

Nové trendy vo vzdelávaní a praxi zdravotníckych pracovníkov

Publikácia vyšla s podporou Katolíckej univerzity v Ružomberku,
Fakulty zdravotníctva, Ústrednej vojenskej nemocnice SNP Ružomberok – fakultnej
nemocnice a Regionálnej lekárskej komory

Vedeckí garanti konferencie

doc. PhDr. Mgr. Helena Kadučáková, PhD. (Slovenská republika)

doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD. (Slovenská republika)

PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD. (Slovenská republika)

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD. (Slovenská republika)

PhDr. Mária Lehotská, PhD. (Slovenská republika)

PhDr. Michaela Vicáňová, PhD. (Slovenská republika)

Mgr. Anna Krátká, Ph.D. (Česká republika)

dr n.med. Grażyna Dębska RN, PhD. (Poľsko)

dr.n.med. Maria Zjęba PhD.RN.(Poľsko)

Mgr. Alicija Jarosiska (Poľsko)

RNDr. Soňa Hlinková, PhD. (Slovenská republika)

Zlatushe Mihalová (Česká republika)

Mgr. Renáta Darmošová (Slovenská republika)

Mgr. Viera Priesolová (Slovenská republika)

Nové trendy vo vzdelávaní a praxi zdravotníckych pracovníkov

Zborník z 5. medzinárodnej konferencie

Helena Kadučáková, Mariana Magerčiaková



Ružomberok 2014

© VERBUM – vydavateľstvo KU

Zostavovateľ

doc. PhDr. Mgr. Helena Kadučáková, PhD.
PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.

Redakčná rada

prof. MUDr. Anton Lacko, CSc. - predseda:
prof. zw. Dr. hab. n. med. Stanislaw Gluszek
prof. MUDr. Vasil Hricák, CSc.
prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc.
prof. UJK Dr. hab. Grażyna Nowak-Starz
doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.
doc. MUDr. Anna Lesňáková, PhD.
doc. PhDr. Mgr. Vladimír Littva, PhD., MPH
doc. MUDr. Milan Minarik, PhD.
doc. PhDr. Eva Morovicsová, PhD.
doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.
RNDr. Soňa Hlinková, PhD.
PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.

Recenzenti

dr n. Med. Wioletta Ławska
PhDr. Mária Lehotská, PhD.
PhDr. Michaela Vicaňová, PhD.
PhDr. Marcela Ižová, PhD.
doc. PhDr. Mgr. Helena Kadučáková, PhD.

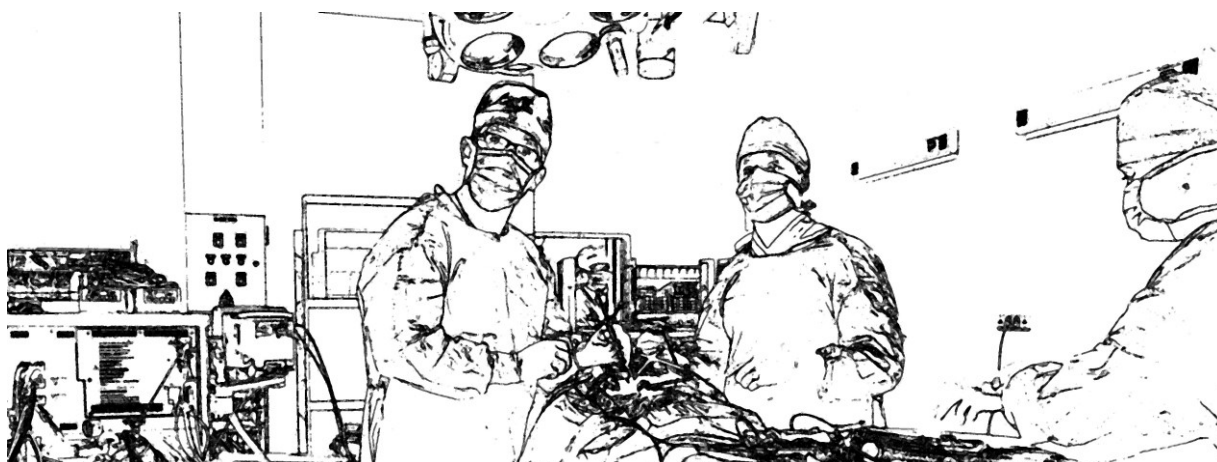
Sadzba

Ing. Ján Svorad

Uverejnené články neprešli jazykovou korektúrou. Za jazykovú stránku zodpovedajú
v plnom rozsahu autori článkov

VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku
Hrabovská cesta 1A, 034 01 Ružomberok
<http://ku.sk>, verbum@ku.sk, tel. +42144 430 46 93 kl. 308

ISBN 978-80-561-0137-7



OBSAH

ÚVN SNP Ružomberok – FN jej historický vývoj a súčasný stav	7
<i>Darmošová R., Filická J., Magerčiaková M.</i>	
Hodnotiace techniky ošetrovateľskej praxi.....	12
<i>Kadučáková H., Šenkárová Z.</i>	
Domowa wentylacja mechaniczna- specyfika opieki pielęgniarskiej	21
<i>Dębska G., Zięba M., Krokosz R.</i>	
Identifikácia edukačných potrieb pacienta a jeho rodiny	35
<i>Magerčiaková M., Darmošová R., Zrubáková K.</i>	
Primárna prevencia osteoporózy u žien.....	43
<i>Hudáková Z., Novysedláková M., Srpoňová M.</i>	
Prekonanie osamelosti človeka fenoménom zmyslu života	54
<i>Ondrášik Ivan</i>	
Prevenca vzniku dekubitov v intenzívnej starostlivosti	62
<i>Doktorová G., Boroňová J.</i>	
Surveillance nozokomialnych nákaz ÚVN SNP Ružomberok	69
<i>Nemethová H., Ondrejka J., Zakuťanská S.</i>	
Farmakoterapia seniorov a jej problémy v Slovenskej a Českej republike	75
<i>Zrubáková K., Magerčiaková M., Teperová M.</i>	
Nowe trendy w monitoringu zakażeń szpitalnych.....	86
<i>Truczka K., Jarošínska A.</i>	
Postery	
Mentoring studentů v krajské nemocnici T. BATI ve Zlíně	90
<i>Krátká A., Mihalová Z.</i>	
Ošetrovateľská diagnóza v klinickej praxi	100
<i>Novysedláková M., Hudáková Z.</i>	



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií



Ústředná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN
Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Slovenská komora medicínsko-technických pracovníkov
Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Vás pozývajú na 5. medzinárodnú konferenciu
pod záštitou primátora mesta Ružomberok

**Nové trendy vo vzdelávaní
a praxi zdravotníckych pracovníkov**

Ktorá sa uskutoční dňa 29. mája 2014
v kongresovej sále ÚVN SNP Ružomberok - FN

ÚVN SNP RUŽOMBEROK – FN JEJ HISTORICKÝ VÝVOJ A SÚČASNÝ STAV

UVN SNP RUŽOMBEROK - FN ITS HISTORICAL DEVELOPMENT AND CURRENT STATUS

Renáta Darmošová¹, Jana Filická¹, Mariana Magerčiaková²

¹Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN,

²Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Príspevok je zameraný na stručný prehľad histórie Ústrednej vojenskej nemocnice SNP Ružomberok – FN, ktorá v tomto roku oslavuje 100. Výročie svojho založenia. Prvá časť textu ponúka prierez históriou nemocnice a druhá časť obsahuje údaje o súčasnej situácii nemocnice od roku 1989.

Kľúčové slová: Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN. História. Súčasnosť. Ministerstvo obrany SR.

Abstract

The contribution is focused on a brief overview of the history of the Central Military Hospital SNP Ružomberok - FN, which this year celebrates its 100th Anniversary. First part of the text offers a cross-section about the history of the hospital and the second part contains information about the current situation of the hospital since 1989.

Key words: Central Military Hospital SNP Ružomberok - FN. History. Present. Ministry of Defence SR.

Úvod

Začiatky ošetrovateľstva a sociálnej práce v ich náhodnej nevedomelej forme by sme v európskom kontexte našli predovšetkým v spojení s kresťanstvom, ktoré prinieslo myšlienky lásky a pomoci blížnemu. Praktická činnosť prvých kresťanov sa vyznačovala najmä starostlivosťou o chorých, o otrokov, starých a opustených, siroty a pod. Táto činnosť, ktorá mala vo svojich počiatkoch charakter individuálnej, neorganizovanej pomoci prerástla do jedného zo základných princípov kresťanstva. Rehoľné spoločenstvá, ktoré začali postupne vznikáť po celej Európe, sa vo svojej činnosti zaoberali charitatívnymi ošetrovateľsko- opatrovateľskými aktivitami vo vzťahu k sirotám, vdovám, odsúdeným, a prenasledovaným. Právě kláštory ako prvé organizované spoločenstvá začali poskytovať

pomoc aj zdravotne handicapovaným jednotlivcom. Svoj význam tu zohrala aj scholastická teológia, ktorá rozpracovala a rozšírila učenie o kresťanskej povinnosti hmotne prispievať na organizovanú účinnú pomoc postihnutým a chudobným. K ohľadom na uvedené sociálne potreby vzniká aj Vojenská nemocnica v Ružomberku.

Historický vývoj

Tradičia Vojenskej nemocnice v Ružomberku je 100 - ročná. Vznik Vojenskej nemocnice v Ružomberku bol podmienený vypuknutím I. svetovej vojny v roku 1914. Na prelome rokov 1914 - 1915 tu vyrástla baraková nemocnica s 2300 lôžkami. Bola slávnostne otvorená 14. februára 1915 a odvtedy liečila ranených a chorých z bojísk I. svetovej vojny, ako aj civilných pacientov z mesta i zo širokého okolia. Nemocnica plnila v celom rozsahu zdravotnícku úlohu.

Vojenská nemocnica v Ružomberku zohrala významnú úlohu v ilegálnej činnosti proti fašizmu. V roku 1944 pred vypuknutím Slovenského národného povstania sa vo vojenskej nemocnici liečili príslušníci odbojových skupín. Po vyhlásení Slovenského národného povstania bola nemocnica evakuovaná do kúpeľných objektov liečebného ústavu Korytnica ako poľná nemocnica VN Ružomberok. V septembri roku 1944 vznikla naliehavá potreba vytvoriť ďalšiu poľnú nemocnicu, ktorú VN Ružomberok rozvinula v budove gymnázia v Tisovci. Život v poľných nemocniciach bol veľmi ťažký a vyžadoval obetavosť celého nemocničného personálu. Zdravotnícka pomoc bola poskytovaná vo dne i v noci a príslušníci nemocníc plnili aj rôzne bojové úlohy. Materiálne a prístrojové vybavenie nemocnice zodpovedalo vtedajšej situácii a bolo veľmi skromné. K dispozícii bol röntgenový prístroj zastaraného typu a laboratórium prevádzkalo len najjednoduchšie vyšetrenia.

Po roku 1950 dochádza k budovaniu armády a prichádza k podstatným zmenám vo vojenskom zdravotníctve a teda aj vo VN Ružomberok. Postupne sa zlepšuje vybavenie nemocnice zdravotníckou technikou a napriek skromným podmienkam sa rozvíja v nemocnici čulý ruch vojensko-odborného života. Dochádza postupne ku konsolidácii odborných oddelení, čo umožňovalo zlepšovať liečebnú starostlivosť o pacientov. V nemocnici sa konali odborné lekárske semináre, viac sa publikovalo v tlači, realizoval prevádzal sa experimentálny výskum, najmä na chirurgickom oddelení.

K ďalšiemu rozvoju vojenskej nemocnice dochádza po roku 1957. Nemocnica je po personálnej stránke doplnená na predpísané počty kvalifikovanými odborníkmi, čo sa prejavilo v odbornej starostlivosti o vojenské osoby, vojenských dôchodcov, príslušníkov odboja, ale aj starostlivosti o civilných pacientov. Na všetkých oddeleniach sa zavádzajú nové vyšetrovacie metódy, nemocnica je naďalej dopĺňaná modernými lekáorskými prístrojmi a podstatne sa zlepšilo zásobovanie liekmi a zdravotníckym materiálom. Postupnými stavebnými úpravami sa získavali nové priestory pre lepšiu dislokáciu oddelení. Veľká

pozornosť bola venovaná ambulantným zložkám jednotlivých oddelení, ako po stránke organizačno-prevádzkovej, tak aj po odbornej.

Do praxe sa zavádzali stále modernejšie metódy práce pre diagnostiku, liečenie aj doliečovanie chorých s cieľom vrátiť ich čo najskôr do pracovného procesu. Na niektorých oddeleniach boli zriadené izby intenzívnej starostlivosti, kde bola zabezpečovaná pomoc na klinickej úrovni. Veľká pozornosť bola venovaná dispenzarizácii a prevencii všetkých chorobných stavov. Boli organizované depistážne akcie zamerané na vyhľadávanie chorých ohrozených ischemickou chorobou srdca, cukrovkou a inými chorobami. Závety z nich boli prednesené na celoštátnych odborných zhromaždeniach a boli prijaté s veľkým uznaním.

Bohatá bola aj publikačná činnosť, jednotliví pracovníci nemocnice boli uznávanými autoritami vo svojich odboroch. Vojenská nemocnica SNP Ružomberok mala vytvorené všetky predpoklady pre ďalší všestranný rozvoj a jej cieľom bolo zvyšovanie dobrej odbornej úrovne na úseku zdravotníctva.

Súčasnosť

Do novej etapy svojho vývoja vstúpila ÚVN SNP Ružomberok v nadväznosti na zásadné celospoločenské zmeny v roku 1989.

Otvorili sa nové možnosti, do popredia vystúpili nové potreby, ale i záväzky. Zintenzívnil sa tlak na ich realizáciu. Nová úloha armády v demokratickej spoločnosti, proces transformácie, nové možnosti v oblasti profesionálnych medzinárodných kontaktov, prístup k najmodernejším technológiám, ale zároveň aj nové poňatie zdravotnej starostlivosti, to sú všetko mantinely pre ďalší vývoj ÚVN.

Od 1. 1. 1994 bola vojenská nemocnica zriadená ako príspevková organizácia- Ministerstvo obrany Slovenskej republiky nariadilo prechod z rozpočtovej na príspevkovú organizáciu. Hlavným cieľom bolo znížiť závislosť na rozpočte Armády SR a zachovať kompatibilitu so systémom zdravotníckeho poistenia. Výsledky nemocnice v roku 1994 ukázali i napriek počiatočnej neistote, že nový systém financovania môže byť dobrým základom pre ďalší rozvoj odbornej činnosti nemocnice.

Na základe vyššie uvedených skutočností a zväženia postavenia nemocnice v rámci zdravotníckej služby Armády SR bola Vojenská nemocnica SNP Ružomberok ku dňu 1.9.1994 premenovaná na Ústrednú vojenskú nemocnicu SNP Ružomberok. Táto skutočnosť vytvorila ďalšie možnosti v rozvoji odbornomedicínskej činnosti nemocnice.

Od 1. 7. 1997 vzhľadom na vysokú odbornosť Ústrednej vojenskej nemocnice bola nemocnica zaradená do III. typu kategorizácií nemocníc MZ SR. Táto skutočnosť viazala nemocnicu k rozšíreniu chýbajúcich odborných pracovísk v rámci vybavenia nemocníc III. typu.

Na základe Uznesenia Vlády SR č. 1363 zo dňa 11. 12. 2002 a rozhodnutia MZ SR zanikla dňom 31. 12. 2002 štátna príspevková organizácia NsP Ružomberok zlúčením so štátnou príspevkovou organizáciou ÚVN SNP Ružomberok.

Uvedenou zmenou Ústredná vojenská nemocnica získala všetky potrebné oddelenia v rámci nemocnice III. typu. Stala sa tak jediným vojenským zariadením, ktoré je schopné komplexne na odbornej úrovni poskytovať odbornú liečebnú starostlivosť vo všetkých odboroch.

Od 1. 8. 2004 došlo rozkazom MO SR k reorganizačným zmenám, na základe ktorých prešli posádkové ambulancie v počte 14 a posádkové polikliniky v počte 3 pod riadenie ÚVN SNP Ružomberok.

ÚVN SNP Ružomberok sa od roku 2003 odborne podieľa na teoretickej a praktickej výučbe poslucháčov Katolíckej univerzity v Ružomberku, Fakulty zdravotníctva v bakalárskych a magisterských študijných programoch ošetrovatelstvo a pôrodná asistencja. V súčasnosti sa pracoviská ÚVN SNP Ružomberok - FN sú výučbovými základňami aj pre ďalšie akreditované bakalárske študijné programy, a to urgentná zdravotná starostlivosť, laboratórne vyšetrovacie metódy, verejné zdravotníctvo a fyzioterapia, ku ktorým v ďalšom akademickom roku pribudne aj rádiologická technika.

Koncom roku 2008 ÚVN SNP Ružomberok získala certifikát podľa STN EN ISO 9001: 2001 certifikačným orgánom CERTICOM Bratislava. Získaný certifikát nemocnicu zaväzuje aj v budúcnosti poskytovať kvalitné služby.

ÚVN SNP Ružomberok je od 23. 4. 2009 fakultnou nemocnicou a zároveň najväčším a odborne najvyšším vojenským zdravotníckym zariadením na území Slovenskej republiky. Odborné oddelenia nemocnice poskytujú služby pre príslušníkov Armády Slovenskej republiky, plne zabezpečujú pridelený vojenský spád v rámci celého Slovenska a tiež liečia civilných pacientov z regiónu dolného Liptova, kde po vzniku okresu Ružomberok a po zlúčení s NsP v Ružomberku supľujú funkciu okresnej nemocnice, liečia pacientov z celej Slovenskej republiky, ako vojenských tak i civilných, vzhľadom na nadregionálny charakter služieb jednotlivých oddelení nemocnice. Nemocnica je rozložená v dvoch areáloch pavilónového typu, pre zabezpečenie ústavnej zdravotnej starostlivosti. Má 523 lôžok, z toho 482 postelí na štandardných oddeleniach a 41 postelí na JIS. K tomuto účelu slúži 17 kliník, 8 oddelení, 4 ústavy a 109 ambulancií.

V súčasnosti v ÚVN SNP Ružomberok – FN pracuje 1239 zamestnancov, plus 112 zamestnancov v poliklinikách a posádkových ambulanciách, čo je spolu 1351 zamestnancov. ÚVN má nezameniteľnú strategickú polohu, ako v rámci SR, tak i v rámci stredoeurópskeho regiónu s obrovskými priľahlými spádovými územiami, či už na severe Poľsko, alebo na juhu Maďarsko, v prípade hromadných katastrof, ale i v rámci začlenenia do štruktúr NATO. V dvoch kilometroch vzdialenosti od areálu nemocnice sa nachádza letisko a v samostatnej nemocnici je možnosť pristávania vrtuľníkov. Geografická poloha mesta z hľadiska obrany

teritória SR vytvára podmienky pre optimálne fungovanie nemocnice i v čase v rannej pohotovosti štátu.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. NEDOMA, M. a kol. 1974. *Pamätnica, VN SNP Ružomberok*. Trenčín: Vydavateľstvo PT-2, 1974. 95s.
2. ÚVN SNP Ružomberok – FN , *Výročná správa za rok 2012*.
3. VENCEL, P., MISTRÍK, J. 2003. *História vojenskej nemocnice v Bratislave*. Bratislava: s.n, 2003. 239 s.

Kontaktná adresa autora:

Mgr. Renáta Darmošová
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN
ul. gen. Miloša Vesela 21
034 01, Ružomberok
Slovakia

HODNOTIACE TECHNIKY OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

ASSESSMENT TOOLS IN NURSING PRAXIS

Helena Kadučáková, Zuzana Šenkárová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Cieľom štúdie bolo zistiť využitie hodnotiacich techník pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu. Na zber empirických dát sme použili metódu neštandardizovaného dotazníka. Súbor tvorili sestry pracujúce na interných pracoviskách vybraných zdravotníckych zariadení. Analýzou získaných dát sme zistili, že sestry v klinickej praxi pri posudzovaní zdravotného stavu pacienta používali techniky ktoré boli vopred dané klinickým pracoviskom. Z hodnotiacich techník najviac používali Nutričné skóre, Riziko pádu, Barthelovej index. Ďalej sme zistili, že najfrekvencovanejší hodnotiaci nástroj ktorý sa použil pri prijímaní, prepustení popríklad preložení pacienta bola Nortonovej škála. Na základe získaných výsledkov by bolo vhodné realizovať ďalšie štúdie zamerané na problematiku hodnotiacich techník.

Kľúčové slová: Ošetrovateľský proces. Posudzovanie zdravotného stavu. Hodnotiace techniky.

Abstract

The main aim of this study was to find out the using of the assessment tools about providing of the nursing care through nursing process method. To collect empirical data, we used the method of the nonstandardized questionnaire. The sample consist of nurses who work in internal department which we selected of health care centers. We found out through the data analysis, that nurses in clinical praxis in the health assessment used techniques which were predetermined workplace. The most frequently used tools were Nutrition score, Fall risk, Barthel Index. Further we found out, that the most frequently use tool which was used by admission, discharge and by the transport of the patients was Norton scale. Based on these results, it would be appropriate realized further research, which would be focused on the way of problem of the assessment tools.

Key words: Nursing process. Health assessment. Assessment tools.

Úvod

Pri diskusii o kvalite klinickej praxe, respektíve smerovaní moderného ošetrovateľstva sa profesia sestry nezaobíde bez adekvátneho, validného a reliabilného hodnotenia pacientovho zdravotného stavu a kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Hodnotiace techniky sa tu stávajú jedným zo základných nástrojov posudzovania zdravotného stavu. Kvalitné posúdenie pacientovho zdravotného stavu vytvára bázu pre plánovanie individuálnej ošetrovateľskej starostlivosti, kde sestra stanoví, ktoré intervencie naplánuje, modifikuje či doplní. Po realizácii naplánovaných intervenciách sestra opäť konštatuje, že jej zásahy postačovali na zvládnutie situácie a ďalšie intervencie nie sú potrebné. Toto konštatovanie, respektíve každé konštatovanie, musí mať sestra podložené objektívnymi informáciami získanými z posúdenia zdravotného stavu pacienta. Kvalitné posúdenie zdravotného stavu pacienta a informácie z neho získané sa stanú objektívne až použitím vhodných hodnotiacich techník. *„Ideálny nástroj je taký, ktorého výsledky sú relevantné, presné, citlivé, účinné na objektívne miery skúmaných vlastností“* (Kudlička, In Žiaková et al. 2009, s. 225). DH (2002) a NZGG (2003b) definujú hodnotiace nástroje a techniky v širšom slova zmysle ako *„kolekciu škál, otázok a iných informácií, ktoré poskytujú obraz o požiadavkách jednotlivca a súvisiacich faktoroch“* v kontexte všetkých domén a ich dimenzií (NZGG, 2003b). V užšom slova zmysle sa nástroje a techniky definujú ako *„prostriedok na identifikáciu a meranie špecifickej zdravotnej kondície, napr. mobility, schopnosti sebaopatery, depresie, kognitívnej poruchy“* (DH, 2002).

Cieľ práce

Zistiť akým spôsobom sú využívané hodnotiace techniky v kontexte ošetrovateľského procesu v klinickej praxi.

Z hlavného cieľa vyplynuli nasledovné čiastkové ciele:

- Zistiť hodnotiace techniky, ktoré sa najviac využívajú v ošetrovateľskej praxi.
- Zistiť kritériá výberu hodnotiacich techník v ošetrovateľskej praxi.
- Zistiť používanie hodnotiacich techník v ošetrovateľskej praxi vo vzťahu k jednotlivým fázam ošetrovateľského procesu.

Súbor a metodika

Súbor tvorilo 33 sestier pracujúcich na interných klinických pracoviskách, kde sa realizuje výučba klinickej praxe študentov bakalárskeho študijného programu ošetrovateľstvo (ÚVN Ružomberok SNP FN, UN Bratislava - Kramáre, Krajská nemocnica T. Bati, a. s. - KNTB -

Zlín a.s., Fakultní nemocnice v Motole - Praha). Priemerná dĺžka odbornej praxe u sestier bola 11,3 rokov. Presný opis vzorky uvádza tab. 1.

Tabuľka 1 Charakteristika súboru

Rozsah výberu	33
Aritmetický priemer	11,3
Medián	10
Smerodajná odchýlka	6,85
Minimum	1
Maximum	29
Variačné rozpätie	28

V uvedených zdravotníckych zariadeniach nám bol udelený súhlas s realizáciou prieskumu. Na zber empirických dát sme použili neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Pri analýze získaných dát a interpretácii uvádzame absolútnu a relatívnu početnosť.

Výsledky a interpretácia

Analýzou získaných dát sme dospeli k nasledovným výsledkom:

Tabuľka 2 Kritériá výberu hodnotiacich techník

Odpoveď	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť (%)
1. Tie, ktoré sú v dokumentácii	28	84,8
2. Podľa vlastného rozhodnutia - odborné vedomosti	2	6,1
3. Podľa ošetrovateľskej diagnózy	9	27,3
4. Podľa veku pacienta	6	18,2

V tab. 2 sú početnosti odpovedí na otázku „Podľa akých kritérií si vyberáte hodnotiaci nástroj v rámci ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta?“ Z výsledkov vyplýva, že 84,8 % sestier používa hodnotiace techniky, ktoré majú vopred dané v zdravotnej dokumentácii pacienta. 9,27,3 % sestier uviedlo za kritérium výberu ošetrovateľskú diagnózu. Možnosť odpovede, výber hodnotiacich techník podľa veku pacienta, uviedlo 18,2 % sestier. Vlastné rozhodnutie, respektíve odborné vedomosti ako kritérium pre výber hodnotiacich techník uviedlo 6,1 % sestier.

Tabuľka 3 Početnosť využívaných hodnotiacich nástrojov a techník

Odpoveď	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť (%)
Nortonovej škála	17	53,1
Vizuálna analógová škála	17	53,1
Glasgow coma scale	18	56,3
Nutričné skóre	19	59,4
Riziko pádu	19	59,4
Waterlowovej škála	5	15,6
Bartelovej index	19	59,4
Príjem výdaj tekutín	1	3,0
Mapa dekubitu	12	37,5

Respondentky z hodnotiacich nástrojov a techník najviac v klinickej praxi používajú Nutričné skóre, Riziko pádu, Barthelovej index. Početnosti boli pomerne vysoké až na Waterlowovej škálu a Príjem výdaj tekutín (tab.3).

Tabuľka 4 Frekvencia opakovaného využívania HN (hodnotiacich nástrojov) počas hospitalizácie

Odpoveď	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť (%)
1. Raz za službu	21	63,6
2. Raz za týždeň	21	63,6
3. Pri zmene zdravotného stavu	8	24,2
4. Na začiatku a na konci hospitalizácie	20	60,6
5. Podľa ordinácie lekára	4	12,1
6. Nepoužívam	0	0,0

Z analýzy údajov vyplynulo, že 63,6 % sestier používa hodnotiace techniky najčastejšie raz za pracovnú dobu. Rovnaké početnosti uvádzali sestry pri možnosti použitia hodnotiacich techník raz za týždeň. Používanie hodnotiacich techník na začiatku a na konci hospitalizácie pacienta označilo 60,6 % sestier. Možnosť využívania hodnotiacich techník pri zmene zdravotného stavu uviedlo 24,2 % sestier.

Tabuľka 5 Spôsob zaznamenania výsledku z posúdenia zdravotného stavu pomocou HN

Odpoveď	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť (%)
1. Dáta vepisujem do originálneho HN vytlačeného z PC	13	39,4
2. Všetko vepisujem do HN v PC	1	3,0

Odpoveď	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť (%)
3. HN je na osobitnom papieri a do dokumentácie vpíšem len skóre	11	33,3
4. HN je na osobitnom papieri a do dokumentácie vpíšem len slovný opis	2	6,1
5. HN je súčasť dokumentácie, tam všetko vpisujem	20	60,6

Zaujímavé zistenia vykazovala položka zisťujúca spôsob administrácie hodnotiacich nástrojov a techník. 60,6 % sestier uviedlo, že hodnotiace techniky sú súčasťou zdravotnej dokumentácie, čo potvrdzujú naše predchádzajúce zistenia. 39,4 % sestier uviedlo, že realizujú vpisovanie získaných dát do originálneho nástroja vytlačeného z PC. 33,3 % sestier uviedlo spôsob zaznamenávania na osobitnom papieri a následné vpisovanie získaných bodovacích hodnotení do zdravotnej dokumentácie. Slovný opis výsledku vpisuje do zdravotnej dokumentácie 6,1 % sestier. 3 % sestier uviedlo vpisovanie dát priamo do PC, i napriek tomu, že v súčasnej dobe stále viac vystupuje do popredia nutnosť informačných technológií v práci sestry.

Tabuľka 6 Využívanie totožných hodnotiacich techník

Odpoveď	Absolútna početnosť			Relatívna početnosť (%)		
	1	2	3	1	2	3
Číslo odpovede						
Nortonovej škála	17	13	12	54,8	41,9	38,7
Glasgow coma scale	7	7	6	22,6	22,6	19,4
Nutričné skóre	6	3	4	19,4	9,7	12,9
Riziko pádu	13	7	8	41,9	22,6	25,8
Waterlowovej škála	3	0	0	9,7	0,0	0,0
Bartelovej index	15	6	13	48,4	19,4	41,9
Vizuálna analógová škála	13	14	8	41,9	45,2	25,8
Príjem výdaj tekutín	0	1	0	0,0	3,2	0,0
Príjem stravy	0	1	0	0,0	3,2	0,0
Mapa dekubitu	1	2	1	3,2	6,5	3,2

V tab. 6 uvádzame početnosti odpovedí na otázku „Ktoré hodnotiace nástroje používate pri vyhodnotení ošetrovateľskej starostlivosti?“ Stĺpec 1: Vždy tie isté ako pri posúdení. Stĺpec 2: Ak si to vyžaduje zdravotný stav. Stĺpec 3: Ak je pacient prekladaný na iné oddelenie/ kliniku. Škály, ktoré boli najfrekvencovanejšie využívané pri prijímaní pacienta a rovnako aj pri jeho prepustení, či preklade na iné klinické pracovisko boli Nortonovej škála a Barthelovej index. Nortonovej škálu sestry celkovo označovali ako využívanú pri zmene zdravotného stavu, pri prepustení či preklade pacienta. Rovnaké výsledky dosahovali aj vizuálna analógová škála a Barthelovej index.

Tabuľka 7 Využívanie hodnotiacich techník podľa fázy ošetrovateľského procesu

Odpoveď	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť (%)
1. Posúdenie	24	82,8
2. Diagnostika	21	72,4
3. Plánovanie	20	69,0
4. Realizácia	18	62,1
5. Vyhodnotenie	18	62,1

Posledný cieľ prieskumu bolo zistiť v ktorej fáze ošetrovateľského procesu sa využívajú hodnotiace techniky. Z výsledkov je zrejmé, že vo fáze posúdenia využíva 82,8 % sestier techniky najčastejšie. Ďalšiu v poradí označovalo 72,4 % sestier fázu diagnostickú, 69,0 % sestier uviedlo fázu plánovania a 62,1 % uviedlo fázu realizácie a vyhodnotenia.

Z analýzy výsledkov vyplýva, že výber hodnotiacich techník sa nerealizuje na základe všeobecne platných kritérií, ale na základe zvyklostí klinických pracovísk. Zaujímavý bol fakt, že najmenšie percento uviedlo ako kritérium výberu vlastné rozhodnutie, respektíve realizovanie výberu hodnotiacich techník na základe odborných vedomostí sestry. Výsledky prieskumu potvrdzujú paušálne využívanie hodnotiacich techník bez ohľadu na zdravotný stav pacienta, prípadne lekársku či ošetrovateľskú diagnózu. Odborná literatúra popisuje kritériá pre výber hodnotiaceho nástroja či techniky validitu, reliabilitu, zdravotný stav pacienta, multidisciplinárnosť, štandardizovanosť. Bear a Blais (2010) uvádzajú aj otázky vhodné pri výbere techník, ktoré sa dajú aplikovať v ošetrovateľskej praxi:

- Ako sa opakuje skóre pacientov na konkrétnej hodnotiacej škále?
- Meria hodnotiaca technika definovaný pojem?
- Sleduje technika pacientov progres v rámci zdravotnej starostlivosti (senzitivita na zmenu)?

Pri analýze výsledkov súvisiacich s druhým čiastkovým cieľom sme dospeli k záveru, že naše zistenia korešpondujú s autorkou Bórikovou (2010), kde uvádza, že najčastejšie používané na hodnotenie funkčného stavu sú univerzálne indexy ako Barthelovej test, Katz index a Lawton index. Toto by sa dalo porovnať aj s výsledkami, ktoré uvádzajú Taliánová, Jedlinská, Moravcová (2013). Výsledky týchto autoriek rovnako deklarujú Nortonovej škálu za najvyužívanejšiu. Pomerne často bol v prieskumnej vzorke používaný Barthelovej index, táto technika však už vykazovala nižšie hodnoty čo sa týkalo zmeny zdravotného stavu. Za najvyužívanejšiu škálu pri zmene zdravotného stavu bola v prieskumnej vzorke označená vizuálna analógová škála. Rovnako naše zistenia korešpondujú s prieskumným šetrením Ulrichovej (2012), kde autorka uvádza, že najčastejšie sestry využívali na hodnotenie sebestačnosti Barthelovej test. Korešpondovanie výsledkov tejto autorky s našimi sa však ďalej rozchádza, keďže ako uvádza ďalej, na hodnotenie výživy sestry využívali len BMI.

