo úplně vyplněno, proto byly pro vyhodnocení výsledků nepoužitelné. Použito bylo 100 dotazníků ze 120 distribuovaných což je 83,33%.

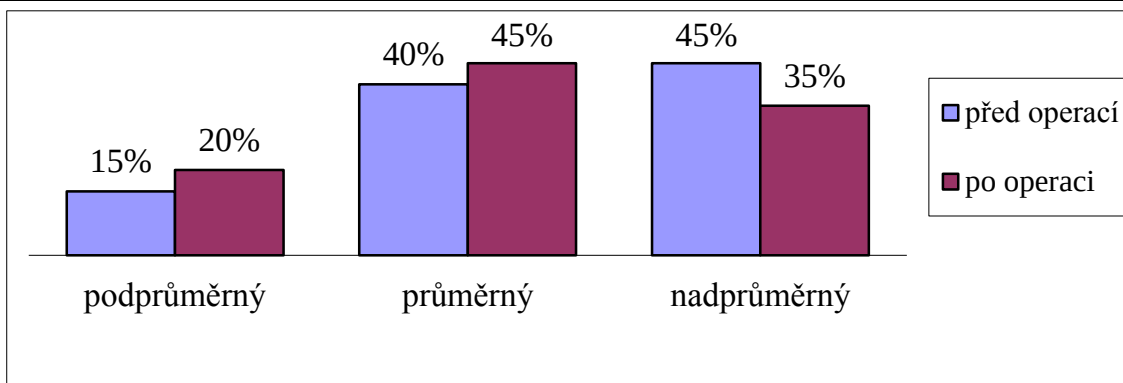
Výsledky

Výsledky výzkumu jsou komentovány, zpracovány do tabulek a grafů, které jsou očíslovány.

STRACH Z VELKÉ BOLESTI

Tabulka 1 Strach z velké bolesti u pacientů před operací a po operaci

	podprůměrný	průměrný	nadprůměrný
před operací	15	40	45
po operaci	20	45	35



Graf 1 Strach z velké bolesti u pacientů před operací a po operaci

Komentář: Při porovnání strachu z velké bolesti mezi pacienty před operací a po operaci mělo 15% pacientů před a 20% pacientů po operaci podprůměrný strach. Průměrný strach mělo 40% pacientů před a 45% po operaci. Nadprůměrný strach mělo 45% pacientů před operací a 35% po operaci.

STRACH Z MALÉ BOLESTI

Tabulka 2 Strach z malé bolesti u pacientů před operací a po operaci

	podprůměrný	průměrný	nadprůměrný
před operací	12	43	45
po operaci	13	47	40

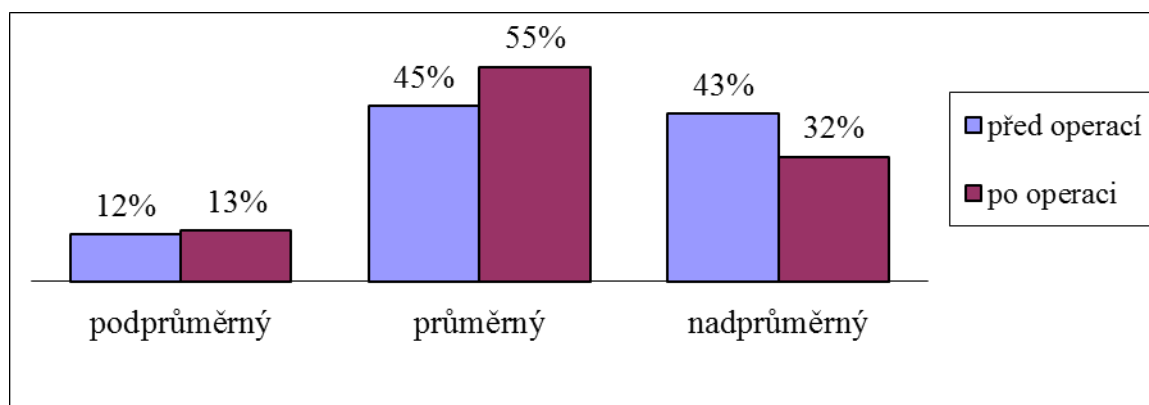
Graf 2 Strach z malé bolesti u pacientů před operací a po operaci

Komentář: Při porovnání strachu z malé bolesti mezi pacienty před operací a po operaci mělo 12% pacientů před a 13% pacientů po operaci podprůměrný strach. Průměrný strach mělo 43% pacientů před a 47% po operaci. Nadprůměrný strach mělo 45% pacientů před operací a 40% po operaci.

STRACH Z LÉKAŘSKÝCH VÝKONŮ

Tabulka 3 Strach z lékařských výkonů u pacientů před operací a po operaci

	podprůměrný	průměrný	nadprůměrný
před operací	12	45	43
po operaci	13	55	32



Graf 3 Strach z lékařských výkonů u pacientů před operací a po operaci

Komentář: Při porovnání strachu z lékařských výkonů mezi pacienty před operací a po operaci mělo 12% pacientů před a 13% pacientů po operaci podprůměrný strach. Průměrný strach mělo 45% pacientů před a 55% po operaci. Nadprůměrný strach mělo 43% pacientů před operací a 32% po operaci.

Diskuse

Ve výzkumném šetření byl porovnáván strach z velké bolesti, malé bolesti a lékařských výkonů u žen a mužů před operačním výkonem a po operačním zákroku. Vzorek tvořili klienti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení.

U pacientů hospitalizovaných před operací vyšel nadprůměrný strach u 45% z velké bolesti dotazovaných, po operaci naopak u 45% pacientů vyšel strach průměrný. Na druhém místě u pacientů před operací byl strach průměrný (40%) a po operaci naopak strach nadprůměrný u 35% dotazovaných. Podprůměrný strach mělo 15% hospitalizovaných pacientů před operačním výkonem a 20% po operaci.

Z malé bolesti mělo nadprůměrný strach před operací nejvíce dotazovaných, a to celkem 45%. Po operaci mělo nejvíce pacientů průměrný strach z malé bolesti (47%). Podprůměrný strach mělo 12% pacientů před operačním výkonem a 13% dotazovaných mužů a žen po operaci.

U strachu z lékařských výkonů vyšlo, že nejvíce pacientů před operačním výkonem i po něm mělo strach průměrný (45% před a 55% po operaci). Nadprůměrný strach z lékařských výkonů mělo 43% hospitalizovaných před operací a 32% po operačním zákroku. Pouze u 12% pacientů před operačním výkonem a u 13% dotazovaných pacientů po operaci vyšel strach z lékařských výkonů podprůměrný.

Před operačním výkonem je ve všech třech srovnávaných oblastech větší strach než u pacientů po operaci. Je to i vcelku logické. Před operací je každý pacient, ať je to muž nebo žena v psychickém napětí z toho, jak to bude probíhat, jak to dopadne a mají strach z toho, jak to bude bolet. Jsou mnohem citlivější a zranitelnější, než když mají operaci již za sebou. Po operaci z nich přece jenom nějaký strach opadne, jsou rádi, že už to je za nimi. Bolest už si prožívají a proto i strach z ní se výrazně sníží.

Závěr

Ve výzkumu byl hodnocen strach z bolesti u pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení. Byl použit standardizovaný dotazník strachu z bolesti, doplněný o anamnestické údaje. Strach z bolesti byl hodnocen ve třech kategoriích: strach z velké bolesti, malé bolesti a lékařských výkonů a ve všech těchto kategoriích podle počtu bodů vycházel u pacientů buď strach podprůměrný, průměrný nebo nadprůměrný. Poté jsme porovnávali rozdíly ve strachu z bolesti u pacientů před a po operačním výkonu.

Jednoznačně se prokázalo, že u pacientů před operací je ve všech třech porovnávaných oblastech větší strach, než u pacientů po operačním výkonu.

Navrhovaná opatření

Z pohledu sester uvádíme doporučení, o kterých si myslíme, že by mohla snížit strach z bolesti u hospitalizovaných pacientů.

Holistický přístup – respektování individuálních vlastností pacienta a uspokojování biopsychosociálních potřeb. Od zdravotníků je vyžadována empatie, tolerance a akceptace. Tento přístup si zaslouží všichni pacienti bez ohledu na věk, rasu, sociální situaci či

náboženské zaměření. Proto je nutné, aby všichni byli rozhodnuti tento přístup ve své práci uplatňovat a napomáhali tím ke spokojenosti pacientů. Úsměv na tváři by měl být pro nás odměnou za dobře poskytnutou péči.

Psychologická příprava pacienta – tato příprava spočívá v dodání informací, které zdůvodní nutnost vyšetření či zákroku. Vhodné je podávat informace v dostatečném předstihu, aby se nemocný mohl „vnitřně připravit“. Když se pacient subjektivně připraví, tak to také lépe snáší.

Nácvik relaxace – touto cestou si může pacient sám redukovat úzkost a strach v zátěžových situacích. U nás se tato metoda téměř nevyužívá.

Instruktažní videofilmy – pomocí nichž lze připravit pacienta na zatěžující diagnostické vyšetření nebo operaci. Pacient si tak vytvoří názornou představu, co se s ním bude během zákroku dělat. Může ho tak napadnout i více otázek na co by se chtěl ještě předem informovat.

Odvádění pozornosti – zaměstnání pacientů četbou, posloucháním hudby, neomezeným přijímáním návštěv podle jejich libosti. Důležité je, aby pacient odpoutal myšlenky od strachu, který ho trápí. Napomoci mu v tom mohou i sestry, které s ním povedou dostatečně dlouhý rozhovor o rodině, zábavě apod. Mnohdy tuto metodu pacienti používají, aniž by je to někdo učil.

Vyhledávání informací ze stran pacienta – vést pacienty k samostatnému vyhledávání informací v péči o své zdraví. Tím též dochází k odpoutání pozornosti.

Empatický přístup – důležité dát nemocnému najevo, že víme jak mu je a jak trpí. Na druhou stranu je třeba pacientovi ale klást různé dotazy, abychom nenápadně odvedli jeho pozornost.

Celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků – je to v zájmu každého, jak se bude vzdělávat. Mělo by být i v zájmu nemocnice, aby měla vzdělaný a kvalifikovaný personál.

Pouze zdravotník, který má dostatek informací z oblasti psychologie, dovede nemocnému nejlépe pomoci snížit strach.

Použitá literatura

BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. 1993. Psychosomatická medicína. Praha: Grada, 1993. 383 s. ISBN 80-7169-031-7.

NĚMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. 1997. Kvalita života lidí trpiacich chronickou bolesťou. Martin: Osveta, 1997. 70 s. ISBN 80-88866-03-0.

- RUDENSKÁ, J. 2000. Psychologie chronické bolesti. Bolest – časopis pro studium a léčbu bolesti, roč. 3, č. 3, 2000. s. 86-89. ISSN 1212-0634.
- RHUDY, J., MEAGHER, M. 2000. Fear and anxiety: Divergent effects on human pain thresholds. Pain, vol. 84, n. 1, 2000. p. 65-75. ISSN 0304-3959.
- ROKYTA, R. 1995. Bolest, morfologické a fyziologické základy. Remedia, roč. 5, č. 1-2, 1995. s. 64-70. ISSN 0862-3947.
- SEDLÁKOVÁ, V. 1995. Sestra proti bolesti. Sestra, roč.5, č. 5, 1995. 19-20 s. ISSN 1210-0404.
- SOFAER, B. 1997. Bolest – příručka pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-X.
- STUHLÍKOVÁ, I. 2002. Základy psychologie emocí. Praha: Portál, 2002. 226 s. ISBN 80-7178-553-9.
- ŠEVČÍK, P. ET AL. 1994. Bolest a možnosti její kontroly. Brno: IDVPZ, 1994. 236 s. ISBN 80-7013-171-3.
- TRACHTOVÁ, E. 1996. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: IDVPZ, 1999. 186 s. ISBN 80-7012-285-X.
- VYMĚTAL, J. 2003. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

Adresa autorov

Mgr. Vlasta Dvořáková

Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
e-mail: vlastadvorakova@seznam.cz

Mgr. Lenka Görnerová

Vysoká škola polytechnická Jihlava,
Katedra zdravotnických studií
email: lenkagornerova@seznam.cz

Využitie V.A.C. terapie pri komplikovanom hojení open abdomen

¹Barbora KAPITÁNOVÁ, ²Anna TAJBEROVÁ

^{1,2} FN Trnava, Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny

Abstrakt

Hlavným cieľom príspevku je poskytnúť informácie o liečbe rany pomocou pôsobenia podtlaku V.A.C.® systémom. Príspevok opisuje kazuistiku pacienta hospitalizovaného na Klinike anesteziológie a intenzívnej medicíny FN Trnava s diagnózou hemoragicko-nekrotickej pankreatitídy. Táto metóda patrí medzi inovatívne metódy liečenia rán. V.A.C.® terapia spočíva v naložení peny do rany, následné jej prekrytie fóliou a napojením na prístroj vytvárajúci kontinuálny podtlak. Zároveň sa z rany odsáva exsudát do zbernej nádoby, a to zabraňuje kontaktu sekrétov s okolitou pokožkou pacienta. Metóda umožňuje stále sledovanie rany. Netraumatizuje pacienta častými preväzmi, uľahčuje prácu ošetrojúcemu personálu pri manipulácii a ošetrovaní pacienta. Poskytuje komfort pacientovi a urýchlňuje hojenie rany.

Kľúčové slová

V.A.C.® systém, V.A.C.® terapia, podtlakové uzatváranie rany, hojenie rán, kazuistika.

Hojenie rán

Hojenie rán je prirodzený proces obnovenia celistvosti poškodených tkanív, prebieha formou regenerácie či reparácie. Regenerácia je náhrada strateného tkaniva identickou tkanivovou štruktúrou. Reparácia je náhrada strateného tkaniva menejcenným väzivovým tkanivom, jazvou. Je to zložitý proces, ktorého jednotlivé zložky na seba nadväzujú, alebo sa prelínajú. Z patofyziologického hľadiska ide o kontinuálny proces, ktorého etapy nemožno od seba oddeliť. Hojenie rany je zahájené po vzniku rany a prebieha v niekoľkých fázach.

Rany si vyžadujú dôkladnú a správnu starostlivosť a to hlavne vhodne zvolené krytie, ošetrovanie spodiny pre veľké riziko stagnácie hojenia v určitej fáze a prechodu do chronicity.

Vákuová terapia

Vacuum assisted closure (ďalej V.A.C.®) terapia pracuje na princípe odloženej sutúra rany. Podtlakový systém aktívne uzatvára ranu a odvádza z nej infekčný obsah. Pomáha kontrakcii rany, urýchlňuje priebeh čistiackej fázy, podporuje autolytický debridement rany, zlepšuje prekrvenie spodiny a tvorí bariéru proti vstupu sekundárnej infekcie. Často sa používa na terapiu pooperačných rán, najmä hlbokých a infikovaných. V.A.C.® terapia bola definovaná

ako nová účinná nefarmakologická fyzikálne metóda liečby rany, schopná modulovať proces hojenia. Využíva lokálne pôsobiaci negatívny tlak na podporu liečby akútnych a chronických rán.

Mechanizmus účinku

V.A.C.® terapia stimuluje uzatváranie rany rovnomerným, lokálnym pôsobením negatívneho tlaku, systém podporuje angiogézu, zvyšuje lokálny krvný prietok dekompresiou malých ciev a stimuláciou rastu endotelií. Po každej operácii môže v 5 – 20% vzniknúť porucha hojenia operačnej rany, v 2 – 5% ide o závažnejšie infekcie. V.A.C.® terapia pomocou špeciálneho GranuFoam® obväzu podporuje hojenie rán pôsobením síl známych ako makropnutie a mikropnutie. Makropnutie je pozorovateľný proces pri pôsobení podtlaku na penu, kedy sa ohraničujú okraje rany, pena sa dostáva do priameho kontaktu s ranou rovnomerne v nej rozvádza podtlak, odstraňuje exsudát a infekčný materiál. Mikropnutie je mikrodeformácia na bunkovej úrovni, čo vedie k napínaniu buniek, znižuje opuchy, podporuje prekrvenie, podporuje tvorbu granulačného tkaniva tým, že uľahčuje bunkovú migráciu a proliferáciu. Pred terapiou musí byť rana zbavená prípadného nekrotického tkaniva, musí byť dostatočne otvorená aby sa zaistila drenáž. Aplikácia prebieha za prísne aseptických podmienok, na niektorých pracoviskách a pri určitých typoch rán len na operačnej sále. Ak sú rany u jedného pacienta v tesnej blízkosti možno použiť tzv. techniku premostenia s využitím terčika a ďalšieho prístroja. Taktiež môžeme použiť Y – konektor, ktorý spája hadičky z prístrojov.

Kazuistika

25 ročný pacient bol hospitalizovaný na Klinike anesteziológie a intenzívnej medicíny (ďalej KAIM) od 3. 3. 2011 – do 6. 7. 2011 s diagnózou ťažkej hemoragicko – nekrotickej pankreatitídy. Dňa 3.3.2011(1. deň hospitalizácie) bol preložený z chirurgickej kliniky pre progresiu stavu za účelom komplexnej resuscitačnej starostlivosti. V úvode bol pacient pri vedomí, komunikoval a cítil sa slabý. Pacientovi stúpali dusíkaté látky a CRP. Pri prijatí vážil 100 kg a mal výšku 180cm. Realizovali sme CT vyšetrenie s nálezom výrazne zhrubnutého pankreasu, neostrých kontúr v oblasti hlavy a tela pankreasu. Prítomné boli aj rozsiahle zápalové infiltráty. Intrabdominálny tlak bol 25cm/H₂O. Pacient bol uložený na resuscitačné

lôžko, zaistené boli invazívne vstupy, bol uvedený do umelého spánku a napojený na umelú pľúcnu ventiláciu.

14. 3. 2011. (12. deň hospitalizácie). Pacientov lokálny nález sa zhoršil. Bol trvale cirkulačne instabilný, febrilný a pretrvával septický stav. IAT stúpala, dochádzalo k multiorgánovej dysfunkcii až zlyhávaniu. Nutná bola vysoká katecholamínová a diuretická podpora. Z vitálnej indikácie bolo nutné stav riešiť radikálne – chirurgicky. Ponechaný bol open abdomen s preplachovou drenážou obojstranne.

15. 3. 2011. (13. deň hospitalizácie). Pacient bol 24 hodín po operačnom výkone, výrazne instabilný. U pacienta pretrvávali febrility do 40°C. IAT malo stúpajúcu tendenciu, preto sa pristúpilo k revízii operačnej rany. Boli zavedené hrubé drény do oblasti hlavy pankreasu. V priebehu niekoľkých dní sa pacientovi voperovala tracheostomická kanyla pre zlepšenie ventilácie a starostlivosti o dutinu ústnu. Predpokladala sa dlhodobá ventilačná liečba.

22. 3. 2011. (20. deň hospitalizácie). Naďalej pretrvávali febrility. Naložené preplachové drenáže boli funkčné. Podávali sme 8 x 500ml FR s 20ml betadine za 24 hodín. Stav pacienta bol kritický, pretrvávalo multiorgánové zlyhávanie pri sepe. Prognóza pacienta bola nepriaznivá. Dňa 31. 3. 2011 počas preväzu došlo k náhlemu krvácaniu z artérie pankreato – duodenális. Podávané boli krvné deriváty, stav sa skomplikoval hemoragickým šokom, ktorý sa podarilo zvládnuť. Ošetrovateľské intervencie v tomto období sme zamerali na prevenciu dekubitov, čistotu a elimináciu mokrého prostredia v okolí drénov a pokožky pozdĺž fólie prekrývajúcej open abdomen. Absorpčné pomôcky boli vymieňané cca v 4 hodinových intervaloch, pokožka na chrbáte bola ošetrovaná ochranným krémom ako prevencia vzniku macerácií a dekubitov. Okolie drénov však už macerované bolo, tkanivo v okolí sa rozpadalo a nekrotizovalo. Pacienta vzhľadom na jeho kritický stav nebolo možné polohovať, využili sme vákuový aktívny matrac a vertikalizáciu pomocou polohovateľného, hydraulického lôžka.

16. 4. 2011. (45. deň hospitalizácie). Stav pacienta sa skomplikoval nepriechodnosťou tenkého čreva. Bola vyšíta trvalá ileostómia. Črevá sa nedali vrátiť späť do dutiny brušnej pre rozsiahle zmeny. Ponechané boli preplachové drenáže. Nasojejunálna sonda bola využívaná na dekompresiu tráviaceho traktu. Pacient bol vyživovaný len parenterálne. Stav pacienta bol kritický.

3. 5. 2011 (62. deň hospitalizácie). stav prešiel do chronicky septického stavu, i napriek zvládnutým nekrózám je prognosticky nepriaznivý. Pacient bol v katabolizme. Došlo k poklesu telesnej hmotnosti. Na pláne bolo naložiť V.A.C.® systém v spolupráci s chirurgom. Bol použitý viaccestný systém na odsávanie s tromi odsávacími prístrojmi.



Obrázok 1 – Pacient pred naložením V.A.C.® terapie

5. 5. 2011. (64. deň hospitalizácie). Naložený V.A.C.® systém bol funkčný, odvádzal exsudát z rany. Otázkou však bolo ako sa dokáže upraviť funkcia čreva, absentovala resorpčná a transportná schopnosť čreva. Viazol venózy návrat v retroperitoneu.

22. 5. 2011. (82. deň hospitalizácie). Pacient mal naložený funkčný V.A.C.® systém. Vyživoval sa cestou nasogastrickej sondy. Ileostómia začala odvádzať obsah nasvedčujúci funkčnosti tráviaceho traktu, čiastočne sa obnovila aj peristaltika. Pacient bol postupne odtlmený, dorozumieval sa pomocou posunkov. Prejavoval aktívny záujem o rehabilitáciu. Snažil sa prijímať tekutiny per os popri sonde. Počas dňa už nepotreboval umelú pľúcnu ventiláciu. Na dýchací prístroj bol napájaný na noc pre zlepšenie regenerácie a kvality odpočinku.

29. 5. 2011. (89. deň hospitalizácie). U pacienta sme vykonávali preväzy V.A.C.® systému podľa potreby. Krátery po drénoch boli zhojené do takej miery, že nebolo nutné použiť viaccestný systém odsávania. Konzultovaný bol plastický chirurg pre možné uzavretie open abdomen. Okraje rán sa približovali. V rane sa tvorilo granulačné tkanivo ako príznak hojenia. Znížilo sa množstvo odsávaného exsudátu, a rana už patologicky nezapáchala.



Obrázok 2 – Pacient počas terapie V.A.C.® systémom

6. 7. 2011. (96.deň hospitalizácie). Stav pacienta bol stabilizovaný. Pacient komunikoval s okolím. Stómia bola plne funkčná. Prijímal stravu per os. Bol preložený na Chirurgickú kliniku FN Trnava. Dňa 27. 9. 2011 bol pacient prepustený do domácej starostlivosti. Ďalej však stav vyžadoval ambulantné ošetrovanie.



Obrázok 3 - Pacient po prepustení do ambulantnej starostlivosti

Úlohy a ciele s použitím V.A.C.® terapie v abdominálnej oblasti:

- možnosť kontrolovať obsah dutiny brušnej,
- odstrániť nežiadúci exsudát,
- odstrániť infikované tkanivo,
- podporovať granuláciu,
- približovať okraje rany pred uzavretím ev. plastikou,
- pohodlie pacienta, manipulácia s pacientom,
- kontinuálne sledovanie sekrécie,
- suché prostredie v okolí rany,
- umiestnenie a veľkosť peny je rozhodujúcim faktorom na dosiahnutie optimálnych výsledkov,
- odporúča sa použiť špeciálne abdominálne krytie pred naložením peny , pena nesmie byť naložená na obnažené črevo,
- dutina brušná musí byť pred zahájením terapie prekrytá špeciálnou fóliou,
- postupné znižovanie sekréty je včasným príznakom počiatočného uzatvárania a hojenia rany.

Použitá literatúra

BANWELL, P. et.al.: V.A.C.® Therapy, Klinické smernice. London: MEP Ltd 2005, s. 37. ISBN 90 – 78026 - 01- 4.

BUREŠ, I. et al.: Liečba rany. Praha: Galén, 2006. 77 s. ISBN 80-7262-413-X.

Dokumentácia KAIM FN Trnava.

Adresa autorov

Barbora Kapitánová, Anna Tajberová

FN Trnava, KAIM

A. Žarnova 11

91775 Trnava

E-mail:

barakapitanova@gmail.com

anita.tajberova@gmail.com

Ošetrovanie chirurgického pacienta v intenzívnej starostlivosti

¹Danka LANČARIČOVÁ, ²Marianna FRANTOVÁ, ³Alexandra ŠIMKOVÁ

^{1,2} FN Trnava, Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny

³ Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra klinických disciplín

Abstrakt

Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť je určená chirurgickým pacientom s hroziacim, alebo už prebiehajúcim zlyháváním jedného, alebo viacerých orgánov, prípadne systémov. Základom ošetrovania chirurgického pacienta je hygienická starostlivosť, od ktorej sa odvíjajú všetky ďalšie ošetrovateľské intervencie sestry. Pri jej poskytovaní využívame osvedčené postupy, ktoré sa stali štandardné pre našu kliniku. Sú to postupy v oblasti ošetrovania dýchacích ciest, sliznice očí, dutiny ústnej, nosovej, ošetrovania invazívnych vstupov a ošetrovania rán. Pri ich realizácii využívame všetky dostupné uzatvorené systémy, ako prevenciu vzniku nozokomiálnych nákaz. Neodmysliteľnou súčasťou ošetrovateľských intervencií je dodržiavanie hygieny rúk ošetrojúceho personálu. V tejto oblasti postupujeme podľa odporúčaných postupov. Ošetrovanie chirurgického pacienta v intenzívnej starostlivosti je systematické, kontinuálne a je záležitosťou celého ošetrovateľského tímu.

Abstract

Intensive nursing care is provided in patients after surgery with the risk of a failure of one or more organs or when their function already failed. However, the hygienic care is on the first place and other nursing care processes are based on it. On our department we use usual standards. Nursing care is standardly given to respiratory tract, eyes, mouth, nose, invasive inputs – central venous and arterial cannulation, and wounds. We use closed systems to prevent potential nosocomial infection. Of course, the hygiene of the hands of the staff is a natural part of it. We use standards for the hygiene of the hands, too. Nursing care in patients is systemic, continuous and it includes all the team members.

Kľúčové slová: intenzívna starostlivosť, hygienická starostlivosť, ošetrovanie, uzavreté systémy, hygiena rúk.

Key words: intensive care, standards, hygiene, nursing care, closed systems, hygiene of the hands

Na klinike anestéziológie a intenzívnej starostlivosti sú hospitalizovaní pacienti s chirurgickými diagnózami za účelom resuscitačnej a intenzívnej lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti, zabezpečenia umelej pľúcnej ventilácie, ako aj kontinuálneho monitorovania hemodynamických parametrov a základných vitálnych funkcií. Najčastejšie sa jedná

o pacientov po rozsiahlych dlho trvajúcich brušných operáciách z rôznych príčin, ktorí potrebujú odsledovať včasný pooperačný priebeh, pacienti so známkami respiračnej insuficiencie za účelom napojenia na umelú pľúcnu ventiláciu, pacienti, u ktorých hrozí zlyhanie základných vitálnych funkcií, pacienti so známkami septického šoku, s rozsiahlym krvácaním gastrointestinálneho traktu so známkami hemoragického šoku a pacienti s ťažkou formou hemoragicko nekrotickej pankreatitídy. Všetci títo pacienti si vyžadujú okrem kvalitnej lekárskej starostlivosti aj komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť. Našou prezentáciou by sme chceli poukázať najmä na tie postupy ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré sú v súčasnosti odporúčané, a ktoré môžu pacientovi priniesť konečný pozitívny efekt.

Základom komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti je hygiena pacienta. Pacient po prijatí do intenzívnej starostlivosti musí prejsť hygienickým filtrom. Hneď po prijatí pacienta, zaistení vitálnych funkcií, invazívnych vstupov a po stabilizácii celkového stavu pacienta pristupujeme k odberu vzoriek na mikrobiologické vyšetrenie. V snahe zistiť, s akými kmeňmi mikroorganizmov bol pacient prijatý, odoberáme moč, ster z kože, výter z nosa, tampón tonzíl a sputum, na mikrobiologické vyšetrenie. Za účelom eliminácie mikrobiálneho osídlenia, ktoré si pacient prináša, realizujeme celkový kúpeľ na lôžku s použitím dezinfekčného mydla, ktoré pokrýva g-negatívnu a g-pozitívnu mikroflóru vrátane MRSA kmeňa. Po realizácii celkového kúpeľa pacienta, ktorý zahŕňa aj umytie vlasov a holenie u muža, pristupujeme pokiaľ možno k výmene všetkých vstupov. Vymieňame gastrickú sondu, permanentný močový katéter, centrálny venózný katéter, rušíme periférne venózne prístupy. Tieto intervencie spájame s inšpekciou celého tela. V prípade, že má pacient rany, alebo dekubity, dokumentujeme ich lokalizáciu a rozsah v zázname o ošetrovaní rán a dekubitov. Odoberieme stery a zvolíme vhodný spôsob ošetrenia podľa typu rany. Vo veľkej miere využívame vlhkú terapiu a vákuový systém hojenia rán. Všetky invazívne vstupy napájame na uzatvorené systémy. Gastrickú sondu nevymieňame len v prípade, ak to nie je z chirurgického hľadiska možné napr. je zavedená pod anastomózou. Zavádzame ju cez nosovú dutinu, avšak v prípade, že pacient má pozitívne výsledky kultivácií z nosa, pristupujeme k jej zavedeniu cez ústa, aby sme infekciu neposúvali nižšie. Nazojejunálnu sondu fixujeme novou náplast'ou. Vymenený permanentný močový katéter napájame na uzatvorený systém hodinovej diurézy. V prípade, že sa u pacienta meria intraabdominálny tlak, napájame uzatvorený systém merania IAP. Konce vymenených vstupov odosielame na mikrobiologické vyšetrenie. Okrem spomenutých

uzatvorených systémov používame u pacientov so zaistenými dýchacími cestami aj uzatvorený systém odsávania, uzatvorený systém dýchacieho okruhu a filtre na inspiračnej a expiračnej vetve dýchacieho okruhu. V rámci prevencie VAP sa riadime poslednými vydanými odporúčaniami z roku 2004, na základe ktorých bola v roku 2007 publikovaná analýza najvýznamnejších štúdií v tejto oblasti (Dodek, 2007, Gastmeier, 2007). Odporúčania preferujú používanie subglotickej drenáže a merania tlaku v tesniacej manžete endotracheálnej kanyly. Drenáž realizujeme cestou špeciálnych endotracheálnych a tracheostomických kanýl. Tlak v manžete meriame ručným manometrom, alebo kontinuálne automatickým prístrojom. Tento prístroj predstavuje kontinuálny manažment monitorovania tlaku v obturačnej manžete (Semeneiová, 2011)

Neodmysliteľnou súčasťou všetkých spomenutých ošetrovateľských intervencií je dodržiavanie hygieny rúk, používanie osobných ochranných pracovných prostriedkov, zásad antisepsy a asepsy podľa hygienického režimu našej kliniky. Sestra je povinná pri každej manipulácii s pacientom používať ochranné jednorazové rukavice a tvárovú rúšku. Počas zaškoľovania a ošetrovania invazívnych vstupov a pri všetkých výkonoch, ktoré si vyžadujú sterilné podmienky, musí použiť sterilný plášť, ochrannú čiapku, tvárovú rúšku a sterilné rukavice. Ak si to situácia vyžaduje, chráni si oči ochrannými okuliarmi, alebo maskou so štítom. Podľa súčasných odporúčaní je ošetrojúci personál povinný používať rýchlu dezinfekciu rúk. Dávkovače musia byť rozmiestnené pri každom lôžku pacienta, pri každom umývadle a na inkriminovaných miestach oddelenia (pred vstupom na oddelenie, pri východe z čistiacej miestnosti, pred vstupom na centrálu...). Na rýchlu dezinfekciu je nutné použiť prípravky s krátkou expozíciou (30sekúnd).

Ošetrovanie invazívnych vstupov si vyžaduje dodržanie prísnych podmienok sterility. V roku 2002 publikovalo Centrum pre kontrolu a prevenciu chorôb v USA (CDC) doporučené postupy v prevencii katétrovej sepsy a odporučilo používať 2% roztok alkoholového roztoku chlorhexidínu (Čáp, 2011). Podľa tohto odporúčania používame na ošetrenie okolia vstupu 2% roztok chlórhexidínu v alkohole. Miesto následne prelepujeme transparentným krytím s obsahom chlórhexidín glukonátu. Krytie sa vymieňa na 5.deň, v prípade potreby aj skôr. Na ramienka centrálného venózneho katétra používame bezihlové konektory s obsahom striebra. Dezinfekciu pred aplikáciou realizujeme pretretím sterilným tampónom s obsahom alkoholu.

Veľkú pozornosť venujeme ošetrovaniu slizníc. Nedostatočná starostlivosť o oči je v resuscitačnej a intenzívnej starostlivosti jedným z dôvodov ťažkého poškodenia zraku, ktorý môže mať trvalé následky. Je nepochybne súčasťou správnej ošetrovateľskej starostlivosti lege artis a má mať na oddelení svoj algoritmus (Drábková, 2000). Oči pacienta vykvapkávame 3x denne a podľa stavu aplikujeme očné masti s dezinfekčným a hojivým účinkom. Nosovú dutinu ošetrujeme 2x denne vytieraním Betadine. V prípade pozitívneho nálezu g-pozitívnej infekcie používame prípravky na jej pokrytie (Pronto nasal gel, Fucidin).

Na ošetrenie dutiny ústnej používame 2% Corsodyl s obsahom chlórhexidínu. Ošetrenie realizujeme 3x denne.

Záver

Úroveň hygieny pacienta v intenzívnej a resuscitačnej starostlivosti je základom, od ktorého sa odvíja celý komplex ošetrovateľských intervencií. Je nielen vizitkou poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, ale aj prevenciou vzniku ďalších infekčných komplikácií, ktoré môžu ohroziť pozitívny výsledok celej liečby.

Použitá literatúra

ČÁP, J. 2011. Prevence kolonizací centrálních žilních katétrů pomocí 2% roztoku chlorhexidinu. In *Mezinárodní kongres sester pracujících v oboru ARIM, Praha 2011 sborník přednášek*. Praha: SIGIT, 2011, s. 3-4. ISBN 978-80-260-0797-5.

DODEK, P. - KEENAN, S.- COOK, D.- et al. 2004. Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator- associated pneumonia. In *Intern.Med.*, 2004, 141, p.305-313.

DOSTÁL, P. 2008. Novinky v oblasti prevence, diagnostiky a léčby nozokomiální pneumonie ventilovaných nemocných. In *Anesteziologie & intenzivní medicína*, ISSN 1214-2158, 2008, roč.19, č.1, s. 19-22.

DRÁBKOVÁ, J. 2000. Péče o oči a zrak- důležitá součást intenzivní péče. In *Referátový výběr Anesteziologie resuscitace a intenzivní medicína*, ISSN1212-3048, 2000, č.3, s. 173.

GASTMEIER, P. - GEFFERS, C. 2007. Prevention of ventilator – associated pneumonia: analysis of studies published since 2004. In *J.Hosp.Infect.*, 2007, 67, p.1-8.

SEMENEIOVÁ, S. J. 2011. Kontinuálne monitorovanie tlaku v tesniacej manžete ETK. In *Mezinárodní kongres sester pracujících v oboru ARIM, Praha 2011 sborník přednášek*. Praha: SIGIT, 2011, s. 3-4. ISBN 978-80-260-0797-5.

Adresa autorov

Mgr. Danka Lančaričová
FN Trnava, KAIM
A. Žarnova 11
91775 Trnava
E-mail: 303@centrum.sk

Mgr. Marianna Frantová
FN Trnava, KAIM
A. Žarnova 11
91775 Trnava
E-mail: mafranta@gmail.com

Plánování péče u seniorů - rizika living will

Care planning for elderly – teh risk of living will

Marie MACKOVÁ

Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Katedra ošetrovatelství

Abstrakt

Moderní medicína je mocná. V současné době lékaři dokáží zachránit i ty nemocné, které by dříve čekala smrt. V České republice platí od 1.4.2012 nový Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Součástí tohoto zákona jsou dříve vyjádřená přání. Téma dříve vyjádřených přání je velmi důležité pro autonomii nemocných. Z mnoha ohledů dříve vyjádřená přání není příliš vhodné aplikovat v řadě situací, kterými senioři procházejí. Příspěvek se zamýšlí nad riziky tohoto institutu ve vztahu k péči o seniory. Mnohem důležitější se jeví průběžné plánování péče. Do plánování by měl být zahrnut pacient i jeho rodina. Krátké, epizodické diskuze se jeví přínosnější, než dříve vyjádřená přání.

Abstract

Modern medicine is powerful. Currently doctors are able to save those patients, who previously would have waited for death. In the Czech Republic is valid from 1.4.2012 a new law on health services and conditions of their provision. Living wills are part of this Act. Theme living will is very important for patient autonomy. For a variety of reasons living will may not be very useful in many situations that older adults encounter. This paper examines the risks of living will in relation to care for the elderly. More important seems to be ongoing care planning. Planning should include patient and his/her family. Brief, episodic discussions are more useful than living will.

Klíčová slova: dříve vyjádřená přání, Česká republika, péče o seniory, rizika.

Key words: living will, Czech republic, care about elderly, risk.

Úvod

Moderní medicína je skutečně mocná. Dnešní lékaři mohou zachránit i ty nemocné, které ještě před půl stoletím čekala nevyhnutelná smrt. Tento medicínský úspěch je celospolečensky přijímán. Nese to sebou však také různá úskalí, jedním z nich může být např. odmítání proger.

Analýza problematiky

Vztah mezi lékařem a nemocným se vyvíjel od nepaměti. Výsledkem toho je dnes označovaný paternalistický vztah, který v posledních letech prodělává dramatickou proměnu v praktické a

vždy profesionální partnerství. V paternalistickém vztahu lékař vystupoval vůči nemocnému v roli odborníka, rádce i chápajícího přítele a nevzdělaný nemocný přijímal vděčně všechna lékařova rozhodnutí, rady a pokyny. Lékař si uvědomoval svoji moc, ale byl si také vědom i svých výrazně omezených diagnostických a léčebných možností. Tam, kde „*se už nedalo nic dělat*“, uplatňoval laskavou a vstřícnou péči. Většinou se jednalo o pacienta umírajícího.

Role dnešního lékaře je charakteristická především profesionálním zvládnutím velkého množství diagnostických a léčebných postupů ruku v ruce s velkou škálou technických vymožeností. Lékaři vnímají úspěšnost jen tehdy, jestliže jejich vysoká a specializovaná odbornost bude využívána v systému odpovídajících zdravotnických struktur. Diagnostické a léčebné možnosti narostly do obrovských rozměrů a jeden člověk tak nemůže zvládnout všechno. Na léčbě nemocného se tak někdy podílejí celé týmy odborníků. Medicína svoji moc patřičně upevnila, jednotliví lékaři ji ale paradoxně zčásti ztratili. Setkáváme se tak s neosobním přístupem k nemocným, paternalistický přístup již není možné vrátit. To sebou přináší různé kritiky. Pokud je pacientův stav léčitelný a naděje na uzdravení je vysoká, můžeme neosobní přístup mezi lékařem a nemocným chápat sice jako nepříjemnou, ale pouze relativní a časově omezenou nevýhodu. Dlouhodobě a hlavně nevléčitelně nemocní jsou v jiné situaci. Jejich šance na vyléčení je nepravděpodobná, anebo dokonce nemožná. Postrádají osobní péči alespoň jednoho lékaře. Mnohdy se zlobí, že z medicíny vyprchalo něco, co po staletí tvořilo její hlavní součást (Haškovcová, 2007) .

V české společnosti byly v posledních letech často předmětem diskuzí tzv. dříve vyslovená přání (living will, Patientenverfugung), která lze uplatnit v situacích, kdy nemocný není schopen sám osobně sdělit svá přání. Nemocnému to umožňuje, aby předem, při plném vědomí, dokud je schopen se vědomě rozhodnout a vyjádřit, učinil písemná opatření týkající se jeho léčby a popř. procesu umírání. V takovém dokumentu autor písemně stanoví, jaké zákroky odmítá v případě, že by utrpěl smrtelný úraz či onemocněl nevléčitelnou nemocí. V současnosti, vzhledem k modernímu vývoji medicíny a lékařské techniky, je potřebné umožnit lidem možnost dříve vyslovených přání, aby nemuseli zažívat při nasazení nepřiměřených lékařských prostředků proti své vůli příliš dlouhé umírání, které by z hlediska vyspělé techniky a medicíny patrně sloužily jen k uspokojení ctižádosti odborníků. Living will nelze aplikovat u nezletilých osob nebo osob nezpůsobilých k právním úkonům. Téma dříve vyslovených vyjádření je samozřejmě velmi důležité pro autonomii nemocných.

Od 1. 4. 2012 nabývá účinnosti nový Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jeho součástí jsou i dříve vyslovená přání: „Část čtvrtá - Postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (Strana 4752 Sbírka zákonů č. 372 / 2011 Částka 131) - § 36 - Dříve vyslovená přání:

(1) Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“). 38 (2) Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.

(3) Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2. Platnost dříve vysloveného přání je 5 let.

(4) Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3.

(5) Dříve vyslovené přání

a) není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi;

b) nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti;

c) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby;
d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušování by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům.“ (Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2012).

Vzhledem k faktu, že dříve vyslovená přání jsou v české legislativě ukotvena teprve od 1. 4. 2012, můžeme se jen dohadovat, jaký dopad budou mít na českou seniorskou populaci. Zahraniční zkušenosti však upozorňují na specifická rizika living will právě u seniorů.

První z rizik je samotné povědomí veřejnosti o tomto dokumentu. Například skotský výzkum (Foy et al, 2007) upozorňuje, že řada lidí nemá o možnosti sepsání living will ani tušení nebo tomuto dokumentu nerozumí. Silvera (2010) uvádí, že více než jedna čtvrtina amerických seniorů potřebuje ke konci života uplatnit living will, ovšem jen zlomek z nich má tento dokument sepsán.

V případě, že jsou pacienti na tento dokument upozorněni, preferují konzultaci s lékařem. Ovšem zde je další riziko. Řada lékařů se s tímto dokumentem neztotožňuje. „*Living will je vágní obecný dokument, ale každý případ je velmi specifický.*“ (Sabatino, 2010, s.19).

V českém zdravotnickém prostředí je silně zakořeněný zvyk často respektovat přání rodiny, přestože tento postup nemá žádné legislativní opodstatnění. Právě naopak. Díky uzákonění dříve vyslovených přání, může docházet k situacím, kdy pacient prodiskutuje svá dříve vyslovená přání se svým ošetřujícím lékařem a neseznámí se svým rozhodnutím rodinu. Ta se potom může cítit zaskočena a podvedena, jak opět upozorňují zahraniční zkušenosti (Messinger, Raport, 2009).

