



Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Odborná sekcia sestier pracujúcich v neuroológii
Neurologická klinika FNsP Nové Zámky
Regionálna komora SaPA Nové Zámky

Zborník príspevkov
z III. celoslovenskej konferencii sestier pracujúcich v neuroológii
s medzinárodnou účasťou

14. - 15. septembra 2012 v Nových Zámkoch

Témy Konferencie:

Krvácanie do CNS

Neskoré následky CMP hemoragických

Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s hemorágiou

Vária

Organizačný výbor konferencie: Mgr. Helena Bartová

Iveta Orvošová dipl.s.

Jana Gyűrűsiová Jana dipl.s.

Editori: Mgr. Elena Červeňaková

Mgr. Ružena Borovičová

Mgr. Helena Bartová

Recenzenti: Mgr. Marta Hríbiková

Mgr. Elena Červeňaková

Mgr. Zuzana Pištejová

Rukopisy neprešli jazykovou úpravou. Autori zodpovedajú za obsahovú a jazykovú stránku jednotlivých článkov.

Vydavateľ

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Amurská 71, 821 06 Bratislava

ISBN 978-80-89542-23-9

EAN 9788089542239

POĎAKOVANIE

Za úspešný priebeh konferencie ďakujeme organizačnému tímu.

Prispievateľom odborných príspevkov, sponzorom a Vám všetkým, ktorí ste sa zúčastnili odbornej neurologickej konferencie.



Na prácu sestry sa v súčasnom systéme zdravotnej starostlivosti kladú vysoké nároky. Niekedy sa s jej obetavosťou doslova ráta a presúvajú sa na ňu aj úlohy iných. Mnoho sestier sa aj napriek vysokým pracovným nárokom nechce vzdať svojho povolania, pretože ich práca naplňuje a vykonávajú ju s láskou.

S úctou k Vám za Výbor sekcie sestier pracujúcich v neurológii Vaše

Elena Červeňáková predsedníčka sekcie

Helena Bartová členka výboru

Ružena Borovičová členka výboru

Marta Hríbiková členka výboru

Zuzana Pištejová členka výboru

PREDHOVOR

Vážené kolegyně, vážení kolegovia, účastníci III. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v neuroológii,

dovoľte mi, aby som Vás touto formou v mene Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek čo najsrdečnejšie pozdravila a zaželala Vám úspešný priebeh tohto významného odborného podujatia.

Pri pohľade na Váš odborný program si uvedomujem, aká je Vaša práca, práca sestry v odboroch neurologie fyzicky aj psychicky náročná. Vyžaduje si vysoký odborný kredit, napredovanie a implementáciu nových teoretických vedomostí a zručností do každodennej ošetrovateľskej praxe. Tak vy, ako aj ja sa už po tretíkrát tešíme na odborné stanoviská, teoretické poznatky i praktické skúsenosti a ich výmenu, vzájomné obohacovanie, učenie sa a napredovanie v odbore ošetrovateľstvo so zameraním na starostlivosť o neurologického pacienta. Verím, že odborné prezentácie budú prospešné a prínosné pre odborný rast, každodennú prax i pacienta, ktorý je v centre snaženia a holistického pohľadu ošetrovateľstva. Neustále sa snažíme hľadať nové interdisciplinárne metódy a prístupy k starostlivosti o zdravie človeka, sme rovnocennými partnermi v multidisciplinárnych tímoch.

Smutné však je, že ekonomické parametre často diktujú politikom a manažmentom, čo si môžeme v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti dovoliť a čo nie. Bez úprimnej odpovede kompetentných na otázku „Aká je cena života, zdravia, ich záchrany?“ iba ťažko môžeme očakávať zmeny. Na túto otázku nám určite všetci zodpovední za stav a kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti odpovedia, že tieto hodnoty sa nedajú vyjadriť finančne, že ich cena je nevyčísliteľná. O úprimnosti týchto slov však môžeme pochybovať. Stále nám chýba model zdravotníckej politiky, ktorý by garantoval stabilizáciu zdravotného systému, istoty občanom, skvalitňovanie zdravotnej starostlivosti, motiváciu zdravotníckym pracovníkom, sestry nevynímajúc.

Stále sme svedkami nedôslednosti a spochybňovania v dodržiavaní ústavou a zákonmi garantovaných občianskych práv v oblasti zdravotníctva. Dôkazom toho je aj pozastavenie zákona, ktorý nám upravoval minimálne mzdové nároky, alebo návrhy vedúce k posilňovaniu kompetencií zdravotníckych asistentov. Rast nespokojnosti so stavom zdravotníctva sa stupňuje tak na strane občanov, ako aj zdravotníkov, ktorých sa dlhé roky nikto nesnaží zjednotiť a vytvoriť optimálny model nielen v oblasti mzdového odmeňovania, ale aj v oblasti zefektívňovania a skvalitňovania starostlivosti, podpory a rozvoja odborného rastu zdravotníckych pracovníkov, implementácie nových postupov v každodennej praxi. Namiesto

toho sa uprednostňujú záujmy jednotlivcov, prípadne skupín, ktoré sú často spojené iba s ich vlastným profitom, obohatením a upevnením moci. Mnohé z nás postupne strácajú nádej a vieru v to, že sa niečo zmení, zlepší, posunie vpred. Chýbajú nám motivačné stimuly, ktoré by nás presvedčili o potrebe odborného rastu, pritiahli nové sestry do systému a zabránili exodu, prispeli k našej stabilizácii, znížili psychickú a fyzickú záťaž pri výkone povolania, podporili inovácie a výskum v praxi. Svoje oprávnené požiadavky v oblasti vzdelávania a výkonu praxe máme zmapované a zdefinované. Pravidelne ich prehodnocujeme v súlade s potrebami praxe, verejnosti a celospoločenským dianím. Cesta k ich naplneniu je zložitá, no dosiahnuteľná. Vyžaduje si však našu jednotu, vzájomnú podporu, rešpektovanie odbornej identity, špecifických požiadaviek a aktivitu nielen komory, ale každého jednotlivca, každej sestry, aby sme spoločnými silami dokázali, že sme skutočnými piliermi zdravotného systému a prosperity nášho štátu.

PhDr. Mária Lévyová
prezidentka SK SaPA

OBSAH	6
PREDHOVOR	
KELEBERCOVÁ, M. <i>Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s hemoragickou CMP.....</i>	8
BUJÁKOVÁ, M. <i>Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta so subdurálnym hematómom</i>	13
MITROVIČ, B., GUZIČ, I. <i>Prevenencia CMP</i>	19
BATA, K., GUZIČ, I. <i>Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s CMP na JIS</i>	22
BALOGO VÁ, E. <i>Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s poruchou vedomia s etiológiou CMP</i>	24
BARTEKOVÁ, A. <i>Riadenie rizík pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti</i>	30
VIRGULO VÁ, J., KR NÁČOVÁ, S. <i>Informovanosť pacientov o antikoagulačnej terapii</i>	36
BUTOROVÁ, A, VIRGULO VÁ, J. <i>Uplatnenie prvkov konceptu manželov Bobathových pri starostlivosti o hemiparetického pacienta</i>	42
BRESTOVIČOVÁ, L. <i>Možnosti využitia ortéz u pacientov s CMP</i>	48
BELKOVÁ, R. <i>Psychická a fyzická záťaž sestier pracujúcich na JIS</i>	54
BAGOŇOVÁ, Z. <i>Kedy a komu je určená levodopa-carbidopa?</i>	63
BEKEOVÁ, S. <i>Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta liečeného Duodopa géloom</i>	67
KRULO VÁ, P., BERÁNKOVÁ, D. <i>Centrum pre kognitívne poruchy</i>	73
GUZIČ, I. <i>Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s nádorom mozgu</i>	77

NECPAL, J. <i>Fenomén Huntingtonova choroba: od „neposednosti“ k exitu</i>	80
KVASNÁK, J., HATALOVÁ, D. <i>Dôsledky poruchy cirkadiálneho rytmu v práci na zmeny</i>	85
GOLDÍROVÁ, A., SYKOROVÁ, D. <i>Péče o pacienty s cerebrovaskulárnym onemocnením v České republice</i>	90
HUDÁKOVÁ, Z. <i>Poruchy komunikácie u pacienta s CMP</i>	92
ZAHORANOVÁ, J. <i>Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta po operácii aneurizmu</i>	97
MAKAIOVÁ, Z., KOVÁČOVÁ, S. <i>Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s cranicerebrálnym poranením s ICP snímačom</i>	103
MAKAIOVÁ, Z. <i>Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s diagnózou Cauda equina</i>	107
SCHILLEROVÁ, Z. <i>Hygiena rúk ako dôležitý aspekt prevencie nozokomiálnych nákaz</i>	109
PRÉMUSZOVÁ, D., BARTKOVÁ, J. <i>Edukácia pacienta po hemoragickej mozgovej príhode</i>	111

MANAŽMENT OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI U PACIENTA S HEMORAGICKOU CPM

Mária Kelebercová

Neurologická klinika, Nové Zámky

Abstrakt

Práca popisuje intracerebrálne krvácanie, jeho príčiny, príznaky, diagnostiku a liečbu. Ďalej sa práca zameriava na manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s hemoragickou cievnou príhodou mozgovou.

Kľúčové slová

Intracerebrálne krvácanie. Hypertenzia. Ošetrovateľská starostlivosť.

Úvod

Na celkovom počte cievnych mozgových príhod sa hemorágie podieľajú asi 20 %, z toho je približne 15 % intracerebrálnych a 5 % subarachnoidálnych krvácaní. Intracerebrálne krvácanie sa vyznačuje náhlym vznikom v priebehu niekoľkých sekúnd až minút, v ktoromkoľvek dennom čase. Najčastejšie sa vyskytuje u hypertonikov okolo 50 roku života. Príčinou býva ruptúra mozgovej artérie, najčastejšie pri fyzickej námahe, rozčúlení alebo náhlej radosti, kašli, kýchaní, vyprázdňovaní stolice a podobne.

Príčiny intracerebrálneho krvácania:

- artérioskleróza,
- akútna alebo chronická hypertenzia,
- arteriovenózne malformácie,
- krvné ochorenia,
- vaskulitída,
- antikoagulačná liečba,
- trombolitická liečba,
- zvýšená aktivita, rozčúlenie,
- alkohol, drogy.

Rizikové faktory hemoragickej CPM

- neovplyvniteľné faktory: vek (s vekom stúpa riziko vzniku CPM), pohlavie (častejší výskyt u mužov), genetické faktory, geografické vplyvy (vyšší výskyt v civilizovaných krajinách),
- ovplyvniteľné faktory: hypertenzia, vysoká hladina cholesterolu v krvi, artérioskleróza, obezita, nedostatok pohybu, fajčenie, alkohol, drogy.

Príznaky intracerebrálneho krvácania:

- celkové – bolesti hlavy, zvracanie, porucha vedomia,
- ložiskové (podľa miesta krvácania) – hemiparéza, dyzartria, nystagmus, vertigo, epileptické záchvaty.

Diagnostika

- anamnéza + klinický obraz,
- interné vyšetrenie,
- laboratórne vyšetrenia,
- lumbálna punkcia,
- hlavnou diagnostickou metódou je CT vyšetrenie – určí lokalizáciu, veľkosť hematómu a vylúči iné príčiny,
- angiografické vyšetrenie sa indikuje pri podozrení na AV malformáciu,
- ďalšou možnosťou je vyšetrenie magnetickou rezonanciou.

Liečba intracerebrálneho krvácania

- chirurgická – závisí od veľkosti, lokalizácie a celkového stavu pacienta,
- konzervatívna – jej cieľom je respiračná a obehová stabilizácia pacienta: snaha o zastavenie krvácania (liečba arteriálnej hypertenzie, hemostatická liečba), ovplyvnenie intrakraniálnej hypertenzie (sedatíva, analgetiká, polohovanie) a liečba prípadných komplikácií (napríklad epileptické záchvaty).

Prognóza ochorenia závisí od miesta krvácania. U pacientov po intracerebrálnom krvácaní do mozgových hemisfér je lepšia ako prognóza u ľudí, ktorých postihla iná forma krvácania (napríklad do mozgového kmeňa). Úmrtnosť u pacientov s intracerebrálnym krvácaním je 15 – 30 %. Pri krvácaní do mozgového kmeňa, väčšina pacientov zomiera krátko po príhode.

Prevenia hemoragickej CPM

- kontrola rizikových faktorov (liečba hypertenzie, srdcových ochorení, krvných ochorení),
- úprava životného štýlu (zdravá strava, pohyb, vylúčiť alkohol, drogy, fajčenie).

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti

Pacient s intracerebrálnym krvácaním by mal byť umiestnený na JIS neurologického oddelenia. Starostlivosť o pacienta zahŕňa:

- uloženie pacienta na posteľ, v prípade potreby toaleta pacienta,
- monitoring - tlak krvi, pulz, dych, saturáciu, srdcovú činnosť a telesnú teplotu,
- monitorovanie stavu vedomia,
- odobrať anamnézu ak sa dá od pacienta alebo od príbuzných,
- odber krvi na laboratórne vyšetrenia (glykémia, ionogram, urea, kreatinín, krvný obraz, hemokoagulačné vyšetrenie),
- príprava a prevoz pacienta na CT vyšetrenie,
- zahlásiť neurochirurgické konziliárne vyšetrenie,
- v prípade neurochirurgickej operácie zabezpečiť vyšetrenie krvi pred operáciou, RTG hrudníka, interné predoperačné vyšetrenie a preklad pacienta na neurochirurgiu,
- aplikácia terapie intravenózne prostredníctvom periférnej kanyly, per os,
- podľa výsledkov vyšetrení normalizácia hladiny glukózy a vnútorného prostredia,
- sledovať a zaznamenať príjem + výdaj tekutín,
- prevencia pľúcnej embólie, aspirácie, pneumónie, hypertermie, dekubitov, infekcie,
- starostlivosť o vyprázdňovanie,
- rehabilitácia (polohovanie, prevencia kontraktúr).

Kazuistika

28. 5. 2012 bol na JIS neurologickej kliniky FNŠP v Nových Zámkoch prijatý 48 – ročný pacient, neliečený hypertonik s náhle vzniknutou slabosťou pravostranných končatín a poruchou reči. Pri prijíme bol pacient pri vedomí, nekľudný, bol pomočený. Bola prevedená toaleta na lôžku. Pacient mal zavedenú periférnu venóznú kanylu. Sestra odobrala pacientovi krv na laboratórne vyšetrenia (krvný obraz, hemokoagulačné parametre, glykémiu, ionogram, ureu, kreatinín). Podľa ordinácie bol pacientovi podaný Diazepam 1 ampulka intramuskulárne. Pacient bol prevezený na CT pracovisko. Z vitálnej indikácie bolo

realizované CT vyšetrenie mozgu, kde sa zobrazila intracerebrálna hemorágia v bazálnych gangliách vľavo. Prevedené bolo aj CT – AG vyšetrenie mozgu, bez známkov aneuryzmy alebo inej patologickej vaskularizácie. Sestra zahlásila neurochirurgické konziliárne vyšetrenie. Neurochirurg neindikoval chirurgickú intervenciu. Pacient bol napojený na monitor vitálnych funkcií. Sestra sledovala stav vedomia, ekg krivku, dychovú krivku, stav saturácie hemoglobínu kyslíkom a zaznamenávala každú hodnotu TK a pulzu (meranie á 30 minút), ďalej zaznamenávala príjem a výdaj tekutín. Pacientovi bola aplikovaná terapia podľa ordinácie lekára. Počas hospitalizácie pretrvávali u pacienta vysoké hodnoty TK aj pri aplikácii parenterálnej antihypertenznej liečby. Pacient mal opakovane interné vyšetrenie. Pacient bol nastavený na 4 – kombináciu AH, parenterálna liečba bola po postupnom znižovaní vysadená 9. 6. 2012. U pacienta bola počas celej hospitalizácie zabezpečovaná komplexná ošetrovateľská starostlivosť, rehabilitácia (na lôžku) a logopedické cvičenie. Pacient bol 11. 6. 2012 v stabilizovanom stave, pri vedomí, s motorickou afáziou a s pravostrannou hemiplégiou preložený na interné doliečovacie oddelenie FNŠP v Nových Zámkoch.

Záver

Hemoragická CPM je závažné postihnutie mozgu, po ktorom môže zostať jedinec postihnutý na celý život. Toto postihnutie sa stáva ťažkým bremenom pre samotných pacientov, ich rodiny, opatrovateľov ale i pre celú spoločnosť. V posledných rokoch prišlo k určitému pokroku v liečbe a rehabilitácii po CPM. Zvýšil sa tak počet ľudí, ktorí prežívajú a nie sú odkázaní na pomoc druhých. Ale najväčšie možnosti sú a aj budú v prevencii CPM.

Bibliografické odkazy

ŠRAMKA, M. a kol. 2006. *Klinická patofyziológia*. Prešov: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce. II. vydanie, 2006. 264 s. ISBN 80-969-4493-2.

SEIDL, Z., OBENBERGER J. 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada Publishing, 2004. I. vydanie. 363 s. ISBN: 80-247-0623-7.

JEDLIČKA P., KELLER, O. a kol. 2005. *Speciální neurologie*. Praha: Galén, 2005. I. vydanie. 424 s. ISBN: 80-726-2312-5.

KALINA,M.,VONDÁČKOVÁ, D., KOVÁŘ, M. Spontánne intracerebrálne krvácanie. In:
Neurológia pre prax. ISSN 1335-9592, 2011, č.2, s. 75 – 86.

FEIGIN, V. 2007. *Cévní mozková příhoda*. Praha : Galén, 2007, I. vydanie, 207 s.
ISBN: 80-726-2428-7.

Kontakt

Neurologická klinika,

Nové Zámky

maria.kelebercova@gmail.com

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA SO SUBDURÁLNYM HEMATÓMOM

Marta Bujáková

Neurologická klinika, FNŠP Nové Zámky

Abstrakt

Existujú tri typy úrazov, pre ktoré sa vedie pojem „poranenia hlavy a mozgu“.

poranenie mäkkých častí hlavy – skalpu,

poranenie lebky, zlomeniny,

poranenie mozgu.

Ak sa človek dostane do bezvedomia, existujú tri typy poúrazových krvných výronov:

- **akútny epidurálny hematóm** - ide o krvácanie medzi lebečnou kosťou a tvrdou blanou, ktorá obaluje mozog. Krvácanie je spôsobené poranením tepny, ktorá vyživuje tvrdú blanú, väčšinou pri zlomenine lebky. Mozgové tkanivo zväčša nie je poškodené a tak majú pacienti po operácii, kde sa im odstráni hematóm, sú dobré vyhliadky.

- **akútny subdurálny hematóm** – ide o krvácanie medzi tvrdou blanou a mozgom. Krvácanie je spôsobené poranením povrchnej mozgovej tepny. Toto krvácanie je oveľa závažnejšie než epidurálny hematóm a pacienti po operácii nemajú až také dobré vyhliadky.

- **chronický subdurálny hematóm** toto krvácanie je spôsobené poranením žily, ktorá spája povrch mozgu s tvrdou blanou, v dôsledku aj drobného úrazu hlavy. Toto krvácanie je pomalé a preto sa príznaky objavujú ešte neskoršie ako pri zvyšných druhoch hematómov – až po niekoľkých týždňoch od úrazu. Pacienti nemusia upadnúť do bezvedomia a obvykle majú porušenú pohyblivosť končatín na jednej polovine tela. Liečba je chirurgická: vypustenie výronu a drenáž subdurálneho hematómu z jednoduchého návrtu kosti. Vyhliadky pacientov po operácii sú dobré.

- **extradurálny hematóm** - objavuje sa ako komplikácia pri lineárnych fraktúrach lebky, keď je poškodená väčšia meningeálna artéria. V dôsledku krvácania sa odlupuje dura mater od kosti a stláča mozgové tkanivo = vzniká hematóm.

Kľúčové slová

Subdurálny hematóm. Ošetrovateľské intervencie. Štandard.

Subdurálny hematóm

Mozog je krytý obalmi, tvrdou, mäkkou mozgovou blanou a pavúčnicou, arachnoideou. Priestor medzi tvrdou blanou a subarachnoidálnym priestorom sa označuje subdurálny priestor. V prípade, že dôjde k poraneniu hlavy, cievy, ktoré sa v tomto priestore nachádzajú sa môžu poškodiť, roztrhnúť a spôsobiť tzv. subdurálne krvácanie. Krv z poškodených ciev sa zbiera, zráža sa a vzniká hematóm - krvná zrazenina. Postupne sa zvyšuje tlak v lebke a tento stav sa kompenzuje odtláčaním mozgových štruktúr na zdravú stranu. Tým vyvoláva množstvo príznakov. Pri akútnom krvácaní sa objavujú veľmi rýchlo, do 24 hodín. Pri subakútnom priebehu je to 2 – 10 dní. Medzi ohrozené skupiny ľudí patria malé deti, starí ľudia, alkoholici, ľudia trpiaci Alzheimerovou chorobou alebo s narkolepsiou – záchvaty spánku. Chronický subdurálny hematóm sa vyskytuje v populácii cca u 2-3 prípadoch na 100 000 obyvateľov za jeden rok. Vďaka tejto početnosti výskytu je chronický subdurálny hematóm jeden z najčastejšie riešených ochorení v neurochirurgii.

Predispozície

- pád alebo úder do hlavy
- úraz hlavy a následné bezvedomie
- u dieťaťa, starého človeka, alkoholika alebo človeka trpiaceho Alzheimerovou chorobou či narkolepsiou, u pacientov s poruchou pečene alebo krvnej zrážavosti stačí aj drobný úraz, udretie hlavy, alebo pád na zem.

Príznaky

- pocit na vracanie
- bolesť hlavy
- zmena osobnostných črt
- poruchy orientácie
- poruchy vedomia rôzneho stupňa
- poruchy videnia
- pocit opitosti
- pocit skláňania sa, klesania k zemi
- problémy s rečou
- slabosť končatín
- znížená citlivosť končatín
- paralýza (ochrnuti)
- epileptické záchvaty
- širšia zrenica na strane krváca

Ako diagnostikovať

- anamnéza
- klinické vyšetrenie
- neurologické vyšetrenie
- CT vyšetrenie hlavy

Prevenicia

Vyhýbať sa pádom a úderom do hlavy.

Liečba

- zastavenie krvácania
- odstránenie krvnej zrazeniny alebo odsatie hematómu
- podpora cirkulácie krvi v lebke – lieky udržiavajúce krvný tlak
- podpora dýchania – kyslík, umelá pľúcna ventilácia
- antiedémová liečba

Toto ochorenie sa prejavuje až s časovým odstupom. Príznaky sa môžu radikálne meniť. Subdurálny hematóm sa dokáže vstrebať aj sám, ale všetko závisí od jeho veľkosti a forme.

Každý pacient, ktorý utrpel nejaký silný úder alebo iný úraz hlavy, bez váhania by mal navštíviť lekára!

Prognóza ochorenia

Závisí od druhu, rozsahu a na dobe trvania obštrukcie či hemorágie - na veľkosti odumretého mozgového tkaniva. Nie je možné určiť u jednotlivého pacienta vopred dosiahnuteľný stupeň úpravy. V priebehu choroby ukazujú faktory, ktoré sú **neovplyvniteľné**, ako je počiatočný stav, dlhé chabé obdobie a tiež **ovplyvniteľné**, ako sú neskorá hospitalizácia, neskorí začiatok rehabilitácie, slabá motivácia pacienta.

Štandard ošetrovateľskej starostlivosti

Podtéma:

- prijatie pacienta
- uloženie, správna poloha
- plnenie terapeutického programu

Vyhlásenie štandardu:

- Plnenie čím skôr – terapeutický program udržiavaním TK, podpra dýchania.
- Príprava na OP, preklad na neurochirurgické oddelenie.
- Prevencia vzniku dekubitov.
- Starostlivosť o dostatočnom príjme tekutín
- Starostlivosť o pravidel'nom vyprázdňovaní.

Rizikové skupiny pacientov

- Chronický etylizmus.
- Starý ľudia.

Osoby vykonávajúce štandard:

- Staničná sestra.
- Sestry v smennej prevádzke.
- Sanitári a sanitárky.
- Rehabilitačný pracovník.

Prostredie:

- Izba pacienta – JIS.