Naše respondentky deklarujú využívanie nutričného skóre na posúdenie stavu výživy. Výsledok je pozitívnym zistením, keďže *Royal College of Nursing* (2014) uvádza na svojej web stránke, že malnutričia je často nerozpoznaná, ale s použitím efektívneho skríningu sú malnutriční pacienti identifikovaní a liečení. Posúdenie pádov je rovnako dôležité, keďže neobyčajne komplikujú starostlivosť o pacienta. Gray - Micely (2008) opisuje pri pádoch súvislosť s určitým typom oddelenia. Najviac pádov je na oddeleniach, kde je poskytovaná starostlivosť dlhodobá a poskytuje sa geriatrickým pacientom. Rovnako s vyšším vekom dochádza k stupňovaniu výskytu pádov. Naše výsledky rovnako dokázali v najväčšej miere využívanie hodnotiacich techník na hodnotenie sebaopatery, až v 90 %. Sestry využívali hodnotiace techniky prevažne raz počas pracovnej doby, raz za týždeň a výrazne stagnovalo využívanie hodnotiacich techník pri zmene zdravotného stavu. Je to zaujímavé zistenie, keďže aj v Odbornom usmernení MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie z 24. septembra 2009 v čl. 5 ods. 4 sa uvádza, že *"v rámci ošetrovateľskej starostlivosti sestra, pôrodná asistentka alebo zdravotnícky asistent zapisuje do dekurzu v chronologickej postupnosti všetky výkony, ktoré sa u osoby vykonali vrátane podanej terapie a údaje o zmene zdravotného stavu osoby."* Usmernenie uvádza, okrem iných náležitostí nutnosť čitateľného podpisu sestry. Čo sa týka administrácie získaných dát je teda na danom pracovisku akým spôsobom zápis zrealizuje - počítačovo alebo vlastnoručne. Respondentky väčšinou realizovali administráciu techník do predtlačenej zdravotnej dokumentácii, ktoré boli súčasťou dekurzu.

Pri analýze výsledkov súvisiacich s používaním hodnotiacich techník v ošetrovateľskej praxi vo vzťahu k jednotlivým fázam ošetrovateľského procesu, sme zistili, že sestry používajú hodnotiace nástroje a techniky hlavne vo fáze posúdenia a najmenej ich používajú vo fáze realizácie a vyhodnotenia.

Ošetrovateľská starostlivosť má byť založená na objektívnych informáciách. Objektivizácia informácií je úzko prepojená s hodnotiacimi technikami, nakoľko sú významným faktorom pri získavaní podstatných informácií. Je však nutné dodať, že nestačí získať objektívne informácie len pri prijatí pacienta, ale takéto informácie by mali byť základom každej fázy ošetrovateľského procesu a mali by byť kontinuálne získavané počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

Záver

Na základe výsledkov prieskumu je zrejmé, že sestry využívajú tie hodnotiace techniky, ktoré sú uvedené v predtlačenej zdravotnej dokumentácii. Najvyužívanejšie hodnotiace techniky v posudzovaní, ktoré označili sestry v prieskume boli Nutričné skóre, Riziko pádu, Barthelovej index. Najfrekvencovanejšie, opätovne využívanou technikou bola Nortonovej škála. Túto škálu sestry označili najčastejšie čo sa týka opätovného využívania

totožných hodnotiacich techník. Získaný výsledok môže byť spôsobený environmentálnymi podmienkami klinického pracoviska zahrňujúce aj skladbu pacientov. Rovnako výsledky prieskumu vypovedajú o využívaní totožných techník pri posudzovaní a prepustení. Stagnuje však využívanie hodnotiacich techník pri zmene zdravotného stavu. V rámci ošetrovateľskej praxe by bolo vhodné sa zamerať na využívanie hodnotiacich techník pri zmene zdravotného stavu, ktoré sa javí ako nedostatočné.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BAER, L. - BLAIS, M. A. 2010. *Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health*. 1st Ed. New York : Humana Press, 2010. 320 p. ISBN 978-1-58829-966-6.
2. BÓRIKOVÁ, I. 2010. Posudzovanie aktivít denného života. In *Ošetrovateľská a porodní asistencie*. ISSN 1804-2740, 2010, roč. 1, č. 1, s. 24-30.
3. DH. 2002. *Single Assessment Process, Assessment tools and Scales*. [online]. September 2002. [cit. 2012-01-30]. Dostupné na internete: http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/instruments.PDF?Archive=191225791940&File=instruments_PDF.
4. GRAY - MICELY, D. Falls, Nursing Standard of Practice Protocol: Fall Prevention [online]. 2008 [cit. 2011-12-30]. Dostupné na internete: http://consultgerirn.org/topics/falls/want_to_know_more.
5. KUDLIČKA, J. 2009. Reliabilita a validita kvantitatívneho výskumného nástroja. In Žiaková a kol. *Ošetrovateľstvo: teória a vedecký výskum*. Martin : Osveta, 2009. ISBN 80-8063-304-2, s. 225-227.
6. NZGG. 2003b. *Assessment of older people with pre-existing disabilities* [online]. 2003. [cit. 2011-03-17]. Dostupné na internete: <http://www.nzgg.org.nz/search?search=Assessment+of+older+people+with+pre-existing+disabilities+>.
7. *Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie, 24. september 2009, čiastka 47*.
8. ROYAL COLLEGE OF NURSING. 2014. Nutritional screening. [online] 2014. [cit. 2014-03-07] Dostupné na internete: http://www.rcn.org.uk/development/practice/cpd_online_learning/supporting_peoples_nutritional_needs/nutritional_screening.
9. TALIÁNOVÁ, M. - JEDLINSKÁ, M - MORAVCOVÁ, M. 2013. Využívaní hodnotiacich a měřiacich škál v ošetrovateľstve. In *Ošetrovateľstvo*. ISSN: 1338-6263, 2013, roč. 3, č. 1, s. 25-30.
10. ULRICHOVÁ, K. 2012. *Využívanie hodnotiacich nástrojov v starostlivosti o seniorov*. Brno :Masarykova univerzita, 2012. 146 s. Diplomová práca.

Tento príspevok vznikol s podporou projektu KEGA číslo 034KU-4/2013 s názvom „Uspokojovanie spirituálnych potrieb zomierajúcich pacientov z pohľadu pracovníkov v zdravotníctve z hľadiska praxe“.

Kontaktná adresa autora:

doc. PhDr. Mgr. Helena Kadučáková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta Zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01, Ružomberok

Slovakia

DOMOWA WENTYLACJA MECHANICZNA- SPECYFIKA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

HOME MECHANICAL VENTILATION-SPECIFIC NURSING CARE

Grażyna Dębska, Maria Zięba, Renata Krokosz

Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa

Streszczenie

W Polsce stopniowo zwiększa się dostępność do świadczenia osób wymagających wentylacji mechanicznej w warunkach domowych. Opieką nad chorym zajmują się wyspecjalizowane zespoły długoterminowej opieki domowej, które zapewniają choremu sprzęt, opiekę lekarsko-pielęgniarską i rehabilitacyjną zgodnie. Stopień nadzoru i opieki nad chorym jest zależny od choroby podstawowej, rodzaju wentylacji i samodzielności oddechowej chorego

Wymaga to jednak zaangażowania nie tylko ze strony rodziny, ale także zainteresowania ze strony pielęgniarek chęcią świadczenia opieki nad pacjentem w środowisku domowym, zwłaszcza z niewydolnością oddechową, wymagającego domowego leczenia respiratorem.

W pracy podjęto próbę analizy problematyki specyfiki opieki pielęgniarskiej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie w warunkach domowych.

Słowa kluczowe: Długoterminowa opieka domowa. Wentylowany mechanicznie.

Abstract:

In Poland, gradually increase the availability to provide people requiring mechanical ventilation at home. Patient care provided by specialized teams of long-term care home that provide patient equipment, medical and nursing care and rehabilitation under. The degree of supervision and patient care is dependent on the underlying disease, type of ventilation and respiratory patient autonomy. However, this requires the involvement of not only the family but also the interest of nurses' willingness to provide patient care in the home environment, especially with respiratory failure requiring home treatment of ventilator.

The study attempts to analyze the problems specifics of nursing care, mechanical ventilated patient in the home

Key words: Long-term home care. Mechanically ventilated.

Wstęp

Opieka nad chorym, który jest wentylowany mechanicznie w domu w sposób inwazyjny czy nieinwazyjnie wymaga od opiekunów odpowiedniej wiedzy i znajomości podstawowych zasad, których stosowanie zapewni bezpieczeństwo i pomoże choremu utrzymać sprawność na optymalnym poziomie. Podjęcie takiej opieki przez bliskich to zajęcie trudne, czasochłonne i ogromne wyzwanie emocjonalne jak również finansowe, bo wymaga często rezygnacji z pracy zawodowej członka rodziny, który decyduje się zaopiekować się bliskim w domu. W Polsce stopniowo zwiększa się dostępność do świadczenia osób wymagających wentylacji mechanicznej w warunkach domowych. Wymaga to jednak zaangażowania nie tylko ze strony rodziny, ale także zainteresowania ze strony pielęgniarek chęcią świadczenia opieki nad pacjentem w środowisku domowym, zwłaszcza z niewydolnością oddechową, wymagającego domowego leczenia respiratorem.

W pracy podjęto próbę analizy problematyki specyfiki opieki pielęgniarskiej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie w warunkach domowych.

Technika wentylacji mechanicznej-inwazyjna i nieinwazyjna

Przez pojęcie „sztuczna wentylacja” lub „mechaniczna wentylacja” należy rozumieć wyłącznie zastąpienie czynności wentylacyjnej układu oddechowego związanej z wykonaniem pracy oddychania. Praca ta jest niezbędna do przemieszczenia określonej objętości powietrza z poziomu jamy ustnej do pęcherzyków płucnych i wymaga wytworzenia energii przez urządzenie zwane generatorem. Takim generatorem jest respirator, urządzenie służące do mechanicznej wentylacji płuc [1,2,3].

Pierwsze doniesienia o zastosowaniu Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej w polskich ośrodkach zostały opublikowane pod koniec lat 90. XX wieku. Chociaż pierwsze próby zastosowania NWM miały miejsce w latach 40. XX. wieku [4] Obecnie metoda ta, jako bardziej przyjazna dla pacjenta, jest długotrwale stosowana u wielu chorych, w większości przypadków zastępując wentylację prowadzoną w sposób inwazyjny [5].

Stosując nieinwazyjną wentylację mechaniczną, osiąga się podobny efekt fizjologiczny jak podczas stosowania wentylacji inwazyjnej. Uzyskuje się zmniejszenie pracy mięśni oddechowych i poprawę wymiany gazowej, przy jednoczesnym uniknięciu powikłań związanych z wentylacją inwazyjną. Nieinwazyjna wentylacja jako metoda mniej kosztowna, obarczona mniejszą liczbą powikłań i łatwiej dostępna niż wentylacja inwazyjna, znalazła zastosowanie w wielu sytuacjach klinicznych [6].

Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna to każde wspomaganie wentylacji, zastosowane bez użycia rurki dotchawiczej. Dostępne są dwa sposoby prowadzenia takiej wentylacji.

1. Pierwszy, który obecnie nie znajduje szerokiego zastosowania, polega na wytwarzaniu ujemnych ciśnień wokół klatki piersiowej i określany jest jako –**NINPV** (NonInvasive Negative Pressure Ventilation). Stosowane w tej metodzie aparaty są duże, niewygodne

w obsłudze, a przede wszystkim ich skuteczność okazała się niejednoznaczna.

2. W praktyce klinicznej wykorzystywana jest obecnie druga metoda wentylacji nieinwazyjnej, polegająca na wytwarzaniu dodatnich ciśnień, bezpośrednio w drogach oddechowych **NIPPV** (NonInvasive Positive Pressure Ventilation). Metoda ta polega na podawaniu pod ciśnieniem powietrza, często dodatkowo wzbogaconego tlenem, przez odpowiednio szczelną maskę twarzową (obejmującą nos i usta) lub nosową. Wytworzone dodatnie ciśnienie powietrza w drogach oddechowych przeciwdziała powstałemu podczas duszności i nasilonego oddechu, przez co zmniejsza opory wdechowe, a w konsekwencji zmniejsza pracę mięśni dodatkowych. Poprawia przepływ powietrza zwiększa wentylację pęcherzykową, wymianę gazową, a tym samym zmniejsza zagrażającą życiu hiperkapnię i kwasicę oddechową oraz zwiększa utlenowanie krwi [7,8,9,10].

W przypadku leczenia przewlekłej niewydolności rozwój techniki nieinwazyjnej spowodował redukcję liczby chorych z tracheostomią do kilku, kilkunastu procent chorych wentylowanych w warunkach domowych. Stosowanie nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej nie tylko wpłynęło na poprawę rokowania w chorobach takich jak dystrofia mięśniowa, kifoskolioza, ale przede wszystkim poprawiło komfort życia tych chorych. Przewlekła nieinwazyjna wentylacja mechaniczna zmniejsza liczbę zaostrzeń i konieczność hospitalizacji [11].

Kandydat do nieinwazyjnego wspomaganie wentylacji musi spełnić kilka warunków: być przytomny, współpracujący, stabilny hemodynamicznie, nie może produkować dużych ilości wydzieliny, która wymagałaby odsysania. Pacjent nie może mieć zdeformowanej twarzy, która uniemożliwiłaby szczelne dopasowanie maski.

Zaleca się kilkugodzinną (zazwyczaj od 2 do 6 godz. na dobę) wentylację, zwłaszcza w godzinach nocnych. Korzystne efekty takiego postępowania wynikają z:

- 1) odciążenia mięśni wdechowych podczas wentylacji, czego następstwem jest poprawa ich działania,
- 2) poprawy podatności płuc dzięki likwidacji ognisk niedodmy u chorych z zaburzeniami mięśniowo-nerwowymi i deformacjami klatki piersiowej,
- 3) zapobiegania hipowentylacji w godzinach nocnych i zwiększenia wrażliwości ośrodka oddechowego na CO₂ [8].

W praktyce, w stanach mniej zaawansowanych, chorzy wentylowani są w domu przez kilka godzin, głównie w nocy. Jednak w miarę postępu choroby czas wentylacji wydłuża się. Konieczna staje się dodatkowa sesja wentylacji w ciągu dnia, najczęściej w godzinach

popołudniowych, przed posiłkiem, aby uniknąć nadmiernego rozdęcia żołądka. Postęp choroby powoduje, że konieczne jest wydłużanie czasu wentylacji nieinwazyjnej nawet do 20 lub więcej godzin na dobę. Jednak kiedy chory nie jest wentylowany, wypoczęte mięśnie oddechowe kurczą się w sposób bardziej wydolny. Dochodzi do poprawy parametrów wentylacyjnych, skuteczniejszy kaszel pozwala na efektywniejszą eliminację wydzieliny z dróg oddechowych, rzadziej występują powikłania infekcyjne, a jeśli mimo wszystko pojawiają się, to krótsze są okresy leczenia i hospitalizacji. Jedną z najważniejszych zalet wentylacji nieinwazyjnej jest zmniejszenie a nawet likwidacja przewlekłego zmęczenia i możliwość, w godzinach pomiędzy okresami wentylacji, powrotu do pełniejszej lub nawet normalnej aktywności życiowej [9].

Na szczególną uwagę zasługuje zastosowanie domowej wentylacji mechanicznej płuc, zwłaszcza nieinwazyjnej, u niemowląt. Dzieci z rdzeniowym zanikiem mięśni typu 1 umierają w 90 % prze upływem 2 roku życia. Zastosowanie początkowo wentylacji inwazyjnej pozwala znacznie wydłużyć ich życie, a następnie ułatwić rozwój w domu. Dzięki wprowadzeniu nieinwazyjnej wentylacji płuc dzieci, u których stwierdza się rdzeniowy zanik mięśni typu 1 przed ukończeniem 1 roku życia nie tylko przekraczają granicę śmierci, ale także zaczynają mówić, co czyni ich rozwój znacznie bogatszy [12].

Kandydatami wśród dorosłych pacjentów do domowej nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej są chorzy z przewlekłą niewydolnością w przebiegu POCHP, chorób śródmiąższowych płuc, mukowiscydozy, chorób nerwowo-mięśniowych, deformacji klatki piersiowej oraz zaburzeniami oddychania w czasie snu wynikającymi np. z otyłości [7,9,11,12,13,18].

Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna nie jest niestety pozbawiona działań niepożądanych. Do częstych należą przecieki powietrza wokół maski powodując uczucie dyskomfortu, podrażnienie skóry twarzy, rozdęcie żołądka, podrażnienie oczu, zapalenie spojówek. Może dojść do przekrwienia i obrzęku błony śluzowej zatok obocznych nosa czy uczucia suchości w jamie ustnej i nosie. Do rzadszych, ale poważniejszych powikłań należy zmniejszenie pojemności minutowej serca, obniżenie ciśnienia krwi, odma opłucnowa czy zapalenie płuc [4,8,9,11].

Niestety, w Polsce nadal większość chorych jest wentylowanych w sposób inwazyjny przez tracheotomię [11]. Tracheotomię wykonuje się u pacjentów którzy wymagają długotrwałej wentylacji mechanicznej. Zastosowanie tej techniki poprawia komfort, ułatwia higienę jamy ustnej i drzewa oskrzelowego, istnieje możliwość żywienia doustnego, umożliwia kontakt werbalny, poprawia funkcje głośni i zmniejsza ryzyko aspiracji

Inwazyjną wentylację stosuje się w zaawansowanej niewydolności oddechowej jeśli istnieje konieczność wentylacji mechanicznej całą dobę, gdzie dodatkowo występują

zaburzenia połykania i upośledzenie odruchu kaszlowego. Wiąże się to niestety z koniecznością wykonywania dodatkowych czynności pielęgnacyjnych, których nie ma w przypadku wentylacji nieinwazyjnej oraz stosowania ściśle określonych zasad aby uniknąć niebezpiecznych powikłań [1,14,15].

Nowoczesne respiratory stosowane zarówno w szpitalach jak i w domu chorego to urządzenia, które zapewniają pełne bezpieczeństwo pacjentowi dzięki różnorodnym możliwościom prowadzenia wentylacji, a ich wyposażenie w inteligentne systemy alarmów gwarantuje natychmiastowe zwrócenie uwagi personelowi medycznemu lub przeszkolonemu opiekunowi na ewentualne pojawiające się zagrożenia lub jakiegokolwiek nieprawidłowości w wentylacji.

Respiratory i tryby wentylacji.

Wentylacja mechaniczna jest jednak postępowaniem leczniczym, które głęboko ingeruje w mechanizmy homeostatyczne pacjenta [16] jej celem jest przywrócenie prawidłowej wymiany gazowej bez zwiększania pracy oddychania. Aby wspomaganie oddechu było efektywne, należy określić, jaką część pracy oddychania ma wykonać chory, a jaką przejąć respirator (wentylacja wspomagana czy kontrolowana), wybrać sposób wspomaganie oddechu i tak dobrać parametry oddechowe, aby zapewnić odpowiednią objętość oddechową, wentylację minutową i dostateczne utlenowanie tkanek (zaprogramowanie FiO₂ i dodatniego ciśnienia końcowo-wydechowego-PEEP), czas wdechu zapewniający równomierną dystrybucję gazów w płucach oraz odpowiednio długi czas wydechu. Wentylacyjna w niewydolności oddechowej wymaga przede wszystkim zastosowania wentylacji kontrolowanej (zastępczej), podczas gdy niewydolność mięszkowa-głównie wspomaganie własnej aktywności oddechowej chorego.

Do domowej wentylacji stosuje się respiratory , które różnią się od tych stosowanych w intensywnej terapii. Są mniejsze i mają mniej możliwości monitorowania funkcji układu oddechowego pacjenta. Zaopatrzone są we własne zasilanie bateryjne, co stanowi zabezpieczenie na wypadek braku prądu a także umożliwia wentylację poza domem od 2-11 godzin. Za pomocą tych urządzeń można prowadzić różne formy wentylacji mechanicznej: kontrolowaną, wspomagano-kontrolowaną, wspomaganie ciśnieniowe, wentylację w systemie BIPAP lub CPAP. Parametry wentylacji respiratora ustawia lekarz, a następnie uruchamia się blokada, która uniemożliwia pacjentowi lub jego rodzinie ich samodzielne modyfikowanie [11,17].

Kryteria kwalifikacji do domowej wentylacji mechanicznej

Kwalifikacji pacjentów do wentylacji domowej, zarówno inwazyjnej jak i nieinwazyjnej dokonuje lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Natomiast do wentylacji domowej nieinwazyjnej ma prawo również lekarz specjalista chorób płuc. Lekarze kierujący do leczenia domowego muszą pracować w szpitalu, w którym zakończono leczenie wentylovanego mechanicznie. Dokonując kwalifikacji lekarz uwzględnia kryterium nie tylko medyczne, ale również psychospołeczne, techniczne, finansowe oraz możliwość zapewnienia choremu całodobowej opieki przez rodzinę. Chory powinien wyrazić świadomą zgodę na ten typ leczenia, a w przypadku dzieci zgodę powinien wyrazić opiekun prawny. Terapią oddechową przy pomocy respiratora, w warunkach domowych, mogą być objęci pacjenci:

1. Z udokumentowanym zakończonym leczeniem przyczynowym,
2. W pełni zdiagnozowani (u których wykonano wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż wentylacja mechaniczna),
3. Mający zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy, aby podczas terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo pacjenta [18,19].

Program polityki zdrowotnej w Polsce na rok 2000 obejmuje między innymi wprowadzenie standardów leczenia pacjentów z przewlekłą mechaniczną wentylacją w warunkach domowych. Standardy kwalifikacji pacjentów do programu i dalszej opieki zostały opracowane przez wielodyscyplinarny zespół składający się z pneumonologa, anestezjologa, psychologa, chirurga, wyspecjalizowanej pielęgniarki oraz rehabilitanta [18].

Wspomaganie wentylacji w domu chorego jest finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Opieką nad chorym zajmują się wyspecjalizowane zespoły opieki domowej, które zapewniają choremu sprzęt, opiekę lekarsko-pielęgniarską i rehabilitacyjną zgodnie

z umową zawartą z NFZ. Stopień nadzoru i opieki nad chorym jest zależny od choroby podstawowej, rodzaju wentylacji i samodzielności oddechowej chorego [18,20].

Opiekę nad chorym wentylovanym w warunkach domowych reguluje Rozporządzenie MZ z 2013 r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej [Tabela 1] [19].

Zasady udzielania świadczeń przez zespół długoterminowej opieki domowej dla świadczeniobiorców dorosłych, dzieci i młodzieży wentyloowanych mechanicznie:

zawarte są w § 7 i 8 wyżej wymienionego rozporządzenia. Zespół długoterminowej opieki domowej realizuje opiekę nad świadczeniobiorcami z niewydolnością oddechową, wymagającymi stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheotomijną), bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy kaski), ciągłej lub okresowej terapii oddechowej. Taki chory nie wymaga leczenia w oddziałach intensywnej terapii, czy też pobytu w zakładach opieki stacjonarnej. Wymagającymi jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji. Do obowiązków zespołu należy: wyposażenie chorych w niezbędny sprzęt medyczny oraz stworzenie chorym i ich najbliższym poczucia bezpieczeństwa poprzez zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni w tygodniu. Każda wizyta członka zespołu jest potwierdzana przez chorego lub jego rodzinę lub opiekuna faktycznego, według wzoru [19]

Tab. 1. Świadczenia gwarantowane udzielane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla wentylowanych mechanicznie [19].

Chory z przewlekłą niewydolnością oddechową	Lekarz	Pielęgniarka	Fizjoterapeuta
Inwazyjna wentylacja mechaniczna	Nie mniej niż 1 razy w tygodniu	nie mniej niż 2 razy w tygodniu	nie mniej niż 2 razy w tygodniu
Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna-czas trwania 16 godz na dobę	Nie mniej niż 1 razy w tygodniu	nie mniej niż 2 razy w tygodniu	nie mniej niż 2 razy w tygodniu
Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna-czas trwania od 8 do 16 godz na dobę	nie mniej niż 1 raz na 2 tygodnie	Nie mniej niż 1 razy w tygodniu	nie mniej niż 2 razy w tygodniu
Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna-czas trwania do 8 godz	nie mniej niż 1 raz na kwartał	nie mniej niż 1 raz na kwartał	

Trzeba zaznaczyć, że zespół zapewnia stałą dostępność w systemie zmianowym albo dyżurowym pod telefonem. Natomiast maksymalną częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych pielęgniarki i fizjoterapeuty jest ustalana indywidualnie przez lekarza udzielającego pacjentowi świadczeń gwarantowanych.

Do obowiązków zespołu opieki długoterminowej należy wyposażenie chorych w niezbędny sprzęt medyczny. Podstawowym sprzętem jest respirator, wyposażony akumulator oraz alarmy, z możliwością blokady ustawionych parametrów przez lekarza, aby nie doszło do przypadkowego przestawienia nastawionych wartości wentylacji. Wyposażenie w akumulator pozwala swobodnie korzystać z wózka inwalidzkiego i podtrzymać czynności respiratora do 4 –11 godzin.

W przypadku pacjentów wentylowanych nieinwazyjnie: używane są maski przeznaczone do wentylacji nieinwazyjnej, maski „indywidualne”, wykonane „na miarę”, niezbędny sprzęt jednorazowy: układy oddechowe, filtry, u pacjentów w cięższym stanie niezbędny sprzęt monitorujący. U chorych wentylowanych inwazyjnie dodatkowo cały niezbędny do wentylacji inwazyjnej sprzęt bazowy (respirator, koncentrator) i jednorazowy: cewniki, rękawiczki, układy oddechowe, filtry, rurki, ssak o podwójnym zasilaniu: z sieci i akumulatorowym (baterijnym), sprzęt monitorujący- pulsoksymetry, kapnometry, sprzęt do awaryjnej wentylacji ręcznej-worek samorozprężarny typu AMBU [18,19]. Świadczeniodawca zapewnić musi również przenośny aparat EKG , koncentrator tlenu, a także zestaw do udzielania pierwszej pomocy [18,19].

Rodzina pacjenta musi być także przeszkolona w obsłudze worka AMBU w przypadku konieczności awaryjnej wentylacji. Bezpieczeństwo zapewnia również pulsoksymetr wskazujący poziom wysycenia tlenem krwi tętniczej oraz dokonuje pomiaru tętna. W uzasadnionych przypadkach chory może wymagać dodatkowo wzbogacenia mieszaniny oddechowej tlenem, do czego wykorzystuje się koncentrator tlenu.

Niezbędny w opiece nad pacjentem wentylowanym w domu jest ssak i odpowiedniego rozmiaru cewniki do odsysania wydzieliny z rurki tracheostomijnej.

Problemy pielęgnacyjne pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych.

Opieka nad pacjentem wentylowanym mechanicznie zarówno inwazyjnie jak i nieinwazyjnie nie jest pozbawiona występowaniem różnych problemów pielęgnacyjnych. Dotyczą one bezpośrednio opieki nad pacjentem i problemów związanych z wentylacją, jak również wynikają z trudności techniczno-organizacyjnych.

Wśród problemów wyróżnić można:

- możliwość wystąpienia duszności z powodu niedostatecznej podaży tlenu
- możliwość wystąpienia nieprawidłowego utlenowania tkankowego
- możliwość powstania otarć, zaczerwienienia w obrębie twarzy spowodowane stosowaniem masek twarzowych
- ból w miejscu ucisku maski

- wysychanie śluzówek nosa
- podrażnienie oczu
- rozdęcie żołądka
- możliwość wystąpienia respiratorowego zapalenia płuc
- dyskomfort psychiczny pacjenta spowodowany ograniczoną samoobsługą
- trudności z odśluzowywaniem dróg oddechowych
- zaburzenia połykania- konieczność stosowania sondy żołądkowej, PEG-a
- możliwość powstania zapań spowodowana unieruchomieniem
- możliwość wystąpienia odleżyn spowodowana unieruchomieniem
- labilność emocjonalna pacjenta, stany depresyjne i lękowe
- brak akceptacji choroby przez pacjenta i/lub jego bliskich
- kłopoty w komunikacji z pacjentem z tracheotomią
- brak zasilania elektrycznego [4,12,11,9,18,20,21,17,22, 23, 24,25,26,27]

Zapobieganie tym problemom jest kluczowym elementem w opiece nad pacjentami objętymi opieką w domu. Proces ten zaczyna się już w szpitalu w chwili kwalifikacji pacjenta do domowej wentylacji mechanicznej i powinien być realizowany przez opiekunów w domu. Nauczanie opiekunów właściwej oceny stanu chorego, zabarwienia skóry, charakteru wydzieliny z dróg oddechowych, nauczanie właściwego odśluzowywania dróg oddechowych, interpretacji wskazań pulsoksymetru, znajomości alarmów respiratora, wentylacji AMBU, jak również umiejętności awaryjnej wymiany rurki tracheostomijnej, ma decydujące znaczenie w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentowi wentylowanemu mechanicznie w domu, gdzie opiekę sprawują bliscy, często bez wykształcenia medycznego [18,20,25,26].

Rola rodziny w opiece nad chorym.

Rodzina w chwili zachorowania jednego z jej członków mobilizuje wszystkie swoje siły, integruje się i wspólnie pomaga choremu. Korzystny wpływ choroby na utrzymanie równowagi rodzinnej, poprawę relacji między jej członkami wynika stąd, że choroba wyzwała wiele pożądaných pozytywnych reakcji wśród członków rodziny. Istotne jest jednak ustawienie choroby na właściwym miejscu, tak, aby nie zdominowała emocji i życia rodzinnego. Bardzo trudnym zadaniem dla rodziny jest znalezienie „złotego środka” między nadmiernym uwikłaniem się, owijaniem się dookoła choroby, a zaniedbywaniem chorego i pozostawianiem go samemu sobie. Ustawienie choroby na właściwym miejscu to zarówno odpowiedni podział obowiązków domowych wynikających z opieki na chorym, jak i zadbanie, aby potrzeby pozostałych członków rodziny nie zostały odsunięte na dalszy plan [29]. Rolą

otoczenia chorego — rodziny, przyjaciół, lekarzy jest udzielanie wsparcia, wskazywanie choremu tych obszarów, w których mógłby aktywnie działać i potwierdzać w sobie poczucie skuteczności i kontroli. Oba te zasoby stanowią silny bufor chroniący przed utrwalaniem się negatywnych przekonań na temat własnej sytuacji. W przypadku bowiem, gdy negatywne przekonania zaczynają działać, powstaje mechanizm „kuli śniegowej” polegający na narastaniu pesymizmu i utwierdzeniu osoby w postawie rezygnacji, które pociągają za sobą pozbawianie także fizycznych sił do dalszej walki z chorobą [22].

W ramach programu opieki domowej nad chorym są prowadzone szkolenia rodzin lub prawnych opiekunów chorego w zakresie obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy, aby mogło być zapewnione bezpieczeństwo pacjenta podczas terapii. Przejęcie przez rodzinę odpowiedzialności za opiekę nad chorym wymaga także zmiany stylu i organizacji życia jej członków - leczniczych, przeżycia emocjonalne związane z różnymi sytuacjami trudnymi mają wpływ na relacje interpersonalne zarówno wewnątrz rodziny, jak i relacje z otoczeniem [20,26]. Dlatego też świadczeniami zespołu długoterminowej opieki domowej mogą być objęci pacjenci, którzy mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę bądź opiekunów prawnych, w zakresie pielęgnacji i obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy tak, aby podczas stosowania terapii było zapewnione bezpieczeństwo pacjenta. Zespół długoterminowej opieki domowej zobowiązany jest przez ustawodawcę do stworzenia pacjentom i ich najbliższym poczucia bezpieczeństwa poprzez zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 h na dobę we wszystkie dni tygodnia [18,19, 20].

Stosowanie domowej wentylacji mechanicznej, oprócz niewątpliwych zalet, może być źródłem problemów dla chorych i ich rodzin. U niektórych osób uzależnienie od respiratora wywołuje lęk i poczucie zagrożenia, a u członków rodziny-obawy, czy poradzą sobie z opieką nad chorym i obsługą sprzętu. Opieka pielęgniarska nad osobami wentylowanymi mechanicznie w domu powinna być kompleksowa i winna obejmować nie tylko łagodzenie dolegliwości bólowych oraz poprawę kondycji fizycznej, ale również wsparcie psychiczne i edukację chorych i ich rodzin. Dlatego działania te należy rozpocząć w oddziale szpitalnym, a następnie kontynuować w środowisku domowym [23].

Przedłużający się okres sprawowania opieki może niestety doprowadzić do niezadowolenia i wywoływać konflikty w rodzinie, a w konsekwencji niechęć, zaniedbywanie osoby chorej i odrzucenie.

Niezwykle ważnym obszarem realizacji opieki nad chorym jest więź rodzinna i sfera emocjonalna, w której rozstrzyga się motywy podejmowania opieki. Wzajemne uczucia, życzliwość i troska sprzyjają realizacji funkcji opiekuńczej nad osobą bliską. Natomiast nie sprzyjają temu niechęć, brak więzi emocjonalnych i konflikty. Istotna jest świadomość

opiekuna, że realizacja jego roli wymaga codziennych, trudnych wyrzeczeń, a także może mieć wpływ na rezygnację z własnych życiowych i zawodowych planów [28].

Rodzina powinna wiedzieć, że przewlekłemu niedotlenieniu towarzyszą zmiany psychiczne, często w postaci obniżonego nastroju, lęku i depresji oraz obniżeniem wydolności mózgu.

Następstwem tego jest między innymi obniżona koncentracja uwagi, zaburzenia pamięci, skłonność do krytycznej oceny, występowanie negatywizmu, bierność, a przede wszystkim uciążliwość charakteru. Rodzina, która jest wyczulona na objawy obniżenia nastroju, może zapobiec pogrążeniu się chorego w depresji. Bliskim łatwiej też znosić złe nastroje chorego, jeżeli zrozumieją, że są one wynikiem choroby, a nie osobistej urazy, i jeśli wiedzą, jak na nie zareagować [30].