Dokument living will je uplatňován zejména v situacích, kdy pacient je terminálně nemocný nebo je v permanentním vegetativním stavu. Ovšem kdo je terminálně nemocný? Obvykle je takto vnímán pacient, který trpí nevyléčitelným onemocněním a smrt může nastat v poměrně krátkém časovém údobí. A zde opět nastává problém s pacienty v seniorském věku. U řady seniorů lze jen s obtížemi určit okamžik blížící se smrti. Na jedné straně tak může docházet k situacím, kdy pacient bude mít sepsaná dříve vyslovená přání, ale ta nebudou respektována, protože ošetřující lékaři nebudou daného pacienta považovat za pacienta v terminálním stádiu.

Na druhou stranu může docházet k situacím, kdy pacient senior bude považován za terminálně nemocného a jeho dříve vyslovená přání budou respektována, přestože ve skutečnosti u něho o terminální stav nepůjde. Příkladem může být pacient trpící demencí. (Messinger, Raport, 2009)

Závěr

Pouze budoucnost nám ukáže, zda se při uplatňování dříve vyslovených přání u seniorské populace budeme v českém prostředí potýkat s obdobnými problematickými situacemi jako v zahraničí. Každopádně je to pro naši společnost krok kupředu. Lidé mohou zcela dobrovolně rozhodovat o své budoucnosti a pětiletá platnost tohoto institutu, jim dává možnost, případné rozhodnutí změnit.

Doporučení pro praxi

Vzhledem k zjištěným skutečnostem v rámci studia zahraniční literatury doporučuji zaměřit se zejména na průběžnou komunikaci a plánování v rámci vztahu lékař a pacient/rodina.

Použitá literatura

FOY, J. et al. Advance statements: survey of patients' views and understanding. *The Psychiatrist*. ISSN 1758-3217. 2007, roč. 31, č. 9, s. 339 – 341.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2. Přepřacované vydání. Praha: Galén, 2007. 199s. ISBN 978-80-7262-471-3.

MESSINGER - RAPPORT, B.J. et al. Advance care planning: Beyond the living will. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. ISSN 0891-1150. 2009, roč. 76, č. 5, s. 276-285.

SABATONNO, CH., P. The evaluation of Health Care Advance Planning Law and Policy. *The Milbank Quarterly*. ISSN 1468-0009. 2010, roč. 88, č. 2, s. 211 – 239.

SILVEIRA, M., J., LANGA, K., M. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. *The New England Journal of Medicine*. ISSN 0096-6762. 2010, roč. 362, č. 13, s. 1211- 1218.

Adresa autora

PhDr. Marie Macková, Ph.D., RSW

Katedra ošetrovatelství, LF MU

Kamenice 3

625 00 Brno, ČR

E-mail: mackova@med.muni.cz

Diagnostika akútnej zmätenosti u pacientov po brušných operáciách Diagnosis of acute confusion in patients after abdominal surgeries

¹Gabriela VÖRÖSOVÁ, ²Mária SEMANIŠINOVÁ

^{1,2} Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Východiská: Včasné a správne rozpoznanie akútnej zmätenosti sestrou je predpokladom zvládnutia komplikácií a zabezpečenia kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Cieľ: Diagnostikovať akútnu zmätenosť sestrou pomocou štandardizovaných škál CAM, NEECHAM a SMMS u pacientov v pooperačnom období v podmienkach Slovenska.

Materiál a metódy: Vzorku tvorilo $n = 111$ zámerne vybraných pacientov, 65 ročných a starších po brušných operáciách, ktorí boli opakovane posudzovaní (1., 4. a 7. deň) v priebehu akútnej zmätenosti. Použili sme rozhovor a pozorovanie pre administráciu škál CAM, NEECHAM a SMMSE. Na spracovanie výsledkov sme použili Studentov t-test pre dva nezávislé výbery a ANOVA pre tri a viac nezávislých výberov.

Výsledky: Na základe spracovania výsledkov sme zistili, že sú signifikantné rozdiely na úrovni $p < 0,05$ v škále CAM, NEECHAM a SMMSE v zatriedení pacientov podľa diagnóz brušných operácií a v NEECHAM podľa vekových skupín. Signifikantné rozdiely sa neukázali medzi mužmi a ženami.

Záver: Môžeme konštatovať, že slovenská verzia škál CAM, NEECHAM a SMMSE sú adekvátnym nástrojom na posúdenie akútnej zmätenosti sestrou v podmienkach chirurgického ošetrovateľstva po brušných operáciách. Toto overovanie dopĺňa predchádzajúce dôkazy v podmienkach klinického ošetrovateľstva vo svete a u nás.

Abstract

Introduction: The early and correct recognition of acute confusion by nurses is the basis for managing the complications and for providing quality nursing care.

Objective: Diagnosis of acute confusion by nurses using the CAM, NEECHAM and SMMSE standardized scales in patients in post-operative period in the conditions of the Slovak Republic.

Methodology: The sample included $n = 111$ intentionally selected patients aged 65 years and older after abdominal surgeries who were assessed repeatedly (on the 1st, 4th and 7th days) during acute confusion. We used the interview and observation to administer CAM, NEECHAM and SMMSE. We used the Student t-test for two independent samples and ANOVA for three and more independent samples.

Results: Based on the results, we found the significant differences on the level of $p < 0.05$ in the CAM, NEECHAM and SMMSE scales in the groups of patients by the diagnoses of abdominal surgeries and in NEECHAM by the age groups. The significant differences were not found between males and females.

Conclusion: We come to conclusion that the Slovak versions of the CAM, NEECHAM and SMMSE scales are adequate tools to assess acute confusion by nurses in surgical nursing after abdominal surgeries. This verification completes the previous evidences in the conditions of clinical nursing in the world and in our country.

Kľúčové slová: akútna zmätenosť/delírium, CAM, NEECHAM, SMMSE, brušné operácie.

Key words: Acute confusion/ Delirium, CAM, NEECHAM, SMMSE, abdominal surgery.

Úvod

V ošetrovatelstve sa od roku 1994 používa termín „akútna zmätenosť“ podľa North American Nursing Diagnosis Association International Taxonómie II. (NANDA-I) (Herdman et al. 2012, s. 262). V medicíne sa používa termín „delírium“ podľa International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) a Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). O'Brien (2002, s. 384), Hegyi, Krajčík, (2004, s. 245), Olin et al. (2005, s. 1559), Fricchione et al. (2008, s. 804), Sániová, Drobný, (2009, s. 74), Hattori (2009, s. 1306) zastávajú názor, že delírium je častou komplikáciou chirurgických operácií, je typická pre bezprostredné pooperačné obdobie a môže byť dôsledkom doznievania účinkov celkovej anestézie. Vzniká hlavne vtedy, keď už predoperačne bola prítomná demencia, náhle vynechanie liekov alebo vodná a elektrolytová nerovnováha, postoperačná hypoperfúzia s hypoxémiou a hypoxia. Obvykle sa vyskytuje v prvých pooperačných dňoch v kolísavom stave. Incidenciu delíria v pooperačnom období uvádzajú viacerí autori približne 10-51 % Wise et al. (2002, s. 257-272), 15-53 % Demeure, Fain (2006, s. 203), 15-50 % Inouye et al. (1999, s. 669) u starších pacientov, je vyššia po kardiochirurgických výkonoch a zlomeninách bedrového kĺbu 40-60 % podľa Marcantonio et al. (2002, s. 685). Delírium predlžuje čas hospitalizácie a zvyšuje mortalitu. Vek, dĺžka trvania celkovej anestézie a predchádzajúce mozgové choroby sú dôležité rizikové faktory. Preto sa propaguje jednodňovú chirurgiu pre starších ľudí (Hála, Ševčík, 2009, s. 160).

Ciele

Cieľom výskumu bolo posúdiť výskyt akútnej zmätenosti u pacientov v pooperačnom období. Predpokladali sme, vyšší stupeň akútnej zmätenosti u mužov v porovnaní so ženami, existenciu pozitívneho vzťahu medzi vznikom akútnej zmätenosti u pacientov v pooperačnom období a vekom a rozdiely medzi diagnózami brušného ochorenia v jednotlivých škálach merania akútnej zmätenosti.

Súbor a metódy

Výskumnú vzorku tvorilo $n = 111$ pacientov (z toho $n=75/67,57\%$ žien, $n=36/32,43\%$ mužov) 65 ročných a starších (rozpätie 65-85 rokov, priemer 77,93) zámerne vybraných u ktorých sa potvrdila akútna zmätenosť počas hospitalizácie po brušnej operácii. Pre účel výskumu sme pacientov rozdelili do troch vekových skupín 1. skupina (ďalej sk.) 65-75 roční, 2. sk. 76-80 roční, 3. sk. 81-85 roční. Z celkového počtu 1084 hospitalizovaných pacientov v čase výskumu malo diagnostikovanú akútnu zmätenosť 111 (10,24 %). Konzultovanie delíria/akútnej zmätenosti bolo psychiatrom alebo ošetrojúcim lekárom a posúdenie definujúcich charakteristík podľa NANDA-I sestrou. Výskum sme realizovali od 1.11. 2009 do 1. 11. 2010 vo Fakultnej nemocnici Nitra na Chirurgickej klinike.

Zarad'ujúce kritériá pre pacientov boli:

1. Demografické údaje (vek 65 rokov a starší, pohlavie – muži, ženy).
2. Minimálne absolvované základné vzdelanie a hovoriaci slovensky.
3. Lekárske diagnózy (podľa ICD-10): Akútny zápal červovitého privesku (K35), Žlčové kamene (K80), Paralytický ileus a črevná obštrukcia bez prietrže (K56), (K40), Žalúdokový vred (K25), Zhubný nádor hrubého čreva (C18).

Vylučujúce kritériá pre pacientov boli:

1. Delírium tremens, 2. Kratší čas hospitalizácie ako 48 hodín. 3. Afázia, slepota, hluchota a poškodenie motoriky.

Metódy

Použili sme pozorovanie a rozhovor pre administráciu štandardizovaných škál CAM, NEECHAM a SMMSE. Nástroje boli lingvisticky validované (preklad z anglického originálu 2 nezávislými prekladateľmi a 2 spätné preklady do slovenského jazyka). Sestry vybraných pracovísk boli vyškolené ako používať uvedené škály a zaznamenať do formalizovaného záznamu. Obsahová analýza zdravotnej dokumentácie bola ďalšou metódou na získanie relevantných údajov. Metódy štatistického vyhodnotenia: Studentov t-test pre dva nezávislé výbery, ANOVA pre tri a viac nezávislých výberov.

Charakteristika nástrojov merania:

1. Diagnostický algoritmus CAM (Confusion Assessment Method) možno charakterizovať ako zlatý štandard na posúdenie zmätenosti (Inoue et al., 1990, s. 941-948). Podľa Inouye et al. (1990, s. 941) CAM bola validizovaná na gerontopsychiatrické diagnózy so senzitivitou 94-100 %, špecificitou 90-95 %. Milisen et al. (2005, s. 530) uvádza prediktívnu pozitívnu hodnotu 91-94 %, negatívnu 90-100 % a vysokú krížovú spoľahlivosť medzi hodnotiteľmi. Skladá sa zo štyroch základných kritérií: 1. dôkaz akútnej zmeny v duševnom stave; 2. problémy so zameriavaním a uchovávaním pozornosti; 3. zmätené myslenie alebo nesúvislý prejav; 4. rozsah úrovne stavu vedomia. Pre dôkaz akútnej zmätenosti musí byť pozitívne kritérium 1. a 2. a buď 3. alebo 4., hodnotenie 1 = pozitívne (áno), 0 = negatívne (nie) (Inouye et al. 1990, s. 941-948). Na CAM upozorňujú publikácie v slovenských podmienkach Hegyi, Krajčík (2004, s. 245-250) v českých Bednařík (2006, s. 23), Topinková (2004, s. 279-282) uvádzajú, že je v zahraničí na diagnostiku delíria najčastejšie používaný, citovaný a výskumom overovaný diagnostický test. Použitie nástroja v praxi trvá 5 minút. Zou et al. (1998, s. 303) zistili, že diagnóza delíria stanovená jednorázovo psychiatrickým vyšetrením má nižšiu senzitivitu (73 vs. 89 %) aj špecificitu (93 vs. 100 %) v porovnaní s diagnózou stanovenou na základe opakovaného zhodnotenie CAM. CAM je odporúčaná ako najlepší diagnostický test Leentjensom (2005, s. 325), Hestermannom et al. (2009, s. 270). Podľa ďalších validačných štúdií porovnanie s formálnymi kritériami DSM-III., DSM-III-R, DSM-IV a ICD-10 však validita CAM nie je tak vysoká 0,81-0,86 a špecificita je nižšia 0,63-0,84 (Laurila et al. 2002, s. 1112). Validita CAM závisí od stupňa tréningu a profesionálnej úrovne testujúceho, vyššia senzitivita je u lekárov v porovnaní so sestrami 1,0 vs. 0,13 (Rolfson et al. 1999, s. 431).

2. NEECHAM škála bola okrem autorov škály Neelon, Champagne et al. (1996) (skratku utvorená z mien autorov NEELON a CHAMPAGNE) psychometricky testovaná vo viacerých ošetrovateľských podmienkach napr. švédskych (Johansson et al. 2002, s. 203) japonských (Reika 2005, s. 501 Hattori et al. 2009, s. 1304), belgických (Milisen et al 2005, s. 1-11; Van Rompaey et al. 2008, s. 1), holandských (Gemert, Schuurmans 2007, s. 3) a ďalších. NEECHAM škála má tri úrovne 1. úroveň (skóre 0-14 bodov) posudzuje spracovanie v oblasti: pozornosť (pozornosť-ostražitosť-vnímanosť); príkaz (rozpoznanie-interpretácia-

akcia); orientácia (orientácia-krátkodobá pamäť-obsah myslenia/reči). 2. úroveň (skóre 0-10 bodov) posudzuje správanie (vzhľad-motorika-verbálne). 3.úroveň (0-6 bodov) posudzuje fyziologickú kontrolu (stabilitu životných funkcií, stabilitu saturácie O₂ a kontrolu kontinencie moču). Škála bola vyvinutá pre sestry ako štandardizovaný nástroj na posúdenie akútnej zmätenosti. Vykazuje podľa autorov škály (Neelon et al. 1989, 1996, s. 324) dobrú vnútornú konzistenciu Cronbachovo $\alpha = 0,85-0,90$, administrácia trvá 5 minút. Ďalší overovatelia (Csokasy 1999, s. 51-55) uvádzajú Cronbachovo $\alpha = 0,81$ (Johansson et al. 2002, s. 203 - 211) pred chirurgickým zákrokom 0,73 po zákroku 0,82. Flámska verzia prekladu (Milisen et al. 2005, s. 3) uvádza reliabilitu alfa koeficient (0,88), diagnostické hodnoty: senzitivitu 76,9 %, špecificitu 64,6 %, negatívnu prediktívnu hodnotu 97,5 %, pozitívnu prediktívnu hodnotu 13,5 % a presnosť 65,5 %. Metóda NEECHAM bola odporúčaná pre významné spojenie s kľúčovými klinickými indikátormi vývoja akútnej zmätenosti (Neelon et al. 1989, 1996, s. 324). Na NEECHAM v českých podmienkach upozorňuje Bednařík (2006, s. 23) v slovenských Hegyi, Krajčík (2004, s. 248).

3. Olin et al. (2005, s. 1559), Milisen et al. (2005, s. 8), Foreman, Vermeersch (2004, s. 100); Schuurmans et al. (2003, s. 207) uvádzajú MMSE (Mini-Mental State Examination) ako nástroj pre rutinné, systematické a komplexné posúdenie zmien v kognitívnom stave pacienta s delíriom. Vajdičková a Kolibáš (2000) pre slovenské podmienky modifikovali prevzatú verziu od Molloy et al. (1991) **SMMSE** (Standardized Mini-Mental State Examination). SMMSE je popisovaný nástroj v zahraničných ošetrovateľských literárnych zdrojoch na posudzovanie kognitívnych funkcií seniora (Hurley, Volicer, 2006, s. 336). Modifikácia podľa Molloyho, Amelayeho, Robertsa, (1991, s. 102) obsahuje otázky/úlohy so zameraním na: orientáciu, krátkodobú pamäť, pozornosť a počítanie, pamäť a vyššie kognitívne funkcie (reč, komunikácia a konštrukčné schopnosti). Intrarater variance was lower by 86 % and inter-rater variance by 76 % in all instances with the SMMSE compared with the MMSE. The intraclass correlation coefficient was 0.69 for the MMSE and 0.90 for the SMMSE. Bodové hodnotenie je 0-30, administrácia trvá pre MMSE 13.39, pre SMMSE 10.47 minút (Molloy, Standish 1997, s. 87).

Uvedené empirické nástroje sme aplikovali na posúdenie definujúcich charakteristík ošetrovateľskej diagnózy akútna zmätenosť. Pacienti boli posudzovaní opakovane, 1., 4. a 7. deň zmätenosti, tak aby sestry zachytili priebeh a prítomnosť definujúcich charakteristík.

Podľa dohodnutých kritérií prvé meranie bolo realizované do 24 hodín od výskytu minimálne jednej definujúcej charakteristiky. Akútna zmätenosť bola definovaná ako skóre pre CAM = pozitívny (1), NEECHAM < 25 a SMMSE < 24. Pred pozorovaním bolo dohodnuté, ktoré výsledky budú posledné merania CAM = negatívny (0), NEECHAM > 24, SMMSE neurčili sme hranice z dôvodu, že hodnoty sa upravujú pomaly najmä u pacientov s funkčným poškodením mozgu.

Výsledky

Na základe výsledkov a analýz testových meraní Studentovým t-testom sme zistili, že nie sú signifikantné rozdiely medzi pohlaviami (SMMSE ženy 0,43-25,03 muži 0,50-23,89; CAM ženy 3,15-0,00, muži 2,97-0,00; NEECHAM ženy 12,03-27,56, muži 12,00-27,11). Štatisticky významné rozdiely boli vzhľadom k veku v škálach SMMSE a NEECHAM. Podľa lekárskeho diagnózy sa signifikantné rozdiely ukázali v SMMSE, CAM a NEECHAM. Tabuľka 1 uvádza signifikantné výsledky vybraných ukazovateľov.

Tabuľka 1 Komparácia vybraných ukazovateľov na úrovni $p < 0,05$ u $n = 111$ pacientov

Škála/deň	n	1.			4.			7.		
SMMSE		AM/SD	F	p	AM/SD	F	p	AM/SD	F	p
1.sk (65-75)	19				19,78/3,78	9,350	0,001			
2.sk (76-80)	49				19,06/4,33					
3.sk (81-85)	43				15,19/5,74					
NEECHAM										
1.sk (65-75)	19	10,85/5,49	5,806	0,004	20,94/4,37	7,226	0,001	27,44/1,15	4,253	0,017
2.sk (76-80)	49	10,65/4,72			23,31/3,39			26,96/1,57		
3.sk (81-85)	43	14,14/5,51			24,51/2,77			27,88/1,59		
SMMSE										
K35	8	0,00/0,00	3,736	0,004	9,25/9,90	5,986	0,001	24,00/2,27	3,477	0,006
K80	26	0,85/1,22			18,81/3,97			25,19/2,00		
K56	30	0,80/1,27			18,40/4,46			22,97/3,08		
K40	17	0,24/0,66			18,00/4,17			26,12/2,26		
C18	22	0,00/0,00			18,55/3,62			25,50/3,65		
K25	8	0,00/0,00			15,88/3,94			24,50/4,24		
CAM										
K35	8	3,25/0,89	2,580	0,030	2,00/2,14	4,269	0,002			
K80	26	3,46/0,95			1,38/0,90					
K56	30	2,87/0,73			1,40/0,62					
K40	17	2,59/1,00			0,53/0,80					
C18	22	3,18/1,01			1,09/0,75					
K25	8	3,38/0,74			0,63/0,52					
NEECHAM										
K35	8	20,25/2,05	8,915	0,001				27,38/1,30	3,974	0,002
K80	26	12,21/5,55						27,92/1,49		
K56	30	8,50/3,66						26,63/1,43		
K40	17	13,24/4,92						27,88/1,05		
C18	22	12,27/4,06						27,09/1,93		
K25	8	12,75/6,65						28,63/0,74		

n= počet, AM= aritmetický priemer, SD= smerodajná odchýlka, F= testovacie kritérium, p= hladina významnosti

Diskusia

Predpokladali sme vyšší stupeň akútnej zmätenosti u mužov v porovnaní so ženami, štatistické analýzy však tomu nenasvedčujú. Schor et al. (1992, s. 827), Wakefield et al. (2001, s. 442) uvádzajú mužský rod ako rizikový faktor pre akútnu zmätenosť. Akútna zmätenosť sa vyskytuje predovšetkým u pacientov nad 65 rokov podľa Culp (2002); Inouye et al. (2003, s. 958; 2005, s. 312); Topinková (2004, s. 279); Olin et al. (2005, s. 1559); Hegyi, Krajčík (2004, s. 245); Jiráček (2004, s. 258); Culp et al. (2004, s. 813); Zmeková (2003, s. 108; 2004, s. 413); Hanisková, Krajčík (2006, s. 36); a ďalší. Podľa zatriedenia pacientov do troch vekových skupín sme nezaznamenali signifikantné rozdiely v škále CAM. Významné rozdiel boli v SMMSE teste kognitívnych funkcií vo 4. meraní. Kognitívny pokles nie je len predispozičným faktorom akútnej zmätenosti, ale tiež sa ukázalo, že delírium nezávisle zhoršuje kognitívne funkcie (Milisen et al. 2001, s. 530; Olin et al. 2005, s. 1560; Bednařík, 2006, s. 20). Najvyššie hodnoty dosiahla 1. sk. (65-75 roční) vs. najnižšie 3. sk. (81-85 roční). V metaanalýzach viac ako 100 štúdií sa identifikoval okrem ďalších rizikových faktorov vek nad 80 rokov ako nezávislý rizikový faktor pre delírium (Topinková, 2004, s. 280). Vo všeobecnosti sa uvádza, že akútna zmätenosť (delírium) je fenomén u starých jednotlivcov, hoci sa môže objaviť v akomkoľvek veku. Ako predispozičný faktor okrem veku 65 rokov a viac je poškodenie mozgu multifaktoriálnej etiológie, najmä somatickou príčinou a situačným faktorom. Pri posúdení akútnej zmätenosti u pacientov podľa diagnózy brušného ochorenia prostredníctvom škál SMMSE, CAM a NEECHAM sme zaznamenali signifikantné rozdiely (tab. 1). Wakefield et al. (2001, s. 445), O'Brien (2002, s. 390), Zmeková (2003, s. 109), Jiráček (2004, s. 260), Topinková (2004, s. 280), Fricchione (2008, s. 805) uvádzajú, že u pacientov s psychotoxickými následkami celkovej anestézy, súčasne fyzický a psychický dyskomfort, bolesť, permanentný katéter, imobilní pravdepodobne percento výskytu akútnej zmätenosti je vyššie, ale priebeh má miernejší a pokojnejší, preto sa často prehliadne a nediagnostikuje. Významnú úlohu tu zohráva podľa Topinkovej (2004, s. 279) vek, súvisiaci faktor a hlavne intervencie lekára a sestry tzv. proaktívny geriatrický režim, ktorý skracuje trvanie akútnej zmätenosti. Väčší efekt bol dosiahnutý týmto prístupom podľa Topinkovej (2004, s. 280), na chirurgických ako na interných oddeleniach. Preto je dôležité, aby zdravotnícki pracovníci včas diagnostikovali akútnu zmätenosť. Očakávania sa nám splnili tým, že s ústupom akútnej zmätenosti sa postupne znižovali hodnoty CAM, zvyšovali hodnoty celkového skóre

SMMSE a NEECHAM. Z n = 111 (100 %) akútne zmätených pacientov operovaných na chirurgickej klinike v období sledovania, akútna zmätenosť sa vyskytovala najčastejšie pri diagnóze K 56 (33,3 %) vs. pri diagnózach K 80 (28,86 %), C 18 (24,42 %), K 40 (18,87 %), K 25 (8,88 %), K 35 (8,88 %). Akútna zmätenosť trvala v priemere 4 dni (1-7). Ely et al. (2001, s. 1895) uvádza, že delírium trvá v priemere 3,4 dní, Olin et al. (2005, s. 1560) 1-3 dni a výskyt delíria predlžuje hospitalizáciu o 4 dni. Podľa Ski, O'Connell (2006, s. 42-46) je dôležité, aby zdravotnícki pracovníci štandardne posudzovali akútnu zmätenosť. CAM škála môže byť použitá aj inými ako sú psychiatri. CAM je zlatý štandard, algoritmus pre posudzovanie akútnej zmätenosti/delíria podľa McNicoll et al. (2005, s. 495), Inouye et al. (2005, s. 312), Punt et al. (2005, s. 1199), Milisen et al. (2005, s. 8), Ski, O'Connell (2006, s. 45). Vychádzali sme zo skúseností a výsledkov výskumu Cole et al. (2002, s. 760), Inouye et al. (2003, s. 960), Schuurmans et al. (2003, s. 220), Gonzalez et al. (2004, s. 427), McCusker et al. (2004, s. 1744), Olin et al. (2005, s. 1559), Hattori et al. (2009, s. 1304) a mnohých ďalších v podmienkach JIS, interných, chirurgických, geriatrických pracoviskách. V uvedených štúdiách pri posudzovaní akútnej zmätenosti/delíria vychádzali uvedení autori z kritérií DSM-IV, ktoré sú porovnateľné s definujúcimi charakteristikami akútnej zmätenosti v NANDA-International Taxonomii II. CAM, NEECHAM a SMMSE kritériá, otázky a úlohy sa nám premietli do definujúcich charakteristík ošetrovateľskej diagnózy „akútna zmätenosť 00128“ NANDA-I.

Záver

Použili sme overený spôsob posudzovania akútnej zmätenosti v iných ošetrovateľských systémoch vo svete. Táto štúdia prispieva k tomu, že je dôležité diagnostikovať akútnu zmätenosť v pooperačnom období z dôvodu negatívneho ovplyvnenia pooperačného obdobia u 10 % seniorov. Signifikantné rozdiely sa ukázali podľa zatriedenia pacientov do vekových skupín a diagnóz. Výsledky potvrdzujú, že včasné diagnostikovanie akútnej zmätenosti sestrou významne prispieva k priebehu pooperačného obdobia a skracuje hospitalizáciu. Odporúčame sestram v chirurgickom ošetrovatelstve diagnostikovať akútnu zmätenosť prostredníctvom definujúcich charakteristík z NANDA-I.

Príspevok bol podporený grantovou agentúrou APVV (Grant číslo APVV-0532-10 „Psychometrická analýza a syntéza existujúcich nástrojov na diagnostikovanie úzkosti a zvládanie záťaže v ošetrovatel'stve“).

Použitá literatúra

BEDNAŘÍK, J. 2006. Delirium: nová výzva pro neurologii? In *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. ISSN 1210-7859, 2006, roč. 69/102, č. 1, s. 18-26.

COLE, M. et al. 2002. Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized trial. Canadian Medical Association or its licensors. In *CMAJ*. ISSN 0820-3946, 2002, vol.167 no.7, p. 753-759.

CULP, K. 2002. *Delirium: Prednáška*. SPAM, Bratislava, 2002, 29 s.(nepublikovaný materiál).

CULP, K.R., WAKEFIELD, B., DYCK, M.J., CACCHIONE, P.Z., DECRANE, S., DECKER, S., 2004. Bioelektrical impedance analysis and other hydration parameters as risk factors for delirium in rural nursing home residents. In *J Gerontol A Biol Med Sci*. ISSN 1552-4604, 2004, vol. 59, no. 8, p. 813-817.

CSOKASY, J. 1999. Assessment of Acute Confusion: Use of the NEECHAM Confusion Scale. In *Applied Nursing research*. ISSN 1532-8201, 1999, vol.12, no. 12, p. 51-55.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV). 1995, 4 th Edition, American Psychiatric Press, Washington. 1995, 886 pp. ISBN 0-89042-062-9.

ELY, E. W. et al. 2001. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay, In *Intensive Care Medicine*. ISSN 1525-1489, 2001, vol. 27, no. 12, p. 1892-1900.

FOREMAN, M. D., VERMEERSCH, P. E. H., 2004. Measuring cognitive status, [in :] Instruments for clinical health care research. Edited by: Frank-Stromborg, M., Olsen Sudbury S. J., Jones and Bartlett. 2004. p. 100 - 127.

FRICCHIONE, G. et al. 2008. Postoperative Delirium. In *The American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 2008, vol. 165, no.7, p. 803-812.

GEMERT, L.A., SCHUURMANS, M.J., 2007, The Neecham Confusion Scale and the Delirium Observation Screening Scale: capacity to discriminate and ease of use in clinical practice. In *BMC Nurs*. ISSN 1472-6955, 2007, vol. 6, no. 3, p. 1- 6.

GONZALES, M., DE PABLO, J., FUENTE, E., VALDES, M., PERI, J.M., NOMDEDEU, M., MATRAI, S., 2004. Instrument for detection of delirium in general hospitals: adaptation of the confusion assessment method. In *Psychosomatics*. ISSN 0033-3182, 2004, vol. 45, no. 5, p. 426-31.

HÁLA, M., ŠEVČÍK, P., 2009. Delírium v pooperačnom období a v intenzívnej medicíne. In *Anesteziológia a intenzívna medicína*. ISSN1803-179X, 2009, roč. 20, č. 3, s. 158-164.

HANISKOVÁ, T., KRAJČÍK, Š., 2006. Paliatívna medicína – depresia, anxieta a delíriu. In, *Geriatría*. ISSN1335-1850, 2006, roč. 12, č.1 s.36-41.

HATTORI, H., et al. 2009. Assessment of the risk of postoperative delirium in elderly patients using E-PASS and the NEECHAM Confusion Acale. In *International Journal of Geriatric Psychiatry*. ISSN 1099-1166, 2009, vol. 24, no. 7, p. 1304-1310.

HEGYI, L., KRAJČÍK, Š., 2004. *Geriatría pre praktického lekára*, HERBA, Bratislava. 2004, s. 245-250. ISBN 80-89171-06-0.

NURSING DIAGNOSES Definitions and Classification 2012-2014. 2012. Ed. Herdman, T.H. Oxford : Wiley-Blackwell. 2012. 533 p. ISBN 978-82-450-1139-5.

HESTERMANN, U. et al. 2009. Validation of a German version of the confusion assessment metod for delirium detection in a sample of acute geriatric patiens with a high prevalence of dementia. In *Psychopatology*. ISSN 0254-4962, 2009, vol. 42, no. 4, p. 270-276.

HURLEY, A., VORLICER, L., 2006. Mental Status Measurement: The Mini-Mental State Examination. In *Encyclopedia of Nursing Research*. red. Fitzpatrick J., Wallace M. et al. Spiring : New York, 2006, p. 336 - 338. ISBN 0-8261-9812-0.

INOUYE, S. K. et al. 1990. Clarifing Confusion: The Confusion Assessment Metod A New Metod for Detection of Delirium. In *Annals of Internal Medicine*. ISSN 1539-3704, 1990, vol. 113, no. 12, p. 941-948.

INOUYE, S.K., BOGARDUS, S.T., CHARPENTIER, P.A. et al. 1999. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospotalized older patients. In *Engl J Med*. ISSN 1539-3704, 1999, vol. 330, no 4, p. 669-676.

INOUYE, S.K. et. al. 200., A chart-based method for identification of delirium: validation compared with interviewer ratings using the confusion assessment method. In *J Am Geriatr Soc*, ISSN 1064-7481,2005, vol. 53, no. 2, p. 312-318.

INOUYE, K.S. et. al. 2003. The Role of Adherence on the Effectiveness of Nonpharmacologic Interventions. Evidence From the Delírium Prevention Trial. In *Arch Intern Med*. ISSN 1538-3679, 2003, vol. 163, no. 8, p. 958-964.

INOUYE, S. K. et al. 2007. Risk factors for delirium at Discharge. Development and validation of a Predictive Mode. In *Annals of Internal Medicine*. ISSN 1539-3704, vol. 167, no. 13, p. 1406-1413.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th, 1993,version. World Health Organization, Geneva. ISBN 92- 4154420-1.

- JIRÁK, R. 2004. Deliria u pacientů vyššího věku. In *Geriatric a gerontologie. red.* KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., et al., Praha : Grada, 2004, s. 258-263. ISBN 80-247-0548-6.
- JOHANSSON, I.S., HAMRIN, E.K., LARSSON, G. 2002. Psychometric testing of the NEECHAM Confusion Scale among patients with hip fracture, In „*Res Nurs Health*“, ISSN 1098-240X, 2002, vol. 25, no.3, p. 203-211.
- LAURILA, J. V. et.al. 2002. Confusion assessment method in the diagnostics of delirium among aged hospital patients: would it serve better in screening than as a diagnostic instrument? In *J Geriatr Psychiatry*. ISSN 1064-7481, 2002, vol. 17, no. 12, p. 1112-1119.
- LEENTJENS, A. F. G., VAN DER MAST, R. C., 2005. Delirium in elderly people: an update. In *Curr Opin Psychiatry*. ISSN 1473-6578, 2005, vol. 18, no.3, p. 325-330.
- LEMIENGRE, J. et al. 2006, Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. In *J Am Geriatr Soc*. ISSN 1064-7481, 2006, vol. 54, no. 4, p. 685-689.
- MARCANTONIO, E. ,2002. Delirium severity and psychomotor types: their relationship with outcomes after hip fracture repair. In *J Am Geriatr Soc*. ISSN 1064-7481, 2002, vol. 53, no. 4, p. 685-689.
- MCCUSKER, J. et.al. 2004. The delirium index, a measure of the severity of delirium new findings on reliability, validity, and responsiveness. In *J Am Geriatr Soc*. ISSN 1064-7481, 2004, vol. 55, no. 10, p. 1744-1749.
- MCNICOLL, L. et al. 2005. Detection of delirium in the intensive care unit: comparison of confusion assessment method for the intensive care unit with confusion assessment method ratings. In *J Am Geriatr Soc*. ISSN 1064-7481, 2005, vol. 56, no. 3, p. 495-500.
- MILISEN, K. et al. 2001. A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. In *Journal of the American Geriatrics Society*. ISSN 1064-7481, 2001, vol. 52, no. 5, p. 523 - 532.
- MILISEN, K. et al. 2005. Psychometric properties of the Flemish translation of the NEECHAM Confusion Scale. In *Psychiatry*. ISSN 1471-244X, 2005, vol. 5, no. 16, p. 1-11.
- MOLLOY, D. W., ALEMAYEHU, E., ROBERTS, R., 1991. Reliability of a Standardized Mini-Mental State Examination compared with the traditional Mini-Mental State Examination. In *American Journal Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 1991, vol. 148, no. 1, p. 102 - 105.
- MOLLOY, D.W., STANDISH, T.I.M., 1997. Mental Status and Neuropsychological Assessment. A Guide to the Standardized Mini-Mental State Examination. In *International Psychogeriatrics*. ISSN 1741-203X , 1997, vol.9, no1, p. 87-94.

NEELON, V., FUNK, S. CARLSON, J., & CHAMPAGNE, M., 1989. The NEECHAM confusion scale: Relationship to clinical indicators of acute confusion in Hospitalized elders. In *The Gerontologist*. ISSN 1758-5341, 1989, vol. 29, no. 65A.

NEELON, V., CHAMPAGNE, M., CARLSON, J., & FUNK, S., 1996. The NEECHAM confusion scale: Construction, validation, and clinical testing. In *Nursing Research*. ISSN 1538-9847, 1996, vol. 45, no. 6, p. 324- 330.

O'BRIEN, D., 2002. Acute Postoperative Delirium: Definitions, Incidence, Recognition, and Interventions. In *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. ISSN 1532-8473, 2002, vol. 16, no. 6, p. 384-392.

OLIN, K. et al. 2005. Postoperative delirium in elderly patients after major abdominal surgery. In *British Journal of Surgery*. ISSN 1365-2168, 2005, vol. 92, no. 12, p. 1559-1564.

PUNT, B.T. et al. 2005. Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: a report from two medical centers. In *Crit Care MED*. ISSN 1530-0293, 2005, vol. 33, no. 6, p. 1199-1205.

REIKA, K., 2005. Reliability and Validity of the Japanese version of NEECHAM Confusion Scale: A Replication and Extension. In *Japanese Journal of Nursing Research*. ISSN 0022-8370, 2005, vol. 38, no. 6, p. 501- 510.

ROLFSON, D. B. et al. 1999. Validity of the confusion assessment method in detecting postoperative delirium in the elderly. In *Int Psychogeriatr*. ISSN 1741-203X, 1999, vol. 11, no. 4, p. 431-438.

SÁNIOVÁ, B., DROBNÝ, M., 2009. Včasné a neskoré kognitívne dysfunkcie po celkovej anestézii. In *Psychiatria pre prax*. ISSN 1335-9584, 2009, roč. 10, č. 2, s. 73-76.

SCHOR, J. D. et al. 1992. Risk Factors for Delirium in Hospitalized Elderly. In *JAMA*. ISSN 0098-7484, 1992, vol. 267, no. 6, p. 827-831.

SCHUURMANS, M. I. et al. 2003. The measurement of delirium: review of scales. In *Research and Theory for Nursing Practice*. ISSN 0889-7182, 2003, vol. 17, no. 3, p. 207 - 224.

SKI, C., O'CONNELL, B., 2006. Mismanagement of delirium places patients at risk. In *Aust J Adv Nurs*. ISSN 1447-4328, 2006, vol. 23, no. 3, p. 42-46.

TOPINKOVÁ, E., 2004. Delirantní stavy u starých osob a jejich zvládání. In *Postgraduální medicína*. ISSN 1212-4184, 2004, roč. 6, č. 3, s. 279-282.

VAJDIČKOVÁ, K., KOLIBÁŠ, E., 2000. *Príručka k administrácii štandardizovaného MMSE (SMMSE)* [online] Slovenská verzia. <http://www.alzheimer.sk/download/pfizerblok.pdf>.> [15 - 03 - 2010].

VAN ROMPAEY, B., SCHUURMANS, M., SHORTIDGE-BAGETT L., ELSEVIERS, M., BOSSAERT, L. 2008. A comparison of the CAM-ICU and the Neecham Confusion Scale in intensive care delirium assessment: an observational study in non- intubated patients. In *Crit Care*. ISSN 0090-3493, 2008, vol. 36, no 1, p 1-7.

WAKEFIELD, B., et al. 2001. *Acute confusion*. In *Maas,et al. Nursing Care of Older Adults: Diagnosis, Outcomes & Interventions*. USA Missouri : Mosby, 2001, p. 442-454. ISBN 0-323-01259-0.

ZMEKOVÁ, J., 2003. Deliriozní stavy nealkoholické etiologie. In *Psychiatrie pro praxi*. ISSN 1335-9584, 2003, roč. 4, č.3, s. 108-111.

ZMEKOVÁ, J., 200. Psychiatrické syndromy doprovázející hypertenzi a diabetes mellitus - srovnávací analýza čtyř diagnostických skupin. In *Čes. a slov. Psychiat.* ISSN 1212-0383, 2004, roč.100, č. 7, s. 413-419.

ZOU, Y. et al., 1998. Detection and diagnosis of delirium in the elderly: psychiatrist diagnosis, confusion assessment method, or consensus diagnosis? In *Int Psychogeriatr*. ISSN 1741-203X, 1998, vol. 10, no. 3, p. 303-308.

Adresa autorov

doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD., Mgr. Mária Semanišínová

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Kraskova 1

949 74 Nitra , Slovensko

E-mail:

gvorosova@ukf.sk

msemanisinova@ukf.sk

Hojenie rán - Debridement

¹Alena URÍČKOVÁ, ²Dominika KOTÚČKOVÁ

¹Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva,

² Klinika detskej hematológie a onkológie, Transplantačná jednotka kostnej drene, DFNSP Bratislava

Abstrakt

Otázka hojenia rán je v medicíne veľmi diskutovanou témou. Starostlivosť o rany je stará ako ľudstvo samé. Z obdobia starovekého Egypta sa zachoval Smithov papyrus, ktorý označujú odborníci za „učebnicu chirurgie“. V súčasnosti sestry a lekári venujú diagnostike, prevencii a liečbe chronických rán veľkú pozornosť. Spolu sa snažia nájsť vhodný spôsob ošetrovania rany na základe individuálneho zhodnotenia pacientových potrieb, s holistickým chápaním človeka ako bio - psycho - sociálnej a duchovnej bytosti, kde všetky zložky sa aktívne podieľajú a majú vplyv na procese hojenia. Výskumom hojenia rán sa vytvorili poznatky, ktoré umožnili výrobu krytí, ktorými sa aktívne podporuje proces hojenia, zjednodušuje sa ošetrovanie defektov, znižuje sa počet preväzov. K dispozícii sú moderné spôsoby liečby, ktoré vytvárajú priaznivé prostredie pre hojenie rán ako napr. debridement. V komplexnej liečbe nehojajúcich rán je debridement len jednou z metód, ktoré máme k dispozícii.

Abstract

The problem of wounds healing is very discussed theme in medicine. Care of wounds is as old as mankind itself. Since ancient Egypt epoch, the Smith's papyrus which experts call as a „textbook of surgery“ has been preserved. At the present times, nurses and doctors pay formidable attention to diagnostics, prevention and treatment of chronic wounds. They are try together to find appropriate way of wound treatment on the base of individual evaluation of patient's needs, with holistic comprehension of people as a bio-psycho-social and spiritual creature where all the components influence and actively take part in healing process. By researching of wounds healing, there were created cognitions which make possible production of covers by which is healing process actively supported, treatment of defects is being simplified and number of change of bandages is being reduced. There are accessible modern ways of treatment which make favourable environment for healing of wounds as it is e.g. debridement. In completion treatment of unhealing wounds is the debridement only one method which we have in disposal.

Kľúčové slová : rana, liečba rán, debridement, hojenie rán, pacient.

Key words: wound, wounds treatment, debridement, wounds healing, patient.

„Hojenie je otázkou času, ale je tiež niekedy vecou možnosti.“

Hippokrates

Ranou označujeme každé poškodenie celistvosti kože, sliznice alebo povrchu niektorého orgánu (Baláž, 1993, s. 43). Otázka hojenia rán je v medicíne veľmi diskutovanou témou. Starostlivosť o rany je stará ako ľudstvo samé. Oddávna sa hľadali najrozličnejšie prostriedky a metódy prospievajúce k hojeniu rán. Z obdobia starovekého Egypta sa zachoval Smithov papyrus, ktorý získal pomenovanie po Edwinovi Smithovi v roku 1862. Papyrus pochádzal z hrobu v Thébach a jeho dĺžka je 4,68 m. Papyrus Smith bol napísaný asi v roku 1550 p. n. l., ale evidentne išlo o odpis staršieho, už existujúceho textu. Papyrus označujú odborníci za „knihu o ranách“ (popisuje charakter rany, jej hĺbku, zasiahnutie kosti, alebo prienik kosti do vnútorných orgánov). Rovnako je označovaná aj za „učebnicu chirurgie“. Podľa charakteru opisu rán sa usudzuje, že autor mohol byť vojenským chirurgom. Pri operácii sa chirurg riadil nielen zrakom, ale aj čuchom, hmatom a manipuláciou. Celkom obsahuje 48 prípadov. Každý je rozdelený na popis choroby, ktorá sa bude liečiť, diagnózu, prognózu, predpísanú liečbu, ale aj popis choroby, ktorú nie je možné vyliečiť (Uričková, 2010).