Proces zavádzania štandardu:

- Ošetrovanie pacienta sestrou.
- Spolupráca so sanitármi a rehabilitačným pracovníkom.

Hlavným cieľom procesu je zlepšiť aktuálny stav pacienta. Uspokojenie primárnych a sekundárnych potrieb. Zabezpečiť príjem a výdaj tekutiny. Polohovanie pacienta, prevencia úrazu a pádu. Plnenie terapeutického programu.

Sesterské intervencie

- Prijat' pacienta na JIS. Príjem oznámiť lekárovi. Pripraviť lôžko – dostupné z dvoch strán.
- Zaistiť polohu pacienta.
- Zmerať TK, P, TT a napojiť pacienta na monitor, každú zmenu hlásiť lekárovi.
- Zhodnotiť úroveň vedomia, motorické, senzorické funkcie.
- Vypísať základnú dokumentáciu, zistiť anamnézu od pacienta, alebo od rodinných príslušníkov.
- Odobrať materiál na biochemické a hematologické vyšetrenia podľa ordinácie lekára.
- Zabezpečiť permanentný žilový prístup.
- Zabezpečiť a udržiavať voľné dýchanie cesty – pri poruche vedomia.
- Sledovať motorické a senzorické funkcie v akútnej fáze každú pol hodinu, po stabilizácii stavu trikrát denne.
- Pripraviť pacienta a zabezpečiť odvoz na CT vyšetrenie.
- Zrealizovať ďalšie vyšetrenia podľa ordinácie lekára (odbery pred OP a interné predoperačné vyšetrenie) – výsledky hlásiť lekárovi.

- Pripraviť podanie ordinovanej liečby, asistovať pri ňom alebo ho realizovať, podávať perorálnu, intramuskulárnu, infúziu alebo intravenóznou liečbu s poverením lekára.
- Podávať a dokumentovať analgetiká podľa ordinácie lekára.
- Zaznamenávať začiatok liečby kyslíkom, efekt podávania.
- Sledovať bilanciu tekutín.
- Zabezpečiť výživu podľa zdravotného stavu.
- Podľa ordinácie lekára, ak má byť pacient nalačno, treba dohliadnuť na to, aby pacient nejedol ani nepil.
- Dozeráť na hygienu pacienta od príjmu na oddelenie až do prepustenia.
- Všímať si zmeny na tele. Treba dávať pozor na zmeny a dbať na prevenciu embólie, ako prevenciu treba bandáž doľných končatín .
- Sledovať vyprázdňovanie pacienta, podľa ordinácie lekára zaviesť PK.
- Sledovať a povzbudzovať pacienta.
- Sledovať psychický stav pacienta.
- Realizovať edukačný proces – poučiť pacienta o príčinách jeho choroby, informovať o liečebných postupoch.
- Treba vybudovať empatický prístup, motivovať pacienta pre spoluprácu na ošetrovateľskej starostlivosti a liečbe.
- Dokumentovať všetky ošetrovateľské zásahy a pozorovania.
- Podľa ordinácie lekára zrealizovať preklad pacienta na neurochirurgické oddelenia s kompletnou zdravotnou dokumentáciou (prepúšťacie správy, sesterská prekladová správa).
- Informovať príbuzných o preklade v spolupráci s lekárom.

Záver

Subdurálny hematóm je ochorenie, s ktorým sa v neurologickej praxi stretávame dosť často. Vyskytnúť sa môže u ľudí v každom veku a nielen ako následok úrazu. Výsledky liečby chronických subdurálnych hematómov sú výborné až na 90%. Neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti po neurochirurgickej intervencii je včasná rehabilitácia, vďaka ktorej sa takýto pacient môže znova vrátiť do normálneho života.

Bibliografické odkazy

SEIDL, Z., OBENBERGER, J. 2004. *Neurologie pro studium i praxi*, Praha: Grada, 2004, ISBN80-247-06237.

ŠRÁMKA, M. 2006. *Klinická patofyziológia*, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce bl. P. P. Gojdiča, 2006, ISBN 80-969449-3-2.

KOZIEROVÁ, B. a kol. 1995. *Ošetrovatel'stvo 1, 2*. Martin: Osveta, 1995, ISBN 80- 217- 0528- 0.

BARTKO, D. 1985. *Neurológia*. Martin: Osveta, 1985. 662s.

MÁLEK, V. 2003. *Chronický subdurálny hematóm*: (online), Dostupné na internete: <http://www.neurologiepropraxi.cz/> .s 307- 311.

SMRČKA, M. a kol. 2001. *Poranení mozgu*. Praha: Grada, 2001, ISBN 80- 7169- 2, 272s.

Kontakt

Bujáková Marta

FNsP Nové Zámky, Slovenská 11/A, Neurologická klinika – JIS

Mobil: 0907 980 647

PREVENCE CEVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Bobana Mitrovič, Iona Gužič

Městská nemocnice Požarevac RS

Abstrakt

Cévní mozková příhoda je onemocnění, na které ročně umírá mnoho lidí. Po nemocech srdce a zhoubných nádorech se řadí na třetí místo jako nejčastější příčina úmrtí. Přibližně 30 000 obyvatel v jednom roce má centrální mozkovou příhodu. 40% z nich na ni do jednoho roku umírá. Z nemocných, kteří příhodu přežijí, je téměř polovina velmi těžce invalidních.

Klíčové slova

CMP. Rizikové faktory. Primární a sekundární prevence.

Úvod

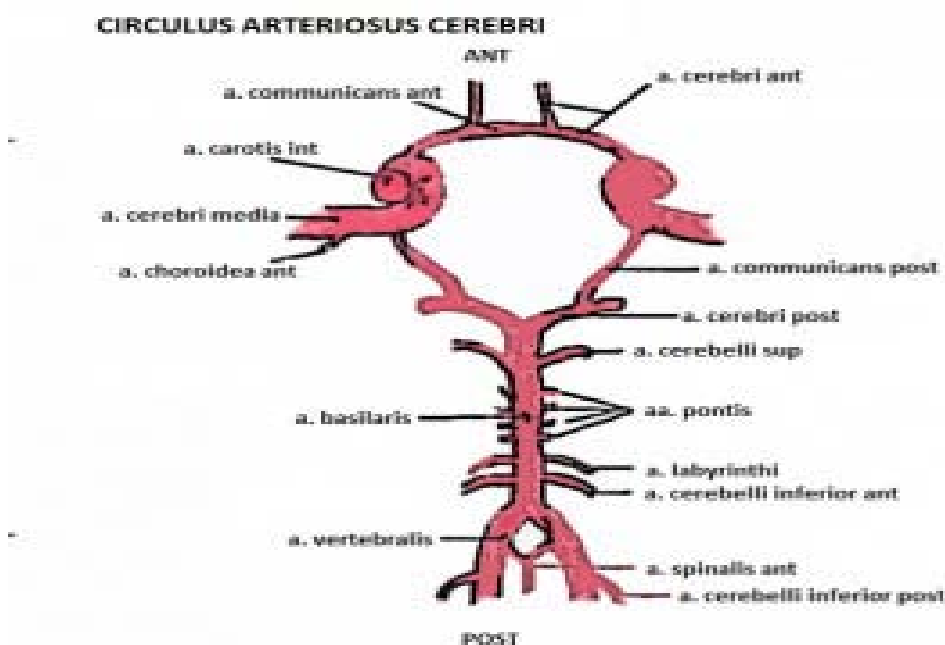
Cévní mozková příhoda není nemocí, jejíž důsledky se zlepšují na normální stav přes noc. Jsou to většinou dlouhé týdny až měsíce vytrvalé práce pacienta a péče jeho okolí. Proto je velmi důležitá prevence cévní mozkové příhody.

Rizikové faktory cévní mozkové příhody

- riziko vzniku se zvyšuje s věkem,
- rodinné dispozice a pohlaví,
- vysoký krevní tlak (hypertenze),
- ateroskleróze,
- cukrovka (diabetes mellitus) ,
- zvýšená hladina tuků v těle (hyperlipidemie),
- kouření (rizikový faktor pro mnoho nemocí – ateroskleróza, hypertenze atd., které s cévní mozkovou příhodou úzce souvisejí),
- vrozené vady mozkových cév.

Primární prevence

Cílem primární prevence je pokud možno minimalizovat riziko rozvoje prvního iktu. Tlak krve by měl být tedy pravidelně kontrolován a u pacientů s vysokým krevním tlakem jsou doporučeny úprava životního stylu. Intenzivní léčba arteriální hypertenze je doporučena zvláště u diabetiků. Pravidelně by měla být kontrolována také glykémie. U diabetiků jsou doporučeny úprava životního stylu, individualizovaná farmakoterapie a již zmíněné intenzivní ovlivňování TK. Součástí primární prevence iktu jsou i pravidelné kontroly hladiny cholesterolu v krvi, zákaz kouření cigaret, zákaz nadměrné konzumace alkoholu, doporučení pravidelné fyzické aktivity, diety s omezením soli a nasycených tuků, bohaté na ovoce, zeleninu a vlákninu a u obezních diety redukční.



Sekundární prevence

Cílem sekundární prevence je minimalizovat riziko jeho opakování. K tomuto účelu slouží zvládnutí cévních rizikových faktorů, léčba chirurgická a endovaskulární (nitrotepenná) a v případě ischemických iktů i léčba antitrombotická.

Závěr

Primární prevence tzv. civilizačních onemocnění, mezi které patří i CMP, je základem zdravotní politiky státu. Zásadním principem je změna nevhodného životního stylu a návyků. Rozhodující roli zde má vzdělávání obyvatelstva jak ve školách,

hromadnými sdělovacími prostředky (tisk, televize, rozhlas, internet) , tak v místech kontaktů nemocných (v ordinacích, na lůžkových odděleních apod.) s lékařem, nebo prostřednictvím letáků a informačních materiálů o příčinách cévních mozkových příhod. Součástí této informační propagace jsou i informace o příznacích CMP a poučení, co v takovém případě dělat. Nedílnou součástí primární prevence je včasné zjištění a správná léčba všech tzv. rizikových onemocnění.

Bibliografické odkazy

BRINAR, V. i sur. Neurologija. 1994. Zagreb: Školska knjiga

RADOJIĆ, B. Klinička neurologija. 1995. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva

TIJANIĆ, M., RUDIĆ, R.: Zdravstvena nega i savremeno sestriinstvo. 2003. Beograd.

MATIĆ, D.: Zdravstvena nega u internoj medicini – Sestrinske intervencije.1998. Beograd, Ma De Jan.

Kontakt

Bobana Mitrovič, Ilona Gužič

Městská nemocnice Požarevac RS

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU V JEDNOTCE INTENZÍVNÍ PÉČE

Kristina Bata, Gužič Ilona

Městská nemocnice Požarevac, RS

Abstrakt

Mozková mrtvice je onemocnění, na které ročně umírá mnoho lidí. Po nemocech srdce a zhoubných nádorech se řadí na třetí místo jako nejčastější příčina úmrtí. Zatímco ve většině vyspělých států byl v posledních 10-20 letech díky důsledné prevenci zaznamenán výrazný pokles úmrtnosti na centrální mozkové příhody, Srbsko patří stále mezi státy s vysokou úmrtností.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda. Ošetřovatelská péče. Kazuistika.

Úvod

Cévní mozková příhoda (CMP) je akutní onemocnění, během kterého dochází k nervovému poškození přetrvávající 24 hodin a déle. Cévní mozková příhoda je způsobena přerušением krevního zásobení některé z částí mozku. Přerušением dodávky okysličené krve do mozku je z 80% na základě trombu (či embolu), který cévu ucpe. V ostatních případech dojde ke krvácení do mozku prasknutím oslabené cévy či ke kombinaci těchto jevů. Příznaky CMP – fyzické poruchy, poruchy paměti v chování, poruchy vědomí, vegetativní příznaky (tachykardie, nauzea, zvýšené pocení....)

Léčba pacienta s CMP - léčbu CMP volíme podle diagnózy, řídíme se příčinou, klinickým a CT nálezem, dobou od vzniku příhody. Ošetřovatelská péče o pacienta po CMP - pacient s akutní CMP je v naší nemocnici přijíman na neurologické oddělení, nejčastěji na JIP kde mu je poskytnuta vysoce kvalifikovaná péče.

V Srbsku existuje již několik vytvořených center zaměřených pouze na cévní mozkové příhody, kde je pacient léčený a rehabilitovaný a později dochází ambulantně. V těchto centrech jsou zajištěny všechny pomůcky, psychologové, fyzioterapeuti, logopedi a je zde vytvořeno i zázemí pro blízké okolí pacienta. Zde se dozvíte potřebné informace pro péči o vaše blízké.

Závěr

CMP jsou významným problémem nejen medicinským, ale i ekonomickým, etickým a společenským. Možnosti zlepšení situace jsou hledány především v lepší organizaci péče, v nutnosti intenzivní péče v akutním stadiu onemocnění, zpřesnění urychlení diagnostiky a docenění významu prevence.

Bibliografické odkazy

TIJANIČ, M., RUDIČ, R. .: Zdravstvena nega i savremeno sestriinstvo. 2001. Beograd.

BRINAR, V. i sur. Neurologija. 1994. Zagreb: Školska knjiga.

RADOJIČIĆ, B.: Klinička neurologija. 1995. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna.

JOLIČ, M., VIČOVAC, Lj. DORDEVIČ, D.: Nega bolesnika. 1990. Beogra-Zagreb: Medicinska knjiga.

Kontakt

Kristina Bata, Gužič Ilona

Městská nemocnice Požarevac, RS

ŠPECIFIKÁ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S PORUCHOU VEDOMIA S ETIOLÓGIU NCMP

Eva Balogová

Fakulta zdravotníctva SZU Banská Bystrica

Abstrakt

Cievne mozgové príhody predstavujú závažný zdravotnícky a spoločenský problém, nakoľko sú treťou najčastejšou príčinou úmrtia a prvou príčinou invalidity vo vyspelých krajinách. Prognóza závisí na včasnom obnovení prietoku krvi v postihnutej oblasti mozgu, vrátane uplatnenia trombolýzy v indikovaných prípadoch. Spolu so sledovaním neurologického stavu je jednou z kľúčových úloh sestier monitoring vitálnych funkcií. Autorka vyzdvihuje význam ošetrovateľských postupov pri hodnotení stavu vedomia, zabezpečení primeranej ventilácie, stabilizovaní hemodynamiky, výžive pacientov, prevencii intrakraniálnej hypertenzie a tromboembolických príhod tak, aby po zvládnutí akútneho stavu bolo možné u pacientov s CMP začať s kompletnou rehabilitáciou.

Kľúčové slová

Cievne mozgové príhody. Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť. Monitoring vitálnych funkcií. Porucha vedomia.

Úvod

Náhle cievne mozgové príhody (mozgová porážka, mozgový infarkt, apoplexia) vznikajú v dôsledku prerušenia prítoku krvi do mozgu na podklade ischemie alebo hemorágie. Ich priemerná úmrtnosť sa na Slovensku pohybuje okolo 100/100 000 obyvateľov (Brozman, 2006). Mozgová príhoda nebolí a jej **príznaky** - slabosť polovice tela, nemotornosť, porucha artikulácie, poklesnutý ústny kútik či poruchu vedomia, ľudia často podceňujú a nedávajú do súvisu so závažným, život ohrozujúcim stavom. V roku 2007, keď začal fungovať Národný register CMP bolo hlásených asi 29 000 nových prípadov. Tretina postihnutých umiera, tretine hrozí recidíva ochorenia a ďalšia tretina má trvalé následky a zostáva invalidná. Rýchly zákrok môže zlepšiť šancu pacienta na zotavenie, predovšetkým v prípade ischemickej cievnej mozgovej príhody, kedy včasná **trombolýza** dokáže obnoviť prietok krvi v postihnutej oblasti a zabrániť trvalému

poškodeniu nervového tkaniva. Nevyhnutná je ale promptná diferenciálna diagnostika a odoslanie pacienta do niektorého z centier, ktoré sú oprávnené trombolýzu vykonávať.

Vedomie predstavuje ťažko definovateľný súbor mozgových funkcií, dovoľujúcich uvedomovanie si seba samého a okolia. Znamená byť v stave úplnej bdlosti, vnímať a pociťovať stavy telesné aj duševné. Je predpokladom správnej reaktivity a adaptácie na okolitý svet (Kuchar, 2002). Podmienkou správnej funkcie mozgu je neporušená štruktúra nervových buniek a dostatočná dodávka kyslíka a glukózy. Nevyhnutná je aj metabolická rovnováha organizmu, ktorej narušenie v dôsledku toxických vplyvov metabolitov vznikajúcich pri poruche metabolizmu alebo exogénnymi toxínmi vedie k rôznym poruchám kvantity a kvality vedomia. Poruchy vedomia sa vyskytujú asi u 42 % akútnych mozgocievnych príhod. Zaujímavé je pozorovanie, že frontálne a okcipitálne hemorágie vedú v menšej miere k presunu hlbokých štruktúr a tým aj k rozvoju kómy, než je tomu u hemoragií podobnej veľkosti v parietálnom resp. temporálnom laloku (Kuchar, 2002).

Základné ošetrovateľské postupy u pacientov s poruchou vedomia

Základné diagnostické a terapeutické postupy tak medicínske ako aj ošetrovateľské sú vykonávané s prihliadnutím na stav vedomia. Prioritou u pacientov s jeho poruchou je zabezpečenie a stabilizácia základných vitálnych funkcií. Pokiaľ to ich stav dovoľuje, je možné pristúpiť **k ošetrovateľskej anamnéze**, ktorá je získavaná od pacienta, príbuzných alebo svedkov, ktorý boli s postihnutým v kontakte v čase vzniku náhlej príhody. Je potrebné zamerať sa na závažné ochorenia, pátrať po výskyte neurologických ochorení, alkoholizmu, depresie, užívaných liekov a problémov, ktoré predchádzali poruche vedomia. Je tiež potrebné zhodnotiť riziko aspirácie, pádu, vzniku dekubitov a schopnosť vykonávania aktivít bežného života.

Monitoring vitálnych funkcií

Monitoring vitálnych funkcií a sledovanie neurologického stavu je jednou z kľúčových úloh sestier pri starostlivosti o pacienta s poruchou vedomia. Aj malá odchýlka v jeho správaní sa, zmena neurologického stavu či vedomia môžu signalizovať opätovné zakrvácanie spôsobené reperfúziou alebo rozšírením CMP. **Edém mozgu** ktorý je hlavnou príčinou smrti pacienta po náhlej CMP sa vyvíja v priebehu 24-72 hodín. Pozornému oku sestry by nemali uniknúť niektoré z jeho prvých príznakov- znižujúca sa úroveň vedomia,

podráždenosť, nepokoj, zvýšený systolický krvný tlak a väčší rozdiel medzi systolou a diastolou, prudké zvracanie, anizokória, zmeny ventilácie, kŕče.

Zabezpečenie dýchacích ciest

Pacienti s poruchou vedomia sú ohrození poruchou dýchania, najmä ak CMP postihla tepny zadnej časti mozgu, vertebrálnu či bazilárnu artériu (Adams, 1999). V prípade potreby sa aplikuje kyslík maskou alebo okuliarmi tak, aby saturácia meraná pulzným oximetrom dosahovala hodnotu 93 %. U nepokojných a dezorientovaných pacientov uprednostňujeme kyslíkové okuliare. Ich výhodou je využívanie funkcie nosovej sliznice k ohrievaniu a zvlhčovaniu kyslíka, nevýhodou je relatívne nízka účinnosť kyslíkovej terapie (Počta a kol., 1996). Pri kyslíkových maskách je výhodnejšie používať masky s ventilmi umožňujúcimi nastavenie koncentrácie aplikovaného kyslíka. Dýchanie uľahčí polosediaci poloha umožňujúca zapájať pomocné dýchacie svaly a podporujúca vykašliavanie. Jej prínosom je aj zníženie rizika aspirácie žalúdočného obsahu a lepšia komunikácia pacienta s okolím. V rámci sesterského monitoringu sa treba zamerať na ***zhodnotenie kvality dýchania*** - frekvenciu dýchania, hĺbku, pravidelnosť, zapájanie pomocných dýchacích svalov, svalovú slabosť, zapadávanie jazyka. V prípade neschopnosti pacienta spontánne odkašľať nahromadené sekréty je potrebná dôkladná toaleta DC odsávaním. Stagnácia sekrétov zhoršuje výmenu plynov a môže viesť k vzniku bronchopneumónie, k prehĺbeniu ischemie a k edému mozgu. Pokles minútovej ventilácie, či známky hypoxémie sú indikáciou k intubácii a zahájeniu umelej pľúcnej ventilácie.

Zabezpečenie obehu

Pravidelné monitorovanie krvného tlaku pomôže včas odhaliť odchýlky. Jeho výrazné zvýšenie môže krvácanie do mozgu prehĺbiť, prudký pokles zhoršiť mozgovú ischemiu. Cieľom antihypertenzívnej liečby je mierna hypertenzia potrebná k zachovaniu dostatočnej perfúzie mozgu. K hypotenzii nesmie dôjsť ani pri podávaní diuretík (Adams, 1999).

Výživa pacienta

Neurologické ochorenia vedú pravidelne k poruchám nutriciae či už priamo alebo nepriamo. Medzi nepriame príčiny patrí anorexia, dysfágia, aspirácia s následkom úmyselného obmedzovania príjmu potravy. Porucha vedomia spojená s dysfágiou sa vyskytuje u 40-50 % pacientov s CMP. V akútnej fáze ochorenia je nutná úplná parenterálna výživa, ktorá okrem substitúcie energetických substrátov zabezpečuje aj krytie potreby tekutín. Ideálnym

riešením je jej kombinácia s enterálnou výživou pre jej nesporné benefity vedúce k zníženiu infekčných komplikácií i k poklesu mortality (zlepšenie trofiky čreva, podpora tvorby imunoglobulínov, pokles translokácie endotoxínov z čreva do systémového obehu, zlepšenie hojenia rán). Vzhľadom k častým poruchám motility žalúdka a dysfunkcie kardia a pyloru je metódou voľby enterálna výživa farmaceutickými prípravkami, ktoré je možné aplikovať sondou do žalúdka alebo jejuna(Zadák, 2008). Jejunálna aplikácia eliminuje riziko dilatácie žalúdka a aspirácie pri regurgitácii žalúdočného obsahu. **K aspirácii** tekutého obsahu môže dôjsť pri zvracaní (aktívny proces) ale aj pri regurgitácii a zatekaní (pasívny proces) pri ochabnutí obranných reflexov. Tichá aspirácia bez výrazných klinických prejavov je častá u pacientov v bezvedomí, ale aj u intubovaných pacientov napojených na umelú pľúcnu ventiláciu, kde dochádza k zatekaniu malého obsahu žalúdka popri manžete endotracheálnej kanyly(Počta a kol.,1996). **Riziko aspirácie** možno znížiť dodržiavaním nasledujúcich sesterských postupov:

podávať menšie objemy bolusovo, jednotlivé dávky postupne zvyšovať podľa tolerancie hodnotenej na základe množstva žalúdočného rezidua odsatého pred každým kŕmením, pravidelne kontrolovať polohu sondy, stravu podávať pomaly v miernej polosediacej polohe, v ktorej pacienta ponecháme ešte cca pol hodinu po jej podaní, bezprostredne po nakŕmení pacienta neodsávať a nepolohovať.

Prevenia intrakraniálnej hypertenzie

Jednotlivé sesterské intervencie by mali byť vykonávané šetrne, ich časový harmonogram má byť rozvrhnutý tak, aby nedošlo ku kumulácii výkonov spôsobujúcich zvyšovanie intrakraniálneho tlaku(ICP). Jedným z prvých krokov sestier v rámci prevencie intrakraniálnej hypertenzie je uloženie pacienta do neutrálnej polohy na chrbte s hlavou elevovanou v 30 stupňovom uhle. Podľa niektorých literárnych údajov k zníženiu ICP prispieva aj prítomnosť príbuzných pri lôžku pacienta a pokojná komunikácia personálu s pacientom napriek chýbaniu spätnej väzby z jeho strany(Adams, 1999).