Praca pielęgniarki w środowisku domowym chorego również może być źródłem stresu, który wynika nie tylko z postępowania choroby pacjenta, ale także związanej relacji z nim i jego rodziną. W pracy z pacjentem, którego zna się długo, w stosunku do którego tworzą się więzi emocjonalne, może dojść do sytuacji, kiedy osoba z personelu zaczyna doświadczać uczuć podobnych do tych, które przeżywa rodzina chorego. Może mieć to związek z wieloma czynnikami. Według niektórych autorów przyczynę można rozpatrywać w związku z określonymi predyspozycjami osobowościowymi oraz ze sposobami radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Według K. de Walden- Gałuszko osoby o szczególnie silnej motywacji do pracy, z ugruntowanym systemem wartości i z cechami dojrzałości emocjonalnej lepiej radzą sobie z trudnościami w pracy z pacjentami [24].

Podsumowanie

Leczenie respiratorem w domu jest leczeniem objawowym jak również wspomagającym. W zakresie leczenia choroby podstawowej i jej powikłań chory pozostaje przez cały czas pod opieką lekarza prowadzącego [19,21].

Mechaniczne wspomaganie wentylacji staje się coraz powszechniejszą metodą długoterminowego leczenia chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową [5]. Technikę tę można uznać za metodę terapii paliatywnej ponieważ przynosi ulgę, poprawia komfort życia chorych w przewlekłych, schyłkowych fazach niewydolności oddechowej [21]. Powołując się na doświadczenia Zespołu Domowego Leczenia Respiratorem wchodzącego w strukturę Regionalnego Zespołu Opieki Paliatywnej-Dom Sue Ryder w Bydgoszczy, który powstał w 2002 roku wentylacja domowa jest skuteczną metodą leczenia, a jej efekty widoczne są już po kilkunastu dniach jej stosowania. Poprawia się jakość snu, pacjenci nie pocą się, zmniejsza się zmęczenie, łatwiej oddychają, skuteczniejszy jest kaszel u pacjentów

wentylowanych nieinwazyjnie. Rozpowszechnianie tej metody leczenia to stworzenie szansy na poprawę jakości życia i szybki powrót ze szpitala na łono rodziny [17,22]. Dlatego też współczesna medycyna coraz bardziej ogranicza pobyt chorego w szpitalu, szczególnie w przypadku chorób terminalnych, a jednym z powodów takiego działania jest przekonanie, że nawet najbardziej nowoczesny szpital nigdy nie zastąpi domu. Dom rodzinny to szczególne miejsce, w którym chory odnajduje, zwykle po wyczerpującym leczeniu szpitalnym, swoiste poczucie bezpieczeństwa. Specjaliści od medycyny paliatywno-hospicyjnej, ale także przedstawiciele innych dziedzin medycznych, zgodnie twierdzą, że obecność chorego w domu jest najlepszą formą opieki nad osobami przewlekle i terminalnie chorymi, pod warunkiem jednak, że jest właściwie zorganizowana, a domownicy są w stanie wspierać chorego i współpracować z zespołem opiekuńczym [31].

Sprawowanie opieki nad chorym wentylowanym sztucznie w domu wymaga od pielęgniarki dużej wiedzy, zaangażowania jak również doświadczenia zawodowego, aby nie tylko zapewnić pacjentowi właściwą opiekę, ale także być wsparciem dla opiekunów, dla których jest to ogromne wyzwanie i rewolucja w życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym. Szpital nie jest w stanie zapewnić klimatu domu rodzinnego, dlatego też warto wspierać te rodziny, które chcą zapewnić taką opiekę swoim bliskim, którzy na co dzień zmagają się ze swoją chorobą i muszą „walczyć o każdy oddech”.

Piśmiennictwo

1. MACIEJEWSKI D., Wentylacja płuc [W:] Mayzner-Zawadzka E (Red.Nauk), Anestezjologia kliniczna z elementami intensywnej terapii i leczenia bólu., t.2, PZWL, Warszawa 2009, 929
2. Tłum.ZIELIŃSKA M., ZIELIŃSKI S., Podstawy wentylacji mechanicznej [W:] Marino P.L., pod red. Kublera, Intensywna terapia, Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2004, 428
3. ŁAZOWSKI T., Zasady budowy i funkcjonowania respiratorów, Medycyna Intensywna Ratunkowa, Tom 9, suplement do nr 2/2006, 145-150
4. LISOWSKA B., NOWACKA E., Tlenoterapia nieinwazyjna, Anestezjologia i Ratownictwo 2008; 2
5. NASIŁOWSKI J. i wsp., Domowe wspomaganie wentylacji w Polsce, Pneumonologia Alergologia Polska 2010; 78, 6:393
6. JASSEM E., i inni., Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące opieki paliatywnej w przewlekłych chorobach płuc, Pneumonol. Alergol. Pol. 2012; 80, 1: 41–64

7. OBOJSKI A., CHMIELOWICZ B., Zastosowanie nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w leczeniu zaostrzeń przewlekłej obturacyjnej choroby płuc., Wiadomości Alergologiczne, Rok I Nr 5-6
8. NOWICKA A., Leczenie tlenem i nieinwazyjna wentylacja mechaniczna w domu chorego, Przewodnik Lekarza, Suplement, 2007;1,137
9. SZKULMOWSKI Z., Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna w domu., Polska Medycyna Paliatywna 2004,3,1,40
10. PŁUSA T., Miejsce nieinwazyjnej wentylacji u chorych z zaostrzeniem POCHP, Polski Merkuriusz Lekarski 2010,XXVIII, 166,315
11. CZAJKOWSKA-MALINOWSKA M., NASIŁOWSKI J., Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna w Polsce w 2012 roku, Pneumonologia Alergologia Polska, 2012; 80, 5, 386,387
12. STENGERT P.K, SIEMIĄTKOWSKA-STENGERT W, BART STENGERT B.P., PIOTROWSKI A., Domowa wentylacja mechaniczna płuc, Anestezjologia Intensywna Terapia, 2009,XLI,2, 105
13. NASIŁOWSKI J., SZKULMOWSKI Z., MIGDAŁ M. i inni, Rozpowszechnianie wentylacji mechanicznej w warunkach domowych w Polsce, Pneumonologia Alergologia Polska, 2010;78,6:392-398
14. RYBICKI Z., Intensywna terapia dorosłych, Wydawnictwo Novus Orbis, Gdańsk 1994, 331
15. OCZENSKI W., WERBA A., ANDEL H., Podstawy wentylacji mechanicznej, Ośrodek Wydawniczy „Augustana”, Bielsko-Biała 2003,125,126,128,130
16. MACIEJEWSKI D., Monitorowanie czynności płuc podczas wentylacji mechanicznej, Medycyna Intensywna i Ratunkowa, Tom 9 Suplement do nr 2/2006, 151
17. MISIAK-DEC B., Domowe leczenie respiratorem, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, Nr 11, 2006
18. JESSA K., KABACIŃSKA K., DYK D., Opieka nad pacjentem wentylowanym mechanicznie w domu, Pielęgniarstwo Polskie, 3 (33)
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia a dnia 22 listopada 2013 r w sprawie świadczeń gwarantowanych pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013, poz.1480)
20. KÓZKA M., WOJTAN S., WOŹNIOK E., Funkcjonowanie psychospołeczne opiekunów chorych wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych, Problemy Pielęgniarstwa 2011, tom 19, zeszyt nr 2
21. SZKULMOWSKI Z., Wentylacja mechaniczna płuc w domu-doświadczenia Zespołu Domowego Leczenia Respiratorem Domu Sue Ryder w Bydgoszczy. Doniesienie wstępne., Anestezjologia Intensywna Terapia 2003, 185-183

22. ANDYSZ A., MERECZ D., Psychologiczne konsekwencje przewlekłych chorób układu oddechowego. Rola personelu medycznego w ich przezwyciężaniu., *Pneumonologia Alergologia Polska* ,2012; 80, 4
23. WÓJCIK A., PŁASZEWSKA- ŻYWKO L., Funkcjonowanie fizyczne i psychospołeczne chorych wentylowanych mechanicznie w domu, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, Nr 3-4/2007
24. KOWALCZYK M., Poczucie straty i uczucia utajone w pracy z pacjentem terminalnie chorym. ZOP Hospicjum „Światło” w Toruniu, *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010, tom 4, nr 1
25. MĘDRZYCKA-DĄBROWSKA W., BĄKOWSKA G., DĄBROWSKI S., WĘGIELNIK J., BASIŃSKI A., Opieka nad dzieckiem wentylowanym mechanicznie w domu, *Anestezjologia i Ratownictwo* 2009; 3:206-219
26. PLESZEWA A., FORMANOWSKA B., KACZMARCZYK K., Wpływ choroby na funkcjonowanie pacjenta i jego rodziny, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2005; 1 (19):82-88
27. SAWCZUK M., MACIEJEWSKI D., PIEKART-WOJNAR S., Drożność dróg oddechowych podczas wentylacji mechanicznej, *Medycyna Intensywna Ratunkowa*, Tom 9, Suplement do nr 2/2006, 179-189
28. PALCZESKA A., System opieki długoterminowej a zapotrzebowanie na ten rodzaj świadczeń, *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18 (2)
29. KINGHORN S., GAINES S., SATTERLEY G., Komunikacja w zaawansowanej chorobie:wyzwania i możliwości [W:] Kinghorn S., Gaines S., (Red. wyd. I polskiego) Walden-Gałuszko K., Gaworska – Krzemińska A., *Opieka paliatywna*, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2012
30. ZIELIŃSKI J., BORAK-KWAPISZ J, Jak zwiększyć skuteczność domowego leczenia tlenem (DLT) *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80, 4: 287–291
31. BINNEBESEL J., JANOWICZ A., KRAKOWIAK P., PACZKOWSKA A., *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*, Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Wyd. I, Gdańsk 2010

IDENTIFIKÁCIA EDUKAČNÝCH POTRIEB PACIENTA A JEHO RODINY

IDENTIFICATION OF EDUCATIONAL NEEDS OF THE PATIENT AND HIS/HER FAMILY

Mariana Magerčiaková¹, Renáta Darmošová², Katarína Zrubáková¹

¹Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva,

²Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok- FN

Abstrakt

Edukačné potreby alebo potreby učenia sa sú súčasťou psychosociálnych potrieb človeka. Potreby učiť sa sú často prítomné nielen u pacienta, ale aj u jeho rodiny alebo podporných osôb. Aby mohli byť edukačné potreby uspokojované, je nevyhnutná ich správna identifikácia. Sestra môže edukačné potreby identifikovať na základe novovzniknutej situácie u pacienta determinovanej nejakým zdravotným problémom, ale tiež na základe verbalizácie a správania pacienta alebo jeho rodiny. V príspevku sú prezentované súčasti posudzovania pacienta a jeho podporných osôb, ktorého výsledkom má byť identifikácia aktuálneho či potenciálneho deficitu vedomostí alebo zručností.

Kľúčové slová: Edukačné potreby. Pacient. Rodina. Sestra. Posudzovanie.

Abstract

Educational needs or needs to acquire knowledge are part of psychosocial needs of human being. It is not only the patient who wants to learn but also his/her family and supportive people. In order to satisfy educational needs it is essential to identify them properly. The nurse can identify the educational needs from the situation that has just occurred in the patient's life and is influenced by health problem or from verbalization and behaviour of the patient and his/her family. The article presents parts of assessments of the patient and his/her supportive people. The aim of such assessment is to identify current and potential deficit of knowledge and skills.

Key words: Educational needs. Patient. Family. Nurse. Assessment.

Úvod

Efektívnu edukáciu pacienta nie je možné realizovať bez predchádzajúcej identifikácie edukačných potrieb jeho samého alebo jeho rodiny, resp. podporných osôb. Na základe zozbieraných informácií o edukantovi a ich analýzy sestra stanoví jeho edukačné potreby. Za edukačnú potrebu považujeme deficit v oblasti vedomostí, zručností, návykov

a pozitívnych postojov edukanta ku svojmu zdraviu, kedy tieto nedostatky môžu negatívne ovplyvniť zdravie edukanta v súčasnosti aj v budúcnosti (Juřeníková, 2010).

Magurová, Majerníková (2009) uvádzajú, že potreba učenia je motívom a požiadavkou na zmenu správania a postojov. Podľa Baškovej, Tomagovej (2008) jednotlivec vníma medzeru medzi vedomosťami, zručnosťami a schopnosťami, ktoré má, a medzi vedomosťami, zručnosťami a schopnosťami, ktoré sú potrebné na to, aby dokázal zvládnuť určité činnosti, alebo sa postarať sám o seba.

V ošetrovatelstve sa potreba učenia uspokojuje prostredníctvom edukácie. Účinná a správne realizovaná edukačná činnosť sestry však nemôže spočívať iba v odovzdaní určitého množstva informácií. Sestra sa musí sústrediť predovšetkým na to, aby spoločne s pacientom pripravila edukačný program, ktorý pacientovi uľahčí uskutočňovanie zmeny správania (Svěráková, 2012).

Existujú viaceré faktory, ktoré edukačné potreby pacienta môžu ovplyvňovať, a to jeho zdravotný stav, typológia osobnosti, psychické rozpoloženie, prostredie, sociálne zázemie a ďalšie faktory. Edukačnú potrebu je nevyhnutné jednoznačne definovať a zapísať do edukačnej dokumentácie (Juřeníková, 2010). Edukačná potreba pacienta a/alebo jeho rodiny je vyjadrená v diagnostickom závere- v podobe ošetrovateľskej, resp. edukačnej diagnózy.

Edukačné potreby alebo potreby učiť sa sú dané tromi základnými východiskami, a to:

1. Pacient- potreby pacienta učiť sa musia vychádzať z neho samého; pacient, ktorý si je vedomý potreby niečo sa naučiť, sa ustavične vypytuje alebo iným spôsobom vyhladáva potrebné informácie.
2. Správanie pacienta- pacient môže svojím správaním dávať najavo potrebu niečo sa naučiť- napr. neistota, vystrašenosť a podobne, ktoré vyplývajú z nedostatku vedomostí alebo zručností.
3. Odborníci v zdravotníctve- zdravotnícki pracovníci zvyčajne vedia vopred, aké informácie si bude vyžadovať zdravotný problém pacienta (napr. pacient pred operáciou si bude musieť osvojiť cviky dolných končatín, pacient s novozisteným diabetes mellitus bude musieť byť poučený o diabetickej diéte, atď.) (Smitherman in Kozierová a kol., 1995).

Identifikácia edukačných potrieb z pohľadu sestry začína posudzovaním pacienta- potenciálneho edukanta. Marečková, Jarošová (2005) uvádzajú dve základné súčasti posudzovania, a to získanie anamnestických údajov a rozpoznanie súvisiacich faktorov, príznakov alebo rizikových faktorov- tzv. diagnostických prvkov ošetrovateľských diagnóz, ktoré sa momentálne u pacienta vyskytujú. Autorky odporúčajú začínať posudzovanie najprv štúdiom zdravotnej dokumentácie pacienta, ktoré je vhodné realizovať ešte pred rozhovorom

s pacientom. Sestry tak získajú informácie, na ktoré môžu pri anamnestickom rozhovore nadviazať a na ktoré sa pacienta nemusíme opakovane pýtať, nakoľko ich získame z jeho zdravotnej dokumentácie. Zdravotná dokumentácia pacienta predstavuje dôležitý zdroj informácií aj pre identifikáciu jeho edukačných potrieb, napríklad v nadväznosti na údaje o zdravotnom stave, absolvovaných preventívnych prehliadkach a očkovaní, hospitalizáciách, kúpeľnej liečbe, ambulantnej terapii, dispenzarizácii a podobne. Následne podľa diagnostických domén (Taxonómia NANDA II) získava sestra informácie o individuálnych potrebách v predchádzajúcom období (pred prijatím do ošetrovateľskej starostlivosti) a tiež doplnením informácií od rodiny alebo partnera.

V prípade, že sestra prijíma do ošetrovateľskej starostlivosti človeka, ktorý nie je schopný adekvátnej komunikácie (napr. porucha vedomia, dieťa, zmyslový deficit a podobne), je nevyhnutné anamnestický rozhovor modifikovať. V tejto situácii je nevyhnutné získať alebo doplniť informácie od blízkych pacienta. Niekedy je potrebné zabezpečiť asistenciu tlmočníka alebo je možné využiť špeciálne komunikačné karty a postupy (Marečková, Jarošová, 2005).

V nadväznosti na získanie anamnézy je potrebné pristúpiť k rozpoznaniu súvisiacich faktorov, príznakov alebo rizikových faktorov prítomných u pacienta. Pre túto činnosť môžeme využiť tieto metódy:

- štruktúrovaný rozhovor podľa diagnostických domén (slúži na rozpoznanie diagnostických prvkov aktuálneho stavu individuálnych potrieb pacienta),
- pozorovanie podľa štruktúry diagnostických domén (slúži na zistenie diagnostických prvkov aktuálneho stavu individuálnych potrieb pacienta),
- skriningové vyšetrenie sestrou,
- vyšetrenie s použitím testov a škál,
- rozhovor s rodinou alebo partnerom pacienta (pre doplnenie informácií alebo v prípade obmedzenej možnosti s pacientom komunikovať) (Marečková, Jarošová, 2005).

Súčasne s uvedenými činnosťami je nevyhnutné všetky získané anamnestické údaje a výsledky posudzovania dokumentovať do ošetrovateľskej dokumentácie (Marečková, Jarošová, 2005).

Použitie štruktúrovaného rozhovoru podľa diagnostických domén v kontexte edukačných potrieb vychádza konkrétne z 5. diagnostickej domény klasifikácie NANDA-International II: Vnímanie- poznávanie. Pre uvedenú diagnostickú doménu Marečková, Jarošová (2005) odporúčajú tieto položky ošetrovateľskej anamnézy:

- predchádzajúce ťažkosti so sluchom, zrakom,
- používanie načúvacieho aparátu,
- predchádzajúce ťažkosti so zmyslovým vnímaním, rovnováhou,

- predchádzajúce problémy s pamäťou (užívanie liekov, drog, alkoholu, neurologické poruchy, vek, neschopnosť zopakovať informáciu, atď.),
- problémy s vyjadrovaním, rečou,
- predchádzajúce ťažkosti s udržaním pozornosti,
- predchádzajúce problémy s orientáciou v mieste, čase, priestore.

Diagnostický záver, resp. ošetrovateľská diagnóza (v edukačnom procese nazývaná edukačná diagnóza) označujúca dysfunkčné potreby (ošetrovateľské problémy) v oblasti edukácie je formulovaná ako Deficitná vedomosť (Deficit vedomostí), pričom je nevyhnutné špecifikovať ju - t. j. v akej oblasti je prítomná deficitná vedomosť, prípadne zručnosť (napr. stravovanie, aplikácia inzulínu, ošetrovanie rany, predoperačná príprava, atď.). Uvedená ošetrovateľská diagnóza môže byť u pacienta stanovená ako aktuálna alebo potenciálna, či dokonca ako ošetrovateľská diagnóza k podpore zdravia - tzv. wellness diagnóza formulovaná ako Ochota doplniť deficitné vedomosti.

Ošetrovateľskú diagnózu Deficitná vedomosť môžeme definovať ako neznalosť alebo nedostatočná znalosť určitej tematiky (nedostatočná informovanosť pacienta alebo jeho blízkych, ktorá im neumožňuje informovanú voľbu s ohľadom na stav, liečbu a zmeny životného štýlu) (Doenges, Moorhouse, 2001).

Marečková (2006) uvádza, že diagnostický algoritmus dysfunkčných potrieb je rozdelený do 3 fáz, pričom každá z fáz sa sústreďuje na diagnostiku iného typu ošetrovateľských diagnóz, ktorými sú:

- aktuálne diagnózy (prvá fáza),
- potenciálne diagnózy (druhá fáza),
- diagnózy k podpore zdravia (tretia fáza).

V prvej fáze diagnostického algoritmu sa zameriavame na nájdenie aktuálnych diagnóz v 3 krokoch:

1. krok: vyhľadanie určujúcich znakov - s ohľadom na špecializáciu si ujasníme, ktoré aktuálne ošetrovateľské diagnózy je u pacienta nutné podrobiť diagnostickému zvažovaniu a cielene hľadáme jej určujúce znaky - pokiaľ nájdeme minimálne jeden, zaznamenáme ju do dokumentácie; ak nenájdeme žiadny určujúci znak, môžeme tvrdiť, že pacient túto ošetrovateľskú diagnózu nemá.
2. krok: vyhľadanie súvisiacich faktorov - pokiaľ sme našli aspoň jeden určujúci znak, pokračujeme vyhľadávaním súvisiacich faktorov danej diagnózy - pri nájdení minimálne jedného súvisiaceho faktora realizujeme jeho záznam do dokumentácie; naopak ak nenájdeme žiadny súvisiaci faktor, môžeme tvrdiť, že pacient túto ošetrovateľskú diagnózu nemá.
3. krok: overenie diagnózy - k tomuto kroku pristúpime vtedy, keď sme našli kombináciu minimálne jedného určujúceho znaku s minimálne jedným súvisiacim faktorom;

overíme, či je pacient skutočne v situácii alebo stave, ktorý zodpovedá tomu, ako je ošetrovateľská diagnóza vysvetlená definíciou.

Druhá fáza diagnostického algoritmu je zameraná na nájdenie potenciálnych diagnóz, t. j. ošetrovateľských diagnóz, ktorých vznikom je pacient ohrozený, a to v 2 krokoch:

1. krok: vyhľadanie rizikových faktorov- s ohľadom na špecializáciu si ujasníme, ktoré potenciálne ošetrovateľské diagnózy je u pacienta nutné podrobiť diagnostickému zvažovaniu; cielene hľadáme jej rizikové faktory a pokiaľ nájdeme aspoň jeden, zaznamenáme ho do dokumentácie; naopak, ak sme žiadny rizikový faktor nenašli, môžeme tvrdiť, že pacient túto potenciálnu ošetrovateľskú diagnózu nemá.
2. krok: overenie diagnózy- k tomuto kroku pristupujeme vtedy, ak sme našli minimálne jeden rizikový faktor sledovanej diagnózy; overíme, či je pacient v situácii alebo stave, ktorý zodpovedá tomu, ako je potenciálna ošetrovateľská diagnóza vysvetlená definíciou- pokiaľ je výsledok overenia kladný, môžeme stanoviť diagnostický záver. Cieľom tretej fázy diagnostického algoritmu je nájdenie diagnóz k podpore zdravia.

V tejto fáze rozpoznávame diagnózy, ktoré nás vedú k edukačnej činnosti.

Prechádzame opäť kroky algoritmu (Marečková, 2006).

Rozpoznanie aktuálnej ošetrovateľskej diagnózy Deficitná vedomosť je v 1. kroku zamerané na posúdenie prítomnosti nasledovných určujúcich znakov u pacienta:

- hovorí o nedostatočnej vedomosti,
- nepresne dodržiava pokyny, inštruktáže,
- pri preskúšaní vykonáva inštruované činnosti nepresne,
- správa sa neadekvátne alebo nadsadene (je hysterický, hostilný, nekľudný, apatický).

Pri nájdení minimálne jedného určujúceho znaku v 2. kroku posúdime prítomnosť súvisiacich faktorov, medzi ktoré patria:

- nedostatok orientácie v novej, problematickej záležitosti a nedostatok skúseností s daným problémom,
- nedostatočné vybavovanie si získaných informácií z pamäti, zabúdanie,
- nesprávny výklad informácií alebo inštrukcií,
- obmedzenie kognitívnych funkcií,
- nezaujím sa nové,
- nepoznanie zdrojov informácií (brožúry, webové stránky a podobne).

V prípade, že sme našli kombináciu niektorého z určujúcich znakov a niektorého zo súvisiacich faktorov, pristúpime k overeniu. Zvážime, či je pacient v situácii, ako stanovuje nasledovná definícia: Deficitná vedomosť je štandardizovaný názov ošetrovateľského problému človeka s chýbajúcimi alebo nedostatočnými informáciami k určitej tematike (Marečková, 2006; Doenges, Moorhouse, 2001; Heather Herdman, 2013).

Rozpoznanie ošetrovateľskej diagnózy ku zlepšeniu zdravia: Ochota doplniť deficitné vedomosti sa v 1. kroku zameriava na zistenie určujúcich znakov u pacienta:

- má záujem sa niečo konkrétne naučiť,
- uvedomuje si témy, ktoré potrebuje zdokonaľiť,
- jeho správanie a vystupovanie zodpovedá nižšej miere vedomostí,
- má s tematikou nedostatočnú predchádzajúcu skúsenosť.

Pokiaľ sme našli niektorý z určujúcich znakov, pristúpime k overeniu. Zvážime, či je pacient skutočne v situácii, ako stanovuje definícia: Ochota doplniť deficitné vedomosti je štandardizovaný názov situácie pacienta, kedy miera poučenia o konkrétnej téme zodpovedá zdravotným cieľom, ale môže byť zdokonalená (Marečková, 2006).

Niekedy je vhodné alebo dokonca nevyhnutné zapojiť do edukácie pacienta aj jeho rodinných príslušníkov či iné podporné osoby. Je to najmä z dôvodu motivácie pacienta, z dôvodu existencie bariér edukácie vo vzťahu k pacientovi, ale aj z dôvodu účasti príbuzných na starostlivosti (napr. ošetrovanie rán, aplikácia inzulínu, polohovanie, kŕmenie a podobne) (Magerčiaková, 2007). V tomto prípade sestra posudzuje edukačné potreby nielen u pacienta, ale aj u jeho rodiny, pričom využíva diagnostický algoritmus uvedený vyššie. Ošetrovateľskú diagnózu Deficitná vedomosť alebo Ochota doplniť deficitné vedomosti potom sestra stanovuje u rodinného príslušníka alebo príslušníkov, resp. podporných osôb pacienta. Pri posudzovaní edukačných potrieb pacienta a rodiny môže použiť nasledovné otázky (Rankin, Stallings, 1996):

Čo pacient a rodina považujú za najdôležitejšie skutočnosti, ktoré potrebujú vedieť?

Vie pacient a jeho rodina o ďalších problémoch pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti?

Pozná pacient a jeho rodina terapeutický plán a súhlasí s ním?

Existujú nejaké fyzické alebo kognitívne obmedzenia u pacienta a jeho rodinných príslušníkov, ktoré môžu byť prekážkami učenia?

Je pacient a rodina ochotná dosiahnuť stanovené ciele odporučené zdravotníckym tímom?

Je rovnaké vnímanie toho, čo je potrebné robiť zo strany pacienta aj rodiny?

Identifikácia edukačných potrieb je nevyhnutnou súčasťou poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a uplatňuje sa tak u ľudí chorých, ako aj zdravých, a často tiež u ich podporných osôb. Identifikácia edukačných potrieb vyúsťuje do stanovenia ošetrovateľskej, či skôr edukačnej diagnózy, na ktoré nadväzuje vypracovanie edukačného plánu. Identifikácia edukačných potrieb pacienta a/alebo jeho rodiny sa orientuje na deficit vedomostí, zručností, nedostatok motivácie, zmenu postojov vo vzťahu ku zdraviu, alebo na ochotu doplniť deficitné vedomosti, zručnosti či zmeniť postoje.

Ide o dôležitú oblasť, ktorú by sestry nemali zanedbávať nielen z dôvodu poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorej súčasťou je aj edukácia, ale aj z hľadiska svojej právnej ochrany. Edukačnú činnosť totiž sestry ukladajú aj v súčasnosti platné legislatívne normy.

Záver

Pacienta je nevyhnutné vnímať v kontexte jeho prirodzeného sociálneho prostredia, ktorým je predovšetkým rodina. Optimálne fungujúca „rodina je pre chorého človeka jedinou sociálnou skupinou, ktorá mu umožňuje dostupnú a zvládnuteľnú sociálnu interakciu, môže mu poskytnúť potrebné emočné zázemie a podporu. Nakoniec býva jediným prostredím, v ktorom chorému zostávajú individuálne špecifické roly a kde nie je anonymizovaný“ (Vágnerová, 2004). Rodina má svoj opodstatnený význam aj pri realizácii edukačnej činnosti sestrou, ktorá môže byť realizovaná u pacienta a jeho rodiny súčasne, alebo výhradne iba u jeho rodinného príslušníka/ príslušníkov pri existencii závažných bariér edukácie pacienta, ktoré nie je možné eliminovať alebo aspoň redukovať. Tu je nutné si uvedomiť, že „implementácia edukačných činností sa v rodine realizuje po vertikálnej i špirálovitej línii, kde sa dodržia princípy úzkej spolupráce, etickosti, sústavnosti, postupnosti, následnosti, primeranosti, názornosti, vedeckosti, systémovosti, trvácnosti, dôslednosti a dôvery s rodinou. Realizácia intervencii vychádza z individuálnych, vekových osobitostí a sociokultúrneho aspektu každej rodiny“ (Kadučáková, 200 s. 73-74).

Realizácii edukácie však musí predchádzať posudzovanie edukačných potrieb pacienta a/alebo jeho rodiny, ktoré vyúsťuje do vyjadrenia diagnostického záveru v podobe ošetrovateľskej diagnózy Deficitná vedomosť alebo Ochota doplniť deficitné vedomosti. Iba zodpovedným uplatňovaním jednotlivých fáz ošetrovateľského procesu, ktorého súčasťou je aj edukačný proces, je možné dosiahnuť maximálnu efektivitu edukácie realizovanej sestrou.

„Edukácia má význam tak pre pacienta, ako aj pre sestru. U pacienta zvyšuje spokojnosť, zlepšuje kvalitu života, zaisťuje kontinuitu starostlivosti, znižuje úzkosť, efektívne znižuje komplikácie chorôb a ich výskyt, podporuje adhérenciu k liečebnému plánu, napomáha nezávislosť pacienta v aktivitách každodenného života, podporuje a posilňuje pacientov, aby sa stali aktívnymi účastníkmi pri plánovaní ich starostlivosti. Sestrám prináša edukácia benefity, ako sú dôverný vzťah k pacientom, spokojnosť s prácou, posilňuje ich autonómiu, zodpovednosť a kompetencie v praxi, čo v konečnom dôsledku ovplyvňuje spoločenské uznanie sesterskej profesie“ (Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 30).

Zoznam bibliografických odkazov

1. DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 7. vyd. Praha: Grada, 2001, 568 s. ISBN 80-247-0242-8
2. HEATHER HERDMAN, T. 2013. *NANDA International Ošetrovateľské diagnózy. Definice & klasifikace 2012- 2014*. Praha: Grada Publishing, 2013, 584 s. ISBN 978-80-247-4328-8.
3. JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovateľské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

4. KADUČÁKOVÁ, H. 2008. Podpora zdravia v rodine. In *Ošetrovateľstvo a zdravie II*. Trenčín : FZ TU A. Dubčeka v Trenčíne 2008. s.70-75, ISBN 978-80-8075-322-1 EAN 9788080753221.
5. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1, 2*. Martin: Osveta, 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
6. MAGERČIAKOVÁ, M. 2007. *Edukácia v ošetrovateľstve 1*. 1. vyd. Ružomberok: Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2007, 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
7. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, Ľ. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2009, 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
8. MAREČKOVÁ, J. 2006. *NANDA- International diagnostika v ošetrovateľskom procese, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, ZSF, 2006, 80 s. ISBN 80-7368-109-9.
9. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach*. Praha: Grada Publishing, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
10. MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. 2005. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovateľského procesu*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, ZSF, 2005, 86 s. ISBN 80-7368-030-0.
11. NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2010, 259 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
12. RANKIN, S. H., STALLINGS, K. D. 1996. *Patient Education: Issues, Principles, Practices*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996, s. 128-129.
13. SVĚRÁKOVÁ, M. 2012. Edukační činnost sestry. Úvod do problematiky. Praha: Galén, 2012, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
14. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. a kol. 2008. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2008, 198 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
15. VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: magerciakova@ku.sk

PRIMÁRNA PREVENCIA OSTEOPORÓZY U ŽIEN

Zuzana Hudáková, Mária Novyzedláková, Marina Srpoňová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Osteoporóza sa dnes zaraďuje spolu s kardiovaskulárnymi a onkologickými ochoreniami medzi civilizačné choroby. Postihuje významnú časť populácie. U žien bola považovaná za prirodzenú súčasť starnutia, dnes je chápaná ako ochorenie, ktoré nezávisí na veku ani na pohlaví. Osteoporóza je považovaná za chronickú multifaktoriálnu chorobu. V našom prieskume sme sa zamerali na stravu a pohyb v prevencii osteoporózy u žien. Nadmerná spotreba proteínov a kofeínu zvyšuje vylučovanie vápnika do moču a strava, ktorá sa skladá z mäsa, rýb a okysľuje krv. Zvýšenú kyslosť telo vyrovnáva tým, že z kostí uvoľňuje alkalické minerály, napr. vápnik. Nedostatok pohybu spôsobuje úbytok kostnej hmoty. Pohyb je dôležitý k zabudovaniu potrebných materiálov do kostnej štruktúry. Výsledky prieskumu poukázali na rezervy v prevencii osteoporózy v postojoch žien vo svojom živote, či už sa to týka aktívneho pohybu alebo skladby stravy.

Kľúčové slová: Osteoporóza. Primárna prevencia. Výchova k zdraviu. Pohyb.

Abstract

Osteoporosis is classified along with cardiovascular and cancer-related diseases among today's civilisation diseases. Affects a significant part of the population. In women was considered to be a natural part of aging, today is understood as a disease that is not dependent on age or sex. Osteoporosis is considered a chronic multifaktoriálnu disease. In our survey, we have focused on diet and prevention of osteoporosis in women's movement. Excessive consumption of caffeine increases the excretion of calcium and proteins into the urine, and diet, which consists of meat, fish and okysľuje blood. The increased acidity of the body compensates for the fact that bone alkaline minerals, such as releases. calcium. Lack of exercise causes bone loss. The movement is important to the implementation of the necessary materials to the bone structure. The survey results pointed to provisions in the prevention of osteoporosis in the attitudes of women in your life, whether it concerns active movement or track diet.

Key words: Osteoporosis. Prevention. Health education. Movement.