V súčasnosti môžeme povedať, že rany postihujú asi 7 % populácie a ich výskyt má stúpajúcu tendenciu (Stryja, J., 2008, s. 13). V posledných rokoch sa rozšírili odborné vedomosti v oblasti hojenia chronických rán, v čom vidíme výhodu pre pacientov. Farmaceutické firmy prinášajú na zdravotnícky trh novšie, modernejšie metódy a obväzové materiály pre vlhké hojenie rán. Diagnostika, prevencia a liečba chronických rán sa stala stredobodom záujmu sestier i lekárov. Spolu sa snažia nájsť vhodný spôsob ošetrovania rany na základe individuálneho zhodnotenia pacientových potrieb. Cieľom starostlivosti je dosiahnuť hojenie rany a tým zlepšiť kvalitu života pacienta. Ošetrovanie rany je viac ako obyčajný preväz. Zle hojace sa rany znepríjemňujú každodenné prežívanie pacienta i jeho rodiny. Predstavujú závažný terapeutický, ekonomický a v neposlednom rade i sociálny problém. Základom úspešnej terapie rán, je liečba príčiny základného ochorenia. Dôležitou podmienkou pre hojenie rán je spôsob lokálneho ošetrovania rany (Stryja, 2009, s. 139).

Výskumom hojenia rán sa vytvorili poznatky, ktoré umožnili výrobu krytí, ktoré aktívne podporujú proces hojenia a ošetrovania defektov. Voľba krytia na ranu vychádza z aktuálnych požiadaviek rany, komplexných vlastností zvoleného krytia a tolerancie pacienta (Stryja,

2008, s. 123). K dispozícii sú moderné spôsoby liečby, ktoré vytvárajú priaznivé prostredie pre hojenie rán.

Hojenie rany spomaľuje prítomnosť nekrózy, odumreté tkanivo je vhodným miestom pre bakteriálnu kolonizáciu a rozvoj infekcie. Odstránenie nekrotického tkaniva je najdôležitejším a východiskovým krokom v liečbe rán. Stryja (2008, s. 48) definuje debridement ako odstránenie cudzieho materiálu a nekrotických, alebo kontaminovaných tkanív z traumatickej, alebo infikovanej lézie. Cieľom debridementu je odhaliť zdravé tkanivo na spodine rany a tiež podporiť hojenie. Rozlišujú sa tieto typy debridementu: autolytický, chemický, enzymatický a mechanický debridement. Pri výbere konkrétnej metódy je nutné zohľadniť charakter rany a základného ochorenia, charakter nekrózy, bolestivosť zákroku a jeho nevyhnutnosť. Nemožno zabudnúť na celkový stav pacienta, skúsenosť tímu a možnosti zdravotníckeho zariadenia. Metódy šetrnejšie voči tkanivám majú vždy prednosť pred metódami menej šetrnými a menej efektívnymi (Stryja, 2009).

Sibbald et al. (2000) stanovili tieto ciele debridementu:

- odstrániť mŕtve tkanivo,
- obnoviť bakteriálnu rovnováhu,
- podporiť hojenie rany.

Medzi všeobecné kontraindikácie debridementu patrí:

- neliečená porucha koagulácie a dekompenzované ochorenia,
- ireverzibilné poškodenie cievneho zásobenia končatiny s gangrénou,
- k debridementu kožných defektov vzniknutých na podklade malignity je nutné pristupovať individuálne.

Autolytický debridement sa vykonáva pomocou terapeutických obväzov ako sú filmové krytia, hydrokoloidy, hydrogély a algináty. Pre granuláciu a epitelizáciu je optimálne vlhké prostredie rany. Pri metóde vlhkého hojenia rán je výhodou prevencia vysychania rany, zabránenie odumierania buniek, čoho následkom je redukcia bolesti v rane a vzostup rastového tkanivového faktora, vhodné pH blízke neutrálnym hodnotám, a tým aj urýchlenie procesu hojenia (Sokol, 2008). Materiály pre vlhké hojenie rán prinášajú sledovateľný pokrok v ošetrovaní chronických rán. Skracujú dobu ošetrovania a znižujú ekonomické náklady. Použitie týchto materiálov si vyžaduje dôkladné zhodnotenie a posúdenie rany so zodpovedajúcim výberom terapeutického krytia. Brett (2007), považuje vlhké hojenie rany za

ochranu pred infekciou a nekrotizáciou, ako aj za určitú bariéru pred baktériami, súčasne s kontrolou exsudácie a atraumatickým sťahovaním krytia pri preväze.

Medzi výhody vlhkého hojenia rán patria:

- preväzy rany v dlhších intervaloch,
- menšia traumatizácia rany a bolestivosť pri preväze,
- lepší stav spodiny rany, rýchlejšia granulácia a epitelizácia,
- skrátenie času liečby,
- menšie riziko macerácie rany alebo naopak vzniku príliš suchej rany,
- schopnosť debridementu,
- pohodlné použitie pre pacienta i personál,
- celkové zníženie nákladov na liečbu- ekonomická výhodnosť (Hartmann, 2011).

Mechanický debridement sa používa na rany s rozsiahlou nekrózou. Môže spôsobiť poškodenie už hojaceho sa tkaniva, krvácanie a bolestivosť pre pacienta (Fisch, 2006, s. 119).

Mechanický - *chirurgický debridement* s použitím skalpela nie je možné vždy nahradiť modernými metódami. Jeho prednosťou je, že výsledok je vidieť hneď po vykonaní zákroku. Chirurgický debridement je indikovaný najmä u rozsiahlych, hlbokých, bolestivých nekrotických defektov mäkkých tkanív. Chirurgický debridement je nutné vykonávať v anestézii pacienta. Chirurgický debridement sa dá dobre kombinovať s ostatnými metódami, vrátane vlhkého ošetrovania rán.

Novou metódou mechanického debridementu rán je *hydrochirurgia*. Na čistenie rany využíva špeciálny nástroj opatrený vodnou tryskou. K hydroterapii sa v zahraničí radia metódy ako whirlpool, pulzné laváže a vysokotlaková irigácia rany.

Chemický debridement pri postupe využíva chemické látky ako sú kyselina benzoová, kyselina salicylová, 40 % urea, chlornany. Ich aplikácia môže viesť k macerácii a k podráždeniu kože. Chemický debridement je bolestivý a pôsobí škodlivo na granulačné tkanivo. Jeho kontraindikáciou sú čisté, neinfikované rany s nekrózou (Stryja, 2009).

Enzymatický debridement využíva k rozkladu mŕtveho tkaniva enzýmy - proteázy. Aplikujú sa na povrch rany a pôsobia lokálne. Aplikujú sa najčastejšie vo forme masť. Je kontraindikovaný u infikovaných nekrotických ranách. Zvláštnou formou enzymatického debridementu označovaného tiež ako biologický debridement je larválna terapia alebo maggot

terapia. Realizuje sa larvami - *Lucilia sericata* (Bzučivka zelená). Larvy sa živia devitalizovaným a odumretým tkanivom a enzýmy ktoré larvy vypúšťajú štiepia odumreté tkanivo, ktorého výsledkom je fibrinolýza a nekrektolýza. Sekrét, ktorý larvy produkujú, je alkalickéj povahy a obsahuje látky s baktericidnými účinkami. Kontraindikáciou enzymatického debridement sú rany v blízkosti telových dutín a orgánov, rany v blízkosti veľkých ciev a rany s tendenciou k masívnemu krvácaniu. Nežiaduce účinky sú minimálne, ide hlavne o cítenie nepríjemného pohybu lariev v rane mravčenie, pálenie až bolesť. Celá aplikácia prebieha za prísnych aseptických podmienok. Larvy sa nechávajú v rane 3 - 4 dni a odstraňujú sa z rany výplachom sterilným roztokom. Vždy sa musí presne zaznamenať koľko lariev sa aplikovalo. Dôležitá je aj edukácia pacienta (Podrazilová, 2009, s.14).

Funkcie, ktoré koža plní, sú nezastupiteľné. Je preto dôležité predchádzať porušeniu celistvosti kože a v prípade vzniku rany mať dostatok vedomostí a praktických zručností napomôcť k jej včasnému zahojeniu bez vzniku komplikácií (Dylevský,2000). Hoci má ľudský organizmus schopnosť rany hojiť vlastnými silami, prebieha proces hojenia u rôznych typov rán odlišne. Zle hojace sa rany vo veľkej miere ovplyvňujú kvalitu života pacienta i jeho blízkych. Úspešné hojenie rán môžeme dosiahnuť iba spoluúčasťou pacienta pri terapii. Ošetrovanie rán je veľmi zložitý proces, od ktorého sa očakáva úspešné zahojenie rany. Nie vždy je to ľahká a úspešná úloha. Neznamená len jej preväz, ale celkovú starostlivosť o pacienta. Diagnostika, prevencia a liečba chronických rán sa stala stredobodom záujmu sestier i lekárov. Spôsob liečby rán nemôžeme považovať za univerzálny, ale musí byť volený individuálne. Teda s holistickým chápaním človeka ako bio - psycho - sociálnej a duchovnej bytosti, kde všetky zložky sa aktívne podieľajú a majú vplyv na procese hojenia. V komplexnej liečbe pacienta s nehojacou ranou nie je možné zabudnúť na to, že debridement je len jednou z metód, ktoré máme k dispozícii (Stryja, 2009).

Napriek významným pokrokom vo výskume a vývoji nových metód liečby ostávajú chronické defekty vážnym medicínskym, ošetrovateľským a ekonomickým problémom. Správnou aplikáciou moderných spôsobov liečby však možno výrazne zlepšiť šance pacientov na zahojenie, prípadne liečbu ochorenia výrazne skrátiť. Výsledkom je zníženie ekonomických nákladov a miery ľudského utrpenia (Kopal, 2010,s. 93).

Použitá literatúra

BALÁŽ, V.1993. *Chirurgická propedeutika*. Praha : Avicenum Grada, 1993. ISBN 80-85623-45-5.

BRETT D.W.A. Review of moisture – control dressing in wound care. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007; 34(5): 478

DYLEVSKÝ, I. 2000. *Somatologie*. 2. prepracované a doplnené vyd. Olomouc : Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.

FISCH, M., ALLEN, W. 2006. *Cancer pain management*. 1. vyd. N.Y : McGraw-Hill, Medical Publishing Division. 2006. 319 s. ISBN 9780071445351.

HARTMAN. 2012. Liečba rán - spôsoby liečby, [online], [cit. 2012-02-10]. Dostupné na internete: <http://www.hojenieran.sk/o-liecbe-ran/sposoby-liecby>.

KOPAL,T. 2010. Súčasný prístup k ošetrovaniu chronických defektov. In *Edukafarm Medivews*. 2010, roč. 8, č. 3, s. 93. ISSN 1336-3239.

PODRAZILOVÁ, P. 2009. Maggot terapie aneb léčba larvami. In *Diagnóza*. 2009, roč. 5. č. 4, str. 14-15. ISSN 1801-1349.

SOKOL, R. 2008. Súčasný aspekt liečby chronických rán. In *SOLEN*. 2008, roč. 6, č. 3, s. 206 – 208. ISSN 1336-6750.

SIBBALD RG, WILLIAMSON D, ORSTED HL, et al. 2000. Preparing the wound bed-debridement, bacterial balance, and moisture balance. *Ostomy Wound Management*. 2000;46(11):14-35.

STRYJA, J. 2008. *Repetitorium hojení ran*. 1. vyd. Semily: GEUM, 2008. 199 s. ISBN 978-80-86256-60-3.

STRYJA, J. 2009. Význam débridementu v léčbě ran. In *Medicina po promoci*. 2009. roč. 10, č. 6, s. 81-86. ISSN: 1212-9445.

Adresa autorov

PhDr. Alena Uričková, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, FZaSP

Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava

alena.urickova@truni.sk

Ošetrovanie pacienta s črevnou (enterokutánnou) fistulou

¹Alžbeta MINAROVÍČOVÁ, ²Iveta KUČEROVÁ, ³Zuzana BENEDIKOVIČOVÁ

^{1,2,3} FN Trnava, Chirurgická klinika

Abstrakt

Črevá fistula ako chronické ochorenie kladie veľké nároky na zvládanie problémov v oblasti denného života, ako je výživa, telesná teplota alebo hygiena, psychických reakcií a zmien vyvolaných chorobou, nielen na pacienta, ale i na jeho rodinu a ošetrovateľský personál poskytujúci mu starostlivosť.

Naša práca prezentuje špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o konkrétného pacienta s črevnou fistulou počas hospitalizácie na našej a klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny. Je orientovaná na prácu sestry, ktorá kvalitnou ošetrovateľskou starostlivosťou, holistickým prístupom a filozofiou individualizovanej starostlivosti, môže prispieť aspoň v malej miere v zlepšení a skvalitnení ošetrovania pacienta s črevnou fistulou a tým aj jeho následného života.

Práca pozostáva z opisu priebehu ochorenia a jednotlivých fáz ošetrovania pacienta s črevnou fistulou. Jednotlivé spôsoby a postupy ošetrovania črevnej fistuly sú názorne zobrazené chronologickou fotodokumentáciou.

Kľúčové slová: črevná (enterokutánná) fistula, V.A.C. terapia, ošetrovateľská starostlivosť, kvalita života, kazuistika

Úvod

Prítomnosť črevnej (enterokutánnej) fistuly býva zväčša komplikáciou iného základného ochorenia, ktoré vedie k somatickým, ale i mnohým psychickým problémom, ktoré môžu výrazne zhoršiť kvalitu života chorého. Pacient si uvedomuje vážnu zmenu v doterajšom živote, obmedzení, ktoré sa týkajú fyzického vzhľadu, príjmu potravy, psychického prežívania.

Okrem psychickej podpory pacienta s črevnou fistulou, zohráva dôležitú úlohu správny výber pomôcok a materiálov pre ošetrovanie a liečbu črevnej fistuly. Tradičné postupy ošetrovania rán sú i pri prítomnosti črevnej fistuly nahrádzané modernými metódami, medzi ktoré patrí vlhká terapia. Tá udržiava stále vlhké prostredie rany zabezpečujúce rýchlejšie hojenie, v porovnaní s klasickou metódou, pri ktorej sú nutné opakované preväzy, často i viac krát za deň. Tento postup spôsobuje pacientovi zväčša traumy, či už formou bolesti pri preväze alebo

nešetrného spôsobu preväzu rany, ktorej hojenie je zbytočne predlžované. Medzi najmenej traumatizujúce metódy pri ošetrovaní pacientov s indikovanými akútnymi i chronickými ranami patrí V.A.C. Therapy (Vacuum Assisted Closure). Ide o nefarmakologickú, fyzikálnu - podtlakovú metódu liečby rán, ktorá predovšetkým prispieva k podpore spontánneho uzavretia fistuly a vyčistení zápalom postihnutého a povlečeného okolia. Ďalej chráni okolitú kožu pred podráždením fekaloïdným obsahom a znižuje riziko komplikácií, predovšetkým však rozvoja sepsy, ktorá býva prvotnou príčinou smrti u pacientov s črevnou fistulou. V niektorých prípadoch je i napriek tejto terapii, potrebné aj definitívne operačné riešenie.

Problematika ošetrovania pacienta s komplikovanou črevnou fistulou si vzhľadom k už uvedenému, vyžaduje nielen zručnosti a vedomosti ošetrovateľského personálu týkajúce sa ošetrovania črevnej fistuly a prevencie vzniku dermatitídy, vznikajúcej následkom poškodenia jednotlivých vrstiev kože vytekajúcim agresívnym črevným obsahom, ale okrem toho aj poznania a pomáhania pacientovi pri riešení strachu, obáv, zmien vo vnímaní obrazu tela a problémov v procese psychickej adaptácie.

Ciele práce

- Priblížiť problematiku ošetrovania črevnej fistuly.
- Poukázať na význam správnej voľby pomôcok pri ošetrovaní črevnej fistuly.
- Poukázať na význam správneho postupu v ošetrovaní pacienta s črevnou fistulou.
- Poukázať na význam a prínos použitia moderných postupov vlhkej a podtlakovej terapie v ošetrovaní črevnej fistuly.

Kazuistika

21 ročný pacient bol 1. krát na chirurgickú kliniku prijatý na plánovanú operáciu análnej rekonštrukcie s vytvorením neoanu podľa Pena, z dôvodu vrodenej anorektálnej malformácie – atrézie anorekta, s následným vyšíťím dvojhlavňovej kolostómie. Na 5. pooperačný deň bol pacient po realimentácii v stabilizovanom stave prepustený do domácej starostlivosti.

Po troch týždňoch od prvej operácie, po zhodnotení primeranej funkcie neoanu bol pacient opäť prijatý na plánovanú operáciu oklúzie (zavretie) kolostómie.

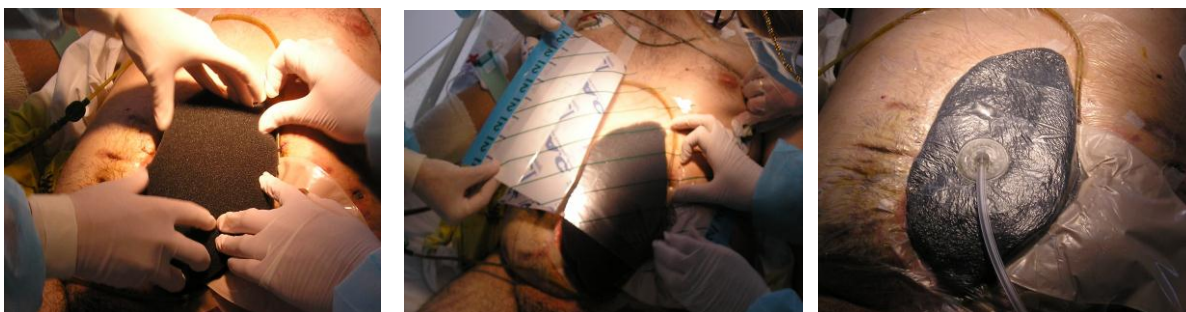
Pooperačne sa stav pacienta skomplikoval prejavmi črevnej nepriechodnosti vyvolanej stenózou v anastomóze a dihesenciou operačnej rany. Stenóza v oblasti anastomózy bola riešená pertubáciou drénom s následnou resutúrou rany. Napriek pertubácii sa však črevná peristaltika neobnovila, ďalej pretvával obraz ileózneho stavu. Pacient bol reoperovaný. Bola realizovaná resekcia postihnutého úseku tenkého čreva. Nakoľko stav pacienta bol komplikovaný hemoragickým, hypovolemickým a septickým šokom bola ponechaná laparostómia. Pacient bol pooperačne hospitalizovaný na KAIM, kde bol na základe závažnosti zdravotného stavu ponechaný na umelej pľúcnej ventilácii. Počas tohto obdobia okrem ostatných život zachraňujúcich intervencií, boli u neho realizované pravidelné preväzy a laparostómie a ošetrovania črevných fistúl (postup vid' na nasledujúcich obr. 1,2,3,4,5).



Obrázok 1 Laparostómia s črevnými fistulami – na minimalizáciu dráždenia pokožky v okolí laparostómie vytekajúcim črevným obsahom sú po obode laparostómie fixované drény, ktoré sú napojené na kontinuálne odsávanie.



Obrázok 2 Ošetrovanie črevnej fistuly materiálom vlhkého hojenia a stomického jednodielneho vypúšťacieho vrečka.



Obrázok 3 Ošetrovanie črevnej fistuly – aplikácia V.A.C. terapie

Po 54 dňoch hospitalizácie na KAIM bol pacient pri vedomí, v stabilizovanom stave preložený na chirurgickú kliniku, kde sme pokračovali v ošetrovaní črevných fistúl a aplikácii V.A.C. terapie.



Obrázok 4 Laparostómia s črevnými fistulami po 3 mesačnej aplikácii V.A.C. terapie

V ďalšom období hospitalizácie na našej klinike bol okrem ošetrovania laparostómie a jej okolia, kladený dôraz najmä na vhodnú realimentáciu pacienta s črevnou fistulou. Pacient bol dlhodobo na kombinovanej parenterálnej a enterálnej výžive. Zvýšenú pozornosť sme tiež venovali psychickej adaptácii pacienta na novo vzniknutú situáciu (prítomnosť črevnej fistuly).



Obrázok 5 Ošetrovanie črevnej fistuly pacientom stomickými pomôckami, pred prepustením do domácej starostlivosti

Pacient bol do domácej starostlivosti prepustený po 12 mesačnej hospitalizácii.

Záver

Zásah každého ochorenia, ktoré je sprevádzané somatickými zmenami a negatívnymi emóciami, ktoré v medziľudských vzťahoch môžu viesť k sociálnej izolácii, narušeniu vzťahov v rodine a zmene sociálneho statusu dokáže zásadne ovplyvniť život nielen mladého človeka.

Touto prácou sme chceli poukázať na problematiku ošetrovania črevných fistúl a priblížiť na konkrétnom prípade nami zvolený postup pri jej ošetrovaní. Zároveň tým poskytnúť aj podnety na diskusiu o vhodnosti zvoleného postupu.

Veríme, že i keď prítomnosť črevných fistúl tvorí len malé percento ošetrovaných rán, bude naša práca prínosom v rámci starostlivosti o pacientov s týmto ochorením.

Adresa autorov

Alžbeta Minarovičová

FN Trnava

Chirurgická klinika

A. Žarnova 11

Trnava, 917 75

t. č.: 033/59 38 852

E-mail: Betka.Minarovicova@azet.sk

Diet'a ako pacient na chirurgickom oddelení Child as a Patient in the Surgery

¹Anna MURGOVÁ, ²Darina WICZMÁNDYOVÁ

^{1,2} Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva, pracovisko Michalovce

Abstrakt

Aj napriek vysokému stupňu profesionality v zdravotníctve a vôbec v živote je dieťa stále dieťaťom, ktoré prichádza najčastejšie do styku s úrazom, chorobou. To spôsobuje traumatizáciu dieťaťa, ktorá sa znásobuje najmä hospitalizáciou. Hospitalizácia predstavuje pre dieťa stratu pocitu bezpečia. Reakcie detí na hospitalizáciu ovplyvňuje viacero faktorov, preto dieťa potrebuje špecifický prístup hlavne zdravotníckeho personálu. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti dieťaťu hospitalizovanému na oddelení, zvlášť na chirurgickom, máme vychádzať z Charty práv hospitalizovaného dieťaťa. Práve ona zabezpečuje humanizáciu nemocničného prostredia a predchádza narušeniu psychického stavu dieťaťa. Najbezpečnejšie pre dieťa je domáce prostredie, ale pri chirurgických diagnózach to nie je možné. Preto sa čoraz častejšie využíva model jednodňovej detskej chirurgie, ktorej zariadenie ponúka v porovnaní s bežným lôžkovým oddelením menej stresujúce prostredie, čo oceňujú hlavne rodičia detí.

Abstract

Despite of the high degree of professionalism in health care and even in life, the child is still a child who comes into contact with injury and illness the most. This causes the traumatization of the child, which multiplies mainly with hospitalization. Hospitalization evokes the feeling of losing safety in a child. Reactions of children to hospitalization are affected by several factors. That is why a child needs a specific approach mainly by medical staff. In providing nursing care for a child hospitalized in the department, especially in department of surgery, Charter of Rights of the Child in Hospital should be followed. It ensures the humanization of the hospital environment and prevents disruption of the child's mental state. The home environment is the safest for a child, but for the children with surgical diagnosis it is not possible. Therefore, the model of one-day surgery of a child has been increasingly used, which offers compared to ordinary hospital rooms less stressful environment, which are appreciated mainly by parents of children.

Kľúčové slová: dieťa, ošetrovateľstvo, hospitalizácia, chirurgia, sestra.

Key words: child, nursing, hospitalization, surgery, nurse.

Vysoký stupeň profesionality v zdravotníctve nič nemení na tom, že dieťa je stále dieťaťom, ktoré prichádza najčastejšie do styku s úrazom, chorobou. Pokroky a úspechy

pediatrie tak v prevencii, ako aj v diagnostike a liečbe nezmenili veľa na skutočnosti traumatizácie dieťaťa v prípade jeho ochorenia. Táto traumatizácia dieťaťa chorobou, úrazom sa môže ešte znásobiť diagnostickými a terapeutickými postupmi a najmä hospitalizáciou (Verešová, 2007).

Hospitalizácia predstavuje pre dieťa závažné odtrhnutie od domova, stratu blízkych, rovesníkov, kamarátov a stratu pocitu bezpečia. To všetko navyše znásobuje strach z očakávaných nepríjemných udalostí a bolestivých výkonov a procedúr. Na dieťa vplýva zmenené správanie sa rodičov pri strachu o dieťa. Adaptácia dieťaťa na nemocničné prostredie závisí od veku dieťaťa, od jeho osobnostných čŕt, od vzťahu rodiny k nemocnici, ale aj od toho, či bolo dieťa na hospitalizáciu vopred pripravené (Hort, 2008).

Dojčatá a deti ranného veku sú ešte veľmi pripútané k rodičom, preto hospitalizácia a následné odlúčenie od rodičov môže u detí vyvolať rôzne psychické poruchy. Kritickým vekom je rozpätie od pol roka do štyroch rokov. Cudzie nemocničné prostredie, pre dieťa neprijateľné pravidlá, bolesť, nespavosť a obmedzenia v pohybe predstavujú pre deti nesmierny stres. Deti v tomto veku pociťujú odlúčenie od rodičov ako stratu lásky, trest, zradu a ich reakciou je akútny strach, uzavretie sa do seba, poruchy spánku, agresia zameraná proti ošetrojúcemu personálu. Niektoré deti nespokupracujú s personálom – odmietajú užívať lieky, nedovolia sestre pichnúť im injekciu, nechcú po operácii vstať z postele ani pokojne ležať pri vyšetrení. Aj tie, ktoré spolupracujú, sú opatrné, boja sa a otázky, ktoré kladú personálu, môžu odhaľovať ich zmätenosť a nedostatok informácií (Šagát, 2007).

Staršie deti ľahšie chápu dôvod hospitalizácie, lepšie sa adaptujú na zmenu prostredia a na to, že sa o ne starajú cudzí ľudia. Veľké problémy s nemocničnou starostlivosťou môžu mať dospievajúci, pre ktorých je veľmi ťažké hovoriť o svojom tele alebo vyzliecť sa pred cudzími ľuďmi.

Pocity viny a úzkostí, ktoré deti prežívajú môžu spúšťať také reakcie ako regresiu v správaní, utiahnutosť, stratu už osvojených hygienických návykov, enurézu, dependentné správanie, nočné desy, odmietanie stravy, deštruktívne počínanie voči ostatným deťom. Takéto reakcie sa prejavujú približne u jednej tretiny hospitalizovaných detí, ale často sa objavujú až niekoľko dní či týždňov po prepustení z nemocnice. Rodičia vyhľadajú odbornú pomoc, ale zriedka spájajú zmenené správanie dieťaťa s predchádzajúcou hospitalizáciou

Reakcie detí na hospitalizáciu ovplyvňuje viacero faktorov, ako: vek dieťaťa, osobnosť dieťaťa, pohlavie, osobnosť rodičov, kvalita rodinného života, vlastné ochorenie, dĺžka hospitalizácie, obmedzenosť pohybu, neočakávané lekárske a ošetrovateľské úkony, správanie sa zdravotníckeho personálu, zážitky z predchádzajúcich hospitalizácií, zážitky po návrate domov a schopnosť dieťaťa dorozumieť sa na oddelení (Zlámalová, 2002).

Dieťa nie je zmenšený dospelý a preto si vyžaduje špecifický prístup hlavne zdravotníckeho personálu, ktorý by mal poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť s rešpektovaním práv hospitalizovaných detí. Tie sú zakotvené v Charte práv hospitalizovaného dieťaťa, ktorá bola schválená na 1. európskej konferencii o hospitalizovaných deťoch v máji 1988. Práve ona zabezpečuje humanizáciu nemocničného režimu, ktorú navrhuje svetová zdravotnícka organizácia WHO a upozorňuje, že hospitalizácia ohrozuje zdravý psychický vývin detí. V nej sú zakotvené všetky špecifiká starostlivosti o detského pacienta na ktoromkoľvek oddelení, zvlášť na chirurgických oddeleniach, kde cudzie prostredie, neznáme tváre, k tomu bolesť vyvoláva u dieťaťa strach a nepredstaviteľnú úzkosť. V nej je zakotvené, že:

1. Deti sa majú prijímať do nemocnice len vtedy, keď sa im potrebná starostlivosť nemôže rovnako dobre poskytnúť doma, alebo pri dennej hospitalizácii.
2. Deti v nemocnici majú vždy právo mať pri sebe svojich rodičov alebo ich zástupcu.
3. Ubytovanie (v nemocnici) by sa malo poskytovať všetkým rodičom, pričom ich treba nabádať, aby ho prijali. Pre rodičov by to nemalo znamenať finančnú záťaž ani ujmu na zárobku. Aby sa rodičia mohli podieľať na opatere svojho dieťaťa, treba im poskytovať informácie o činnosti oddelenia a podporu v záujme ich aktívnej účasti.
4. Deti i rodičia majú právo byť informovaní spôsobom, ktorý zodpovedá ich veku a úrovni chápania. Mali by sa prijať vhodné opatrenia na zmiernenie fyzického a emocionálneho stresu.
5. Rodičia majú právo na informovanú účasť pri všetkých rozhodnutiach, ktoré sa týkajú starostlivosti o ich dieťa. Každé dieťa má byť chránené pred zbytočnou liečbou a výskumom.
6. Deti by sa mali ošetrovať spolu s deťmi na rovnakej vývinovej úrovni a nemali by sa prijímať na oddelenia dospelých.

7. Deti majú mať všetky podmienky na hranie, odpočinok i na vyučovanie primerané ich veku a stavu. Prostredie má byť účelne zariadené a podnetné, aby uspokojovali potreby detí.
8. O deti sa majú starať odborní pracovníci s primeraným vzdelaním a skúsenosťami, aby mohli vhodne reagovať na fyzické, emocionálne a vývinové požiadavky detí a ich rodín.
9. Kontinuálnu opateru by mal zabezpečovať tím odborníkov starajúcich sa o deti.
10. K deťom sa musí pristupovať s taktom a porozumením a treba rešpektovať ich súkromie.

Dieťa nepotrebuje nič tak veľmi ako pocit bezpečia a lásky. Dôležitým komunikačným prostriedkom je pre dieťa dotyk a úsmev. Všetky požiadavky sa dajú zhrnúť do desatora hospitalizovaného dieťaťa:

1. Maj ku mne úctu, ako k človeku.
2. Úprimne sa o mňa zauímaj.
3. Rozprávaj mi o ľuďoch v nemocnici, o prevádzke oddelenia.
4. Vopred mi povedz, čo so mnou budeš robiť a čo odo mňa očakávaš.
5. Nezabudni, že potrebujem ochranu, istotu a pozornosť.
6. Venuj mi teplý, ľudský vzťah.
7. Môžeš mi všeličo povedať aj prikázať, ale ma vypočuj.
8. Nauč ma niečo nové.
9. Som radšej, keď svoje povinnosti vykonávaš s milým úsmevom.
10. Skús vidieť situácie mojimi očami.

Aj napriek humanizácii nemocničného prostredia je pre detského pacienta najvhodnejšia liečba v domácom prostredí. Pri chirurgických diagnózach to však nie je možné. Preto sa čoraz častejšie využíva model jednodňovej detskej chirurgie. Výhodou jednodňovej detskej chirurgie je predovšetkým sociálny rámec, ktorý je nemenej dôležitý ako legislatívny a odborný. Rodič, ktorý vystupuje v úlohe sprievodcu a zákonného zástupcu detského pacienta, je zároveň garantom následnej starostlivosti. Chirurgické služby poskytované na pracovisku nevyžadujú hospitalizáciu v lôžkovom zariadení, čo prináša pre dieťa a jeho príbuzných výrazné zlepšenie komfortu pred operáciou, počas nej a v pooperačnom období. Zariadenie ponúka v porovnaní s bežným lôžkovým oddelením menej stresujúce prostredie, čo oceňujú hlavne rodičia detí (Babala, 2010).

Hospitalizácia predstavuje významný zásah do osobnostnej sféry dieťaťa, preto je nevyhnutné, aby bol prístup personálu k dieťaťu láskavý a ohľaduplný. Morálny aspekt starostlivosti o deti nesmie zaostávať za ošetrovateľským. Dieťa si vyžaduje špecifický prístup s rešpektovaním individuálnych a vekových osobitostí (Schloserová, 2009). Nové myslenie v ošetrovateľstve aj etické princípy sa odrážajú vo vzťahu k chorému dieťaťu, ktoré má nárok na šetrné zaobchádzanie, ktoré zabráni negatívnym následkom v citovej oblasti (Morovicsová, 2008).

Použitá literatúra

BABALA, J. 2010. *Jednodňová chirurgia*. [on line] [citované 2011-5-31] Dostupné na internete: <http://detskechoroby.rodinka.sk/index.php?id=jednodnova-chirurgia>.

HORT, V. 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

MOROVICSOVÁ, E. 2008. Hospitalizmus a možnosti jeho prevencie. In: *Sestra*. ISSN 1335-9444. roč. 7, 2008, č. 9 – 10, s. 20 – 21.

SCHLOSSEROVÁ, A., MROSKOVÁ, S. 2005. Prieskum o právach hospitalizovaného dieťaťa. In: *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2005, roč. 4, č. 6, s. 23 - 24.

ŠAGÁT, T. a kol. 2007. *Pediatrica*. Bratislava: Herba, 2007. 1450 s. ISBN 978-80-89171-49-1.

VEREŠOVÁ, M. a kol. 2007. *Psychológia*. Martin: Osveta, 2007. 192 s. ISBN 80-8063-239-1.

ZLÁMALOVÁ, V. 2002. Psychoterapia ako súčasť ošetrovateľstva. In: *Revue profesionálnej sestry*. 2002, roč. 9, č. 5, s. 12 – 13.

Adresy autorov

Mgr. Anna Murgová

TU FZaSP, pracovisko Michalovce
Nám. Osloboditeľov 82
071 01 Michalovce
Email: annamurgov@gmail.com

doc. PhDr. Darina Wiczmándyová, PhD.

TU FZaSP, pracovisko Michalovce

Nám. Osloboditeľov 82

071 01 Michalovce

Email: dwiczmandy@centrum.sk

Voľný pohyb sestier v EU Free Movement of Nurses in the EU

¹Ľubomíra TKÁČOVÁ, ² Darina WICZMÁNDYOVÁ

2

^{1,2} Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Transformácia vzdelávania sestier zo stredoškolského na vysokoškolské, predĺženie štúdia, trojstupňový systém vzdelávania nezmenil postavenie sestier v slovenskej spoločnosti. Ekonomika predstavuje najproblematickejšiu oblasť súčasného zdravotníctva na Slovensku. Nedostatok finančných zdrojov sa odráža na platovom ohodnotení sestier, ich motivácii k práci a ich sociálneho a spoločenského postavenia. Povolanie sestry je veľmi náročné a zodpovedné. Svetová zdravotnícka organizácia zdôrazňuje strategický význam povolania sestry v systéme zdravotníctva tej ktorej krajiny. Súčasný stav je charakterizovaný nedostatočným odmeňovaním sestier na Slovensku a je vo veľkej miere príčinou migrácie sestier za prácou do zahraničia. *Nedocenenie a náročnosť tohto povolania v SR má za následok to, že vzdelané sestry, ale aj iní pracovníci zdravotníctva odchádzajú pracovať do štátov EU, kde sú pracovné i finančné podmienky neporovnateľne lepšie.*

Abstract

Transforming nursing education from secondary school to university, extension study, threetiered system of education nurses did not change position in the Slovak society. Economy is the most problematic area of the current health care in Slovakia. Lack of financial resources is reflected in the salaries of nurses, their motivation to work and their social and community status. Profession of nurse is very difficult and responsible. WHO emphasizes the strategic importance of nurse's profession in the health system of each country. The current situation is characterized by inadequate remuneration of nurses in Slovakia and it is largely the cause of migration of nurses to work abroad. Underestimation and demands of this profession in the Slovak republic has resulted that nurses, but also other health workers leave to work in the EU countries where the working and financial conditions are incomparably better.

Kľúčové slová: pohyb sestier, Európska únia, migrácia, rovnocennosť vzdelania.

Key words : Free movement of nurses, EU, Migration, Equivalent education.

Predmetom profesionálnej činnosti sestry je ošetrovateľská starostlivosť o chorých alebo postihnutých i starostlivosť o zdravých v zmysle ochrany a upevňovania ich zdravia. Zvoliť si povolanie sestry znamená slobodne sa rozhodnúť pre osobnú službu inému človeku (Šoltés,

Pullmann a kol., 2008). Gulášová (2005) uvádza, že povolanie sestry v súčasnej spoločnosti otvára veľa spoločenských a etických otázok. Ich rozmer súvisí jednak s jeho profesionálnou stránkou, ale aj s aspektmi osobného a rodinného života, ktoré hoci sekundárne, ale predsa môžu významne ovplyvňovať kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti sestry o pacientov. Sestry tvoria dôležitý článok pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, bez nich by bolo nemožné realizovať klinickú medicínu v praxi (Blanáriková, 2008).

Buriánek a Malina (2009) tvrdia, že zdravotnícke zariadenia stoja v dnešnej dobe vo svete i u nás pred závažným problémom, ktorým je získavania a udržanie si skúsených a motivovaných sestier. Preto sa manažment nemocníc musí intenzívne zaoberať nielen mierou spokojností pacientov, ale aj pracovnou spokojnosťou sestier. Nedostatok sestier sa začína prejavovať vo všetkých organizáciách a zariadeniach a neobmedzuje sa len na pracoviská s vysokou pracovnou záťažou. Ak nevzniknú vhodné podmienky bude stáť manažment nemocníc pred úlohou získavať pracovnú silu zo zahraničia čo prinesie ďalšie problémy so stabilizáciou. Chybou by bolo sa spoliehať na efekt momentálnej hospodárskej krízy, ktorá môže fluktuálnu tendenciu tmiť, pretože ten efekt môže byť kompenzovaný ďalším otvorením pracovného trhu za západnou hranicou.

Jednotlivé príčiny migrácie sestier za prácou do zahraničia sa rôzne kombinujú a prelínajú. Keďže požiadavky na prácu sestier sa neustále zvyšujú, je dôležité aby pracovné prostredie a podmienky v ktorých sestry pracujú boli vytvorené tak, aby sestry neodchádzali za prácou do zahraničia (Kingma, 2006). Úlohou spoločnosti je vytvárať také podmienky, aby človek mohol svoju prácu vykonávať trvale, bez poškodenia zdravia a aby práca pozitívne vplývala na rozvoj jeho telesných a duševných schopností. V prípade, že sa zanedbávajú pracovné podmienky, pribúdajú pracovné úrazy, ochorenia, znižuje sa produktivita práce, čo následne negatívne ovplyvňuje ekonomiku a kvalitu života celej spoločnosti (Ištoňová, Palát, Čechová - Špírková, 2009). *Vzhľadom na náročnosť a charakter profesie sestier prináležia tomuto povolaniu dôstojné pracovné podmienky. Majú zahŕňať priestor pre oddych, zabezpečenie stravovania, vhodné osvetlenie, primeranú teplotu, pitný režim, dostatok ochranných pomôcok a vybavenie pracovísk na uľahčenie fyzickej namáhavej práce rôznymi mechanizmami na manipuláciu s pacientmi* (Hadašová, Rusnáková, 2007). Pracovné podmienky sestier ovplyvňujú ekonomické zdroje vynakladané na zdravotnú starostlivosť, jej organizáciu, rozširovanie zamerania ošetrovateľskej praxe, novú techniku, nové diagnostické a terapeutické

postupy. Zhoršujúce sa pracovné podmienky sú hnacou silou negatívnej zmeny, ktorá spôsobuje nezáujem o povolanie, migráciu, prípadne zmenu povolania. Optimalizácia pracovných podmienok v ošetrovateľskej starostlivosti predpokladá nielen existenciu ekonomických zdrojov, efektívnu organizáciu práce, dostatok vhodných pomôcok na uľahčenie práce sestier, ale aj exaktné sledovanie situácie v týchto oblastiach a skúmanie psychofyzickej záťaže sestier, ich motiváciu k práci a ich spoločenské a sociálne postavenie (Farkaš, 2009). Postavenie profesie sa v dnešnej dobe vníma aj cez rovinu príjmov. Intenzita tohto problému závisí od toho, ako si konkrétna spoločnosť cení konkrétnu profesiu. Politicko – ekonomický model trhového hospodárstva, ktoré je pre našu krajinu transformačným cieľom, predpokladá, že cenu profesie stanoví konkrétne, tak ako v prípade každej inej komodity, trh. Mzdy mnohých sestier sa znížili, ale práce neubudlo, naopak pribudlo a pribudli i kompetencie a zodpovednosť sestry. Sestry sú preto pred dilemou, či sa rekvalifikovať a robiť niečo iné, alebo odísť za prácou do zahraničia, ktorá im zabezpečí lepši ekonomický základ (Blanáriková, 2008). Lunterová (2011) tvrdí, že spoločnosť ešte stále nevníma profesiu sestry za samostatnú, vníma ju na základe prežitkov z minulosti ako slúžku, dievča pre všetko, poskoka, objekt na ktorom si možno vyliat' zlosť, dokonca ako sexuálny objekt. S jej prácou a existenciou ráta automatický a berie ju ako samozrejmosť, bez pochopenia náročnosti, ktorú na ňu výkon profesie kladie a často krát bez náležitej vďaky. Škrľa, Škrlová (2003) uvádzajú, že je potrebné monitorovať masmédiá a to, ako prezentujú sestry na verejnosti, lebo ovplyvňujú mienku spoločnosti. Je dôležité reagovať na negatívnu a zľahčujúcu prezentáciu ošetrovateľstva a sestier, ale aj podporovať ich pozitívnu predstavu. Základom úspechu je aktivita sestier v zviditeľňovaní sa publikačnou činnosťou, prednáškovou činnosťou u odbornej ale i laickej verejnosti, reagovaním na prezentáciu sestier v médiách.

Sestry by mali pochopiť dva základné princípy:

- princíp presvedčenia – kde sa odráža sebahodnotenie v tom, ako nás vnímajú ostatní. Preto majú mať sestry pozitívne predstavy o svojom povolaní, aby ich takto vnímala aj verejnosť;
- princíp vzťahu medzi zodpovednosťou a úspechom – lebo úspech sa bez ochoty prevziať zodpovednosť za vlastný život nedostaví.