Prevenia tromboembolických komplikácií

Pacienti po CMP majú sklon k venóznym trombózam a k pľúcnej embólii. Sestry môžu prispieť k profylaxii tromboembólií správnym naložením kompresívnej bandáže na dolné končatiny, pasívnym cvičením s pacientom, antiembolickými elastickými pančuchami či použitím automatického kompresného systému(Frantová, 2010).

Prevenca dekubitov

Podľa štandardu prevencie dekubitov by každý rizikový pacient mal mať zhodnotenú riziko ich vzniku, vypracovaný individuálny plán polohovania a mobility, denne posúdený stav kože, sledovaný príjem potravy, predovšetkým vitamínov a proteínov, príjem tekutín a zabezpečenú hygienickú starostlivosť s dôrazom na udržanie čistého a suchého prostredia (Kontrová, 2011).

Sledovanie telesnej teploty

Zvýšenie telesnej teploty môže prispieť k neuronálnemu poškodeniu, preto je potrebné pravidelné meranie TT a v prípade horúčky už od počiatku podniknúť všetky kroky k jej zníženiu. U cievnej mozgovej príhody zvýšenie teploty o 1 °C zdvojnásobuje počet úmrtí alebo dlhodobjších poškodení (Kuchar, 2002).

Záver

Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť s prihliadnutím na potreby chorého a prevenciu komplikácií je samozrejmom súčasťou liečby pacientov so závažnou cievnu mozgovou príhodou s poruchou vedomia. Len včasná a komplexná starostlivosť vytvára predpoklady pre prežitie pacienta s čo najmenším neurologickým deficitom s vyhlídkou na možnosť opätovného zaradenia sa do spoločenského života.

Bibliografické odkazy

ADAMS, B., HAROLD, C., E. 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 488 s. ISBN 80- 7169- 893- 8.

BROZMAN, M. 2006. Úvod do cievnych mozgových ochorení. In *Via practica*. ISSN 1336-4790, 2006,roč. 3, č.5, s. 222- 228.

FRANTOVÁ, M., LANČARIČOVÁ,D. 2010. Kontrolovaný systém prevencie. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2010, roč. IX, č. 7- 8, s. 35.

KONTROVÁ,E. 2011. Preležaniny vo svetle právnych predpisov. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2011, roč. X, č. 7- 8, s. 32- 33.

POČTA, J. a kol. 1996. *Kompendium neodkladné péče*. Praha: Grada Publishing, 1996. 271 s. ISBN 80- 7169-145-3.

ZADÁK, Z. 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2.rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 544 s. ISBN 978- 80- 247- 2844-5.

KUCHAR, M., PROCHÁDZKA, M. 2002. Komatózne stavy v neurologii. *In Neurologie pro praxi*. [online]. 2002, č. 6, s. 228-293 [cit. 2012-08-20]. Dostupné na internete: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1321&magazine_id=3

Kontakt

PhDr. Eva Balogová,
Ďumbierska 36,
974 11 Banská Bystrica

RIADENIE RIZÍK PRI POSKYTOVANÍ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Anna Barteková

FNsP, Nové Zámky

Abstrakt

Riadeniu rizík sa začína venovať čoraz viac pozornosti aj v zdravotníctve a ani ošetrovateľská starostlivosť nie je výnimkou. Súčasným trendom v ošetrovateľstve je kontinuálne zvyšovanie kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a manažment rizík je jednou z možností, ktorá k nemu bezpochyby prispieva. Jednou z hlavných priorít kvalitnej a vysoko profesionálnej ošetrovateľskej starostlivosti je **bezpečnosť**.

Prístup k bezpečnej starostlivosti je **základným právom** každého pacienta - každý jednotlivec má právo neutrpieť škodu spôsobenú nedostatočným fungovaním zdravotníckych služieb či zanedbaním zdravotnej starostlivosti a právo na prístup k zdravotníckym službám, ošetrovaniu a liečbe, ktoré spĺňajú vysoko stanovené bezpečnostné normy.

Cieľom programu riadenia rizík je znížiť výskyt tých nežiaducich udalostí, ktoré by mohli akýmkoľvek spôsobom poškodiť zdravie pacienta či zamestnanca, majetok alebo povesť zdravotníckeho. V **Európe** približne 10 % pacientov prijatých do nemocníc trpí počas poskytovania zdravotnej starostlivosti nežiaducimi účinkami.

Svetová zdravotnícka organizácia navrhuje prostredníctvom **Svetovej aliancie pre bezpečnosť pacientov**, aby v zdravotníckom zariadení viedol komplexný program manažmentu rizík samostatný **manažér rizík**. Jeho úlohou by bolo:

- riadiť proces identifikácie a vyhodnocovania rizík,
- vytvárať preventívne stratégie,
- kontrolovať efektivitu nápravných opatrení,
- niesť zodpovednosť za to, že všetci zamestnanci vnímajú skutočné a potenciálne riziká a snažia sa ich minimalizovať.

Aliancia taktiež vyhlásila program v šiestich oblastiach svojej činnosti:

1. prevencia infekcií spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti;
2. zapojenie pacientov do procesu zaistenia bezpečnosti;
3. vytvorenie medzinárodnej taxonómie v oblasti bezpečnosti;
4. formulácia medzinárodných odporúčaní ku zníženiu rizík zdravotnej starostlivosti a zvyšovanie bezpečia;
5. ustanovenie systému hlásenia rizík.

Medzi opatrenia, ktoré pomáhajú chybám predchádzať, patrí aj **akreditácia zdravotníckych zariadení**.

Odborný tím **JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations** (Spojená komisia pre akreditáciu zdravotníckych zariadení) udáva globálny štandard kvality a bezpečnej starostlivosti a do svojich požiadaviek začlenila **štandard na kontinuálne vyhodnocovanie rizík a procesov** v zdravotníckych zariadeniach, ktorý doslova hovorí: *„Vyhodnoďte a upravte proces tak, aby ste minimalizovali jeho riziká a ochránili pacientov pred možnými následkami zlyhania.*

Overte upravený proces v praxi. Vyhodnoďte efektivitu zavedených opatrení. Implementujte stratégiu, ktorá by zaistila udržanie a efektivitu tohto procesu.“

Sledovaním nežiaducich udalostí v SR je poverený **Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou**. Je to orgán verejnej správy, ktorý:

- eviduje a rieši sťažnosti, pochybenia;
- upozorňuje na význam prevencie v tejto oblasti;
- podporuje vytvorenie systému evidencie, výmeny informácií, edukácie a nápravných opatrení *s cieľom predchádzať výskytu, resp. minimalizovať výskyt pochybení.*

Omyly, pochybenia, nežiaduce udalosti sa delia do troch skupín:

1. **takmer pochybenia** – bolo im vedome či nevedome v poslednej chvíli zabránené;
2. **nežiaduce udalosti bez následkov** – činnosť nebola vykonaná podľa štandardov, pravidiel, ale nedošlo k poškodeniu zdravia pacienta ani majetku;
3. **nežiaduce udalosti s následkami** – došlo k poškodeniu zdravia či majetku.

Následky môžu mať charakter:

- mierny,
- vážny,
- trvalý,
- smrť.

Možnosti odhaľovania, sledovania rizík:

+ **screeningová metóda** – ide o systematické sledovanie rôznych zdrojov so zameraním na výskyt nežiaducich javov;

+ **metóda externého pozorovania** - celý proces poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti sleduje vyškolený externý pozorovateľ;

+ **pasívne sledovanie** – všetci pracovníci majú povinnosť hlásiť nežiaduce udalosti, ktoré spôsobili sami alebo ostatní pracovníci;

+ **anonymné hlásenie**.

Riziká pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti

Nozokomiálne nákazy - každá infekcia exogénneho alebo endogénneho pôvodu, ktorá vznikla v príčinnej súvislosti s pobytom v zdravotníckom zariadení (spôsobujú poškodenie zdravia, vysoký počet úmrtí, veľké finančné straty).

Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti je dôležité:

- vykonávať vyšetrovacie a liečebné úkony až po umytí rúk;
- používať prípravky na dezinfekciu na alkoholovej báze;
- používať jednorazový materiál, papierové utierky, ochranné pomôcky;
- všetky činnosti vykonávať podľa štandardov;
- nenechávať uzávery na spojovacie hadičky a preplachy voľne položené, nekryté a neoznačené;
- dezinfikovať spoje infúzných setov so spojovacou hadičkou pri každej manipulácii.

Prevenencia spočíva najmä v dodržiavaní hygienicko-epidemiologického režimu a bariérovej ošetrovateľskej technike.

Nozokomiálne nákazy podliehajú evidencii a ohlasovacej povinnosti!

Medzi ďalšie riziká patria **pády**. Pád je definovaný ako mimoriadna udalosť, keď pacient neplánovane klesne k podlahe.

Riziká zo strany **pacienta**: vek nad 65 rokov, poruchy hybnosti a chôdze, závraty, poruchy zraku a sluchu, slabosť, únava, dezorientácia, lieky...

Prostredie: zlé osvetlenie, mokrá podlaha, schodisko, zle umiestnený nábytok, kúpeľňa alebo toaleta bez pomôcok ku držaniu, koberčeky...

Predchádzanie pádom:

- starostlivá anamnéza, zhodnotenie rizika pádu, edukácia pacientov;
- časté kontroly, sledovanie zmien zdravotného stavu;
- primerané osvetlenie;
- protišmyková, suchá, čistá podlaha;
- vhodne umiestnený nočný stolík, elektrické káble - nie v ceste, zabrzdené lôžka;
- fungujúca signalizácia;
- používanie bočníc – vyžaduje aj zvýšené sledovanie pacienta;
- umiestnenie úchytiak, držiadiel v sociálnych miestnostiach, na chodbách.

Dekubity

Dobre organizovaná a kvalitná ošetrovateľská starostlivosť má zásadný význam nielen v liečbe dekubitov, ale predovšetkým pri ich prevencii. Tá spočíva v:

- polohovaní,
- používaní antidekubitových pomôcok,
- dostatočnej výžive, hydratácii,
- hygiene,
- ochrane pred infekciami.

Dekubity patria k významným indikátorom kvality ošetrovateľskej starostlivosti.

Dokumentácia

Od ošetrovateľskej dokumentácie sa očakáva, že bude vedená nielen v súlade s platnými predpismi, ale že bude na vysokej úrovni i po stránke odbornej, formálnej, estetickej či jazykovej.

Najčastejšie chyby pri vedení ošetrovateľskej dokumentácie:

- nie je uvedený dátum, čas a podpis;
- nečitateľnosť, nezrozumiteľnosť;
- používanie zbytočných skratiek, slangových výrazov;
- nie je pravidelne doplňovaná (napr. po podaní terapie chýba zaznamenanie jej efektu);
- neuvedený spôsob aplikácie liečby (i.m., s.c...);
- používanie nesprávnej terminológie;
- chýbajúce informácie v prekladovej správe.

Dokumentácia poskytuje rôzne informácie o zdravotnom stave pacienta, priebehu liečby nielen pre potreby ošetrojúceho personálu, ale aj pre príslušné orgány – posudkovú činnosť, súdne spory a i. Preto je nesmierne dôležité jej **správne vedenie**.

Nekvalitná komunikácia = riziko pochybenia

Môže nastať v dôsledku:

- zlých medziľudských vzťahov na pracovisku;
- nesprávneho pochopenie verbálnych alebo telefonických príkazov lekára;
- chybného podania liečiva v súvislosti so zlou komunikáciou;
- nedostatočnej komunikácie (s lekárom, pacientom – chorý často nie je informovaný, že bez vedomia zdravotníkov nesmie užívať nič navyše...);
- straty záujmu o chorého.

Ďalšie riziká pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti

- únik dôverných informácií;
- chybná identifikácia pacienta;
- nesprávne resp. chýbajúce označenie mŕtveho tela;
- chybné označenie biologického materiálu;
- poškodenie pacienta zdravotníckou technikou, ich nedostatočná údržba;
- krádeže osobného majetku chorého;
- nutričný deficit;
- nefunkčné alarmy;
- prekročenie kompetencií, nedostatočné vedomosti sestier;
- medikácia – nesprávna príprava, podanie, uskladnenie liekov, ich zámena pri podávaní, podanie už exspirovaných liečiv;
- prehliadnutie alergií;
- útek pacienta;
- aspirácie pacientov;
- zlyhanie pozornosti, pamäti;
- neprofesionálne správanie sestry.

Cieľom účinného programu manažmentu rizík je nielen minimalizácia výskytu pochybení, omylov, nežiaducich udalostí či porušovaní pravidiel, ale predovšetkým zlepšiť výkon pracovníkov na všetkých úrovniach riadenia celého systému.

Zameranie preventívnych opatrení:

- ochranné oblečenie, pomôcky;
- údržba prístrojov, revízie;
- procesuálny manuál s jasne definovanými rizikami;
- vzdelávanie personálu;
- segregácia finančných, materiálnych, ľudských a informačných aktivít;
- minimalizácia už spôsobených škôd.

Záver

Povolanie sestry je veľmi krásne a zaujímavé, zaslúži si úctu. Je však aj náročné, často až vyčerpávajúce a preto z práce sestry vyplýva značné riziko pochybenia. Napriek tomu by sme nemali strácať motiváciu k bezchybnej starostlivosti, lebo zaistenie bezpečnosti pacienta je nielen zodpovednosťou ošetrovateľstva ako profesie, ale tiež osobnou zodpovednosťou každej sestry.

Bibliografické odkazy u autora.

Kontakt

Anna Barteková

alteana@centrum.sk

INFORMOVANOSŤ PACIENTOV O ANTIKOAGULAČNEJ TERAPII

Jana Virgulová, Anna Bútorová, Stanislava Krnáčová

FZ SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Abstrakt

Tromboembolické príhody môžu komplikovať množstvo ochorení. Ročná úmrtnosť na tromboembolizmus je vyššia, ako úmrtnosť na AIDS, malignity či dopravné nehody. Antikoagulanciá sú látky, ktoré znižujú zrážanlivosť krvi. Sú základom prevencie a liečby žilového tromboembolizmu, fibrilácie predsiení, ischemickej choroby srdca a starostlivosti o kardiochirurgických pacientov. Zároveň slúžia ako profylaxia v prevencii vzniku trombov a embolických príhod. Vynechanie profylaxie pri stredne a vysoko rizikových pacientoch je všeobecne považované za medicínske pochybenie. Pacient nastavený na antikoagulačnú terapiu by mal byť dostatočne informovaný o charaktere liečby, spôsobe podania, dávke a selfmonitoringu INR.

Kľúčové slová

tromboembolizmus, antikoagulanciá, terapia, profylaxia, pacient.

Úvod

Tromboembolická choroba vzniká na podklade prítomnosti trombu v žilovom riečišti, kde spôsobuje čiastočnú alebo úplnú obštrukciu. Komplikáciou je následné uvoľnenie trombu a následná embolizácia vedúca k obštrukcii pľúcnych tepien. Pľúcna embólia a hlboká žilová trombóza sú súčasťou jednej choroby. Klinicky sa tromboembolická choroba člení na dve nozologické jednotky: flebotrombózu a pľúcnu embóliu. Flebotrombóza môže vyústiť do pľúcnej embólie, naopak pľúcna embólia môže mať i iné príčiny ako flebotrombózu. V širšom slova zmysle tromboembolické príhody sa môžu týkať i tepenného riečišťa, kedy zdrojom trombov resp. embolov je ľavá časť srdca, prípadne aorta, alebo iná časť tepenného riečišťa. Vzhľadom k tomu, že antikoagulačná a trombolytická liečba je zhodná tak v prevencii a liečbe žilovej trombózy ako aj tromboembolickej príhody, je potrebná dostatočná informovanosť pacientov o charaktere liečby v súvislosti s jej užívaním (Karetová, Staněk, 2005).

Antikoagulanciá sa delia tradične na priame a nepriame antikoagulanciá. Priame antikoagulanciá, vedú k inhibícii koagulačných enzýmov aktiváciou antitrombínu III. Preto ich účinok nastáva ihneď po styku s krvou a ich využitie je vhodné v urgentných prípadoch. Hlavným predstaviteľom tejto skupiny je heparín. Nepriame antikoagulanciá vedú k inhibícii pečenej syntézy koagulačných faktorov, ktoré sú závislé na prítomnosti vitamínu K. Týmto spôsobom dochádza ku vzniku nefunkčných faktorov zrážania krvi. Ich antitrombotický účinok nastáva s istou latenciou – niekoľko dní – čo vyplýva z doznievania účinnosti koagulačných proenzýmov, ktoré vznikli ešte pred podaním antikoagulačného lieku. Hlavným predstaviteľom tejto skupiny sú kumaríny (Chlumský, 2005). Napriek tomu, že farmakologické možnosti profylaxie TECH sa v posledných rokoch výrazne rozšírili, nebolo doposiaľ vynájdené „ideálne antikoagulans“. Vlastnosti takéhoto ideálneho lieku by mali byť:

- Perorálne podanie – teda podanie per os počas hospitalizácie a aj po prepustení.
- Prediktabilita – znamená bezpečnú a účinnú antikoaguláciu už od prvej dávky.
- Široké terapeutické okno – predstavuje bezpečnosť v rozmedzí rôznych denných dávok.
- Fixná dávka – určená pre väčšinu chorých s možnosťou bez úpravy dávky.
- Bez nutnosti monitoringu – čím dochádza k úspore nepriamych nákladov liečby, práce personálu a zníženiu nutných kontrol u lekára.
- Nízke riziko interakcií – teda užívanie potreby sledovania zloženia potravy a súčasne užívania iných liekov (Malý, 2010).

Významným predstaviteľom antikoagulancií je heparín. Používa sa ako nefrakcionovaný heparín – UFH – unfractionated heparin a frakcionovaný – nízko molekulárny heparín – LMWH – low-molecular-weight-heparin (Chlumský, 2005). Výhody LMWH v porovnaní s UFH:

- predvídateľný efekt,
- biologická dostupnosť, pri s.c. podaní nad 90%,
- dlhší plazmatický polčas, čo umožňuje s.c podanie 2 x denne, profylakticky 1x denne,
- sú eliminované výhradne renálnou cestou,
- možnosť podávať s.c, čo je jednoduchšie a umožňuje aj ambulantnú liečbu,
- menej ovplyvňujú funkciu doštičiek a majú veľmi malé riziko trombocytopenie,
- nie je nutnosť monitorovania,
- nižšie riziko osteoporózy (Chlumský, 2005).

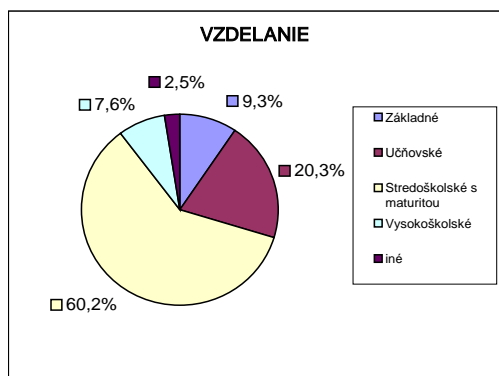
Warfarin patrí do skupiny nepriamych perorálnych antikoagulancií kumarínovej rady. V minulosti bol používaný Pelentan, v súčasnosti je u nás najrozšírenejší Warfarin. Warfarin zabraňuje recyklácii aktívnej formy vitamínu K a tým inhibuje pečenevú syntézu koagulačných faktorov závislých na vit. K (Chlumský, 2005). Po perorálnom podaní sa prakticky úplne vstrebáva. Maximálny účinok je pri warfarine dosiahnutý za 72 až 96 hodín, trvanie účinku je 96 až 120 hodín. Polčas v plazme je 36 – 42 hodín, čo umožňuje podávanie v jednej terapeutickej dávke denne (Widimský, Malý 2005). Ku sledovaniu účinku liečby kumarínmi sa dnes používa na vyjadrenie výsledku index INR. Optimálna INR účinne liečeného pacienta by sa mala nachádzať v rozmedzí 2,0 – 3,0. Pri stabilných hodnotách sa kontrola INR vykonáva 1x za 4 – 6 týždňov (Chlumský, 2005). Pri liečbe kumarínmi je potrebná edukácia pacienta o výživovej a liekovej interakcii s warfarínom. Edukácia pacienta a podávanie informácií pacientovi je oblasť činností sestry, ktorá je v praxi nespochybniteľná a v procese užívania antikoagulačnej liečby teda zahŕňa oblasť:

- edukácia o zásadách správneho podania lieku: správny liek, čas, spôsob podania, správna dávka,
- edukácia o správnej aplikácii bandáže, zábalov, obkladov, ošetrovaní kože a slizníc,
- edukácia o sledovaní nežiaducich účinkov liečby, prejavoch komplikácií,
- edukácia o možnosti selfmonitoringu INR prostredníctvom prístroja Coagu Check v domácom prostredí najmä pri zhoršenej mobilite pacienta neschopného realizovať pravidelné kontrolné odbery v ambulancii lekára (Štvrtinová, 2010).

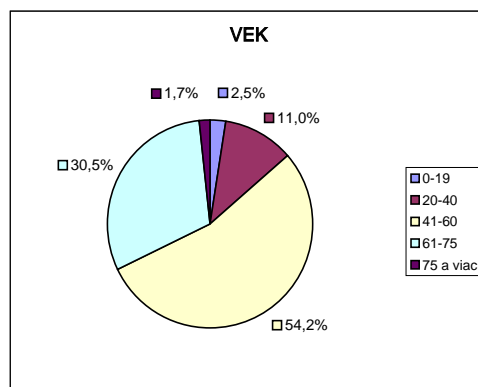


V realizovanom prieskume k tejto problematike sme si stanovili hlavný cieľ: Zistiť a ká je informovanosť pacientov o antikoagulačnej liečbe. Prieskum sme realizovali v mesiacoch november 2011 až január 2012. Oslovovali sme pacientov, ktorí v danom čase užívali istú formu antikoagulačnej liečby. Pri získavaní empirických informácií sme použili metódu dotazníka, ktorým sme oslovili 130 respondentov. Prieskum sa realizoval v chirurgických, interných ambulanciách a lôžkových častiach príslušných odborov vo Filakove, v Lučenci a v Rimavskej Sobote. Návratnosť dotazníkov bola 91% t.j. 118 dotazníkov. Dotazník obsahoval 23 položiek, z toho z hľadiska štruktúrovanosti 13 zatvorených,

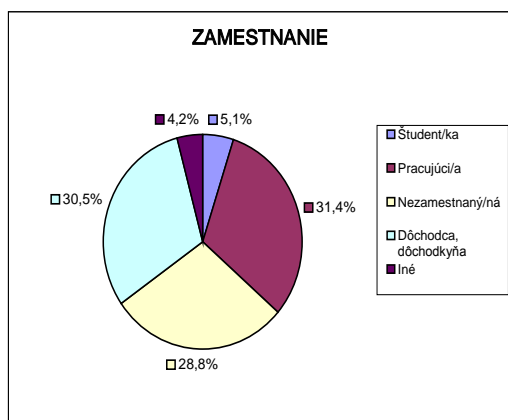
3 otvorených a 7 poloopených. Získané informácie sme vyhodnotili numericky, percentuálne a graficky.



Graf 1 Rozdelenie respondentov podľa vzdelania
respondentov podľa veku



Graf 2 Rozdelenie



Graf 3 Rozdelenie respondentov podľa zamestnania

V jednotlivých otázkach sme sa spýtovali či sa respondenti stretli s pojmom trombóza a embólia. 95 % respondentov uviedlo možnosť áno a z nich 81 % dokázalo pojmy aj správne slovne v otvorenej otázke zdefinovať. 86 % respondentov už užívalo antikoagulačnú liečbu aj v minulosti. Dôvodom pre užívanie antikoagulačnej terapie bol operačný výkon, sadrová fixácia končatiny, žilové ochorenie dolných končatín a 80 % respondentov užívalo antikoagulačnú liečbu preventívne. 88 % respondentov má informovanosť o vysokom riziku vzniku embolickej príhody až smrti pri svojvoľnom vynechaní antikoagulačnej liečby.