Úvod

Osteoporóza (rednutie kostí) je ochorenie látkovej výmeny kostného tkaniva, ktorá sa prejavuje ubúdaním množstva kostnej hmoty a poruchami mikroarchitektúry kosti, čo vedie k oslabeniu pevnosti a tým k zvýšenej lámavosti. Slovo osteoporóza sa často laikmi zamieňa za osteomaláciu a osteoertrózu. Osteoporóza je považovaná za chronickú multifaktoriálnu chorobu. Viaceré faktory prispievajú k vývoju nízkej kostnej hmoty a nízkej minerálnej kostnej denzity a podieľajú sa na zvýšení rizika fraktúry. Choroba sa zvyčajne objavuje v neskorej dospelosti a v menopauze u žien, a asi o dekádu neskôr aj u mužov, avšak osteoporóza sa môže objavovať aj skôr v závislosti od statusu reprodukčných steroidných hormónov. K multifaktoriálnemu pôvodu choroby prispievajú genetické aj enviromentálne faktory. Osteoporóza postihuje v populácii hlavne staré osoby a ženy v prechode. Považuje sa za spoločensky najzávažnejšie ochorenie pohybového aparátu. Zvýšené odbúravanie kostného tkaniva sa navonok nijako neprejavuje. Bežne sa za rok stratí 1 – 3 % kostnej hmoty, u zvlášť ohrozených osôb to býva nad 3 %. Osteoporóza vo svojich začiatkoch nebolí. Človek býva preto náhle zaskočený až prvým prejavom osteoporózy – zlomeninou.

Podľa etiopatogenetického hľadiska rozlišujeme dva základné typy osteoporózy - primárnu a sekundárnu.

Primárna osteoporóza zahŕňa dva typy, ktoré sa navzájom líšia patogeneticky i charakterom komplikácií:

I. typ: Postmenopauzálna osteoporóza – hlavný patofyziologický mechanizmus vzniku: deficit estrogénov, **charakteristický výskyt:** 15-20 rokov po menopauze, **najväčší postih:** trabekulárna kosť, **hlavná klinická manifestácia:** fraktúry kostí s vyšším podielom trabekulárnej kosti (distálne predlaktie, stavce).

II. typ: Senilná osteoporóza – atrofia kostí mierneho stupňa je fyziologický jav a patrí medzi involučné prejavy starnutia. Až keď sú prejavy nadmerne vystupňované a hustota kostí sa zníži viac ako o 25 %, hovoríme o patologickom stave. **Výskyt:** vo veku nad 70 rokov.

Najvýznamnejšie patogenetické faktory: vekom sa znižujúca osteoformácia, cirkulačné a neurotrofické poruchy kosti, štrukturálne zmeny kostného kolagénu podmienené vekom.

Manifestácia: fraktúry, tak v oblasti kortikálnej ako i trabekulárnej kosti.

Sekundárna osteoporóza (spôsobená známym ochorením)

Osteoporóza pri deficite hormónov – deficit pohlavných hormónov, (niektorí autori zaraďujú do tejto skupiny aj postmenopauzálnu osteoporózu ako dôsledok absencie estrogénov a rastového hormónu).

Osteoporóza pri nadbytku hormónov – hyperkorticizmus, hypertyreóza, hyperprolaktinémia, hyperparatyreóza.

Osteoporóza spôsobená poruchami výživy – nedostatočný príjem kalcia, D vitamínu, poruchy trávenia a malabsorbčné syndrómy.

Renálna osteopatia

Osteoporóza spôsobená inaktivitou

Osteoporóza pri chronických zápalových ochoreniach

Osteoporóza pri nádorovom ochorení

Osteoporóza navodená medikamentózne – kortikosteroidy, hormóny štítnej žľazy, antiepileptiká, heparín a perorálne antikoagulanciá, cyklosporín A, cytostatiká, metotrexát (Payer, Killinger, 2007, 6 s.)

Rizikové faktory osteoporózy sa delia na:

Neovplyvniteľné: genetická predispozícia, vek (rizikové obdobia sú najmä pubertálne obdobie), gravidita, dojčenie, menopauza u žien a vek nad 70 rokov u mužov, pohlavie významnejšie postihnutie žien oproti mužom

Ovplyvniteľné: fyzická aktivita, nízky prívod vápnika v potrave, fajčenie a nadmerný príjem alkoholu, konzumácia zrnkovej kávy (Brovlík, 2002, s.180) .

Diagnostické postupy pri osteoporóze

Anamnéza – pátrame po rizikových faktoroch, ktoré by mohli viesť k vzniku osteoporózy. Za najzávažnejšie rizikové faktory považujeme: už prekonanú zlomeninu po inadekvátnej traume (tzv. low- energy trauma), výskyt fraktúr v rodine, stravovacie návyky, čas menopauzy, počet gravidít, liečba iných ochorení, pohybová aktivita, expozícia slnečnému žiareniu, prítomnosť pridružených ochorení, sprievodná medikácia, ábusus alkoholu, fajčenie.

Fyzikálne vyšetrenia – zaznamenávame zmenu výšky, kyfózu, vykleňovanie brucha, kĺbové deformity, nízku hmotnosť, gracilnú postavu a ďalšie faktory, ktoré môžu upozorniť na možnú prítomnosť osteoporózy.

Laboratórne vyšetrenia –zahŕňajú štandardné vyšetrenia (krvný obraz, sedimentácia erytrocytov, hladina kalcia a fosforu v sére a ich odpad v moči, elektroferéza bielkovín, hepatálne testy, renálne parametre, vyšetrenie moču, u mužov i testosterónov a LH (luteinizačný hormón), v prípade ďalšej diagnostiky i sérové hladiny PTH (parthormón), D vitamínu, TSH (tyreostimulačný hormón), kortizol v moči, gonadotropíny a onkomarkery, ktoré slúžia na diferenciálnu diagnostiku a špecializované vyšetrenia, tzv. markery kostného obratu.

Zobrazovacie metódy – základné techniky merania kostnej denzity. Najvýznamnejšiu koreláciu s rizikom fraktúr vykazuje kostná denzita. Medzi tieto metódy patrí: rádiogrammetria, RTG (rentgenologické) vyšetrenie, morfometria, rádiografická absorpciometria (RA), kvantitatívne ultrazvukové meranie, jednoduchá RTG absorpciometria,

dvojitá RTG absorpciometria a periférna, spinálna a periférna kvantitatívna počítačová tomografia.

Kostná denzitometria – jedna z najpresnejších metód merania kostnej hustoty v súčasnosti a zároveň referenčná metóda založená na princípe detekcie žiarenia dvoch rôznych energií. Používa sa centrálna denzitometria – chrbtica alebo proximálny femur, poskytuje niekoľko výhod oproti periférnej denzitometrii (Hrúziková, 2004, s. 157).

Metodika prieskumu: Cieľom prieskumu bolo zistiť informovanosť o príčine vzniku osteoporózy a jej prevencii. Čiastkové otázky prieskumu sme zvolili takto:

1. Koľko času venujú respondentky pohybovej aktivite?
2. Čo považujú respondentky za správne vo svojej výžive v prevencii osteoporózy?

Na získanie údajov sme zvolili empirickú metódu zberu údajov – neštandardizovaný dotazník, ktorý obsahoval 25 otázok. Identifikačné údaje boli zamerané na vek a vzdelanie respondentiek. Dotazník bol dobrovoľný a anonymný. Na jeho spracovanie sme použili čiarkovú metódu, výsledky boli vyhodnotené v absolútnych číslach a percentách. Výber respondentiek bol zámerný, realizoval sa v Nemocnici v Spišskej Novej Vsi medzi zamestnankyňami nemocnice a medzi študentkami Katolíckej univerzity v Ružomberku. Bolo rozdáných 80 dotazníkov, vrátilo sa 65, čo je 81 %. Prieskumný súbor tvorilo 65 žien vo veku od 25 – 70 rokov. Vo veku od 25-50 rokov bolo 30 žien (46 %) a vo veku od 51-70 rokov bolo 35 žien (54 %). Vzdelanie respondentiek prezentuje tab.1.

Tabuľka 1 Vzdelanie respondentiek

vzdelanie	25-50 rokov		51-70 rokov		spolu	
	n	%	n	%	n	%
základné	0	0	4	11,5	4	6
stredoškolské bez maturity	4	13	7	20	11	17
stredoškolské s maturitou	12	40	16	45,5	28	43
vysokoškolské	14	47	8	23	22	34
spolu	30	100	35	100	65	100

Najviac respondentiek označilo za prejavy osteoporózy najčastejšie bolesti pohybového 33 % vo veku do 25-50 rokov a 54 % vo veku od 51-70 rokov. Ako ďalšie prejavy označovali respondentky v skupine od 25-50 rokov slabé kosti 30 %, ranné bolesti 20 % a náchylnosť k zlomeninám. Vo veku od 51-70 rokov označili náchylnosť k zlomeninám 20 %, ranné bolesti 14 % a slabé kosti 12 % (tab. 2).

Tabuľka 2 Prejavy osteoporózy

ukazovateľ	25-50 rokov		51-70 rokov		spolu	
	n	%	n	%	n	%
bolesti pohybového aparátu	10	33	19	54	29	45
náchylnosť k zlomeninám	5	17	7	20	12	18
slabé kosti	9	30	4	12	13	20
ranné bolesti	6	20	5	14	11	17
spolu	30	100	35	100	65	100

U respondentiek vo veku od 51-70 rokov sa vyskytovala osteoporóza v 60%, vo veku od 25-50 rokov v 17% (tab. 3).

Tabuľka 3 Výskyt prejavov osteoporózy

ukazovateľ	25-50 rokov		51-70 rokov		spolu	
	n	%	n	%	n	%
áno	5	17	21	60	26	40
nie	17	57	4	11	21	32
neviem	8	26	10	29	18	28
spolu	30	100	35	100	65	100

Výsledky pri dĺžke trvania osteoporózy boli pozitívnejšie u respondentiek vo veku od 51-70 rokov a to 52% respondentiek malo osteoporózu menej ako 1 rok, 38% menej ako 2 roky a 10 % viac ako 5 rokov. U mladších respondentiek viac ako 5 rokov nemal nikto, 1 respondentka mala menej ako 2 roky a 4 menej ako 1 rok (tab. 4).

Tabuľka 4 Dĺžky trvania osteoporózy

ukazovateľ	25-50 rokov		51-70 rokov		spolu	
	n	%	n	%	n	%
do 1 roka	4	80	11	52	15	58
do 2 rokov	1	20	8	38	9	43
viac ako 5 rokov	0	0	2	10	2	9
spolu	5	100	21	100	26	100

Dispenzárnu starostlivosť má 86 % respondentiek starších ako 51 rokov a 20% respondentiek do 50 rokov (tab. 5).

Tabuľka 5 Dispenzárna starostlivosť v súvislosti s osteoporózou

ukazovateľ	25-50 rokov		51-70 rokov		spolu	
	n	%	n	%	n	%
áno	1	20	18	86	19	73
nie	4	80	3	14	7	27
spolu	5	100	21	100	26	100

Menštruáciu pred 50. rokom života ukončilo 7 respondentiek do 50 rokov a 23 % respondentiek nad 50 rokov (tab. 6).

Tabuľka 6 Ukončenie menštruácie pred 45 rokom života

ukazovateľ	25-50 rokov		51-70 rokov		spolu	
	n	%	n	%	n	%
áno	2	7	8	23	10	15
nie	28	93	27	77	55	85
spolu	30	100	35	100	65	100

Pohybové aktivity respondentky vo veku do 50 rokov hodnotia v 40 % len ako príležitostný pohyb, 27 % dokonca dáva až na úroveň minimálneho pohybu, po 13 % respondentiek sa venuje pravidelnému cvičeniu a prechádzkam a len 7 % respondentiek prevádza pohybové hry v prírode. U respondentiek nad 50 rokov 24 % hodnotí svoj pohyb ako príležitostný, 20 % ako minimálny pohyb, 10 % respondentiek chodí na prechádzky a nikto z nich nerobí pohybové hry v prírode (tab. 7).

Tabuľka 7 Pohybová aktivita

ukazovateľ	25-50 rokov		51-70 rokov		spolu	
	n	%	n	%	n	%
pohybové hry v prírode	2	7	0	0	2	3
pravidelné cvičenie	4	13	5	14	9	14
prechádzky	4	13	6	18	10	15
minimálny pohyb	8	27	12	34	20	31
príležitostný pohyb	12	40	12	34	24	37
spolu	30	100	35	100	65	100

53 % respondentiek do 50 rokov si nepripravuje žiadne špeciálne jedálne lístky, zje všetko, 13 % respondentiek vylučuje zo stravy vyprázané jedlá a len 17 % respondentiek

hodnotí, že vo svojom jedálničku má prevažne ovocie a zeleninu. U respondentiek nad 50 rokov 51% respondentiek nerobí špeciálny výber v jedlách, 17 % vylučuje zo stravy vyprážené jedlá a 20 % má prevažne v jedálničku ovocie a zeleninu (tab. 8).

Tabuľka 8 Zloženie potravín v jedálnom lístku

ukazovateľ	25-50 rokov		51-70 rokov		spolu	
	n	%	n	%	n	%
vylučujem vyprážené	4	13	6	17	10	15
prevažne varené	3	10	3	9	6	9
prevažne surové	2	7	1	3	3	5
zjem všetko	16	53	18	51	34	52
prevažne zelenina, ovocie	5	17	7	20	12	19
spolu	30	100	35	100	65	100

Príležitostne dopĺňa stravu užívaním minerálov a vitamínov 70 % respondentiek vo veku do 50 rokov a 54 % vo veku nad 50 rokov. Pravidelne užíva 7 % respondentiek do 50 rokov a 20 % nad 50 rokov (tab. 9).

Tabuľka 9 Užívanie minerálov a vitamínov v tabletkách

ukazovateľ	25-50 rokov		51-70 rokov		spolu	
	n	%	n	%	n	%
áno pravidelne	2	7	7	20	9	14
áno, príležitostne	21	70	19	54	40	61
nie	7	23	9	26	16	25
spolu	30	100	35	100	65	100

Tabuľka 10 prezentuje výsledky užívania jednotlivých vitamínov a minerálov. Najviac však vo forme tabliet užívajú ženy vápnik – 40 % do 50 rokov a 69 % nad 50 rokov.

Tabuľka 10 Užívanie minerálov a vitamínov

ukazovateľ	25-50 rokov		51-70 rokov		spolu	
	n	%	n	%	n	%
vitamín A	0	0	4	11	4	6
vitamín B	6	20	7	20	13	20
vitamín C	6	20	12	40	18	28
vitamín D	7	23	11	37	18	28

vitamín E	5	17	4	11	9	14
vápnik	12	40	24	69	36	55
fosfór	8	27	8	23	16	25
ostatné (meď, zinok...)	11	37	14	38	25	39

1x denne konzumuje 43 % žien vo veku do 50 rokov a 66 % žien vo veku nad 50 rokov. 2x denne konzumuje 27 % žien vo veku do 50 rokov a 9 % vo veku nad 50 rokov. Nekonzumuje len 7 % žien vo veku do 50 rokov a 6 % vo veku nad 50 rokov. Ostatné výsledky prezentuje tab. 11.

Tabuľka 11 Konzumácia kávy

ukazovateľ	25-50 rokov		51-70 rokov		spolu	
	n	%	n	%	n	%
1x denne	13	43	23	66	36	55
2x denne	8	27	3	9	11	17
3x denne a viac	3	10	2	6	5	8
príležitostne	4	13	3	8	7	11
nekonzumujem	2	7	4	11	6	9
spolu	30	100	35	100	65	100

Prieskum ukázal, že 47 % žien do 50 rokov a 37 % žien nad 50 rokov fajčí každý deň. Príležitostne fajčí 17 % žien do 50 rokov a 12 % žien nad 50 rokov. Nefajčí 36 % žien do 50 rokov a 43 % nad 50 rokov (tab. 12).

Tabuľka 12 Fajčenie

ukazovateľ	25-50 rokov		51-70 rokov		spolu	
	n	%	n	%	n	%
áno	14	47	13	37	27	42
príležitostne	5	17	7	20	12	18
nie	11	36	15	43	26	40
spolu	30	100	35	100	65	100

Diskusia

Cieľom prevencie, diagnostiky a liečby osteoporózy je predovšetkým zabrániť vzniku osteoporotických zlomenín. Základom opatrení je zabezpečiť dostatok vápnika, vitamínu D a pohybovej aktivity, ako aj vylúčiť, či aspoň obmedziť faktory s negatívnym vplyvom na kostnú hmotu (fajčenie, príjem alkoholu, sladkých sytených nápojov, proteínov a sodíka).

V našom prieskume z celkového počtu respondentiek 37 % označilo svoj pohyb len ako príležitostný, ktorý predstavuje pohyb do práce a z práce, nákupy, domácnosť. 14 % respondentiek zaradilo do svojho pohybu aj pravidelné cvičenie, 15 % respondentiek chodí na prechádzky aspoň 3x týždenne a 31 % respondentiek označilo svoju pohybové aktivity len ako minimálne aktivity . cvičenie by malo byť prevádzané s rovnomernou intenzitou. Štúdie preukázali, že ženy, ktoré venujú chôdzi denne pol hodiny, majú pevnejšie kosti, než tie, ktoré túto aktivitu nevyvíjali (Vyskočil, 2009).

Človek s dobrou fyzickou kondíciou môže dobre chodiť a bez problémov sa hýbať a dvíhať bremená. Nemáva závrate, ktoré sprevádzajú pády a následne zlomeniny. U aktívnych osôb sa hoja zlomeniny a iné zranenia rýchlejšie. Aktívnym spôsobom života môžeme až o 50 % znížiť pravdepodobnosť ochorenia osteoporózou (Jessel, 2005).

V našom prieskume až 52 % respondentiek udávali, že zjedia všetko, bez toho, aby si dali záležať na špeciálnejšej strave zameranú na prevenciu osteoporózy. Len 19 % respondentiek uviedlo, že má stravu viac obohatenú o ovocie a zeleninu dávali lepší pozor na diétu, 15 % respondentiek vylučuje zo stravy vyprázané jedlo. Strava je jedným z ovplyvniteľných rizikových faktorov. Skôr pretrvával názor, že strava obohatená o ovocie a zeleninu a malé množstvo mlieka by mali byť považované za doplnok pri liečbe osteoporózy (Prynne et al, 2006).

Strava môže mať pozitívny alebo negatívny vplyv na zdravie kostí. Pôsobí na zmenu štruktúry kosti, rýchlosť kostného metabolizmu, na homeostázu vápnika a ďalšie minerálne prvky. Z hľadiska prevencie sú dôležité minerálne látky – vápnik, horčík, fosfor, sodík, draslík, ďalej rôzne stopové prvky a vitamíny - D, E, K, C, B (Cashman, 2007).

Najviac 55% respondentiek svoju stravu dopĺňali o vápnik, 28% respondentiek o vitamín C a D, 25 % o fosfór, 20 % o vitamín B a 39 % o ostané minerálny a vitamíny. Minerálne látky sú pre život organizmu nevyhnutné. Musia byť súčasťou potravy, pretože organizmus si ich nevie vytvoriť sám. Nemajú žiadnu energetickú hodnotu. Majú význam pre rast a tvorbu tkanív, aktivizujú, regulujú a kontrolujú látkovou výmenu v tele. Zúčastňujú sa na vedení nervových vzruchov. Pokiaľ konzumujeme ovocie a zeleninu, kvalitné oleje, chudé mäso, ryby, celozrnné výrobky, strukoviny, polotučné mliečne výrobky a používame zelené korenie, nemusíme prijímať minerálne látky v potravinových doplnkoch (Piťha, 2009).

Fajčenie má vplyv na sekréciu hormónov, z ktorých niektoré sú spojené s významnými klinickými dôsledkami. Tieto účinky sú sprostredkované účinkom nikotínu a tiež toxínmi ako napr. thiokyanatan. Fajčenie ovplyvňuje funkciu hypofýzy, štítnej žľazy, nadobličiek, varlát a vaječníkov, metabolizmus vápnika a pôsobí na metabolizmus vitamínu D. U fajčiarov dochádza ku zníženiu hustoty kostných minerálov a to vedie k častejšiemu výskytu ochorenia osteoporózou v porovnaní s nefajčiarmi (Kapoor, Jones, 2005).

42 % respondentiek v našom prieskume bolo aktívnych fajčiarok, 28 % respondentiek fajčilo príležitostne a len 42 % respondentiek nefajčilo.

Jessel (2005) uvádza, že pri fajčení na jednej strane dochádza k zúženiu ciev a tým k zhoršeniu regeneračnej schopnosti a výstavby kostí a na druhej strane škodí fajčenie hlavne pečeni a to súvisí so zníženou aktivitou dôležitého vitamínu D. Vplyvom fajčenia sa v kostiach hromadia škodlivé látky - kadmium a olovo. Vyšetrenia potvrdili úbytok kostnej hmoty u žien, ktoré fajčili v priemere o 5-10 %. Fajčenie má dopad na 20 % všetkých zlomenín krčka stehennej kosti. Malé množstvo vyfajčených cigariet za deň spôsobí zníženie hladiny parathormónu v séru a fajčenie je silne spojené s ochorením osteoporózy. Aj mierne fajčenie od 1-5 cigariet denne znižuje hladinu parathormónu asi o 15 %. Normálna hladina je obnovená asi do jedného roka od odvyknutia fajčenia. Fajčenie má výrazný vplyv na kosti u mužov a starších osôb (Sneve et. al., 2008). Vyskočil (2009) uvádza, že fajčenie ovplyvňuje celý rad procesov, ktoré vedú ku zníženiu kvality kostí.

Návrhy pre prax:

- Zvýšiť informovanosť žien o osteoporóze a jej prevencii prostredníctvom propagačných materiálov pri návšteve lekára.
- Poukázať na negatívny vplyv fajčenia, pitia alkoholu a veľkého množstva zrnkovej kávy pri prevencii osteoporózy.
- Poskytnúť informácie o možnostiach denzitometrického vyšetrenia u žien po 50 veku života.
- Nezastupiteľnú úlohu v prevencii má aj zdravotná výchova a edukačné programy zamerané okrem žien s ochorením osteoporóza, aj na pedagógov a vychovávateľov v školských a stredoškolských zariadeniach.
- Dôraz klásť na vyváženú stravu pacienta s osteoporózou

Záver

Osteoporóza sa považuje za spoločensky najzávažnejšie ochorenie pohybového aparátu. Zvýšené odbúravanie kostného tkaniva sa navonok nijako neprejavuje. Bežne sa za rok stratí 1 – 3 % kostnej hmoty, u zvlášť ohrozených osôb to býva nad 3 %. Aby sa dosiahol určitý prah lámavosti, je potrebných aj niekoľko rokov. Osteoporóza sa teda neprejaví hneď na druhý deň po vynechaní menštruácie ako sa to mnohé ženy domnievajú. Osteoporóza vo svojich začiatkoch nebolí. Človek býva preto náhle zaskočený až prvým prejavom osteoporózy – zlomeninou.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BROVLÍK, F. 2002. Príčiny a rizikové faktory osteoporózy. In Postgraduální medicína (odborný časopis pro lékaře), ročník 4 – číslo 2. Bratislava: Mona, 2002, s. 179-180 ISSN 1212-4184

2. CASHMAN, K. 2007. D. Diet, Nutrition, and Bone Health^{1,2}. American Society for Nutrition. November 2007, vol. 137, no. 11, s. 2507-2512. Dostupné na <http://jn.nutrition.org/content/137/11/2507S.full?maxtoshow=&HITS=10&hits=100&RESULTFORMAT=1&andorexacttitle=and&andorexacttitleabs=and&fulltext=Osteoporosis%253A+the+role+of+trace+elements+1%252C+2%252C3%252C4+&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=match&fdate=1/1/2004&resourcetype=HWCIT>. ISSN 1541-6100.
3. HRÚZIKOVÁ, P. 2004. Denzitrometria v diagnostike osteoporózy. In Slovenský lekár, číslo 5-6. Bratislava: Prognóza, 2004, s. 157-162 ISSN 1335-0234
4. JESSEL, CH. 2005. Úspěšně proti osteoporóze (preventivní a bolest zmírňující cvičení), Munchen: GmbH a Co. KG 2005. 96 s. ISBN 80-7291-145-7
5. KAPOOR, D; JONES, T. H. 2005. Smoking and hormones in health and endocrine disorders. European Journal of Endocrinology. 2005, vol. 152, 4, s. 491–499. [www.<http://www.ejeonline.org/cgi/content/full/152/4/491?maxtoshow=&HITS=10&hits=90&RESULTFORMAT=1&andorexacttitle=and&andorexacttitleabs=and&fulltext=Osteoporosis+and+smoking&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=match&fdate=1/1/2005&resourcetype=HWCIT>](http://www.ejeonline.org/cgi/content/full/152/4/491?maxtoshow=&HITS=10&hits=90&RESULTFORMAT=1&andorexacttitle=and&andorexacttitleabs=and&fulltext=Osteoporosis+and+smoking&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=match&fdate=1/1/2005&resourcetype=HWCIT).
6. PÍŤHA, J., POLEDNE, R. 2009. Zdravá výživa: pro každý den. 1. vydání. Praha: Grada Publish, a. s., 2009. 144 s. ISBN 978-80-247-2488-1.
7. PRYNNE, C. J; MISHRA, G.D; O'CONNELL, M.; MUNIZ, G. LASKEY, A. M; YAN, L.; PRENTICE, A.; GINTY, F. 2006. Fruit and vegetable intakes and bone mineral status: a cross-sectional study in 5 age and sex cohorts^{1,2,3}. American Journal of Clinical Nutrition. June 2006, vol. 83, no. 6, s. 1420-1428. Dostupné na [www:<http://www.ajcn.org/content/83/6/1420.full>](http://www.ajcn.org/content/83/6/1420.full). ISSN 1938-3207.
8. SNEVE, M.; EMAUS, N.; JOAKIMSEN, R. M.; JORDE, R. 2008. The association between serum parathyroid hormone and bone mineral density, and the impact of smoking: the Tromsø Study. European Society of Endocrinology. 2008, vol. 158, 3, s. 401-409. Dostupné na [www: <http://www.ejeonline.org/cgi/content/full/158/3/401>](http://www.ejeonline.org/cgi/content/full/158/3/401). 49
9. VYSKOČIL, V. 2009. Osteoporóza a ostatní nejčastější metabolická onemocnění skeletu. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 507 s. ISBN 978-80-7262-637-3.

Kontaktná adresa autora

doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
 Katolícka univerzita v Ružomberku
 Fakulta zdravotníctva
 Nám. A. Hlinku 60
 034 01 Ružomberok
 e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

**PREKONANIE OSAMELOSTI ČLOVEKA FENOMÉNOM ZMYSLU ŽIVOTA
OVERCOMING OF LONELINESS OF MAN THROUGH THE PHENOMENON
OF THE MEANING OF LIFE**

Ivan Ondrášik

Ústav klinickej hematológie a transfuziológie ÚVN SNP-FN Ružomberok

Abstrakt

Predmetom príspevku, ktorý má teoretický charakter, je analýza problému osamelosti u človeka a poukázanie k možnostiam jeho riešenia v perspektíve antropoligicko-existenciálnych súvislostí života. Vychádzame z psychoterapeutických koncepcií C. R. Rogersa, I. D. Yaloma, E. Fromma a logoterapie V. E. Frankla. Analyzujeme, v čom spočíva problém osamelosti, pokúšame sa ju definovať a rozlíšiť jej druhy. Ponúkame možné riešenia, spočívajúce v dialogickom chápaní osoby, v aktivácii postojových hodnôt (nádeje, lásky a viery) a v orientácii človeka na realizovanie a objavovanie celostného zmyslu života.

Kľúčové slová: Osamelosť. Osoba. Postojové hodnoty. Viera. Nádej. Láska. Zmysel života. Logoterapia.

Abstract

In this paper, that is theoretical, is presented the analysis of the problem of human loneliness and we remind the options to the possible solutions in the the perspective of anthropological-existential contexts of life. We start from psychotherapeutic approaches C. R. Rogers, I. D. Yalom, E. Fromm and V. E. Frankls logotherapy. We analyze what the problem is loneliness, we try to define it and distinguish the species. We offer possible solutions, consisting in the dialogic understanding of the person, in the activation of attitudinal values (hope, love and faith) and in the orientation of man to realize and discover the holistic meaning of life.

Key words: Loneliness. Person. Attitudinal values. Faith. Hope. Love. Meaning of life. Logotherapy.

Najskôr budeme analyzovať, v čom spočíva problém osamelosti. Na základe tejto explikácie sa pokúsime definovať osamelosť a diferencovať jej jednotlivé druhy. V ďalších troch častiach ponúkneme istú formu riešenia problému osamelosti, spočívajúcu v extrapolácii antropoligicko-existenciálnych súvislostí nášho života. Poukážeme na

dialogické chápanie osoby, ktoré je predpokladom vysporiadavania sa s osamelosťou. Ďalej budeme reflektovať postojoyé hodnoty lásky, nádeje a religiozity, ktoré vďaka transcencii eliminujú osamelosť u človeka. Za najpodstatnejší prvok, ktorý môže pomôcť vysporiadať sa s osamelosťou, považujeme fenomén celostne chápaného zmyslu života, ktorý integruje našu osobu v komplexnom rámci.

1. Problém osamelosti človeka

V čom spočíva problém osamelosti u človeka? V prvotnom predporozumení sa ukazuje, že osamelosť nám sťažuje život najmä preto, že je nepríjemnou skúsenosťou, ktorá je spätá a sprevádzaná predovšetkým s prežívaním výrazne negatívnych emocionálnych stavov. Je to najmä smútok, zármutok, strach, úzkosť, hanba, vina, zúfalstvo, ale i depresia, bezmocnosť a zážitok absurdna. V tomto aspekte je zrejmé, že problém osamelosti prežívame v individuálnej rovine našej existencie. Osamelosť však podstatne súvisí i so socio-kultúrnym kontextom, ktorý zásadným spôsobom ovplyvňuje jednotlivca. Môžeme konštatovať, že naša súčasná postindustriálna a postmoderná spoločnosť akoby zo svojej vnútornej podstaty vytvárala fundamentálne predpoklady pre vznik a enormný nárast osamelosti. Zároveň sa objavuje i to, že spoločnosť výrazne neguje schopnosti jednotlivcov nejakým spôsobom sa jej vyhnúť, vyrovnávať sa s ňou či aspoň ju neutralizovať. Americký humanistický psychológ C. R. Rogers konštatuje, že moderný človek prežíva vlastnú osamelosť v miere, akú sme doteraz nepoznali (Rogers, 1997, s. 24-25). M. F. Fforde tvrdí, že súčasná postmoderná spoločnosť rozširuje chybné antropologické koncepcie zvyrazňujúce individualizmus, v ktorých sa život redukuje na úspech, dosahovanie materiálneho bohatstva, spoločenskej prestíže, na získanie moci a pôžitkov (Fforde, 2010, s. 31). Chápeme to ako neprimeranú fixáciu človeka k pseudozmyslom, ktoré ho vedú k čoraz rozšírejšiemu a intenzívnejšiemu prežívaniu osamelosti. Súčasný socio-kultúrny kontext západnej civilizácie vytvára predpoklady pre vznik a rozvoj negatívnych fenoménov desocializácie, dekulturnácie, uvádza nás do stavu anómie. Nedostatok opory v druhom človeku so všetkými jej dôsledkami zvyšuje hladinu stresu, pocit neistoty, prejavy agresivity, nedôveru medzi ľuďmi, ruší identitu, privádza k osamelosti a dezorientuje všeobecne náš život (F. Fforde, 2010, s.33). Z tohto kritického uhla pohľadu na štruktúru súčasného socio-kultúrneho rámca, ktorý fakticky a zásadne determinuje život konkrétneho jednotlivca môžeme konštatovať, že sa výrazne patologickým spôsobom premieta do jeho života, vytvára tak pocity prázdnoty osamelosti, odcudzenia, izolovanosti a frustrácie. Zážitok osamelosti podstatne zasahuje celú ľudskú bytosť a za istých podmienok môže ohroziť zdravie jednotlivca. V psychosociálnom aspekte sa prejavuje sklonom k toxikománii, agresívnym správaním, ba vo vyhrotených prípadoch môže vyústiť až k suicidálnemu konaniu. V rozmere psychosomatickom a somatopsychickom dochádza u človeka

prežívajúceho osamelosť k nechutenstvu, nespavosti, k celkovému oslabeniu imunitného systému, a to vyúsťuje k väčšej náchylnosti na telesné ochorenia (Palenčár, 2003, s. 181). Osamelosť býva príčinou viacerých neurotických porúch človeka (Weselucha, 1984, s. 193).

Z náčrtu problému osamelosti súčasného človeka vyplýva, že v skutočnosti je problémom s komplexným rozmerom, ktorý zahŕňa nielen medicínske, ošetrovateľské, psychologické a psychoterapeutické aspekty, ale odkazuje i k širšiemu socio-kultúrnemu kontextu. Tento problém zahŕňa i sociálne, filozofické a religiózne aspekty. Domnievame sa preto, že pre riešenie problému osamelosti je nevyhnutná interdisciplinárna spolupráca.

Predpokladáme, že istou globálnou príčinou, prečo sa súčasný človek v oveľa väčšej miere musí konfrontovať s osamelosťou vo svojom konkrétnom živote, je frustrácia a deštrukcia celostného zmyslu života, ktorý integruje jeho osobu vo všetkých jej aspektoch.