Len málo profesií prekonalo v historickom období také zmeny ako povolanie sestry. Pozícia sestry prešla zložitým vývojom v minulosti a mení sa aj dnes. Sestry sa začali vysokoškolsky vzdelávať, majú autonómnejšie kompetencie. Vďaka osobnostiam súčasného ošetrovateľstva sa oproti sestre vykonávateľke príkazov lekára z nedávnej minulosti posunuli vpred. Spoločným cieľom by malo byť pozdvihnutie profesijného a sociálneho statusu sestier do pozície, ktorá tomu povolaniu prináleží. Sestra, ktorá nie je spokojná so svojím postavením a pracovným prostredím, nebude motivovaná k tomu, aby sa angažovala v oblasti kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti (Bártlová, Chloubová, 2009). Aby sestry boli spokojné vo svojom povolaní je potrebné vytvoriť vhodné pracovné prostredie a podmienky, rovnako aj finančné ohodnotenie sestier. V našich podmienkach to nemajú často krát sestry zabezpečené a preto odchádzajú za prácou do iných štátov EÚ. V rámci EÚ pracujú sestry hlavne v nemocniciach, alebo sa ich zamestnávateľom stáva agentúra, to znamená, že pracujú väčšinou 24 hodín v dvojtyždňových intervaloch. V zahraničí majú nielen dobré finančné a pracovné podmienky, ale aj väčší rešpekt zo strany nadriadených - zamestnávateľa a väčšiu úctu zo strany pacientov. Má to aj svoju negatívnu stránku, pretože mnohé musia odísť od svojich rodín (Vörösová, 2010). Veľkú pozornosť migrácii sestier v EÚ a jej možným rizikám, ktoré by mohla priniesť venuje Annette Kennedyová, prezidentka EFN. 21. Storočie označila za charakteristické mobilitou nielen pre sestry, ale aj pre ostatné profesie. Uvádza, že je otázne, či migrácia sestier zaručí rovnakú úroveň kvality ošetrovateľskej starostlivosti v krajine, do ktorej prichádzajú sestry z iných krajín a či je sestra rovnako dobre vyškolená vo všetkých krajinách EÚ (Hanzlíková, Závodský, 2006). PCN verí, že voľný pohyb sestier by sa mal podporiť a uľahčiť, pretože sestry získavajú veľké potenciálne skúsenosti a to štúdiom, alebo prácou v zahraničí. Prináša to úžitok pre sestry, ale aj pre pacientov. V jednotnom európskom trhu, kde sú sestry zodpovedné za poskytovanie všeobecnej starostlivosti, majú právo pracovať v hociktorom členskom štáte. Z toho pohľadu nadobudne význam plánovanie sesterských ľudských zdrojov, požadovaných na európskej úrovni. Najefektívnejšie to možno zabezpečiť tak, že sa aj naďalej bude udržiavať systém automatického uznania kvalifikácie registrovaných sestier, poskytujúcich všeobecnú starostlivosť podľa smerníc európskeho úseku (Kuberovalá, 2003). Smernica Európskeho parlamentu a Rady pod číslom 36/2005/ES o uznávaní odborných kvalifikácií má za cieľ odstraňovať prekážky v mobilite sestier a ostatných zdravotníckych pracovníkov, vyplývajúce z existencie rozdielov v národných

vzdelávacích systémoch. Uznanie vzdelania, alebo odbornej kvalifikácie v príslušnom štáte má podľa postupov právnych noriem danej krajiny význam pre toho, kto plánuje študovať, alebo vykonávať povolanie v inom štáte, ako v krajine kde získal vzdelanie (Kuriplachová, Magurová, Cibíriková, 2011).

Všetci zdravotnícki pracovníci každej profesie z každého členského štátu podliehajú regulácií v oblasti získaného vzdelania, čo znamená, že ich vzdelanie musí spĺňať isté požiadavky, ktoré sú kladené na obsah a rozsah získaného vzdelania, odbornú prípravu, ale i vykonávanú odbornú prax. O vzájomnom uznávaní odborných kvalifikácií sa hovorí vtedy, keď vzdelanie získané na území jedného členského štátu sa považuje za rovnocenné vzdelaniu získanému na území iného členského štátu. Ak ste získali zdravotnícke vzdelanie na Slovensku, alebo v bývalom Československu a chceli by ste pracovať v zdravotníctve krajiny Európskeho hospodárskeho priestoru alebo vo Švajčiarsku potrebujete od Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky doklad o rovnocennosti získaného vzdelania s požiadavkami uloženými právnymi predpismi EÚ.

Osoby ktoré začali študovať (len v študijných odboroch všeobecné lekárstvo, zubné lekárstvo, farmácia, ošetrovatel'stvo, diplomovaná všeobecná sestra, pôrodná asistancia, diplomovaná pôrodná asistentka), na území Slovenskej republiky po 1. máji 2004, teda po dni pristúpenia Slovenskej republiky k Európskej únii a mienia vykonávať zdravotnícke povolanie lekár, zubný lekár, sestra, farmaceut alebo pôrodná asistentka v inom členskom štáte potvrdenia o rovnocennosti vzdelania už nepotrebujú. Smernice Európskeho parlamentu a Rady č. 2005/36/ES o uznávaní odborných kvalifikácií sa vzťahuje na nich a automatické uznávanie kvalifikácií podľa tejto smernice.

Rovnocennosť vzdelania zdravotníckych pracovníkov, ktorí získali vzdelanie na území Slovenskej republiky alebo v bývalom Československu, a ktorého získavanie sa začalo pred 1. májom 2004, teda pred dňom pristúpenia Slovenskej republiky k Európskej únii a mienia vykonávať zdravotnícke povolanie v inom členskom štáte potvrdzuje MZ SR, okrem diplomov o špecializácii, ktoré potvrdzuje Slovenská zdravotnícka univerzita. MZ SR po posúdení žiadosti a dokladov vydá:

- potvrdenie o rovnocennosti získaného vzdelania, alebo
- potvrdenie spolu s osvedčením o odbornej praxi, alebo
- vyjadrenie ku vzdelaniu.

V prípade, ak je potrebné potvrdenie o rovnocennosti vzdelania zaslať priamo príslušnému kompetentnému orgánu v inom členskom štáte, žiadateľ písomne uvedie túto informáciu na poslednej strane žiadosti spolu s presnou adresou kompetentného orgánu iného členského štátu, na ktorú má MZ SR uvedené potvrdenie zaslať.

Sestra k vyplnenému tlačivu žiadosti priloží nasledujúce doklady:

Sestra s ukončeným II. stupňom vysokoškolského vzdelania:

- overenú kópiu apostilovaného vysokoškolského magisterského diplomu (Mgr.) a overenú kópiu apostilovaného vysokoškolského bakalárskeho diplomu (Bc.);
- neoverenú kópiu občianskeho preukazu - obojstranne občania SR narodení na Slovensku alebo v bývalom Československu; alebo kópiu dokladu, z ktorej vyplýva informácia o štátnom občianstve – predložia iba osoby, ktoré nemajú štátne občianstvo SR;

Sestra s ukončeným I. stupňom vysokoškolského vzdelania:

- overenú kópiu apostilovaného vysokoškolského bakalárskeho diplomu (Bc.),
- neoverenú kópiu občianskeho preukazu - obojstranne občania SR narodení na Slovensku alebo v bývalom Československu; alebo kópiu dokladu, z ktorej vyplýva informácia o štátnom občianstve – predložia iba osoby, ktoré nemajú štátne občianstvo SR.

V prípade záujmu o vydanie potvrdenia o vykonávaní odbornej zdravotníckej praxe sestry na území Slovenskej republiky je potrebné predložiť doklad vydaný personálnym oddelením zamestnávateľa o vykonávaní odbornej praxe sestry.

Sestra s ukončeným vyšším odborným vzdelaním:

- overenú kópiu absolventského diplomu v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra zo strednej zdravotníckej školy,
- neoverenú kópiu občianskeho preukazu - obojstranne občania SR narodení na Slovensku alebo v bývalom Československu; alebo kópiu dokladu, z ktorej vyplýva informácia o štátnom občianstve – predložia iba osoby, ktoré nemajú štátne občianstvo SR.

Sestra s ukončeným úplným stredným odborným vzdelaním:

- overenú kópiu vysvedčenia o maturitnej skúške v študijnom odbore všeobecná sestra, zdravotná sestra, detská sestra alebo ženská sestra zo strednej zdravotníckej školy,
- originál alebo notársky overenú kópiu dokladu vydaného personálnym oddelením zamestnávateľa o vykonávaní odbornej praxe na území Slovenskej republiky v zdravotníckom povolaní sestra v dĺžke minimálne troch rokov za posledných päť rokov,
- neoverenú kópiu občianskeho preukazu - obojstranne občania SR narodení na Slovensku alebo v bývalom Československu; alebo kópiu dokladu, z ktorej vyplýva informácia o štátnom občianstve – predložia iba osoby, ktoré nemajú štátne občianstvo SR.

V prípade výkonu činností sestry v neštátnom zdravotníckom zariadení vyplnený doklad o praxi doplní o termín odovzdávania poplatkov do sociálnej poisťovne osoba, ktorá takýto úkon vykonávala pre príslušný právny subjekt a doplní ho svojím podpisom a pečiatkou (MZ SR, 2011).

Použitá literatúra

BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I. 2009. Postavení sestry v multidisciplinárním tímu. In *Kontakt*. ISSN 1212-4117, 2009, roč.11, č.1, s 252-256.

BLANÁRIKOVÁ, I. 2008. Aké je súčasné spoločenské postavenie sestier? In *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík*. ISSN 1335-5090, 2008, roč. XIV, č. 1, s. 5-7.

BURIÁNEK, J., MALINA, A. 2009. Pracovní spokojenost zdravotních sester. In *Zdravotnictví v ČR*. ISSN 1213-6050, 2009, roč. XII, č. 3, s. 82-89.

FARKAŠ, A. 2009. Legislatívne a spoločenské zmeny v ošetrovateľskej komunite. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2009, roč. VI, č.2, s. 64-67.

GULÁŠOVÁ, I. 2005. Integrácia sociálnych a spoločenských rolí sestry. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta UK, 2005. ISBN 80-88866-32-4, s. 58-67.

HADAŠOVÁ, L., RUSNÁKOVÁ, R. 2007. Podpora motivačnej stratégie v ošetrovateľstve. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335- 9444, 2007, roč. VI, č. 7-8, s. 20-21.

HANZLÍKOVÁ, A., ZÁVODSKÝ, K. 2006. V Bruseli o migrácii sestier. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1336-183X, 2006, roč. 4, č. 2, s. 4 a 6.

IŠTOŇOVÁ, M. - PALÁT, M. - ČECHOVÁ ŠPIRKOVÁ, A. 2009. Význam ergonómie a otázky prevencie v pracovnom procese. In: *Zdravotníctvo a sociálna práca*. 2009. ISSN 1336-9326. roč. 4, č. 3 - 4, s. 75-76.

KINGMA, M. 2006. *Nurses on the Move - Migration and the Global Health Care Economy*. 1. printing. The United States of America: Cornell University Press, 2006. 275p. ISBN 978-0-8014-7259-6.

KUBEROVÁ, H. 2003. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva*. Ružomberok: Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity, 2003. 105s. ISBN 80-89039- 18-9.

KURIPLACHOVÁ, G.- MAGUROVÁ, D.- CIBRÍKOVÁ, S. 2011. Vzájemné uznávaní odborné kvalifikace v kategorii sestra v členských státech EU. In *Sestra*. ISSN 1210- 0404, 2011, roč. 21, č. 10, s. 19-20.

LUNTEROVÁ, J. 2011. Sestra ako sexuálny objekt. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2011, roč. X, č. 1-2, s. 10.

MZ SR. 2011. *Potvrdzovanie rovnocennosti zdravotníckeho vzdelania získaného na území Slovenskej republiky* .[online]. 2011.[cit. 2011.11.26.]. Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/?potvrdzovanie-rovnocennosti-zdravotnickeho-vzdelania-ziskaneho-na-uzemi-slovenskej-republiky>.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovateľský management*. 1. vyd. Praha: Advent- Orion, 2003. 485 s. ISBN 80- 7172- 841- 1.

ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R. a kol. 2008. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin : Osveta, 2008. 252 s. ISBN 978-80-8063-287-8.

Adresa autorov

Mgr. Ľubomíra Tkáčová

FZaSP TU, Katedra ošetrovateľstva

E-mail: lubomira.tkacova@truni.sk

doc. PhDr. Darina Wiczmandyová, PhD.

FZaSP TU, Katedra ošetrovateľstva

E-mail: darina.wiczmandyova@truni.sk

DRG systém a jeho vplyv na ošetrovateľskú prax DRG System and Its Impact on Nursing Practice

Jana BOROŇOVÁ

Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra manažmentu

Abstrakt

Príspevok predstavuje vo svete uznávaný, objektívny a transparentný mechanizmus úhrady za zdravotnú starostlivosť – DRG systém. Tento je dôležitým nástrojom k riadeniu liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti a predstavuje cestu, na ktorej môžu zdravotnícke zariadenia dosiahnuť finančnú prosperitu a kvalitu. Nezastupiteľnú rolu pre jeho správne fungovanie predstavuje práca sestry. Ide jednak o adekvátne manažovanie ošetrovateľskej starostlivosti, o kvalitne realizované jednotlivé výkony, ako aj o správne vedenie ošetrovateľskej (a z pohľadu celkovej starostlivosti aj lekárskej) dokumentácie. Jeho zavedenie do praxe v Slovenskej republike (r. 2013) prinesie spravodlivé platby zdravotníckym zariadeniam a tým aj možnosť lepšieho využívania finančných zdrojov v zdravotníctve. Čím kvalitnejšiu starostlivosť poskytne zdravotnícke zariadenie, tým viac financií bude dostávať od zdravotných poisťovní – čo prinesie úžitok najmä samotným pacientom.

Kľúčové slová: DRG systém, zdravotná starostlivosť, úhrada za výkony.

Úvod

Podľa MKCh-10 (Medzinárodná klasifikácia chorôb) existuje tisíce rôznych ochorení. Toto množstvo diagnóz predstavuje pre manažérov v zdravotníctve i zdravotníkov samých neprehľadný, ťažko orientovateľný chaos čísiel, kódov a latinskej terminológie.

Tím odborníkov na univerzite v Yale ešte v roku 1965 vytvoril systém DRG (Diagnosis Related Groups, t.j. skupiny súvisiacich diagnóz), ktorý viac, než 13 000 diagnóz združil do 636 diagnostických skupín. Diagnózy v jednotlivých DRG skupinách sú si podobné hlavne vo veľkosti nákladov na terapiu, spotreby zdrojov a dĺžke hospitalizačnej doby. V záujme ďalšieho zjednodušenia a prehľadnosti je v DRG systéme z týchto 636 diagnostických skupín vytvorených 25 logicky usporiadaných hlavných diagnostických tried MDC (Major Diagnostic Categories). Každá MDC je založená na orgánovom systéme, napr. poruchy dýchacej sústavy, obehovej sústavy a pod. Zmysel vytvorenia DRG systému spočíva

v zjednodušení, elegantnosti, objektívnosti a praktickej aplikovateľnosti poisťovňami, manažermi, výskumníkmi, štatistickými úradmi a väčšej zrozumiteľnosti pre širokú verejnosť.

Východiská problematiky

DRG systém je ekonomicko-medicínsky klasifikačný systém. Umožňuje zatriediť prípady hospitalizácií do homogénnych skupín. Týmto skupinám prislúcha paušálna úhrada podľa klinickej a nákladovej náročnosti podľa presne definovaných pravidiel. Ide o medzinárodne uznávaný systém, ktorého kľúčovými výhodami sú transparentnosť, objektívnosť a spravodlivosť. Je nástrojom na meranie, porovnávanie a zabezpečovanie efektívnosti.

DRG systém patrí do skupiny „case mix“ systémov, ktoré zaraďujú pacientov v akútnych zdravotníckych zariadeniach do lepšie zvládnuteľných skupín či podľa vopred určených kritérií (vek, priemerná hospitalizačná doba, komplikácie, komorbidity, stav pacienta pri prepustení a pod.). Z tohto systému sú vyradení pacienti z rehabilitačných a psychiatrických oddelení alebo zdravotníckych zariadení.

Pre pochopenie DRG systému je nutné zoznámiť sa s definíciou diagnostickej skupiny. Zaradenie do špecifickej diagnostickej skupiny nezávisí na klinickej podobnosti diagnóz (ale nevylučuje ju), závisí na podobnosti z hľadiska:

- náročnosti (konzumácie zdrojov),
- dĺžky hospitalizačnej doby.

S pomocou DRG systému možno:

- znížiť náklady v zdravotníckych zariadeniach,
- efektívnejšie využívať zdroje,
- vytvoriť podmienky pre zmenu spôsobu poskytovania starostlivosti,
- presunúť finančné riziká z platcov na poskytovateľov starostlivosti.

Výstupy pre zavedenie DRG možno využiť k:

- plánovaniu,
- príprave rozpočtov,
- porovnávaníu medzi štátmi, regiónmi, nemocnicami, oddeleniami,

- platobným účelom,
- štatistickým účelom,
- sledovaní kvality, efektivity a produktivity,
- ovplyvnení mikro a makroštruktúry celej zdravotnej starostlivosti.

Podiel sestry v DRG systéme

Význam DRG systému v ošetrovateľstve vyžaduje radikálnu zmenu nielen v myslení zdravotníckych manažérov, ekonómov, lekárov, ale aj sestier. Treba si uvedomiť, že hospitalizačná doba sa bude pomaly znižovať, čím sa bude zvyšovať náročnosť (akútnosť stavu) hospitalizovaných pacientov. To bude mať za následok zvýšené nároky na kvalifikáciu sestier. Sestry sa budú musieť naučiť myslieť „kriticky“, budú sa musieť rozhodovať ďaleko rýchlejšie. Zdravotná dokumentácia bude musieť byť vedená oveľa zodpovednejšie a kvalitnejšie. Zápisy do ošetrovateľskej (a samozrejme i lekárskej) dokumentácie budú musieť obsahovať všetky zrealizované zákroky či poskytnutú starostlivosť a reakcie pacienta na ne, zmeny v stave pacienta a následné zmeny v pláne starostlivosti, výskyt komplikácií a pod. Ak niečo z toho nebude v zdravotnej dokumentácii pacienta uvedené, zdravotná poisťovňa hospitalizáciu nepreplatí, resp. bude platbu redukovať. Zdravotná dokumentácia je podkladom na zaradenie prípadu do DRG systému a následne pre platbu.

Markantné bude zvýšenie snahy po šandardizácii ošetrovateľskej starostlivosti. Budú sa musieť využívať nové metódy, napr. mapy starostlivosti, plánovanie prepustenia pacientov či program kontinuálneho zvyšovania kvality, ktoré sú v systéme DRG nutnosťou, nie dobrovoľnou voľbou. Nielen manažmenty zdravotníckych zariadení, ale aj samotné oddelenia, budú viac zainteresované na racionálnom využívaní zdrojov. Budú sa musieť zbaviť spôsobu myslenia, ktoré bolo výhodné v systéme platby za výkon, dôjde k využitiu sestier manažérok a manažmentu prípadov. Bude musieť existovať systém sledovania produktivity a manažmentu rizík (manažment diagnóz, ktoré sú pre oddelenie stratové). Budú sa musieť efektívnejšie využívať komponenty, špeciálny zdravotnícky materiál, lieky a krvné deriváty.

Ošetrovateľský personál bude musieť byť zoznámený so stratégiami ekonomiky DRG systému:

- neplytvat' zdrojmi pri výkone procedúr, konať správne, aby sa nemuseli opakovať,

- rešpektovať výsledky (laboratórne, zobrazovacie či iné) iných zdravotníckych zariadení (nehovoriac o výsledkoch iných oddelení v rámci zdravotníckeho zariadenia). Zbytočnú duplicitu vyšetrení u pacienta poisťovňa nepreplatí, ale zaplatí ju len raz a to tomu, kto ju vykonal ako prvý,
- vykonávať vyšetrenia ambulantne, pred plánovaným príjmom k hospitalizácii pacienta – jeden so spôsobov, ako zbytočne nepredlžovať hospitalizáciu,
- nezabúdať na komplikácie a komorbidity,
- pokiaľ možno – vyvarovať sa nozokomiálnym nákazám, či prípadnému poraneniu pacienta. Tieto skomplikujú, predĺžia a predražia hospitalizáciu,
- vyvarovať sa kódovacích chýb. Nesprávne kódovanie výkonov znamená nepreplatenie zdravotnej starostlivosti,
- zamerať sa na diagnózy, ktoré môžeme na oddelení liečiť bez ekonomických strát,
- zamedziť neplánovaným rehospitalizáciám a zbytočnému predlžovaniu pobytu pacientov v zdravotníckom zariadení.

Z metód ošetrovateľskej starostlivosti nachádza DRG systém svoje uplatnenie najmä v rámci ošetrovateľskej starostlivosti metódou „case managementu“. Vo funkcii case managera môže byť kontaktná sestra, sestra ADOS a sestra v špecializovanom klinickom odbore. Stará sa o skupinu pacientov s istou diagnózou, ktorí sa často vracajú do nemocničnej starostlivosti a vzniká tu tak vysoká nákladovosť.

Case manager má úlohy v oblasti klinickej, riadiacej a finančnej. Využitie DRG systému sa týka hlavne finančnej oblasti, pretože case manager kontroluje ošetrovateľskú starostlivosť u pacienta podľa diagnózy, dobu hospitalizácie a finančné úhrady, uplatňuje vedomosti a spôsoby terapie podľa diagnóz, kontroluje duplicitu postupov a čiastkovú starostlivosť, kontroluje vhodnosť či nevhodnosť hospitalizácie pacienta, kontroluje rozmiestnenie finančných zdrojov a predkladá a kontroluje možnosti ďalšej liečby (ADOS, služby).

Zaviesť DRG systém znamená mobilizovať zdroje, ktoré v zdravotníctve existujú, zdroje, ktoré nie sú v súčasnej dobe využité kvôli neekonomickému hospodáreniu a neefektívnosti práce v rámci zdravotníckeho zariadenia i oddelenia. Ako uvádza RNDr. Jaroslav Janda: „Súčasný stav možno charakterizovať nízkou efektivitou a produktivitou liečebnej starostlivosti, neadresnosťou a anonymitou, ľahostajnosťou a plytvaním.“. DRG

system ponúka riešenie týchto problémov, s ktorými sa každé oddelenie stretáva a nie len záplaty na ich symptómy.

Zavedenie DRG systému v Slovenskej republike

V Slovenskej republike bude DRG systém zavedený do praxe od 1.1.2013. Vtedy sa začne s vykazovaním „podľa DRG“. Predovšetkým bude úhradovým mechanizmom pre lôžkovú zdravotnú starostlivosť, teda zatiaľ nie v rámci ambulantnej starostlivosti a ADOS. S úhradami „podľa DRG“ sa môže začať najskôr v r. 2014.

Systematiky DRG systému, ktorý bude zavedený na Slovensku, sú vyvinuté, prispôsobené alebo prevzaté z nemeckého DRG systému. Tento systém zabezpečuje vysokú medicínsku a ekonomickú transparentnosť. Zároveň zabezpečuje spravodlivé a objektívne prerozdelenie vzácnych finančných zdrojov. DRG zároveň umožňuje merať a hodnotiť činnosť nemocníc a ich oddelení.

V súčasnosti sa na Slovensku používa úhrada za hospitalizačný prípad, ktorá sa skladá z paušálnej platby za ukončenú hospitalizáciu („diferencovaná“ podľa typu nemocnice a oddelenia), platby za SVLZ počas hospitalizácie, z úhrady za osobitne hrazený zdravotnícky materiál, resp. lieky a prípadne za iné zložky vyplývajúce z konkrétnej zmluvy medzi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zdravotnou poisťovňou. Ceny vznikajú tzv. dohodou týchto subjektov a to bez jasných pravidiel.

Súčasný úhradový mechanizmus v SR je netransparentný a málo spravodlivý. Rovnaké vyšetrovacie a liečebné aktivity a rovnaká zdravotná starostlivosť o hospitalizovaného pacienta je zdravotnými poisťovňami rôzne uhrádzaná. Navyše klasifikácia diagnóz sa prakticky nevyužíva, klasifikácia výkonov sa nepoužíva vôbec, neexistuje hodnotenie klinickej komplexnosti prípadov hospitalizácií, takisto neexistuje jednotná a objektívna metodika na dôsledné sledovanie skutočných nákladov na každý prípad hospitalizácie. Za týchto okolností je nemožné korektné meranie a porovnávanie aktivít jednotlivých oddelení nemocníc a nemocníc ako celku.

Zavedením DRG systému na báze nemeckého DRG dôjde k paradigmatickým zmenám v ústavnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku, ktoré, ak berie do úvahy finančné zdroje, možno jednoducho charakterizovať nasledovne:

- rozdelenie finančných zdrojov podľa náročnosti stavu pacienta,
- rovnaké peniaze za rovnaký výkon,
- viac peňazí za hodnotnejšie výkony.

„Vzdelávanie užívateľov systému DRG“ je projektom Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, v ktorom sa budúci užívatelia zoznámia v používaní tohto systému. Jeho cieľom je vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v oblasti zavedenia komplexného používania systému DRG v Slovenskej republike.

Pracovníci so systémom budú rozdelení do piatich skupín, a to: národní experti, národní metodici, kóderi, manažéri a odborne spôsobilé osoby. Taktiež bude prebiehať dištančné vzdelávanie prostredníctvom E-learningového portálu. Vytvorené budú aj minimálne štandardy sústavného vzdelávania v oblasti DRG.

Možno zavádzanie DRG systému bude pôsobiť spočiatku nešikovne, to ale nijako neznižuje jeho význam a perspektívu. Ide totiž v tejto dobe o jediný systém na svete, ktorý ponúka spravodlivé odmeňovanie, efektívne vyhodnocovanie a možnosť porovnávania kvality starostlivosti medzi jednotlivými zdravotníckymi zariadeniami.

Okrem toho má DRG systém aj iné výhody – pomáha identifikovať špecifické populácie pacientov, porovnáva podobné skupiny, identifikuje „odľahlú hodnotu“, špecifikuje jasné pravidlá hry, štandardizuje klinickú a ošetrovateľskú prax. Je nástrojom pre manažerov v zdravotníctve, systémom pre strategické plánovanie a, ako už bolo spomenuté, má možnosť porovnávať výkonnosť jednotlivých zdravotníckych zariadení s tými najlepšimi. Tento systém prinesie svoje ovocie predovšetkým v tom, že zdravotnícke zariadenia, ktoré sa snažia a pracujú efektívne, budú ekonomicky zvýhodnené oproti tým, ktoré sa nesnažia alebo sú menej schopné.

DRG systém je objektívny a transparentný. Vo svete si získal značný rešpekt a obľubu pre svoju flexibilitu, mnohostrannosť a užitočnosť. Je dôležitým nástrojom k riadeniu liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti a pre mnohé zdravotnícke zariadenia predstavuje cestu, na ktorej možno dosiahnuť finančnú prosperitu a kvalitu. DRG systém je jednou z metód, pomocou ktorej sa západnému svetu podarilo zastaviť, alebo v niektorých prípadoch spomaliť, ekonomickú krízu v zdravotníctve. Jeho úspech je spojený so stratégiami

a manažérskymi technikami, ktorých cieľom je maximalizovať jeho potenciál. Úspech však nemožno dosiahnuť bez zásadnej zmeny myslenia, správania a postojov zdravotníckeho personálu a do istej miery i pacientov a ďalších zainteresovaných jednotlivcov, skupín či organizácií.

Záver

Možno predpokladať, že pri zavádzaní DRG systému do praxe bude mnoho zdravotníkov či zdravotníckych manažérov frustrovaných, to ale neznamená, že nie je pre Slovensko vhodný alebo perspektívny. Dramatický obrat k lepšiemu nastane vo chvíli, keď budú zdravotnícke poisťovne pravidelne poskytovať údaje výsledkov hospodárenia všetkých zdravotníckych zariadení a budú natoľko ekonomicky zdatné, že budú schopné realizovať platby zdravotníckym zariadeniam nie s niekoľko mesačným oneskorením, ale prospektívne.

Použitá literatúra

FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2001. Ošetrovatel'stvo - teória, Martin, Osveta, 2001. 135 s. ISBN 80-8063-086-0

Materiály ÚDZS

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. Kreativní ošetrovatelský manažment. 1. vyd. Praha, Advent – Orion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1

Adresa autora

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.

Katedra manažmentu

FZaSP, Trnavská univerzita v Trnave

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava

E-mail: j.boronova@gmail.com

Faktory ovplyvňujúce hojenie rán

Jana MARTINKOVÁ

Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Hojenie rán je biologický proces v ľudskom organizme, ktoré sa dosahuje prostredníctvom presne naprogramovaných fáz: zápalová fáza, proliferáčna fáza a rekonštrukčná fáza. Pre úspešné hojenie rán musia všetky fázy prebiehať v správnom poradí. Vyvrcholením týchto biologických procesov je nahradenie bežných kožných štruktúr s fibroblastom sprostredkované zjazveným tkanivom. Na proces hojenia rán vplyva mnoho faktorov, ktoré ovplyvňujú jednu alebo viac fáz tohto procesu, čo môže viesť k nesprávnemu alebo problematickému hojeniu rán. Medzi faktory, ktoré ovplyvňujú hojenie rán patrí oxygenácia, infekcie, vek, farmakoterapia, chronické ochorenia, nutričný stav pacienta, hygienická starostlivosť a vplyvy vonkajšieho prostredia. Správne identifikovanie týchto faktorov napomáha k zlepšeniu procesu hojenie rán.

Kľúčové slová: rana, proces hojenie, vnútorné faktory, vonkajšie faktory.

Úvod

Ranu môžeme definovať ako narušenie integrity kože, sliznice alebo povrchu orgánu. Existujú rôzne typy rán, ktoré môžu poškodiť kožu, sliznice a orgány, od odrenín, tržných rán, prepichnutí, zmliaždení až po závažné penetrujúce poranenia. Mnoho poranení je povrchových, ktoré si vyžadujú lokálne ošetrovanie. Závažnejšie sú hlboké rany, ktoré si vyžadujú odborné lekárske ošetrovanie, aby sa zabránilo vzniku infekcie, poškodeniu funkcie v dôsledku poškodenia štruktúry (kosti, nervy, svaly, šlachy a cievy).

Faktory ovplyvňujúce hojenie rán môžeme rozdeliť na vnútorné a vonkajšie. Medzi vnútorné faktory patrí nutričný stav pacienta, oxygenácia, poruchy imunity, vek, stavba tela a chronické ochorenia pacienta. Medzi vonkajšie faktory patrí infekcia, farmakoterapia, devitalizované tkanivo, vplyvy vonkajšieho prostredia a hygienická starostlivosť (Hess, 2011).

Nutričný stav pacienta

Výživa má významný vplyv na proces hojenia rán. Proces hojenia rán, najmä väčšieho rozsahu si vyžaduje dostatočný prísun živín. Medzi dôležité živiny patria bielkoviny, tuky, cukry, vitamíny, minerálne látky a dostatočný príjem tekutín. Dostatočný príjem dôležitých živín poskytuje energiu pre všetky bunkové aktivity. Pokiaľ organizmus neprijíma dostatočný príjem živín potrebný pre bunkové aktivity v potrave, využíva uložené tuky a bielkoviny v organizme. Metabolizmus uložených látok spôsobuje zníženie hmotnosti a zmeny v rozložení tlaku vďaka zníženiu tukovej zásoby. Dostatočný príjem bielkovín, tukov, vitamínov a minerálnych látok podporuje proces hojenie rán. Bielkoviny sú nevyhnutné pri všetkých fázach procesu hojenia rán, zvlášť dôležité sú pre syntézu kolagénu. Zvýšený príjem bielkovín je dôležitý najmä pre rany, kde je významná strata tkaniva. Nedostatok bielkovín spôsobuje zlú revaskularizáciu, zníženú proliferáciu fibroblastov a zníženú tvorbu kolagénu. Sacharidy a tuky poskytujú energiu potrebnú pre bunkové funkcie. Mastné kyseliny majú zásadný význam v procese hojenia rán. Vitamíny A, B, C podporujú tvorbu kolagénu a sú potrebné pri epitelizácii tkaniva. Nedostatok vitamínov, minerálov a stopových prvkov má významný vplyv na proces hojenia rán. Dostatok vitamínu C podporuje syntézu kolagénu, fibroblastov, je potrebný pre tvorbu kvalitného, pevného väziva, má ochranný proti infekčný účinok a zvyšuje biologickú dostupnosť železa. Nedostatok vitamínu C spôsobuje defekt kolagénu a fragilitu kapilár. Vitamín A podporuje mobilitu makrofágov a epitelizáciu tkaniva. Nedostatok vitamínu A spôsobuje nedostatočnú tvorbu kolagénu, čím je narušená epitelizácia. Vitamín B komplex je potrebný pre tvorbu protilátok a leukocytov, podporuje tvorbu energie potrebnú pre bunkovú reprodukciu a migráciu počas granulácie a epitelizácie tkaniva. Nedostatok vitamínu B spôsobuje poruchy energetického metabolizmu buniek a pevnosti kolagénu. Zo stopových prvkov je dôležité železo, ktoré je súčasťou molekuly hemoglobínu a zúčastňuje sa na oxidačnom metabolizme, čiže dodáva kyslík tkanivám. Ďalšími dôležitými prvkami sú minerály, med' a zinok, podieľajú sa na syntéze kolagénu a epitelizácii tkaniva. Nedostatok zinku prispieva k narušeniu tvorby granulačného tkaniva (Stryja, 2008). Pravidelné nutričné hodnotenie laboratórnych parametrov je spoľahlivým ukazovateľom toho, že organizmus dostáva správne množstvo živín.

Oxygenácia je pre proces hojenia rán dôležitá. Kyslík je do tkanív transportovaný pomocou krvi a ciev. Nedostatočné zásobovanie tkanív kyslíkom môže byť spôsobené ochorením krvi,

srdca, pľúc alebo chorobnými zmenami na cievach. Nedostatok kyslíka má veľmi negatívny vplyv na proces hojenia rán, pretože dochádza k porušeniu syntézy kolagénu (Rodriguez et al, 2008).

Poruchy imunity a neadekvátne zápalové reakcie organizmu spomaľujú proces hojenia rán. U pacientov s diabetes mellitus je proces hojenia rán narušený už v prvej zápalovej fáze. Poruchy imunity spôsobujú zníženie priľnavosti leukocytov, poruchy chemotaxie, fagocytózy a baktericídnych schopností neutrofilov. Funkcia fibroblastov a endotelu je zhoršená v dôsledku predčasného starnutia buniek. Dlhodobý zápal môže spôsobiť takú stimuláciu buniek, že sa začnú vo veľkej miere produkovať zápalové cytokiny a proteázy (Stryja, 2008).

Vek - fyziologické zmeny, ktoré nastanú v súvislosti s vekom spôsobujú vyššie riziko správneho procesu hojenia rán. S pribúdajúcim vekom dochádza k zníženiu pružnosť pokožky a tvorby kolagénu, čo ovplyvňuje hojenie rán. Imunitný systém klesá s vekom, starší pacienti sú náchylnejší na infekciu a majú chronické ochorenia, ktoré ovplyvňujú kardiovaskulárny systém a tým okysličovanie rany. U starších pacientov je zhoršená hydratácia a výživa, koža seniora vykazuje atrofické zmeny, je veľmi náchylná na poranenia (Gosain, DiPietro, 2004).

Stavba tela ovplyvňuje proces hojenia rán. U obéznych pacientov môže zle prekrvené tukové tkanivo ovplyvniť proces hojenia rán. Nedostatok bielkovín u pacienta s obezitou predlžuje hojenie rán. U vychudnutého pacienta, ktorý má nedostatok živín, nedostatok kyslíka je proces hojenia rán ohrozený (Hess, 2011).

Medzi **chronické ochorenia**, ktoré ovplyvňujú hojenie rán patrí ischemická choroba srdca, periférne cievne ochorenia, anémia, onkologické ochorenia, metabolické ochorenia a poruchy imunity (Stryja, 2008).

Vonkajšie faktory ovplyvňujúce proces hojenia rán: infekcia, devitalizované tkanivo, farmakoterapia, hygienická starostlivosť a fyzikálno – chemické vonkajšie vplyvy.

Infekcia je častá príčina spomalenia procesu hojenia rán. Každá rana môže byť infikovaná baktériami z okolitého prostredia. Záleží na virulencii mikroorganizmov, vnímavosti pacienta, bakteriálnej záťaži a agresivite bakteriálnych toxínov (Stryja, 2008). Závažná forma infekcie v rane môže viesť k sepe a smrti.

Devitalizované tkanivo je nekróza, ktorá je prítomná na spodine rany a výrazne spomaľuje proces hojenia rán. Nekróza pôsobí ako cudzie teleso, blokuje hojenie rán mechanicky (Hess, 2011)

Farmakoterapia má významný vplyv na fázy procesu hojenia rán. Mnoho liekov, ktoré pacienti dlhodobo užívajú pôsobi negatívne na proces hojenia rán. Protizápalové lieky, ako sú steroidy a nesteroidné protizápalové lieky môžu znížiť zápalovú reakciu nevyhnutnú pre prípravu spodiny rany na granuláciu. Chemoterapeutiká ovplyvňujú funkciu normálnych buniek, ich účinky znižujú zápalovú reakciu, potláčajú syntézu proteínov a inhibíciu bunkovej reprodukcie. Imunosupresívne lieky znižujú počty leukocytov, znižujú zápalovú aktivitu a zvyšujú riziko vzniku infekcie v rane (Hess, 2011).

Hygienická starostlivosť zdravotníckeho personálu, efektívne umývanie rúk výrazne znižuje riziko prenosu patogénnych organizmov z jedného pacienta na druhého priamym kontaktom alebo kontamináciou. Dôležitá je aj osobná hygiena pacienta.

Fyzikálno – chemické vonkajšie vplyvy

Teplota ovláda rýchlosť chemických a enzymatických procesov odohrávajúcich sa v rane a metabolizmus buniek a tkanív, ktoré ovplyvňujú proces hojenia rán. Časté preväzy rán môžu znížiť teplotu v rane, čo negatívne ovplyvňuje fázy hojenie rán (Hess, 2011).

Chemické látky, ktoré sa do rán dostávajú nevhodným lokálnym používaním dezinfekčných prostriedkov, používaním antiseptik a antibiotik narušujú spodinu rany. Dlhodobé používanie niektorých dezinfekčných prostriedkov poškodzuje bunky a tkanivá, ktoré sú potrebné v poslednej fáze hojenia rán. Pri použití nevhodného krycieho materiálu dochádza k vysychaniu spodiny rany.

Ďalšie vonkajšie faktory, ktoré ovplyvňujú proces hojenie rán sú žiarenie, nevhodná technika preväzovania rán, zlá operačná technika, dodržiavanie zásad pri preväzoch, zásad dezinfekcie a sterilizácie (Hess, 2011).

Hojenie rán je zložitý biologický proces, ktorý sa skladá z troch fáz. Do procesu hojenia rán je zapojených veľké množstvo buniek. Viaceré faktory môžu spôsobiť narušenie procesu hojenia rán tým, že ovplyvňujú jednu alebo viac fáz procesu a sú rozdelené na vnútorné a vonkajšie. Vplyvy týchto faktorov sa vzájomne nevyklučujú. Jeden alebo viacej faktorov môže hrať kľúčovú rolu v jednotlivých fázach, ktoré prispievajú k celkovému výsledku hojenia rán. Pri správnom manažmente starostlivosti o hojenie rán by vonkajšie a vnútorné faktory nemali narúšať, a tým predlžovať proces hojenia rán.

Použitá literatúra

GOSAIN, A, DIPIETRO, LA. 2004. Aging and wound healing. World J Surg 28:321-326,

HESS, K.T. 2011. Checklist for Factors Affecting Wound Healing. www. journals.lww.com [online http://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2011/04000/Checklist_for_Factors_Affecting_Wound_Healing.10.aspx], citované 23.3.2012, 20,30 hod.

RODRIGUEZ PG, FELIX FN, WOODLEY DT, SHIM EK. 2008. The role of oxygen in wound healing: a review of the literature. Dermatol Surg 34:1159-1169. [[PubMed](#)].

STRYJA, J. Repetitorium hojení ran. 1. vydání. Semily: Geum, 2008, 185 s. ISBN978-80-86256-60-3.

Adresa autora

PhDr. Jana Martinková

Trnavská univerzita v Trnave

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava

E-mail: jana.martinkova@truni.sk

Diagnostika úzkosti v ošetrovatel'stve Anxiety Diagnostics in Nursing

¹Andrea SOLGAJOVÁ, ²Tomáš SOLLÁR

¹Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
Katedra ošetrovatel'stva, ²Ústav aplikovanej psychológie

Abstrakt

Chorý človek je v súčasnosti chápaný skôr ako len biologická bytosť, a nie je docenovaná psychická ako aj sociálna oblasť. V takomto ponímaní absentuje bio-psycho-sociálny model v holisticky zameranej starostlivosti. Zameranie starostlivosti aj na tieto oblasti pacienta by mohli predstavovať veľkú dominanciu v hodnotení celkovej liečby a starostlivosti, čím vzniká nový rozmer ošetrovatel'stva. V príspevku predstavujeme projekt - *Grant číslo APVV-0532-10 „Psychometrická analýza a syntéza existujúcich nástrojov na diagnostikovanie úzkosti a zvládanie záťaže v ošetrovatel'stve“*, ktorého hlavnou problematikou je diagnostikovanie úzkosti sestrou s použitím klasifikačného systému výsledkov ošetrovatel'stva (NOC). Hlavným zámerom projektu je podpora sestier v klinickej praxi k diagnostikovaniu a uspokojovaniu aj psychologických potrieb pacienta a poskytnutie efektívnych nástrojov v procese diagnostikovania psychologických potrieb a ich efektívneho uspokojovania.

Abstract

Patient is currently perceived only as biological being and his psychical and social aspect is not considered. The focus of care on these areas might represent the large dominance in evaluation of the overall treatment and care, which has created the new dimension of nursing. In this paper we present the project – APVV-0532-10 "*Psychometric analysis and synthesis of existing anxiety and coping diagnostic methods in nursing*". The main topic of the project is the diagnostics of anxiety by nurses using Nursing Outcomes Classification system (NOC). The main purpose of the project is to support nurses in clinical practice in diagnosing and satisfying patients' psychological needs together with bringing effective tools for diagnosing psychological needs.

Kľúčové slová: úzkosť, klasifikačné systémy, posudzovacie nástroje, klasifikačný systém výsledkov ošetrovatel'stva.

Key words: anxiety, classification systems, nursing assessment tools, nursing outcomes classification.

Úvod

Veľkým úskalím pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je skutočnosť, že pociťujeme výrazný rozpor medzi technickými vymoženosťami doby a možnosťami dôstojne a primerane uspokojovať potreby pacientov. Lekárska a ošetrovateľská veda pod vplyvom obrovského pokroku medicíny a širokých možností technických opatrení neudržala krok s využívaním poznatkov iných vied, napríklad psychológie.

Jedným z predpokladov pre úspešnú liečbu a starostlivosť v kontexte bio-psycho-sociálneho modelu a holistického prístupu je optimálne zvládnutie rolí lekárov i sestier a ich kooperácia v starostlivosti.

V súčasnej klinickej praxi sa objavuje nový pojem „technická sestra“, ktorá je rýchla, zručná, vzdelaná v určitej problematike, ale odkláňa sa od pacienta, najmä z dôvodu nedostatku času, nepovažuje za nutné prejavovať empatiu a reagovať na porušené potreby pacientov, čím sa vytráca humanistický a aktívny prístup sestry. Vplyvom týchto okolností sa ošetrovateľstvo snaží o zmeny starostlivosti v prospech pacienta a to prostredníctvom ošetrovateľského procesu ako metódy práce sestry na základe holistickej teórie. Zmenu v starostlivosti charakterizuje orientácia sestry na poruchy potrieb pacienta, starostlivosť na základe dôkazov a reflektívnej praxe.