92 % pacientov užíva antikoagulačnú liečbu v injekčnej forme a 8 % v tabletovej. 58 % respondentov si injekčnú formu aplikuje samostatne na základe edukácie sestrou. 34 %

respondentov ovláda techniku injekčnej aplikácie antikoagulancia už minulosti v súvislosti s užívaním aj inzulínu. 42 % respondentom aplikuje injekčné antikoagulancium iná osoba alebo príbuzný. 14 % pacientov si samostatne neaplikuje injekčné antikoagulancium z dôvodu strachu a 20 % respondentom postup aplikácie injekčného antikoagulancia nikto nevysvetlil. 78 % respondentov bolo dostatočne informovaných o dĺžke užívania antikoagulačnej liečby a 26 % respondentov prejavilo ochotu získania ešte podrobnejších informácií o užívaní a aplikácii antikoagulačnej liečby. 46 % respondentov sa domnieva, že viac informácií o spôsobe aplikácie a užívania antikoagulačnej liečby im poskytla sestra a 48 % lekár. Iba 3 % opýtaných respondentov nepovažuje sestru za kompetentnú informovať pacienta o tejto problematike. Okrem zdravotníckeho personálu by ako zdroj informácií pacienti akceptovali rodinu a známych, internet, časopisy a knihy. Za TV a rozhlas bolo 15 % opýtaných. 47 % respondentov, prejavilo spokojnosť s ochotou sestry edukovať pacientov o aplikácii a užívaní antikoagulačnej terapie a 36 % respondentov uviedlo, že sestra bola ochotná edukovať pacienta v tejto problematike, ale z nedostatku času bola jej odpoveď strohá, alebo odkázali pacienta výlučne na lekára. 53 % respondentov ocenilo u sestier milý prístup a trpezlivosť, komunikatívnosť a profesionálne vystupovanie. 46 % respondentov sa domnieva, že pre edukáciu nemajú čas na základe pracovného vyťaženia a nízkej motivácie k takejto činnosti, čo dávajú do súvisu s medializáciou platového ohodnotenia sestier. Sumarizáciou získaných informácií sa domnievame, že pacienti, ktorí užívajú injekčnú antikoagulačnú liečbu majú dostatok informácií o jej charaktere, dobu užívania ako aj technike aplikácie. Nakoľko v našom prieskume sme zachytili viac pacientov nastavených na injekčnú formu antikoagulancia, dávame v tejto problematike do pozornosti sestier dôraz na edukáciu pacientov, ktorí užívajú tabletovú antikoagulačnú terapiu kumarínmi, nakoľko faktor výživovej a liekovej interakcie v súvislosti s užívaním warfarínu je v tejto oblasti prioritný.

Záver

Správne užívanie antikoagulačnej terapie je základom prevencie potenciálnych a nežiaducich komplikácií. Východiskom je správne nasmerovaná edukácia na pacienta užívajúceho daný typ antikoagulancia. Sestra v roli edukátorky by mala mať tak profesionálne ako aj osobné predpoklady pre realizáciu edukácie v tejto tak závažnej problematike. Pacient má ochotu prijímať informácie o tom, ako sa o seba starať v stave určitého ochorenia a my sme povinní mu tieto informácie poskytnúť, bez ohľadu na objektívne skutočnosti ovplyvňujúce našu profesiu.

Bibliografické odkazy

CHLUMSKÝ, J. a kol. 2005. *Antikoagulační léčba*. Praha: Grada, 2005. s.155. ISBN 80-247-9061-0.

KARETOVÁ, D. - STANĚK, F. a kol. 2005. *Angiologie pro praxi*. Praha: Maxdorf, 2001. 236 s. ISBN 80-85912-52-X.

MALÝ, J. a kol. 2010. *Trendy v profylaxii žilní tromboembolické nemoci. Doporučené operační postupy pro prevenci tromboembolické nemoci u rizikových nemocných*. Praha: Mladá fronta, 2010. s.195. ISBN 978-80-204-2021-3.

ŠTVRTINOVÁ, V. 2010. Štúdia RE-COVER- budúcnosť liečby VTE. *In Kompendium medicíny*. Review z odborných kongresov, zjazdov a sympózií. ISSN 1336-4871, 2010, roč. 2010, č.13. s. 21.

WIDIMSKÝ, J. - MALÝ, M. a kol. 2005. *Akútne plicné embolie a žilná trombóza. Patogeneza, diagnostika, liečba a prevence*. 2. rozšírené a prepracované vydanie. Praha: Triton, 2005. s.329. ISBN 80-7254-639-2.

Kontakt

PhDr. Jana Virgulová

FZ SZU so sídlom v Banskej Bystrici,

Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica

jana.virgulova@szu.sk

UPLATNENIE PRVKOV KONCEPTU MANŽELOV BOBATHOVÝCH PRI STAROSTLIVOSTI O HEMIPARETICKÉHO PACIENTA

Butorová Anna, Virgulová Jana

Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici, Katedra fyzioterapie/Fakulta
zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Problém cievnych ochorení mozgu sa stáva čoraz vážnejším. Cievne ochorenia mozgu invalidizujú ľudí ešte plných tvorivých síl a schopností. Vyradujú ich z práce a robia ich závislými od rodiny a spoločnosti. Bobath koncept je v súčasnosti jedným z najlepšie prepracovaných, svetovo uznávaných liečebných konceptov ošetrovania hemiparetikov a pacientov s iným poškodením mozgu. Ide o 24-hodinový režim, tímovú prácu skúseného kvalifikovaného personálu. Koncept smeruje k tomu, aby sa spoločnou prácou pacienta, ošetrovateľského personálu, fyzioterapeutov a lekárov systematicky cvičili stratené funkcie a aby sa zlepšili zaostávajúce funkcie na postihnutej strane. Vzdialený cieľ pritom je zachovať samostatnosť a životnú kvalitu postihnutého hemiplegika, prípadne vylepšiť a potrebu ošetrovania podľa možnosti obmedziť.

Kľúčové slová

Hemiparéza. Bobath koncept. Spasticita. Pohybová reedukácia.

Problém cievnych ochorení mozgu sa stáva čoraz vážnejším. Skoro polovica všetkých osôb s cievnu mozgovou príhodou má menej ako 60 rokov. So znepokojením sa však pozoruje stúpajúci trend chorobnosti a úmrtnosti u ľudí mladších, dokonca u ľudí pod 30 rokov. Cievne ochorenia mozgu invalidizujú ľudí ešte plných tvorivých síl a schopností. Vyradujú ich z práce a robia ich závislými na rodine a spoločnosti. Tým sa tieto choroby stávajú nielen problémom medicínskym, ale i ekonomickým a spoločenským. U mnohých pacientov dôjde k zlepšeniu, ale s pozostatkom určitého reziduálneho deficitu. Menšina pacientov sa upraví celkom. Dôvodom zlepšenia je schopnosť mozgu vytvárať nové náhradné spojenia, a tak alternatívnymi cestami obnoviť nutné denné činnosti aj pracovné návyky.

U pacientov s hemiparézou sa vyskytujú tieto štyri okruhy problémov z hľadiska pohybovej liečby:

- porucha normálnych posturálnych reflexných mechanizmov, vzpriamovacie, rovnovážne a obranné reakcie, adaptačné zmeny svalového napätia pri pôsobení zemskej tiaže. Hemiparetik nie je schopný sa oprieť o postihnutú HK, bráni sa zaťažovať postihnutú DK. Dochádza ku kompenzačnej aktivite na zdravej strane,
- strata izolovaných pohybov – hemiparetik nie je schopný vykonávať množstvo pohybových stereotypov,
- spasticita.

Pri cievnnej príhode dôjde k dezintegrácii celého mozgu, pričom môže byť viac alebo menej postihnutá celková činnosť CNS. Z toho dôvodu sa u hemiparetikov pridružujú neuropsychologické poruchy:

- afázia,
- homonymná hemianopsia – výpadok polovice zorného poľa na tej istej strane ako paréza,
- agnózia – porucha poznávania, sluchová, zraková, taktilná, anozognózia,
- neglekt – zanedbávanie priestoru, polovice tela na strane parézy,
- apraxia – porucha programovania pohybu,
- porucha vnímania informácií z povrchovej a hĺbkovej citlivosti,
- poruchy afektivity – nutkavý plač, nutkavý smiech (Krall, 1999).

Spasticita je jedným z najcharakteristickejších prejavov hemiparézy. Navonok sa javí ako nechcené zvýšenie svalového napätia, ktoré má tendenciu dostávať končatiny do nefyziologického postavenia a tým znemožňovať vykonávanie fyziologických pohybov. Hlava, trup a končatiny ochrnutej strany sú ťahané do neželaných a nefunkčných postavení, ktoré sú príčinou stereotypného obrazu držania a pohybu tela. Kvalita, intenzita a segmentová distribúcia spasticity závisí od lokalizácie, rozsahu, povahy a dynamiky poškodenia (Gúth, 2004.)

Fyziologický pohyb predpokladá fyziologický tonus! Tonus musí byť dosť vysoký, aby sme mohli prekonať zemsú gravitáciu, vzpriamiť sa a udržať zaujatú polohu, napr. sed, stoj, avšak dostatočne nízky, aby sme mohli vykonávať pohyby(Krall, 1999).

Intenzita spasticity môže byť nulová, mierna, stredná, silná až rigidita. Čím je silnejšia, tým sa ťažšie vykonáva pohyb a čím je slabšia, tým menej bráni pohybu v opačnom smere. Určitý stupeň spasticity je ale vždy prítomný. Buď bráni pohybu alebo má na svedomí zľú

koordináciu pohybu. Spasticita je teda priamo zodpovedná za motorický deficit pacienta a je hlavným problémom liečby hemiparézy (Gúth, 2004).

Zakladateľmi Bobath konceptu sú manželia Karl a Berta Bobathovci. Ich celoživotnému dielu, z ktorého sa vyvinul terapeutický koncept, sa vo svete preukazovala veľká pozornosť.

Karl Bobath a Berta Ottilie Busse sa narodili v Berlíne v rokoch 1906 a 1907. Pred 2. svetovou vojnou pre svoju židovskú vieru emigrovali do Londýna. Náhodou sa obaja emigranti, ktorí sa poznali už od detstva, stretli v Londýne a neskôr zosobášili.

Vývoj Bobath konceptu začal v roku 1943, kedy bola pani Berta, fyzioterapeutka, požiadaná, aby liečila vo vojne zraneného hemiplegika. Na základe pozorovania, metódou pokusu a omylu si všímala, ako reaguje na jej podnety. Pri liečbe hemiparetického pacienta pozorovala, že jeho výrazná spasticita sa v určitých polohách zmenšila alebo dokonca zmizla. Z toho pani Bobath vypožorovala, že spasticita je ovplyvniteľná polohou a pohybom tela, a že nie je, tak ako sa doposiaľ predpokladalo, pevný konštantný fenomén. Bobath-koncept je teda empirický liečebný koncept. Neurofyziologické základy konceptu boli až dodatočne vypracované manželom pani Berty, neurológom Dr. Karlom Bobathom. Manželia Bobathovci nimi vypracovaný pracovný postup nazývajú konceptom a nie metódou s presným návodom. Bobath koncept teda neobsahuje predpísané presné techniky ošetrovania alebo cvičení, ktoré sa musia striktné dodržiavať, ale berie na zreteľ individuálne možnosti každého pacienta. V súčasnosti je tento koncept jedným z najlepšie prepracovaných, svetovo uznávaných liečebných konceptov ošetrovania hemiparetikov a pacientov s iným poškodením mozgu. V súčasnosti nesie tento koncept názov Neurovývojová terapia. Tento koncept nie je uzavretý, stále sa vyvíja, je otvorený novým poznatkom. Na území bývalého Československa sme sa s konceptom z dôverne známych spoločenských dôvodov mali možnosť zoznamovať až na sklonku minulého storočia. Prvé kurzy sa organizovali až v posledných rokoch dvadsiateho storočia a možno to je dôvod, prečo niektoré pracoviská doposiaľ nezaradili prvky Bobath konceptu do komplexnej starostlivosti o hemiparetického pacienta.

Koncept smeruje k tomu, aby sa spoločnou prácou pacienta, ošetrovateľského personálu, fyzioterapeutov a lekárov systematicky cvičili stratené funkcie a aby sa zlepšili zaostávajúce funkcie na postihnutej strane. Veľmi dôležitá je spolupráca pacienta, jeho záujem o zlepšovanie stavu a pozitívna motivácia, ktorá závisí aj od dobrého rodinného zázemia. Pri akejkoľvek manipulácii s hemiparetikom nesmieme zabúdať na to, že po práci

určitej časti tela musí dôjsť k jej uvoľneniu, aby sa predchádzalo vývoju spasticity. Aktivity sa nacvičujú postupne podľa vývojových štádií, kým pacient nezvládne predchádzajúcu aktivitu, nemali by sme pokračovať ďalšou. Postupujeme od jednoduchšieho k zložitejšiemu, od centra k periférii, od horizontálnej polohy k vertikálnej. Vynechanie niektorej z reedukačných aktivít sa neskôr odrazí na nižšej výslednej kvalite pohybu. Snažíme sa predísť predčasnej vertikalizácii pacienta, pretože to môže mať za následok zvýšenie spasticity. Je lepšie počkať s chôdzou niekoľko týždňov a postupne nacvičovať predchádzajúce aktivity a keď pacient ovláda trupové svalstvo, až potom začať s nácvikom stoja a chôdze. Na predčasnú vertikalizáciu organizmus reaguje vývojom obrannej patologickej spasticity, ktorú sa nám neskôr už nepodarí odstrániť. To znamená, že predčasným postavovaním pacienta sme spomalili zlepšovanie hybnosti a chôdze pacienta a zvýšili jeho spasticitu.

Vzdialený cieľ pritom je zachovať samostatnosť a životnú kvalitu postihnutého hemiplegika, prípadne vylepšiť a potrebu ošetrovania podľa možnosti obmedziť. Na zabezpečenie úspešnosti rehabilitačného procesu je dôležité, aby sa Bobathov koncept začal uplatňovať hneď po zdiagnostikovaní ochorenia. Čím skôr sa začne práca s pacientom, tým rýchlejšie a lepšie výsledky možno dosiahnuť. Dokonca aj u pacientov, ktorí zo začiatku neboli ošetrovaní podľa Bobath konceptu, mali príhodu pred mesiacom alebo rokom, možno často dosiahnuť priaznivé zlepšenia.

V minulosti používané rehabilitačné praktiky pri centrálnych léziách mali za cieľ postihnutého hemiplegika čo najrýchlejšie mobilizovať a „nejakým, akýmkoľvek spôsobom“ naučiť chodiť.

Bobath koncept zahŕňa nielen cvičenie, ale aj komplexnú starostlivosť o pacienta, ako má k nemu pristupovať ošetrovateľský personál, rodinný príslušníci. Ide o 24-hodinový režim, tímovú prácu skúseného kvalifikovaného personálu. Každý kto príde do styku s pacientom má podiel na kvalite jeho života. Aká bola poskytnutá prvá pomoc pacientovi, manipulácia, polohovanie, vykonávanie bežných denných činností, to všetko má vplyv na jeho budúci život.

Metóda manželov Bobathovcov pri výcviku hybnosti osôb s porušením CNS obracia pozornosť na význam nižšie stojacich pohybových center. Facilitácia pohybu sa uskutočňuje pomocou primitívnych pohybových vzorcov. Jednotlivé riadiace centrá sú radené hierarchicky, čo znamená, že každé vyššie centrum má nadvládu nad centrom nižším. Vzájomné prepojenie všetkých centier je rozsiahle. Preto pri poruche niektorého z centier je nádej, že pri rekonštrukcii pohybov môže byť do značnej miery nahradené.

Prostriedky Bobath konceptu:

- Polohovanie – správne polohovanie využívame k ovplyvneniu svalového tonusu a podpore uzdravovacieho procesu, snažíme sa znižovať spasticitu končatín.
- Guiding – vedenie pacienta normálnym pohybom, spôsob aktívneho učenia.
- Placing - automatická schopnosť sledovať a udržiavať pohyb, vedieť vyvinúť dostatočnú silu na udržanie hmotnosti končatiny vo zvolenej polohe.
- Tapping
- Handling - všetky úkony a spôsoby pohybovej manipulácie s pacientom. Nejedná sa len o pohyby „s hmotou pacient“, ale vždy predstavuje aj liečebný zásah vo forme správneho vstupu pre reguláciu tonusu s prípravu funkčných pohybových sledov. Handling znamená poskytovanie hemiparetikovi iba také množstvo pomoci, ako je potrebné, a naopak, tak málo pomoci, ako je možné . Handling sa realizuje vykonávaním pohybov presne vedenými hmatmi v presne stanovenom slede pohybov.
- Transfer (Bobathová, 1997, Krall, 1999, Urbas, 1996).

Záver

Pri práci s pacientmi po náhlej cievnej mozgovej príhode musíme uvažovať o zlepšovaní stavu v dlhšej časovej rovine, a to až do obdobia 2 rokov od vzniku ochorenia, ak je to potrebné. Metóda manželov Bobathovcov vychádza z pohybového vývoja a rešpektuje jednotlivé fázy pohybu od narodenia. Najprv sa pacient v ľahu na chrbte učí ovládať svalstvo trupu vo všetkých smeroch. Facilitácia smerom k normálnemu pohybovému prejavu sa uskutočňuje po krokoch. Sú dané pevne, ich poradie sa nesmie preskakovať. Uplatnením všetkým popísaných zásad sa dá predísť u pacienta vzniku bolestivého pleca a syndrómu ruky, čím sa zabezpečí optimálna funkcia hornej končatiny (Krall, 1999).

Bibliografické odkazy

BOBATHOVÁ, B. 1997. *Hemiplégia dospelých*. 1.vyd. Bratislava: LIEČREH GÚTH, 1997. 177 s. ISBN 80-967383-4-8.

GÚTH, A. 2004. *Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov*. 3.vyd. Bratislava: LIEČREH GÚTH, 2004. 470 s. ISBN 80-88932-16-5.

KRALL, B. 1991. *Fyzioterapia v neurológii*. Časť I. 1.vyd. Bratislava: ASKLEIPOS, 1999. 131 s. ISBN 80-7167-037-5.

URBAS, L.: *Pflege eines Menschen mit hemiplegie nach dem Bobath-Konzept*. Stuttgart: Thieme, 1996. 247 s. ISBN 3-13-100341-3.

Kontakt

Butorová Anna, PhDr. , Virgulová Jana, PhDr.

Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica

MOŽNOSTI VYUŽITIA ORTÉZ U PACIENTOV PO CIEVNEJ MOZGOVEJ PRÍHODE

Lucia Brestovičová

Neurologická klinika, Košice

Abstrakt

V súčasnosti sa kladie dôraz na aktivitu, samostatnosť, efektívne využitie voľného času a vysokú produktivitu v práci. Touto prácou by som chcela poukázať na možnosti využitia ortéz u pacientov po cievnej mozgovej príhode, ktorý v dôsledku ochorenia majú dočasné alebo trvalé poškodenie zdravia. Cieľom práce je ponúknuť alternatívne riešenia, ktorými by sa dal priaznivo ovplyvniť život človeka s cievnu mozgovou príhodou, ich začlenenie sa do aktívneho života, napomôcť predchádzaniu sekundárneho poškodenia ale aj zlepšenie informovanosti pacientov a zdravotníckych pracovníkov o možnostiach a novinkách, ktoré ponúka trh.

Kľúčové slová

Následky CMP, starostlivosť- multidisciplinárny tím, rehabilitácia, ortézy.

Cievne mozgové príhody sú závažným medicínskym, sociálnym a ekonomickým problémom civilizačného sveta. Približne 30% ľudí po prekonaní cievnej mozgovej príhody ostáva s handicapom a asi jedna tretina osôb, ktoré ju mali po prvý krát, nedosiahla ešte vek 60 rokov. Z toho je zrejmé, že ľuďom, ktorí sú ešte v produktívnom veku, je potrebné pomôcť, aby sa čo najskôr začlenili do aktívneho života. Práve preto sa do popredia dostáva moderná rehabilitácia, ktorá využíva moderné technologické vymoženosti.

Následky CMP

Následky CMP, závisia vo veľkej miere od lokalizácie, veľkosti defektu, ale aj od veku a genetickej predispozície.

Somatické následky

Poruchy motoriky – **centrálne parézy** (patria k najdôležitejším problémom, čoho dôsledkom je úbytok svalovej sily, zvýšenie svalového tonusu, akceptácia reflexných odpovedí a prítomnosť pyramídových javov), extrapyramídové a mozočkové syndrómy, poruchy hlavových nervov, poruchy rovnováhy, poruchy autonómnych funkcií, porucha senzitívnych funkcií, porucha zmyslového vnímania.

Spasticita je porucha svalového tonusu. Bezprostredne po vzniku CMP dochádza k vzniku svalovej hypotónie, ktorá sa časom vyvinie do spasticity. Následkom spasticity je vznik kontraktúr, ktoré majú za následok znefunkčnenie končatín.

Bolestivé rameno vzniká následkom oslabenia svalov, ktoré prispievajú k stabilizácii ramena. Bolestivé rameno výrazne ovplyvňuje prácu celej končatiny a zhoršuje stereotyp chôdze.

Hemiparéza s poruchou citlivosti má horšiu prognózu než hemiparéza bez tejto poruchy. Najdlhšie trvá návrat jemnej motoriky.

Algodystrofia paretickej ruky - ruka je opuchnutá, hlavne na dorzálnnej časti, môže byť bledá alebo začervenalá, mramorovaná, teplejšia alebo chladnejšia.

Pri reedukácii hybnosti musíme pamätať na to, že cieľom nie je iba obnova hybnosti, ale správne funkčné využitie končatiny, zlepšenie sebestačnosti a začlenenie sa do spoločnosti

Kognitívne následky

Porucha pozornosti, orientácie, pamäte, myslenia, apraxia, agnózia, afázia, porucha abstrakcie a vizuospeciálne vnímanie.

Neurobehaviorálne následky

Tieto poruchy výrazne ovplyvňujú spoluprácu pacienta a vývoj rehabilitácie. Patrí sem: apatia, impulzivita, iritabilita, agresivita, depresia, úzkosť, emočná labilita, strata iniciatívy.

Starostlivosť o pacienta s CMP

Starostlivosť o pacienta s CMP zabezpečuje multidisciplinárny tím (zahŕňa: sestry a lekárov, fyzioterapeutov, ergoterapeutov, klinického logopéda, neuropsychológa, sociálneho pracovníka, protetika), ktorí na základe rôznych dotazníkov, škál, indexov, testov, hodnotia somatický a kognitívny stav, ako aj možnosti spolupráce s pacientom.

Rehabilitácia

S rehabilitáciou sa musí začať čo najskôr a pokračovať dostatočne dlhú dobu, približne niekoľko týždňov až mesiacov. Začína v nemocničnom zariadení na Neurologickom oddelení, pokračuje na OFBLR, napokon v domácom prostredí a následnej zdravotnej starostlivosti - v kúpeľoch. Úspech závisí od typu, rozsahu a lokalizácie chorobného ložiska a v neposlednom rade aj od spolupráce a vôle pacienta. Rehabilitácia umožní pacientovi získať stratené pohybové schopnosti, zachovať si mobilitu, naučiť sa používať kompenzačné pomôcky získať náhradné zručnosti, ako

aj písanie druhou rukou, získať sebestačnosť v obliekaní, jedení, či hygiene. Niektorí ľudia sa CMP takmer celkom zotavia, iní môžu mať závažné problémy ešte po rokoch.

Rehabilitácia v akútnej fáze

Polohovanie a akákoľvek manipulácia s chorým a vychádza z Bobath konceptu. Pri polohovaní imobilného pacienta sledujeme všeobecné aspekty ako sú: prevencia rozvoja sekundárnych zmien, biomechanické aspekty, antidekubitárny program. Pri polohovaní sa preferuje: fyziologická poloha, postavenie jednotlivých segmentov s funkčne centrovaným postavením kľúčových kĺbov, rešpektovanie antispastického princípu. **Polohovacie ortézy** na horné a dolné končatiny sú vyrobené podľa skutočných rozmerov pacienta a prikladá ich fyzioterapeut po predchádzajúcom precvičení a uvoľnení spasticity na cca 2 hodiny.

Dychová gymnastika je súčasťou všetkých cvičení, využíva sa pri znížení pľúcnej ventilácie u imobilných pacientov. Delí sa na: základnú a špeciálnu.