2. Čo je osamelosť

Cieľom tejto časti je vymedzenie obsahu osamelosti a vyčlenenie jej rôznych modalít. V prvom kroku odlíšime samotu od osamelosti (často sa vzájomne zamieňajú). Čo je samota? „Samota niekoho (jednotlivca, resp. skupiny ľudí) je neprítomnosť fyzickej (t.j. časopriestorovej jednoty a väzby) medzi ním a niekým (i niečím) iným (Palenčár, 2003, s. 182). Od samoty, ktorá má objektívne aspekty fyzickej neprítomnosti niekoho alebo niečoho, odlišujeme osamelosť. „Osamelosť niekoho (jednotlivca, resp. skupiny ľudí) sa na rozdiel od samoty vymedzenej objektívne, chápe ako jeho zásadne subjektívna (hodnotovotvorná) skúsenosť. Je to neprítomnosť (absencia, vyhýbanie) hodnotovo významnej (chcenej a očakávanej) jednoty (väzby) medzi ním a niekým iným. Spomínanú jednotu môžeme myslieť napríklad emocionálnu, morálnu, sociálnu i duchovnú blízkosť (integráciu, spolupatričnosť) niekoho s niekým (niečím) iným, čo nemusí korelovať s blízkosťou faktickou, fyzickou, časopriestorovou (Palenčár, 2003, s. 182).

Z načrtnutia diferencie medzi samotou a osamelosťou môžeme usudzovať, že osamelosť je primárne subjektívna skúsenosť prežívaná konkrétnym jednotlivcom, prípadne nejakým menším spoločenstvom. Z tohto pohľadu je osamelosť jednou zo základných modalít ľudského utrpenia, s ktorou sa v živote konfrontujeme.

Po obsahovom vymedzení fenoménu osamelosti pristúpime ku klasifikácii jej jednotlivých druhov. Rozlišujeme osamelosť psychologickú, ktorá sa člení na viaceré typy. Psychologická osamelosť môže mať najskôr interpersonálny charakter, ktorý súvisí s absenciou medziľudského vzťahu. Pod ňu môžeme subsumovať emocionálnu osamelosť spočívajúcu v absencii dôvernej a intímnej náklonnosti k niekomu (k životnému partnerovi, k rodičom, k deťom). Ďalšou je sociálna osamelosť, ktorá vyplýva z absencie spolupatričnosti a integrovanosti v spoločenstve napr. príbuzných, spolužiakov, susedov, spolupracovníkov.

Psychologická osamelosť zahŕňa jej intrapersonálnu dimenziu, ktorá podľa Rogersa spočíva v odcudzení sa človeka sebe samému. Človek akoby stratil schopnosť voľne komunikovať so sebou samým (Rogers, 1997, s. 124). Túto psychologickú osamelosť chápu psychiatri i ako osamelosť sekundárnu (Wittzleben, 1958, s. 38).

Od psychologickkej osamelosti sa odlišuje existenciálna či metafyzická osamelosť, ktorú v nadväznosti na filozofiu existencie vymedzuje predstaviteľ existenciálnej psychoterapie I. D. Yalom takto: „Existenciálna osamelosť označuje nepreklenuteľnú priepasť medzi človekom a kýmkoľvek druhým, Označuje takisto ešte zásadnejšiu osamelosť – odlúčenie medzi človekom a svetom (Yalom, 1980, s. 355). Existenciálna osamelosť je tzv. primárnou osamelosťou (Wittzleben, 1958, s. 38). Existenciálna osamelosť je základnejšia ako psychologická, je bytostnou charakteristikou človeka vo svete. Jej prežívanie podstatne súvisí s fenoménom našej smrteľnosti – každý zomiera sám za seba. Na vzťah medzi osamelosťou a problematikou umierania poukazuje i H. Haškovcová (Haškovcová, 2007, s.52). V ďalšom existenciálna osamelosť súvisí s prežívaním našej slobody a korelatívne s ňou so zodpovednosťou v procese individuácie človeka. Existenciálna osamelosť je sprevádzaná úzkosťou, depresiou a smútkom i vtedy, keď človek stráca vlastný celostný zmysel života, ktorý zjednocuje jeho osobu. Vzťah medzi psychologickou osamelosťou a jej variáciami a existenciálnou osamelosťou je polopriepustný.

3. Dialogické chápanie osoby a osamelosť

Cieľom tejto časti je načrtnutie možných spôsobov prekonávania osamelosti človeka prostredníctvom analýzy antropologicko-existenciálnych súvislostí nášho života. Tie môžu slúžiť ako teoretické predpoklady, ktoré by mali zohľadniť pri práci s človekom trpiacim osamelosťou v jeho konkrétnej situácii rôzne pomáhajúce profesie (lekári, sestry, psychoterapeuti, psychiatri, kňazi).

Domnievame sa, že pre flexibilnejšie riešenie osamelosti u človeka je priam nevyhnutné porozumieť ľudskej osobe v jej celostnosti. Predpokladom tohto komplexnejšieho porozumenia osoby je neutralizácia reduktívnych pohľadov na človeka, ktoré ho vnímajú izolovane, akcentujúc len jednu zložku existencie. V. E. Frankl v tejto súvislosti hovorí o troch významných deformovaných obrazoch človeka. Prvým je fyziologizmus, ktorý vníma človeka len z pohľadu jeho biologickej konštitúcie. Druhým je psychologizmus, vidiaci človeka ako mechanický aparát pudových síl. Tak ho vnímal najmä S. Freud vo svojej psychoanalýze. Tretím reduktívnym pohľadom je sociologizmus, ktorý reflektuje človeka ako akúsi loptu, s ktorou sa pohrávajú sily sociálnej interakcie (Frankl, 2007, s. 33).

Takéto chápanie človeka nie je schopné vnímať to najdôležitejšie v našej osobe - jej duchovný rozmer. Nazdávame sa, že pre adekvátnejšie riešenie problému osamelosti

človeka treba chápať osobu v komplexnom rámci jej telesných, psychických, sociálnych aspektov, ktorých vnútorné jadro spočíva primárne v duchovnej rovine nášho bytia. Na základe toho sa domnievame, že pre účinné vysporiadavanie sa človeka s osamelosťou pre profesionálnych pracovníkov v pomáhajúcich profesiách treba osobu vnímať v jej celostnosti a vidieť podstatný fakt, že človek je primárne ako osoba vždy „bytím vo vzťahu“. Človek nie je monologická, do seba samého hermeticky uzavretá monáda bez okien, ale je bytosťou primárne dialogickou, otvorenou voči svetu a najmä pre nadväzovanie medziľudského vzťahu. Spomínaná dialogická konštitúcia našej personálnej existencie je spirituálnou mohutnosťou, vďaka ktorej môže človek účinnejšie eliminovať útrapy osamelosti, odcudzenia a anomického stavu existencie. Najhlbšou podstatou dialogicky chápanej osoby našej existenciálnej komunikácie s druhým človekom (pacientom, klientom, umierajúcim) uviaznutom v osamelosti, je fenomén lásky.

4. Postojové hodnoty ako cesty z osamelosti človeka

V nadväznosti na logoterapeutickú koncepciu V. E. Frankla sa domnievame, že sú to práve postojové hodnoty, prostredníctvom ktorých sa človek môže účinnejšie konfrontovať s osamelosťou ako jednou z ťaživých modalít utrpenia človeka v jeho individuálnej existencii. Frankl tvrdí, že hodnoty postoja sú vlastne tým najvyšším, čo človek ako duchovná osoba môže vo svojom živote uskutočňovať (Frankl, 1977, s. 54). Franklova žiačka E. Lukasová tvrdí, že život, napriek tomu, že sa v ňom musíme konfrontovať s utrpením (v našom prípade s osamelosťou), nestráca svoj zmysel (Lukas, 1991, s. 220).

Z uvedeného azda môže vyplynúť záver, že najvýznamnejšou postojovou hodnotou, ktorá nám pomáha prekonávať osamelosť v jej rôznych podobách, je láska. „Láska je hodnototvorná prasila človeka ako osoby. Je postojom vôle, a ako celkové prežívanie je orientujúcim (uznávajúcim, tvorivým, hľadajúcim zjednotenie) totálnym postojom voči osobe.“ (Brugger, 1994, s. 217). Podľa E. Fromma láska dokáže účinne prekonávať našu izolovanosť a osamelosť. „Láska je aktívnou silou človeka, silou, ktorá rúca múry oddeľujúce ho od blízkych, ktorá ho spája s inými. Láska pomáha prekonať pocit izolácie a odlúčenosti, no napriek tomu umožňuje, aby sa stal sám sebou a zachoval si vlastnú integritu.“ (Fromm, 2006, s. 31). Podstatu lásky ako postojovej hodnoty vnímame v jej agapickom rozmere, ktorý zahŕňa to, že je schopná sebaobetovania, vidiac bezmocnú tvár trpiaceho a osamelého človeka. Je schopná sebadarovania sa druhému, je schopná odpúšťať. V jej realizácii umierame sebe samým a znova povstávame. Láska prekonáva osamelosť najmä tým, že je v nej zahrnutá bytostná transcendencia. Postojová hodnota lásky, aby bola účinnejšou elimináciou osamelosti človeka, by mala byť spojená s nádejou, ktorá sa nevzťahuje len k individuálnemu životu človeka, ale má i dialogický charakter – najmä pravá existenciálna nádej, ako o nej píše H. Plügge. „Domnievame sa, že už na príbehoch našich chorých sa

ukázalo niekoľko charakteristických znakov, ktoré odlišujú nádej nevyliciteľne chorých od nádeje nášho každodenného života. Veď nádej opustených je zrejme nádejou, ktorá vzniká v beznádeji a ktorá sa upevňuje tým viac, čím je situácia beznádejnejšia... Je možné dokonca ukázať, že nádej nevyliciteľne chorých vzniká práve vtedy, keď sú nádeje obyčajného života zmarené.“ (Plügge, 1971, s. 248). Okrem postojových hodnôt nádeje a lásky môže sa takouto stať i viera v Boha - za predpokladu, že je prežívaná autentickým spôsobom. Na fakt, že viera môže mať pozitívne psychoterapeutické účinky, v ktorých môžeme prekonávať našu osamelosť, poukazuje i P. Říčan (Říčan, 2007, s. 299).

5. Zmysel života a osamelosť

Sme presvedčení, že vrcholným fenoménom, prostredníctvom ktorého je možné transcendovať osamelosť človeka situovaného v jeho konečnosti vo svete, je zmysel života. Podľa V. E. Frankla a jeho nasledovníkov fundamentálnou motiváciou pre človeka je vôľa k zmyslu (Frankl, 2007, s. 92). Môžeme si položiť otázku, akým spôsobom zmysel života pomáha prekonávať osamelosť. Zmysel života možno vymedziť ako posledný cieľ, najvyššiu uskutočňovanú hodnotu a dobro, najhlbší dôvod našej existencie a zároveň ako rozpoloženie, ktorým je nasýtená nielen naša subjektivita, ale i naše medziľudské vzťahy, a zároveň i ako horizont, ktorý odkazuje k bytostnej transcencii našej existencie vo svete. Zmysel života je teda celostným zjednocujúcim a základným fenoménom nášho života. Je pomyselným „archimedovským“ bodom. Zmysel života zjednocuje imanentnú sféru našej každodennosti, v ktorej realizujeme parciálne zmysluplnosti – rôzne ciele a hodnoty, s transcendentnou sférou našej existencie odkazujúcej k možnosťnemu charakteru našej existencie. Zmysel života eliminuje osamelosť tým, že integruje osobu človeka v štyroch rovinách - v jej telesno-psychicko-sociálno-spirituálnej štrukturovanosti. Zjednocuje rovinu duchovného poznávania, ale i slobodného chcenia a konania vo svete, súkromnú sféru našej existencie, naše presvedčenia, vnútorné explanácie a interpretácie s verejnou sférou života, a to najmä tým, že prenáša vnútorné smernice do realizácie vo vonkajšom svete (Halama, 2007, s. 93). Zmysel života nás takisto zjednocuje i v rovine finality, zameranosti jednotlivých cieľov a hodnôt, ku konečnému cieľu nášho života. Všetky relevantné okamihy, situácie, činy a udalosti života nie sú izolovanými fenoménmi, ale vzťahujú sa ku konečnému cieľu. Fenomén zmyslu života, ktorý vo svojom živote realizujeme a objavujeme v kontextoch sveta, môže teda spoločne s postojovými hodnotami nádeje, lásky a viery najúčinnším spôsobom prekonávať osamelosť trpiaceho človeka. Tento náš názor potvrdzuje i H. Pfeil (Pfeil, 1987, s. 33) a J. Grondin (Grondin, 2006, s.100).

Záver

Socio-kultúrny kontext systematicky vytvára predpoklady pre masový vznik a rozvoj osamelosti u konkrétneho jednotlivca. Pocity odcudzenosti a prázdnoty spojené s prežívaním osamelosti spôsobujú ťažké zdravotné problémy psychosomatického charakteru (nechutenstvo, nespavosť, oslabenie imunitného systému). Osamelosť je nepríjemnou subjektívnou skúsenosťou a je jednou z modalít utrpenia u človeka. Rozlišujeme psychologickú osamelosť, ktorá sa ďalej delí na interpersonálnu osamelosť (tá môže mať charakter emocionálny a sociálny) a intrapersonálnu osamelosť. Ďalej rozlišujeme existenciálnu osamelosť, psychiatrami označovanú ako primárnu osamelosť. Predpokladom pre lepšie zvládanie osamelosti u ľudí pracujúcich v pomáhajúcich profesiách je chápanie človeka ako dialogickej bytosti. Domnievame sa, že k eliminácii osamelosti môže výrazne prispieť i aktivácia postojových hodnôt – lásky, nádeje, ale i viery v náboženskom zmysle, za predpokladu, že je prežívaná autenticky. Sme presvedčení, že najväčšia pomoc pri prekonávaní osamelosti tkvie v celostnom realizovaní a objavovaní zmyslu života. Zmysel života integruje našu osobu v rovine bio-psycho-sociálno-spirituálnej štrukturovanosti, spája kognitívne a volitívno-konatívne aspekty, zjednocuje súkromnú a verejnú sféru nášho života a takisto integruje parciálne realizované ciele a hodnoty vo finálnom smere, smerujúcom ku konečnému cieľu. Domnievame sa, že práve takáto celostná integrácia osoby, ktorú spôsobuje fenomén zmyslu života, je najlepšou možnosťou prekonávania osamelosti u človeka. Toho by si mali byť vedomí ľudia pracujúci v pomáhajúcich profesiách s človekom trpiacim osamelosťou (pacientom, klientom, umierajúcim).

Zoznam bibliografických odkazov

1. BRUGGER, W. 1994. *Filosofický slovník*. Praha: Naše vojsko, 1994. 639 s. ISBN 80-206-0409-X.
2. FFORDE, M. 2010. *Desocializácia*. Bratislava: Lúč, 2010. 381 s. ISBN 978-80-7114-806-7.
3. FRANKL, V.E. 1977. *Das Leiden am sinnlosen Leben*. Psychotherapie für heute. Freiburg-Basel-Wien: Herder, 1977. 120 s. ISBN 3-451-04859-0.
4. FRANKL, V. E. 2007. *Trpiaci človek*. Bratislava: Lúč, 2007. 155 s. ISBN 978-80-7114-638-4.
5. FROMM, E. 2006. *Umenie milovať*. Bratislava: Ikar, 2006. 148 s. ISBN 80-551-1234-7.
6. GRONDIN, J. 2006. *Vom Sinn des Lebens*. Göttingen: Van den Hoeck and Ruprecht GmbH, 2006. 126 s. ISBN 3-525-30153-7.
7. HALAMA, P. 2007. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP, 2007. 223 s. ISBN 978-80-8095-023-1.

8. HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Thanatologie*. Praha: Galen, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
9. LUKAS, E. 1991. *Auch dein Leben hat Sinn*. Freiburg-Basel-Wien: Herder, 1991. 255 s. ISBN 3-451-04011-5.
10. PALENČÁR, M. 2003. Substančný model v ontológii a problém ľudskej osamelosti. In: *Filozofia, minulé podoby, súčasné perspektívy*. Bratislava: Univerzita Komenského, Filozofická fakulta, 2003. ISBN 80-96-9083-4-0. S. 181-188.
11. PFEIL, H. 1987. *Von Sinn des Lebens und der Einsamkeit*. Leutesdorf am Rhein: Johannes Verlag, 1987. 80 s. ISBN 3-77-94-0872-4.
12. PLŮGGE, H. 1971. O naději. In: *Bolest a naděje*. Praha: Vyšehrad, 1971. S. 241-254.
13. ROGERS, C. R. 1997. *Spôsob bytia*. Modra: Inštitút rozvoja osobnosti, 1997. 133 s., ISBN 978-80-8180038-2.
14. ŘÍČAN, P. 2007. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007. 3287 s. ISBN 978-80-7367-312-3.
15. WESELUCHA, P. 1984. Nerwice. In: *Sens choroby, sens smiercy, sens zycia*. Krakov: ZNAK, 1984. ISBN 83-7006-065-X, s. 182-197.
16. WITZLEBEN, H. D. von 1958. On loneliness. In: *Psychiatry*. 1958, č.21, s. 37-43. ISSN 633-728-32580X.
17. YALOM, I. D. 1980. *Existential psychotherapy*. New York :Basic Books, 1980. S. 480. ISBN 0832-886124.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Ivan Ondrášik, PhD.

Ústav klinickej hematológie a transfuziológie

ÚVN SNP – FN Ružomberok

Ul. gen. M. Vesela 21

034 26 Ružomberok

e-mail: ivan.ondrasik@gmail.com

PREVENCIA VZNIKU DEKUBITOV V INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

PREVENTION OF FORMATION OF PRESSURE ULCERS IN INTENSIVE CARE

Gabriela Doktorová, Jana Boroňová

KAIM, FN Trnava, FZaSP, TU v Trnave
FZaSP, TU v Trnave

Abstrakt

Prevenca dekubitov patrí už dávno k základným preventívnym metódam v ošetrovatelstve. Dekubit je najmä ošetrovateľským problémom, s ktorým sa stretávame predovšetkým na oddeleniach a klinikách, kde sú hospitalizovaní imobilní pacienti, dlhodobo chorí a geriatrickí pacienti. Vedomosti o faktoroch, ktoré spôsobujú vznik dekubitov umožňujú sestram účelne postupovať pri prevencii. Príspevok má teoretický charakter. Cieľom je poskytnúť všeobecné informácie o dekubitoch, súhrnné informácie o problematike prevencie vzniku dekubitov v intenzívnej starostlivosti. Príspevok poskytuje ucelený prehľad o používaných preventívnych opatreniach na KAIM FN v Trnave. Ošetrovateľská starostlivosť musí byť komplexná, kontinuálna, poskytovaná celým ošetrovateľským tímom, čo nám umožňuje účelne predchádzať vzniku dekubitov.

Kľúčové slová: Dekubit. Prevencia dekubitov. Posudzovanie rizika vzniku dekubitu.

Abstract

The prevention of pressure ulcers belongs to basic preventive methods in nursing for a long time. The pressure ulcer is especially a nursing problem we encounter primarily in departments and clinics, where immobile, long-term ill and geriatric patients are hospitalized. A knowledge of factors causing a formation of pressure ulcers allows us to efficiently proceed in prevention. The contribution is theoretical. The aim is to provide general information about pressure ulcers, a summary of the issue of prevention of pressure ulcers in intensive care. Contribution provides a comprehensive review of preventive measures used at KAIM FH in Trnava. Nursing care must be comprehensive continuous, provided by the entire nursing team, what enables us to efficiently prevent pressure ulcers.

Key words: A pressure ulcer. A pressure ulcer prevention. A risk assessment of pressure ulcer.

Úvod

Prevenca dekubitov patrí už dávno k základným preventívnym metódam v ošetrovatelstve. Na vzniku dekubitov sa podieľa celý rad faktorov, mnohé z nich nemôžeme ovplyvniť. Ovplyvniť ale môžeme spôsob zaobchádzania s pacientom, využívajúc pritom rôzne prostriedky. Za najúčinnjšiu a najjednoduchšiu metódu v prevencii vzniku dekubitov považujeme polohovanie pacienta. Zmenou polohy v pravidelných intervaloch zabraňujeme pôsobeniu tlaku na predilekčné miesta. Dekubit je najmä ošetrovateľským problémom, s ktorým sa stretávame predovšetkým na oddeleniach a klinikách, kde sú hospitalizovaní imobilní pacienti, dlhodobí chorí a geriatrickí pacienti. Na ich liečbu sa vynakladá veľa úsilia a nemalých prostriedkov, no často sa zabúda práve na prevenciu.

Dekubitus (preležanina) je lokalizované poškodenie kože a hlbších štruktúr, ktoré obvykle vznikajú nad kostnými výčnelkami v dôsledku pôsobenia tlaku v kombinácii so strižnými silami. Dekubity môžu vzniknúť aj vo vnútorných orgánoch pôsobením tlaku kanýl, katétrov a pod. (Krajčík - Bajanová, 2012).

Etiogenéza vzniku dekubitov je multifaktorová. Faktory ovplyvňujúce vznik dekubitov môžu byť celkové alebo miestne. Z mechanických príčin je to predovšetkým dlhodobé pôsobenie tlaku na predilekčné miesta, trenie, nožnicový efekt a podráždenie kože vlhkosťou. Pôsobenie tlaku závisí aj od odolnosti kože. Koža je odolnejšia ako tukové tkanivo. Svalstvo je naopak na pôsobenie tlaku citlivejšie ako koža, preto jeho poškodenie vzniká skôr ako poškodenie ostatných tkanív. Kapounová (2007) uvádza, že z hľadiska patogenézy je výška tlaku priamo úmerná vzniku poškodenia tkaniva. U zdravého človeka dochádza vplyvom stáleho striedania státia, sedenia a ležania k zmenšovaniu dlhotrvajúcej jednostrannej tlakovej záťaže. Ak pôsobiaci tlak presiahne 32 mmHg, u imobilného pacienta nastáva stlačením kapilár ischemia tkanív, ktorá má za následok vznik dekubitu. Presný čas, kedy začínajú vznikať dekubity, sa nedá určiť.

Medzi celkové faktory môžeme zaradiť akékoľvek systémové okolnosti, ktoré znižujú periférnu vaskulárnu cirkuláciu. Rizikovými faktormi pre vznik dekubitov sú vyšší vek (70% dekubitov sa vyskytuje u ľudí starších ako 70 rokov), bezvedomie, dlhodobá imobilita s inkontinenciou, zlyhanie obehu - šok, ischemická choroba srdca, kachexia, obezita, ale aj napr. nesprávne naložená sádrová dlaha, extenzia a iné (Hegyi, 2001). Pacienta nútia k zmene polohy metabolické produkty ischemizácie tkanív. Na pracoviskách intenzívnej starostlivosti sa stretávame väčšinou s pacientmi, ktorých zdravotný stav často spojený s poruchou vedomia, nenúti pacienta k zmene polohy, alebo nie je schopný samostatného polohovania, vzniká narušenie celistvosti kože spojené s infekciou a rozvojom dekubitu.

Dekubity sa vyskytujú v rôznych štádiách a každé štádium si vyžaduje inú ošetrovateľskú starostlivosť a liečbu. Dôležité je uvedomiť si, že tlakové lézie postupujú z hlbších vrstiev smerom hore, to znamená, že aj za nepatrným poškodením kože sa môže

skrývať rozsiahle poškodenie tkaniva. Na uľahčenie komunikácie medzi ošetrojúcim personálom a z dôvodov vylúčenia omylov vznikli klasifikačné stupnice a škály na hodnotenie dekubitov.

Danielova klasifikácia dekubitov

I. štádium - erytém s pretrvávajúcim začervenaním kože, niekedy aj s postihnutím podkožných vrstiev, môže byť prítomná bolestivosť postihnutého miesta, teplota, zmena konzistencie postihnutého tkaniva. V tomto štádiu nie je narušená celistvosť kože, je prítomné začervenanie postihnutej oblasti, ktorá pri zatlačení prstom prechodne zbledne. Postihnutie v tomto štádiu je spravidla reverzibilné.

II. štádium - je prítomný pľuzgier alebo povrchový vred. Je poškodená epidermis a dermis, objavujú sa pľuzgiere naplnené čírou tekutinou, ktoré sa zväčšujú a praskajú, rana secernuje, vzniká zápal kože.

III. štádium - nekróza kože v celom rozsahu zasahujúca do podkožia, nepresahuje fasciu. Nekróza je suchá, čierna alebo so séropurulentnou sekréciou. Po odstránení nekrotickej časti vzniká hlboký kráter obvykle s podmínovanými okrajmi.

IV. štádium - nekróza zasahuje okrem kože a podkožia aj do hlbších štruktúr, (fascia, sval, kosť, šľacha). Nekrotické tkanivo je rozpadnuté, žltozelenej farby, hnilobne zapácha. Medzi svalmi vznikajú hlboké choboty vyplnené hnisom. V tomto štádiu vždy pristupujeme k chirurgickému ošetrovaniu dekubitu. Toto štádium býva nebolestivé pre denerváciu tkaniva.

V. štádium - v tomto štádiu sú prítomné rozsiahle nekrózy s osteomyelitídou, sekvestrácia, deštrukcia kíbov (Trachtová, 2006., Shueler et al., 2011).

Posudzovanie vzhľadu dekubitov podľa Seilera :

- A. "čistá" granulujúca rana bez nekrózy,
- B. rana je povlečená zvyškami nekrózy, okolie nie je infiltrované
- C. rana je ako v štádiu B, ale s infiltráciou okolitej rany alebo s prejavmi celkovej infekcie (sepsy) (Trachtová, 2006).

Válek (in Trachtová, 2006) rozdeľuje dekubity do štyroch štádií :

- reverzibilné zmeny - dochádza k začervneniu, opuchu, tlak prsta zanecháva bledé miesto so spomaleným krvným návratom
- nekróza kože a podkožia
- nekróza kože s podmínovanými okrajmi
- tvorba rôznych hlbokých, rozsiahlych, infikovaných dekubitov

Dekubity môžu vzniknúť na ktoromkoľvek mieste tela pacienta. Predilekčné miesta vzniku dekubitov sú tie, kde sú kosti blízko kožného krytu, kde sa nachádza slabá tuková a svalová vrstva medzi kosťou a kožou. Najčastejšia lokalizácia dekubitov je sakrálna a gluteálna oblasť (37%), päty (14%), trochantery (5%) a os ischii (4%) (Krajčík - Bajanová, 2012).

Pri dekubitoch ako aj pri iných ranách platí, že vždy je lepšie vzniku rán predchádzať ako ich liečiť. Informácie, ktoré máme o faktoroch spôsobujúcich vznik dekubitov, nám umožňujú správne a účelne nastaviť preventívne opatrenia a tým zabrániť vzniku dekubitov. Napriek tomu, že máme k dispozícii celý rad antidekubitných pomôcok (aktívne a pasívne matrace, hygienické pomôcky atď.), stále má najdôležitejšiu rolu v prevencii dekubitov sestra a ošetrovateľský personál. Sestra hodnotí riziko vzniku dekubitov u pacienta, plánuje ošetrovateľské intervencie, ktoré následne plní a hodnotí. Dôležitá je aj motivácia samotného pacienta spolupracovať. Ošetrovateľská starostlivosť musí byť komplexná, správne zorganizovaná, permanentná a poskytovaná celým ošetrovateľským tímom.

Zhodnotenie rizika vzniku dekubitov

Na zhodnotenie rizika vzniku dekubitov používame najrôznejšie škály a stupnice. Najčastejšie používanou v praxi je Nortonovej stupnica, Bradenovej stupnica, Waterlowovej škála a Knollovej škála. Vyhodnotením rôznych škál a stupníc zistíme, aké veľké je riziko vzniku dekubitov u pacienta. Podľa zisteného stupňa rizika môžeme zvoliť vhodné preventívne opatrenia. Hodnotenie rizika vzniku dekubitov by malo prebiehať vždy pri prijíme pacienta (do 24 hod.), hodnotenie by sa malo opakovať vždy pri zmene stavu pacienta a ďalej podľa štandardu každého zariadenia, najčastejšie po 48 hod. až po týždni. Z praktických a forenzných dôvodov je veľmi dôležitá dokumentácia dekubitov (písomná a fotodokumentácia).

Preventívne opatrenia vzniku dekubitov

Vedomosti o faktoroch, ktoré ovplyvňujú vznik dekubitov, nám umožňujú správne a účelne nastaviť preventívne opatrenia, ktoré zabránia vzniku dekubitov a napomáhajú v liečbe už vzniknutých dekubitov.

Fakultná nemocnica Trnava za účelom úpravy postupu pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti pri prevencii dekubitov vydala Smernicu na postup pri prevencii dekubitov (SM-2013-01). Uplatňovanie smernice na postup pri prevencii dekubitov spočíva v činnostiach zameraných na vyhľadávanie rizikových jedincov, etiologických faktorov a posilňovanie ochranných faktorov znižujúcich riziko vzniku dekubitov. Ošetrovateľskú starostlivosť o pacientov s rizikom vzniku dekubitov poskytuje sestra v ústavnej starostlivosti v podmienkach FN Trnava.

Posúdenie rizikových faktorov vykonáva sestra na začiatku hospitalizácie. Následne pri každej aktuálnej zmene zdravotného stavu pacienta, podmienok, napr. každý deň, minimálne 1 krát týždenne, pri ukončení hospitalizácie. Anamnestické údaje sestra získava od pacienta, podporných osôb do 2 hodín od prijímu alebo prvého kontaktu s pacientom. V smernici na postup pri prevencii dekubitov sa odporúča použiť validný hodnotiaci nástroj :

Nortonovej stupnicu na štandardných ošetrovacích jednotkách, Bradenovej stupnicu na JIS, Braden Q Scale od 21 dňa narodenia až po 8 rok života dieťaťa alebo Glamorgan scale u detí od narodenia po 18 rok života. Hodnotiaca stupnica sa dopĺňa anamnézou a klinickým vyšetrením pacienta so zameraním na rizikové faktory vzniku dekubitov. Pacient s rizikom vzniku dekubitov je hodnotený v kontexte celkového zdravotného stavu a psychosociálneho zdravia.

Na predchádzanie vzniku dekubitov hodnotíme u pacientov stav pokožky, nutriciu, bolesť a zabezpečíme psychosociálne hodnotenie. Sestra vykonáva posúdenie tlakového poškodenia kože a slizníc spôsobeného liečebným zákrokom - zavedenými drénmi, katétami alebo sondami.

Manažment prevencie vzniku dekubitov vykonáva sestra v zmysle platných legislatívnych postupov s dôrazom na :

- hygienickú starostlivosť
- mobilizáciu a rehabilitáciu
- úpravu inkontinencie
- polohovanie, antidekubitálne polohovanie, funkčné polohovanie, polohovanie v špeciálnych polohách
- používanie antidekubitálnych pomôcok
- úpravu výživy
- spoluúčasť na liečbe základného ochorenia podľa ordinácie lekára
- výchovu a vzdelávanie

Prevencia vzniku dekubitov na KAIM

Pacienti hospitalizovaní na KAIM spĺňajú všetky podmienky pre vznik dekubitov. Charakteristická je pre nich polymorbidita, imobilita, porucha vedomia, cirkulačná instabilita, znížená odolnosť voči infekcii.

Pri prijatí na KAIM je pacient uložený na resuscitačné lôžko s antidekubitným matracom. Po zaistení a stabilizácii vitálnych funkcií zrealizuje ošetrovateľský tím ošetrovateľskú vizitu, v rámci ktorej urobí inšpekciu tela pacienta. Riziko vzniku dekubitov posudzuje podľa Nortonovej stupnice. Všetky zistenia sestra zadokumentuje. V prípade, že pacient má dekubity už pri prijíme, sestra zmeria a popíše dekubity do záznamu ošetrovania rán a dekubitov pacienta. Ak má pacient mnohopočetné dekubity a viditeľné poranenia na koži, sestra urobí aj fotodokumentáciu. Pri už vzniknutých dekubitoch alebo pri vysokom riziku vzniku vymieňame antidekubitný matrac za aktívny nafukovací antidekubitný matrac. Pri plánovaní ošetrovateľských intervencií a preventívnych opatrení sestra prihliada na celkový zdravotný stav pacienta. V intenzívnej starostlivosti sme obmedzovaní v polohovaní cirkulačnou instabilitou pacienta, závažný zdravotný stav nám v mnohých prípadoch

polohovanie nedovoľuje (preventívne opatrenia sestra konzultuje s ošetrojúcim lekárom). Preventívne opatrenia vzniku dekubitov spočívajú hlavne v masáži chrbta a predilekčných miest. Na predilekčné miesta používame Menalind. Pacienta polohujeme každé dve hodiny. Pri polohovaní využívame šikmé polohy, aby sa pôsobiace sily rozložili. Polohovanie je spojené s masážou chrbta a predilekčných miest. Pozornosť venujeme fyziologickému postaveniu so správnym uložením kĺbov. Na udržanie želateľnej polohy využívame polohovacie pomôcky (vankúše, klíny, venčeky a iné). U pacientov s polytraumou môžeme dosiahnuť laterálny náklon pomocou lôžka Multicare. Hygienická starostlivosť má v prevencii dekubitov nezastupiteľné miesto. Pokožku pacienta udržiavame čistú a suchú. Eliminujeme nepriaznivé mechanické vplyvy vonkajšieho prostredia. Lôžko pacienta musí byť čisté, prestieradlo napnuté.

Aby sme zabránili vzniku dekubitov na slizniciach, meriame manometrom tlak v obturačnej manžete endotracheálnej alebo tracheostomickej kanyly dvakrát denne. Nameranú hodnotu zaznamenávame do ošetrovateľskej dokumentácie. Veľmi dôležité je zaistiť správnu, nutrične vyváženú výživu pacienta. Ak napriek zavedeným preventívnym opatreniam dekubit vznikne, ošetrovateľské intervencie sa rozširujú o starostlivosť a liečbu dekubitu.