Sestry sa dostávajú do vnútorného konfliktu, pretože nevidia pozitívny vývoj a úspechy pacientov cez ošetrovateľské činnosti a uvedomujú si, že sa od nich očakáva vysoko kvalitná starostlivosť poskytovaná s ľudskosťou a láskavosťou. Uvedomujú si veľmi silne, čo od nich pacienti chcú a potrebujú – empatiu, láskavý prístup, udržiavať ich informovaných, robiť správne veci v správny čas, byť s nimi a byť k dispozícii pre pacientov – to sú konštanty, stále hodnoty starostlivosti (Maben, Griffiths, 2008). Ďalej pacienti požadujú od sestry zaistenie súkromia, t.j. intimity, dôstojnosti, rešpektovanie ich hodnôt a presvedčení, podporovanie ich zapojenia do rozhodovania, zabezpečenie psychickej a fyzickej pohody, bezpečia a istoty. Pacienti a verejnosť hodnotia profesionalitu sestier podľa ich správania, prejavov a spôsobov komunikácie. Výskumy vo svete v 90. rokoch 20. storočia naznačujú víziu relatívne autonómnej (nezávislej) sestry, ktorá koná na základe informácií tak, aby zabezpečila a presadzovala pacientove záujmy (Thompson, Mc Caughan, 2008).

Je dôležité pripomenúť, že aj keď sa v poslednej dobe zdôrazňuje samostatnosť ošetrovateľskej role sestry, je celkom nepochybné, že pri starostlivosti o pacienta plní sestra

pokyny lekára (Bártlová, Hajduchová, 2010), naďalej teda nezasahuje do kompetencií lekára. Zmeny v kompetenciách sestier neznamenajú ohrozenie lekára, a to z toho dôvodu, že sestra nelieči, ale jej činnosť je zameraná na saturáciu potrieb pacienta. Spolupráca medzi medicínou a ošetrovateľstvom je strategicky dôležitá pre zvyšovanie kvality starostlivosti o pacienta (Skela Savič, Pagon, 2008).

Efektivita ošetrovateľských intervencií v kontexte bio-psycho-sociálneho modelu v rôznych oblastiach starostlivosti so zohľadnením bio-psycho-sociálneho prístupu sa javí ako veľmi významná a potrebná. Uspokojovanie biologických potrieb, nie je v súčasnosti problémom, možno i z toho dôvodu, že sa často ich uspokojovanie prelína s ordináciou lekára. Vplyvom ochorenia môže pacient pociťovať aj potreby vychádzajúce z psychickej a sociálnej oblasti. Najčastejšie ich kategorizujeme cez ošetrovateľské diagnózy - úzkosť, strach, neefektívne zvládanie záťaže atď..

Keďže ošetrovateľstvo vychádza z bio-psycho-sociálneho modelu, nezaobrá sa len biologickou stránkou fungovania človeka/pacienta, ale aj jeho psychologickou a sociálnou stránkou. Projekt je zameraný na psychologickú stránku modelu reprezentovanú vybranými psychologickými premennými, ktoré sú relevantné prakticky pre každého pacienta bez ohľadu na medicínsku diagnózu. Na základe uplatnenia uvedených kritérií sa projekt zameriava najmä na psychologickú premennú Úzkosť. Zameriavame sa na problematiku diagnostiky úzkosti sestrou ošetrovateľskými nástrojmi (klasifikácia NOC) ako aj psychológom psychologickými nástrojmi (odporúčanými zahraničnými autormi a používanými v podmienkach SR).

Bezprostredne každé ochorenie, no najmä ochorenie vyžadujúce si invazívny zákrok môže spôsobovať u pacienta úzkosť. Výskyt úzkosti negatívne ovplyvňuje celkový stav pacienta ale i proces starostlivosti a liečby.

Z pohľadu ošetrovateľstva je úzkosť charakterizovaná ako nepríjemný pocit obáv spôsobený očakávaným nebezpečenstvom zo samotného ochorenia alebo situácií sprevádzajúcich ochorenie. NANDA - I (2010) definuje úzkosť ako neurčitý nepokojný pocit diskomfortu alebo strachu sprevádzaný samovoľnými reakciami (zdroj často nešpecifikovaný alebo neznámy pre jedinca). Je to výstražný signál, ktorý upozorňuje na hroziace nebezpečenstvo a umožňuje jedincovi vykonať opatrenia na jej redukciu (Herdman, 2009).

Redukcia úzkosti je dôležitou intervenciou v starostlivosti u hospitalizovaných pacientov. Štúdie viacerých autorov (Gustad, Chaboyer, Wallis, 2008; Lie et al., 2007; Russell, 2006;

Jong et al. 2004; Williams, Schreirer, 2004; Review, 2000; Richards et al. 2000; Fishel, 1998; Lehto, Cimprich, 1999; Gange, Toye, 1998; Weber, 1996; Badger, 1994 ai.) popisujú problematiku ošetrovateľských intervencií založených na dôkazoch vo vzťahu k výskytu úzkosti u pacientov pri rôznych ochoreniach (kardiovaskulárnych, neurologických, onkologických), na viacerých úsekoch starostlivosti (hospic, kritická, chirurgická, interná, onkologická starostlivosť) a zároveň vyzývajú k podobným výskumom v budúcnosti (Sheldon et al., 2008).

Moderné trendy v ošetrovateľskej diagnostike

V ošetrovateľskej diagnostike vo svete, prevažne v USA a v niektorých krajinách EÚ začína pracovať so systémom ošetrovateľských diagnóz aliancie 3N: NANDA-NIC-NOC – NNN). Medzinárodná taxonómia ošetrovateľských diagnóz (NANDA – International; North American Nursing Diagnosis Association; Ackley, Ladwig, 2008) predstavuje klasifikačný systém, ktorý sa skladá z 13 domén, 47 tried a 206 diagnóz pre roky 2009 – 2011. Ďalej obsahuje zoznam ošetrovateľských činností NIC (Nursing Interventions Classification), ktoré predstavujú súhrnnú štandardizovanú klasifikáciu intervencií a pod ne spadajúcich činností, ktoré sestry uskutočňujú. Súčasťou systému je klasifikácia ošetrovateľských výsledkov NOC (Nursing Outcomes Classification) – klasifikácia ukazovateľov hodnotenia pokroku, ktoré pacient dosiahne po intervencii sestry. Hodnotenie realizuje sestra prostredníctvom posúdení na Likertovskej stupnici.

Aliancia uvádza raz za dva roky výsledky realizovaných výskumov v žurnáloch (najmä International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, kde sa hodnotí aj otázka kvality diagnostiky týchto posudzovacích škál.

Ackley, Ladwig (2008) uvádzajú vzájomné prepojenie ošetrovateľskej diagnózy Úzkosť vychádzajúcej z NANDA-International (The North American Nursing Diagnosis Association) so súborom klasifikácie NOC (Nursing Outcomes Classification) pre hodnotenie úrovne úzkosti sestrou s názvom – Úroveň úzkosti 1211.

Uvedená škála NOC Úroveň úzkosti vychádza z domény psychosociálne zdravie, trieda psychosociálna pohoda. Pozostáva 31 ukazovateľov, ktoré sa hodnotia v úrovni od závažný až po žiadny. Celkové skóre ukazovateľov následne vypovedá o celkovej úrovni úzkosti. Jednotlivé ukazovatele možno rozdeliť do niekoľkých oblastí (všeobecné príznaky –

ukazovatele úzkosti, psychologické a behaviorálne príznaky úzkosti) podobne, ako ich kategorizuje aj NANDA - I (2010).

Záver

Používaním štandardizovaného jazyka na posúdenie stavu pacienta v kontexte bio-psycho-sociálneho modelu prispievame k zlepšeniu starostlivosti o pacienta, rozvoju moderného a profesionálneho ošetrovateľstva. Správne posúdenie a adekvátne diagnostika potrieb pacienta je základom pre kvalitné a efektívne plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti.

Príspevok bol podporený grantovou agentúrou APVV (Grant číslo APVV-0532-10 „Psychometrická analýza a syntéza existujúcich nástrojov na diagnostikovanie úzkosti a zvládanie záťaže v ošetrovateľstve“).

Použitá literatúra

ACKLEY, B. J. - LADWIG G. B. 2008. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence – Based Guide to Planning Care*. 8th Edition, Missouri : Mosby, Inc., 2008. 937 p. ISBN 978-0-323-05192-7.

BULECHEK, G. M. - BUTCHER, H.K. - McCLOSKEY DOCHTERMAN, J. 2008. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th Edition, Missouri U.S.A.: Mosby, Inc., 2008. 938 p. ISBN 978-0-323-05340-2.

BÁRTLOVÁ, S.; HAJDUCHOVÁ, H. (2010). *Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou*. Kontakt, XII, 1, s. 20-33

BÁRTLOVÁ, S.; MATULAY, S. (2009). *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny. Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta, 2009, ISBN 978-80-8063-306-6.

DAWES, M. et. al. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. In BMC Medical Education 1/2005. [online]. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/5/1> [cit. 2011-10-27].

HERDMAN, T.H. et al. (ed.) 2009. *NANDA International. Nursing Diagnoses : Definitions and Classification 2009 – 2011*. 8th Edition, Philadelphia : NANDA International 2009, 453p. ISBN 9-781405-187183.

LÍŠKOVÁ, M. (2010). Mentální anorexie – plyne ze způsobu života rodiny? In *Sestra. Odborný časopis pro zdravotní sestry*. XIV, 7-8, s.16

JAROŠOVÁ, D. (2008). Ošetrovateľství založené na důkazech jako součást výuky. In

BUŽGOVÁ, R.; SIKOROVÁ, L. *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch II.* Ostrava : Ostravská univerzita , 2008, s. 61-65. ISBN 978-80-7368-499-0.

KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. (1995). *Ošetrovateľstvo 1, 2. diel, 1. slov. vyd.* Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.

MABEN, J.; GRIFFITHS, P. (2008). Nurses in Society: starting the debate. *London National Nursing Research Unit*. King's College London, University of London.1-30.

MOORHEAD, S. et al. 2008. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*.4th Edition, Missouri U.S.A. : Mosby, Inc., 2008. 912 p. ISBN 978-0-323-05408-9.

SKELA SAVIČ, B.; PAGON, M. (2008). *Relationship Between Nurses and Physicians in Terms of Organizational Culture: Who is Responsible for Subordination of Nurses?* Croat Med. J.,Vol.49, p.334-343.

THOMPSON, C.; McCAUGHAN, D.; CULLUM, N. (2008). *Nurses' Use of Research Information in Clinical decision Making: A descriptive and analytical Study*. 2008

VÖRÖSOVÁ, G. et al. (2007). *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta, 2007. 113 s. ISBN 978-80-8063-242-7.

ŽIAKOVÁ, K.; GURKOVÁ E. (2010).Využitie princípov praxe založenej na dôkazoch pre zlepšenie ošetrovateľskej diagnostiky v klinickej praxi In *Ošetrovateľství a porodní asistencie č. 1/2010*. [online]. Dostupné z: <http://periodika.osu.CZ/osetrovatelstviaporodniasistence>. [cit. 2011-09-20]

Adresa autorov

PhDr. Andrea Solgajová, PhD.

UKF v Nitre

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Kraskova 1

949 74 Nitra, Slovenská republika

E-mail: asolgajova@ukf.sk

Manažment starostlivosti o pacienta s chronickou ranou

¹Andrea BOTÍKOVÁ, ²Mária LIGAČOVÁ, ³Jana MARTINKOVÁ

^{1,2,3} Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Liečba a ošetrovanie rán si vyžaduje vysokú úroveň odborných vedomostí. Chronická rana je pre pacienta ale aj pre jeho rodinu veľkou záťažou. Pacient trpí chronickou bolesťou, silná secernácia a zápach rany pacienta izolujú od okolitého sveta. Za posledné roky priniesol výskum pokrok v ošetrovaní rán. V súčasnosti sa do popredia čoraz viac dostáva „moderné“ ošetrovanie rán, ktoré má oproti „tradičnému“ celú radu výhod. Donedávna nepoužívaná vlhká terapia sa dnes nepovažuje za nadštandard, ale ako bežná dostupná liečba. K dispozícii je široké spektrum obväzov a prípravkov na vlhké ošetrovanie rán, ktoré je možné použiť pri všetkých fázach hojenia. Ich použitie je jednoduché, pre pacienta menej bolestivé, pohlcuje zápach a nadmernú secernáciu a čo je najdôležitejšie, preväzy nie je potrebné vykonávať denne, pretože prípravky vlhkej terapie sú určené aj na viac ako 24-hodinové použitie. V rane sa tvorí vlhké prostredie, obväzy nezasychajú a nevrastajú do novovzniknutého tkaniva a tak pri preväzoch nedochádza k poškodeniu nových štruktúr. Dĺžka liečby je v porovnaní s „tradičným“ ošetrovaním kratšia.

Kľúčové slová: chronická rana, pacient, manažment ošetrovateľskej starostlivosti, klasifikačný systém NIC a NOC.

Chronické rany

Na rozdiel od akútnych rán chronické rany nevznikajú pôsobením vonkajších faktorov, ale v dôsledku lokálnych porúch vyživovania kože. Vyvolané sú cievnyimi alebo neurologickými poruchami alebo dlhodobým lokálnym pôsobením tlaku (Lang et al., 1996). Za chronickú ranu sa označuje defekt, ktorý počas 8 týždňov nejaví príznaky hojenia. Zvyčajne ide o ranu, ktorá sa hojí per sekundam. Chronická rana vzniká z akútnej. Tento prechod môže vzniknúť v ktorejkoľvek fáze hojenia (Pejznochová, 2006). Ďalšími príčinami vzniku môžu byť infekcia, devastačné poranenia spojené s veľkou stratou tkaniva. Chronické rany majú rôznorodú patogenézu (Hartmann-Rico spol. s r.o., 2010).

Veselý et al. (2007) klasifikuje chronické rany do šiestich štádií:

- I. štádium – povrchová rana - zasahuje epidermu, dermu,
- II. štádium – hlboká rana – zasahuje do subcutis,
- III. štádium – postihnutie fascií,
- IV. štádium – postihnutie svalstva,
- V. štádium – postihnutie šliach, väzív, kostí,
- VI. štádium – postihnutie veľkých telesných dutín.

K najčastejším chronickým ranám patrí diabetický vred, dekubit, vred predkolenia na arteriálnom alebo venóznom podklade, chronická posttraumatická a postradiačná rana a exulcerované nádory (Fúrová, Fetisovová, 2004).

Diabetický vred ako chronická komplikácia pri ochorení diabetes mellitus, je súborom zmien na dolnej končatine, ktorá vzniká poruchou mikrocirkulácie, následkom čoho dochádza k chronickej ischémii a následne nekróze. Jedná sa o súbor neuropatických, mikrovaskulárnych a makrovaskulárnych zmien na dolných končatinách (Pejznochová, 2006). Rozvoj syndrómu diabetickej nohy nezáleží ani tak na výške hyperglykémie, ako na dĺžke trvania základného ochorenia. Najčastejšie sa objavuje po 10-15 rokoch od vzniku ochorenia. Najzávažnejším dôsledkom sú gangrény, asi u 4% diabetikov a amputácie asi 1% diabetikov (Palmajová, Palmaj, 2005). Ulcus vytvorený na chodidle a jeho hrane nazývame neuropatický vred. Akrá sú teplé, pulzácia hmatateľná. Neuroischemický vred vzniká na prstoch dolných končatin, pulzácia je málo hmatateľná až nehmatná, dolná končatina je chladná (Pejznochová, 2006). Pri ošetrovaní defektov je dôležité odstránenie hyperkeratózy v okolí rany, kompenzácia diabetu a jej sledovanie. Pacienti postihnutí syndrómom diabetickej nohy predstavujú na bežných lôžkových oddeleniach v Slovenskej republike asi 5-10% pacientov (Petrašovič, Tóthová, 2002).

„Dekubitálny vred je defekt kože, prípadne aj podkožných štruktúr, ktorý vzniká ako výsledok tlaku podložky na určitú oblasť tela“ (Kopal, 2006, s. 409). Vzniká porušením prekrvenia dôsledkom imobility, zvýšeného tlaku v tkanivách a zdravotným stavom chorého. Akútny typ vzniká už počas 30 minút u pacientov v ťažkom stave, napríklad v terminálnom štádiu, chronický typ vzniká počas niekoľkých dní až týždňov. Na tvorbu dekubitov vplyvajú lokálne ale aj celkové faktory. Medzi lokálne Pejznochová (2006) radí pôsobenie dlhodobého tlaku hlavne v predilekčných miestach, strihovú silu pôsobiace pri presúvaní pacienta

a vlhkosť spôsobenou nielen inkontinenciou ale aj nedokonale vysušenou bielizňou. K celkovým faktorom radíme kómu, paraplégii, šok, anestézu, nutričný deficit, kachexiu, obezitu, vo vyššom veku zvýšenú telesnú teplotu, anémiu, premedikáciu, ťažkú depresiu alebo apatiu, imobilizáciu a celkový zdravotný stav pacienta. Kopal (2006) rozdeľuje faktory vzniku na vnútorné a vonkajšie. Patrí medzi ne imobilita, porucha citlivosti, akútne ochorenie, porucha vedomia, extrémny vek, ťažké chronické alebo terminálne ochorenie, dekubit v anamnéze, malnutícia a dehydratácia, vlhké prostredie na koži, trenie a tlak na kožu. Zaujímavý, no ťažko využiteľný marker je počet spontánnych nočných pohybov u geriatrických pacientov. Viac ako 50 spontánnych pohybov znamená nízke riziko vzniku dekubitu, menej ako 20 vysoké riziko. Významným rizikovým faktorom je inkontinencia stolice. Na inkontinenciu moču sa ako rizikový faktor názory líšia. Dekubity sa najčastejšie tvoria na miestach, kde vyčnievajú kostné časti pokryté kožou a tenkou vrstvou podkožného tuku. Predilekčné miesta sú sakrálna oblasť, trochantery, ischiadické hrboly, päty, lopatky a spina anterior superior. Klasifikácia, ktorú vytvoril v roku 1975 Darrel Shea, sa používa dodnes. Hovorí o štyroch stupňoch dekubitov:

- I. stupeň – defekt zasahuje epidermis a superficiálnu dermis,
- II. stupeň – defekt siaha od kože do podkožného tuku,
- III. stupeň – defekt zasahuje do svaloviny,
- IV. stupeň – defekt zasahuje kostené alebo kĺbové štruktúry.

Rozvíjajúci dekubit má štyri štádiá a to začervenanie, deskvamácia, nekróza a hlboký vred (Fedeleš, Palenčár, Fedeleš Jr., 2008). Najdôležitejšou a najťažšie realizovateľnou prevenciou a liečbou je polohovanie. Lokálna liečba sa volí podľa štádia a fázy hojenia dekubitu.

Ulcus cruris arteriosum – vzniká ako dôsledok obštrukcie periférnych tepien. „Podkladom chronickej ischémie je periférne arteriálne obliterujúce ochorenie, ktoré výrazne redukuje arteriálnu perfúziu tkanív dolnej končatiny. Zníženie perfúzneho tlaku v arteriolách a prekapilárach spôsobuje degeneratívne zmeny až nekrózu tkanív“ (Šefránek, 2008, s. 348). K rizikovým faktorom ochorenia patria konštitučné dispozície, nevhodná životospráva, hypertenzia, diabetes mellitus, hypotyreóza, nefropatia, poruchy metabolizmu lipidov a trombofília. Ulcerácie vznikajú najčastejšie na distálnej strane prstov, na distálnej tretine predkolenia dorzálna a laterálna a v oblasti päty. Stupeň postihnutia sa stanovuje najčastejšie podľa stupnice od Fontaina (Pejznochová, 2006):

- I. štádium – bez príznakov, ľahká unaviteľnosť,
- II. štádium – A - klaudikačné bolesti pri chôdzi na vzdialenosť dlhšiu ako 200 m,
B - klaudikačné bolesti pri chôdzi na vzdialenosť kratšiu ako 200 m,
- III. štádium – kľudová bolesť,
- IV. štádium – trvalá bolesť, ulcerácia až gangréna.

Pri ošetrovaní je najdôležitejšia toaleta rany. Ak lekár rozhodne, je vhodné chirurgické odstránenie nekrózy a podporná liečba antibiotikami. Pri lokálnom ošetrovaní volíme obväzový materiál podľa fázy hojenia a vlastností krycích materiálov (Jelová, 2005).

Ulcus cruris venosum – je podľa Pejznochovej (2006, s. 58): „vred vyvolaný rozsiahlou poruchou odtoku v hlbokom venóznom systéme vzniká v dôsledku nedostatočného odtoku krvi v žilách smerom k srdcu. Tým vzniká žilová hypertenzia, krvná plazma je vytlačovaná z mikrocirkulácie do tkaniva. Typickou lokalizáciou býva okolie vnútorného členka“. Postihuje pacientov v strednom a vyššom veku, podkladom bývajú väčšinou kľčové žily, ktorými je postihnutých až 60% populácie. Na začiatku ochorenia vzniká malý defekt kože, ktorý sa ťažko hojí. Splynutím viacerých kožných defektov vznikajú veľké defekty. Ak nie je liečené základné ochorenie, môžu tieto vredy ostať nezhojené aj napriek vhodnej lokálnej liečbe. Liečba je zdĺhavá a ekonomicky nákladná, znížená je kvalita života pacienta i príbuzných. Pacienti trpia veľkou bolesťou, opuchmi, pocitom ťažkých nôh a sociálnou izoláciou. Pri ošetrovaní je veľmi dôležité dôkladné vyčistenie rany, odstránenie zvyškov masť, pasty a iných materiálov a správna voľba liečebného postupu a krytia (Jelová, 2005).

MANAŽMENT STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S CHRONICKOU RANOU

Posúdenie ako prvá fáza ošetrovania metódou ošetrovateľského procesu musí byť súčasťou všetkých činností sestry, ktoré počas ošetrovania pacienta vykonáva. Posudzovanie zahŕňa zber, overovanie a triedenie dát, informácie o telesných, vývinových, spoločenských, emocionálnych, intelektových, kultúrnych a duchovných aspektoch pacienta (Vörösová et al., 2007). V rámci posudzovania je dôležité posúdiť u pacientov s chronickou ranou nielen externé, ale aj interné faktory. Medzi externé faktory radíme vplyv chemických látok, vek pacienta, vlhkosť, prehriatie alebo podchladenie pacienta, mechanické faktory, lieky, príjem tekutín, pohyblivosť a vplyv žiarenia. K interným patria zmeny pigmentácie, zmeny kožného

turgoru, vývojové faktory, malnutricia, obezita, imunodeficit a poruchy metabolismu (Baranoski, 2010).

Podľa NANDA je sesterská diagnóza klinický záver o odpovediach jednotlivca, rodiny či komunity na skutočné alebo potenciálne zdravotné problémy či životný proces. Sesterské diagnózy poskytujú základ pre výber ošetrovateľských zásahov na dosiahnutie výsledkov, za ktoré je sestra zodpovedná (Kozierová, Erbová, Olivierová, 2005). Vzhľadom na špecifiká našej sledovanej problematiky a na základe posúdenia celkového stavu pacientov sme sa zamerali na deficit v potrebe bezpečia a budeme sa zaoberať diagnózou *Narušená kožná integrita - 00046*.

Sesterská diagnóza *Narušená kožná integrita – 00046* je zaradená do 11 Domény: Bezpečnosť/ochrana, trieda - *Telesné poškodenie: telesné poškodenie, poranenie, ublíženie*. Stanovili sme si nasledujúcu sesterskú diagnózu:

Narušená kožná integrita v súvislosti so základným ochorením, prejavujúca sa hlbokým kožným defektom, opuchom a začervenaním.

Cieľ: Pacient si obnoví kožnú integritu do 5 mesiacov.

Dlhodobý cieľ: časový horizont do 5 mesiacov.

Výsledné kritériá:

VK 1: Koža je celistvá.

VK 2: Koža je bez známok zápalu.

VK 3: Sestra/lekár preväzuje ranu každý druhý deň.

VK 4: Sestra/lekár aplikuje vlhkú/podtlakovú terapiu.

VK 5: Sestra hodnotí ranu každý druhý deň.

VK 6: Pacient/rodina má vedomosti o spôsobe a metóde ošetrovania rán.

V priebehu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s chronickou ranou sme následne využili klasifikačný systém NIC *Starostlivosť o rany (trieda 3660)* a vybraný súbor z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva (NOC) *Narušená kožná integrita – 00046*.

Postupným vývojom sa metódy ošetrovania rán neustále menia, zefektívňujú a sú prínosom nielen pre pacienta, ale aj ošetrojúci personál. Neefektívne metódy zapadajú do zabudnutia, do popredia sa dostávajú nové a účinnejšie (Huťan et al., 2008).

V rámci novej éry ošetrovania chronických rán by sme mali odstrániť nedostatky spojené s rutinou, zastaranými metódami a vstúpiť do ošetrovateľstva s cieľom dosiahnuť efektívnu a kvalitnú starostlivosť o pacientov s chronickou ranou pomocou využitia moderných trendov v liečbe.

Použitá literatúra

BARANOSKI, B. *Impaired Skin integrity*. [online]. [cit. 2010-12-10]. Dostupné na internete: coursewareobjects.elsevier.com/objects/.../careplan_177.php.

FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. *Ošetrovateľstvo - teória*. Martin : Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.

FEDELEŠ, J. - PALENČÁR, D. - FEDELEŠ, J. Jr. 2008. Prevencia a liečba chronických rán a dekubitov. In *Via practica (Bratislava)*. ISSN 1336-4790, 2008, roč. 5, č. 9, s. 352-354.

FÚROVÁ, A. - FETISOVOVÁ, Ž. 2004. Manažment ošetrovania chronickej rany (1. časť). In *Sestra (Bratislava)*. ISSN 1335-9444, 2004, roč. 3, č. 6, s. 28-29.

FÚROVÁ, A. - FETISOVOVÁ, Ž. 2004. Manažment ošetrovania chronickej rany (2. časť). In *Sestra (Bratislava)*. ISSN 1335-9444, 2004, roč. 3, č. 7-8, s. 28-29.

HARTMANN – Moderná liečba a hojenie rán. [online]. [cit. 2010-12-10]. Dostupné na internete: <http://www.hojenieran.sk/produkty/vakuova-terapia>.

HUŤAN, M. et al. 2008. Moderná terapia rán – patofyziologický podklad a súčasné algoritmy. In *Praktická medicína (Olomouc)*. ISSN 1803-3849, 2008, roč. 2, č. 4, s. 21-23.

JELOVÁ, E. 2005. Ošetrovanie vredov predkolenia. In *Sestra (Bratislava)*. ISSN 1335-9444, 2005, roč. 4, č. 11, s. 28.

KOPAL, T. 2006. Manažment pacienta s dekubitom. In *Via practica (Bratislava)*. ISSN 1336-4790, 2006, roč. 3, č. 9, s. 409-415.

KOPAL, T. 2009. Účinky striebra a jeho miesto pri vlhkej terapii. In *Sestra (Bratislava)*. ISSN 1335-9444, 2009, roč. 8, č. 1/2, s. 22.

KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIEROVÁ, R. 2005. *Ošetrovateľstvo 1,2*. (2. vyd.) Martin : Osveta, 2005. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

LANG, F. et al. 1996. Häufige Probleme bei der Behandlung chronischer Wunden. In *Wund Forum (Heidenheim)*. ISSN 0945-6015, 1996, vol. 4, No. 1, p. 53.

PALMAJOVÁ, R. - PALMAJ, J. 2005. Syndróm diabetickej nohy: diagnostika, prevencia a liečba v možnostiach praktického lekára. In *Via practica (Bratislava)*. ISSN 1336-4790, 2005, roč. 2, č. 7/8, s. 304-310.

PEJZNOCHOVÁ, I. 2006. *Stručná príručka starostlivosti o chronicky chorých pre zdravotné sestry*. (1. vyd.) Bratislava : HARTMANN-RICO spol. s.r.o., 2006. 90 s. ISBN 80-238-9971-6.

PETRAŠOVIČ, M. - TÓTHOVÁ, A. 2002. Prevencia a liečba diabetickej nohy. In *Sestra (Bratislava)*. ISSN 1335-9444, 2002, roč. 1, č. 5, s. 32-33.

ŠEFRÁNEK, V. 2008. Manažment vaskulárnych ulcerácií dolných končatín a súčasné možnosti cievnej chirurgie. In *Via practica (Bratislava)*. ISSN 1336-4790, 2008, roč. 5, č.9, s. 348-351.

VESELÝ, J. et al. 2007. *Plastická chirurgie*. (1. vyd.) Praha : Galén, 2007. 581 s. **ISBN** 80-85866-30-7.

VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. (1. vyd.) Martin : Osveta, 2007. 113 s. ISBN 978-80-8063-242-7.

Adresa autorov

doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD., PhDr. Jana Martinková

Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovatel'stva

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava

E-mail:

botikova@truni.sk

jana.martinkova@truni.sk

Vrodené deformity hrudníka z pohľadu rehabilitácie **Congenital Chest Deformities from the Physiotherapy Point of View**

¹Daniela LETAŠIOVÁ, ² Andrea BOTÍKOVÁ

^{1,2} Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Cieľom príspevku je poukázať na problematiku ochorenia detí s vrodenou deformitou hrudníka, ako aj na možnosti ovplyvnenia daného stavu fyzioterapeutickou liečbou.

Popísali sme najčastejšie sa vyskytujúce vrodené deformity hrudníka, oboznámili sme čitateľov o potrebnosti včasnej diagnostiky daného ochorenia. Poukázali sme na možnosti chirurgickej liečby u daných deformít v detskom veku. Súčasťou komplexnej terapie detí s vrodenou deformitou hrudníka je rehabilitačná starostlivosť, ktorá zaujíma nezastupiteľné miesto. Neoddeliteľnou súčasťou sú jednotlivé špecifiká vo vedení rehabilitácie v detskom veku. Opísali sme ciele fyzioterapeutickej liečby v predoperačnej a pooperačnej starostlivosti. Do príspevku sme zakomponovali aj metodické postupy fyzioterapeutickej liečby v jednotlivých fázach ochorenia (pred a po operácii). Súčasťou je kazuistika, kde sme popísali konkrétne ciele rehabilitácie a rehabilitačný program u daného pacienta. Výsledky poukazujú jednoznačne na pozitívny vplyv pravidelného, odborne vedeného cvičenia a na úspechy v liečbe, ktoré možno dosiahnuť. Fyzioterapia ponúka mnoho spôsobov liečby, ktorých výber závisí od individuality pacienta, od jeho subjektívnych i objektívnych ťažkostí. Pravidelná, vyvážená pohybová aktivita a úprava životného prostredia je základom prevencie zhoršovania deformity hrudníka pacienta.

Abstract

The aim of the paper is to highlight problems of diseases in children with chest congenital deformity, as well as possibilities to influence the state of health by physiotherapy treatment. We have described the most common inborn chest deformities, we make readers acquainted with the necessity of early disease diagnosis. We point out the possibilities of surgical treatment of deformity in childhood. Physiotherapy has an irreplaceable position in the comprehensive treatment of children with inherited chest deformity. Integral parts of the treatment are particularities of the physiotherapy approach in children's age. We describe objectives of physiotherapy treatment in preoperative and postoperative care. In the paper we integrate different physiotherapy treatment methodologies at various stages of the disease (prior and after surgery). A case study is included where we describe specific objectives of physiotherapy and a physiotherapy program for a specific patient. The results clearly show the positive impact of regular professionally conducted exercise and indicate considerable success of the treatment that can be achieved. Physiotherapy offers many approaches, the choice depends on the patient's individuality and on the subjective and objective patient's difficulties.

Regular, well-balanced physical activities and environment adjustments are fundamental for preventing aggravation of the patient's chest deformity.

Kľúčové slová: vrodené deformity hrudníka, operačná liečba, fyzioterapia, ciele.

Keywords: congenital chest deformities, surgery treatment, physiotherapy, objectives.

Úvod

Liečebná telesná výchova sa stala v posledných rokoch nenahraditeľnou zložkou komplexnej liečby. Jej rozmach v posledných rokoch podmienilo mnoho činiteľov. Vďaka novým liečebným postupom a metódam sa často zachránia deti, ktoré predtým svoje ochorenie neprežili. Súčasťou ich zdravotného stavu bývajú rozličné defekty a deformity, ktoré môže liečebná rehabilitácia odstrániť alebo zmierniť ich následky. Moderná chirurgia zasahuje radikálnejšie a častejšie ako v minulosti. I tu liečebná rehabilitácia pripraví chorého na výkon a posilňuje organizmus po zákroku. Reparačná a regeneračná schopnosť detského organizmu je spravidla vyššia ako u zrelého organizmu. Mnohé procesy, ktoré môže rehabilitácia v detstve priaznivo ovplyvniť, v dospelosti už neovplyvní (Lánik, 1980).

Východiská riešenej problematiky

Diagnostika je dôležitou súčasťou správnej liečby. Časté deformity vidieť už na prvý pohľad. Pacienta sa pýtame na námahovú dýchavicu, srdcové palpitácie, sklon k respiračným infektom a zápaly prínosových dutín. U každého dieťaťa s deformitou hrudníka je dôležité otorinolaryngologické vyšetrenie (časté sú hypertrofie tonzilov, adenoidné vegetácie alebo deviácie septa, ktoré tvoria prekážku v horných dýchacích cestách), kardiologické a pneumologické vyšetrenie (pri výrazných deformitách sú výsledky funkčného vyšetrenia pľúc pod dolnou hranicou normy) (Buchanec, 2001). Podľa závažnosti deformity a pridružených ochorení sa indikuje konzervatívna alebo operačná liečba.

Analýza problematiky

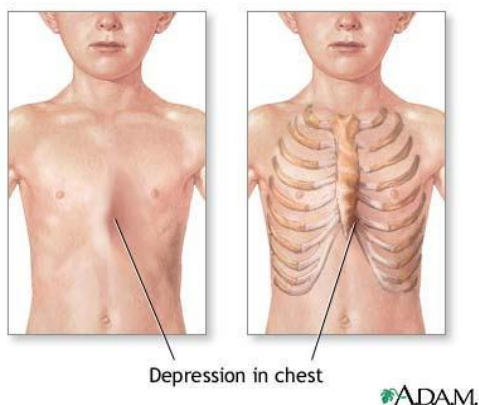
Vrodené deformity hrudnej steny sa v súčasnosti rozdeľujú do piatich kategórií:

- pectus excavatum,
- pectus carinatum,
- Polandov syndróm,
- vzácne defekty sternu,

- deformity hrudníka pri vrodenej poruche skeletu. (Šnajdauf, 2004).

Pectus excavatum

Pectus excavatum je najčastejšie sa vyskytujúcou deformatou hrudníka. Toto postihnutie je lokalizované na dolnú časť sternu a príslušné rebrové chrupky, ktoré sú vtlačené dovnútra. Deformita môže byť symetrická alebo asymetrická. Vyskytuje sa trikrát častejšie u chlapcov. Klinický obraz. Javí sa ako prehlbenina s paradoxným vťahovaním, ktorá sa pri každom inšpiriu prehĺbuje. S rastom dieťaťa zaniká paradoxné vťahovanie sternu a prehĺbenie sa fixuje. Vtlačenie sa zvyrazňuje v období akcentovaného rastu. Deformita je tým nápadnejšia, čím je výraznejšie chybné držanie tela, ktoré charakterizuje oslabené brušné svalstvo, plecia predsunuté dopredu a kyfotický chrbát. Vnútrohrudníkový priestor je zmenšený, srdce je dislokované doľava. Pravé srdce môže byť stlačené, srdcový výdaj znížený. Pri výrazných deformatách je kapacita pľúc nižšia. Tieto deti horšie tolerujú námahu ako ich rovesníci. Prítomné sú častejšie bronchopneumónie a respiračné ochorenia s ťažším priebehom. Z pridružených anomálií sú časté vrodené chyby srdca, pľúcne cysty a muskuloskeletálne anomálie.



Obrázok 1 Pectus excavatum

Terapia

Pri miernom vtlačení hrudníka sa indikuje konzervatívna liečba pomocou liečebnej telesnej výchovy. Odporúčame posilňovanie svalov hrudníka, chrbtového a brušného svalstva, nácvik správneho stereotypu dýchania a dýchacie cviky s výdychom proti odporu. Ideálnym športom v rámci celkovej terapie je plávanie. Predpokladom správnej rehabilitácie sú voľné dýchacie cesty, často je potrebná adenotómia alebo tonzilektómia. Liečebná telesná výchova je

nevyhnutná aj pri výrazných deformitách ako predoperačná príprava. Najvhodnejší vek na operáciu je medzi šiestym a desiatym rokom života. V tomto veku už pacient pri cvičení aktívne spolupracuje, deformita ešte nie je fixovaná a počas nasledujúcich rokov vývoja je možné cvičením zlepšiť chybné držanie tela.

Prognóza

Výsledný efekt operácie býva veľmi dobrý. Recidíva deformity je zriedkavá (Buchanec, 2001).²

Pectus carinatum

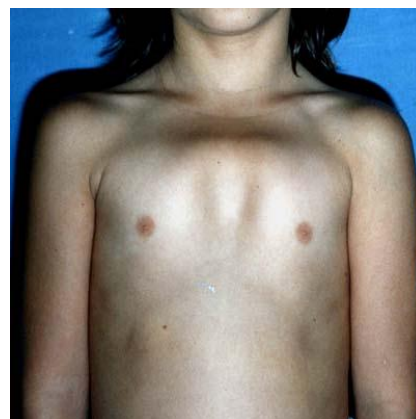
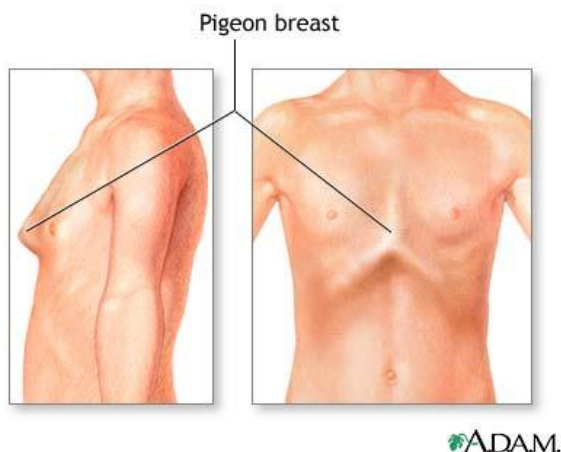
Pectus carinatum je deformita, pri ktorej hrudná kosť prominuje smerom dopredu.

Tento druh deformity je zriedkavejší ako pectus excavatum a častejšie postihuje chlapcov. Deformita je takmer vždy asymetrická s variabilným obrazom. Podobne ako pectus excavatum môže byť príčinou vážnych psychických porúch dospievajúcej mládeže. Príčina vzniku nie je známa. Pectus carinatum môže byť vedľajším prejavom porúch chrbtice, ako kyfóza, skolióza, morbus Scheurmann. Prominencia sa môže týkať sternu i rebrových chrupiek, alebo sú rebrové chrupky blízko prominujúceho sternu vtlačené. Deformita sa zvyrazňuje v období rýchleho rastu. Často je prítomné nesprávne držanie tela, skolióza a asténia. Kardiorespiračné prejavy sa vyskytujú y zriedkavo.

Terapia

Indikácia k operácii je výlučne kozmetického charakteru. Operácia podobne ako pri pectus excavatum spočíva v subperichondriálnej resekcii deformovaných chrupiek a fixácii uvoľnenej hrudnej kosti. Liečebná telesná výchova a dýchacia gymnastika sú súčasťou komplexnej starostlivosti a podmienkou úspechu chirurgickej liečby (Buchanec, 2001).

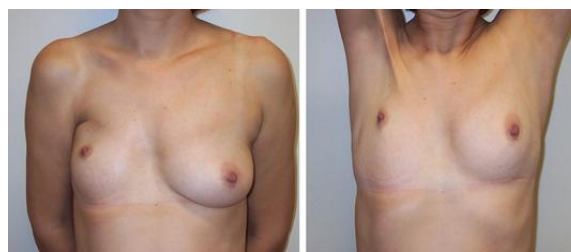
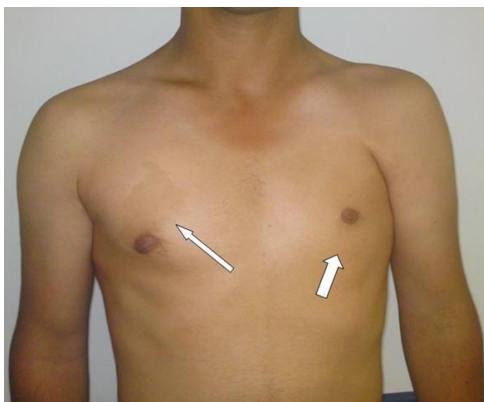
Operačné výsledky sú priaznivé a pooperačné komplikácie sú minimálne. Dlhodobejšie výsledky sú priaznivejšie u pectus excavatum (Šnajdauf, 2004).



Obrázok 2 Pectus carinatum

Polandov syndróm

Syndróm je pomenovaný po anglickom študentovi medicíny Alfredovi Polandovi. Polandov syndróm zahŕňa apláziu veľkého a malého prsného svalu, syndaktíliu, brachydaktíliu, atéliu alebo mastiu, deformované alebo chýbajúce rebrá, chýbajúce axilárne ochlpenie a chabý podkožný tuk. Incidencia syndrómu je 1:30.000 živo narodených detí. Postihnutie hrudnej steny je u Polandovho syndrómu rozmanité. Asi u polovice pacientov nie je prítomná žiadna deformita.



Obrázok 3 Polandov syndróm

Môže sa vyskytovať jednostranná aplázia rebier, exkavácia polovice hrudnej steny s druhostrannou eleváciou. Rekonštrukcia hrudnej steny je dôležitá u dievčat pred korekciou hypoplázie alebo aplázie prsníka (Šnajdauf, 2004).

Fyzioterapia a metodické postupy

Lahké deformity I. stupňa, kozmeticky a funkčne v poriadku, bez subjektívnych problémov ponechávame na konzervatívnej liečbe formou intenzívneho rehabilitačného cvičenia. Ťažké, fixované deformity II. a III. stupňa sprevádzané kardiopulmonálnymi potiažami sú indikované k chirurgickej liečbe. Liečebná telesná výchova sa stáva neoddeliteľnou súčasťou predoperačnej i dlhodobej pooperačnej starostlivosti.

Fyzioterapia pred operáciou a po operáciách vrodených deformít hrudníka

Cieľom rehabilitačnej starostlivosti je pripraviť pacienta na operačný zákrok a pooperačné obdobie. V rámci predoperačnej prípravy, ktorá by mala trvať minimálne 4-6 týždňov, naučíme pacientov správny stereotyp dýchania, bezbolestne vykašľovať s fixáciou miesta, dynamickú dýchaciu gymnastiku, celkovú a lokálnu relaxáciu. Vykonávame korekčné cvičenia a celkové kondičné cvičenia. Dôležitú úlohu v tomto období má psychoterapia, ktorá spočíva v nadviazaní kontaktu s dieťaťom, v odbúravaní strachu z operácie a stimulácii dieťaťa k aktívnej spolupráci po operácii.

Pooperačná starostlivosť sa vykonáva v dvoch etapách:

- hospitalizačná fáza pooperačnej starostlivosti,
- ambulantná fáza pooperačnej starostlivosti.