Pasívna liečebná telesná výchova – ide o pohyb, ktorý vykonáva iná osoba alebo prístroj, pri úplnej relaxácii svalstva pacienta. Pohyb sa vykonáva s uvoľneným svalstvom po pocit bolesti a často sa prevádza za súčasného ťahu. **Motodlahy** sú prístroje, ktoré napomáhajú: pri zväčšení rozsahu pohybu jednotlivých kĺbov, výrazne skracujú dĺžku rehabilitácie, zlepšujú látkovú výmenu a zamedzujú stuhnutosť kĺbov, zlepšujú vstrebávanie hematómu a znižujú bolestivosť kĺbov, liečba znižuje spotrebu analgetík

Aktívna liečebná telesná výchova , čiže pohyb, ktorý sa využíva k nácviku sebaobsluhy a základných pohybových aktivít, ktoré zahŕňajú zvládanie osobnej hygieny, obliekanie, príjem jedla, otáčanie sa na posteli, posadzovanie sa, presun z postele do kresla a opačne, ako aj postoj. Cieľom nácviku je maximálna možná sebestačnosť. Chorí vykonávajú pohyby vlastnou silou a vôľou.

Relaxácia patrí k dôležitým zložkám pri nácviku hybnosti pacientov po cievnej mozgovej príhode. Relaxáciu terapeut vykonáva medzi cvičením, aby uvoľnil zvýšený svalový tonus, ktorý vzniká pri aktivácii svalu.

Špeciálne facilitačné metodiky:-*Kabatova metodika*, ktorej základom je uľahčovanie pohybov tela a to pomocou signalizácie z Golgiho orgánu, svalového vretienka, receptorov uložených v kĺboch a na koži a - *Bobathovej metodika v rehabilitácii dospelých*
Vertikalizácia sa vykonáva pri zlepšení stavu pacienta, ktorý bol pripútaný na lôžko. Začíname nácvikom sedu, stoja a následne nácvikom chôdze, čím vedieme pacienta k väčšej pohyblivosti a samostatnosti.

Dynamický vertikalizátor Balance Trainer - Ide o moderný prístroj svojho druhu na našom trhu, ktorý umožňuje statický a dynamický postoj v rozmedzí 0 - 6° - 12° do všetkých strán, pri zachovaní absolútneho bezpečia pre pacienta a fyzioterapeuta.

Tento prístroj aktivuje svalovú hmotu, umožňuje nastavenie pre cieľný tréning svalstva trupu a nôh, začínajúc postojom, nácvikom kroku a prenášaním rovnováhy.

Kondičné cvičenie – ich účelom je zlepšenie metabolizmu, zdatnosti organizmu, urýchlenie regeneračných a reparačných pochodov, zmenšenie psychickej traumy, prevencia vzniku komplikácií.

Dlhodobý rehabilitačný program

Pri dlhodobom rehabilitačnom programe je potrebné pacienta inštruovať o zmene životosprávy v zmysle stravovacích návykov, správnej pohybovej aktivity a obmedzenia rizikových faktorov. Dlhodobý rehabilitačný plán zostavujeme podľa pretrvávajúcich následkov po cievnej mozgovej príhode. Ak je to potrebné, je vhodná správna reedukácia chôdze, nácvik jemnej motoriky pomocou postupov v ergoterapii, prípadne ďalší nácvik sebaobslužných činností. Dôležitá je aj integrácia pacienta do sociálno-pracovnej sféry. Ak u pacienta pretrváva motorická afázia a problémy s rečou, je potrebná spolupráca pacienta s logopédom. Pacient s hemiparézou má typický postoj, ktorý pomocou ortéz potrebujeme čo najviac priblížiť fyziologickému stavu. Z dlhodobého hľadiska pre urýchlenie liečenia a uľahčenia rehabilitácie boli vyvinuté mnohé ortoticko – protetické pomôcky.

Ortézy

Ortézy sú ortopedické pomôcky, ktoré ovplyvňujú funkciu pohybových ústrojov: udržiavajú časti tela v žiaducich polohách, uvádzajú časti tela do potrebných polôh, nahrádzajú stratené funkcie, uvádzajú postihnutie do znesiteľnejšieho stavu.

Protetik zaisťuje optimálne individuálne vyrábané ortézy, kompenzačné pomôcky, špeciálne vyrábanú obuv, ortopedické vložky,

- *ortézy* pomáhajú stabilizovať kĺby u plegických, či ťažko paretických končatín, udržiavajú kĺby v správnom funkčnom postavení, umožňujú i funkčný rozsah pohybu,

- *prostriedky pre zlepšenie lokomócie a sebestačnosti* významným spôsobom pomáhajú, sú významnými facilitátormi a umožňujú pacientom aj pri veľmi zlej kapacite dostatočnú sebestačnosť v bežných denných aktivitách (k najčastejším pomôckám pre zlepšenie lokomócie patria vozíky mechanické, elektrické, chodítka, barle, palice),

- *pomôcky zlepšujúce sebestačnosť* sú napríklad pomôcky pre osobnú hygienu, nástavce na WC, sedačky na vaňu, toaletné kreslá, vozíky, využívajú sa tiež podávače, nástavce na kefký, hrebene, špeciálne príbory, zariadenia na krájanie, fixačné a protišmykové podložky.

- *pomôcky uľahčujúce život ľuďom s veľmi ťažkým postihnutím*, ktorí sú odkázaní na pomoc inej osoby, ide napríklad o zdviháky do kúpeľne, polohovacie posteľe s antidekubitárnymi matracmi a inými pomôckami.

- *Liečebné pomôcky pri rehabilitácii CMP*, už nie sú obmedzené iba na kompenzáciu straty funkčnosti ale pomáhajú podporovať učenie motoriky, čím sú vhodné pri zlepšení výsledkov rehabilitácie ako aj pri základnej starostlivosti o pacienta. Firmy prinášajú na trh **ortézy HK** - ramenné, zápästné, ktoré udržiavajú postihnutú hornú končatinu v správnej polohe, znižuje sa tým bolesť, čo sekundárne vplýva na stabilitu chôdze.

Ortézy DK, napomáhajú udržať stabilný postoj a umožňujú nácvik správnej chôdze. Kolenná ortéza zabraňuje hyperextenzii a členkové ortézy slúžia na podporu dorzálny flexie chodidla pri nácviku chôdze.

Záver

Bolo tu opísané ochorenie s možnými somatickými, kognitívnymi a neurobehaviorálnymi následkami, ako aj následná starostlivosť vo forme akútnej a dlhodobej rehabilitácie. V súčasnosti sa do popredia stále viac a viac dáva modernizácia v oblasti zdravotníctva, preto je potrebné podotknúť, že aj keď trh ponúka množstvo moderných technických prístrojov a pomôcok na rehabilitáciu, v zdravotníckych zariadeniach ich nie je vidno. Z vlastnej skúsenosti viem, že často to viazne práve na nedostatočnej informovanosti personálu o možnostiach, ktoré sú ponúkané ortotickými firmami.

Bibliografické odkazy

- KALVACH, P.et. al. Mozgové ischemie a hemoragie. Praha: Grada, 1997. 440 s. ISBN 80-7169-109-7.
- World Health Organisation.: Promoting independence following a stroke. Prelad: ŠECLOVÁ, S.: Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0592-3.
- KAPOUNOVÁ, G. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada 2007. 350s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- GÚTH, A. a kol.: Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov. Bratislava: Liečreh Gúth, 2004 399 s. ISBN 80-88932-16-5.
- HROMÁDKOVÁ, J. a kol: Fyzioterapie. Jihočany: H&H Vyšehradská s.r.o, 2002. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
- KAČINETZOVÁ, A- JUHAŇÁKOVÁ, M- KOLÁŘOVÁ, M. a kol.: Rehabilitace sborník příspěvku. Praha / Kroměříž: Triton, 2010. 219 s. ISBN 978-80-7387-299-1.
- BROZMANOVÁ, B. a kol.: Ortopedická protetika, Učebnica pre stredné zdravotnícke školy. Vydavateľstvo Osveta, 1990. 478s. ISBN 80-217-0133-1.
- ORTOTECH, Ponuka produktov: Výroba ortopedických pomôcok na mieru [on line], [prevzaté 2011-05-08]. Dostupné na internete: http://www.ortotech.sk/produkty.html#horne_neban_fix.
- Ortézy a bandáže, Quality for life 2011, Medical, Otto Bock Slovakia s.r.o., reklamný materiál.
- Otto Bock, Slovakia s.r.o, Ortézy a bandáže/Ortézy zápäšného kĺbu, Manu ComfortT [on line], [prevzaté 2011-05-08]. Dostupné na internete: <http://www.ottobock.sk/index.php?p=66&itemId=17>

Kontakt

Bc. Lucia Brestovičová

Neurologická klinika, UNLP Košice -JIS

PSYCHICKÁ A FYZICKÁ ZÁŤAŽ SESTIER PRACUJÚCICH NA JEDNOTKE INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

Renáta Belková

Neurologická klinika, UNLP Košice

Abstrakt

Práca sestier na jednotkách intenzívnej starostlivosti je vznešeným poslaním, no i veľmi dynamickou a náročnou skúškou ich fyzickej a psychickej sily a vytrvalosti. Na prácu sestry sa v súčasnom systéme zdravotnej starostlivosti kladú vysoké nároky. Niekedy sa s jej obetavosťou doslova ráta a presúvajú sa na ňu aj úlohy iných. Mnoho sestier sa aj napriek vysokým pracovným nárokom nechce vzdať svojho povolania, pretože ich práca naplňuje a vykonávajú ju s láskou. Ošetrovateľské povolanie dnes vykonáva moderná žena, ktorá chce žiť a realizovať sa v profesionálnom aj v osobnom živote. Spoločenské a hmotné ocenenie jej práce nie je primerané, čo neraz spôsobuje postupnú stratu motivácie, psychickej a fyzickej vyčerpanie. Preto by sme mohli charakterizovať profesiu sestry na JIS ako jedno z najťažších povolání, na ktoré pôsobia rôzne rizikové faktory. Dopady preťaženia a dlhodobého stresu majú často za následok, že trpia nielen sestry, ale aj samotný pacient. Ak sestry získavajú zručnosti a schopnosti zvládať záťažové situácie, dokážu lepšie hodnotiť a včas rozpoznať varovné signály. Musia si dôkladne všimnúť prejavy vlastného organizmu na únavu a nachádzať vhodné spôsoby načerpania energie, dbať na dostatok spánku, oddychu a relaxu. Prvky fyzickej, psychickej záťaže a spolupôsobenie faktorov pracovného prostredia sa v značnej miere spolupodieľajú na zdravotnom stave pracovníkov v zdravotníckych zariadeniach, sestry nevyvímajúc.

Kľúčové slová

Sestra. Psychická záťaž. Fyzická záťaž. Jednotka intenzívnej starostlivosti.

Požiadavky na sestru pracujúcu na jednotke intenzívnej starostlivosti

Práca sestry na jednotke intenzívnej starostlivosti je veľmi náročná a túto prácu by mali vykonávať sestry s vysoko odbornými vedomosťami, technickým talentom a charakterovými vlastnosťami, ktoré umožňujú sestre správne zasiahnuť v kritickej situácii. Inteligencia, rozhodnosť a disciplína to sú predpoklady pre sestru pracujúcu na jednotke intenzívnej starostlivosti.

Kvalifikovaná sestra nečaká len na pokyny lekára. Rýchle tempo v súčasných zdravotníckych zariadeniach od sestry vyžaduje aby posudzovala, predvídala a hodnotila stav pacienta. Behom piatich minút reagovala na situáciu tak, aby starostlivosť o pacienta bola maximálne účinná a koordinovaná. Je to veľmi ťažká úloha i pre tú najskúsenejšiu sestru. Zvlášť keď ide o urgentné stavy kde nerozhodnosť a pochybenie môže mať fatálne následky. Samozrejmosťou povolania by mala byť humanita, ktorá je základom povolania sestry. Ťažisko práce sestry pracujúcej v intenzívnej starostlivosti spočíva v kontinuálnej observácii, nárazovej liečbe a podrobnej dokumentácii v ošetrovaní pacientov na jednotke intenzívnej starostlivosti. Sestra by mala mať základnú orientáciu v skórovacích systémoch používaných v intenzívnej starostlivosti. Musí poznať orientačnú patofyziológiu pri zlyhávaní jednotlivých orgánových systémov. Základné zásady klinického, biochemického a hemodynamického monitorovania. Zároveň musí ovládať a dodržiavať základné etické problémy z hľadiska prijímania a hospitalizácie pacientov na jednotke intenzívnej starostlivosti. Etika sestry kladie veľký dôraz na hodnotu a dôstojnosť človeka. Sestry musia rešpektovať profesionálne názory iných, rozvíjať normy svojej profesie a zakladať mechanizmy na odkrytie neetického konania a jeho potlačanie.

Pre sestry pracujúce na jednotke intenzívnej starostlivosti je práca v tíme s lekármi a ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi samozrejmosťou. Dobre zohraný tím je elitou v poskytovaní tejto špecializovanej, akútnej a náročnej starostlivosti. Vzťahy medzi pracovníkmi môžu byť rôzne, líšia sa postavením, vzdelaním, môže ísť o rozdiely kultúrneho cítenia, napriek tomu však je nutné dosiahnuť, aby ľudia na pracovisku spolu hovorili, odovzdávali si svoje skúsenosti, vedomosti, informácie, ktoré sú potrebné k práci. Kilíková (2006) navrhuje niekoľko postupov k zlepšeniu komunikácie sestry – manažérky:

- kým začneme komunikovať – ujasniť si myšlienky,
- vnímať fyzické prostredie, vyhýbať sa rušivým momentom,
- vnímať duševné prostredie,
- poradiť sa s ostatnými (istota, či máme správne a dostatok informácií),
- obsahu správy musí zodpovedať tón hlasu,
- oznámiť príjemcovi niečo užitočné, cenné, pochvalné,
- podporiť komunikáciu pozitívnym neverbálnym prejavom,
- byť aktívnym poslucháčom,
- byť asertívnym (Kilíková , 2006).

Pacient a príbuzní hodnotia sestru, lekára a zdravotnícky personál na jednotke intenzívnej starostlivosti ako celok. Nie vždy dokážu zhodnotiť odbornosť a dobre prevedené výkony. Nezabudnuteľnou zložkou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti je komunikácia nielen s pacientom, ale i spolupracovníkmi konziliárnych vyšetrení, rodinnými príslušníkmi a návštevníkmi zdravotníckeho zariadenia.

Príčiny a stupne psychickej záťaže sestier

Neprimerané úlohy a požiadavky – sú najčastejším typom situácií, ktoré vyvolávajú psychickú záťaž. Ide o také druhy úloh a požiadaviek, ktoré kladú na človeka kvantitatívne a kvalitatívne vyššie nároky ako je rozsah jeho psychických a fyzických síl. Kvalitou svojich požiadaviek na človeka presahujú kritický bod jeho možností. Nerešpektujú zákonitosti rytmicity v činnosti a odpočinku, činnosti nervovej sústavy, psychiky a ľudského organizmu.

Problémové situácie – najzávažnejšie sú tie, v ktorých stojí človek pred problémom vyrovnáť sa s novým systémom povinností a požiadaviek, pre riešenie ktorých zatiaľ nie je vyzbrojený dostatočnými skúsenosťami.

Prekážky – reprezentujú psychickú záťaž. Človek často reaguje rozhodovaním sa medzi tromi možnými typmi subjektívnej reakcie na prekážku, a to útokom, premysleným účelovým prekonaním bariéry pri dosahovaní cieľa alebo afektívnou, impulzívnou neadekvátnou agresivitou, voľbou a akceptovaním nástupného cieľa, rezignáciou alebo psychickým zlyhaním (Boroš a kol., 1999).

Nedostatok kompetencií – sestry to pociťujú ako nízky podiel na rozhodovaní v starostlivosti o pacienta.

Postavenie žien – ženy tvoria polovicu populácie, aj napriek tomu zarábajú jednu desatinu svetového príjmu. Práca ženy je hodnotená nižšie ako práca muža.

Dominantnosť medicíny – sestra sa považuje za pomocníčku, ktorej úlohou je plniť lekárove príkazy.

Nedostatok pomocného zdravotného personálu – väčšiu časť práce pomocného personálu vykonáva sestra, ktorá potom nemá dostatok času na zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti.

Stupne záťaže

- bežná záťaž – človek nemusí mobilizovať svoje rezervy, burcovať psychiku k zvýšenej činnosti.

- zvýšená záťaž – na riešenie nestačia len bežné, zaužívané spôsoby. Ich zvládnutie si vyžaduje zvýšené úsilie a vyburcovanie psychických síl.
- hraničná záťaž – prejavuje sa ako výrazný rozdiel, nesúlad medzi vybavenosťou a nárokmi vonkajšieho prostredia na človeka.
- extrémna záťaž – je záťaž taká veľká, že nie je v silách človeka ju zvládnuť. Situácia je neriešiteľná, človek podlieha jej tlaku, psychicky zlyháva (Boroš a kol., 1999).

Prejavy psychickej záťaže sestier

Psychická záťaž sa môže prejavovať v oblasti postojov a vzťahov k prostrediu, v nespokojnosti s vlastnou prácou, zmene vo výkonnosti, v zmenách endokrinného, vegetatívneho systému a v zmenách psychických funkcií. Ak pri riešení záťažových situácií dôjde k opakovanému zlyhaniu, prejaví sa to v dočasnej deštrukcii psychickej činnosti, vo vzrastajúcej impulzivite a apatii. Potom obvykle dochádza k určitému zotaveniu, až napokon dôjde k zlyhaniu psychickej odolnosti voči záťažovým situáciám s dôsledkami v integrite osobnosti a v emocionálnej sfére.

Špecifická emočná únava prejavujúca sa dlhodobým subdepresívnym ladením a podráždenosťou sa označuje ako **syndróm vyhorenia – burn out efekt**. Za súčasť syndrómu vyhorenia sa považuje:

- **emocionálne vyčerpanie** – vyčerpanie citových zdrojov a rezerv, pocit, že človek už nemá v tejto oblasti čo ponúknuť svojmu okoliu, Prejavuje sa bezmocnosťou, beznádejou a depresiou.
- **depersonalizácia** – intenzívne negatívne, ba až cynické postoje k pacientovi, k sebe samému, k práci, životu všeobecne. Objavuje sa pocit odcudzenia.
- **zníženie pocitu vlastnej kompetencie a úspešnosti v práci** – prejavuje sa neefektívnosťou, nedosahovaním stanoveného cieľa, najmä v oblasti, ktorú človek považoval za „svoju“. Jedinec je nespokojný sám so sebou (Hudáková a kol., 2008).

Pracovné prostredie a pracovné podmienky

Pracovné prostredie je často chápané ako časť alebo synonymum pracovných podmienok. Pracovné prostredie je súbor vonkajších hmotných a nehmotných faktorov bezprostredne pôsobiacich na pracovníka a jeho pracovnú činnosť. Sú to všetky hmotné a sociálne podmienky pracovného procesu vyplývajúce z technického, priestorového

a stavebného vybavenia, výrobných parametrov, organizačných faktorov a fyzikálnych faktorov pracovísk a pracovného procesu. Pracovné podmienky sú:

- fyzikálne faktory (hluk, vibrácie, elektromagnetické pole, lasery, ultrafialové žiarenie, viditeľné žiarenie, infračervené žiarenie, ionizujúce, žiarenie),
- chemické faktory (toxické, alergizujúce látky a látky s neskorými účinkami – karcinogénne, teratogénne),
- biologické faktory (makroorganizmi a mikroorganizmi),
- fyziologické a psychologické faktory (statické a dynamické zaťaženie, neuropsychické a senzorické zaťaženie, jednostranné nadmerné dlhodobé zaťaženie, farebná úprava prostredia, usporiadanie pracovného miesta, organizácia práce a odpočinku),
- psychosociálne a ekonomické faktory (medziľudské vzťahy, riadenie výrobného procesu a práce) (Rovný a kol., 1995).

Problémy s pracovnou záťažou

Medzi najčastejšie problémy s pracovnou záťažou patria:

- **pracovné preťaženie** – požiadavky práce sú vyššie ako schopnosti človeka,
- problémy s frustráciou v zamestnaní, neurčitosť roly – nedostatok informácií o podstate svojej práce, o rozsahu zodpovednosti,
- **konflikt rolí** – nastáva vtedy, ak sú požiadavky nadriadených v rozpore s potrebami a právami podriadených,
- **vysoký stupeň špecializácie** – ide o nezmyselné vzdialenie od konečného produktu svojej práce,
- **nedostatočné vedenie pri profesionálnej kariére** – súvisí so zlými možnosťami osvojiť si nové pracovné postupy, zručnosti, odborne sa rozvíjať,
- **zlá, slabá komunikácia** – nedostatočná komunikačná sieť,
- **otázky byrokracie** – problém odrážajúci sa v bránení iniciatívy v osobnom vývine, v napomáhaní priemernosti,
- **problémy zmien** – v zamestnaní sú rôzne, súvisia aj s vývinom technológie, s rozvojom vedecko-technického pokroku, povýšenia v zamestnaní, zmena v pracovnom zaradení, zmeny pracovného miesta, reorganizácie, neschopnosťou adaptovať sa, vytvárať nové vzťahy, pocitom nadbytočnosti, často neoprávneným pocitom vlastnej nepotrebnosti, ktorý môže vyústiť do neistoty, zníženej sebaúcty či depresie alebo odchodu do dôchodku.

Psychická a fyzická vyčerpanosť sestier pracujúcich na JIS

Odpoveď	n	%
vyčerpáva ma psychicky	8	16
vyčerpáva ma fyzicky	3	6
vyčerpáva ma psychicky aj fyzicky	35	70
nevyčerpáva ma	4	8



Vzhľadom na charakter a náročnosť profesie sestry prináležia tomuto povolaniu dôstojné pracovné podmienky, ktoré majú zahŕňať priestor pre oddych, zabezpečenie stravovania, vhodné osvetlenie, primeranú teplotu, pitný režim, dostatok pracovných pomôcok, vybavenie pracovísk na uľahčenie fyzicky namáhavej práce rôznymi mechanizmami na manipuláciu s pacientmi. Uvedené nepatrí len do oblasti motivačných aspektov, ale podľa platnej legislatívy je zabezpečenie týchto podmienok povinnosťou každého zamestnávateľa z hľadiska ochrany zdravia sestry pred škodlivými chemickými, fyzikálnymi a biologickými faktormi“.

„Spokojnosť v práci je psychologickou kategóriou, ktorá vyjadruje stránku psychického vyrovnania sa človeka s prácou, jej znakmi a charakteristikami“.

Pracovná spokojnosť sestier je vo výskumoch často dávaná do súvisu s možnosťou jednať samostatne a zodpovedne v rámci pracovných kompetencií. K ďalším faktorom, ktoré môžu prispievať k spokojnosti sestier je ich profesionálny rozvoj a možnosť vzdelávania. V pozitívnom pracovnom prostredí by malo byť samozrejmosťou, že zamestnávateľ svoje sestry podporuje v rámci svojich personálnych a finančných možností v oblasti ich profesionálneho rozvoja a vzdelávania. Nemenej dôležitým faktorom ovplyvňujúcim pracovnú spokojnosť sestier je bezpochyby aj ich finančné ohodnotenie. „Finančná odmena/ plat je základnou odmenou za prácu a umožňuje pracujúcemu uspokojovať širokú škálu potrieb“. Výsledky mnohých výskumov poukazujú na to, že sestry nie sú spokojné so svojím finančným ohodnotením. Ďalším významným faktorom pracovného prostredia sestier sú vzťahy na pracovisku. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je typickým príkladom tímovej spolupráce čo znamená, že medzi členmi tímu by mali fungovať určité pracovné vzťahy. Skutočná kolegialita lekárov, sestier a ďalších zdravotníckych pracovníkov by mala vyplývať z ich príslušnosti k zdravotníckemu povolaniu, ktoré je zamerané predovšetkým na pomoc človeku – na ochranu jeho života a zdravia. Tradičný vzťah sestra – lekár sa postupne menil v dôsledku mnohých sociálnych zmien, ku ktorým došlo počas vývoja spoločnosti.