Záver:

Aj v súčasnosti považujeme dekubity za závažný ošetrovateľský problém. Kapounová (2007) uvádza, že podľa štatistických informácií sa v zdravotníckych zariadeniach pripúšťa výskyt dekubitov 4 - 7%. Správne zavedenými preventívnymi opatreniami a elimináciou rizikových faktorov, komplexnou ošetrovateľskou starostlivosťou môžeme výskyt dekubitov obmedziť.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. HEGYI, L. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: Slovak Academic Press, 2001. 128 s. ISBN 80-88908-80-9
2. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vydanie. Praha: Grada publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
3. KRAJČÍK, Š. - BAJANOVÁ, E. *Dekubity prevencia a liečba v praxi*. 1. vydanie. Bratislava: Herba, 2012. 85 s. ISBN 978-80-89171-95-8
4. SHUELER, S. J. - BECKETT, J. H. - GETTINGS, D. S.: Decubitus Ulcer - Evaluation. In: *FREEMD* [online]. 2011 [cit. 22.3.2014]. Dostupné na: <<http://www.freemd.com/decubitus-ulcer/evaluation.htm>>
5. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procese*. 2. vydanie. Brno: NCONZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4

6. QPR portal FN TT, procesná mapa FN TT., Smernica na postup pri prevencii dekubitov SM-2013-01

Kontakt na autora

Mgr. Gabriela Doktorová

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny

Fakultná nemocnica Trnava

A. Žarnova 11

917 01 Trnava

E mail: g.doktorova@zoznam.sk

SURVEILLANCE NOZOKOMIALNYCH NÁKAZ ÚVN SNP RUŽOMBEROK

SURVEILLANCE FOR NOSOCOMIAL INFECTIONS ÚVN FN SNP RUŽOMBEROK

Helga Nemethová¹, Juraj Ondrejka¹, Slávka Zakuťanská²

¹Gynekologicko – Pôrodnicka klinika ÚVN FN SNP Ružomberok

²ÚVN FN SNP Ružomberok

Abstrakt

Nozokomiálne nákazy postihujú každoročne odhadom jedného pacienta z desiatich, vedú ku zvýšeniu morbidity, mortality, zvýšením nákladom na zdravotnú starostlivosť. Predstavujú najzávažnejší a najdrahší epidemiologický problém civilizovaných krajín.

Kľúčové slová: Nozokomiálne nákazy. Surveillance nozokomiálnych nákaz. Prevencia.

Abstract

Nosocomial infections affect approximately one of ten patient every year and lead to increase in associated morbidity, mortality and health care costs. They represent the most expensive and severe epidemiological issue of modern civilized countries.

Key words: Nosocomial infections. Surveillance for nosocomial infections. Prevention.

Pokroky v medicíne sú sprevádzané aj celým radom nežiaducich komplikácií, ktoré bývajú označované ako choroby z medicínskeho pokroku. Dôležité miesto a stále rastúci význam v tejto skupine majú nozokomiálne nákazy. Štatistiky vo svete ukazujú, že až 10% chorých v nemocniciach sa nakazí nejakou infekciou. Na Slovensku sa minulý rok infikovalo v zdravotníckych zariadeniach viac ako 6- tisíc ľudí, bolo vykonaných 6739 previerok hygienicko- epidemiologického režimu.

Dôležitosť kontroly pre nozokomiálne nákazy je zrejmá, daná mortalitou, morbiditou a cenovými nákladmi starostlivosti o pacientov postihnutých nozokomiálnou nákazou. Okrem mnohých medicínskych aspektov sú to hlavne dôvody ekonomické, ktoré nútia hľadať účinnejšie metódy prevencie a profylaxie týchto ochorení. Dodatočné finančné náklady súvisia predovšetkým s predĺžením doby hospitalizácie, drahou antiinfekčnou terapiou, predĺžením práceneschopnosti a v neposlednom rade tiež nákladmi na „odškodné“ za ujmu na zdraví (R. Maďar, M. Števkovičová a kol., 2004).

Podľa vzoru fungujúcich modelov (napr. National Nosocomial Surveillance System v nemocniciach USA) je zrejmé, že predpokladom pre zlepšenie záchytnosti nozokomiálnych nákaz je jednotnosť definícií, diagnostických kritérií ako aj aktívna metodika Surveillance.

Európska únia v rámci programu „Improving Patient Safety in Europe“ (IPSE) a Akčný program Spoločenstva v oblasti zdravia 2007-2013, sa pokúšajú túto situáciu riešiť a vyzývajú o vytvorenie projektov na posilnenie surveillance a kontroly závažných nozokomiálnych nákaz najmä na rizikových oddeleniach. Európsky parlament pripravuje výzvu pre ministrov členských štátov Európskej únie, týkajúcu sa prijatia závažného cieľa do roku 2015 znížiť o 40 % výskyt infekcií spojených s nemocničnou starostlivosťou.

Problematika nozokomiálnych infekcií nie je doposiaľ v Slovenskej republike dostatočne riešená. Dodnes chýbajú lokálne organizačné štruktúry pre surveillance a kontrolu nozokomiálnych nákaz. Touto problematikou sa v SR zaoberá len obmedzený okruh odborníkov a nie sú k dispozícii metodické podklady a doporučené postupy.

Z uvedených skutočností vyplýva, že každé zdravotnícke zariadenie by malo mať vypracovaný plán na kontrolu infekčných nozokomiálnych ochorení, ktorý by poukázal na jednotlivé postupy ku kontrole týchto ochorení ako aj výstupy o tom, či sa tento plán podarilo dodržať. V súčasnosti sa ukazuje potreba vytvárania pracovných skupín, zaoberajúcich sa problematikou nozokomiálnych nákaz. Hlavnou úlohou pracovnej skupiny je vytvárať fungujúci systém surveillance, hlásenia nozokomiálnych nákaz a na základe vykonaných analýz odporúčať komplexné preventívne a profylaktické opatrenia.

Prevenia je v boji proti výskytu nozokomiálnych nákaz jedným z najúčinnejších prostriedkov. Preventívne opatrenia zahŕňajú celý komplex zásad smerujúcich k zníženiu počtu rizikových faktorov jednotlivých infekcií a zabráneniu prenosu infekcie z jej prameňa na vnímavého pacienta. Čistota prostredia, výchova personálu, dodržiavanie antisepsy a asepsy, bariérovej ošetrovacej techniky s dôrazom na dezinfekciu rúk sú len niektoré príklady opatrení, ktorými možno efektívne eliminovať prenos infekcie z exogénneho prameňa. Podstatne ťažšie ovplyvniteľný je prameň endogénny, ktorý sa uplatňuje najmä pri poklese imunity pacienta. Z opatrení, ktorými je možné ovplyvniť endogénny prameň, treba spomenúť napr. účinnú liečbu základného ochorenia, terapeutické postupy na podporu imunity, antibiotickú profylaxiu ranovej infekcie (Goldman DA, Weinstein RA, Wenzel RP 1996).

Pre uvedené skutočnosti sme sa rozhodli v našej práci venovať pozornosť nozokomiálnym nákazám a tak poskytnúť základy pre skvalitnenie surveillance. Cieľom práce je prispieť k rozvíjaniu programu kontroly infekcií podľa potreby zdravotníckej organizácie.

Legislatívne opatrenia a súčasný stav NN v Slovenskej republike

Aktuálnym problémom surveillance infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou v SR je predovšetkým nejednotnosť rôznorodých aktivít v oblasti definícií, metodického i organizačného hľadiska a tak tiež neujasnenosť národnej surveillance.

Požiadavky legislatívy v oblasti surveillance v SR sú ukotvené:

- zákonom 355/2007 o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia
- vyhláškou MZ SR 553/2007, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku
- zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia
- výnosom MZ SR č. 09812/2008-OL, ktorým sa ustanovujú minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení

Infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou zasahujú priemerne 5 % až 7 % pacientov prijatých k hospitalizácií. Pre strategické plánovanie kapacity zdravotných služieb a ich financovanie je nevyhnutná znalosť základných epidemiologických charakteristík týchto infekcií v konkrétnych podmienkach daného zdravotníckeho systému na národnej úrovni.

Surveillance infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou by mala byť koncipovaná tak, aby poskytovala dostatočné podklady pre hodnotenie účinnosti národnej stratégie a špecifických intervencií zameraných na ich prevenciu a kontrolu.

Za účelom hodnotenia dôsledkov infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou je treba vykonávať špeciálne epidemiologické štúdie.

Národnú surveillance nie je možné uskutočňovať bez existencie funkčnej surveillance infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou na lokálnej úrovni.

V zdravotníckych zariadeniach je treba postupne vytvoriť funkčné programy prevencie a kontroly infekcií s optimálnou infraštruktúrou, predovšetkým s kvalifikovanými odborníkmi, schopnými vykonávať surveillance podľa priorít pre bezpečnosť pacientov.

Je nevyhnutné vytvoriť kvalitný systém vzdelávania špecialistov v prevencii a kontrole infekcií v zdravotníckych zariadeniach, ktorý bude obsahovať prípravu na metódy a postupy surveillance.

Aktívny prístup k riešeniu problematiky NN v nemocnici

1. Podpora manažmentu
 - Gremiálne porady
 - Porady vrchných sestier
 - Nozokomiálna komisia
 - Kontrola manažmentu na pracoviskách

2. Spolupráca

- Závodný lekár
- Lekáreň
- Kuchyňa
- Práčovňa
- Spaľovňa odpadu
- Oddelenia
- Odborné pracoviská

3. Dostupnosť mikrobiologických laboratórnych vyšetrení

- Biologického materiálu
- Sterov z prostredia
- Nosičstvo rizikových kmeňov (MRSA)

Záver

- Surveillance NN je komplexný problém, ktorý si vyžaduje moderné myslenie, zodpovednosť a záujem na všetkých úrovniach - manažmentu nemocníc, Regionálneho úradu verejného zdravotníctva, vedenie oddelení, poisťovní. Surveillance NN je dôležitý indikátor kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorý sa odráža aj vo výške nákladov na zdravotnú starostlivosť a má byť v záujme každého zdravotníckeho pracovníka. Evidencia a kontinuita dodržiavania prevencie by mala stáť v stredobode pozornosti každého zdravotníckeho zariadenia.
- Významnou súčasťou manažmentu a politiky všetkých zdravotníckych zariadení by mala byť kontrola dodržiavania základných pravidiel prevencie šírenia infekcií asociovaných zo zdravotnou starostlivosťou, čo však vyžaduje urýchlené prijatie a implementáciu nových jednotných štandardov pre prevenciu a sledovanie NN v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku, ktoré by mali byť súčasťou stratégie na zvyšovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. AIKEN AM, KARURI DM, WANYORO AK, MACLEOD J. Interventional studies for preventing surgical site infections in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Int J Surg* 2012, 10: 242-249
2. ALLEGRANZI B, BAGHERI NEJED S, COMBESCURE C, et al. Burden of endemic. Health-care-associated infections in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2011, 377:228-241
3. American Institute of Architects, Facilities Guidelines Institute: *Guidelines for Design and Construction of Health Care Facilities*. Washington, DC, The American Institute of Architects Press, 2006.
4. BANDÍKOVÁ, E., 2005. Nozokomiálne infekcie. In *Sestra*, roč.IV, č. 12, 26-27 s. ISSN 1335-9444
5. BÁLINT, O.: *Problém nozokomiálnych nákaz*. In: *Lekárske listy* apríl/2003, s. 15-16
6. BAUER TM, OFNER E, JUST HM, et al: An epidemiological study assessing the relative importance of airborne and direct contact transmission of microorganisms in a medical intensive care unit. *J Hosp Infect* 1990; 15:301-309.
7. BENCKO V.: *The quality of the indoor environment in hospitals*. *Indoor Built Environ* 2003, 12:5-7
8. BENCKO V. SCHEJBALOVÁ M. *From Ignaz Semmelweis to the Present: Crucial Problems of Hospital Hygiene*. *Indoor Built Environ* 2006, 15, 1: 3-7
9. BISHOP MC. Update on urinary tract infection. *EAU Update Series* 2004; 2: 93.
10. BODE LG, KLUYTMANS JA, WERTHEIM HF, et al : Preventing surgical-site infections in nasal carries of *Staphylococcus aureus*. *N Engl. J Med* 2010, 362
11. BOYCE JM, PITTET D: Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, Society for Healthcare Epidemiology of America, Association for Professionals in Infection Control, Infectious Diseases Society of America Hand Hygiene Task Force. Guideline for hand hygiene in health-care settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002; 23(Suppl 12):S3-S40.
12. BRONNUM-HANSEN H (1999) How good is the Prevent model for estimating the health benefits of prevention? *J Epidemiol Community Health* 53: 300–305. doi:10.1136/jech.53.5.300.
13. CDC, Guidelines for prevention of nosocomial pneumonia, 1997
14. CZADO C, DELWARDE A, DENUIT M (2005) Bayesian Poisson log-bilinear mortality projections. Belgium: Institut de Statistique, University Catholique de Louvain. 28 p.

15. COELLA R et al. 200 cost of infection in surgical patients: a case study. *J Hosp Infect*, 1993, 25:239-250.
16. DAROUICHE RO, WALL MJ, ITANI KM, et. Al.: Chlorhexidine- alcohol versus povidone- iodine for surgical- site antisepsis. *N Engl. J Med* 2010, 362.
17. DETSKY ME, ETCHELLS E: Single-patient rooms for safe patient-centered hospitals. *JAMA* 2008; 300:954-956.
18. DOEBBELING BN, STANLEY GL, SHEETZ CT, et al: Comparative efficacy of alternative hand-washing agents in reducing nosocomial infections in intensive care units. *N Engl J Med* 1992; 327:88.
19. ECDC Annual Epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008
WHO 2002 Prevention of hospital-acquired infections
20. EMMERSON AM, ENSTONE JE, GRIFFIN M, KELSEY MC, SMYTH ETM. *The Second National Prevalence Survey of Infection in Hospitals- overview of the results.*
J Hosp Infect, 1996, 32: 175-90

Kontakt na autora

Mgr. Nemethová Helga

Gynekologicko- Pôrodnicka klinika ÚVN FN Ružomberok

e-mail: nemethovahelga@gmail.com

**FARMAKOTERAPIA SENIOROV A JEJ PROBLÉMY V SLOVENSKEJ
A ČESKEJ REPUBLIKE
SENIOR PHARMACOTHERAPY AND ITS PROBLEMS IN THE SLOVAK
AND CZECH REPUBLIC**

Katarína Zrubáková¹, Mariana Magerčiaková¹, Michaela Teperová²

¹Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

²Nemocnica Frídek Místek, Interné oddelenie

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá geriatrickou farmakoterapiou a jej problémami z pohľadu sestry. V úvode stručne charakterizujeme farmakoterapiu vo vyššom veku, úlohy sestry pri jej realizácii a najčastejšie okruhy problémov. Hlavnú časť príspevku tvorí prezentácia výskumu, ktorý bol realizovaný v Slovenskej a Českej republike. Cieľom výskumu bolo zmapovať a vyhodnotiť špecifiká farmakoterapie seniorov z pohľadu sestry a zistiť, aké najčastejšie problémy majú seniori v súvislosti s farmakoterapiou. Vyhodnotením a porovnaním jednotlivých výsledkov sme zistili, že najčastejším problémom je nespolupráca pacienta a zlá tolerancia liečiv.

Kľúčové slová: Farmakoterapia. Senior. Problémy farmakoterapie seniorov. Ošetrovateľské intervencie

Abstract

The contribution deals with geriatric pharmacotherapy and its problems from a nurse's point of view. In the introduction we briefly characterize Pharmacotherapy in older age, the role of nurses in its realization and the most frequent circuits of problems. The main part of the contribution consists of the presentation of the research, which was realized in the Slovak and Czech Republic.

The aim of the research was to map and evaluate the elderly patients' pharmacotherapy specifics from a nurse's point of view and tracing most frequent problems in the geriatric population. By evaluating and comparing the results, we have been that the most common problem is the noncompliance of the patient and poor tolerance of drugs.

Key words: Pharmacotherapy. Senior. Seniors pharmacotherapy problems. Nursing interventions

Úvod

Farmakologická liečba má pri komplexnej liečbe seniora veľký význam a výrazné uplatnenie.

Pretože starší ľudia patria medzi najväčších konzumentov liekov a ich spotreba stúpa s počtom diagnóz a vekom, výnimku tvoria dlhovekí (nad 85), u ktorých zaznamenávame klesajúcu tendenciu.

Podľa aktuálnych vedeckých prác seniori v SR spotrebovali 32,3 % celkových nákladov na lieky a v ČR 35- 45 % (Fialová, 2008). V priemere si starší ľudia predpisujú lieky 4-5x viac ako ostatné vekové kategórie a využívajú asi 12-17 predpisov za rok. Krehkí seniori užívajú najviac liekov (Gadušová, 2010). Užívanie liekov je väčšie v nemocniciach a zariadeniach sociálnych služieb (ďalej ZSS) ako v domácom prostredí. Dúbrava (2006, s. 327) zistil, že „...v skupine seniorov žijúcich v domácich podmienkach, užíva aspoň 1 liek 75-93% seniorov, **pričom priemerne užívajú 3,5 liekov.**“ Podľa Bartošoviča (2010, In Hegyi, Krajčík) seniori v ZSS pravidelne užívajú **4,8** lieku na jedného obyvateľa. Topinková (2005)- uvádza priemerný počet liekov **5-8** v ústavnom zariadení.

Farmakoterapia v starobe má svoje zvláštnosti, ktoré vyplývajú z morfológických a funkčných odlišností typických pre starnúci organizmus. Tieto osobitosti sú príčinou, že farmakoterapia vo vyššom veku je jednou z najzložitejších kapitol geriatrickej medicíny a ošetrovateľstva (Hegyi, Krajčík, 2010). Geriatrická farmakoterapia nie je účelná ani bezpečná, je sprevádzaná veľkým množstvom problémov, ktoré rozoberáme v príspevku.

Cieľom príspevku je:

1. Opísať realizáciu a problémy farmakoterapie seniorov v klinickej praxi.
2. Prezentovať výsledky výskumu, ktorý bol realizovaný v Slovenskej a v Českej republike.

Realizácia geriatrickej farmakoterapie

Farmakoterapia v geriatrickej je účinná, ak je vykonávaná tímovo, do terapie je zapojený multidisciplinárny tím, ktorý najčastejšie tvoria: lekár (všeobecný lekár, geriatler, špecialista) - sestra- farmaceut- senior- rodinní príslušníci alebo opatrovatel'. Každý člen tímu má svoje úlohy a povinnosti, ich dodržiavaním sa eliminujú nežiaduce účinky liečby. Dobrá koordinácia spolupráce vedie k: zvýšeniu informovanosti ↔ zvýšeniu compliance ↔ terapeutickému monitorovaniu pacienta ↔ vyhodnocovaniu nežiaducich účinkov liekov ↔ zlepšeniu komunikácie jednotlivých členov tímu ↔ minimalizovaniu počtu ordinovaných a samoordinovaných liekov ↔ odstráneniu komplikácií v súvislosti s liečbou ↔ zvýšeniu kvality života seniora.

Úlohy sestry pri farmakoterapii seniora

Sestra v rámci farmakologickej liečby seniorov realizuje rôzne intervencie, ktoré sa líšia podľa miesta poskytovania starostlivosti, zdravotného, psychického a sociálno-ekonomického stavu seniora. Okrem realizácie nižšie spomínaných intervencií, musí mať sestra osobnostné predpoklady na prácu so staršími ľuďmi, ale aj adekvátne vedomosti (o farmakoterapii a jej osobitostiach vo vyššom veku, liekových interakciách, nežiaducich účinkoch, nevhodných liekov v starobe, nevhodných doplnkoch výživy a tekutinách a potravinách pri kombinácii s určitým druhom užívaných liečiv) a zručnosti v oblasti geriatrickej farmakoterapie (napr. vedieť správne pripraviť a aplikovať liečivo, realizovať efektívnu sociálnu, terapeutickú komunikáciu so seniorom a v niektorých prípadoch s rodinnými príslušníkmi alebo opatrovateľom, realizovať edukáciu a reedukáciu seniora a rodinného príslušníka).

Intervencie sestry pri realizácii farmakologickej liečby seniora

Medzi intervencie sestry, ktoré musí vykonávať na všetkých miestach poskytovania starostlivosti seniorom/geriatrickým pacientom patrí:

- spolupráca s jednotlivými členmi multidisciplinárneho tímu,
- posúdenie zdravotného, psychického a sociálneho stavu seniora, ktoré je zamerané hlavne na okolnosti ohrozujúce farmakoterapiu,
- pozorovanie seniora, všíma si možné vedľajšie účinky liekov a alergie (najčastejšie pri užívaní ATB), ako aj neverbálne prejavy seniora, ktoré informujú o prítomných symptómoch,
- vedenie rozhovoru so seniorom a rodinnými príslušníkmi (predovšetkým v domácom prostredí) zameraný na podávanie liekov,
- sledovanie medikácie so zameraním na lieky s vyšším výskytom nežiaducich účinkov v staršom veku, ako sedatíva, hypnotiká, antidepresíva, antihypertenzíva, antidiabetiká, analgetiká, nesteroidné antireumatiká,
- aplikácia jednotlivých foriem liekov, najčastejšie ide o lieky per os, krátkodobú aplikáciu intramuskulárnych, subkutánnych, intravenózných liekov a infúzných roztokov ako aj lokálnu aplikáciu masť, náplastí, aplikáciu kvapiek do oka, ucha, nosa,
- zodpovednosť za správne dávkovanie, užitie a aplikáciu lieku,
- zaznamenávanie podania liekov a údajov o pacientovi do zdravotnej dokumentácie,
- realizácia edukácie a reedukácie seniora, u nesebestačných alebo čiastočne sebestačných seniorov a geriatrických pacientov so zmenami kognitívnych funkcií aj rodinných príslušníkov. Prípadne demonštruje a aktívne so seniorom precvičuje aplikáciu liečiv.

Problémy farmakoterapie vo vyššom veku

V domácnosti seniora, v ústavnom zdravotníckom zariadení a v ZSS sa pri realizácii farmakologickej liečby vyskytujú tri okruhy problémov (Dúbrava,2006).

1. problémy týkajúce sa pacienta,
2. problémy týkajúce sa zdravotníckych pracovníkov,
3. problémy týkajúce sa samotných liečiv.

Pri druhom uvedenom okruhu sa často stretávame aj s problémami etickými, ktoré sa týkajú predovšetkým dodržiavania základných etických princípov v súvislosti s farmakoterapiou.

Problémy týkajúce sa pacienta

U seniorov sa stretávame predovšetkým s nasledovnými problémami:

1. nedostatočná spolupráca pri liečbe,
2. samo medikácia liečiv, kupovanie nevhodných doplnkov výživy,
3. neinformovanie zdravotníckych pracovníkov o užívaní liekov,
4. nedostatok informácií o farmakologickej liečbe,
5. zlý zdravotný a psychický stav (zmeny zmyslových orgánov, kognitívnych funkcií, jemnej motoriky), ktorý znemožňuje užívanie liekov- najčastejšie u ambulantných pacientov a seniorov v domácom prostredí (Frankfort, Tulner, Campen, 2006),
6. chyby pri užívaní liekov, úprava dávkovania, zámerné neužívanie liekov, predčasné ukončenie liečby...(Hegyí, 2005),
7. neužívanie liečiv pre ekonomickú insolventnosť.

Problémy týkajúce sa zdravotníckych pracovníkov

Problémy sa najčastejšie týkajú predpisujúceho lekára a sestier.

Problémy zo strany lekára:

- nesprávna diagnostika,
- nesprávny výber liečiva, predpis kontraindikovaného lieku,
- nečitateľná ordinácia liečiv,
- nesprávne dávkovanie liekov,
- nebezpečná polypragmázia, účasť niekoľkých lekárov na liečbe, bez vzájomnej kontroly,
- precenenie compliance pacienta,
- nezohľadnenie funkčných deficitov vedúcich k problémom s aplikáciou lieku,
- nedostatočná komunikácia lekára so seniorom a edukácia,
- nadradený prístup lekára k pacientom (Práznovcová, 2003).

Medzi najčastejšie problémy zo strany sestier pri farmakoterapii patrí:

1. nedostatočné vedomosti z oblasti farmakológie a jej osobitostiach vo vyššom veku,
2. nedodržanie štandardizovaných postupov pri podávaní liekov,
3. zámena lieku alebo nedodržanie dávkovania,
4. podanie lieku bez ordinácie lekára,
5. nedostatočná spolupráca s ostatnými členmi tímu,
6. nedostatočná edukácia seniora,
7. nezapísanie podaného lieku do dokumentácie pacienta.

Problémy týkajúce sa samotných liečiv

- nežiaduce účinky liečiva/liečiv- najčastejšie anorexia, psychický útlm, inkontinencia, hypomobilita, bolesti hlavy, poruchy črevnej pasáže a i.
- zhoršenie kvality života seniora,
- zvyšovanie mortality u krehkých seniorov (Marek, 2010),
- skreslenie klinického obrazu chorôb (Topinková, 2005),
- zmeny farmakokinetiky, farmakodynamiky, interakcie liečiv,
- závislosť na užívaní liekov- napr. analgetiká.

Geriatrická farmakoterapia a jej problémy v praxi

Ako sa realizuje farmakoterapia seniorov, a ktoré problémy prevládajú v klinickej praxi sme zisťovali terénnym výskumom, ktorý bol realizovaný v Slovenskej a v Českej republike v ústavných zdravotníckych a sociálnych zariadeniach.

Ciele výskumu

1. Zistiť, ako je z pohľadu sestry realizovaná farmakoterapia seniorov v klinickej praxi.
2. Zistiť, aké problémy sprevádzajú farmakoterapiu seniora v ústavných zariadeniach.
3. Porovnať, ktorý z okruhov problémov prevláda v zdravotníckych a v sociálnych zariadeniach v Slovenskej a Českej republike.

Súbor a metodika výskumu

Výskumný súbor tvorili sestry. Predpokladom pre ich zaradenie bola práca so seniorom v ústavnom zdravotníckom alebo sociálnom zariadení. V Slovenskej republike (ďalej SR) sa do výskumu zapojilo 143 sestier a v Českej republike (ďalej ČR) 118. Priemerný vek sestier v SR bol 45 rokov, v ČR- 41 rokov, priemerná dĺžka praxe v SR- 20 rokov, v ČR 24 rokov. Ďalšie údaje prezentujú tabuľky 1, 2.

Tabuľka 1 Vzdelanie respondentov

Vzdelanie	Slovenská republika		Česká republika	
	počet n	percento %	Počet n	percento %
Bc.	47	33	18	15
Mgr.	15	10	8	7
SZŠ a špecializácia	81	57	92	78
Spolu	143	100	118	100

Tabuľka 2 Pracovisko respondentov

Zariadenie	Slovenská republika		Česká republika	
	počet n	percento %	počet n	percento %
oddelenie, klinika	93	65	95	81
zariadenia sociálnych služieb	50	35	23	19
Spolu	143	100	118	100

Metódou výskumu bol neštandardizovaný dotazník, ktorý obsahoval 23 položiek, 17 položiek bolo zameraných na realizáciu farmakoterapie a jej problémy u seniorov a 6 položiek bolo demografických.

Výsledky výskumu a interpretácia

Výskum sme realizovali od apríla 2011 do júla 2012 v SR a v roku 2013 v ČR. Výsledky uvádzame v absolútnych číslach a percentách, dopĺňame slovným komentárom a pri niektorých položkách i tabuľkou.

Akú veľkú skupinu predstavujú pacienti vyššieho veku na Vašom pracovisku?

Na otázku odpovedali všetci respondenti. V SR 112 (78 %) sestier odpovedalo viac ako polovicu pacientov, v ČR to bolo 99 (84 %) sestier. Len 4 sestry v SR a 2 v ČR uviedli, že seniori sú zastúpení v menšom počte.

Ako sa zapájate do farmakoterapie seniora?

Na otázku odpovedalo 120 sestier zo SR a všetky z ČR, odpovede uvádzame v Tab. 3.

Tabuľka 3 Intervencie sestry pri farmakoterapii vo vyššom veku

Intervencie sestry	Slovenská republika		Česká republika	
	Počet n	Percento %	Počet n	Percento %
Príprava a podávanie liekov	90	63	79	67
Edukácia pacienta a rodinných príslušníkov	14	10	12	10
Informovanie lekára o zdravotnom stave pacienta	6	4	5	4
Sledovanie účinkov liečby	4	3	5	4
Spolupráca s lekárom a lekárom špecialistom	3	2	6	5
Odpovedám na otázky pacienta ohľadom liečby	1	1	5	4
Komunikácia so seniorom	1	1	3	3
Objednávanie liekov	1	1	3	3
Neodpovedali	23	15	0	0
Spolu	143	100	118	100

Aké spôsoby podávania liekov sú na Vašom pracovisku najčastejšie?

V otázke si mali sestry možnosť vybrať z nasledovných možností: per os, intravenózne, subkutánne, intramuskulárne, do oka, ucha, nosa, rectálne, lokálne.

Odpovede opäť uvádzame v tabuľke. Údaje sú však len v absolútnych číslach, nakoľko sestry zakrúžkovali viaceré možnosti.

Tabuľka 4 Spôsob podávania liekov

Spôsob podávania	Slovenská republika počet n	Česká republika počet n
per os	143	118
intravenózne	33	59
subkutánne, intramuskulárne	63	54
do oka, ucha, nosa	18	20
rektálne	10	17
lokálne masti	40	14

Počkáte pri podávaní liekov, až senior užije všetky podané lieky pred Vami?

V otázke sme nepriamo zisťovali chyby pri podávaní liekov u sestier. Pozitívnu odpoveď uviedlo 140 sestier zo SR a 117 sestier z ČR. 4 sestry z oboch súborov uviedli alternatívu niekedy počkám. Negatívnu odpoveď- nikdy, neuviedla žiadna sestra.

Aké pochybenie sestry pri podávaní liekov považujete za najzávažnejšie?

Pri odpovedi na túto otázku mohli sestry označiť alternatívy: zámena liekov, zámena pacienta, podanie nesprávnej dávky lieku, nepodanie lieku, nepodanie lieku v stanovenom čase, iný spôsob podania, ako bol určený lekárom.

Sestry najčastejšie udávali tieto tri alternatívy: **zámena lieku (203), zámena pacienta (192), podanie nesprávnej dávky lieku (120).**

Edukujete pacienta počas farmakologickej liečby?

Pri tejto otázke sestry volili z troch možností- áno, podľa možností pacienta a nie. 83 sestier zo SR a 62 sestier z ČR uviedlo prvú možnosť. 59 sestier (30 zo SR, 20 z ČR) uviedlo podľa možností pacienta a 57 sestier (opäť 30 zo SR a 27 z ČR) uviedlo negatívnu odpoveď.

Spolupracujete podľa Vášho názoru dostatočne s lekárom pri realizácii farmakologickej liečby?

Primeraná spolupráca s lekárom je základom racionálnej farmakoterapie, v našom výskume sme zistili, že sestry v ústavných zariadeniach v SR spolupracujú s ošetrovateľom, rovnako to bolo aj v ČR, tu však **2 sestry** z nemocnice označili negatívnu odpoveď.

Spolupracujete s farmaceutmi pri realizácii farmakoterapie?

Napriek tomu, že farmaceut patrí medzi dôležitých členov tímu pri realizovaní farmakologickej liečby seniorov, sestry v SR, ale aj v ČR s ním spolupracujú zriedka. Ako dôvod kontaktovania uviedli- objednávanie liekov pre oddelenie a konzultovanie problémov pri farmakoterapii. 68 sestier zo SR a 91 z ČR však uviedlo, že s farmaceutom nespupracujú.

Spolupracujete s rodinou seniora?

V úvode príspevku sme ako ďalšieho člena tímu uvádzali rodinu seniora, pomoc rodinných príslušníkov je najvýznamnejšia pri liečbe v domácom prostredí, v ústavnom zariadení je účasť nižšia. V našom výskume sme zistili, že sestry v zariadeniach sociálnych služieb spolupracujú s rodinou len zriedka a v nemocnici, ak je to možné. Spoluprácu s rodinnými príslušníkmi v ústavnom zariadení využívajú pre zlepšenie efektivity liečby, získanie doplňujúcich informácií o liečbe v domácom prostredí a pri edukácii.

S akými problémami sa stretávate pri realizácii farmakoterapie u seniorov najčastejšie?

Pri otázke si sestry mohli vybrať z alternatív: problémy zo strany seniora, problémy vo vzťahu k liečivu/liečivám, problémy týkajúce sa lekára, problémy týkajúce sa sestier. Odpovede uvádzame v Tab. 5.

Tabuľka 5 Problémy pri realizácii farmakoterapie seniorov

Typ problému	Slovenská republika		Česká republika	
	počet n	percento %	počet n	percento %
Problémy zo strany seniora	87	62	41	35
Problémy vo vzťahu k lieku/liekom	49	34	33	28
Problémy týkajúce sa lekára	5	3	25	21
Problémy týkajúce sa sestier	2	1	19	16
Spolu	143	100	118	100

Udávajú Vám samotní seniori problémy v súvislosti s farmakoterapiou?

Otázka bola dichotomická, možnosti odpovedí boli áno, nie. 141 sestier zo SR a 112 sestier z ČR uviedli áno. Odpoveď nie uviedlo 8 sestier (2-SR, 6-ČR).

Aké najčastejšie problémy týkajúce sa farmakoterapie Vám seniori udávajú?

Pri vypĺňaní otázky mohli sestry udávať viaceré alternatívy, ktoré spolu s číselným vyhodnotením prezentujeme v Tab.6.

Tabuľka 6 Najčastejšie problémy súvisiace s farmakoterapiou u seniorov

Problémy seniorov	Slovenská republika	Česká republika
	počet n	počet n
Ekonomické problémy	25	86
Nežiaduce účinky liečiv	87	48
Zlá manipulácia s liečivom	38	35
Veľký počet liekov, problém s ich užitím	31	28
Problém zabezpečiť si lieky v domácom prostredí	20	16
Problém zapamätať si všetky názvy liečiv	18	10

Ako z tabuľky vyplýva, odpovede sestier sa takmer zhodovali, okrem prvých dvoch alternatív, kde **sestry zo SR** ako prioritný problém seniorov udávajú **nežiaduce účinky liečiv**, **sestry z ČR** uviedli **ekonomické problémy**.