Cieľom pooperačnej starostlivosti je zabezpečiť správnu pľúcnu ventiláciu, podporovať odstraňovanie zvýšenej sekrécie, optimalizovať činnosť svalov hrudníka, uvoľňovať jazvu a uľahčiť adaptáciu na nové podmienky vytvorené operačným výkonom. Limitujúcim faktorom pri stanovení krátkodobého rehabilitačného programu je celkový pooperačný stav pacienta a bolestivosť operačnej rany. Dôležitá je spolupráca a dôvera pacienta k zdravotníckemu personálu, hlavne k fyzioterapeutovi (Musilová, 2011).

1. až 3. deň po operácii vykonávame cievnu gymnastiku, hrudné dýchanie, aktívne cvičenie horných končatín, bráničné dýchanie, ľahké kondičné cvičenie horných končatín a cvičenie dolných končatín s dopomocou.

Nasledujúce dni vykonávame:

- vertikalizáciu do stoja a chôdzu po izbe, aplikáciu dýchacej gymnastiky, polohovanie pacienta, ľahkú vibračnú masáž s vykašliavaním, mäkké uvoľňovacie techniky, optimalizáciu činnosti svalov hrudníka, mobilizáciu jazvy, zlepšovanie celkovej pohyblivosti hrudníka, plecových kĺbov, rebier, chrbtice, korigovanie chybného držania tela, uvoľňovanie skrátených svalov šije a hrudníka, posilňovanie oslabených svalových skupín chrbtového svalstva a hlavne brušných svalov, ktoré sú dôležité pri vykašliavaní.
- Hygienu priedušiek, využívame polohovú drenáž, asistovaný kašeľ.

Ďalej v terapii môžeme využiť:

- manuálne asistované a rezistované dýchanie v sede,
- respiračný handling,
- relaxáciu, pretože súčasťou napätia je predovšetkým zvýšený tonus dýchacích a pomocných dýchacích svalov, čo bráni uvoľnenému a dostatočne hlbokému nádychu. V liečbe sa využíva relaxácia celková a lokálna, pasívna a aktívna (Slováková, Osuská, Gúth, Keszeghová, Hapčová, 2000),
- Vojtovu terapiu, cvičenie podľa Kaltenborna (Žiaková, 2008).
- Fyzikálnu terapiu. Z procedúr fyzikálnej liečby sa uplatňujú najmä :klasická a reflexná masáž, vodoliečba, inhalačná terapia a okrem iného aj prvky jogy a akupunktúra, sauna a rekreačné športovanie.

Po odstránení Kirshnerovho drôtu alebo Jansevovej dlahy, čo je po šiestich až ôsmich týždňoch, je nutné dodržiavať pravidelný rehabilitačný režim ešte niekoľko mesiacov, aby nenastalo zhoršenie už operovanej deformity.

Kazuistika

Pacient J. S. narodený v roku 1996. Rehabilitačné centrum navštevuje od roku 1996 pre centrálnu koordinačnú poruchu, neskôr s diagnostickým záverom detská mozgová obrna. Pectus excavatum bol diagnostikovaný v roku 2008, v 12 rokoch života.

RA: matka liečená na štítnu žľazu.

OA: dieťa z tretej gravidity, pôrod v 40. týždni, spontánne, záhlavím, odoslaný na rehabilitáciu pre hypertonický syndróm. Diagnostika pectus excavatum v dvanástich rokoch.

TO: detská mozgová obrna – forma hemiparetická, pectus excavatum, sekundárna skolióza.

Operácia pectus excavatum bola vykonaná v roku 2010.

Subjektívne vyšetrenie: pacient ťažkosti neudáva.

Objektívne vyšetrenie: 15 ročný chlapec, pri vedomí, čulý, orientovaný, spolupracuje.

Hlava v predsunutom držaní, plecia anteverzii, oslabené dolné fixátory lopatiek, asymetria pliec, asymetrické postavenie lopatiek, pri predklone zvýraznená reberná prominencia vpravo, asymetria tailí, zošikmená panva, sekundárna skolióza, akcentovaná thorakálna kyfóza v pozdĺžnom sede. Flekčnopronačné držanie ľavej hornej končatiny s deficitom jemnej motoriky. Chôdza samostatná, hemiparetická, ľavostranná hemihypotrofia, sekundárna skolióza, rozdielna dĺžka dolných končatín 1,5 cm, kompenzovaná ortopedickou obuvou. Neudrží postoj na ľavej dolnej končatine, rekurvácia kolena vľavo, spasticita ľahkého stupňa.

Merania uskutočnené 02/2011

Tabuľka 1 Obvod hrudníka cez prsnú bradavku

Stredná hodnota	pri inšpiriu	pri expíriu	rozsah pohybu
90 cm	93 cm	90 cm	pohybu 3 cm

Tabuľka 2 Obvod hrudníka cez dolnú apertúru

Stredná hodnota	pri inšpiriu	pri expíriu	rozsah pohybu	dĺžka expíria
82 cm	86 cm	81 cm	5 cm	3 sekundy

Cieľ rehabilitácie: reedukácia správneho držania tela, reedukácia správneho stereotypu dýchania, zvýšiť rozsah pohyblivosti hrudníka, prehĺbiť dýchanie, reedukácia pohybových stereotypov.

Rehabilitačný program:

- Bobath concept, nápravno korekčné cvičenia, cvičenie s rehabilitačnou loptou,
- Dýchacia gymnastika, forsírovaný výdych, fonačné cvičenia, relaxácia,
- Hydrokinezioterapia, vodoliečba – beachcomber,
- Oxygenoterapia, Svetloliečba, Termoterapia.

Pacient rehabilituje v rehabilitačnom centre od svojho narodenia. Je poučený o dôležitosti kinezioterapie a zvláda cvičenie v domácom prostredí. Na rehabilitáciu do centra prichádza 2x do mesiaca, kde absolvuje aj doplnkovú liečbu.

Kontrolné merania 08/2011

Tabuľka 3 Obvod hrudníka cez prsnú bradavku

Stredná hodnota	pri inšpíriu	pri expíriu	rozsah pohybu
93 cm	95 cm	90 cm	pohybu 5 cm (+2 cm)

Tabuľka 4 Obvod hrudníka cez dolnú aparatúru

Stredná hodnota	pri inšpíriu	pri expíriu	rozsah pohybu	dĺžka expíria
85 cm	88 cm	80 cm	pohybu 8 cm (+3 cm)	5,5 (+2,5 sekundy)

Kazuistika potvrdzuje, že pri pravidelnom odborne kontrolovanom cvičení možno dosiahnuť úspechy v liečbe, napriek ťažkému priebehu ochorenia, či vyššiemu veku pacienta.

Použitá literatúra

BUCHANEC, J. 2001. *Vademékum pediatria*. Martin: Osveta, 2001. 1115s. ISBN 80-8063-018-6.

LÁNIK, V. 1980. *Liečebná telesná výchova I*. Martin: Osveta, 1980. 392 s. ISBN 70-869-80.

MUSILOVÁ, E. 2011. *Možnosti liečby úrazu hornej končatiny*. In: Ošetrovateľský obzor. ISSN 1336-5606, 2011, roč. 8, č. 1-2, s. 22-24.

ŠNAJDAUF, J. 2004. *Současné indikace a chirurgické techniky operací deformit hrudníku*. In Vox pediatriae. ISSN 1213-2241, 2004, roč. 4, č. 10, s. 26-28.

ŽIAKOVÁ, E. a kol. 2011. *Lahká mozgová dysfunkcia - možnosti rehabilitácie*. In: Jihlavské zdravotnícke dny 2011, I. ročník, Jihlava, ČR: Vysoká škola polytechnická, 2011. ISBN 978-80-87035-37-5. s. 738-747.

Adresa autorov

PhDr. Daniela Letašiová

RC-Harmony Bratislava

E-mail: daniela.letasiova@gmail.com

doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava

E-mail: botikova@truni.sk

Vplyv psychosociálnych faktorov na zdravie človeka

¹Andrea LAJDOVÁ, ²Alena URÍČKOVÁ

^{1,2} Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Zdravie predstavuje významnú hodnotu v živote každého človeka. Mnohí z nás si ju uvedomujú vtedy, keď ju dočasne alebo natrvalo strácajú. Štruktúru osobnosti človeka tvoria zložky bio-psycho-sociálna, ktoré na seba navzájom pôsobia a ovplyvňujú sa. Keďže v minulosti sa pozornosť odborníkov obracala najmä na výskum biologickej zložky, ktorá je zároveň kvantitatívne dobre merateľná, našu pozornosť sme zamerali na význam zložiek psycho-sociálnej, ktoré sú ťažšie merateľné, ale rovnako významné v pôsobení na zdravie človeka alebo v procese jeho uzdravovania, ako hovoria štúdie uvedené v príspevku.

Kľúčové slová: zdravie, bio-psycho-sociálna zložka, štúdie, psychologické faktory, sociálne faktory.

Zdravie je stav organizmu, ktorému pripisuje väčšina ľudí v hodnotovom rebríčku popredné miesto. Definovať stav zdravia, nie je také jednoduché, ako sa na prvý pohľad zdá. O jeho definícii sa pokúšali odborníci po stáročia. Najvýstižnejšie zdravie definovala Svetová zdravotnícka organizácia, ktorá kládla dôraz na to, že zdravie nie je len neprítomnosť choroby alebo slabosti (definícia zdravia z roku 1948) (Arendová, 1997, s. 59). V definícii z roku 1984 zohľadňovala dynamickosť pojmu zdravia: jeho aktuálny stav na jednej strane umožňuje ľuďom poznať vlastné ciele a uspokojovať svoje potreby a na druhej strane reagovať na zmeny a vyrovnávať sa so svojim prostredím (Zacharová, 2007, s. 16).

Nakoľko je zdravie zložitým pojmom, odborníci vyvinuli modely alebo paradigmy vysvetľujúce zdravie, jeho vzťah k chorobe alebo náhlej zmene zdravotného stavu. Zo všetkých modelov zdravia sa v ošetrovateľstve najvýraznejšie uplatňuje holistický model, ktorý upriamuje pozornosť na človeka ako na bio-psycho-sociálnu bytosť.

Výskum biologickej zložky, teda genetickej predispozície pre určité typy chorôb, pôsobenie vnútorných, vonkajších vplyvov a patofyziologických zmien v organizme počas choroby bol stredobodom záujmu odborníkov od pradávna. Navyše ide o faktory, ktoré sa dajú

kvantitatívne dostatočne presne merať, zisťovať. Významný vplyv na rozvoj, priebeh a prognózu chorôb majú aj faktory psychické a sociálne, ktoré sa stali predmetom výskumu od začiatku minulého storočia. Ich skúmanie prekračuje hranice vedy a zahŕňajú sa do konceptu kvality života. Ako hovorí Zikmund (2012): „Ich kvalita sa odráža v spokojnosti človeka so svojím životom“.

Naše sociálne prostredie, ktoré zohráva podpornú úlohu v období choroby predstavujú ľudia, na ktorých sa môžeme spoľahnúť, uznávajú nás, starajú sa o nás a majú nás radi. Podpora sociálneho prostredia sa definuje ako počet sociálnych kontaktov alebo ako spokojnosť s ním (Kaplan, 1994).

Vnímanie podpory zo strany sociálneho prostredia závisí od faktu, do akej miery si uvedomujeme príslušnosť k danej sociálnej skupine, ktorá je okrem zloženia jednotlivých členov tvorená aj vzájomnou komunikáciou a záväzkami.

Kiritz a Moos (1974) rozdelili vplyvy sociálneho prostredia, ktoré majú dopad na fyziologické procesy ľudského organizmu do 3 základných dimenzií:

1. Dimenzia vzťahu človeka k sociálnemu prostrediu, ktorý charakterizuje stupeň jeho podpory z bio-psycho-sociálneho hľadiska. Patrí sem stupeň spätosti človeka s ostatnými členmi prostredia a jeho účasť na dosahovaní spoločných cieľov.
2. Dimenzia možnosti osobného rozvoja človeka v sociálnom prostredí.
3. Dimenzia miery istôt, ktoré sociálne prostredie zabezpečuje človeku z hľadiska jeho budúcnosti (Zikmund, 2012).

Sociálne vzťahy ovplyvňujú spôsoby správania, ktoré môžu prispieť v pozitívnom ale i negatívnom zmysle k zdraviu človeka. **V pozitívnom zmysle** môže sociálny kontakt zabezpečovať zdroje pre pozitívne seba hodnotenie, ktoré môže oslabiť pocity úzkosti, bezmocnosti a beznádeje, na základe čoho sa zlepší zdravotný stav človeka. Ako príklad môžeme použiť stres pred skúškou, alebo prezentáciou práce na záverečných skúškach. Stres môže zmierniť pôsobenie učiteľa, ktorý študenta usmerňuje pri tvorbe prezentácie a verbálnom prejave, tiež rady rodiny, priateľov. V pôsobení sociálneho prostredia sa uplatňuje tzv. **model tlmenia stresu**, na základe ktorého môžu príslušníci sociálneho prostredia pomôcť svojmu blízkemu prehodnotiť stresovú udalosť, vyrovnať sa s ňou a minimalizovať jej následky. To následne vedie k žiaducemu správaniu v prospech zdravia,

ako napr. súhlas s užitím lieku, dodržiavanie osobnej hygieny, dostatok odpočinku, zníženie telesnej hmotnosti a pod.

V negatívnom zmysle sa môže samotné ochorenie človeka stať pre rodinu záťažou, najmä vtedy, ak je spojené s potrebou každodennej starostlivosti o chorého člena, ktorý si navyše prestáva plniť alebo neplní vôbec svoje roly v rodine v dôsledku ochorenia.

Na druhej strane blízki môžu svojou prehnanou starostlivosťou posilniť správanie chorého, ktoré neprospieva jemu samému, ani jeho okoliu (napr. u dieťaťa s astmou bronchiale). Z toho vyplýva, že starostliví členovia rodiny môžu pôsobiť pozitívne vtedy, keď posilňujú primerané druhy zdravotného správania. Úspešné intervencie sú také, ktoré menia negatívne sociálne vplyvy na pozitívne (Kaplan, 1994). Sociálna opora predstavuje základnú kopingovú stratégiu na zvládnutie závažnej situácie (Tomagová, 2008).

Pri meraní podpory sociálneho prostredia sa uplatňujú dve zložky:

- „hmataateľná“, ktorá predstavuje finančnú podporu, fyzickú pomoc,
- „nehmataateľná“, ktorá sa prejavuje povzbudením, usmernením, radami.

Význam vplyvu sociálneho prostredia na zdravie človeka a jeho správanie sa v chorobe skúmali mnohí odborníci vo svojich štúdiách. Kaplan (1994) uvádza, že štúdie zaoberajúce sa meraním pôsobenia sociálneho prostredia na zdravie človeka „sa dajú ťažko navzájom porovnávať“. Vo všeobecnosti však poukazujú na súvislosť medzi sociálnymi vzťahmi a dĺžkou života (Kaplan, 1994).

Výsledky štúdií pri meraní sociálnej opory (štúdie poukazujúce na podporu rodiny, priateľov a iných sociálnych kontaktov):

- Štúdia skúmajúca mieru emocionálneho stresu pri dopravnej nehode preukázala jeho zmiernenie (Porrit, 1979).
- Ľudia s popáleninami pociťovali väčšiu sebaúctu a spokojnosť so životom (Davidson et kol., 1979).
- Pacienti s chorobami obličiek vykazovali počas hemodialýzy väčšiu sebadisciplínu a menej zmien v svojom sociálnom správaní (Dimond, 1979).

- Havária jadrovej elektrárne – u ľudí s vyššou mierou sociálnej opory bol nižší výskyt psychosomatických ochorení (Fleming et al., 1982).
- Štúdia negatívne pôsobiacich vplyvov na srdcovú činnosť poukazuje na poznatok, že ženy s nižšou mierou sociálnej opory vykazovali vyšší počet kardiovaskulárnych ochorení (Kannel, 1987).
- Výsledkom štúdie sledujúcej stav mužov po operácii srdca bolo, že ženatí muži požívali menej alkoholu a tabaku a ich zdravotný stav bol lepší, ako u mužov bez manželského zväzku (Kulík, Mahler, 1989), (Broman, 1993).

Výsledky štúdií pri sledovaní psychologických faktorov na zdravie

- Vplyv psychologických faktorov (zanedbávanie, traumy, deprivácie) a sociálno-ekonomického statusu v rannom detstve → výskyt metabolických ochorení v neskoršom veku (DM 2. typu, obezita) (Tamayo et al., 2012)
- Vplyv psychosociálnych faktorov na bolesť chrbta u pracovníkov v priemysle (Ghaffari, 2004).
- Skúšobné obdobie študentov medicíny v 1. ročníku prinieslo nárast infekčných ochorení dýchacích ciest, čo je dokazuje, ako môže stres ovplyvniť schopnosť človeka odolať ochoreniu (Kieclot-Glaser & Glaser, 1987). Štúdia dokazuje poznanie, že stupeň záťažovosti rozličných životných situácií závisí vo vysokej miere od toho, ako ich človek prežíva a aké adaptačné mechanizmy zapája do ich spracovania. To súvisí so štruktúrou jeho osobnosti, vlastností, schopností, nervovej a psychickej zdatnosti, poznatkov a skúseností.
- Vplyv na priebeh nádorového ochorenia má aj individuálny systém viery, ako dokázala štúdia (Greer, 1991): u žien s karcinómom prsníka po mastektómii mal na ďalší priebeh ochorenia vplyv vo väčšej miere tzv. „stav mysle“, nie závažnosť ochorenia.
- Ďalšie štúdie (Grossarth et al., 1989, Spiegel et al., 1989) dokázali význam psychoterapie u žien s karcinómom prsníka. Tie, ktoré sa jej zúčastňovali v priemere sa dožívali o 3 roky viac, ako tie, ktoré sa jej nezúčastňovali (www.eurekalert.org).

Každé ochorenie so sebou prináša okrem somatických ťažkostí aj problémy v sociálnom prostredí človeka a narúša psychickú pohodu. Štúdie, ktoré uvádzame v príspevku, poukazujú na prepojenie a vzájomné pôsobenie všetkých zložiek organizmu – bio-psycho-sociálnej, ktoré nemožno od seba oddeliť.

Použitá literatúra

ARENDOVÁ, A. Zdravie. In: *Lemon 5*. Bratislava: Slovenská komora SZP, 1997. ISBN 80-967818-4-7. s. 123.

TOMAGOVÁ, et.al: *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008, 196 s., ISBN 978-80-8063-270-0.

WILLENZ, P.: *Storočia výskumu potvrdili vplyv psychosociálnych faktorov na zdravie*. [online]. Aktualizované: 2004-01-19, [cit. 2009-03-25]. Dostupné na internete: http://www.eurekalert.org/pub_releases/2004-01/apa-cor011504.php

ZACHAROVÁ, E. a kol. *Zdravotnícká psychologie*. Praha: Grada, 2007, 1.vyd., 229 s., ISBN 978-80-247-2068-5.

ZIKMUND, V.: Psycho-somatické vzťahy v medicíne. In: *Monitor medicíny SLS*. ISSN 1338-2551, 2012, č.1-2, s.16.17.

Adresa autora

PhDr. Andrea Lajdová, PhD.

TU v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovatel'stva

Andrea.lajdova@truni.sk

Mýty a fakty o diabetes mellitus

Jana LULJÁKOVÁ

Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Diabetes mellitus je ochorenie, ktorého výskyt vo väčšine krajín neustále stúpa a vo svete nadobúda pandemický charakter. V roku 2007 sa počet diabetikov odhadoval na 246 miliónov a predpokladá sa, že v priebehu 20 rokov sa zvýši až na 300 000 000. Nebezpečenstvo tohto ochorenia spočíva vo vzniku akútnych a chronických komplikácií. Tento stav si vyžaduje prevenciu na všetkých úsekoch starostlivosti, ktoré sa diabetom zaoberajú. S ochorením sa spája aj množstvo mýtov či už v oblasti stravovania, liečby kompenzácie alebo rizikových faktorov jeho vzniku. V práci sme rozobrali tie z ktorými sa stretávame v praxi či na internete najčastejšie a ponúkli sme fakty, ktoré ich vyvracajú.

Kľúčové slová: diabetes mellitus, mýty o diabete, stravovanie, liečba, rizikové faktory.

Úvod

Diabetes mellitus (DM) je závažné, vysoko nákladné civilizačné ochorenie. Jeho výskyt dosahuje v súčasnosti pandemický charakter. Patrí medzi metabolické ochorenia charakterizované chronickou hyperglykémiou a poruchami metabolizmu sacharidov, bielkovín a tukov, ktoré vznikajú v dôsledku poruchy sekrécie alebo účinku inzulínu, prípadne ich kombináciou (WHO, 1999). Chronická hyperglykémia je často spojená s poškodením, dysfunkciou alebo zlyhaním rôznych orgánových systémov, najmä očí, obličiek, nervov, ciev a srdca.

V literatúre môžeme nájsť viaceré klasifikácie diabetes mellitus. Najnovšia bola navrhnutá v roku 1997 Výborom expertov pre klasifikáciu a diagnózu diabetu Americkej diabetologickej organizácie (ADA, 2004). Táto klasifikácia vychádza z doterajších získaných poznatkov o etiopatogenéze a zahŕňa:

I. Diabetes mellitus 1. typu

- a) imunologicky podmienený DM – dochádza k absolútnemu deficitu inzulínu, ktorý je spôsobený zánikom B buniek langerhansových ostrovčiek

v dôsledku autoimunitného procesu. Diabetici s týmto typom diabetu sú náchylní na ďalšie autoimunitné ochorenia ako napr. celiakia či Addisonova choroba

b) idiopatický DM - do tejto podskupiny patria pacienti s DM 1 neznámej etiológie. Táto forma diabetu je sílno dedičná, ale nie sú prítomné prejavy autoimunitného procesu ani antigény HLA systému.

- I. **Diabetes mellitus 2. typu** je najčastejšou formou diabetu a zahŕňa pacientov s inzulínovou rezistenciou alebo relatívnym nedostatkom inzulínu. Pri tomto type diabetu chýba sklon ku ketoacidóze. Na začiatku a často aj počas celej doby ochorenia nie sú pacienti odkázaní na podávanie exogénneho inzulínu.
- II. **Iné špecifické typy diabetes mellitus:** genetické defekty B buniek, genetická porucha účinku inzulínu, choroby exokrinnej časti pankreasu, endokrinopatie, liekmi alebo chemicky indukovaný diabetes, infekcie, zriedkavé formy autoimunitne podmieneného DM, iné genetické syndrómy spojené s výskytom DM.
- III. **Gestačný diabetes mellitus – je definovaný ako akýkoľvek stupeň glukózovej intolerancie, ktorá sa po prvýkrát zistila v tehotenstve.** K zhoršeniu glukózovej tolerancie dochádza najmä v prvom trimestri (ADA, 2004). Po skončení gravidity sa spontánne upraví alebo môže pokračovať ako DM 2 (Mokáň, 2008).

S ochorením diabetes mellitus sa spája značné množstvo mýtov:

Mýtus č. 1 len tučný ľudia môžu dostať cukrovku.

Fakty: príčiny vzniku DM 2 sú najčastejšie spojené s genetickou predispozíciou, inzulínovou rezistenciou, disfunkciou B buniek, vyšším vekom, nedostatočným pohybom, psychoemočným stresom. Ďalším negatívnym faktorom, ktorý urýchľuje vznik diabetu je aj obezita (Hulín, 2005). Avšak pri vzniku DM 1 hrajú významnú úlohu genetické faktory, ktoré sú spojené s prítomnosťou HLA systémov a enviromentálne faktory a to najmä: fetálne a perinatálne infekcie vyvolané vírusmi coxsackie alebo rubeoly; včasné postnatálne infekcie spôsobené napr. cytomegalovírusom, Epsteinov-Barrovej vírusom alebo vírusom parotitídy (Bakoss, 2008). Medzi ďalšie spúšťacie faktory môžeme zaradiť diétne vplyvy, najmä príliš skorá záťaž diéťat'a mliekom. Na vzniku diabetu sa môže podieľať aj mäso, glutén,

nedostatok vitamínu D či zvýšený energetický príjem. Predpokladá sa, že ako spúšťači mechanizmus sa môžu uplatniť aj niektoré toxíny, najmä nitrozoamíny z údenín. Štúdie poukazujú, že zvyšujúci sa vek rodičov, najmä matky je taktiež spojený s vyšším rizikom vzniku diabetu 1. typu. Nórska štúdia preukázala, že na vznik diabetu má vplyv pôrodná hmotnosť dieťaťa. U detí s vyššou pôrodnou hmotnosťou je vyššie riziko rozvoja ako u detí, ktoré mali normálnu pôrodnú hmotnosť (Cinek, 2007). *Význam sa pripisuje aj vonkajším rizikovým faktorom, ako sú chladné podnebie, rýchly postnatálny a pubertálny rast a stresové životné situácie, ktoré môžu urýchliť nástup diabetu (Hulín, 2005). Obezita pri vzniku prvého typu diabetu teda nehrá dôležitú úlohu a postihuje vo veľkej miere aj ľudí s normálnou hmotnosťou.*

Mýtus č. 2 diabetes môžu dostať len starý ľudia

Fakty: diabetes mellitus je najčastejšou endokrinologickou chorobou detského veku. Väčšina detských pacientov trpí prvým typom DM. V súčasnosti však v detskej diabetológii celosvetovo dochádza k nárastu výskytu diabetu druhého typu. Tento trend je spojený predovšetkým s nesprávnou životosprávou a nadváhou či obezitou detí (Michalková).

Mýtus č. 3 deti z cukrovky vyrastú.

Fakty: diabetes mellitus je chronické metabolické ochorenie, ktoré vzniká v dôsledku deštrukcie B – buniek Langerhansových ostrovčekov pankreasu čo vedie k absolútnemu nedostatku inzulínu. Po deštrukcii už nie je možné, aby sa B-bunky obnovili. Ide teda o celoživotné ochorenie (Hulín, 2005).

Mýtus č. 4 cukrovku dostane len ten, kto je veľa sladkostí

Fakty: príjem sladkostí nie je podmienkou rozvoja diabetu. Nadváha a obezita zvyšujú u predisponovaných jedincov riziko jeho vzniku a je jedno či vysoká hmotnosť vzniká v dôsledku nadmernej konzumácie sladkého alebo majonézových šalátov, chipsov, údeného či tučného mäsa (Česká diabetická asociácie, 2012).

Mýtus č. 5 dia potraviny sa môžu jesť neobmedzene.

Fakty: veľká časť diabetikov si myslí, že diavýrobky môžu požívať bez obmedzenia. Nie je to však pravda, pretože každý diavýrobok obsahuje sacharidy. Napríklad jeden diakeks zvýši glykémiu v krvi tak ako diabetický obed. Diabetický džem, ktorý sa vyrába bez cukru tiež obsahuje cukor z ovocia, z ktorého bol vyrobený. Preto je vhodné nekonzumovať naraz viac ako jednu zarovnanú lyžicu (Doničová, 2012).

Mýtus č. 6 keď sa cítim dobre pri vyšších glykémiiach nemôže mi to ublížiť.

Hyperglykémia a zlá kompenzácia diabetu sa podieľa na vzniku chronických komplikácií. Pri hodnotách glykémii nad 9-10mmol/l dochádza k poškodzovaniu ciev. Diabetickí pacienti s nedostatočne kompenzovaným diabetom a následným poškodením ciev majú dvakrát vyššie riziko IM a 8krát vyššie riziko vzniku NCMP. Preto je cieľom liečby, diétného a pohybového režimu udržať glykémiu v cieľových hodnotách.

Mýtus č. 7 keď mám vysokú glykémiu musím zvýšiť fyzickú aktivitu.

Fakty: štúdie viacerých autorov poukazujú na prospešnosť cvičenia u pacientov s diabetes mellitus. Lehman a kol. poukazujú na vplyv fyzickej aktivity vo vzťahu ku glykémii, krvnému tlaku a hmotnosti u diabetikov. Štúdia ukázala, že zvýšenie fyzickej aktivity nie je nebezpečné a nemá za následok zvýšený výskyt hypoglykémii. Taktiež zistili, že pohybová aktivita vedie k redukcii brušného tuku, poklesu krvného tlaku a k znižovaniu kardiovaskulárnych rizikových faktorov (Lehman, et. al., 1997). Aj napriek tomu, že fyzická aktivita znižuje glykémiu, ak je glykémia vyššia ako 15 mmol/l zvýšenie fyzického pohybu sa neodporúča. Je potrebné opakovane odmerať glykémiu, ketolátky v moči alebo krvi a v prípade že glykémia neklesá a ketolátky sú v moči prítomné poradiť sa s lekárom (Doničová)

Mýtus č. 8 diabetik už nikdy nemôže jesť sladké a musí držať prísnu diétu.

Fakty: aj keď diéta patrí medzi dôležité súčasti liečby dieťaťa pacienta s DM, v súčasnosti sa k nej nepristupuje tak prísne ako to bolo v minulosti. V diétnych opatreniach je potrebné dodržiavať zásady racionálnej výživy. Diéta sa teda nelíši od odporúčaní, ktoré sú platné pre prevenciu civilizačných chorôb. Diabetici by sa mali pri príprave pokrmov orientovať sacharidovými tabuľkami. Pri dobrej kompenzácii a pravidelnom monitorovaní glykémie sú

možné aj „drobné prehrešky“, ktoré je možné vykompenzovať zvýšenou fyzickou aktivitou. Je však vhodné aby mal diabetik prehľad koľko sacharidov obsahuje 100 g. výrobku, pretože vie posúdiť koľko dennej dávky sacharidov sa potravinou vyčerpá.

Mýtus č. 9 diabetik môže jesť ovocie koľko chce.

Fakty: ovocie je vhodné pre svoj obsah vlákniny, minerálov a vitamínov. Ovocie však obsahuje cukor. Napríklad jedno jablko môže obsahovať cukor v objeme 5 kociek cukru. Preto je potrebné ovocie pri správnej diabetickej diéte dávkovať. Ovocné porcie sa môžu konzumovať aj 3krát denne napríklad na desiatu, olovrant a na večeru, ale zároveň by sa mali dodržať odporúčané množstvá pre dané ovocie (tzv. ovocné dávky) (Doničová, 2012).

Mýty spojené s inzulínom - inzulín je návyková látka – droga; inzulín si musí aplikovať každý diabetik; inzulín sa podáva už len pred smrťou.

Fakty: inzulín nie je návykovou látkou jeho aplikácia je nevyhnutná pre záchranu života diabetika. Inzulín je totiž dôležitý hormón produkovaný B bunkami Langerhansových ostrovčiek pankreasu. Jeho hlavnou úlohou je regulácia hladiny glukózy v krvi. B bunky pankreasu uvoľňujú inzulín bez ohľadu na príjem potravy. Celková denná produkcia u zdravého človeka predstavuje 20 – 40 jednotiek (Barák, 2005). Diabetes mellitus 1 je charakteristický úplným deficitom inzulínu (Hulín, 2005). Inzulínová terapia je indikovaná u každého pacienta s týmto typom DM (Barák, 2005). U pacientov s DM 2 typu sa liečba inzulínom indikuje len vtedy, ak sa perorálnymi antidiabetikami a úpravou životosprávy nepodarilo dosiahnuť dobrú kompenzáciu ochorenia (Bakoss a kol., 2008).

Záver

V práci sme poukázali na najčastejšie mýty s ktorými sa stretávame či už na internete alebo na diabetológii. Pre sestru je nevyhnutné aby tieto mýty, ale i fakty poznala a zároveň ich vyvracala.

Použitá literatúra

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, Diagnostik and Classification of Diabetes Mellitus, 2IN: *Diabetes Care* .4 , ISSN 0149-5992, 2004, vol. 27, no. 1, p 5-10.

BAKOSS, P. Epidemiológia. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. 520 s. ISBN 978-80-223-2417-5.

BARÁK, Ľ. Inzulín – stále jediná záchrana u ľudí s diabetom I. typu. IN: *Via Practica*. ISSN 1336-4790, 2005, roč. 2, č. 5, s. 240 -242.

CINEK, O. Etiologie dětského diabetes mellitus 1. Typu, IN: *Diabetes Mellitus 1.typu*. Praha: GEUM, 2007. ISBN 978-80-86256-49-8. s. 47-72.

ČESKÁ DIABETOLOGICKÁ ASOCIÁCIA. Mýty o diabete. IN: Diabetes a já. [online][cit. 20. 04. 2012]. Dostupné na internete: <http://www.diabetesaja.cz/informace-a-clanky/myty-o-diabetu-1.html>

DONIČOVÁ, V. Mýty a povery o diabete. [online][cit. 20. 04. 2012]. Dostupné na internete: <http://www.diabetolog.com/sk/okienko-pre-pacientov/#desatoro>

HULÍN, I. a kol. Patofyziológia a klinická fyziológia. 1. vyd. Bratislava: SAP, 2005. 593 s. ISBN 80-89104-66-5.

LEHMANN, R. et. all. Impact of physical activity on cardiovascular risk factors in IDDM. *Diabetes Care* [online]. 1997, vol. 20, no. 10 [cit. 8.11.2010]. Dostupné na internete: <http://care.diabetesjournals.org/content/20/10/1603.abstract> ISSN 1603-1611

MICHALKOVÁ, D. Diabetes mellitus u detí a dospelých. [online][cit. 20. 04. 2012]. Dostupné na internete: http://www.dias.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=238&Itemid=135

MOKÁŇ, M. - MARTINKA, E. - GALAJDA, P. a kol. Diabetes Mellitus a vybrané metabolické ochorenia. Martin: P+M, 2008. 1003s. ISBN 978-80-969713-9-8.

Adresa autora

Mgr. Jana Luljaková

Trnavská Univerzita v Trnave

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Univerzitné nám. 1, 918 43 Trnava

E-mail: jana.luljakova@truni.sk

Emócie vo vzťahu sestra-pacient

¹Ingrid JUHÁSOVÁ, ²Eubica ILIEVOVÁ, ³František BAUMGARTNER

^{1,2} Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva
³ Psychologický ústav ČAV, ČR

Abstrakt

V pomáhajúcich profesiách je podstatnou rolou vzťah medzi zdravotníckym pracovníkom a jeho pacientom. Nevyhnutnou podmienkou dôverného vzťahu a komunikácie sú emócie. Emócie uplatnené vo vzťahu s pacientom môžu byť jednou z ciest ako zabezpečiť kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť. Takmer všetky existujúce koncepty a nástroje merania emočnej inteligencie pokrývajú aspoň štyri oblasti vzťahujúce sa k emóciám. Emočná inteligencia umožňuje sestram chápať nielen vlastné pocity a reakcie, ale najmä pocity a reakcie pacientov. Využívanie emočnej inteligencie je nutnou a zároveň modernou požiadavkou ošetrovateľstva, taktiež sa vyhovie potrebám starostlivosti o pacienta ale nájde uplatnenie v spolupráci v rámci multidisciplinárneho tímu. Odporúčame podrobnejšie skúmanie tejto problematiky ako aj rozvíjanie osobnostných charakteristík pomáhajúcich profesionálov.

Kľúčové slová: sestra, pacient, vzťah, emócie, emočná inteligencia.

Úvod

V pomáhajúcich profesiách (a zdravotníctvo patrí medzi pomáhajúce profesie) je veľmi podstatnou rolou vzťah medzi zdravotníckym pracovníkom a jeho pacientom (Špatenková, Králová, 2009, s. 21).

Emócie predstavujú emocionálne väzby a pôsobenie emočných vzťahov na psychiku pacienta. Nezastupiteľné miesto tu má empatická schopnosť sestry (Kristová, 2004, s. 175). V rámci emočnej inteligencie (EI) u sestier by sa preto mala najväčšia pozornosť aktuálne sústrediť na vlastnosti, ako sú iniciatíva, empatia, prispôsobovanie sa, motivácia seba aj druhých (Novotná, Šimová 2009, s. 48).

Východiska riešenia problematiky

V anglosaskom prostredí sa používa termín terapeutický vzťah v kontexte pomáhajúcich profesií. V sociokultúrnom prostredí Čiech je však vyhradený pre psychoterapiu, a preto sa pre ostatné pomáhajúce profesie používa termín ľudský vzťah (Špatenková, Králová, 2009, s. 21).

Vzájomný vzťah medzi sestrou a pacientom (klientom) označujú niektorí odborníci ako medziľudský vzťah, iní ako terapeutický vzťah a ďalší dokonca ako vzťah pomoci, pri ktorom jeden človek pomáha inému človeku riešiť problémy a zvládať krízy na ceste, ktorú si sám vyvolil (Kozierová et al. 1995, s. 243). Termíny vzťahu sestra – pacient namiesto termínu medziľudský vzťah používa Imogene Kingová (Kozierová et al. 1995, s. 243). Podobne aj Glasa (1998) používa pojem vzťah, o ktorom tvrdí, že vzťah vznikajúci medzi sestrou a pacientom závisí na mnohých skutočnostiach. Prvým a nevyhnutným predpokladom utvorenia dobrého vzťahu je dôvera, pretože pacient zveruje do rúk sestry svoje najcennejšie hodnoty – život, zdravie a neraz i mnohé osobné informácie a súkromné problémy. Dôveryhodnosť sestry teda zohráva významnú úlohu pri vytváraní dobrého vzťahu, ktorý podmieňuje ochotu pacienta spolupracovať a úspech liečby a ošetrovateľskej starostlivosti (In Ilievová, 2009). Žucha, Čaplová et al. (2008, s. 175) používajú termín terapeutický vzťah, ktorý je budovaný terapeutickou komunikáciou od prvého kontaktu s pacientom. Vzniká a rozvíja sa za podmienok, keď je pacient závislý od lekára, cíti k nemu dôveru a chce spolupracovať. Ide o partnerský vzťah, ktorý sa zakladá na obojstrannej osobnostnej angažovanosti partnerov. Má smerovať k terapeutickému dohode a stanoveniu cieľa liečby, počas ktorej sa realizuje ďalší diagnostický a terapeutický plán. Vzhľadom k tomu, že na jeho naplnení sa podieľa aj sestra a iní zdravotnícki pracovníci, vytvára sa terapeutický vzťah aj medzi sestrou a pacientom.

Terapeutický vzťah sa buduje na základe vzájomnej dôvery a vyjasnenia identít, rolí a očakávaní komunikujúcich (Janosiková, Daviesová, 1999, s. 25). Preto je dôležité, aby sestra od prvého kontaktu s pacientom prezentovala svoj záujem o jeho problémy a ochotu mu pomôcť (Žucha, Čaplová, 2008, s. 175). Terapeutická situácia býva spojená so zámernou, skusmou a dočasnou identifikáciou s pacientom (tzv. konkordantná identifikácia). Táto identifikácia nám dáva emočnú vedomosť o prežitkovom svete pacienta (Vymětal, 2004, s. 99). Rovnako aj Smékal (2002, s. 8) tvrdí, že v profesii sestra hrá podstatnú rolu ľudský vzťah medzi ňou a pacientom. Pacient potrebuje veriť sestre a cítiť ľudský záujem. Holmanová, Čáp (2008, s. 161) konštatujú, že prostredníctvom sociálnych vzťahov a komunikácie sa mnohé ľudské potreby nielen vyjadrujú, ale aj uspokojujú. Sociálne vzťahy majú rôznu emocionálnu väzbu.

Pri vytváraní terapeutického vzťahu sestra – pacient je dôležitá práca s emóciami, ale so sebou nesie riziko „*vyhorenia*“, ak je dlhodobý alebo intenzívny. Aby sa tomu zabránilo, sestry

musia prijať stratégie na ochranu ich zdravia (McQueen, 2004, s. 101). Proces nadviazania vzťahu možno opísať v štyroch za sebou nasledujúcich fázach, pričom každú z nich charakterizujú určité úlohy a schopnosti. Prechod z jedného štádia do druhého musí byť postupný, pretože každé ďalšie stavia na predchádzajúcom. Kozierová et al. (1995, s. 243) tvrdia, že sestry si uvedomia napredovanie vo vzťahu, len ak pochopia tieto fázy: pred nadviazaním kontaktu (predinterakčná fáza), vstupná fáza, pracovná (udržiavacia) fáza a záverečná fáza. Každá z týchto fáz zhrňuje úlohy a schopnosti, ktoré sú vyžadované.

Vo vzťahu sestra – pacient veľmi pomôže, keď otvorene a čestne prejavia svoje city, ktoré v nich ukončenie vzťahu vyvoláva (Kozierová et al. 1995, s. 243). Podľa Hájka (2007, s. 16) vytláčaním emócií zo vzťahu je narúšaná nasledujúca dobrá spolupráca. Emócie možno potláčať len do určitej miery. Ak sa vymknú kontrole, potom profesionál zbytočne apeluje na nepísanú dohodu o tom, že emócie nepustíme do vzťahu. To sa stáva napr. pri príprave pacienta na bolestivé vyšetrenie. Nespracovaná, rozhovorom neošetrená emócia pacientovho strachu môže narásť pri zákroku tak, že nie je možné vyšetrenie dokončiť. Hájek (2007, s. 60) konštatuje, že v pomáhajúcom vzťahu by naše prirodzené emócie nemali klienta príliš pohlcovať. Klient nás nevyhľadáva preto, aby sa mohol pohádať, rozrušiť. Chce bezpečie pokoja a porozumenia. Tu však je neudržateľné nastaviť masku nevšímavého/apatického odborníka. Preto je kladená požiadavka na opravdivosť a autentickosť reakcií profesionála.

Matulníková (2011, s. 24-25) uvádza, že medzi sestrou a pacientom môžu vzniknúť v kontinuu vzťahy, ktoré sa môžu prejavovať ako poskytovanie bezcitnej ošetrovateľskej starostlivosti až po starostlivosť, ktorá je vykonávaná na princípe milosrdenstva. Prezентuje päť typov vzájomných vzťahov medzi sestrou a pacientom.

Typ 1 biocidický – interakciu charakterizuje hnev, zúfalstvo, život ničiaci vzťah, výsledok vedie k poškodzovaniu.

Typ 2 biostatický – vzájomný vzťah medzi sestrou a pacientom je chladný, pacient je považovaný za ťarchu.

Typ 3 biopasívny – vzájomný vzťah je sprevádzaný apatiou.

Typ 4 bioaktívny – vzájomný vzťah medzi sestrou a pacientom je založený na zhovievavosti.

Typ 5 biogénny – vzájomný vzťah medzi pacientom a sestrou je založený na veľkorysosti, ústretovosti, milosrdenstve, láskavosti, život je ochraňovaný.

Niektoré vzťahy zdravotníckych pracovníkov a pacientov môžu trvať krátko, niekoľko hodín či dokonca minút, iné trvajú dni, týždne, mesiace alebo dokonca roky. Bez ohľadu na dĺžku kontaktu sú základné princípy takéhoto vzťahu podobné ako u terapeutického vzťahu:

- rešpekt (bezpodmienečne kladné prijatie),
- autentičnosť,
- empatia,
- aktívne počúvanie,
- dôvera,
- dôvernosť (Špatenková, Králová, 2009, s. 22).

Sestry môžu v rámci vzťahu s pacientom vyjadrovať rôzne pocity. Smiať sa, vyjadriť smútok, alebo keď je sestra v „úzkych“, pokojne to má priznať. Takéto úprimné odhalenie, že má s niečím problém, urobí v očiach pacienta autentickú sestru, nie zlú (Špatenková, Králová, 2009, s. 22). Hájek (2007, s. 109) odporúča naučiť sa využívať svoje emócie ako múdrych radcov, a nie ich vytláčať.