Záver

Výkon povolania, nedostatočné personálne obsadenie a materiálno-technické zabezpečenie, ale aj dlhodobé vykonávanie práce v noci podstatne mení životný rytmus sestier a často negatívne ovplyvňuje aj ich rodiny. Dúfame, že táto práca pomôže sestrám včas rozpoznať a všímať si príznaky stresu a poskytne im pozitívny impulz motivácie k zlepšeniu a udržaniu psychickej a fyzickej kondície.

Bibliografické odkazy

BEDNÁR, R. Práca sestry a bolesti chrbta. In *Sestra*, ISSN 1335 – 9444, 2011, č. 3 – 4, roč. X, s. 16 – 21.

BOROŠ, J., ONDRIŠKOVÁ, E., ŽIVČICOVÁ, E. 1999. *Psychológia*. Bratislava: Vydavateľstvo IRIS, 1999. 270 s. ISBN 80-88778-87-5.

BOTÍKOVÁ, A. a kol. 2009. *Manuál pre mentorky v ošetrovateľstve*. Trnava: FZ a soc. práce, 2009. 178 s. ISBN 978-80-8082-253-8.

FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2002. *Výskum v ošetrovateľstve.*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2002. 134 s. ISBN 80-8063-111-5.

GILBERTOVÁ, S., MATOUŠEK, O. 2002. *Ergonomie optimalizácie ľudskej činnosti.* Praha: Grada Publishing a. s., 2002. ISBN 80-247-0226-6.

HATINA, T., KORDOŠOVÁ, M., MATULOVÁ, S. a kol. 2007. *Encyklopedický súbor bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci.* Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2007. 571 s. ISBN 978-7138-124-2.

HUDÁKOVÁ, Z., FIALOVÁ, A., KOKORUĐOVÁ, J. a kol. 2008. *Onkologické ošetrovateľstvo.* Ružomberok: Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2008. 146 s. ISBN 978-80-8084-363-2.

KILIKOVÁ, M. 2011. *Základy metodiky vedeckej práce.* Bratislava: VŠZ a SP sv. Alžbety, n. o. - Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Preršove, 2011. 112 s. ISBN 978-80-89271-96-2.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo I.* Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

KOLEKTÍV AUTOROV. 1997. *Lemon IV: učebný materiál pre ošetrovateľstvo.* Bratislava: SK SZP, 1997. 161 s. ISBN 80-967818-3-9.

LIZÁKOVÁ, L., VRANAJOVÁ, K. a kol. 2008. *Psychiatrické ošetrovateľstvo.* Ružomberok: Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2008. 130 s. ISBN 978-8084-387-8.

ROVNÝ, I. a kol. 1995. *Preventívne lekárstvo.* Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. 273 s. ISBN 80-217-0574-4.

ŠIMONČIČOVÁ, S., MICHALKOVÁ, I. Starostlivosť o pacientku s karcinómom vulvy. In *Sestra*, ISSN 1335 – 9444, 2011, č. 11 – 12, roč. X, s. 43 – 44.

ŠIMOČKOVÁ, V., ZAMBORIOVÁ, M. Postoje sestier k determinantom zdravia. In *Sestra*, ISSN 1335 – 9444, 2011, č. 3 – 4, roč. X, s. 16 – 21.

Kontakt

Bc. Renáta Belková
Neurologická klinika- JIS
UNLP, Rastislavova 43
Košice 040 11
055 640 3792

KOMU A KEDY JE URČENÁ LEVODOPA//CARBIDOPA?

Zuzana Bagoňová

Neurologická klinika, UNLP Košice

Úvod

Parkinsonova choroba (PCh) je progresívne neurologické ochorenie, spôsobené predčasným zánikom neurónov v substantia nigra a v ďalších jadrách mozgového kmeňa, dôsledkom čoho dochádza k nedostatku dopamínu a iných neuromediátorov v bazálnych gangliách mozgu. Aj keď dodnes nie je možné PCh vyliečiť, má medzi neurologickými ochoreniami isté špecifické postavenie v súvislosti so širokými možnosťami efektívnej symptomatickej liečby. PCh výrazne zasahuje do každodenného života pacientov a znižuje kvalitu ich života. Na Slovensku postihuje približne 15 000 obyvateľov, celosvetovo je to priemerne 1,2 – 1,8 % populácie. Vďaka liečbe levodopou/carbidopou je však možné udržiavať príznaky ochorenia pod kontrolou v priebehu 24 hod. Táto liečba smeruje k maximálne možnému zmierneniu príznakov ochorenia, ale aj k prevencii výskytu komplikácií, ktoré so sebou ochorenie prináša.

Kľúčové slová

Parkinsonova choroba. Liečba. Levodopa/carbidopa. Socializácia pacienta.

Príznaky PCh

Prvé klinické príznaky sa u pacienta prejavujú pri poklese neurónov o viac ako 80 % z celkového počtu. Klinický obraz určuje kombinácia troch základných príznakov: hypokinézy (znížená pohyblivosť), rigidity (svalová stuhosť) a tremoru (tras). Typický parkinsonský tremor sa prejavuje v pokoji, pri pohybe mizne a objaví sa pri ukončení aktivity. V pokročilejšom štádiu ochorenia tremor pretrváva aj v pohybe.

Príznaky pri PCh môžeme rozdeliť do dvoch skupín. Prvú tvoria nemotorické a nedopaminergné príznaky, ku ktorým patria: psychiatrické príznaky, poruchy spánku, autonómne príznaky (ortostatická hypotenzia, dysfunkcie močového mechúra, hypersexualita), gastrointestinálne, senzorické (bolesť, čuchové poruchy) a ostatné príznaky (únava, váhový pokles). Do druhej skupiny príznakov zaraďujeme takzvanú kardiálnu tetradu - hypokinézy, rigidita, kľudový tras a posturálne poruchy. Pre stanovenie diagnózy PCh musia byť prítomné aspoň tri zo spomínaných štyroch

príznakov kardiálnej tetrády. K motorickým príznakom neodmysliteľne patria aj motorické fluktuácie, dyskinézy, zhrbené držanie tela, instabilita postoja, poruchy reči, hypomímia a zarázy pri chôdzi.

Podľa modifikovanej škály Hoehnovej a Yahra hovoríme na základe príznakov o niekoľkých štádiách PCh:

Štádium 0 - žiadne príznaky parkinsonizmu,

Štádium 1 - jednostranné príznaky,

Štádium 1.5 - jednostranné a axiálne príznaky,

Štádium 2 – obojstranné príznaky, bez poruchy rovnováhy,

Štádium 2,5 – obojstranné príznaky s miernou poruchou rovnováhy,

Štádium 3 - stredne ťažké obojstranné postihnutie, prítomná je ľahká porucha posturálnych reflexov, pacient je však úplne sebestačný,

Štádium 4 - ťažké postihnutie, pacient ale stále dokáže stáť a chodiť bez pomoci,

Štádium 5 - pacient pripútaný na lôžko, alebo odkázaný na invalidný vozík, je v plnej miere odkázaný na pomoc druhej osoby.

Farmakologická liečba PCh

Používané skupiny liekov: preparáty levodopy (tbl, gél), agonisti dopamínu, COMT inhibítory, MAO-B inhibítory, amantadín a anticholinergiká.

Levodopa/carbidopa

Levodopa sa v organizme premieňa na dopamín, ktorý napomáha prenosu impulzov medzi nervovými bunkami v CNS. Pridanie karbidopy k levodope zvyšuje účinok levodopy a zároveň znižuje jej nežiadúce účinky.

Pre dlhodobé podávanie sa aplikuje pomocou prenosnej pumpy, prostredníctvom intestinálnej sondy zavedenej cez PEG, s vonkajšou transabdominálnou a s vnútornou intestinálnou sondou, priamo do hornej časti jejuna, kde dochádza k strebávaniu Duodopy. Podávanie je kontinuálne od 6,00 hod. do 22,00 hod. v malých dávkach.

Indikácie liečby carbidopou/levodopou

- liečba pokročilej PCh vnímavej na L-Dopu,
- limitovaná skupina pacientov, zaradených podľa Hoehn&Yahr škály v 3.-5. štádiu,

- pacient aktuálne liečený L-Dopou,
- závažné motorické fluktuácie a dyskinézy,
- vyčerpanie všetkých možností p.o. liečby,
- uspokojivé kognitívne funkcie,
- pozitívne sociálne zázemie.

Výhody liečby

- nezávislá na vyprázdňovaní žalúdka,
- vyrovnané plazmatické hodnoty L-Dopy,
- kontinuálna stimulácia,
- predvídateľný efekt,
- zlepšená kontrola symptómov,
- bez wearing-off,
- menej dyskinéz,
- monoterapia.

Selekčné kritériá liečby

U pacienta musí byť jednoznačná odpoveď na levodopu, ťažké motorické fluktuácie, podľa možnosti so zachovaním aspoň malej časti dňa v „dobrom“ ON stave. Mali by byť vyskúšané rôzne kombinácie p.o. antiparkinsoník. Parkinson-plus syndrómy musia byť z klinického hľadiska kompenzované. Ak pacient trpí depesiou, musí byť zaliečená a dobre kompenzovaná. Pacient by nemal byť po prekonaných väčších brušných chirurgických zákrokoch. Nesmie trpieť demenciou. Liečba levodopou/carbidopou nie je limitovaná vekom pacienta.

Ciele liečby levodopou/carbidopou

Cieľom liečby je dosiahnutie minimalizácie motorických fluktuácií a dyskinéz. Súčasne dosiahnutie dlhšieho „ON“ bez dyskinéz, pri podávaní rovnakej dennej dávky levodopy ako pri p.o. liečbe. Dosiahnutím spomínaných cieľov sa u pacienta zvyšuje kvalita života, zlepšuje sa jeho socializácia. Následkom týchto faktorov je na konci nášho reťazca spokojný pacient.

Záver

Liečba Parkinsonovej choroby Duodopa géloom výrazne zvyšuje kvalitu života u pacientov v produktívnom veku, ktorí sa môžu vrátiť späť do pracovného procesu, ale aj u vekovo starších a imobilných pacientov, ktorí sú v priebehu liečby schopní sebaopatery a aktívneho rodinného života.

Bibliografické odkazy

BENETIN, J. 2009. Farmakoterapia Parkinsonovej choroby – poznámky k situácii v SR. In: *Neurológia pre prax*. ISSN 1335-9592, 2009, roč. 10., č. 2.

BENETIN, J.- VALKOVIČ, P. 2009. *Parkinsonova choroba*. Bratislava: Herba, 2009, 224 s. ISBN 978-80-89171-65-1.

SLEZÁKOVÁ, Z. et al. 2002. *Neurologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002, 165 s. ISBN 80 8063-106-9.

VARSÍK, P. 1999. *Neurológia II*. Bratislava: Lufema, 1999. 650 s. ISBN 80-967991-6-9.

MASOPUST, J.- VALIŠ, M. 2011. Klinické spektrum a diagnostika Parkinsonovy nemoci. In *Neurológia*, 2011, I.roč. 5, č. 3, s. 137-140. ISSN 1336-8621.

Kontakt

PhDr. Zuzana Bagoňová
Neurologické oddelenie
UNLP, Rastislavova 43
Košice 040 11
055 640 3798

ŠPECIFIKÁ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI U PACIENTA LIEČENÉHO LEVODOPOU/CARBIDOPOU

Silvia Bekeová

Neurologická klinika, UNLP Košice

Úvod

Parkinsonova choroba (ďalej PCH) patrí v dnešnej dobe k vážnym neurologickým ochoreniam, pri ktorých neexistuje žiadna prevencia a aktuálne ich nevieme ani vyliečiť. Výrazne zasahuje do každodenného života pacientov a znižuje kvalitu ich života až do podoby invalidizácie.

Dopamínergická liečba predstavuje hlavnú stratégiu symptomatickej liečby PCH. Ide o náhradu chýbajúceho dopamínu v oblasti bazálnych ganglií. V liečbe PCH sa od roku 1975 používa levodopa, ktorá sa i dnes považuje za tzv. zlatý štandard v liečbe PCH. Klinicky sa levodopa používa v kombinácii s karbidopou, ktorá je jej inhibítorom. Levodopa je charakterizovaná ako najúčinnnejšie antiparkinsonikum. Po perorálnom podaní sa levodopa vstrebáva v tenkom čreve a proces vstrebávania liečiva závisí tak od rýchlosti vyprázdňovania žalúdka ako i od zloženia stravy, ktorú pacient konzumuje. Pri dlhodobom perorálnom podávaní levodopy však dochádza k zníženiu účinnosti liečiva a k vzniku komplikácií. Je to spôsobené nárazovým vzostupom a neskôr poklesom hladiny dopamínu, nakoľko polčas eliminácie liečiva z organizmu je krátky. Tieto striedania hladín dopamínu majú nepriaznivý vplyv na funkciu CNS. Preto sa do praxe zavádza kontinuálny spôsob podávania levodopy s pridaním carbidopy enterálnou cestou (Duodopa intestinálny gél).

Kľúčové slová

Kvalita života. Samostatnosť. Diskinézy.

Princíp aplikácie Duodopa gélu enterálnou cestou

Duodopa gél (levodopa/carbidopa) je vyrábaný vo forme intestinálneho gélu, je zložený z dvoch účinných látok: levodopa v objeme 20 mg/ml a carbidopa 5mg/ml. Je balený do plastových kaziet s objemom 100 ml. Duodopa gél sa aplikuje infúznym systémom, ktorý sa skladá z pumpy, intestinálneho vstupu a kazety s Duodopa gélom.

Duodopa sa aplikuje pomocou prenosnej pumpy cez transabdominálny port, t.j. permanentnú sondu s vonkajšou transabdominálnou a s vnútornou intestinálnou sondou.

Táto permanentná sonda je zavedená prostredníctvom perkutánnej endoskopickej gastrostómie, resp. jejunostómie (ďalej PEG/J) do duodena, resp. hornej časti jejuna, kde dochádza k aplikácii a následnému vstrebávaní lieku. Duodopa gél je podávaný spravidla 16 hodín denne v čase od 6.00 hod. do 22.00 hod., vo výnimočných prípadoch aj dlhšie.

Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti pri aplikácii Duodopa gélu

Zahájenie podávania Duodopa gélu prebieha v dvoch na seba nadväzujúcich fázach: 1./ testovacia, tzv. titračná fáza

2./ fáza aplikácie lieku cestou PEG/J.

Testovacia fáza je charakterizovaná titráciou potrebnej dávky levodopy/carbidopy a otestovaním pozitívnej klinickej odpovede pacienta na liečivo. Je realizovaná po zavedení nasointestinálnej sondy (ďalej NIS), následne je zahájené podávanie intestinálneho gélu pomocou prenosnej pumpy a úpravou dávok dochádza k titrácii vhodnej dávky lieku. Veľkosť potrebnej dávky je individuálne upravovaná na základe klinickej odpovede pacienta. Nastavovanie množstva podávaného lieku je manažované ošetrovateľským lekárom a samotná aplikácia Duodopa gélu prostredníctvom pumpy je v kompetencii sestry. Úlohou sestry v tejto fáze je zavedenie NIS, aplikácia lieku spolu s technickou obsluhou Duodopa pumpy, monitorovanie pacienta, zaznamenávanie všetkých zmien klinického stavu pacienta do dokumentácie, aktívna spolupráca s lekárom a ostatnými členmi ošetrovateľského tímu.

Druhá fáza aplikácie začína po úspešnej testovacej fáze, ktorá je charakterizovaná kladnou klinickou odpoveďou pacienta (zníženie fluktuácií a dyskinéz a minimalizovanie OFF stavov) a stanovením vhodných objemov denných dávok. Pacientovi je odstránená NIS a zavedená permanentná intestinálna sonda prostredníctvom perkutánnej endoskopickej gastrostómie/jejunostómie. Výkon sa realizuje na endoskopickom pracovisku za účasti lekára - gastroenterológa, sestry príslušnej špecializácie a lekára - anesteziológa a sestry s príslušnou špecializáciou. Po úspešnom zavedení PEG/J a po konzultácii neurológa s gastroenterológom sa pristupuje čo najskôr k aplikácii Duodopa gélu pomocou pumpy.

Práca ošetrovateľskej sestry spočíva v psychickej a fyzickej príprave pacienta pred výkonom a následne v starostlivosti o pacienta po výkone. Pred výkonom je potrebné realizovať psychickú prípravu pacienta spočívajúcu v upokojení pacienta, edukácii pacienta, ktorá má byť primeraná jeho veku, vzdelaniu, chápaniu a psychickému stavu

a to o spôsobe prevedenia výkonu a o priebehu starostlivosti po výkone. Bezprostredná fyzická príprava zahŕňa starostlivosť o nasledujúce aspekty:

- pacient musí byť nalačno minimálne 8 hodín pred výkonom,
- podať profylaktickú dávku antibiotika intravenózne podľa ordinácie lekára,
- zabezpečiť oholenie epigastrickej oblasti nad pupkom,
- zabezpečiť hygienu dutiny ústnej, vrátane odstránenia zubnej protézy,
- zabezpečiť funkčnú intravenóznou kanylu.

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť po zavedení PEG/J zahŕňa tieto špecifické činnosti sestry:

- starostlivosť o ranu po zavedení PEG/J (ošetrovanie rany a sledovanie výskytu prípadných komplikácií v súvislosti s hojením rany),
- starostlivosť o výživu a hydratáciu pacienta (postupný prechod od parenterálnej výživy po bežnú perorálnu výživu),
- zabezpečenie aplikácie Duodopa gélu prostredníctvom pumpy,
- nepretržité sledovanie klinickej odpovede pacienta,
- edukácia pacienta a podporných osôb v súvislosti s aplikáciou Duodopa gélu.

Pumpa CADD – Legacy[®] Duodopa

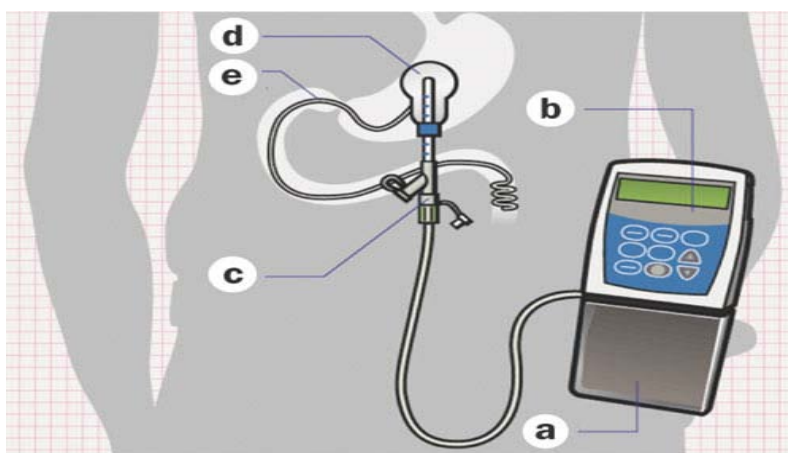


Edukácia je dôležitou časťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Úloha sestry v edukácii tejto cieľovej skupiny pacientov s PCH a ich príbuzných, či iných podporných osôb, spočíva v poskytnutí informácií už v úvode hospitalizácie, resp. podľa možnosti ešte pred hospitalizáciou a to v nasledujúcich bodoch:

- vysvetlenie cieľa a osobitostí liečby Duodopa géloom,
- poučenie o zavedení dočasnej nasointestinálnej sondy,
- podanie informácií o zavedení intestinálnej sondy prostredníctvom PEG/J,
- edukáciu o ošetrovaní rany po PEG/J,
- popis obsluhy Duodopa pumpy,
- popis prípadných komplikácií v súvislosti s aplikáciou liečby a spôsoby ich riešenia.

Schéma podávania levodopy/carbidopy enterálnou cestou

(**a** kazeta s géloom, **b** pumpa, **c** konektor, **d** PEG/J, **e** intestinálna sonda)



Po úspešnom zahájení terapie Duodopa géloom je pacient zapájaný do procesu manipulácie s pumpou, pričom sestra uplatňuje vhodné edukačné metódy. Medzi také sa v tomto prípade radí rozhovor, vysvetľovanie, demonštrácia a nácvik činností. Pacientovi je poskytovaná náhradná, tzv. cvičná pumpa, na ktorej si môže postupne precvičovať jednotlivé kroky pri samotnej manipulácii s pumpou. Pacientovi je potrebné poskytnúť informačný materiál (brožúrku, inštrukcie v písomnej forme). Všetky činnosti, ktoré sestra vykonáva počas ošetrovania pacienta v súvislosti s liečbou, pacientovi popisuje a postupne ho zapája do procesu ošetrovania. Pacient i jeho opatrovatel' majú pri prepustení vedieť zvládnuť ovládanie pumpy, starostlivosť o ranu po zavedení PEG/J, identifikovať prípadné problémy súvisiace s aplikáciou Duodopa gélu a poznať ich riešenia.

Záver

Pri zahajovaní samotnej liečby, ale aj počas celej liečby pacienta levodopou poskytuje sestra pacientovi odbornú ošetrovateľskú starostlivosť zameranú na špecifiká, ktoré so sebou táto liečba prináša. Ošetrovateľská starostlivosť o skupinu chorých s PCH liečených levodopou intestinálnou cestou zahŕňa komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú sestrou chorému a to v oblasti zabezpečenia bio-psycho-sociálnych a duchovných potrieb. Táto ošetrovateľská starostlivosť je rozšírená o špecifické činnosti, ktoré súvisia so spôsobom aplikácie lieku. Okrem sestry špecializovanej na podávanie Duodopy gélu participujú na procese starostlivosti aj ostatné sestry, ktoré sa spolupodieľajú na úspešnom zahájení liečby u pacienta. Zúčastňujú sa pozorovania klinického stavu pacienta v súvislosti s jeho reakciou na podávanú liečbu, zabezpečenia kontinuálneho podávania lieku, ale i edukácie pacienta i rodiny. Úspešnosť zahájenia a pokračovania liečby je závislá od multidisciplinárneho tímu, ktorého členmi sú: neurológ, sestra špecializovaná na podávanie Duodopa gélu, rádiológ, gastroenterológ, farmaceut, sestry poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť a podporná osoba v domácej starostlivosti.

Spomínaná dopamínergická liečba predstavuje prínos pre pacientov a poskytuje im možnosť zlepšenia miery sebestačnosti v čase, keď je ochorenie v pokročilom štádiu, klinický stav pacienta je vážny a pacient je odkázaný na pomoc svojich blízkych. Pomáha pacientom dospieť k čo najvyššej miere sebestačnosti a to je aj cieľom nášho snaženia.

Bibliografické odkazy

BENETIN, J.- VALKOVIČ, P. 2009. *Parkinsonova choroba*. Bratislava: Herba, 2009, 224 s. ISBN 978-80-89171-65-1.

HAVRÁNKOVÁ, P., - JECH, R. 2011. Duodopa – nová možnosť liečby Parkinsonovi nemoci. In *Parkinson*, 2011, č. 34, s. 24-25. ISSN 1212-0189.

PETRÍK, O.- RICHTER, D. 2010. Parkinsonova choroba. In *Neuro magazín*, 2010, roč. 3, č. 2, s. 24-26. ISSN 1337 - 8767.

SOLVAY PHARMA s.r.o. 2010. Život s Duodopa – infúznou pumpou. Nepublikované vydanie.

Kontakt

Bc. Silvia Bekeová
Neurologické oddelenie
UNLP, Rastislavova 43
Košice 040 11
bekeovci@gmail.com,
0908 316 116

CENTRUM PRO KOGNITIVNÍ PORUCHY FN OSTRAVA

Petra Krulová, Dagmar Beránková

Neurologická klinika, FN Ostrava

Abstrakt

Centrum pro kognitivní poruchy zahájilo svou činnost v lednu 2011. Je jedním z odborných center Neurologické kliniky FN Ostrava. Zaměřuje se na diagnostiku tíže kognitivního deficitu a následnou rehabilitaci. Cílovou skupinou jsou pacienti s akutním i chronickým postižením mozku. Kognitivní rehabilitace probíhá v individuální, tak skupinové formě. Rehabilitace je určena jak pacientům hospitalizovaným ve FN Ostrava, tak ambulantním pacientům. S kognitivní rehabilitací by se mělo začít včas, ideálně po stabilizaci zdravotního stavu. Předpokladem pro zařazení pacienta je možná úprava kognitivního deficitu vzniklého v důsledku onemocnění, nebo postižení CNS.