Záver

Väčšina geriatrických pacientov potrebuje v tomto období svojho života farmakoterapiu, nakoľko senior je ako pacient väčšinou polymorbídny, so zvýšeným rizikom zhoršenia zdravotného stavu, zníženým funkčným potenciálom. Cieľom geriatrickej farmakoterapie je nielen voľba liečiva, ktoré ma byť vo vyššom veku indikované s rozvahou, ale aj snaha všetkých členov interdisciplinárneho tímu minimalizovať riziká, problémy liečby, zlepšiť funkčné schopnosti seniora, jeho prognózu a predovšetkým kvalitu života. Napĺňanie týchto cieľov je možné len za určitých podmienok, ktoré sú zakomponované aj v pravidlách racionálnej farmakoterapie.

Ako sú zohľadňované v praxi sme zisťovali výskumom v teréne. Výskumný súbor tvorili sestry, pretože sú to práve oni, ktoré prichádzajú so seniorom, ale aj s ostatnými členmi tímu do kontaktu najčastejšie. Po vyhodnotení jednotlivých položiek sme zistili, že sestry v SR a ČR sa zapájajú do farmakoterapie seniorov, pričom ako najčastejšiu intervenciu uviedli príprava a podávanie liekov, najčastejší spôsob podávania liekov bol per os, subkutánne a intramuskulárne. Počas realizácie farmakoterapie edukujú pacientov, ak sú na to primerané podmienky. Sestry z ústavných zariadení spolupracujú s lekárom, ak je to možné aj s rodinnými príslušníkmi a pacientom, **ale takmer vôbec nespupracujú s farmaceutom**. Ako najčastejšie problémy v súvislosti s farmakoterapiou uviedli problémy zo strany seniora a vo vzťahu k liekom. Najčastejším problémom seniorov je zlá ekonomická situácia (nedostatok financií na doplatky za lieky) a nežiaduce účinky liekov. Jednotlivé výsledky, tak pomohli nájsť odpovede aj na definované ciele výskumu a pomohli nám k nasmerovaniu riešenia identifikovaných problémov, ktoré sú v oboch krajinách takmer identické.

Preto je aj naďalej dôležité vyvíjať maximálne úsilie pri realizácii účelnej farmakoterapie predovšetkým v domácom prostredí seniora, ale aj v ústavnom zariadení.

Zoznam bibliografických odkazov

1. DÚBRAVA, M. 2006. Účinná a bezpečná farmakoterapia seniorov. In *Via practica*. 2006. č.7-8. s. 327-332.
2. FIALOVÁ, D. 2008. *Specifické rysy geriatrické farmakoterapie I*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2008. 90 s. ISBN 978- 80- 246- 1353-6.

3. FRANKFORT, S., TULNER, L., CAMPEN, J. Evaluation of Pharmacotherapy in Geriatric Patients after Performing Complete Geriatric Assessment at a Diagnostic Day Clinic. In *Clin Drug Invest*, 2006, 26 (3).
4. GADUŠOVÁ, M. 2010. Farmakoterapia a interakcie liekov v starobe. In *Zdravotnícke štúdie*. ISSN 1337-723X. 2010, roč. III., č. 1, 23- 29 s.
5. HEGYI, L. 2005. Compliance vo vyššom veku. In. *Geriatría*. 2005, č. 2, s. 78.
6. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatría*. 1. vyd. Bratislava : Herba, 2010. 608 s. ISBN 978- 80- 89171-73-6.
7. MAREK, J. a kol. 2010. Farmakoterapie vnitřních nemocí. Praha: Grada, 2010. 777 s. ISBN 978-80-247-2639.
8. PRÁZNOVCOVÁ, L. 2003. Farmakoterapie seniorů v České republice v kontextu k farmakoekonomice. In *Česká geriatrická revue*. ISBN 1214-0732. 2003, roč. 1, č.4, s. 25- 31.
9. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatríe pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galen, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 60
034 01 Ružomberok
e-mail: katarina.zrubakova@ku.sk

NOWE TRENDY W MONITORINGU ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Katarzyna Truczka, Alicja Jarosińska

Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu

Streszczenie

Duży wpływ na ograniczenie występowania zakażeń szpitalnych ma ich właściwy sposób wykrywania a następnie monitorowania. W Polsce zagadnienie to reguluje USTAWA z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z późniejszymi Rozporządzeniami Ministra Zdrowia, każdy zakład opieki zdrowotnej jest zobowiązany do prowadzenia nadzoru w tym zakresie.

Słowa kluczowe: Zakażenia szpitalne. Epidemiologia. Diagnostyka. Oporność. Metody zapobiegania.

Summary

A major impact on reducing the prevalence of nosocomial infections have their proper way of detection and monitoring. In Poland, this issue shall be governed by the law of 5 December 2008 for the prevention and control of infections and infectious diseases in humans, as Minister of Health Regulations, every health care facility is required to conduct in this regard.

Key words: Nosocomial infections. Epidemiology. Diagnosis. Resistant. Methods of prevention.

Problemy związane z zakażeniami szpitalnymi zaczęły pojawiać się wraz z rozpoczęciem organizacji pierwszych oddziałów szpitalnych, już w 1808 roku chirurg angielski John Bell doradzał swoim pacjentom, aby opuszczali szpital najwcześniej jak to jest możliwe po amputacjach kończyn, gdyż w przeciwnym wypadku w szpitalu groziła im gangrena i śmierć. Zakażenia, które obecnie występują w szpitalach lub w innych zakładach opieki zdrowotnej noszą nazwę zakażeń szpitalnych [3,4].

Zakażenia szpitalne mogą być miejscowe lub uogólnione, stanowią niekorzystne reakcje na obecność w organizmie ludzkim czynnika zakaźnego lub jego toksyn. Definicja zakażenia szpitalnego jest zawarta w Ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, określa ona zakażenie szpitalne – jako zakażenie, do którego doszło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku

gdy u pacjenta choroba nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie inkubacji lub wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylęgania [7].

Aby szpital mógł skutecznie zapobiegać powstawaniu zakażeń musi mieć stworzone struktury systemu nadzoru epidemiologicznego. W 2004 roku w Podhalańskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Nowym Targu powołano na mocy Zarządzenia ówczesnego Dyrektora Szpitala Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych oraz Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Obydwie te komórki organizacyjne mają za zadanie minimalizowanie ryzyka powstawania zakażeń podczas świadczonych usług zdrowotnych [8].

W skład Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych wchodzi: lekarz przewodniczący - specjalista mikrobiolog kliniczny, pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego, mikrobiolog – specjalista diagnosta kliniczny. Do zadań Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy przede wszystkim opracowywanie oraz aktualizowanie systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, prowadzenie kontroli wewnętrznej raz na 6 miesięcy a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przeprowadzanie powtórnych kontroli nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia przekazania raportu, oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych, szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych, konsultowanie osób z grupy ryzyka lub podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których stwierdzono zakażenie lub chorobę zakaźną [6,7].

Do podstawowych zadań Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy natomiast opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, jak również opracowywanie i aktualizowanie standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu. Posiedzenia komitetu odbywają się kilka razy do roku nierzadkiej jednak niż raz na 6 miesięcy [2].

Zakażenia szpitalne w Podhalańskim Szpitalu Specjalistycznym są kwalifikowane zgodnie z „Definicjami zakażeń związanych z opieką zdrowotną” określonymi przez ECDC a przetłumaczonych i wdrożonych przez Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015. Dzięki tym ujednoczonym definicjom można w sposób wiarygodny prowadzić rejestr czynny zarówno zakażeń szpitalnych jak i zakażeń pozaszpitalnych u przebywających pod naszą opieką pacjentów. Listę drobnoustrojów, które podlegają monitoringowi określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala. Na podstawie tego rozporządzenia są wyznaczone czynniki alarmowe, które są monitorowane a następnie raportowane we

wszystkich 18 oddziałach funkcjonujących w naszym Szpitalu. Raporty te są przedstawiane Ordynatorom oraz Kierownikom poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala oraz raz do roku Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu w Nowym Targu[1,5].

W ciągu 10 lat wypracowano jednolity system kwalifikacji zakażeń zarówno szpitalnych jak i pozaszpitalnych, w Szpitalu jest prowadzona na bardzo wysokim poziomie diagnostyka mikrobiologiczna, w 2013 roku wykonano na potrzeby oddziałów 49706 badań co daje łączną liczbę – 42 badań mikrobiologicznych na łóżko pacjenta/rok. Do działań prewencyjnych Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego należy między innymi: codzienna współpraca z Zakładem Mikrobiologii, wykrywanie ognisk epidemicznych, tworzenie i aktualizowanie procedur, szkolenie personelu medycznego, wdrażanie izolacji w zależności od potrzeb, monitorowanie środowiska szpitalnego, pobieranie wymazów w kierunku nosicielstwa na *Staphylococcus aureus* MRSA oraz *Klebsiella pneumoniae* wśród wybranych grup personelu, racjonalna antybiotykoterapia. Dzięki prowadzonym tak na szeroką skalę wielopłaszczyznowym działaniom możliwe jest szybkie wykrywanie powstałych zakażeń szpitalnych, różnicowanie ich z zakażeniami pozaszpitalnymi a następnie monitorowanie, a także wdrażanie prewencyjnych działań i procedur mających na celu minimalizowanie skutków oraz zapobiegnięcie ewentualnemu rozprzestrzenieniu się w potencjalne ognisko epidemiczne.

Piśmiennictwo

1. <http://www.antybiotyki.edu.pl> Definicje zakażeń związanych z opieką zdrowotną "Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015".
2. M. FLEISCHER, B. BOBER-GHEEK.: Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego, wydanie II poprawione, URBAN& PARTNER, Wrocław 2006.
3. MICHALIK M. B.: Kronika medycyny, Kronika, Warszawa 1994.
4. P.B. HECZKO, J. WÓJKOWSKA-MACH.: Zakażenia szpitalne, Podręcznik dla zespołów kontroli zakażeń, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi
8. Zarządzenie nr 75/2004 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki zdrowotnej w Nowym Targu

Adres kontaktowy:

Katarzyna Truczka

Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

ul. Szpitalna 14

34-400 Nowy Targ

tel.48 (18) 263 30 11

e-mail :katarzynatruczka@op.pl

MENTORING STUDENTŮ V KRAJSKÉ NEMOCNICI T. BATI VE ZLÍNĚ
MENTORING STUDENTS IN REGIONAL T. BATA HOSPITAL IN ZLÍN
(POSTER)

Anna Krátká¹, Zlatoše Mihalová²

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd

²Krajská nemocnice T. Bati, a.s. ve Zlíně

Abstrakt

Vedení studentů na praxi – mentoring je jednou z klíčových kompetencí sester. Mentoring je metoda k profesnímu rozvoji jedince, a to na základě příkladu a zkušeností odborníka z praxe. Pro studenta studijního programu Ošetrovatelství je jednoznačně tímto odborníkem zkušená sestra. V mentoringu jde především o navázání důvěryhodného vztahu mezi studentem (mentee) a sestrou (mentorkou). V posteru předkládáme výsledky výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jak jsou sestry v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. ve Zlíně připravené k edukační činnosti - mentorství, jak probíhá praxe studentů a jestli jsou sestry/mentorky schopné poskytnout během praxe studentům oporu. Předpokládáme, že pokud se bude věnovat při vzdělávání studentů ošetrovatelství dostatečná pozornost praktické výuce, odrazí se to na kvalitě ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: Student. Sestra. Mentorka. Mentoring. Odborná praxe.

Abstract

Encouraging students to practice - mentoring is one of the core competencies of nurses. Mentoring is a method to the professional development of the individual, based on the example and experience of professional practice. For the student's degree program of Nursing is uniquely experienced by an expert nurse. The mentoring is mainly to develop a trusted relationship between the student (mentee) and nurse (mentor). In poster we present the results of research whose goal was to determine how the sisters in the Regional T. Bati Hospital as in Zlín ready to educational activities - mentoring, how the experience of students and whether they are nurses / mentor able to provide support to students during practice. We assume that if they will pay in the education of nursing students sufficient attention to practical training, will be reflected on the quality of nursing care.

Key words: Student. Nurse. Mentor. Mentoring. Professional Practice.

Úvod

Profese sestry je z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu velmi náročná a obecně jsou na ni kladené vysoké požadavky. Vzdělávání všeobecných sester zaznamenalo v poslední době řadu změn. Snahou vzdělávacích programů je připravit kvalifikované, tvořivé a činnorodé zdravotníky, kteří jsou schopni využít veškerý potenciál k rozvoji svých profesních znalostí a dovedností, a to s cílem zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče. V přípravě budoucích profesionálů/zdravotníků mají svou úlohu akademičtí pracovníci, ale především sestry/mentorky, které se podílejí na výuce studentů v klinických podmínkách nemocnice. Akademičtí pracovníci ručí za realizaci takového vzdělávacího programu, který uschopní absolventa k výkonu zdravotnického povolání, sestra/mentorka předá své zkušenosti a připraví studenta po praktické stránce. Sestra má kompetence nejen k odborným ošetrovatelským aktivitám, ale také k pedagogické (edukační) činnosti, která je bezpochyby stejně důležitá. Nejedná se o žádnou novinku. Již Florence Nightingalová, zakladatelka moderního ošetrovatelství zdůrazňovala potřebu učit a sama byla příkladem. Aplikovala své názory nejen u nemocných a jejich rodinných příslušníků, ale také u sester a ostatních zdravotnických pracovníků (Šoltéz, 2009, s. 150). Pedagogická činnost je jedna z klíčových kompetencí sestry a je možné ji uplatnit nejen při edukaci nemocných a rodinných příslušníků, ale také při vedení studentů na odborné praxi. Edukace z profesního pohledu je náročná činnost. Jedná se o komplex znalostních, psychomotorických a postojoyých dovedností. Sestra může edukovat jak pacienty/klienty, tak studenty nebo své kolegyně a tím zastává roli *sestry edukátorky* nebo roli *sestry mentorky* (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 7).

Někdy přes veškerou snahu všech zúčastněných neprobíhají studentské praxe tak, jak by měly. Stává se, že studenti jsou v některých případech zařazeni do multidisciplinárního týmu a jejich praxe není řízená. V přípravě studentů ošetrovatelství je nezbytné, aby všichni účastníci vzdělávacího programu měli společný cíl a tím je zvýšení kvality ošetrovatelské péče, na jejímž konci je spokojený pacient. Toho je možné dosáhnout pouze za předpokladu efektivní a kvalitní přípravy budoucích sester.

Cíl práce

Základní výzkumný problém zní: ***Jak se sestry cítí připravené na pedagogické působení při vedení studentů na praxi a jsou studentům dostatečnou oporou?***

Vzhledem k rozsáhlosti výzkumu prezentujeme pouze dílčí výsledky cílů:

- Zjistit, zdali se cítí sestry připravené k edukační činnosti - k mentorství.
- Zjistit, jak probíhá praxe studentů na ošetrovacích jednotkách v KNTB.
- Zjistit, jestli sestry jsou pro studenty dostatečnou oporou.

Soubor a metodika

Soubor respondentů tvoří všeobecné sestry z Krajské nemocnice Tomáše Bati, a.s. (KNTB) ve Zlíně. Jejich výběr byl záměrný. Bylo třeba, aby sestry zapojené do výzkumu splňovaly minimální požadavky. Kritéria výběru respondentek byla následující:

- všeobecná sestra, která má vzdělání dle platné legislativy v České republice;
- sestra, která vlastní *Osvědčení o výkonu povolání bez odborného dohledu v oboru Všeobecná sestra* (tzv. registrovaná sestra);
- sestra pracující na pracovišti, kde plní odbornou praxi studenti bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra;
- ochota zapojit se do výzkumu a vyplnit dotazník.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 131 sester, jejichž věk, stejně jako doba jejich praxe, se lišil. Výzkumný vzorek tvořily sestry od 23 let až do důchodového věku, jejich délka práce ve zdravotnictví se pohybovala mezi 1 rokem a více než 25 lety. Takto široké zastoupení bylo zvoleno záměrně, našim cílem bylo zapojit všechny věkové kategorie sester, které se na svých pracovištích setkávají s praktikujícími studenty.

Vzhledem k řešené problematice a s ohledem na respondentky byla zvolena metoda dotazníkového šetření, která sestry méně časově zatížila než původně plánovaný rozhovor. Sestry se odvolávaly na nedostatek času, nereagovaly ani na nabídku, že by rozhovory probíhaly o víkendových nebo nočních službách. Dalším důvodem byla obava, aby odpovědi sester byly co nejvíce pravdivé. Při dotazníkové metodě byla zachována jistá anonymita. Byl sestaven originální dotazník, který obsahoval celkem 35 položek, přičemž 31 položek bylo uzavřených, kdy volily respondentky odpověď výběrem z nabídky alternativních odpovědí, 4 položky byly otevřené, zde sestry doplňovaly vlastní odpovědi.

Výzkum probíhal v období říjen 2013 - únor 2014. Dotazníky byly distribuovány na *Interní oddělení, Centrum klinické gerontologie, Plicní oddělení, Oční oddělení, Neurologické oddělení, Onkologické oddělení, Chirurgické oddělení, Dětské oddělení, Ortopedické oddělení, Urologické oddělení, Traumatologické oddělení, Anesteziologicko-resuscitační oddělení a Jednotku intenzivní péče* v KNTB. Tato nemocnice je největším smluvním partnerem pro výkon odborné praxe studentů studijního oboru Všeobecná sestra a naší snahou bylo zařadit sestry ze všech pracovišť kde probíhají praxe studentů. Celkem bylo zhotoveno *180 dotazníků*, které byly následně distribuovány sestram. Úspěšnost sběru byla založena na osobním kontaktu se sestrami, kterým byly dotazníky k vyplnění s prosbou předány, byla vysvětlena metodika jeho vyplnění a dohodnutý termín vyzvednutí. Sběr probíhal do obálky, která byla za tímto účelem umístěna na všech pracovištích, kde výzkum probíhal. Tak byla zajištěna anonymita odpovědí. Bohužel, na některých pracovištích na ně sestry pro velkou pracovní vytíženost zapomínaly, takže sběr probíhal opakovaně, na mnohá pracoviště jsme se vraceli až 3 x. Přesto, že distribuci a sběru dotazníků byla věnována

velká pozornost, vrátilo se zpět pouze 136 dotazníků, z nichž pět muselo být z šetření vyřazeno, a to proto, že nebyly kompletně vyplněny. Nakonec bylo analyzováno 131 dotazníků, což činí 72,77 % z celkového počtu. Tento neúspěch si vysvětlujeme tím, že sestry jsou hodně zaneprázdněné a neměly na vyplnění dotazníku dostatek času. Také nebyla zvolená vhodná doba pro výzkum, sestry na jednotlivých odděleních měly více požadavků na vyplnění dotazníků, a to především od studentů zpracovávajících své bakalářské a magisterské práce.

Výsledky a interpretace

Prvním cílem práce bylo zjistit, zdali se sestry cítí připravené k edukační činnosti - mentorství. Za připravené budeme považovat ty sestry, které volily odpověď *cítím se dobře připravená; cítím se připravená částečně*. Z celkového počtu 131 sester odpovědělo 39 sester (29,77 %), že se cítí dobře připravené, částečně se cítí připraveno 53 sester (40,45 %) a minimálně připraveno 20 sester (15,27 %). Nejisté a samo by potřebovalo pomoc 5 respondentek (3,82 %), 8 sester (6,11 %) se cítí nepřipraveno a 6 respondentek (4,58 %) zvolilo jinou odpověď. *Shrnutí - 92 sester se cítí na roli mentorky připraveno dobře a částečně, což je 70,23 % z celkového počtu respondentek.*

Dále jsme zjišťovali, jak jsou sestry poučeny k práci mentorky/školitelky. Za připravené budeme považovat ty, které zvolily odpověď *absolvovala jsem kurz; potřebné znalosti a dovednosti jsem získala během studia na VŠ; byla jsem poučena akademickými pracovníky (vyučujícími VŠ); byla jsem poučena vrchní/staniční sestrou, jak se studenty pracovat*. Z celkového počtu 131 sester odpovědělo 23 sester (17,56 %), že absolvovaly kurz pro mentorky, 9 (6,87 %) udává, že získaly potřebné znalosti a dovednosti během studia na vysoké škole, 5 (3,81 %) získalo informace od akademických pracovníků konkrétní vysoké školy, 31 (23,66 %) sester bylo poučeno vrchními nebo staničními sestrami. O práci se studenty nikdo nepoučil 18 sester (13,74 %), proto hledají potřebné informace samy, 11 respondentek (8,40 %) se radilo s kolegyněmi, které mají zkušenost s vedením studentů. Z celkového počtu 131 respondentek 15 (11,45 %) nebylo připraveno vůbec a cítí, že jim to schází, naopak 11 sester (8,40 %) udává, že žádnou přípravu nepotřebují. Volby jiné odpovědi využilo 8 respondentek (6,11 %) a odpovídaly, že nemohou posoudit, nejsou mentorky apod. *Shrnutí - celkem 68 sester se cítí připraveno na roli mentorky, to je 51,91 % z celkového počtu respondentek.*

Za důležitý považujeme také ***cíl zjistit, jak probíhá praxe studentů na ošetrovacích jednotkách v KNTB***. Na většině pracovišť probíhá praxe studentům pod vedením pověřené sestry, odpovídá tak 53 respondentek, ale poměrně hodně respondentek (43) udává, že se studentům věnují podle možnosti všechny sestry, které jsou v době praxe studenta na pracovišti. Jen 19 sester uvádí skutečnost, že studenti pracují pod vedením

mentorky. Jen pro KNTB bylo vzděláno *Mentorským kurzem* přes 80 mentorek, v současné době tuto funkci vykonává 44. Proto nás toto sdělení nepříjemně překvapilo. Pokud bývá sestra nebo mentorka pověřena vedením studenta na praxi, 63 respondentek odpovídá, že má během své služby na starosti 1 studenta, což je ideální, 33 sester uvádí, že dohlíží na studenty 2, ale 11 respondentek odpovídá, že dohlíží až na 4 studenty, a to je dost riskantní. Na dotaz, jestli pracují se studentem vždy na své službě, v případě, kdy je student na praxi více dnů, 40 respondentek uvádí, že ne! V dotazníku jsme také zjišťovali, jestli sestry, pokud mají pod dohledem studenty, také zpracovávají jejich hodnocení. Tuto skutečnost potvrdilo celkem 52 respondentek. Ve většině případů hodnotí studenty staniční nebo vrchní sestra. Je to v pořádku v případě, že jim sestry předávají o studentech informace. Takto postupuje 58 sester, naopak 26 informace o studentovi nepředávají nikdy. Je otázkou, jak je takové hodnocení pravdivé. Celkem 82 respondentek uvádí, že pokud píšou hodnocení nebo informují kolegyni, která hodnocení zpracovává, hodnotí vše podrobně podle skutečnosti, pozitiva i negativa. Zbývající respondentky odpovídaly, že píšou jen pozitiva, nebo jen "bez problémů", někdy si ani nevzpomenou, kterého studenta hodnotí. Pro hodnocení studentů na praxi mají sestry k dispozici kritéria, která by se měla hodnotit. Ovšem tím, že mnohdy se studentem pracuje každý den jiná sestra, může se stát, že hodnocení píše ta, která se studentem pracovala v pořadí poslední a hodnotí jen jeden konkrétní den. Za nejčastější aktivity během vedení studenta respondentky uvádějí, že pracují společně se studentem (97 sester), dále zadávají a kontrolují práci, usměrňují při činnostech, zodpovídají na dotazy studenta, předvádějí činnosti, kontrolují záznamy studenta v dokumentaci apod. Sestrám nejvíce komplikuje práci se studentem nedostatek času při předvádění výkonů nebo ošetrovatelských činnostech, které vykonává student. Ze strany studentů je to pak jejich chování, které 64 sester popisuje jako arogantní, studenti se vyhýbají práci, jsou neochotní, nejsou aktivní, nemají o práci zájem apod.

Při naplnění cíle zjistit, jak probíhá praxe studentů na ošetrovacích jednotkách v KNTB jsme se dozvěděli, že studenti sice nejčastěji pracují pod vedením pověřené sestry nebo mentorky, ale 43 respondentek uvádí, že se studentům věnují dle potřeby všechny služby konající sestry. Ve většině případů sestry dohlížejí pouze na jednoho studenta nebo dva studenty, což je optimální. Ne všechny sestry, které dohlíží na studenty píšou také jejich hodnocení, což je způsobeno také tím, že 40 sester uvádí, že nedohlíží na stejného studenta během jeho praxe ani v případě, že jsou ten den na službě. Potěšující je, že 97 sester odpovídá, že pracují během služby společně se studentem. Ovšem nepříjemným zjištěním je pro nás fakt, že nevhodné chování a nezájem studentů znepříjemňuje sestrám práci.

Posledním cílem bylo zjistit, jestli sestry poskytují studentům během praxe oporu. Za pozitivní budeme považovat odpověď *určitě ano; většinou ano*. Takto odpovědělo celkem 79

respondentek (60,31 %). Z tohoto počtu bylo celkem 46 sester (35,11 %) ve věku do 40 let a 33 sester (25,20 %) ve věku nad 40 let.

Shrnutí - studentům poskytuje podporu 46 sester ve věku do 40 let a 33 sester starších 40 let. Respondentky vyjadřují k tomu, jestli se studenty analyzují jejich praxi (činnosti, chování ...). Odpovědi ano, často; ano, ale jen na požádání studenta - považujeme za pozitivní odpověď. Odpověď ano, často zvolilo 41 respondentek (31,30 %), ano, ale jen na požádání studenta tak činí 49 sester (37,40 %), nevzpomíná si 12 sester (9,16 %), 15 respondentek (11,45 %) uvádí ne, na to není čas a 8 sester vypovídá, že ne, že svou povinnost si již splní tím, že na studenta během praxe dohlíží. Jinou odpověď zvolilo 6 sester. Pozitivně tedy odpovědělo celkem 90 sester (68,70 %), z toho bylo 48 sester (36,64 %) mladších než 40 let a zbývajících 42 sester (32,06 %) bylo starších 40 let.

Shrnutí - se studenty analyzuje jejich praxi 48 sester ve věku do 40 let a 42 sester starších 40 let.

Přesto, že problematika odborných praxí je mnohem složitější a vstupuje do ní hodně faktorů, dovoluujeme si navrhnout doporučení, která dělíme na doporučení pro akademické pracovníky a pro sestry.

Doporučení pro praxi

Doporučení pro vzdělávací instituci, pro akademické pracovníky:

- zajistit dostatek klinických pracovišť pro praxe studentů (uzavřít smlouvy o vykonávání praxe mezi vysokou školou/univerzitou a pracovištěm);
- zvolit vhodné pracoviště a projednat organizaci praxe s vrchní a staniční sestrou (počet studentů, rozpis služeb, požádat o přidělení studentů zkušeným sestrám, pod jejichž vedením student plní maximum služeb);
- proškolení pověřené sestry k pedagogické práci, nejlépe uspořádat kurz mentorů, minimálně však seznámit s cílem praxe, výkony, které student má procvičit, způsobem omlouvání při absencích, kritérii hodnocení ...;
- zajistit profesionální vedení studenta zkušenou sestrou, nejlépe mentorkou, je nutné, aby studenta vedla vždy jen jedna sestra;
- být v kontaktu s vrchní sestrou a sestrou/mentorkou, kde student plní praxi, poskytovat osobní konzultace;
- pořádat pravidelná setkání sester/mentorek, akademických pracovníků a studentů (diskuse, workshopy, vzájemný dialog);
- umožnit akademickým pracovníkům (registrovaným sestrám) možnost minimálního úvazku v nemocnici;

- pokud není možné finanční ohodnocení mentorek, hledat jiné způsoby ocenění jejich práce (za zvýhodněný poplatek nebo zdarma nabídnout účast na konferenci, kterou pořádá fakulta, uspořádání programu CŽV dle požadavků sester, apod.);
- před nástupem na praxi věnovat náležitou pozornost proškolení studentů (BOZP, s cílem praxe, s výčtem aktivit, které si během praxe má student splnit, se způsobem vedení dokumentace, kritérii hodnocení, způsobem komunikace apod.);
- připravit pro studenty deník praxe, kde má student veškeré potřebné informace, podmínky ukončení předmětu v semestru, ale především přehledný logbook výkonů a samostatné úkoly;
- motivovat studenty k zodpovědnosti za výsledek praktické výuky - úroveň jeho dovedností (aktivita);
- vést studenty k respektu a úctě k sestrám, k nemocným, ale také ke zdravotnickému povolání;
- studenty motivovat k zájmu o ošetřovatelství a ošetřovatelskou profesi, také k tomu, aby měli profesi sestry rádi, seznamovat je s příběhy sester.

Doporučení pro pracoviště klinické praxe, pro sestry:

- vytvářet optimální podmínky pro praxi;
- pověřovat vedením studentů jen sestry, které mají o tuto práci zájem, mají rády studenty a mají k práci osobnostní i odborné předpoklady;
- oslovovat studenta jménem, respektovat jeho individualitu;
- začlenit studenta do multidisciplinárního týmu na ošetrovací jednotce, ale odborný dohled zajistit vždy jen jednou sestrou;
- upřednostňovat názorné učení, předvádění činností, vybízet studenta k dotazům;
- při nácviku nových aktivit nespěchat a předvádět po jednotlivých krocích;
- zadávat takové úkoly, ke kterým je student kompetentní a na které stačí (aby zažil úspěch);
- umožnit studentovi nácvik ošetrovatelských intervencí tak, jak se je učil ve škole a bez časového stresu (umožnit, aby si připravil všechny potřebné pomůcky);
- motivovat studenta k činnostem, podporovat jeho sebedůvěru a způsobilost k ošetrovatelským intervencím;
- dbát na dodržování standardizovaných postupů (nejen, když vykonává činnost student, ale i když předvádí činnost sestra);
- provádět důslednou kontrolu všech jeho činností;
- poskytovat studentovi zpětnou vazbu, spravedlivě hodnotit jeho výkon (ocenit aktivitu a ochotu, přístup k pacientům);

- vést studenta k hodnocení vlastní práce;
- postupně přesouvat odpovědnost na studenta, tak, aby sám navrhoval řešení situací;
- vést studenta k domýšlení důsledků jeho jednání a zvažování rizik;
- učit studenta zdůvodňovat jeho pracovní postupy a rozhodnutí;
- poskytovat studentovi podporu a pomoc v náročných situacích;
- podporovat využití mezipředmětových vztahů a pozitivního transferu;
- seznamovat s kazuistikami, případovými studii, propojovat teorii s praxí;
- usměrňovat chování studenta ve vztahu k nemocným, ale i ostatním členům týmu;
- diskutovat se studentem o problémových situacích, sdělovat zkušenosti, nabízet možnosti řešení;
- netolerovat pozdní příchody, předčasné odchody nebo absenci na pracovišti;
- netolerovat nevhodné chování k nemocným nebo ostatním zdravotníkům;
- nepovolit vykonávání odborné praxe studentům (pokud jejich stav ohrožuje bezpečnost pacientů...), v tomto případě informovat akademického pracovníka a vedoucího pracoviště;
- zajistit souhlas nemocných s přítomností studenta a účastí na ošetrovatelské péči (akceptovat zamítavý postoj);
- podporovat u studenta zodpovědnost za jeho rozhodnutí a za jeho jednání.

Závěr

Není pochyb o tom, že odborná praxe studentů musí být řízená. Praktickou výuku by měly vést sestry, které jsou nejen výbornými profesionálkami, ale především lidmi se srdcem na správném místě. Potřebná je také jejich pedagogická připravenost. V odborných kruzích se mluví dokonce o tom, že na studenty bakalářských studijních programů by měla v praxi dohlížet sestra s magisterským stupněm studia (Mgr.) nebo bakalářka (Bc.) s mentorským kurzem. I když to neradi připouštíme, realita je jiná. Dle výsledků výzkumu a také z důvodu naléhavé potřeby věnovat problematice praxí náležitou pozornost, jsme navrhli doporučení, které lze využít při organizaci studentských praxí. Zároveň si však dobře uvědomujeme, že výsledky nelze globalizovat a k jednotlivým opatřením je nutné přistupovat individuálně. Bez ochoty cokoli na organizaci praxí změnit se však minou veškerá doporučení účinkem. Je třeba pokračovat v tom, co je dobré a napravovat to, co nefunguje. Dobrou praxí můžeme pomoci studentům zorientovat se v roli budoucího zdravotníka a vést je k zodpovědnosti. Je třeba umožnit studentům *zhodnocení a posouzení vlastní práce* a přispívat tak ke zdravému sebevědomí, které je jednak projevem profesionality, ale i citlivým barometrem spokojenosti s volbou povolání.

MENTORING STUDENTŮ V KRAJSKÉ NEMOCNICI T. BATI VE ZLÍNĚ

Anna Krátká¹ Zlataše Mihalová²

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd ²Krajská nemocnice T. Bati, a.s. ve Zlíně



Úvod

Profese sestry je z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu velmi náročná a obecně jsou na ni kladeny vysoké požadavky. Akademičtí pracovníci ručí za realizaci takového vzdělávacího programu, který uschopní absolventa k výkonu zdravotnického povolání, sestra/mentorka předá své zkušenosti a připraví studenta po praktické stránce. Vedení studentů na praxi – mentoring, je jednou z klíčových kompetencí sestry. Mentoring je metoda k profesnímu rozvoji jedince, a to na základě příkladu a zkušenosti odborníka z praxe. V mentoringu jde především o navázání důvěryhodného vztahu mezi studentem (mentee) a sestrou (mentorkou).

Předpokládáme, že pokud se bude věnovat při vzdělávání studentů ošetřovatelsví dostatečná pozornost praktické výuce, odrazí se to na kvalitě ošetřovatelské péče.