Vzťah sestry a pacienta sa odlišuje od bežného spoločenského vzťahu, pretože sa zameriava na pacienta ako príjemcu starostlivosti a na jeho zdravie. Hildegard Peplau (1991) popísala tento jednostranný záujem so strany sestry ako profesijnú blízkosť (In Špatenková, Králová, 2009, s. 21). Cieľom takéhoto vzťahu je podpora pacienta, starostlivosť o neho a obnova, udržanie alebo posilnenie jeho zdravia. Vzťah medzi sestrou a pacientom formuje základ ošetrovateľskej starostlivosti, ktorým je práve komunikácia s pacientom (Špatenková, Králová, 2009, s. 21-22). Otrubová (2011) upozorňuje, že jedným z východísk pre realizáciu a fungovanie všetkých medziludských vzťahov je komunikácia. Od sestry sa vyžaduje istá dávka trpezlivosti, empatie a schopnosti počúvať.

Sestra poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť sa zameriava nielen na zdravotné hľadisko, ale aj na emocionálny aspekt starostlivosti (Skilbeck et al., 2003). Podľa Moss (2005, s. 15) sú emócie vždy prítomné v práci. Môže sa s nimi pracovať alebo ich potlačiť, t.j. dajú sa výhodne využiť alebo môžu pôsobiť negatívne. Spôsob, akým je to vykonané, a tiež výsledky závisia na emocionálnej znalosti pracovníka, tímu alebo vodcu. Moss (2005, s. 17) tvrdí, že všetky ošetrovateľské role môžu byť rozšírené o emocionálne schopnosti.

Emócie sú prejavom autenticity sestry, ktorá je nevyhnutnou podmienkou dôverného vzťahu a komunikácie (Kristová, 2004, s. 86). Rôznou formou komunikácie prejavujeme naše postoje, emócie, vzťahy k druhým ľuďom (Mlýnková, 2011, s. 46).

Novotná a Šimová (2009, s. 48) konštatujú, že čím má práca, ktorú vykonávame komplexnejší charakter, tým väčšiu úlohu zohráva EI. Charakter práce sestier sa vyznačuje nesmiernou komplexnosťou, navyše v podmienkach nášho zdravotníctva sú sestry dlhodobo vystavené turbulenciám (v oblasti vzdelávania, finančného a morálneho ohodnotenia, ekonomickej situácie v zdravotníctve a pod.), ktoré významne ovplyvňujú ich emocionálny stav. V rámci EI u sestier by sa preto mala najväčšia pozornosť aktuálne sústrediť na vlastnosti, ako sú iniciatíva, empatia, prispôsobovanie sa, motivácia seba aj druhých.

EI poukazuje na súbor schopností, ktoré sa týkajú spôsobu, akým ľudia vnímajú, chápu, riadia svoje vlastné emócie i emócie druhých. Môžeme konštatovať, že hoci existuje niekoľko rôznych definícií EI, môžeme nájsť v literatúre značné prekryvanie medzi nimi. V jadre každej definície sú schopnosti vnímať svoje vlastné emócie a emócie iných, používať emócie na uľahčenie myslenia, konania, aby pochopili, ako emócie ovplyvňujú vlastné správanie a správanie druhých, a ako regulovať vlastné emočné reakcie Cherniss (2004, s. 315). Baumgartner et al. (2010, s. 188) konštatujú, že teória Mayera, Saloveya a Carusa predkladá jasnú a logickú koncepciu EI. Spojením termínov emócií a inteligencie vytvárajú špecifický psychologický konštrukt uplatniteľný vo vymedzenej oblasti života človeka, na rozdiel od všemocnej teórie Golemana a príliš širokej teórie Bar-Ona. Konzistentná teória týchto troch autorov bola základom aj pri vytváraní metodiky na meranie EI – MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test), ktorá je vo výskume často používaná a po dlhý čas považovaná za určujúci validný a reliabilný nástroj na meranie EI ako schopnosti.

V databáze Scopus v rokoch 2001 až 2008 sa nachádza 552 článkov, v ktorých priamo v názve figuruje EI (Molčanová, Baumgartner, 2008, s. 164).

Por et al. (2011) uskutočnili výskum, pri ktorom zisťovali vzťah EI k vnímaniu stresu, stratégiami jeho zvládania, subjektívnej pohody, vzťah k ošetrovateľským schopnostiam a študijným výsledkom u študentov ošetrovateľstva. Beauvias et al. (2011, s. 396-401) upriamili pozornosť na zistenie vzťahu medzi mierou EI a ošetrovateľským výkonom u študentov ošetrovateľstva.

Záver

Vzájomný kontakt medzi zdravotníkom a chorým vyžaduje nielen psychologické znalosti, ale aj schopnosť empatie, osobnej angažovanosti, postreh, pohotovosť, ktoré premieňajú psychologické znalosti v umenie psychologicky správne jednať s chorými (Zacharová et al. 2007, s. 63). Pri porovnaní postavenia lekára a sestry vo vzťahu k pacientovi je podľa Zacharovej et al. (2007, s. 64) postavenie sestry zložitejšie, pretože chorý ju vníma ako súčasť celého zdravotníckeho tímu, t.j. v úzkej spolupráci s lekárom, ale tiež samostatne. Sestra musí v chorom budiť dôveru vo svoje odborné znalosti, prejavovať vysokú dávku taktu, trpezlivosti, je zasväcovaná do problémov a starostí chorého, do jeho nálad, depresii či osobnostných zvláštností.

V práci sestry má význam venovať intenzívnu pozornosť podrobnejšiemu skúmaniu problematiky emócií a emočnej inteligencie ako aj rozvoju osobnostných charakteristík pomáhajúcich profesionálov najmä na začiatku ich profesionálnej kariéry.

Použitá literatúra

BAUMGARTNER, F., MOLČANOVÁ, Z., CHYLOVÁ, M. 2010. Emočná inteligencia vo vzťahu ku copingu. In: Ruisel, I., Prokopčáková, A. (eds.) *Kognitívny portrét človeka*. Bratislava : ÚEPsSAV, 2010. ISBN 978-80-88910-29-9, s. 186-204.

BEAUVAIS, A.M., BRADY, N., O'SHEA, E.R., GRIFFIN, M.T.Q. 2011. Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. In *Nurse Education Today*, 0260-6917, 2011, no. 31, pp. 396–40.

HÁJEK, K. 2007. *Práce s emocemi pro pomáhající profese : tělesně zakotvené prožívání*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. 120 s. ISBN 978-80-7367-346-8.

HOLMANOVÁ, E., ČÁP, J. 2008. Sociálne potreby. In Tomagová, M., Bóriková, I. (eds.) *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta. 2008. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

CHERNISS, C. 2004. Intelligence, emotional. In Ch. Spielberger, Ch. (Ed.) *Encyclopedia of Applied Psychology*. Academic Press, Elsevier, 2004. 315-321 s. ISBN 978-0-12-657410-4.

ILIEVOVÁ, I. 2009. Implementácia aktívneho sociálneho učenia v ošetrovatel'stve. Habilitačná práca. Trnava : TU, 2009. 138 s.

JANOSIKOVÁ, E., H., DAVIESOVÁ, J. L. 1999. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť*. Martin : Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo* I. Martin : Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

KRISTOVÁ, J. 2004. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. 3. upravené a doplnené vyd. Martin : Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.

MATULNÍKOVÁ, Ľ. 2011. Ošetrovateľstvo ako veda. In Botíková, A. (ed.) *Manuál pre mentorky v ošetrovateľstve*. 2. doplnené a prepracované vyd. Trnava : Veda. 2011. ISBN 978-80-8082-501-0, s. 16-65.

McQUEEN, A. C. 2004. Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47: 101–108. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03069.x.

MOLČANOVÁ, Z., BAUMGARTNER, F. 2008. Emočná inteligencia – teória, metodológia, možnosti výskumu. In Ruisel, I. et al. (eds.) *Myslenie – osobnosť – múdrosť*. Bratislava : ÚEPsSAV, 2008. ISBN 978-80-88910-25-1, s. 163-188.

MOSS, M. T. 2005. *The emotionally intelligent nurse leader*. San Francisco : Published by Jossey-Bass A Wiley Imprint, 2005. 328 pps. ISBN 0-7879-5988-X.

MLÝNKOVÁ, J. 2011. Asertivita zbraň proti stresu. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2011, roč. X, č.1-2, s. 46-47.

NOVOTNÁ, Z., ŠIMOVÁ, Z. 2009. Sestra a emocionálna inteligencia In: *Sestra a lekár v praxi* : časopis pre sestry, lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov. ISSN 1335-9444, 2009, roč. VIII, č. 5-6, s. 47-48.

OTRUBOVÁ, J. 2011. Komunikácia s geriatrickým pacientom. In *Revue medicíny v praxi*. ISSN 1336-202X, 2011, roč. 9, č. 6, s. 43.

POR, J., BARRIBALL, L., FITZPATRICK, J., ROBERTS, J. 2011. Emotional intelligence: Its relationship to stress, coping, well-being and Professional performance in nursing students. In *Nurse Education Today*. 0260-6917, 2011, Article in press.

SKILBECK, K. et al. 2003. Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in Palliative care. *Journal of Adv. Nurs* 43.ISSN 1365-2648, 2003, vol. 43, no. 5, p. 521-530.

SMÉKAL, V. 2002. *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk ve zrcadle vědomí a jednání*. Brno : Barrister & Principal, 2002. 517 s. ISBN 80-85947-80-3.

ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. 2009. *Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha : Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

VYMĚTAL, J. et al. 2004. *Obecná psychoterapie*. 2. rozšířené a prepracované vyd. Praha : Grada, 2004. 339 s. ISBN 978-80-247-0723-5.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRAMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha : Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ŽUCHA, I., ČAPLOVÁ, T. et al. 2008. *Lekárska psychológia*. Bratislava : Univerzita. Komenského, 2008. 205 s. ISBN 978-80-22324-39-7.

Adresa autora

PhDr. Ingrid Juhásová

Trnavská univerzita v Trnave

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

Univerzitné námestie 1

918 43 Trnava

E-mail: ingrid.juhasova@truni.sk

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta s intraabdominálnou hypertenziou a syndrómom brušného pretlaku

Management of Nursing Care about Patient with Intraabdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrom

Jana SEDLIAKOVÁ

Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Zvýšenie vnútrobrušného tlaku môže mať nepriaznivé fyziologické následky, smerujúce k progresii intraabdominálnej hypertenzie a napokon aj k život ohrozujúcej komplikácii, syndrómu brušného pretlaku, tzv. Abdominal Compartment Syndrome (ACS). ACS sa vyskytuje predovšetkým v kritickom stave najmä chirurgicky chorých pacientov. Neschopnosť rozpoznať a liečiť intraabdominálnu hypertenziu má za následok zvýšené riziko poškodenia obličiek, viscerálnu a črevnú ischémiu, respiračné zlyhanie až smrť.

Príspevok poukazuje na príčiny, rizikové faktory, klinický obraz, diagnostiku a možnosti liečby syndrómu brušného pretlaku. Zároveň prináša pohľad na úlohy sestry v starostlivosti o pacienta s ACS, hospitalizovaného predovšetkým na JIS alebo OAIM. Základnou podmienkou starostlivosti o pacienta s intraabdominálnou hypertenziou je monitorovanie vnútrobrušného tlaku, priamym alebo nepriamym meraním.

Kľúčové slová: intraabdominálny tlak, intraabdominálna hypertenzia, syndróm brušného pretlaku, intenzívna ošetrovateľská starostlivosť.

Intraabdominálna hypertenzia

Hodnota intraabdominálneho tlaku (IAT) je za fyziologických podmienok u dospelého človeka 0 – 5 mmHg. U pacientov hospitalizovaných na JIS a KAIM môžeme za normálne hodnoty IAT považovať 5-7 mmHg, resp. do 10 mmHg ak sú umelo ventilovaní. V situáciách ako sú chronické ochorenia – vnútrobrušné tumory, cirhóza pečene, obezita, tehotenstvo atď., posudzujeme IAT 10-15 mmHg ako normálny (Malbrain et al., 2008 in Kula a kol., 2010). Intraabdominálna hypertenzia (IAH) je patologické zvýšenie IAT > 12 mmHg (Donnell, Nacul, 2009), resp. pokles brušného perfúzneho tlaku t.j. APT < 60 mmHg. Za kritickú sa považuje hodnota IAT medzi 20-25 mmHg (Mašek, 2005). IAH je okrem vzostupu IAT

charakteristická orgánovou systémovou dysfunkciou. Jednotlivé stupne IAH a im zodpovedajúce hodnoty IAT zobrazuje Tabuľka 1.

Tabuľka 1 – Stupne IAH a hodnoty IAT

Stupeň IAH	Hodnoty IAT	
I.	12-15 mmHg	16-20 cmH ₂ O
II.	16-20 mmHg	21-27 cmH ₂ O
III.	21-25 mmHg	28-34 cmH ₂ O
IV.	> 25 mmHg	> 35 cmH ₂ O

Podľa: Allaria, B. 2012, str. 28 a Molčányi, 2005, str. 41

Pozn.: 1 mm Hg = 1,36 cm H₂O

Faktory ovplyvňujúce intraabdominálny tlak

- 1) dýchanie,
- 2) denný čas,
- 3) gravitácia,
- 4) strižné sily,
- 5) rovnomerná kompresia,
- 6) poloha pacienta,
- 7) BMI/obezita – normálne hodnoty IAT u obéznych sú 7-14 mmHg (Satinský, 2010).

Z pohľadu činnosti sestry je okrem iného významný vplyv polohy pacienta, a to predovšetkým u pacientov s III. a IV. štádiom IAH. Elevácia trupu pacienta o 30° a 40° (polosed) zvyšuje hodnoty IAT o 4 mmHg a 9 mmHg (McBeth, 2007 in Satinský, 2010). Pronačná poloha u pacientov s akútnym poškodením pľúc vedie k zvýšeniu IAT z 12 +/- 4 a 14 +/- 5mmHg (Hering, 2001). U stabilizovaných pacientov však pronačná poloha nespôsobuje výrazné narušenie hepatosplanchnickej perfúzie (Matejovič, 2002). Poloha v ľahu IAT zlepšuje (Cheatham, 2009 in Kula, 2010).

Abdominálny kompartment syndróm / AKS

V dôsledku kritického zvýšenia tlaku v uzavretom, anatomicky definovanom priestore tela nastáva porucha až zastavenie lokálnej perfúzie tkanív, resp. orgánov definovaného anatomického priestoru s možnými systémovými dôsledkami až smrťou. Tento stav nazývame **kompartment syndróm**. Dutinu brušnú môžeme rovnako vnímať ako kompartment, preto v dôsledku zvyšovania intraabdominálneho tlaku z tkanivového opuchu alebo hromadenia voľnej

tekutiny v brušnej dutine vzniká *abdominálny kompartment syndróm* (angl. Abdominal Compartment Syndrome /ACS) – *syndróm brušného pretlaku*. O AKS hovoríme vtedy, keď IAT stúpne nad 20 mmHg (Adam, Osborne, 2009). „Akútny AKS je veľmi závažnou komplikáciou v starostlivosti o kriticky chorých pacientov nielen pre jeho intraabdominálny efekt, ale aj pre jeho dopad na mnohé organové systémy. Ak sa včas nediagnostikuje a nelieči, má za následok multiorgánové zlyhanie a smrť“ (Molčányi, Molčányiová, 2005, str.40).

Príčiny AKS

- 1) *Spontánne* - peritonitída, intraabdominálny absces, ruptúra brušnej aorty, tenzné pneumoperitoneum, akútna pankreatitída, akútna mezenterická ischémia, masívny ascites, perforovaný peptický vred, masívna resuscitácia tekutinami, tehotenstvo.
- 2) *Pooperačné* - peritonitída, absces, ileus, intraperitoneálne krvácanie, transplantácia pečene.
- 3) *Poúrazové* - intra alebo retroperitoneálne krvácanie, poresuscitačný viscerálny edém, popáleniny brušnej steny, zlomeniny panvy.
- 4) *Iatrogénne* - laparoskopické výkony, zatvorenie brušnej dutiny pod ťahom, vnútrobrušná tamponáda.

Diagnostika AKS

Diagnostika je založená na vyhľadávaní rizikových skupín pacientov, rozpoznaní lokálnych a systémových príznakov IAH a monitoringu IAT (intravesikálne, intragastrické, priame, spektroskopické). Vzhľadom na využívanie RTG, USG, NMR a CT vyšetrenia brucha u chirurgických pacientov aj tieto vyšetrenia môžu byť nápomocné pri stanovení diagnózy akútneho AKS. Neoddeliteľnou súčasťou diagnostiky je aj komplex laboratórnych vyšetrení vykonávaných u kriticky chorých (ABR, hematologické, hemokultivačné a biochemické vyšetrenie krvi, mineralogram, hepatálne testy, vyšetrenie moču, CRP, zápalové cytokíny, atď).

Rizikové faktory pre vznik IAH/AKS

- *Zníženie poddajnosti brušnej steny* - brušná operácia, veľká trauma/popálenina, akútne respiračné zlyhanie, pronačná poloha, elevácia trupu, zvýšené BMI.
- *Zvýšený obsah GIT* - paréza žalúdka, ileus, pseudoobštrukcia tračníka.

- *Zvýšený objem brušnej dutiny* - hemo/pneumoperitoneum, ascites / pečenné zlyhanie.
- *Kapilárny leak/tekutinová resuscitácia* - acidóza ($\text{pH} < 7,2$), hypotenzia, hypotermia (teplota jadra $< 33^{\circ}\text{C}$), transfúzia ($> 10 \text{ EM}/24 \text{ hod}$), koagulopatia, masívna tekutinová resuscitácia (viac ako 6 l za 24hod, príp. 4 transfúzie krvi za 8 hod) , pankreatitída, oligúria, sepsa, damage control surgery (Satinský, 2010).

Klinický obraz

Akútny AKS je charakterizovaný kombináciou klinického obrazu IAH s klinickým dôkazom systémového, resp. orgánového zlyhávania. Pri aspexii je zrejme vyklenutie brucha, ktoré možno jednoducho objektivizovať opakovaným meraním obvodu brucha. Brušná stena je palpačne tuhá až doskovitá, čo dobre koreluje so stupňom vnútrobrušnej hypertenzie. Na CT náleze nachádzame väčší predozadný rozmer brucha, ako je rozmer priečny. Pre pretlak v bruchu hovorí aj kolabovaná vena cava, dislokáciou obličiek, zosilnenie črevných stien s veľkou náplňou a často i obojstranná herniácia dutiny brušnej do slabínových kanálov.

Okrem uvedených príznakov je v rámci diagnostiky možné vychádzať z kritérií orgánovej, resp. systémovej dysfunkcie. Sugrue (in Molčanyi, 2005, str. 52) uvádza tieto diagnostické kritériá:

- porucha respiračnej funkcie (zvýšenie tlaku v dýchacích cestách, redukcia dychového objemu, vzostup pCO_2),
- porucha renálnej funkcie (oligúria – anúria, kreatinín $> 130 \text{ umol/l}$),
- porucha hemodynamiky (hypotenzia: $\text{SAT} < 70 \text{ mmHg}$),
- vzostup systémovej vaskulárnej rezistencie, ťažká acidóza ($\text{pH} < 7,25$).

Liečba AKS

Manažment liečby AKS je založený na optimálnom načasovaní dostatočne rozsiahlej abdominálnej dekompresie s včasnou identifikáciou rizikových pacientov. Mnoho pacientov s AKS si vyžaduje ventilačnú podporu. Dôvodom je zmena mechaniky dýchania v dôsledku zvýšeného IAT. Chirurgická dekompresia IAT s temporárnym krytím otvoreného brucha znižuje u pacientov nároky na umelú ventiláciu a zlepšuje prognózu prežitia.

I. a II. stupeň AKS možno ovplyvniť konzervatívnymi prostriedkami ako sú:

- abdominocentéza,

- odsávanie žalúdka NGS,
- rektálna rúrka, odsávanie (napr. ActiFlo),
- gastroprokinetiká, kolonoprokinetiká, sedatíva, myorelaxanciá, diuretiká, analgetiká - vhodný nie je Fentanyl – môže viesť k akútnemu vzostupu IAT navýšením expiračného úsilia (Drummond, Duncan, 2002 in Kula, 2010),
- kontinuálna veno-venózna hemofiltrácia s agresívnou ultrafiltráciou,
- negatívny extraabdominálny tlak („NEXAP“),
- polohovanie tela - nezdvíhať trup > 20° (Kula, 2010),
- punkcia, drenáž,
- minimalizácia nadmernej tekutinovej resuscitácie,
- hemodialýza/ultrafiltrácia,
- udržanie APP > 60 mmHg (pomocou vasopresorov),
- optimalizácia ventilácie.

III. a IV. stupeň AKS (hodnota IAT > 20 mmHg) a prítomnosť aspoň jednej systémovej fyziologickej abnormality pri APT <50 mmHg predstavuje indikáciu k okamžitej chirurgickej dekompresii a to :

- tzv. „open abdomen“ (otvorené brucho) - extenzívna laparotómia, prichytenie kožných okrajov svorkami, zipovacie systémy (Velcro burr), Bogota vak, vacuum pack uzáver, V.A.C. systém, absorbovateľný mesh.
- Fasciotómia - priamy brušný sval, stredná čiara (Satinský, 2010).
- Enterálna výživa je kontraindikovaná iba u pacientov s AKS (Kula, 2010).

„Otvorená veľkoplošná laparotomická rana kladie vysoké nároky na pooperačný manažment ošetrovania laparostómie (veľké tekutinové straty, hypotermia, riziko infekcie). Časté a pravidelné výmeny TAK (temporérny abdominálny kryt), optimálna náhrada straty tekutín, bielkovín a minerálov so striktným dodržiavaním aseptických kautel pri preväzoch laparotomickej rany sú najlepšou prevenciou vzniku závažných lokálnych a celkových komplikácií“ (Molčányi, Molčányiová, 2005, str. 64).

Incidencia a prognóza AKS

Incidencia IKS po laparotómiach pri úrazoch brucha a retroperitonea je 5–15 %. Treba si uvedomiť, že brušný kompartment syndróm často vzniká ako následok poranení alebo stavov,

ktoré sami o sebe majú vysokú mortalitu. Preto úmrtnosť na AKS je asi 68–70 %. Vznik tohto ochorenia z hľadiska veku nie je rozdielny, pretože bol diagnostikovaný aj u detí (Ertel, Oberhorzel et al., 2000) .

Úloha sestry

Úloha sestry v starostlivosti o pacienta s IAH a AKS spočíva v intenzívnej komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Medzi činnosti sestry patrí:

- základná ošetrovateľská starostlivosť,
- špecializovaná – intenzívna ošetrovateľská starostlivosť
 - ✓ monitoring základných vitálnych funkcií (TK, D, P, TT),
 - ✓ monitoring vedomia (kvalitatívne a kvantitatívne zmeny),
 - ✓ monitoring EKG krivky, známok a porúch srdcového zlyhávania,
 - ✓ monitoring dychových parametrov, PEEP, saturácie O₂
 - ✓ monitoring CVP, APT, SAT,₂
 - ✓ monitoring bilancie tekutín,
 - ✓ monitoring IAT u rizikových pacientov (ak sú prítomné 2 a viac rizikových faktorov) počas prvých 12 hod á 1-2 hod, potom ak je IAT <12mmHg nasledujúcich 24 hod meriame IAT á 4-6 hod, neskôr 1xdenne v rovnakú hodinu dňa, ak je IAT >12mmHg pokračujeme v pravidelnom meraní á 1-2 hod (prvých 12 hod) (Molčányi, Molčányiová, 2005, str.54), samozrejme algoritmus merania IAT volíme aj v závislosti od pridruženého multiorgánového zlyhávania,
 - ✓ pravidelná toaleta dýchacích ciest u ventilovaných pacientov,
 - ✓ pravidelné polohovanie pacienta, prevencia zaparenín a dekubitov,
 - ✓ aplikácia a sledovanie účinku farmakoterapie, krvných prípravkov,
 - ✓ starostlivosť o všetky vstupy (CVK, periferný žilový katéter, arteriálny katéter, epidurálny katéter, endotracheálna kanyla, NGS, tracheostómia, jejunostómia, močový katéter, rektálna rúrka, príp. rektálny katéter atď.),
 - ✓ odber biologického materiálu,
 - ✓ asistencia pri diagnostických a terapeutických postupoch,
 - ✓ starostlivosť o rany,

- ✓ starostlivosť o drény, drenáže, drenážne systémy,
- ✓ zavedenie NGS, PMK, rektálnej rúrky alebo katétra, výplach žalúdka, klyzma,
- ✓ uspokojovanie psychických, sociálnych a duchovných potrieb pacienta, podpora príbuzných, príp. blízkych osôb,
- ✓ záznam všetkých vykonaných aktivít, vedenie ošetrovateľskej dokumentácie.

Meranie IAT

Pre stanovenie AKS nie sú rozhodujúce hodnoty IAT, ale predovšetkým ich dynamika, t.j. hlavne náhly a prudký nárast IAT. Meranie IAT môžeme vykonávať priamo alebo nepriamo. V praxi sa využívajú predovšetkým nepriame merania (pomocou sondy zavedenej do telovej dutiny – žalúdka, močového mechúra alebo konečníka), či už kontinuálne alebo intermitentné. Z nich sa uplatňuje hlavne intravezikálne nepriame meranie (IVT) cez močový katéter, ktoré je najpoužívanejšou a medzinárodne uznávanou metódou. Táto metóda bola popísaná Kronom a neskôr modifikovaná Cheathamom a Safcekom (Cheatham, Safcek in Kimball, 2006). V súčasnosti sa v praxi využívajú viaceré spôsoby merania IAT, či už pomocou ručného manometra, alebo špeciálnych systémov ako sú Foley Manometer, AbViser, IAP Monitor alebo CiMON.

Mašek (2005) odporúča ako optimálnu metódu merania IAT využívať metódu podľa Whitesidesa, pri ktorej sa na permanentný močový katéter napojí originálny set na meranie centrálného venózneho tlaku. Na základe uskutočneného výskumu Mašek zároveň doporučuje pri meraní IAT naplniť močový mechúr maximálne 50 ml fyziologického roztoku. U detí volíme výpočet podľa vzorca 1ml/1kg hmotnosti. Dôležitou súčasťou výkonu je pri každom meraní sledovať priechodnosť systému (vplyv dychových exkurzov alebo krátkeho tlaku na brušnú stenu na zmenu hladiny vodného stĺpca v CVT sete).

Ďalšie odporúčania pri meraní IAT

- merať v supinačnej polohe, na konci výdychu,
- prázdny močový mechúr,
- voliť vždy rovnakú výšku 0 mmHg – výška synfýzy pubis, príp. stredná axilárna línia,
- merať pri neprítomnosti svalových kontrakcií.

Viac informácií o IAH / AKS

- <http://www.intraabdominalhypertension.org/>
- <http://www.abdominal-compartment-syndrome.org>
- <http://www.wolfetory.com/education.html>

Edukačné videá

- http://www.holtech-medical.com/user_video.shtml
- <http://www.youtube.com/watch?v=8hKxmi-QVwA&feature=related>
- http://www.youtube.com/watch?v=cv-zyGvDfuc&feature=player_embedded

Použitá literatúra

ALLARIA, B. 2012. *Practical Issues in Anesthesia and Intensive Care*. Milano : Springer, 2012. 160 str. ISBN 9788847024595.

ADAM, S.K. – OSBORNE, S. 2009. *Oxford Handbook of Critical Care Nursing*. New York : Oxford University Press, 2009. ISBN 978-0-19-921590-4.

ERTEL, W. – OBERHORZEL, A. et al. 2000. Incidence and clinical pattern of the abdominal compartment syndrome after “damage control laparotomy” in 311 patients with severe abdominal and/or pelvic trauma. In FÜGNER, D. – VOLNOHRADSKÝ, R. 2006. Syndrom bríšního přetlaku. Abdominální kompartment syndrom. In *Urologie pro praxi*. [on line]. 2006, č.1. str.11[cit. 2011-11-27].Dostupné na: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2006/01/02.pdf> ISSN - 1803-5299 .

FÜGNER, D. – VOLNOHRADSKÝ, R. 2006. Syndrom bríšního přetlaku. Abdominální kompartment syndrom. In *Urologie pro praxi*. [on line]. 2006, č.1. str. 8–11. [cit. 2011-11-27].Dostupné na: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2006/01/02.pdf> ISSN - 1803-5299 .

HERING, R. et al. 2001. The effects of prone positioning on intraabdominal pressure and cardiovascular and renal function in patients with acute lung injury. In *Anesthesia & Analgesia*. [on line]. May 2001 vol. 92, no.5, p. 1226-1231. [cit. 2011-11-22].Dostupné na: <http://www.anesthesia-analgesia.org/content/92/5/1226.long>

CHEATHAM, M.L. 2009. Nonoperative management of intraabdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. *World J Surg*, 2009, 33, p. 1116-1122. In KULA, R. a kol. 2010. Bríšní kompartment syndrom. In *Postgraduální medicína*. [on line]. 06/2010. [cit. 2011-12-30]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/brisni-kompartment-syndrom-452350>

KIMBALL, E.J. 2006. In *International Journal of Intensive Care*. [on line]. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: 'ARDS' of the gut. Spring 2006. str. 31-39. [cit. 2011-11-22]. Dostupné na: http://www.holtech-medical.com/low/recent_publications/Kimball.pdf

KULA, R. a kol. 2010. Břišní kompartment syndrom. In *Postgraduální medicína*. [on line]. 06/2010. [cit. 2012-02-05]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/brisni-kompartment-syndrom-452350>. ISSN 1212-4184.

MAŠEK, M. a kol. 2005. Optimální metoda měření nitrobřišního tlaku. In *Urologické listy*. [on line]. 2005. 3(1). [cit. 2011-11-22]. Dostupné na: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=ul_05_01_08.pdf

MATEJOVIČ, a kol. 2002. Effect of prone position on hepato-splanchnic hemodynamics in acute lung injury. In *Intensive Care Medicine*. [on line]. Vol. 28, No 12 (2002), p. 1750-1755, DOI: 10.1007/s00134-002-1524-y. [cit. 2011-11-29]. Dostupné na: <http://www.springerlink.com/content/fgm2vmypww24wj9m/>

MOLČÁNYI, T. – MOLČÁNYIOVÁ, A. 2005. *Akútne kompartment syndróm. Náhla chirurgická príhoda*. [on line]. Košice. 2005. ISSN neuvedené. [cit. 2011-11-17]. Dostupné na: <http://www.toon.sk/Koncatinovy%20AKS%20KNIHA%202005%20final.doc>

O'DONNELL, J.M. - NÁCUL, F.E. 2009. *Surgical Intensive Care Medicine*. 2.vyd. Springer, 2009. str. 722. ISBN 978-0-387-77892-1.

SATINSKÝ, I. 2010. *Nitrobřišní tlak u kriticky nemocných –kompartment syndrom*. [on line]. [cit. 2011-11-22]. Dostupné na: <http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=satinsk%C3%BD%2C%20i.%20nitrob%C5%99i%C5%A1n%C3%AD%20tlak%20u%20kriticky%20nemocn%C3%BDch%20%E2%80%93kompartment%20syndrom.&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fcsim.guarant.cz%2FFileHandler.ashx%3FFileID%3D812&ei=3R81T7-eONHCswbo36igDA&usq=AFQjCNFRp9OXz1S-Ms1aLPGkLDPssxIP9A&sig2=4JQHZZQXatpbmtycPzeTtg>

Adresa autora

Mgr. Jana Sedliaková

TU v trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava

E-mail: jana.sedliakova@truni.sk

V.A.C.® terapia v liečbe rán

¹Dominika KOTÚČKOVÁ, ² Alena URÍČKOVÁ

¹ Klinika detskej onkológie a hematológie, Transplantačná jednotka kostnej drene, DFNSP Bratislava, ² Trnavská Univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Cieľom príspevku je poskytnúť informácie o liečbe rán pomocou pôsobenia podtlaku, V.A.C.® systémom. Táto metóda patrí medzi moderné formy liečenia rán. V.A.C.® terapia spočíva v aplikácii peny do rany, jej vzduchotesným uzatvorením pomocou tesniacej fólie. Pôsobením podtlaku sa z rany odvádza exsudát, a zároveň stimuluje spodinu rany ku granulácii. Táto metóda umožňuje stále sledovanie rany, prevazy sú menej časté a tým menej traumatizujúce pre pacienta a menej finančne nákladné. V príspevku podávame informácie o indikáciách, kontraindikáciách použitia tejto terapie. Podtlakové uzatváranie rán našlo uplatnenie vo viacerých klinických odboroch, napriek tomu, že nepatrí k štandardným spôsobom ošetrovania rán. Účinok V.A.C.® terapie sme sledovali spracovaním kazuistiky pacienta s traumatickým poranením sakrálnej oblasti.

Abstract

The aim of this paper is to provide information on the treatment of wounds using vacuum therapy, by VAC ® system. This method belongs to the modern forms of healing wounds. VAC ® Therapy is the application of foam into the wound, closing it with an airtight seal with foil. Exposure to vacuum removes itself from the wound exudate, and also stimulates the wound bed granulation. This method allows continuous monitoring of wound, dressings are less frequent and less traumatic for the patient and less costly. This paper provides information on indications, contraindications to the use of this therapy. Vacuum wound closure has found application in many clinical fields, although not to the standard method of wound care. The effect of VAC ® therapy, we studied the processing of case reports of patients with traumatic injury to the sacral area.

Kľúčové slová: hojenie rán, V.A.C.® terapia, V.A.C.® system, podtlakové uzatváranie rán, kazuistika.

Keywords: woundhealing, V.A.C. ®-therapy, V.A.C. ® system, vacuum-sealing wounds, case.

Vákuová terapia je metóda, ktorá sa vo svete používa od konca 90. rokov 20. storočia v liečbe rán. Na Slovensku sa začala používať v roku 2006 uzatvorením zmluvy medzi firmou HARTMANN- RICO spol. s r. o. a americkou firmou KCI. V priebehu 10 rokov V.A.C.® terapia pomohla liečiť rany viac ako 3 000 000 pacientov na celom svete.

„V.A.C.® terapia bola definovaná ako nová účinná nefarmakologická fyzikálna metóda liečby rán, schopná modulovať proces hojenia rán“ (Banwell PE, 2003, s. 22-28). Podtlakové uzatváranie rán je moderná neinvazívna metóda aktívneho uzáveru rany, ktorá využíva lokálne pôsobiaci negatívny tlak na podporu liečby akútnych a chronických rán. Rana sa uzatvára na princípe odloženej sutúry (Stryja, 2008, s. 64).). Aplikácia podtlaku na ranu podporuje jej hojenie, uľahčuje odlučovanie infikovaného tkaniva alebo exsudátu, infekčný materiál je odvádzaný mimo ranu, podporuje granuláciu na bunkovej úrovni a kontrakciu rany, tým znižuje veľkosť rany, podporuje perfúziu tkaniva, zabezpečuje vlhkosť prostredia v rane (MEP, 2005, s. 2).

V.A.C.® terapia pozostáva z prístroja vytvárajúceho podtlak, ktorý je riadený spätnou väzbou priamo z rany (T.R.A.C.® technológia). K prístrojom V.A.C.® terapie patrí príslušenstvo, ktoré sa skladá zo zbernej nádoby, z peloty T.R.A.C. Pad®, penového krytia, fóliového krytia, z hadičiek spájajúcich penu v rane s V.A.C.® prístrojom. K dispozícii sú súpravy krytí na ruku, pätu, brušný krycí systém. Rozlišujeme čiernu polyuretánovú penu (PU), GranuFoam® (priemer pórov 600 µm), ktorej povrch stimuluje tkanivo ku granulácii a zároveň ranu uzatvára. Táto pena je vhodná pre infikované rany a rany so silnou sekréciou. Pena je hydrofóbná, to uľahčuje vylučovanie exsudátu. Biela pena, VersFoam™ (WhiteFoam™ priemer pórov 400 µm), je hydrofilná a zvlhčená sterilným roztokom, fyzikálne vlastnosti tejto peny zabráňujú prirastaniu ku tkanivu. Používa sa v situáciách, keď rast granulačného tkaniva do hubky musí byť riadený, alebo pre bolesti pacienti netolerujú čiernu penu. Pre vyššiu hustotu bielej peny je potrebné nastavenie vyššieho tlaku, aby bol pri terapii rovnomerne rozdelený (Zöch, 2005).

Pred aplikáciou terapie rana musí byť zbavená prípadného nekrotického tkaniva, musí byť dostatočne otvorená aby sa zaistila drenáž (Ševčíková, 2010, s. 24). Aplikácia V.A.C.®

systému na ranu prebieha za prísne aseptických podmienok. Lekár odmastí a dezinfikuje okolie rany a dôkladne ju vyčistí. Následne sa prispôsobí zvolená pena veľkosti rany, a vloží sa do nej. Ak je potrebné použiť viac kusov penového krytia, treba dbať na to, aby všetky okraje peny k sebe tesne priliehali, pre rovnomernú distribúciu podtlaku. Ďalším krokom je nalepenie tesniacej fólie, aby prekryvala 3 až 5 cm zdravého tkaniva, tak aby bolo zaistené vákuum. Do fólie sa vyreže asi 2 cm veľký otvor, na ktorý sa nalepí podložka s hadičkou (pelota T.R.A.C. Pad®). Hadička z peloty sa spojí s hadičkou zo zbernej nádoby, ktorá je uložená v prístroji V.A.C.® systému. Po nastavení podtlaku a režimu na displeji prístroja, sa zaháji terapia a pena v rane do minúty skolabuje. Pokiaľ pena nekolabuje je potrebné skontrolovať dokonalé tesnenie nalepenej fólie. Nastavenie podtlaku je možné meniť v závislosti od potrieb pacienta a pociťovania bolesti. Na prístroji je možné nastaviť kontinuálny či intermitentný režim terapie.

V.A.C.® systém podporuje angiogénu, zvyšuje lokálny krvný prietok dekompresiou malých ciev a stimuláciou rastu endotelií (Ševčíková, 2010, s. 23). Podtlakom je z rany odstraňovaný nadbytočný exsudát, dilatujú sa novovytvorené kapiláry, z rany sa odstraňuje infekčný agens, mechanickou stimuláciou špongie je podporovaný rýchlejší rast granulačného tkaniva (MEP, 2005, s. 21).

Indikáciou pre podtlakové uzatváranie sú rany hlboké i povrchové, povlečené a infikované, exsudujúce, stagnujúce rany, čisté i gratulujúce. Chronické rany: ulcerácie pri diabetickej nohe, bérce vrede žilového i arteriálneho pôvodu, dekubity. Akútne, traumatické a komplikované akútne rany, ranné dehiscencie, skoré infekčné komplikácie, eviscerácie, „otvorené brucho“ a „otvorený hrudník“, osteomyelitída sterna, mediastinitída, stratové poranenie kožného krytu, popáleniny, krytie dermoepidermálnych štepov (Stryja, 2008, s. 64). Medzi absolútne kontraindikácie použitia V.A.C.® systému patrí: nekrotické tkanivo s escharou, suchá gangréna. Relatívne kontraindikácie aplikácie vacuum sealingu: neliečená osteomyelitída, neenterálna alebo nevyšetrená fistula, obnažené cievy, alebo orgány, šľachy a vnútrobrušné orgány na spodine rany, poruchy zrážanlivosti (Stryja, 2008, s. 64). Zvláštne opatrenia a zvýšenú opatrnosť je nutné dodržiavať u pacientov s aktívnym krvácaním, ťažkými hemostázami, u pacientov s antikoagulačnou liečbou.

Pri používaní V.A.C. ® systému je potrebné:

- uistiť sa, že pacient je vhodný kandidát na liečbu V.A.C.® systémom,

- dodržať inštrukcie a bezpečnostné informácie, ktoré sprevádzajú KCI produkty,
- overiť si správnosť diagnózy a informovať sa o všetkých základných a súvisiacich ochoreniach,
- primeraný výber V.A.C.® krytia,
- neaplikovať V.A.C.® GranuFoam® alebo V.A.C. VersaFoam™ priamo nad odhalené orgány, krvné cievy, anastomózy, nervy,
- zabezpečiť primeraný debridement rany pred liečbou (minimálne 24 hodín),
- zabezpečiť dobré tesnenie rany (fóliou) s aplikovanou penou,
- vždy spočítať a dokumentovať celkový počet kusov peny vlozenej do rany, dokumentovať dátum vloženia, výmeny či zmeny počtu použitej peny,
- neponechať V.A.C.® krytie v rane ak je terapeutická jednotka vypnutá viac ako 2 hodiny, udržať tak V.A.C.® terapiu aktívnu po dobu najmenej 22 hodín za 24 hodín,
- nepretržite monitorovať, kontrolovať a reagovať na alarmy (pri blokovaní odtoku, znížení tlaku),
- ak nedochádza k zlepšeniu do 2 týždňov, treba prehodnotiť liečebný plán,
- penu do rany nevŕhať, ale jemne ju do rany vložiť,
- podľa potreby požiadať o radu od miestneho zástupcu KCI /HARTMANN/ (KCI-Form and Brochures; V.A.C.® Therapy Clinical Guidelines, www.kci.com).

Podtlakové uzatváranie rán našlo uplatnenie vo viacerých klinických odboroch, napriek tomu, že nepatrí k štandardným spôsobom ošetrovania rán.

- v hrudníkovej chirurgii a kardiochirurgii,
- v traumatológii,
- v onkológii,
- V.A.C.® terapia infikovaných rán,
- v liečbe rán u diabetických pacientov.

Uzavretím zmluvy medzi HARTMANN a americkou spoločnosťou KCI, v septembri 2006 sa stala spoločnosť HARTMANN- RICO výhradným distribútorom a predajcom produktov V.A.C.® terapie. Rany ošetrované pomocou tejto metódy sa hoja oveľa lepšie a rýchlejšie, čím klesajú náklady na liečbu. Prvotné náklady sú vyššie, no celkové náklady na liečbu sú nižšie vďaka kratšiemu času terapie (Hartmann- Rico spol. s r.o., 2006). Slovenské nemocnice majú možnosť využiť formu prenájmu alebo zapožičania prístrojov V.A.C.®

Therapy™ a môžu si zakúpiť potrebné množstvo. Zákazníci využívajú prístroje V.A.C.® terapie uzatvorením zmluvy o prenájme alebo zapožičaní, príslušenstvo k prístroju si zákazníci musia dokúpiť (Krenyitzká, 2007).FNsP Bratislava (UNB) je prvým zdravotníckym zariadením, ktoré získalo od spoločnosti Hartman- Rico štatút V.A.C.® Therapy™ (UNB, 2010).

KAZUISTIKA

Výber problému

Starostlivosť o pacienta s ranou prináša so sebou hľadanie vhodného spôsobu liečenia a starostlivosti o rany. Zle hojace rany sú veľkým problémom pre samotného pacienta i pre ošetrojúci personál, ktorý sa snaží liečiť rany čo najefektívnejšie. Pri starostlivosti o rany sa zvytvávajú moderné metódy terapie, ktoré pacienta traumatizujú minimálne a sú účinné. Medzi tieto metódy patrí aj podtlakové uzatváranie rán pomocou V.A.C.® systému.