Součástí Centra pro kognitivní poruchy je počítačová místnost s 10 počítači a speciálním počítačovým programem NEUROP 3, dále laboratoře pro vyšetření evokovaných potenciálů a přístroj pro repetitivní magnetickou stimulaci. Personální zabezpečení zajišťuje neurolog, neurolog - elektromyografista, psychologové a sestry.

Kognitivní rehabilitace je rychle rozvíjejícím se oborem. Je součástí komplexní dispenzarizační péče o pacienta. V České republice existují pouze dvě centra tohoto typu.

Klíčová slova

Kognitivní funkce. Kognitivní deficit. Kognitivní rehabilitace.

Mezi kognitivní funkce (lat. cognosco, cognoscere – poznávám, seznamuji se, něco zkoumám), řadíme paměť, orientaci v čase a prostoru, čtení, psaní, počítání, pozornost a řečové schopnosti, porozumění, konstrukční schopnosti, zrakově – prostorové schopnosti, chápání, úsudek, abstraktní myšlení, exekutivní funkce - plánování, seberegulace, vůle.

Ke kognitivním deficitům dochází při akutním i chronickém postižení mozku. Z akutních onemocnění jsou to zejména cévní mozkové příhody, traumatická postižení mozku, anoxické postižení mozku, mozkové tumory a cysty, encefalitidy. Z chronických onemocnění jsou to demyelinizační onemocnění a degenerativní onemocnění, jako MCI (mírná kognitivní porucha), Alzheimerova choroba, nebo jiné typy demence.

Při postižení mozku mohou vznikat různé typy poruch kognitivních funkcí:

- 1) *Porucha paměti (amnézie)*
- 2) *Deficity v dalších kognitivních funkcích*
 - a) **Afázie** – porucha obsahu řeči
 - b) **Apraxie** – neschopnost provádět naučené pohybové stereotypy
 - c) **Agnozie** – neschopnost vnímat a interpretovat různé senzorní vjemy, bez poškození smyslového ústrojí
 - d) **Dysexekutivní syndrom** – narušení exekutivních funkcí, neschopnost provádět koordinované činnosti, které směřují k určitému cíli
 - e) **Poruchy pozornosti, zrakově** – prostorových schopností

Algoritmus příjmu pacienta do Centra pro kognitivní poruchy

Centrum pro kognitivní poruchy má stanoveno vlastní algoritmus příjmu pacienta do programu kognitivní rehabilitace. Pacient je odeslán pro poruchy paměti od svého *praktického lékaře, neurologa, nebo z rehabilitačního ústavu*. Následně je vstupně vyšetřen „*kognitivní*“ sestrou, která pacienta vyšetří pomocí screeningových testů, např. (MMSE, ACE-R, ADL, iADL, HADS, BDI, CGI¹). Poté je pacient odeslán k **neurologovi**, který zkontroluje eventuálně doplní potřebná vyšetření. Následně je pacient vyšetřen **psychologem** kliniky. Vyšetření je orientováno na kognitivní funkce a stanovení míry a profilu kognitivního deficitu. Následně je s pacientem probrána možnost zařazení do programu kognitivní rehabilitace. Pacient i rodinní příslušníci jsou informováni o podmínkách programu, délce trvání, nutné pravidelnosti v docházení.

Průběh kognitivní rehabilitace

Délka trvání programu je po dobu 3 měsíců, 2x v týdnu.

Struktura rehabilitovaných oblastí je shodná s oblastmi diagnostikovanými. Rehabilitace je orientována na paměť, pozornost, zrakově – prostorové schopnosti, exekutivní funkce na proces usuzování, tvorbu plánů, řešení problémů. Podle typu kognitivního deficitu je

¹ Vysvětlení zkratk:

MMSE – Mini –Mental State Examination

ACE-R – Addenbrookský kognitivní test (revidovaná verze 2010)

ADL – Test denních všedních činností

iADL - Test instrumentálních denních činností

HADS – Hospital anxiety and depression scale

CGI – Clinical Global Impression – Improvement scale

pacient zařazen do skupiny: Exekutivní, Pozornostní, MCI, Individuální. K rehabilitaci slouží počítačová učebna. Důležitou rolí sestry je úvodní seznámení pacienta i rodinných příslušníků s prostředím, skupinou a nastaveným modulovým programem. Sestra provádí následnou rehabilitaci pacientů, nastavuje program domácích cvičení. Jakékoliv změny, ať již somatické, psychické, zaznamenává a informuje lékaře i psychologa na pravidelných setkáváních členů kognitivního týmu.

Novým zavedeným způsobem tréninku je i domácí tréninkový počítačový program, který byl vytvořen v Centru pro kognitivní poruchy. Každý pacient má sestaven program jednotlivých cvičení, se kterými pracuje z domu. Terapeut má možnost kontroly plnění úkolu a je s pacientem v pravidelném kontaktu, tzv. online.

Efekt kognitivní rehabilitace se měří psychologickými testy.

Záver

Centrem pro kognitivní poruchy již prošlo několik desítek pacientů. Aktivně mezioborově kooperujeme i s jinými klinikami a odděleními, zejména s Klinikou léčebné rehabilitace, Neurochirurgickou klinikou FN Ostrava. Spolupracujeme s patientskými organizacemi sdružujícími pacienty s roztroušenou sklerózou, pacienty po CMP, ale i jinými odbornými společnostmi. Zaměřujeme se i na osvětovou činnost. Pořádáme odborné přednášky pro laickou i odbornou veřejnost z oblasti poruch paměti. Jednou z velkých osvětových přednášek je akce s názvem „Národní týden trénování paměti“, která je součástí celosvětové akce Brain Awareness Week. Jednotliví členové kognitivního týmu se zapojují do vědecké i publikační činnosti.

Bibliografické odkazy

BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. 2010. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 181 s. ISBN 978-802-0422-828.

MALIA, K., BRANNAGAN, A. 2010. *Jak provádět trénink kognitivních funkcí: praktická příručka pro každého*. 1. vyd. Praha: Cerebrum - Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, 2010, 414 s. ISBN 978-80-904357-3-5.

Kontakt:

Mgr. Petra Krulová

Centrum pro kognitivní poruchy

Neurologická klinika

Fakultní nemocnice Ostrava

Česká republika

Petra.Krulova@fno.cz

tel: +420 737743129

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S NÁDOREM MOZKU

Ilna Gužič

Opšta bolnica dr Voja Dulič, Požarevac, Srbsko

Abstrakt

Nádory mozku jsou takové nádory, které postihují mozek a mozkové obaly (mozkové pleny). Může se jednat jak o nádory primární, tedy o nádory vzniklé přímo z příslušných tkání, tak i o nádory sekundární, tedy metastázy jiných nádorů ať už z mozku nebo z těla. Vzhledem k tomu, že tyto nádory rostou v uzavřeném prostoru lebky, liší se od jiných nádorů svým chováním a mnohdy i symptomatologií.

Klíčová slova

Nádor mozku. Příznaky. Ošetrovatelská péče.

Primární nádory mozku vznikají přímo v mozku, kdežto sekundární se do mozku dostanou jako metastázy nádorů z jiných primárních ložisek, například z plic. Nádory se člení především podle toho, z jakého typu buněk nádor vznikl. Nejběžnějším primárním typem nádoru mozku je gliom. Vzniká z buněk, které podporují centrální nerovový systém – pomáhají neuronům komunikovat prostřednictvím elektrických impulsů. Příčina nemoci není známa. Například nebyly prokázány konkrétní souvislosti mezi onemocněním a životosprávou tak jak tomu je u některých jiných typů nádorových onemocnění. Růst nádoru v mozku může způsobit psychické změny, a proto si něčeho zvláštního nejdříve všimne rodina postiženého. Většinou se jedná o pokles zájmu, nedostatek iniciativy, někdy naopak o agresí. Bolest hlavy může být v počátečních stádiích nádoru mírná. Jeli dlouhodobá, je vždy na místě neurologické vyšetření a další postup. Na nádor pomýšlíme u každého prvního epileptického záchvatu, zejména v dospělosti

Ošetrovatelská péče na JIP

Při přijetí pacienta

- Monitorace FF (TK, P, saturace, EKG)
- Zajištění příjmových krevních statimových vyšetření, CT mozku, RTG S+P, EKG
- Zajištění žilní linky, u inkontinentních pacientů zavedení PMK a u pacientů s dysfagií se zavádí NG sonda.

- V případě dechové insuficience a u pacientů v bezvědomí podávání O₂ Doplnění dalších vyšetření např.: Doppler karotid, ECHO srdce, EEG.
- Hygienická péče 2x denně
- Péče o oči, dutinu ústní, dýchací cesty, odsávání
- Polohování pacientů
- Vedení bilance tekutin po 6 hod.
- Výživa enterální, parenterální
- Zahájení časné RHB
-

Závěr

Každý rok v Srbsku onemocní nádorem mozku zhruba 800 lidí, přitom jeho výskyt je častější pro dvě věkové skupiny – děti do pěti let a dospělí po šedesátém roku. Primární mozkové nádory tvoří značně různorodou skupinou. Maligní (zhoubné) formy primárních nádorových onemocnění mají obecně špatnou prognózu. Průběh nemoci však ovlivňuje mnoho faktorů – věk, umístění nádoru, rychlost jeho růstu. Nikdo ve skutečnosti neví, jak dlouho nádor roste, než se objevily první potíže, mohlo to trvat několik let nebo několik měsíců, a i lékaři to mohou pouze odhadovat. Určitou dobrou zprávou je to, že ani maligní nádory mozku se prakticky nikdy nešíří do jiných částí těla. Situace v léčbě nádorů mozku se v posledních letech výrazně zlepšila. K dispozici jsou nejmodernější chirurgické, neuroradiologické a farmakologické postupy.

Bibliografické odkazy

TIJANIĆ, M., RUDIĆ, R. 2001 Zdravstvena nega i savremeno sestriinstvo, Beograd.

KATIĆ, K. Pristup onkološkom bolesniku, programi i projekti/unapredjenje zdravstvenih usluga/lečenje, www.mzss.hr.

BRINAR, V. i sur. 1994. Neurologija. Zagreb: Školska knjiga.

RADOJIĆIĆ, B. 1995. Klinička neurologija. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

TURIĆ, M.. i sur. 1996. Klinička onkologija. Zagreb: Nakladni zavod Globus Klinika za tumore Hrvatska liga protiv raka.

Kontakt

Ilona Gužič

Opšta bolnica dr Voja Dulič, Požarevac, Srbsko

FENOMÉN HUNTINGTONOVÁ CHOROBA: OD „NEPODEDNOSTI“ K EXITU

Ján Nespál

Neurologické oddelenie, Nemocnica Zvolen, a.s.

Abstrakt

Huntingtonova choroba je vzácne autozómálne dominantne dedičné neurodegeneratívne ochorenie patriace do skupiny „movement disorders“. Vzniká pri expanzii CAG repetícií na 4.chromozóme. Klinicky je charakterizované triádou kognitívnych, psychiatrických a motorických symptómov, z ktorých najdominantnejším je chorea. Oproti diagnostike, ktorá je časom stále prístupnejšia, je terapia ochorenia zatiaľ stále limitovaná len na symptomatickú stránku. V prehľade uvádzam kazuistiku pacienta s týmto ochorením, ktorá končí suicídiom.

Kľúčové slová

Huntingtonova choroba. Chorea. Kazuistika. Suicídium.

Na krátkom ramienku štvrtého chromozómu, v oblasti zvanej IT 15 (interesting transcript 15) sa nachádza gén pre Huntingtonovu chorobu. V časti exón 1 obsahuje repetíciu tripletu CAG (opakovanie tripletu cytozín-adenozín-guanín v reťazci), ktorá kóduje vznik proteínu zvaný huntingtín. Jeho funkcia ešte presne nie je známa, no zistilo sa, že hrá úlohu v axonálnom transporte, acetylácii histónov a tým v transkripcii špecifických génov, homeostáze kalcia a pod.^{1,2} Normálny počet CAG repetícií v géne je menej ako 36. Ochorenie vzniká definitívne pri počte vyššom než 40 repetícií. V prípade 29-35 opakovaní ide o intermediárny počet, pri ktorom ochorenie nevzniká, ale v ďalších generáciách môže expandovať a tak sa prejaviť. Platí vzťah, že čím väčší je počet opakovaní CAG, tým skôr sa ochorenie manifestuje.³ Expanziou normálneho počtu CAG repetícií vzniká mutovaný huntingtín, ktorý vedie rôznymi procesmi k neurodegenerácii, hlavne oblastí bazálnych ganglií (corpus striatum), ale aj iných častí mozgu, a tak k vzniku Huntingtonovej choroby. Klinicky je charakteristické triádou motorických, kognitívnych a psychiatrických symptómov.

Takáto neurodegenerácia postupne začala vznikáť aj u nášho pacienta, ktorého stručná kazuistika by mala slúžiť ako typický prípad Huntingtonovej choroby, javiacej sa možno pre nestranného pozorovateľa ako choroba vedúca od neposednosti na začiatku až k nevyhnutnému koncu, smrti:

44 ročný pacient- zámočník, manžel a otec troch detí, sa pred niekoľkými rokmi začal povahovo meniť. Stával sa podľa manželky „zvláštnym“: bol hostilný, až agresívny k svojmu okoliu, silný fajčiar, chorobne začal žiarliť na svoju manželku, mal podmienený trest za neúmyselné zabitie. Okrem toho začal na prvý pohľad pôsobiť neposedne, nepokojne, čo manželka opisovala ako tiky. Stupňovanie tohto správania nakoniec viedlo k ich rozvodu. Zdanlivá neposednosť postupne nadobúdala povahu mimovoľných pohybov charakteru chorey, v tvári akoby grimasoval, striedavo sa usmieval a mračil, zmenila sa mu chôdza, reč sa mu stávala čoraz menej zrozumiteľnou. Psychológom bolo zistené znížené výkonné tempo, rozumové schopnosti v pásme hraničnej subnormy. Svoje postihnutie bral ľahkovážne-bagatelizoval. Bol vyšetrený neurológom i psychiatrom, pričom vznikalo podozrenie na diagnózu Huntingtonovej choroby, na ktorú umrela i jeho matka. Táto bola nakoniec koncom roku 2010 geneticky potvrdená- našla sa predpokladaná mutácia v géne IT15 na štvrtom chromozóme. Náš prvý kontakt s pacientom bol počas hospitalizácie v psychiatrickej nemocnici Kremnica v auguste 2011, kde sa dostal pre opakovaný suicidálny pokus obesením. Odvtedy chodil ku nám i s jeho sestrou, takisto huntingtoničkou, na pravidelné kontroly. Pacient bol orientovaný, v neurologickom náleze bola dyzartria, porucha sledovacích očných pohybov, choreatické pohyby v tvári („grimasovanie“), končatín i trupu, motorická imperzistencia, kvadruhyperreflexia, pomalá chôdza o širokej báze s hyperlordózou trupu, s dystonickou zložkou. V psychiatrickom náleze bradypsichizmus, spomalené simplexné myslenie, elevovaná nálada, bez prítomnosti psychotických prvkov. Motorické skóre UHDRS bolo 43 bodov, MMSE test 20 bodov. MR mozgu verifikuje atrofiu caput nucleus caudatus, nucleus lentiformis, difúziu atrofiu mozgu a dilatáciu komorového systému. EEG záznam je prevažne normálny- v predných kvadrantoch prevláda nízko-voltážna aktivita. Laboratórne parametre v referenčnom rozmedzí. Do liečby bol nasadený tiaprid, flunitrazepam, koenzým Q, neskôr pridaný sertralín a trazodon. Napriek vhodne nastavenej liečby pacient začiatkom jari 2012 ukončil svoj život ako veľa pacientov s touto diagnózou- suicídiom.

Roku 1872 mladý lekár George Huntington, iba rok po skončení štúdia publikoval

článok „On chorea“, v ktorom toto neurodegeneratívne ochorenie popisuje. Hoci chorea, známa pod názvom „tanečná mánia“ bola rozpoznaná už v stredoveku, korene postihnutých rodín zmieňovaných v tomto článku siahajú do oblasti severovýchodného Anglicka na začiatku 17.storočia, z ktorej neskôr migrovali do ďalších krajín sveta.² Huntingtonova choroba (pôvodne nazývaná nepresne Huntingtonova chorea) je autozomálne dominantne dedičné raritné progresívne a smrteľné ochorenie s typickým počiatkom medzi 35. až 50. rokom a smrťou nastávajúcou približne 15-20 rokov od počiatku ochorenia. Prevalencia v Spojených Štátoch a väčšine Európy je okolo 5 prípadov na 100 000 obyvateľov⁴

Z klinickej triády ochorenia predstavujú hlavné miesto motorické príznaky. Kognitívne a psychiatrické príznaky sú chápané ako prídavné, hoci môžu predchádzať časovo motorické príznaky aj o viac ako desaťročie.⁵

Hlavným motorickým príznakom ochorenia je chorea (odvodené od slova „choreus“- tanec, lat., či „choros“- chórus, gr.). Charakterizujú ju mimovoľné, nepravidelné, neúčelné, náhle a rýchle pretrvávajúce pohyby, ktoré sú nepredvídateľné v čase, smere a distribúcii. Niekedy ich pacient dokáže kamuflovať do tzv. parakinézií - poloúčelových pohybov. Prítomná je i tzv. motorická imperzistencia, teda neschopnosť udržať svalovú kontrakciu na konštantnej úrovni (čoho príkladom je napr. stisk dojičky alebo príznak protrúzie jazyka). Okrem samotnej chorey sa môžu vyskytovať aj iné extrapyramidálne prejavy, ako sú dystónia, ataxia, bruxizmus, myoklonus, tiky a tourettizmus.² Medzi ďalšie motorické príznaky patria dysdiadochokinéza, dyzartria, dysfágia, poruchy chôdze a okulomotorické abnormality vrátane poruchy sakadických a sledovacích pohybov či fixácie pohľadu.^{1,6}

V rámci kognitívneho postihnutia sa vyvíja spomalenie myslenia, exekutívna dysfunkcia, poruchy koncentrácie, krátkodobej pamäti až nakoniec obraz demencie.³ Psychiatrické symptómy sa veľmi často vyskytujú pred vznikom motorických a zahŕňajú depresiu, apatiu, anxiozitu, obsedantne-kompulzívnu poruchu, iritabilitu, fyzickú agresiu, hypersexualitu a nakoniec suicidálne tendencie.⁷ Novšie sa pripisujú k Huntingtonovej chorobe aj metabolické príznaky (či príznaky z dysfunkcie hypotalamu) akými sú chudnutie, endokrinná dysfunkcia a poruchy spánku.³

Progresívna motorická dysfunkcia, demencia, dysfágia a inkontinencia vedú spravidla k inštitucionalizácii a následnej smrti z príčiny aspirácie, infekcie a podvýživy. Okolo 10% prípadov sa vyskytuje pred 20.rokom života. Jedná sa o tzv. juvenilnú formu Huntingtonovej choroby, ktorá sa prezentuje kombináciou parkinsonizmu, demencie,

ataxie, myoklonu a epileptických záchvatov.²

Diagnostika Huntingtonovej choroby spočíva v dôkladnej anamnéze (dôležitá je rodinná anamnéza), klinickej manifestácii (triáda príznakov), v MR vyšetrení mozgu (atrofia nucleus caudatus a putamen, dilatácia laterálnych komôr) a nakoniec, čo je najexaktnejšie, v genetickom vyšetrení (konfirmačné, presymptomatické a prenatalne testovanie).

Záver

Liečba Huntingtonovej choroby je neustále slabinou. K dispozícii je len liečba symptomatická, ktorá spočíva v potláčaní hyperkinéz (v našich podmienkach hlavne látky blokujúce dopamínové receptory- neuroleptiká) a stabilizácii psychiatrických symptómov. V literatúre sa uvádza celý rad rôznych testovaných liečiv na spomalenie progresie ochorenia, z ktorých niektoré novšie sa zdajú byť sľubné, no sú ešte v konečných fázach klinického výskumu. V súčasnosti však stále neexistuje žiadna liečba, ktorá by spomalila alebo zastavila progresiu ochorenia.

Huntingtonova choroba tak už po storočia trápi medicínu svojou neoblomnosťou progredovať v degradácii osobnosti jej nositeľa a jeho postihnutí až do nevyhnutného konca. Z pokolenia na pokolenie číha na svoju korisť a znovu a znovu nám všetkým ukazuje svoju silu ničiť človeka postupne, po kúskoch: od zdanlivej „neposednosti“ až k exitu.

PodĎakovanie

Ďakujem MUDr. Michalovi Patarákovi, môjmu bratovi, že mi veľa pomohol, motivoval ma a veľa naučil v našom spoločnom prípade pacientov s Huntingtonovou chorobou.

Bibliografické odkazy

KOSINSKÍ, C M., LANDWEHRMEYER. HUNTINGTON'S disease. In: Beal M.F., Lang A.E., Ludolph A. Neurodegenerative Diseases. Neurobiology, Pathogenesis and Therapeutics. Cambridge University Press, New York, 2005. ISBN: 978-0-511-11484-7.

FAHN, S., JANKOVIC, J. Principles and practice of movement disorders. Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia, 2007. 652 pp. ISBN: 978-0-443-07941-0.

NOVAK M JU, TABRIZI S J. Huntington's disease. BMJ. 2010; 340:c3109.

MARGOLIS R L, ROSS C A. Diagnosis of Huntington's disease. *Clinical Chemistry*. 2003; 49:10; 1726-1732.

WALDVOGEL HJ, THU D, HOGG V, TIPPETT L, FAULL RLM. Selective neurodegeneration, neuropathology and symptom profiles in Huntington's disease. In: Hannan A.J. (Ed) *Tandem Repeat Polymorphisms: Genetic Plasticity, Neural Diversity and Disease*, 2012; Landes Bioscience and Springer Science+Business Media (In press).

ROSS C A., MARGOLIS R L. Huntington disease. In: Davis K.L., Chamey D., Coyle J.T., Nemeroff C. *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. Lippincott Williams Wilkins. 1st edition. 2002. 2080 pp. ISBN: 978-0781728379.

ROOS R AC. Huntington's disease: a clinical review. *Orphanet Journal of Rare Diseases*. 2010; 5: 40.

Kontakt

MUDr. Ján Necpál

Neurologické oddelenie, nemocnica Zvolen, a.s.

DÔSLEDKY PORUCHY CIRKADIÁNNEHO RYTMU PRI PRÁCI NA ZMENY

Jozef Kvasňák , Dana Hatalová

Neurologické oddelenie, Nsp Spišská Nová Ves

Abstrakt

Pre napísanie tejto práce nás viedla skutočnosť, že väčšina nás zdravotníkov máme jeden zo spoločných problémov v zamestnaní a to sú zdravotné ťažkosti po nočných zmenách. Chceme poukázať na dôležitosť dodržiavania prirodzených biologických rytmov organizmu a ich pravidelnosť a synchronizáciu. Pri dlhodobom porušovaní týchto cirkadianných rytmov sú dôsledky len menej nápadne nie však aj menej nebezpečné z hľadiska vzniku civilizačných ochorení.

Kľúčové slová

Cirkadiánne rytmy.Zmennosť. Spánok. Pravidelnosť.

Únava pri práci- známky sú jasne vidieť na tvári. Oči vyzerajú unavene a ospalo, pokrčené čelo, hlava spočíva na rukách. Tento pocit chronickej únavy, časté bolesti hlavy, svalová slabosť a náladovosť sú príznakmi únavy. Striedanie svetla a tmy v 24 h rytme je odvodené od otáčania Zeme okolo svojej osi. Je pre Zem typické od jej vzniku a v týchto rytmických podmienkach sa vyvíjal život od samého začiatku. Dôležitosť tohto fenoménu je ilustrovaná aj v knihe Genezis, keď už v tretej vete 1. Knihy sa píše....TU POVEDAL BOH „BUĎ SVETLO!“ A BOLO SVETLO. BOH VIDEL, ŽE SVETLO JE DOBRÉ A ODDELIL SVETLO OD TMY. A BOH NAZVAL SVETLO DŇOM A TMU NAZVAL NOCOU.(Genezis, 1:3-5).