Předkládáme výsledky výzkumu, jehož cílem bylo zjistit:

- jestli se sestry v Krajské nemocnici T. Bati, a.s. ve Zlíně (KNTB) cítí připraveny k edukační činnosti – mentorství;
- jak probíhá praxe studentů;
- jestli poskytují sestry studentům oporu během praxe.

Soubor

Výzkumný vzorek tvořilo **131 sester** z KNTB, které se podílejí na vedení studentů při praxi. Respondentky byly ve věku od 23 let až do důchodového věku, jejich délka práce ve zdravotnictví se pohybovala mezi 1 rokem a více než 25 lety.

Metoda

Byla zvolena **metoda dotazníkového šetření**.



Výsledky

Cítí se sestry z KNTB připraveny k edukační činnosti - mentorství?

Z celkového počtu 131 sester odpovědělo 39 sester (29,77 %), že se cítí dobře připraveny, částečně se cítí připravených 53 sester (40,45 %) a minimálně připravených 20 sester (15,27 %). Celkem 5 respondentek (3,82 %) vypovídá, že se cítí nejisté a samy by potřebovaly pomoc, 8 sester (6,11 %) se cítí na práci mentorky nepřipraveno a 6 respondentek (4,58 %) zvolilo jinou odpověď.

Shrnutí - 92 sester se cítí na roli mentorky připraveno dobře a částečně, což je 70,23 % z celkového počtu respondentek.

Dále jsme zjišťovali, jak jsou sestry poučeny k práci mentorky/školicelky. Z celkového počtu 131 sester odpovědělo 23 sester (17,56 %), že absolvovaly kurz pro mentorky, 9 (6,87 %) udává, že získaly potřebné znalosti a dovednosti během studia na vysoké škole, 5 respondentek (3,81 %) získalo informace od akademických pracovníků konkrétní vysoké školy, 31 sester (23,66 %) bylo poučeno vrchními nebo staničními sestrami. O práci se studenty nikdy nepoučil 18 sester (13,74 %), proto hledají potřebné informace samy, 11 respondentek (8,40 %) se radilo s kolegyněmi, které mají zkušenost s vedením studentů. Z celkového počtu 131 respondentek 15 (11,45 %) nebylo připraveno vůbec a cítí, že jim to schází, naopak 11 sester (8,40 %) udává, že žádnou přípravu nepotřebují. Volby jiné odpovědi využilo 8 respondentek (6,11 %) a odpovídaly, že nemohou posoudit apod. **Shrnutí - celkem 68 sester se cítí připraveno na roli mentorky, to je 51,91 % z celkového počtu respondentek.**

Jak probíhá praxe studentů na ošetřovacích jednotkách v KNTB?

Studenti sice nejčastěji pracují pod vedením pověřené sestry nebo mentorky, ale 43 respondentek uvádí, že se studentům věnují dle potřeby všechny služby konající sestry. Ve většině případů sestry dohlížejí pouze na jednoho studenta nebo dva studenty, což je optimální. Ne všechny sestry, které dohlíží na studenty píšou také jejich hodnocení. Celkem 97 sester odpovídá, že pracují během služby společně se studentem. Ovšem nepříjemným zjištěním je fakt, že nevhodné chování a nezáměr studentů znepříjemňuje sestrám práci.

Poskytují sestry studentům oporu během praxe?

Shrnutí - studentům poskytuje podporu 46 sester ve věku do 40 let a 33 sester starších 40 let. Studenty povzbuzují, analyzují jejich práci, radí jim apod.

Závěr

Není pochyb o tom, že odborná praxe studentů musí být řízená. Praktickou výuku by měly vést sestry, které jsou nejen výbornými profesionálkami, ale především lidmi se srdcem na správném místě. Potřebná je také jejich pedagogická připravenost. Dobrou praxi můžeme pomoci studentům zorientovat se v roli budoucího zdravotníka a vést je k zodpovědnosti. Je třeba umožnit studentům zhodnocení a posouzení vlastní práce a přispívat tak ke zdravému sebevědomí, které je jednak projevem profesionality, ale i citlivým barometrem spokojenosti s volbou povolání.

„Verba movent, exempla trahunt“

Kontakt na první autorku:

Mgr. Anna Krátká, Ph.D., Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Mostní 5139, 760 00 Zlín
e-mail: kratka@fhs.utb.cz

Obrázek 1 Poster

Seznam bibliografických odkazů

1. BELZ, H. - SIEGRIST, M. 2001. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. Praha : Portál, 2001. 375 s. ISBN 80-7178-479-6.
2. KRÁTKÁ, A. 2010. *Metakognitivní strategie jako prostředek rozvíjející odpovědnost studentů ošetrovatelství v průběhu klinické praxe*. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra pedagogiky, 2010. 209 s. Disertační práce.
3. KRÁTKÁ, A. - NEDBÁLKOVÁ, M. 2011. Practical Training of General Nursing Students or Practical Training is where it all begins. In BINKOWSKA-BURY, M., BAVORSKA, M. (Eds) *Worldviews on European Nursing*. Rzeszów : The Printers Resprint, 2011. 582 p. ISBN 978-836942-99-4, s. 225-232.
4. MORTON-COOPER, A. - PALMER, A. 2000. *Mentoring, Preceptorship and Clinical Supervision*. 2nd Revised Edition. Oxford : Blackwell Science, 2000. 240 s. ISBN 0632049677.
5. ŠOLTÉZ, L. 2009. Edukácia v ošetrovatelstve ako spojenie teórie s praxou. In *Cesta k modernímu ošetrovatelství IV. : sborník příspěvků IV. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. ARCHALAULOVÁ, Alexandra (ed.). [CD-ROM] Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2009. 188 s. ISBN 978-80-7248-521-5, s.149-150.
6. ŠULISTOVÁ, R. - TREŠLOVÁ, M. 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2012. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.

Kontaktní adresa první autorky

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Nám. T. G. Masaryka 5555

760 01 Zlín

Tel.: +420 725 508 554

e-mail: kratka@fhs.utb.cz

OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNÓZA V KLINICKEJ PRAXI (POSTER)

Mária Novyzedláková, Zuzana Hudáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Príspevok je zameraný na stanovenie ošetrovateľskej diagnózy podľa klasifikačného systému NANDA Taxonómia II doména výživa – zmena vo výžive menej ako je potreba organizmu. Posúdenie pacienta je jednou z nosných častí práce sestry. Hodnotiace nástroje a funkčné testy pomáhajú sestram objektivizovať získané údaje a využívajú sa s cieľom validizovať ošetrovateľské diagnózy. Odporúčané nástroje na hodnotenie stavu výživy v zdravotníckych zariadeniach ako uvádzajú autori sú Mini Nutritional Assessment (MNA), škálu pre hodnotenie stavu výživy - krátka forma (MNA - short form), subjektívne globálne hodnotenie Subjective Global Assessment (SGA), nutričné rizikový screening - Nutritional Risk screening (NRS) a malnutričných univerzálny skriningový nástroj (MUST) a skriningový nástroj Nottingham Hospital Screening Tool (NS).

Kľúčové slová: Ošetrovateľská diagnóza. Hodnotiaci nástroj. Výživa.

Abstract

The contribution is aimed at establishing nursing diagnoses according to the classification system NANDA Taxonomy II domain diet - change in nutritionless than body is necessary. The assessment of the patient is one of the main parts of nursing. The assessment tools and functional tests assist nurses to objectify the data collected and utilized, in order to validate nursing diagnoses. Recommended tools for the evaluation of nutritional status in health institutions as reported by the authors are Mini Nutritional Assessment (MNA) scale for the assessment of nutritional status - short form (MNA - short form), subjective global assessment Subjective Global Assessment (SGA), Nutritional risk screening - Nutritional Risk screening (NRS) and malnutrition universal screening tool (MUST) and a screening tool Nottingham Hospital screening tool (NS).

Key words: Nursing diagnoses. The Screening tool. Nutrition.

Úvod

Postavenie sestry sa v ostatných rokoch výrazne mení. Rozširujú sa predovšetkým kompetencie, ktoré sestra v práci samostatne uplatňuje.

Podľa súčasných legislatívnych stanovení je sestra povinná poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti. Jeho cieľom je určovať skutočné alebo predpokladané problémy osoby v súvislosti so starostlivosťou o zdravie, napláňovať uspokojenie zistených potrieb, vykonať, dokumentovať a vyhodnotiť špecifické ošetrovateľské zásahy na ich uspokojenie. Súčasťou ošetrovateľského procesu je určenie ošetrovateľskej diagnózy“. V ošetrovateľskom procese, ako systematickej, racionálnej metóde plánovania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti (Tomagová, Bóriková et al., 2010, s. 2) je posúdenie jednou z nosných častí. Preto by malo byť prirodzenou súčasťou práce sestry údaje pravidelne vyhodnocovať. Správnosť a celistvosť získaných údajov sa neskôr odráža aj v ďalších fázach procesu a to hlavne v diagnostike a plánovaní. Posudzovanie sa nezakladá len na klasických metódach, ako je rozhovor alebo fyzikálne vyšetrenie, ale aj na využití hodnotiacich nástrojov (Vörösová et al., 2011, s. 54). Práve tieto môžu v neskorších fázach procesu zjednodušiť jej prácu a zamerať sa tak len na oblasti, ktoré predstavujú riziko alebo v ktorých sa už vyskytuje deficit. Hodnotiaci nástroj je kľúčovou súčasťou posudzovacej fázy. Sestra má podľa *Vyhlášky ministerstva zdravotníctva SR 364/2005 „identifikovať potreby ošetrovateľskej starostlivosti osoby, rodiny alebo komunity a zabezpečuje, alebo vykonáva uspokojovanie potrieb súvisiacich so zdravím, chorobou alebo umieraním.“* (Z. z. 364/2005). Len sporadicky sa stretávame na našich oddeleniach s týmito hodnotiacimi nástrojmi. Hodnotiace nástroje a funkčné testy pomáhajú sestram objektivizovať získané údaje a využívajú sa s cieľom validizovať ošetrovateľské diagnózy (Vörösová et al., 2011, s. 55).

Cieľ

Cieľom príspevku je charakterizovať hodnotiace nástroje na posúdenie výživy a stanovenie ošetrovateľskej diagnózy **Nedostatočná výživa – menší príjem ako telesná potreba, ktorá podľa NANDA Taxonómia II** je zaradená do Domény 2 Triedy 1 : Prijímanie potravy. Taxonómia NANDA Taxonómia II vychádza z Gordonovej vzorcov zdravia obsahuje trinásť diagnostických domén, ktoré predstavujú špecifické oblasti správania a prejavov človeka.

Metóda a metodika

Identifikácia pacientov chorých v riziku vzniku malnutrície, ale tiež aj už podvyživených, je bez použitia špecifických testov veľmi nedokonalá a obyčajné odhadovanie nutričného stavu na základe vizuálneho vnemu je nedostatočné. Skríningové

nástroje sú určené na detekciu podvýživy a alebo k predpovedi, či je pravdepodobný rozvoj alebo zhoršenie podvýživy. Medzi všeobecne známe a odporúčané nástroje na hodnotenie stavu výživy v zdravotníckych zariadeniach možno zaradiť: škálu pre hodnotenie stavu výživy - Mini Nutritional Assessment (MNA), škálu pre hodnotenie stavu výživy - krátka forma (MNA - short form), subjektívne globálne hodnotenie Subjective Global Assessment (SGA), nutričné rizikový screening - Nutritional Risk screening (NRS) a malnutričných univerzálny skrínigový nástroj (MUST) a skrínigový nástroj Nottingham Hospital Screening Tool (NS) (Kozáková a kol., 2011).

Hlavný text

Malnutrícia je podľa Hartfordského inštitútútu pre geriatrické ošetrovateľstvo definovaná ako: „každá porucha nutričného stavu, vrátane poruchy vyplývajúce z nedostatku živín príjmu, poruchou metabolizmu živín.“ Pidrman (2007, s. 137) vo svojej publikácii uvádza, že medzi základné príčiny malnutrície vo vyššom veku treba zaradiť najmä nechutenstvo, polypragmáziu, telesné ochorenia, psychické poruchy, ale taktiež aj ekonomické a environmentálne dôvody

MNA-SF - Mini Nutritional Assessment (short form)

Pre seniorskú populáciu bola vyvinutá a overená skrátaná verzia MNA-SF, ktorá zahŕňa iba šesť položiek pôvodného MNA. MNA-SF obsahuje položky, ktorými je hodnotená u pacienta strata chuti do jedla v posledných 3 mesiacoch, zažívacie ťažkosti alebo poruchy prijímania potravy, úbytok hmotnosti za posledné 3 mesiace, pohyblivosť / mobilita, prekonané akútne ochorenie, úraz alebo psychickú traumou, psychický stav a BMI. Každá položka - otázka je ohodnotená, celkové skóre sa pohybuje od 0-14 bodov. Hodnota nad 12 bodov predstavuje normálne nutričné skóre zdravé osoby. Skóre v rozmedzí 11 bodov a menej majú osoby s rizikom poruchy výživy a je nutné vykonať ďalšie vyšetrenie k zhodnotenie stavu výživy. Senzitivita testu MNA-SF dosahuje 97,9 %, špecificita 100 % a diagnostická presnosť 98,7 % (Rubinstein et al., 2008).

SGA - Subjective Global Assessment

Často používaným nástrojom na hodnotenie nutričného stavu pacientov je subjektívne globálne hodnotenie nutričného stavu. SGA dobre detekuje prebiehajúce nutričné deficit u pacienta, ale zle detekuje až začínajúce malnutríciu. Ďalšou súčasťou dotazníka SGA, okrem už spomínanej anamnézy, je fyzikálne vyšetrenie, kedy každá vlastnosť je špecifikovaná ako normálne (0), mierna (1 +), stredná (2 +) a závažné (3 +).

Kategórie nutričného stavu podľa testu SGA :

A. *Klinicky nevýznamná podvýživa* - chorý schudol menej než 10 % svojej pôvodnej hmotnosti, po schudnutí stabilizácie hmotnosti alebo hmotnostný vzostup (u pacientov nad 65 rokov au onkologicky chorých <5% poklesu hmotnosti), dostatočný alebo takmer dostatočný príjem potravy (75-100% doporučeného diétného bez väčších somatických známk podvýživy, nie sú funkčné známky podvýživy, nie je nutná nutričné podpora, chorý nie je ohrozený komplikáciami spojenými s podvýživou (Musil, 2002).

B. *Stredne závažná podvýživa* - pokles hmotnosti > 10 % za posledné štyri týždne, ale chudnutie nepokračuje (u pacientov nad 65 rokov au onkologicky chorých pokles telesnej hmotnosti <5%), malý príjem živín (25-50% odporúčaného diétného denného príjmu), fyzikálne známky podvýživy (úbytok podkožného tuku, úbytok kostrového svalstva), bez funkčných prejavov podvýživy.

C. *Ťažká podvýživa* - pokles hmotnosti > 10 % za posledné štyri týždne, úbytok hmotnosti pokračuje (u pacientov nad 65 rokov au onkologicky chorých pokles hmotnosti <5%), malý alebo žiadny príjem živín (0-25% odporúčaného diétného príjmu), fyzikálne známky podvýživy (úbytok podkožného tuku, kostrového svalstva a opuchy), funkčné alterácie (chorý pripútaný na lôžko, neschopný odkašľať, oslabený stisk ruky, rozpadnuté operačnej rany, porucha granulácie poranenia, dekubity a ďalšie) (Musil, 2002).

Nástroj na celkové subjektívne zhodnotenie nutričného stavu (SGA) bol overovaný v klinickej praxi u rôznych skupín chorých. Rad autorov (Anthony,2008, Elaine, 2007) uvádzajú dobrú koreláciu medzi SGA a objektívnymi meradlami nutričného stavu ako sú antropometrické parametre telesného zloženia alebo hladiny sérových bielkovín

NRS 2002 - Nutritional Risk Screening

(The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) týkajúce sa nutričného zhodnotenie v nemocnici, v komunite au seniorov v inštitucionálnej starostlivosti. Tento nástroj bol nazvaný NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002). Použitelnosť a užitočnosť NRS je založená predovšetkým na možnostiach predvídateľnosti hroziace malnutricia, spoľahlivosti a na možnostiach širokého použitia v praxi (Sobotka,2004).

Dotazník NRS 2002 je zložený z dvoch častí, a to z tzv primárneho (iniciálneho) skríningu a zo stanovenia rizika vyplývajúceho zo základnej choroby a jej liečby. Definitívne nutričné rizikový screening vzniká tým, že sa k výsledku primárneho skríningu (prevedeného pomocou konverznej tabuľky do bodovej škály 0-3) pridáva hodnotenie vplyvu základnej choroby a plánovanej liečby na nutričný stav (pripočítame ďalšie 0-3 body podľa definovaných kritérií). Celkové skóre NRS potom nadobúda hodnoty na škále 0-6 bodov (Sobotka, 2004).

MUST - malnutrition Universal Screening Tool

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) je skriningový nástroj vyvinutý Britskou spoločnosťou parenterálnej a enterálnej výživy k identifikáciu dospelých, ktorí trpia podvýživou, a tých, ktorí sú v riziku podvýživy. Tento nástroj má široké využitie v klinickej praxi - od nemocníc až po komunitnej starostlivosti. Dotazník MUST sa skladá z troch klinických parametrov, ktoré sú hodnotené bodmi v rozsahu 0,1 až 2.

Prvým parametrom je BMI, ktoré se hodnotí nasledovne:

- BMI >20 kg/m² = 0 bodov
- BMI 18,5–20 kg/m² = 1 bodov
- BMI <18,5 kg/m² = 2 bodov.

Ďalším parametrom je strata hmotnosti za posledných 3-6 mesiacov. Ak je strata menej ako 5 %, nie je pripočítaný žiadny bod. Ak je strata hmotnosti v rozsahu 5-10 %, pripočíta sa 1 bod, ak je vyšší ako 10 %, dopĺňajú sa 2 body.

Poslednou premennou je účinok vplyvu akútneho ochorenia. Ak nedošlo alebo pravdepodobne nedôjde k žiadnemu príjmu potravy po dobu viac ako 5 dní, celkové skóre sa navýši o 2 body. Ak dosiahne pacient 0 bodov, jedná sa o nízke riziko podvýživy.

V nemocniciach je doporučené opakovať tento skrining každý týždeň, v domácej starostlivosti každý mesiac a v komunite každý rok. Ak pacient dosiahne 1 bodu, jedná sa o stredný riziko podvýživy. V nemocnici je odporúčané dokumentovať diétne príjem a príjem tekutín po dobu 3 dní (MAG,2003).

Skriningový systém Nottingham

Nottingham Hospital Screening Tool (NS) je nástroj slúžiaci k detekcii malnutricie. Skriningový systém Nottingham zahŕňa 4 oblasti: BMI, nechcený úbytok hmotnosti v posledných troch mesiacoch, znížený príjem potravy v poslednom mesiaci pred hospitalizáciou, stresový faktor / závažnosť základných ochorení (Kalvach et al., 2008, s. 78).

Body sa pripisujú tak, že k najmenej závažnej z možností je pripísaná 0. Napr. ak BMI >20 = 0 bodov, 18 - 20 = 1 bod, < 18 = 2 body.

Celkové hodnotenie: 0 - 2 body (stav výživy je dobrý, bez ďalšej intervencie)

3 - 4 body (je nutné monitorovať stav výživy, kontrola s odstupom týždňa)

5 a viac bodov (vysoké riziko podvýživy, indikované ciele vyšetrenie nutričného stavu a intervencie) (Kalvach et al., 2008, s. 75). Hodnotiaci nástroj obsahuje všetky relevantné body, môžeme ho považovať za prínosný, jednoduchý a rýchly pre hodnotenie nutričného rizika. Je orientovaný viac na nemocničné prostredie. Zahrňuje aj posúdenie BMI (Kalvach et al., 2008, s. 77).

Diskusia

V zahraničných štúdiách autori uvádzajú výskyt malnutrície u hospitalizovaných. V austrálskych nemocniciach je malnutricia identifikovaná v 35,63 %, podobne je to aj vo Veľkej Británii a Nemecku, kde sa výskyt pohybuje v hodnotách 19 – 60 % (Jefferies et al., 2011, s. 318). Štúdie zaoberajúce sa malnutriciou seniorov odhalili viacero dopadov a to či už na pacienta samotného alebo na zdravotný systém. Sú to komplikácie základného ochorenia, zlé hojenie rán, vznik dekubitov, imunitné poruchy, sepsa, demineralizácia a následné zlomeniny kostí. Ďalším z následkov malnutrície je predĺženie pobytu seniora v zdravotníckom zariadení a v neposlednom rade aj predraženie liečby. Pacienti trpia malnutriciou už pri príjme do zdravotníckeho zariadenia, ale taktiež sa často malnutricia rozvinie počas hospitalizácie (Jefferies et al., 2011, s. 319). Sestry by v mali mať vytvorený systém, ktorý by im umožňoval dokonalý prehľad o pacientovi a rizikách ktoré ho počas hospitalizácie ohrozujú. Tie by mali byť v dokumentácií označené tak, aby boli neprehliadnuteľné. Každému riziku možno prideliť nejaký farebný kód, ktorý by bol štandardný v celom zdravotníckom zariadení. Ten je možné potom umiestiť vo forme samolepiek v dokumentácií, ale aj v sesterskej miestnosti a pri posteli pacienta. Pri takomto značení je možné len ťažko prehliadnuť, že pacient potrebuje špeciálnu pozornosť vo vzťahu k určitému riziku (Škrľa, Škrlová, 2008, s. 62).

Záver

Validizácia údajov s pacientom pomáha sestre vyhnúť sa tomu, aby urobila chybné závery pri identifikácii problémov pacienta a stanovení ošetrovateľskej diagnózy. Údaje na podporu ošetrovateľskej diagnózy musia byť zdokumentované, aby reprezentovali zdravotný stav, v našom prípade stav výživy. Dôkladným posúdením potrieb pacienta sa sestra môže vyhnúť alebo minimalizovať potenciálne škodlivé nepresnosti v interpretácii údajov. Výsledkom ošetrovateľskej starostlivosti je hodnotenie vzťahov medzi ošetrovateľskými diagnózami, intervenciami a výstupmi.

V súčasnom období zaznamenávame však aj kritickú reflexiu vo vzťahu k terminologickej nejasnosti, významovej nejednoznačnosti diagnóz z hľadiska významu, problematická sa ukazuje aj objektivizácia jednotlivých znakov a pod. Naznačené problémy obmedzujú využiteľnosť ošetrovateľských diagnóz tak vo vzdelávaní, ako i vo výskume a praxi (Kadučáková a kol., 2008, s.357).

OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNÓZA V KLINICKEJ PRAXI

Mária Novyzedláková, Zuzana Hudáková

Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita v Ružomberku

Úvod

V ošetrovateľskom procese, ako systematickej, racionálnej metóde plánovania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti (Tomagová, Bóriková et al., 2010, s. 2). Správnosť a celistvosť získaných údajov sa neskôr odráža aj v ďalších fázach procesu a to hlavne v diagnostike a plánovaní. Posudzovanie sa nezákladá len na klasických metódach, ako je rozhovor alebo fyzikálne vyšetrenie, ale aj na využití hodnotiacich nástrojov (Vörösová et al., 2011, s. 54). Hodnotiace nástroje a funkčné testy pomáhajú sestram objektívizovať získané údaje a využívajú sa s cieľom validizovať ošetrovateľské diagnózy (Vörösová et al., 2011, s. 55).

Cieľ

Charakterizovať hodnotiace nástroje na posúdenie výživy a stanovenie ošetrovateľskej diagnózy **Nedostatočná výživa – menší príjem ako telesná potreba, ktorá podľa NANDA Taxonómia II je zaradená do Domény 2 Triedy 1: Prijímanie potravy.**

Metóda a metodika

Skriningové nástroje sú určené na detekciu podvýživy alebo k predpovedi, či je pravdepodobný rozvoj alebo zhoršenie podvýživy. Medzi všeobecne známe a odporúčané nástroje na hodnotenie stavu výživy v zdravotníckych zariadeniach možno zaradiť: škálu pre hodnotenie stavu výživy - Mini Nutritional Assessment (MNA), škálu pre hodnotenie stavu výživy

- krátka forma (MNA - short form), subjektívne globálne hodnotenie Subjective Global Assessment (SGA), nutričné rizikový screening - Nutritional Risk screening (NRS) a malnutričných univerzálny skriningový nástroj (MUST) a skriningový nástroj Nottingham Hospital Screening Tool (NS) (Kozáková a kol., 2011).

MNA-SF - Mini Nutritional Assessment (short form)

Pre seniorskú populáciu bola vyvinutá a overená skrátená verzia MNA-SF, ktorá zahŕňa iba šesť položiek pôvodného MNA. Obsahuje položky, ktorými je hodnotená strata chuti do jedla v posledných 3 mesiacoch, zažívacie ťažkosti alebo poruchy prijímania potravy, úbytok hmotnosti za posledné 3 mesiace, pohyblivosť / mobilita, prekonané akútne ochorenie, úraz alebo psychickú traumou, psychický stav a BMI. Senzitivita testu MNA-SF dosahuje 97,9%, špecificita 100% a diagnostická presnosť 98,7% (Rubinstein et al., 2008).

SGA - Subjective Global Assessment

Nástroj na celkové subjektívne zhodnotenie nutričného stavu (SGA) bol overovaný v klinickej praxi u rôznych skupín chorých. Rad autorov (Anthony, 2008, Elaine, 2007) uvádzajú dobrú koreláciu medzi SGA a objektívnymi meradlami nutričného stavu ako sú antropometrické parametre telesného zloženia alebo hladiny sérových bielkovín.

NRS 2002 - Nutritional Risk Screening

Tento nástroj je vhodný na nutričné zhodnotenie v nemocnici, v komunite a u seniorov v inštitucionálnej starostlivosti. Dotazník NRS 2002 je zložený z dvoch častí a to z tzv primárneho (iniciálneho) skriningu a zo stanovenia rizika vyplývajúceho zo základnej choroby a jej liečby. Použitelnosť a užitočnosť NRS je predovšetkým na možnostiach predvídateľnosti hrozacej malnutrie, spoľahlivosti a širokého použitia v praxi (Sobotka, 2004).

MUST - malnutrition Universal Screening Tool

je skriningový nástroj vyvinutý Britskou spoločnosťou parenterálnej a enterálnej výživy k identifikáciu dospelých, ktorí trpia podvýživou, a tých, ktorí sú v riziku podvýživy. Tento nástroj má široké využitie v klinickej praxi - od nemocnic až po komunitnej starostlivosti (MAG, 2003).

Päť krokov nástroja MUST:

Kroky 1 a 2 - Zmerať ukazovatele nutričného stavu (výška, hmotnosť, BMI, neďávne neplánované zníženie telesnej hmotnosti).
Krok 3 – Zvážiť možný vplyv akútneho ochorenia.
Krok 4 - Určiť celkové rizikové skóre alebo kategóriu podvýživy.
Krok 5 - Použiť odporúčania pre manažment / zostaviť vhodný plán starostlivosti.

Skriningový systém Nottingham

Nottingham Hospital Screening Tool (NS)

Je nástroj slúžiaci k detekcii malnutrie. Skriningový systém Nottingham zahŕňa 4 oblasti: BMI, nechcený úbytok hmotnosti v posledných troch mesiacoch, znížený príjem potravy v poslednom mesiaci pred hospitalizáciou, stresový faktor / závažnosť základných ochorení (Kalvach et al., 2008, s. 78). Hodnotiaci nástroj obsahuje všetky relevantné body, môžeme ho považovať za prínosný, jednoduchý a rýchly pre hodnotenie nutričného rizika. Je orientovaný viac na nemocničné prostredie.

Diskusia

Pacienti trpia malnutriou už pri prijíme do zdravotníckeho zariadenia, alebo sa malnutria rozvinie počas hospitalizácie (Jefferies et al., 2011, s. 319). Štúdie zaoberajúce sa malnutriou odhalili viacero následkov malnutrie na zdravotný stav pacienta. Sestry by v mali mať vytvorený systém, ktorý by im umožňoval dokonalý prehľad o pacientovi a rizikách, ktoré ho počas hospitalizácie ohrozujú. Tie by mali byť v dokumentácii označené tak, aby boli neprehliadnuteľné. (Škrľa, Škrlová, 2008, s. 62).

Záver

Validizácia údajov pomáha sestře vyhnúť sa tomu, aby urobila chybné závery pri identifikácii problémov pacienta a stanovení ošetrovateľskej diagnózy. Údaje na podporu ošetrovateľskej diagnózy musia byť zdokumentované, aby reprezentovali zdravotný stav, v našom prípade stav výživy.

Literatúra u autorov

Nottinghamský skriningový dotazník pre hodnotenie rizika malnutrie

Položka	Bodové skóre
1. BMI (body mass index) • BMI < 18 • BMI 18 – 20 • BMI > 20 Hmotnosť (kg)..... telesná výška (m):..... BMI = hmotnosť / (telesná výška) v kg/m ²	2 1 0
2. Nechcený úbytok hmotností v posledných troch mesiacoch • Viac ako 3 kg • Do 3 kg • Žiadny, hmotnosť stála	2 1 0
3. Zníženie príjmu potravy v poslednom mesiaci pred hospitalizáciou • Áno • Nie	2 0
4. Stresový faktor/ závažnosť základného ochorenia Závažný (polytrauma, rozsiahle popáleniny, poranenia, rozsiahle dekubity, ťažká sepsa, malignita, pankreatitída, veľký chirurgický výkon, pooperačné komplikácie) Mierne až stredne závažný (nekomplikovaný chirurgický výkon, ľahká infekcia, chronické choroby, preležaniny, cirhóza, renálne zlyhanie, diabetes mellitus, nešpecifické črevné zápaly) Žiadny	2 1 0
Celkové skóre:	
Hodnotenie: 0–2 body.....stav výživy veľmi dobrý/ dobrý bez ďalšej intervencie 3–4 body.....nutné monitorovanie stavu výživy kontrola s odstupom týždňa 5 a viac bodov.....vysoké riziko podvýživy, indikované cieľné vyšetrenie nutričného stavu a intervencie	

Kontakt: PhDr. Mária Novyzedláková, PhD., Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Obrázok 1 Poster

Zoznam bibliografických odkazov

1. ANTHONY, PS. 2008. Nutrition screening tools for hospitalized patients. *Nutr Clin Pract.* 2008. Online ISSN: 1941-2452. Aug-Sep;23(4):373-82.
2. ELAINE, J. A. 2007. Assessing Nutrition in Older Adults. In *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* [online]. 2007, no. 7 [cit.2012-01-1]. Dostupné na internete: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_9.pdf.
3. RUBENSTEIN, L.Z. et al. 2001. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Online ISSN 1758-535X. Jun;56(6):M366-72.
4. JEFFERIES, D. – JOHNSON, M. – RAVENS, J. 2011. Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care. In *Journal of Clinical Nursing.* ISSN 09621067, 2011, vol. 20, no. 3-4, p. 317-330.
5. KADUČÁKOVÁ, H. - HOLMANOVÁ, E. - ŽIAKOVÁ, K. - ČÁP, J. Validizácia ošetrovateľských Diagnóz. In *Nové poznatky v oblasti medicínskych vied, ošetrovateľstva a vojenského zdravotníctva.* Ružomberok: FZ KU v Ružomberku, 2008, s. 356-359, ISBN 978-80-8084-306-9.
6. KALVACH, Z. - ZADÁK, Z. - JIRÁK, R. - ZAVÁZALOVÁ, H. - HOLMEROVÁ, I. - WEBER, P. et al. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
7. KOZÁKOVÁ, R. – JAROŠOVÁ, D. – ZELENÍKOVÁ, R. – BOCKOVÁ, S. 2011. Nástroje k hodnocení nutričního stavu hospitalizovaných pacientů. In *Hygiena.* ISSN 1802-6281, 2011, roč. 56, č. 1, p.18- 20.
8. MAG - Malnutrition Advisory Group 2003. A Standing Committee of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). The MUST explanatory booklet: a guide to the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for adults. Redditch: BAPEN; 2003.
9. MUSIL D. *Klinická výživa a intenzivní metabolická péče.* Olomouc: Univerzita Palackého; 2002. 109 s. ISBN 80-244-0566-0.
10. PIDRMAN, V. 2007. *Demence.* Praha: Grada, 2006. 192 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
11. SOBOTKA L, et al. *Basics in clinical nutrition.* 3rd ed. Praha: Galén; 2004. 500 s. ISBN 807-26-229-27.
12. ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zariadeniach.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN978-80-247-2616-8.
13. TOMAGOVÁ, M. - BÓRIKOVÁ, I. et al. 2010. *Ošetrovateľský proces (teória a prax).* [elektronický dokument]. Martin: JLF UK, 2010. 75 s. ISBN 978-80-88866-87-9.

14. VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2011. Ošetrovateľský proces v internom ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2011. 240 s. ISBN 978-80-8063-358-5.
15. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.
16. Zákon č. 576/2005 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Mária Novyzedláková, PhD.

Fakulta zdravotníctva

Katolícka univerzita v Ružomberku

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: maria.novyzedlakova@ku.sk

Názov : Zborník z 5. medzinárodnej konferencie
Nové trendy vo vzdelávaní a praxi zdravotníckych pracovníkov

Recenzenti : dr n. Med. Wioletta Ławska
PhDr. Mária Lehotská, PhD.
PhDr. Michaela Vicaňová, PhD.
PhDr. Marcela Ižová, PhD.
doc. PhDr. Mgr. Helena Kadučáková, PhD.

Redakcia: doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.
PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.

Vydalo : VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku
Počet strán : 110
Náklad : 60 výtlačkov
Vydanie : prvé
Formát : A 4
Vydané : 2014

Uverejnené články neprešli jazykovou korektúrou. Za jazykovú stránku zodpovedajú v plnom rozsahu autori článkov.

ISBN 978-80-561-0137-7