Cieľom je:

- sledovať pôsobenie V.A.C.® systému u pacienta s komplikovaným defektom v oblasti sakra a perinea
- sledovať proces hojenia rán,
- prezentovať praktické skúsenosti pri ošetrovaní rán pomocou V.A.C.® systému.

Výber metodiky

Ako metodiku sme zvolili kazuistiku. Použitie V.A.C.® systému ako liečebnej metódy je jedinečný prípad, kazuistika ako prípadová štúdia je vhodná metóda na prezentáciu prípadu, ktorý je špecifický.

Výber prípadov bol zámerný na základe použitia V.A.C.® terapie pri ošetrovaní rán.

Spôsob získavania informácií

Hlavným zdrojom informácií bola zdravotná dokumentácia pacienta, ošetrojúci personál, pacient. Informácie sme získavali neštruktúrovaným rozhovorom.

V kazuistike sledujeme prípad 28- ročného pacienta s psychiatrickou diagnózou, schizofrénia. Pacient bol privezený RZP na centrálny príjem, po vyskočení zo 4. poschodia. Následne bol

prijatý na KAIM pre polytraumu. Pacient bol analgosedovaný napojený na UPV. Má početné zlomeniny, rozsiahle devastačné poranenie v oblasti os sacrum a perinea. Pacientovi boli vykonané operačné výkony sigmostómia, osteosyntéza ľavého femoru, operácia sakrálnej oblasti pre plynové fenomény. Pacient bol postupne odpojený od UPV, v stabilizovanom stave bol preložený na JIS chirurgickej kliniky. Tu je pacient pozorovaný po operačných výkonoch, sledujeme a ošetrujeme prítomné poranenia. Počas hospitalizácie na JIS chir. kl. U pacienta došlo k dekompenzácii schizofrénie. Pacient bol nekludný, počul hlasy, pri ošetrovateľskej starostlivosti nespokojný. Konzultovaný psychiater ordinoval farmakoterapiu, ktorú sme mu pri zhoršení psychického stavu podávali. Na JIS chir. kl. sledujeme stav rany na ľavom stehne po vykonanej osteosyntéze femoru. Rana bola zhojená per primam. Pri rane v sakrálnej oblasti a perinea došlo počas ošetrovania k viacerým komplikáciám.

17.12. 2010 bola vykonaná revízia sakrálnej oblasti na operačnej sále, pre zhoršenie lokálneho nálezu. Vykonaný sa debridement, laváž, drenáž rany. Pri výkone bolo odstránené devitalizované tkanivo, výplach kapsy v sakrálnej oblasti Betadínom a H₂O₂, na ranu bola aplikovaná drenáž.

23.12.2010 Na ranu bol aplikovaný vacuum sealing. Rana javí známky infektu, je začervenaná. V.A.C. ® systém je funkčný, nastavili sme podtlak 200mmHg, kontinuálny režim odsávania.

25.12. 2010 Dnes sme uskutočnili preváz V.A.C. ® systému, v defekte je prítomná drénovaná dutina, ktorá je atonická so supuráciou, prístroj odvádza exsudát.

27.12. 2010 V rane sa vytvorila dutina, ktorá bola vyplnená pusom, vykonaný bol operačný výkon nekrektómie. Defekt má podmínované okraje, spodina rany je povlečená, prítomné sú tu kostné sekvestre, ktoré boli chirurgicky odstránené. Podkožná kapsa bola doširoka otvorená, je v nej prítomná hemostáza. Defekt je pripravený na vacuum sealing.

28.12. 2010 Na ranu bol opätovne aplikovaný V.A.C.® systém, odvádza purulentný obsah. U pacienta došlo k výstupu febrilit, ktoré pretrvávali i napriek podávanej ATB terapie.

5.1.2011 bol V.A.C.® systém zrušený, na rane sa následne vykonala adaptačná sutura kože, rana bola zabezpečená drenážnym systémom, vyplachovaná dezinficienciami (Betadine, Dermacyn). Rana prejavuje známky infekcie. Kultivačným vyšetrením bol v rane zistený *Proteus mirabilis*, pacientovi sme podávali ARB podľa ordinácie infektológa.

17.1.2011 Pacientovi z rany v sakrálnej oblasti vypadol drenážny systém, z oblasti konečníka začal pod tlakom vytekať hnis, predpokladaný bol absces v malej panve s komunikáciou s rektom. CT vyšetrením bol absces potvrdený. 19.1.2010 Pacientovi bola vykonaná drenáž lumbosakrálnej oblasti, z rany sa počas zákroku odstránilo devitalizované tkanivo. Rana je povlečená, supurujúca, v rane sú viditeľné kostné sekvestre. 28.1.2011 U pacienta bola vykonaná nekrektómia v sakrálnej oblasti, rana bola doširoka otvorená s odstránením kostných sekvestrov. Pacientov stav bol vyhodnotený ako osteomyelitída sakra. Pacientovi bol opätovne indikovaný a naložený V.A.C.® systém, nadstavený podtlak 200 mmHg, kontinuálny režim odsávania. Do rany sme na spodinu rany aplikovali neadherentné krytie, na ktoré sme aplikovali VersFoam™, pre prítomnosť kostných výčnelkov na spodine rany. Pred naložením systému boli rozmery rany 19x12x8,5cm.

5.2.2011 Pozorujeme hojenie rany, jej rozmery sú 16cm x 9cm x 5cm. Systém je funkčný odvádza ružový skalaený obsah.

11.2. 2011 Pokračujeme v zavedenej terapii. Rozmery rany: 13cm x 8cm x 3cm.

18.2. 2011 Pacient si odtrhol spojovaciu hadicu V.A.C. ® systému. Vykonali sme preväz rany, súčasne odobraté vzorky na kultivačné vyšetrenie. Rozmery rany 12cm x 7,5cm x 2,5 cm. Systém odvádza z rany exsudát.

V rane bola bakteriologickým vyšetrením bola v rane zistená MRSA, u pacienta sme zaviedli bariérový spôsob ošetrovania. Pacientovi sme podávali ATB podľa ordinácie infektológa. Z rany bol odvádzaný prevažne serózny až skalený ružový exsudát. 28.2. 2011 Rozmery rany 10,5cm x 6,5cm x 2cm.

14.3. 2011 Rana je kľudná, granulujúca. Pri zrušení V.A.C.® terapie, po 46. dňoch, sú rozmery rany 8,5x5x1,5 cm. Pacienta bolo nutné počas poskytovanej terapie fixovať k posteli, pretože bol nekludný, zliezal z postele a tým si zrušil V.A.C.® systém.

Po odstránení V.A.C.® systému bola pacientovi indikovaná, a vykonaná plastika defektu sakrálnej oblasti. Okraje rany boli k sebe prišité, v strede bol ponechaný otvor veľkosti cca 5x5 cm, ktorý ošetrujeme prostriedkami vlhkej terapie (TenderWet®). Predpokladáme úplne zhojenie defektu v sakrálnej oblasti.

Stómia, ktorá bola pacientovi vyšitá pre poranenie oblasti perinea, je ponechaná. Dôvodom je neúplne zhojenie defektu. Ďalší dôvodom je aj uľahčenie hygienickej starostlivosti, keďže je pacient ležiaci.

Pacientovi je indikovaný preklad na oddelenie dlhodobó chorých. Po prepustení z ústavnej starostlivosti, bude umiestnený do sociálneho zariadenia.

Analýza

V sledovanom prípade pozorujeme pozitívny vplyv V.A.C. ® systému pri liečení rán. Systém bol na ranu celkovo naložený dvakrát. Pri prvom použití nebola rana dostatočne vyčistená, u pacienta pretrvávali ferbility, a preto bola terapia V.A.C. ® systémom prerušená. Pri opätovnom nasadení sa rana chirurgicky pripravila, vykonala sa nektrektómia, doširoka sa otvorila, súčasne boli odstránené kostné sekvestre. Stav pacienta je hodnotený ako osteomyelitída sakra. Na ranu bol aplikovaná V.A.C. ® terapia. Nadstavenie podtlaku bolo 200mmHg, kontinuálny režim odsávania. Pri tomto nadstavení pri pravidelných preväzoch pozorujeme postupné zlepšovanie stavu rany, spodina je granulujúca, okraje začínajú priliehať k sebe. Z počiatočných rozmerov rany, po chirurgickej príprave na vacuum sealing, 19cm x 12cm x 8,5 cm, počas 46. dňoch aplikácie tejto metódy, sa zmenšili na 8,5cm x 5cm x 1,5cm. Po ukončení terapie vacuum sealingom sa vykonala plastika defetku, kedy boli okraje rany prišité k sebe, v strede sa ponechal otvor veľkosti 5x5cm, ktorý je ošetrovaný prostriedkami vlhkej terapie. Napriek viacerým komplikáciám u pacienta došlo k zhojeniu defektu.

Diskusia

Moderné krytia nie sú i napriek svojim priaznivým účinkom využívané pri ošetrovaní rán v bežnej praxi. Mnoho lekárov pri liečbe rán stále pokračuje vo svojich zvyklostiach a na ošetrovanie využívajú tzv. klasickú terapiu. Pod klasickou terapiou rozumieme aplikáciu polotuhých a kvapalných liečivých prípravkov, ktoré sa aplikujú priamo do rany. Určitou výhodou týchto prípravkov je ich cena. Majú však množstvo nevýhod, medzi ktoré patrí nedostatočný popis indikácii použitia prípravkov, niektoré zložky môžu vyvolávať nečakané reakcie, nevýhodou je častá výmena krytia, a problematické je zvládnutie nadbytočného exsudátu (Kopal, 2010, s.180-185). Moderné krytia poskytujú rane priaznivé prostredie pre proces hojenia, ako je napríklad zabezpečenie vlhkého prostredia v rane, odvádzanie exsudátu z rany, netraumatizujú rany pri preväzoch, sú prispôsobené potrebám rany počas jednotlivých fáz hojenia. Avšak ani to najmodernejšie krytie nezabezpečí zahojenie rany bez dôkladného manažmentu ošetrovania rán. To pozostáva z určenia etiológie vzniku rany, identifikácie

a eliminácie faktorov predlžujúcich hojenie. Ďalšími krokmi manažmentu ošetrovania rán je individuálny návrh stratégie liečby rany pre každého pacienta, potrebná je liečba systémová i lokálna (Pospíšilová, 2009, s 8-12).

Lehocká (2009) sa práci zameriava na porovnanie ošetrovateľskej starostlivosti o chronickú ranu na Slovensku a v Rakúsku. Porovnáva kazuistiky dvoch pacientiek s rovnakou chronickou ranou, medicínskou diagnózou Alzheimerova choroba, pacientky sú imobilné, inkontinentné, obom pacientkám je starostlivosť poskytovaná v ADOS. 77-ročná pacientka je zo Slovenska s dekubitom III. štádia v sakrálnej oblasti, preväzy sa je vykonávajú denne. Terapia trvala 10 mesiacov, k ošetrovaniu sa používali: 1% Chloramín, 3% H₂O₂, Actisorb Plus, Inadine, Granuflex, Aquagel, Menalind pasta. Počas sledovania pacientky nedošlo k zahojeniu dekubitu. 90-ročná pacientka z Rakúska, taktiež s dekubitom v sakrálnej oblasti III. štádium, bola ošetrovaná pomocou Aqucelu Ag, Suprasorbu A so striebrom, a pomocou V.A.C.® systému. U pacientky v priebehu 7 mesiacov došlo k úplnému zahojeniu dekubitu. Z uvedeného vyplýva že lepšie výsledky boli dosiahnuté v Rakúsku. V rakúsku majú dôkladne vypracovaný plán terapie rán, na ošetrovaní rán sa podieľajú sestry manažérky ošetrovania chronických rán, sestry sú pravidelne školené, a každá musí prejsť kurzom ošetrovania chronických rán. Ako zabezpečenie právnej ochrany majú dôkladne vypracovanú dokumentáciu ošetrovania, ktorej súčasťou je i fotodokumentácia.

Frantová (KAIM, FN Trnava) popisuje prípad 57-ročnej pacientky, ktorá bola prijatá na KAIM po vykonaní plastiky mitrálnej chlopne, s dekubitom v sakrálnej oblasti. Rozmery dekubitu 17x18 cm. Na ľavej dolnej končatine, po odbere cievneho štepu je prítomná dehiscencia rany, s nekrózou. Po chirurgickom odstránení devitalizovaného tkaniva sa na rany aplikovala V.A.C.® terapia, ktorá dopomohla hojeniu rán.

Howel (2008) informuje o priaznivých účinkoch kombinácie V.A.C.® systému s APWT pri liečbe infikovaných rán. Uvádza, že v priebehu 4-12 týždňov dochádza k zmenšeniu objemu rany cca o 99-100% a plochy rany o 82- 100%. Kombináciou týchto metód sa skracuje interval liečby do sekundárnej suture infikovanej rany približne o 1/3 až 1/2 času oproti samotnej V.A.C.® terapii (Vrabec, 2009, s. 4-7).

V našej práci sledujeme prípad 28-ročného pacienta s rozsiahlym defektom v oblasti sakra a perinea, traumatického pôvodu. Išlo o komplikované poranenie, kde bolo vykonaných viacero operačných zákrokov, pre hromadenie hnisu a následné vytvorenie abscesu v malej

panve, a osteomyelitídou sakra. V rane bola zistená prítomnosť MRSA, ktorá bola liečená ATB terapiou. V rane boli prítomné kostné sekvestre, pre ktoré sme na spodinu rany priložili VersFoam™ penu, v kombinácii s GranuFoam® penou. Rozmery rany pred začatím terapie boli 19x12x8,5 cm. Po 46. dňoch terapie pomocou V.A.C.® systému rana dosahovala rozmery 8,5x 5x 1,5 cm. Rana je granulujúca, okraje epitelizujúce. Pacientovi bola vykonaná plastika defektu sakrálnej oblasti, okraje rany boli prišité k sebe, v strede bol ponechaný otvor veľkosti 5x5 cm, ktorý ošetrujeme prostriedkami vlhkej terapie. U pacienta predpokladáme úplne zhojenie defektu.

Uvedené prípady ukazujú priaznivé účinky V.A.C.® terapie na hojenie rán. Použitie a pôsobenie V.A.C.® terapie je však vysoko individuálne. Ukázali sa aj isté riziká rozvoja anaeróbnej infekcie. Preto treba poukázať na individuálny prístup. Počas terapie je dôležitý monitoring bolesti. Ak pacient nedokáže znášať pôsobenie podtlaku, nie je vhodné použitie tejto metódy.

Zle hojace sa rany vo veľkej miere ovplyvňujú kvalitu života pacienta i jeho blízkych. Úspešné hojenie rán môžeme dosiahnuť iba spoluúčasťou pacienta pri terapii. Ošetrovanie rán je veľmi zložitý proces, od ktorého sa očakáva úspešné zahojenie rany. Nie vždy je to ľahká a úspešná úloha. Ošetrovanie rany neznamena len jej preväz, ale celkovú starostlivosť o pacienta. Diagnostika, prevencia a liečba chronických rán sa stala stredom záujmu sestier i lekárov. V súčasnosti je na trhu množstvo nových, moderných pomôcok určených na ošetrovanie rán, ktoré vytvárajú priaznivé prostredie pre proces hojenia. K týmto metódam patria prípravky klasickej, vlhkej, vákovej, kompresívnej terapie, debridement rán, fototerapia.

Použitá literatúra

HANOUSKOVÁ, J. 2009. Prevaz rány za použitia V.A.C.® systému. In *Pro sestry (Urologie pro Praxi)*. [online]. [cit. 2010.12.10.]. Dostupné na internete: <http://www.solen.cz/pdfs/uro/2009/04/08.pdf>. 2009. 10 (4).

HARTMAN. Liečba rán- spôsoby liečby. [online]. [cit. 2010. 11.05.] Dostupné na internete: <http://www.hojenieran.sk/o-liecbе-ran/sposoby-liecbы>

KMINIAK, R. 2009. Využitie V.A.C.® v liečbe chronických rán- naše prvé skúsenosti. In *Slovenská chirurgia*. ISSN 1336-5975, 2009, roč. 9, č.1, s. 10-14.

KRENYITZKÁ, Z. 2007. V.A.C.® Therapy™, neinvazívny a dynamický systém, ktorý urýchľuje hojenie rán, sa etabluje na slovenskom trhu. [online]. [cit. 2010 11.11.]. Dostupné na internete:

<http://www.lady.sk/index.php?kategoria=99&id=4608&PHPSESSID=53664a7fob9239841>

LABODOVÁ, Z. 2001. Rany a ich ošetrovanie. [online]. [cit. 2010. 10. 20.] Dostupné na internete: http://www.szs.edu.sk/projects/advs2001/vallusova_labodova/rany.htm#sposoby.

LEHOČKÁ, D. 2009. Ošetrovanie rán v domácom prostredí. III. Celosvetová konferencia sestier pracujúcich v chirurgických odboroch. [online]. Martin. [cit. 2010. 11.02]. Dostupné na internete: <http://www.mfn.sk/data/sem/16.pdf>.

Liečenie rán novým spôsobom. 2010. Univerzitná nemocnica Bratislava. [online]. [cit. 2010.11.10]. Dostupné na internete: <http://www.fnspba.sk/aktuality.htm> IČO: 3181386.

MORYKWA, M.J. 2001. Effects of Varying Levels of Subatmospheric Pressure on the Rate of Granulation Tissue Formation in Plastic Surgery. [online]. [cit. 2011.1.5]. Dostupné na internete:

http://journals.www.com/annalsplasticsurgery/Abstract/2001/11000/Effects_of_Varying_Levels_of_Subatmospheric.13.aspx 2001, roč. 47, vyd. 5- pp 547-551,

STRYJA, J. 2008. *Repetitorium hojení ran*. 1. vyd. Semily: GEUM. 2008. 199s. ISBN 978-80-86256-60-3

ŠEVČÍKOVÁ, V. 2010. Liečba chronických rán vonkajšou kompresiou a negatívnym tlakom. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2010, roč. 9, č. 3-4, s. 22-24.

TOPORCER, T. 2006. Podtlakové uzatváranie rán- nové poznatky a možnosti aplikácie. In *Časopis lékařů českých*. ISBN 0008-7335, 2006, č. 9, s. 702-707.

V.A.C.® Therapy™ Klinické smernice. 2005. Referenčný zdroj pre klinický personál. ISBN 90-78026-01-4

VRABEC, J. 2009. Súčasná liečba infekcie operačnej rany. In *Slovenská chirurgia*. ISSN 1336-5975, 2009, č. 3-4, s. 4-7.

ZŮCH. 2005. In bakalárska práca: *Nové trendy ošetrovania dekubitov v internom ošetrovatel'stve*. Rampachová. Trnava 2007

ŽIVICKÁ, M. 2009. V.A.C. terapia- komfort pre pacienta a sestru. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2009, roč. 8, č. 5-6, s. 31-32.

Adresa autorov

Bc. Dominika Kotúčková

Bojničky 238

920 55 Bojničky

E-mail: dominika.kotuckova@gmail.com

PhDr. Alena Uričková, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, FZaSP

Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava

alena.urickova@truni.sk

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti pri liečení defektov na dolných končatinách v domácom prostredí

2

¹Alena DZIACKA, ²Andrea BOTÍKOVÁ, ³Miroslav RYSKA

^{1,2,3} Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Jednou z foriem ošetrovateľskej starostlivosti je domáca ošetrovateľská starostlivosť, ktorá sa vyznačuje najmä komplexnosťou ošetrovateľskej starostlivosti a zabezpečením dostupnosti starostlivosti pre každého, kto ju potrebuje. Poskytovaná je pacientovi v domácom prostredí prostredníctvom sestry z agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) so špecializáciou v komunitnom ošetrovateľstve. Základné princípy, pravidlá a špecifické črty ošetrovania mimo nemocničných zariadení treba chápať z hľadiska autonómnej, nezávislej činnosti sestry, ktorá má povinnosti a zodpovednosti stanovené legislatívne. Cieľom domácej ošetrovateľskej starostlivosti je aktívna odborná pomoc pri uspokojovaní potrieb pacienta súvisiacich s jeho telom a dušou, metódou ošetrovateľského procesu, ktorá má v domácom prostredí veľký význam pre pacienta, jeho rodinu, sestru poskytujúcu ošetrovateľskú starostlivosť i ostatných členov tímu, ktorí sú do tohto procesu zapojení. Systém starostlivosti je zameraný na výsledok s cieľom poskytnúť pacientovi kvalitnú starostlivosť a dodržiavať efektívnosť nákladov.

Kľúčové slová: manažment ošetrovateľskej starostlivosti, domáca starostlivosť, vredová choroba predkolenia, sesterské intervencie, komunitná starostlivosť.

Etiopatogenéza, symptomatológia, diagnostika a liečba ochorení cievneho systému dolných končatín

Častými príčinami ochorení cievneho systému na dolných končatinách sú poruchy prítoku a odtoku krvi. Zužovanie ciev je spôsobené najmä usadzovaním sa zvýšeného množstva tukových látok v krvi na vnútorných stenách ciev. Dochádza k stáze krvi a sú narušené chlopne v žilách a prúdenie krvi smerom k srdcu. Krv zostáva v dolných končatinách dlhšie a svojim tlakom rozťahuje žily, čo má za následok vznik varixov (Šafránková, Nejedlá, 2006). Prejavom chronickej žilovej nedostatočnosti na dolných končatinách, ktorá postihuje takmer 60 % našej populácie je chronická rana predkolenia (ulcus cruris), ktorá vznikne u 2 %. K vytvoreniu vredu predkolenia prispieva predovšetkým dlhé státie, opakované zápaly

hlbokých žíl a nesprávna životospráva (Šafránková, Nejedlá, 2006). Vysoké riziko vzniku ochorenia periférneho obehového systému majú nasledujúce skupiny populácie: fajčiari, diabetici, obézni, ľudia s vysokým krvným tlakom alebo s vysokou hladinou cholesterolu, s chronickými zmenami na koži, ľudia v dlhodobom emocionálnom vypätí. (Šafránková, Nejedlá, 2006). Medzi neovplyvniteľné faktory patrí dedičná dispozícia, pohlavie a vek. V počiatočných štádiách ochorenia nemá pacient zjavné príznaky, čo je aj hlavným dôvodom, prečo ochorenia periférneho obehového systému ostávajú dlho nediagnostikované. V závislosti od uzáveru sa prejavujú nasledujúce príznaky (Vörösová, 2005): claudicatio intermitens, bolesť v kľude, zoslabený až vymiznutý pulz pod miestom zúženia, posturálne zmeny zafarbenia kože.

Rozoznávame 4 štádiá chronickej ischemickej choroby dolných končatín:

- I. Asymptomatické - pacient bez ťažkostí, auskultačne šelest' na tepnách.
- II. Klaudikačné - charakterizuje ju typická námahová bolesť, objavujúca sa počas chôdze (klasifikovaná podľa Fontaina), ktorá prinúti pacienta spomaliť, krívať až zastaviť chôdzu. Priemerne za 3 – 4 minúty pacient je schopný pokračovať ďalej v chôdzi. Vznik bolesti môže byť postupný alebo náhly (Kaščák, 2005).
- III. Trofické zmeny (suchá – šupinatá koža, vývoj teplotného rozdielu nad a pod stenózou, atrofia svalov a mäkkých tkanív, stály tvrdý opuch, hyperpigmentácia, ekzém).
- IV. Ulcus cruris, gangréna.

Diagnostika sa opiera o subjektívne príznaky pacienta, fyzikálne vyšetrenia (prítomnosť varixov, opuch, farba kože, palpačne bolestivosť, teplotu kože, Hormansov príznak, vitálne funkcie), zobrazovacie vyšetrenia (ultrasonografia, Dopplerovská sonografia, flebografia, pletysmografia), laboratórne vyšetrenia (hematologické, hemokoagulačné, biochemické, mikrobiologické).

Terapia chronickej ischemickej choroby dolných končatín sa riadi štádiom choroby: eliminácia rizikových faktorov, farmakoterapia (antiagreganciá, antikoagulanciá, vazodilatanciá, diuretiká), chirurgická (bypassy, tepenné spojky, embolektómie, perkutánna transluminálna angioplastika). Dôležitú úlohu v procese hojenia rán zohráva vek pacienta, stav výživy, pridružené ochorenia, účinky celkovo podávaných liekov. Nezávisle od druhu rany a rozsahu straty tkaniva prebieha hojenie vo fázach, ktoré sa časovo prekrývajú a ktoré od seba nemožno oddeliť (Gericke, Švestková, Sekáč, 2002).

- *Čistiaca fáza* – exudatívna fáza slúži na vyčistenie rany. Porucha výživy, ktorá má za následok vznik vredu, podporuje chronicitu rany a do značnej miery bráni v činnosti samočistiacim mechanizmom. Cestou von z tohto bludného kruhu môže zabezpečiť kompresívna terapia, ktorá je nevyhnutná pre zlepšenie hemodynamiky a cielené liečebné opatrenia vedúce k vyčisteniu rany. K dispozícii máme celý rad hydroaktívnych krytí s rôznymi mechanizmami účinku (Sorbalgon, Tender Wet, Hydrocoll, Hydrosorb). Podpornými prostriedkami sú obklady, výplachy alebo sprchovanie vredu pri preväzoch, kedy je možné použiť Ringerov roztok, 3% borovú vodu, slabo ružový roztok KMnO_4 a ďalšie iné roztoky.
- *Granulačná fáza* – v proliferačnej fáze nastáva novotvorba krvných ciev a tvorba granulačného tkaniva, ktoré postupne vyplní defekt. Ak je spodina rany čistá, začne sa tvoriť granulačné tkanivo, avšak len za predpokladu, že hemodynamická porucha, ktorá vznik vredu spôsobila, sa kompenzuje adekvátnou kompresívnou terapiou. Živé, zdravé granulácie nie je potrebné ďalej čistiť. Na ďalšiu podporu rastu stačí vytvorenie a udržanie vlhkého prostredia pomocou vhodných hydroaktívnych krytí na rany (Hydrosorb). Ak rana vyschne, tkanivo sa opäť stráca v dôsledku odumierania buniek.
- *Fáza epitelizácie* - v diferenciacnej fáze dozrievajú kolagénne vlákna, prebieha výstavba jazvovitého tkaniva a kontrakcia a epitelizácia rany. Vytvorené granulačné tkanivo ponúka bunkám epitelu vlhkú sklznú plochu a je nevyhnutným predpokladom pre mitózu a migráciu buniek epitelu. Úlohou krytí v epitelizačnej fáze je aj naďalej udržiavať vlhké prostredie v rane (Hydrosorb).

Pri používaní vlhkého spôsobu ošetrovania rán pacienti udávajú elimináciu bolesti. Pretože sa moderné krytie na ranu nelepí, je dôležitý aj jeho atraumatický účinok. To znamená, že pri výmene obväzu sa bunky nepoškodzujú, ale naopak zachováva sa klud v rane, ktorý je pri procese hojenia tak dôležitý (Gericke, Švestková, Sekáč, 2002).

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s vredovou chorobou predkolenia v domácom prostredí

Pacienti s ochoreniami vaskulárneho systému na dolných končatinách s rozsiahlymi kožnými léziami, vyžadujú každodennú ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú sestrou z ADOS. Sestra pri získavaní informácií od pacienta klienta sa zameriava hlavne na pozorovanie z

dôvodu variabilnosti príznakov (Vörösová, 2005). Disponuje širokým spektrom vedomostí týkajúcich sa všetkých orgánových systémov.

Posudzovanie potrieb pacienta

Sestra získava informácie z rôznych aspektov: osobná anamnéza (pohlavie, predchorobie, rizikové faktory, abúzy, výška, váha, tolerancia fyzickej aktivity, spánok, chuť do jedla, vylučovanie, úrazy, operácie), rodinná anamnéza (výskyt ochorení kardio – vaskulárneho systému v rodine, vrodené predispozície), alergická anamnéza (alergie na lieky, potraviny, iné alergie), pracovná a sociálna anamnéza (zamestnanie, pracovné vyťaženie, spôsob života, vzťahy v rodine, v práci, stresové situácie a ich zvládanie), gynekologická anamnéza (začiatok menštruácie, pôrody, aborty, menopauza, hormonálna antikoncepcia, operácie). Kvalitná ošetrovateľská koncepcia pri *ulcus cruris venosum* predpokladá správne posúdenie stavu rany, stanovenie fázy hojenia, zhodnotenie obehových pomerov v závislosti od celkového stavu organizmu. *Pri posúdení stavu rany sestra posudzuje:* lokalizáciu rany, rozsah poškodenia, stav okrajov rany, stav spodiny rany, povahu exudácie (hnis, krv, infekčnosť).

Riešenie najčastejších sesterských problémov

V súvislosti so stanovovaním sesterských diagnóz, ktoré odrážajú široké spektrum problémov klienta pri ochoreniach vaskulárneho systému dolných končatín bude dominovať: zmenená perfúzia tkanív, chronická bolesť, narušená integrita kože, intolerancia aktivity, narušený obraz tela, deficit vedomostí, strach, úzkosť, porucha spánku, riziko infekcie.

Plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta s vredovou chorobou predkolenia v podmienkach ADOS.

Regulácia a stimulácia jednotlivých fáz procesu hojenia zabezpečuje kvalitnejší priebeh hojenia rany. Nemalú rolu zohráva aj pripravenosť a schopnosť sestry motivovať pacienta na dlhodobú terapiu.

Cieľ ošetrovateľskej starostlivosti: odstrániť bolesť, obnoviť celistvosť kože, zapojiť pacienta do spolupráce v starostlivosti o ranu, zlepšiť psychiku pacienta, zamedziť vzniku a šíreniu infekcie, poskytnúť pacientovi dostatok informácií o ochorení a prevencii.

Intervencie sestry:

- vysvetliť pacientovi význam dôkladného a pravidelného ošetrovania rany,
- vypracovať individuálny ošetrovateľský plán pre pacienta v súvislosti so stavom rany,
- získať pacienta pre spoluprácu pri ošetrovateľskej starostlivosti ,
- zabezpečiť dostatok sterilných pomôcok pre ošetrovanie rany na potrebné obdobie,
- podľa ošetrovateľského štandardu vykonávať ošetrovanie vredu predkolenia,
- pri každom ošetrovaní sledovať hojenie rany,
- pri výskyte komplikácií (zvýšená bolestivosť, zápalové parametre) konzultovať lekára,
- povzbudzovať pacienta k vyjadrovaniu svojich pocitov, obáv a očakávaní,
- upozorniť pacienta na rizikové faktory, ktoré zhoršujú hojenie: nedostatok vitamínu C, hypoproteinémia, liečba kortikosteroidmi, anémia, hypoxie, hypotermie,
- posúdiť vedomosti pacienta o diétnych opatreniach,
- vysvetliť potrebu správnej životosprávy, nefajčenia, vyhýbanie sa chladu,
- informovať pacienta o zvýšenej hygiene a starostlivosti o dolné končatiny,
- vysvetliť nevyhnutnosť pravidelnej kontroly u diabetológa,
- vysvetliť správnosť užívania analgetík,
- viesť ošetrovateľskú dokumentáciu a záznam o stave rany.

Záverečná ošetrovateľská správa sestry v ADOS

Ak komplexnú domácu starostlivosť u pacienta ukončuje sestra, musí vypracovať záverečnú ošetrovateľskú správu, ktorá obsahuje: identifikačné údaje, druh poskytovanej starostlivosti, dĺžku trvania a výsledok poskytovanej starostlivosti. Správu zasiela lekárovi, ktorý domácu ošetrovateľskú starostlivosť ordinoval a originál si ponecháva sestra v ADOS.

Záver

Vzhľadom na mnohé ohrozenia ľudí vyššieho veku a potrebu ich starostlivosti vo vlastnom domácom prostredí patria starí, opustení a zomierajúci ľudia k hlavným cieľovým skupinám ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí. Prístup k pacientovi s chronickou ranou musí byť veľmi šetrný. Účinný individuálny ošetrovateľský režim vedie k

splneniu ošetrovateľského i liečebného plánu. Podstatný pokrok predstavujú hydroaktívne krytia na rany a efektívne využívanie kompresívnej terapie.

Úlohou sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v podmienkach ADOS je:

- účinná edukácia klientov, ktorej výsledkom by mala byť zmena ich životného štýlu smerom k udržaniu, podpore alebo prinavráteniu zdravia,
- uspokojovanie potrieb pacienta klienta v najvyššej možnej miere,
- priama starostlivosť (liečebné, ošetrovateľské výkony),
- nepriama starostlivosť zahŕňajúca opatrenia, ktoré sú potrebné na poskytovanie alebo uľahčovanie priamej starostlivosti (konzultácie s inými odborníkmi).

Ošetrovateľstvo v primárnej zdravotnej starostlivosti – komunitnej starostlivosti má plniť funkciu prevencie vzniku chorôb a ochrany zdravia. Prenesením starostlivosti z akútnych zariadení do komunitných sa súčasťou komunitnej starostlivosti stáva nielen primárna, ale aj sekundárna a terciárna starostlivosť (Hanzlíková, 2004).

Použitá literatúra

HANZLÍKOVÁ, A. a kolektív. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2004. 279 s. ISBN 80 – 8063 – 155 – 7.

GERICKE, A., ŠVESTKOVÁ, S., SEKÁČ, J. 2002. *Fázové ošetrovanie chronických rán: ulcus cruris venosum*. 3. vyd. Bratislava: Hartmann – Rico s.r.o. 2002. 63 s. ISBN 3 – 929870 – 26 – 6.

KAŠČÁK, M. 2005. *Klinická propedeutika*. Martin: Osveta, 2005. 90 s. ISBN 80 – 8063 – 215 – 4.

MUSILOVÁ, M. a kolektív. 1993. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva*. Osveta, 1993. 226 s. ISBN 80 – 217 – 0573 – 6.

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 80 – 247 – 1148 – 6.

VÖRÖSOVÁ, G. a kolektív. 2005. *Interné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2005. 197 s. ISBN 80-8063-192-1.

RECENZE PŘÍSPĚVKŮ 1 – 7 (str. 8 – 62)

Diagnóza v ošetrovatel'stve – nové trendy v odbore – zborník príspevkov z medzinárodnej vedecko – odbornej konferencie, Trnava 2012

Editoři: J. Sedliaková, A. Botíková

Autorky jednotlivých příspěvků se v uvedeném recenzovaném sborníku věnovaly novým trendům v oblasti chirurgického ošetrovatel'ství, problematice hojení ran a ošetrovatelské péče. Cílem bylo přispět k získání nových vědomostí a zkušeností v péči o chirurgického pacienta.

Otrubová, Haluzová a Jankechová se věnovaly v příspěvku „Copingové strategie u pacientov so stómiou“ využití copingových strategií u pacientů s kolostomií. Velký význam u těchto pacientů má definování způsobů zvládnutí zátěže u konkrétního pacienta v důsledku onemocnění a následné léčby.

Dvořáková a Gornerová v příspěvku „Rozdiely v strachu z bolesti pred a po operačnom výkone u chirurgických pacientov“ velmi příhodně poukázaly na strach v souvislosti s bolestí před a po operačním výkonu u hospitalizovaných pacientů na chirurgickém oddělení.

Kapitánová a Tajberová ve svém příspěvku „Využitie V. A. C. terapie pri komplikovanom hojení per abdomen“ uvedly kazuistické zpracování klinického případu 25 letého pacienta hospitalizovaného na KAIM s těžkošou hemoragicko - nekrotizující pankreatitidou, u kterého byla efektivně a účinně využita současná metoda V. A. C. terapie.

V příspěvku „Ošetrovanie chirurgického pacienta v intenzívnej starostlivosti“ *Lančaričová, Frantová a Šimková* poukázaly při ošetrování chirurgického pacienta na KAIM na nezbytnost striktního hygienického přístupu při ošetření dýchacích cest, sliznice očí, dutiny ústní a nosní, invazivních vstupů a ran s prevencí vzniku nozokomiálních nákaz. Autorky nezapomněly poukázat na význam dodržování hygieny rukou ošetrujícího personálu.

Příspěvek *Mackové* „Plánovanie starostlivosti o seniorov – riziká living will“ nespadá svým obsahovým zaměřením do ošetrovatel'ství v chirurgii. V rámci odborného programu konference byl zařazen do Varií. Přesto je zajímavý a aktuální v problematice péče o seniory.

V příspěvku „Diagnostika akútnej zmatenosti u pacientov po brušných operáciách“ poukázala *Vorosová a Semanišinová* na vhodnost využití škál CAM, NEECHAM a SMMSE, které jsou adekvátním nástrojem sestry v posuzování akutní zmatenosti v podmínkách chirurgického ošetřovatelství po břišních operacích.

Uričková a Kotůčková v teoretické práci „Hojenie rán – Debridement“ uvedly jednu z metod léčení ran u chirurgického pacienta. Zdůraznily, že navzdory významnému pokroku ve výzkumu a vývoji nových léčebných metod, zůstávají chronické defekty vážným medicínským, ošetřovatelským i ekonomickým problémem naší společnosti.

Příspěvky v recenzovaném sborníku " Diagnóza v ošetrovatel'stve – nové trendy v odbore", mají dobrou odbornou úroveň z pohledu péče o chirurgického pacienta. Jednotlivé příspěvky jsou jasně a přehledně zpracované, logicky uspořádané a mají předpoklad stát se vědeckým základem k dalšímu rozvoji nových poznatků z oblasti chirurgického ošetřovatelství.

V Praze dne 23.6. 2012

prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.

RECENZIA PRÍSPEVKOV 8 – 14 (str. 63 – 106)

Príspevky uvádzané v zborníku v rozsahu strán 63 – 106 je možné roztriediť do viacerých kategórií.

Príspevky **Ošetrovanie pacienta s črevnou (enterokutánnou) fistulou** (Alžbeta Minarovičová, Iveta Kučerová, Zuzana Benedikovičová), **Faktory ovplyvňujúce hojenie rán** (Jana Martinková), **Manažment starostlivosti o pacienta s chronickou ranou** (Andrea Botíková, Mária Ligačová, Jana Martinková) sú príspevkami zaoberajúcimi sa problematikou hojenia rán a manažmentu starostlivosti o pacienta. Ponúkajú štandardnú schému starostlivosti o pacientov vyžadujúcich si starostlivosť z oblasti chirurgického ošetrovateľstva v úrovni teoreticko – praktického spracovania.

Ďalšou kategóriou sú príspevky z oblasti manažmentu a financovania zdravotníctva. Autorky, Ľubomíra Tkáčová a Darina Wiczmándyová rozoberajú problematiku postavenia sestier v sociálno ekonomických podmienkach Slovenskej republiky (**Voľný pohyb sestier v EU**). Jana Boroňová v príspevku **DRG systém a jeho vplyv na ošetrovateľskú prax** predstavuje vo svete uznávaný, objektívny a transparentný mechanizmus úhrady za zdravotnú starostlivosť. Príspevky majú teoretický rámec, ktoré bude možné v budúcnosti dokladovať aj štatistickými ukazovateľmi.

Treťou kategóriou v zborníku príspevkov sú príspevky syntetického charakteru, mapujúce problematiku práv hospitalizovaného dieťaťa autoriek Anny Murgovej a Dariny Wiczmándyovej - **Dieťa ako pacient na chirurgickom oddelení**. Andrea Solgajová a Tomáš Sollár načrtávajú problematiku úzkosti u pacienta v príspevku **Diagnostika úzkosti v ošetrovateľstve**. Príspevky sú spracované v teoretickej rovine a sú syntézou poznatkov.

V Trnave, 20.6.2012

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.

RECENZIA PRÍSPEVKOV 15 – 21 (str. 107 – 162)

Diagnóza v ošetrovatel'stve – nové trendy v odbore

Zborník príspevkov z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie, Trnava, 2012

Autori sa v uvedených príspevkoch venovali praktickým aspektom rôznych oblastí ošetrovatel'stva.

Autorky *Daniela Letašiová a Andrea Botíková* vo svojom príspevku „**Vrodené deformity hrudníka z pohľadu rehabilitácie**“ poukazujú na problematiku ochorenia detí s vrodenou deformitou hrudníka a na možnosti ovplyvnenia daného stavu fyzioterapeutickou liečbou. V príspevku sú zakomponované aj metodické postupy fyzioterapeutickej liečby v jednotlivých fázach ochorenia (pred a po operácii). K jednotlivým typom (syndrómom) defektov je uvedená adekvátne obrázková dokumentácia. V príspevku je spracovaná aj kazuistika.

V príspevku „**Vplyv psychosociálnych faktorov na zdravie človeka**“ autorky *Andrea Lajdová a Alena Uričková* predstavujú zdravie ako významnú hodnotu v živote každého človeka. V príspevku sú prezentované výsledky rôznych štúdií pri meraní sociálnej opory a pri sledovaní psychologických faktorov na zdravie.

„**Mýty a fakty o diabetes mellitus**“ je príspevok autorky *Jany Luljákovej*, v ktorom poukazuje na množstvo právd, poloprávd a lží týkajúcich sa tohto závažného, vysoko nákladného civilizačného ochorenia, ktorého výskyt vo svete neustále stúpa. Ako uvádza autorka, pre sestru je nevyhnutné, aby tieto mýty i fakty poznala a správne s nimi oboznamovala pacientov.

Autori *Ingrid Juhásová, Ľubica Ilievová a František Baumgartner* vo svojom príspevku „**Emócie vo vzťahu sestra – pacient**“ poukazujú na pomerne neznámu problematiku emočnej inteligencie a fakt, že emócie sú nevyhnutnou podmienkou vo vzťahu medzi pacientom a sestrou. Sú jednou z ciest zabezpečenia kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Podrobnejšie preskúmanie tejto problematiky, ako aj rozvíjanie osobnostných charakteristík, môžu napomôcť zdravotníkovi lepšie pochopiť pacienta.

Jana Sedliaková vo svojom príspevku „**Manažment ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta s intraabdominálnou hypertenziou a syndrómom brušného pretlaku**“ prezentuje pohľad a úlohy sestry v intenzívnej starostlivosti o pacienta s ACS a dôležitosť poznania stupňov a hodnôt IAT i faktorov, ktoré ho ovplyvňujú.

V príspevku *Dominiky Kotúčkovej a Aleny Uričkovej* „**V.A.C.® terapia v liečbe rán**“ je prezentovaná liečba rán pomocou pôsobenia podtlaku, V.A.C.® systémom. Ide o modernú formu liečenia rán, pri ktorej je možné stále sledovanie rany. V príspevku je taktiež uvedená kazuistika pacienta s traumatickým poranením sakrálnej oblasti, u ktorého je predpoklad úplného zhojenia defektu.

Príspevok *Aleny Dziackej, Andrei Botíkovej a Miroslava Rysku* „**Manažment ošetrovateľskej starostlivosti pri liečení defektov na dolných končatinách v domácom prostredí**“ poukazuje na význam domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Táto predstavuje významnú úlohu v terapii defektov na dolných končatinách, nakoľko ide o dlhodobú liečbu. V práci sú uvedené najčastejšie možné problémy u pacientov s vredovou chorobou predkolenia a ich riešenie.

Príspevky uvedené v zborníku predstavujú kvalitný edukačný materiál nielen pre sestry.

V Trnave, 22. 6. 2012

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.

KONFERENCIU PODPORILI



Mesto Trnava