Jedna z vecí, ktoré najviac ovplyvňujú spánok (ako aj naše správanie, psychický stav a pod.) sú cirkadiánne rytmy. Ako je možno známe zo samotného názvu, sú to biorytmy tela, ktoré sa striedajú približne (circa) v perióde jedného dňa. Medzi ne patria napríklad striedanie bdenia a spánku, zmeny hladín rôznych hormónov (napr. kortizolu alebo melatonínu, ktorý sa v tme, resp. počas spánku, vylučuje asi 8 až 10 krát viac ako za svetla) atď. Štúdie hovoria o tom, že poruchy cirkadianných rytmov spánku spôsobujú poruchy nálady. Svetlo naše vnútorné hodiny deň čo deň nastavuje. Pritom je dôležité najmä to, ako človek vníma svetlo, ako informácia o svetle postupuje

d'alej až k biologickým hodinám a ako ich potom ovplyvňuje. Centrálné hodiny sa nachádzajú priamo v mozgu, presnejšie v časti zvanej hypotalamus. Sú to vlastne dva zhluky nervových buniek. Dve jadrá, ktoré nazývame suprachiazmatickými, lebo sú uložené pri skrížení optických nervov, čiže pri optickej chiazme. Čo nastane, keď sa orchester týchto hodín rozladí? Prirodzené rytmy sa nestratia. Je známe, že keď sa vyberú jednotlivé orgány z tela – srdce, pľúca, obličky – ich hodinové gény sa budú aj v laboratórnych podmienkach zapínať a vypínať zhruba s 24 – hodinovou pravidelnosťou. Stane sa však niečo iné – stratí sa súlad medzi nimi, čo je takisto nebezpečné. Ako keď odíde dirigent od orchestra a jednotlivé nástroje sa začnú rozchádzať. Hovoríme tomu, že rytmy sa desynchronizujú. Iný čas bude v obličkách a iný v pečeni, iný v srdci a zase iný v mozgu. Ale to nie je všetko – postupne sa desynchronizujú i jednotlivé bunky. Môže to viesť k ťažkým dôsledkom. Podľa zahraničných výskumov je výrazne vyšší výskyt rakoviny prsníka u žien pracujúcich na zmeny. U zdravotných sestier, ktoré pracovali na zmeny viac ako 20 rokov sa zistil až dvojnásobný vzostup výskytu tohto karcinómu. Aj z našich výskumov vyplýva zvyšovanie rizika vzniku kardiovaskulárnych chorôb a rakoviny s vekom pri dlhodobom porušovaní prirodzených cyklov. Narušenie biorytmov nie je len jedným z rizikových faktorov, ale tým že pôsobí s ostatnými nepriaznivými faktormi prostredia, sú jeho dôsledky len menej nápadné, nie však aj menej nebezpečné z hľadiska vzniku civilizačných ochorení.

Zmenová práca a práca v noci – zásady pri jej vykonávaní a dôsledky na zamestnancov

Ludský organizmus je na zmenovú prácu len čiastočne prispôsobený a od zamestnanca pracujúceho v zmenovom režime vyžaduje aj zmeny v spôsobe života. Narúša sa spánkový rytmus, mení sa poradie základných aktivít (práca, rodinné záležitosti, regenerácia, spánok), je ovplyvnená možnosť využívania voľného času a spoločenská aktivita človeka. Dôsledky možno pozorovať na celkovom stave organizmu. Hlavne psychologické a psychosociálne dôsledky. Pre niektoré osoby zmenová práca znamená nielen pocit nepohody, ale pôsobí ako nadmerná záťaž a ako jeden z faktorov pri zlyhaní človeka. Desynchronizácia časových rozvrhov je najvýznamnejšia v nepretržitých prevádzkach zahrňujúcich nočné zmeny.

Ako nočná práca sa hodnotia práce vykonávané v čase medzi 22. a 6. hodinou. Sú to tie, ktoré sa vykonávajú v noci a vykonávajú sa pravidelne v rozsahu najmenej troch hodín po sebe nasledujúcich, alebo najmenej 500 hodín za rok.

Bolo poukázané na následovné vplyvy nočnej

- nočná práca je v rozpore s prirodzeným biologickým rytmom organizmu. Plná adaptácia na ňu nie je možná a každá adaptácia je zároveň záťažovým faktorom,
- sústavná nočná práca je neprirodzená pre biorytmus človeka (je mimo biorytmu) a preto sa nemôže odporúčať,
- pre organizmus človeka je prirodzená ranná aktivita a po nočnej práci dochádza počas dňa ku kúskovaniu odpočinku (delenému spánku) v dôsledku rušivých momentov počas dňa,
- v noci všetky orgány človeka okrem pečene, znižujú svoju činnosť,
- počas nočnej práce je viac zaťažovaný kardiovaskulárny systém, zažívacie a tráviace ústroje a močový systém, v dôsledku čoho dochádza k poruche trávenia, zvýšenému tlaku a iným poruchám vnútorných orgánov,
- práca v noci zvyšuje nervozitu a môže prerásť do agresivity,
- nočná práca, nevyhovuje z hľadiska rodinnej politiky.

Spánková deprivácia

Všetci vieme, že potrebujeme aspoň 7 hod. spánku každý deň, ale len pár šťastlivcov môže skutočne potvrdiť, že to dodržiava. Nedostatok spánku môže naozaj ovplyvniť vašu produktivitu práce. Ak denne tvrdo pracujete, je potrebný dostatok odpočinku pre načerpanie nových síl. Ak si myslíte, že môžete pracovať pri štvorhodinovom odpočinku, potom sa mýlite. Nedostatočný spánok bol spojený k množstvu zdravotných problémov, ako je cukrovka, kardiovaskulárne ochorenia, únava, rakovina, výrazné riziko mamárneho karcinómu, kde predstavuje asi 2 – násobný vzostup u zdravotných sestier, ktoré pracovali na zmeny viac ako 30 rokov, časté bolesti hlavy, ovplyvňuje celý imunitný systém, zvyšuje riziko rakoviny a nefunkčnosť štítnej žľazy, ovplyvňuje aj produktivitu, dokázané je zvýšenie chýb a nehôd, u mladých ľudí, ktorí pracujú v nočných zmenách hrozí podstatne vyššie riziko vzniku sklerózy multiplex.

Ochrana zdravia pred nepriaznivými účinkami psychickej a senzorickej záťaže

- zníženie záťaže technickými úpravami pracovných prostriedkov, pracovísk, či pracovných metód,
- ergonomická úprava pracovného miesta,
- dobrá organizácia práce – striedanie pracovných činností, rotácia pracovníkov,
- režim práce a odpočinku – zaradzovanie vhodných oddychových prestávok, vhodná rotácia zmien,
- obmedzenie nadčasovej práce a práce v dlhých zmenách,
- zvýšenie počtu pracovníkov.

Ak jednotlivec nedokáže primerane zvládať požiadavky pracovnej záťaže, dochádza

- k trvalým emočným zmenám ako je úzkostlivosť, podráždenosť, depresivita, znížená pracovná výkonnosť,
- k funkčným zmenám niektorých orgánov alebo systémov,
- k pozorovateľným zmenám v správaní, vyúsťujúcim v snahu uniknúť realite a v úteku do pracovnej neschopnosti,
- k zmenám v sociálnom správaní, vedúcim k narušeniu ľudských vzťahov (napr. rozvodovosť) a škodiacich zdraviu i kariére v zamestnaní (napr. alkoholizmus, závislosť na drogách, rezignácia),
- k manifestným psychiatrickým ochoreniam, napr. depresia, psychózy a pod.
-

Záver

Narušenie cirkadiánnych rytmov má za úlohu poukázať na potencionálne nebezpečenstvo narušenia pravidelných rytmov v prostredí, výkonnosť a zdravotný stav človeka. Tým, že narušené cykly v prostredí spoluúčinkujú s ostatnými negatívnymi faktormi prostredia sú menej nápadné, ale nie menej nebezpečné z hľadiska vzniku civilizačných ochorení. Preto im je treba venovať väčšiu pozornosť v každodennom živote, ale aj vo výskume.

Bibliografické odkazy

LANČARIČOVÁ, Z. et al. : Spánok . In : Slovakia Neptunes [online] [cit.2012 08.10.]

Dostupné na internete:

http://www.1sg.sk/www/data/01/projekty/2010_2011/neptunes/spanok/cirkadiannerytmy.html

ZEMAN, M. : Čo sú a načo sú nám biologické hodiny. In:Univerzita Komenského v Bratislave, Prírodovedecká fakulta [online.] [cit. 2012.08.10.] Dostupné na internete: http://www.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/subory/veda/prof_prednasky/prof_prednaska_Zeman.pdf

JANCUR,V. Pravda 8.7.2008. [online] [cit. 2012.08.10.] Dostupné na internete: http://spravy.pravda.sk/sk_domace.asp?r=sk_domace&c=A080708_110023_sk_domace_p12

ČERNÁK, P. 2009. Neurobiológia cirkadiánnych rytmov a klinické aplikácie. In: *Psychiatria pre prax*. [online] 4. roč. č.10/2009 [cit. 2012-08-16] Dostupné na internete: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3958&magazine_id=2
ISSN 1335-9584.

Kontakt

Bc. Jozef Kvasňák / Dana Hatalová

NsP, Jánskeho 1

053 02 Spišská Nová Ves

jkvasnak@gmail.com

0903 595734

PÉČE O PACIENTY S CEREBROVASKULÁRNÍM ONEMOCNĚNÍM V ČR

Andrea Goldírová

Iktová-JIP, Fakultní nemocnice Ostrava

Abstrakt

Cévní mozková příhoda (CMP) je nejčastější příčinou nemocnosti a invalidity a zároveň jednou z nejčastějších příčin úmrtí v rozvinutých zemích. V České republice postihne CMP až 40 000 lidí ročně. Proto je nezbytná taková organizace péče o pacienty s akutní CMP, která zajistí dostupnost časné diagnostiky a účinné léčby pro tyto nemocné na celém území ČR. Od roku 2010 dochází ke kompatibilitě s dalšími systémy centrové péče v ČR. Ustanovením formou Věstníku MZ ČR č.2/2010 dochází ke třístupňovému systému péče o akutní CMP.

Klíčové slová

Cévní mozková příhoda (CMP). Organizace péče o pacienty. Triáž. Iktové centrum.

Organizace péče o pacienty:

Třístupňový systém péče v ČR:

- Komplexní cerebrovaskulární centra (1. úroveň)-(KCC)
- Iktová centra (2. úroveň)-(IC)
- Ostatní pracoviště v péči o CMP (3. úroveň)

Cévní mozková příhoda:

Druhy CMP:

- mozkové ischemie 80-85%
- intracerebrální krvácení 10-15%
- subarachnoidální krvácení 5%

Triáž pacientů v přednemocniční péči:

Identifikuje pacienty s akutní mozkovou příhodou na místě vzniku onemocnění a následně dle příznaků (stupně postižení), přidružených onemocnění (komorbidit) a délky trvání příznaků směřuje pacienty do příslušných zdravotnických zařízení – KCC,IC nebo jiného zdravotnického zařízení. Cíle je do 8 hodin od vzniku CMP zajistit možnost jak systémové trombolýzy, tak i dalších postupů rekanalizace, do 24 hodin od vzniku CMP možnost péče

na iktové jednotce. Pro hemoragické příhody s indikací k neurochirurgické intervence přednostně transport do KCC.

Triáž pozitivního pacienta:

Triáž pozitivní pacient je takový, u kterého došlo k náhlému vzniku alespoň jednoho hlavního příznaku nebo minimálně 2 vedlejších příznaků během posledních 24 hodin, tedy včetně již odeznělých příznaků u pacientů s TIA (transitorní ischemická ataka).

FAST test:

- náhle vzniklá centrální léze VII. hlavového nervu (n. facialis)
- náhle vzniklá hemiparéza ev. monoparéza
- náhle vzniklá porucha řeči

Vedlejší příznaky:

- náhle vzniklá kvantitativní nebo kvalitativní porucha vědomí
- náhle vzniklá porucha čítí na polovině těla
- náhle vzniklá dysartrie
- náhle vzniklý výpadek zorného pole
- náhle vzniklé dvojité vidění – diplopie
- náhle vzniklá prudká, atypická doposud nepoznaná bolest hlavy
- ztuhlost (opozice) šije
- závratě s nauzeou či zvracením

Cílem nemocniční triáže:

- indikace přijetí pacienta na iktovou JIP
- indikace léčby systémovou trombolýzou
- indikace další léčby v KCC, IC
- indikace překlady do komplexního cerebrovaskulárního centra

Závěr

Prevence a časná léčba cévní mozkové příhody výrazně zvyšuje možnost návratu pacientům do plnohodnotného života s minimálním deficitem.

Bibliografické odkazy u autora

Kontakt

Mgr. Andrea Goldírová

Komplexní cerebrovaskulární centrum - Iktová JIP,
Fakultní nemocnice Ostrava, Poruba, CZ

PORUCHY KOMUNIKÁCIE U PACIENTA PO CPM

Zuzana Hudáková

ORL, FNŠP Nové Zámky

Abstrakt

Komunikácia v prirodzenom jazyku je nepochybne najrozvinutejším spôsobom prenášania informácie. Je prirodzenou ľudskou potrebou a predpokladom úspešnej spoločenskej existencie človeka. Vplyvom neustále vzrastajúceho počtu cerebrovaskulárnych nádorových a iných ochorení sa zvyšuje počet osôb, ktoré plnohodnotným účastníkom tohto procesu byť nemôžu, majú narušenú komunikačnú schopnosť. Komunikačná schopnosť človeka je narušená vtedy, keď niektorá rovina jeho jazykových prejavov (prípadne niekoľko rovín súčasne) pôsobí rušivo vzhľadom na komunikačný zámer. Ide o roviny: foneticko-fonologickú (úroveň hlások), morfológicko-syntaktickú (gramatika), lexikálno-sémantickú (slovná zásoba) a pragmatickú. Čo sa týka formy interindividuálnej komunikácie, môže ísť o jej hovorenú alebo grafickú formu. Z hľadiska priebehu komunikačného procesu môže byť narušená jeho produkcia alebo porozumenie reči.

Kľúčové slová

Narušená komunikačná schopnosť. Afázia. Dyzartria.

Narušenie komunikačnej schopnosti môže byť trvalé alebo prechodné. Môže sa jednať o vrodenú chybu alebo získanú poruchu. V celkovom klinickom obraze môže dominovať alebo byť príznakom iného ochorenia. Narušenie môže byť úplné alebo čiastočné a človek si svoju narušenú komunikačnú schopnosť môže alebo nemusí uvedomovať.

V súvislosti s CMP spomenieme 2 druhy narušenej komunikačnej schopnosti:

- 1) afázia
- 2) dyzartria

Afázia je vážne narušenie komunikačnej schopnosti. Je to porucha už vybudovanej reči, ktorá vzniká následkom ložiskového poškodenia mozgu .

Afázia je získané narušenie komunikačnej schopnosti zasahujúce všetky modality reči (expresívnu aj receptívnu, hovorenú aj písanú reč) a v rôznej miere aj všetky roviny

jazykového prejavu (foneticko-fonologickú, morfológicko-syntaktickú, lexikálno-sémantickú a aj pragmatickú). Afázia vzniká pri ložiskových poškodeniach mozgu ako následok systémového vplyvu na vyššie psychické funkcie človeka.

V reči afatikov sa vyskytujú typické príznaky, ktoré sú v klinickom obraze zastúpené v rôznej miere a kvalite.

- 3) **Zmenená plynulosť**. Normálne tempo reči je okolo 90 slov za min. Afatici produkujú kratšie frázy, tempo reči je pomalšie, rečová produkcia ťažkopádna.
 - 4) **Porucha pomenovania-anómia**. Ťažkosti pri pomenovaní sa vyskytujú skoro stále pri každom type afázie. Pacienti často používajú významovo blízke slovo. Napr. kefa namiesto hrebeň, auto namiesto vlak.
 - 5) **Rečové automatizmy**. Mimovoľné, stereotypné opakovanie slabík, neologizmov (novotvarov) alebo fráz sa často vyskytuje pri ťažkých stupňoch afázie. (dade dade, neviem neviem).
 - 6) **Perseverácie**. Perseverácia je neadekvátne pretrvávajúce alebo znovuzjavenie sa predchádzajúceho elementu (napr. odpovede) aj po zmene podnetu. (napr. nová otázka alebo úloha)
1. **Agramatizmy**. Pri agramatizme ide o nedostatok alebo chýbanie určitej gramatickej štruktúry. najčastejšie ide o poruchy skloňovania a časovania.
 2. **Parafázie**. V spontánnej rečovej produkcii afatikov sa veľmi často vyskytujú zámery foném (hlások), slabík alebo slov. Hovoríme o fonemickej parafázii (napr. dom-tom, ulica-ulisa) a sémantickej parafázii (napr. dievča-dcéra, žiačka).

Poruchy porozumenia reči. U afatikov sa niekedy manifestujú iba pri detailnom vyšetrení, inokedy sú zjavné hneď pri prvom kontakte s pacientom. Poruchy môžu vzniknúť v rozličných úrovniach, pri percepcii elementárnych prvkov reči, porozumení slov alebo viet.

Poruchy písania a čítania. Chyby a ťažkosti, ktoré sa vyskytujú v hovorenej reči afatika sa takmer vždy premietajú aj do modality písanej reči. Pri spontánnom písaní a hlasnom čítaní sa manifestujú rovnaké typy parafázií, agramatizmov, stereotypných výrazov ako pri spontánnej reči.

Diagnostiku pri afáziách tvorí vyšetrenie porozumenia reči, rečovej produkcie, opakovania, pomenovania, čítania a písania.

Klasifikácia afázií:

- **Brockova afázia:** ťažkopádna, agramatická reč s množstvom fonemických a verbálnych parafázií. Často sú prítomné perseverácie. Porucha aktualizácie slov výrazne spomaľuje tempo reči. Uvedené príznaky sa manifestujú aj do opakovania počutého. Porucha porozumenia sa objavuje iba pri cielenom vyšetrení.
- **Wernickeho:** klinický obraz charakterizujú výrazné poruchy porozumenia reči. Množstvo parafázií až neologizmov, odcudzenie zmyslu slova. Na otázku odpovedajú dlhými vetami, ktoré nezapadajú do kontextu.
- **Konduktívna:** tzv. prevodová afázia. Pacienti nahrádzajú hlásky inými hláskami (fonemické parafázie). Majú ťažkosti pri opakovaní, percepcia je len ľahko narušená. Pacienti robia množstvo zámen pri hľadaní správnej artikulačnej pozície jednotlivých hlások.
- **Anomická afázia** je klinicky najľahší typ afázie. Niekedy je označovaná aj ako amnestická afázia. Spontánnu reč charakterizujú početné anomické pauzy, keď pacient hľadá adekvátny výraz.
- **Transkortikálna motorická afázia:** narušená fluencia reči, opakovanie je relatívne lepšie.
- **Transkortikálna senzorická afázia:** reč pacientov je fluentná s množstvom sémantických parafázií. Obsahovo prázdna, opakovanie je relatívne menej narušené.
- **Transkortikálna zmiešaná:** narušená spontánnu produkcia aj percepcia, opakovanie je najmenej postihnuté.
- **Globálna afázia:** je najťažší typ afázie, absentuje akákoľvek vôľová rečová produkcia.

V spontánnej reči sa vyskytujú stereotypie (napr. toto-toto).

Terapiu vykonáva klinický logopéd, ktorý úzko spolupracuje s ostatným personálom, upozorní ho na prípadné poruchy komunikácie u pacienta.

Dyzartria je narušenie artikulácie ako celku, vznikajúce pri organickom poškodení CNS. Okrem globálnej poruchy hláskovania sú v rôznej miere prítomné aj poruchy respirácie, fonácie- tvorba hlasu, rezonancie a prozódie.

V prípade ľahkej až ťažkej poruchy sa používa termín.

dyzartria, pri úplnej neschopnosti sa používa termín **anartia**.

Pri dyzartriách sa vyšetruje:

- dýchanie
- fonácia
- artikulácia
- rezonancia

Afázia a dyzartria

Symptomatika niektorých druhov NKS je veľmi podobná. Z hľadiska topickej diagnostiky, ale aj z hľadiska intervencie treba odlíšiť afáziu predovšetkým od dyzartrie.

- Po obsahovej stránke je písmo pacientov s dyzartriou intaktné.
- Dyzartrickí pacienti nemajú poruchu vnútornej reči, sú schopní korigovať nesprávne napísané slová a vety.
- V reči dyzartrikov sa nevyskytujú parafrázie. Poruchy artikulácie môžu niekedy imponovať ako fonemická parafrázia.
- Ťažkosti v artikulácii sú konštantné.
- Pri dyzartrii sa nevyskytujú poruchy porozumenia reči.

Dyzartrie delíme na

- bulbárnu,
- spastickú alebo centrálnu,
- ataktickú alebo mozočkovú,
- hypokinetickú (extrapyramídovú),
- hyperkinetickú(extrapyramídovú),
- zmiešanú.

Terapeuticky sa pôsobí na niekoľko oblastí

- svalový tonus a relaxáciu,
- obnovovanie hybnosti a svalovej sily v orofaciálnej oblasti,
- dychové cvičenia,
- fonačné a rezonančné cvičenia,
- artikulačné cvičenia,
- prozódii- rytmizáciu.

Záver

Po CMP sa reč môže obnoviť rýchle. V priebehu niekoľkých minút, hodín, ale aj za niekoľko týždňov, mesiacov. Dospelí ľudia sú často zo straty schopnosti komunikovať depresívni, plachí, vyhýbajú sa spoločenskému kontaktu. Povinnosťou zdravotníckeho personálu je pomôcť prelomiť túto komunikačnú bariéru a dopomôcť pacientovi, aby sa stal čo najplnohodnotnejším účastníkom komunikačného procesu.

Bibliografické odkazy

LECHTA, V. a kol. 1995. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-88824-18-4.

LECHTA, V. a kol. 2002. *Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: Osveta, 2002. ISBN 80-8063-092-5.

CSÉFALVAY, Z., TRAUBNER, P. 1996. *Afaziológia pre klinickú prax*. Martin: Osveta 1996. ISBN 80-217-0377-6.

Kontakt

Mgr. Zuzana Hudáková
klinický logopéd, ORL odd., FNsP Nové Zámky
hudakovazuzu@gmail.com

KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S DIAGNÓZOU ANEURYZMA, SAK

Janka Zahoranová

Neurochirurgická klinika FNŠP, Nové Zámky

Abstrakt

V uvedenej téme prednášky chcem poukázať na dôležitosť ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s aneuryzmou na mozgových cievach z pohľadu sestry, ktorá pracuje na pracovisku Neurochirurgickej kliniky Jednotky intenzívnej starostlivosti dlhodobo, t.j. v praxi 19 rokov. V praxi je nesmierne dôležitá nielen vedomostná stránka o samotnej diagnóze, ale aj praktickosť pri vykonaní bežných ošetrovateľských úkonov, nakoľko sa jedná o pacientov s akútnym ohrozením na živote, a riziko, ktoré je spojené s ošetrovaním pacienta pretrváva dovtedy, kým pacient neprekoná samotnú operáciu na mozgovej cieve, a až po uplynutí času, ktorý je potrebný pre relaxáciu a stabilizáciu po operácii môžeme povedať, že pacient je bez ohrozenia prepustený do rehabilitačnej starostlivosti iného pracoviska, príp. odborného pracoviska spádovej nemocnice.

Kľúčové slová

Aneuryzma. Pacient. Komplexná ošetrovateľská starostlivosť.

Aneuryzma, teda výdut' na cieve mozgu sa vyvinie v predilekčnom mieste oslabenia cievnej steny tepny, obvykle v mieste vetvenia, až v 70 % vo Willisovom okruhu.v oblasti arteria carotis interna, ACA, a prednej komunikanty. Asi v 30% sú aneuryzmy mnohopočetné. Aneuryzma praská na najtenšom mieste, pri zvýšení krvného tlaku, zakašlaní , tlaku na stolicu, dvíhaní ťažkého bremena, a pod. situáciách. Tieto situácie sa môžu opakovať aj v našej praxi ošetrovania, preto je potrebné si to uvedomiť najmä pri vykonávaní bežných ošetrovacích úkon. Arteriálne krvácanie z aneuryzmy v subarachnoidálnom priestore spôsobí typické príznaky dráždenia mozgových blán.

Klinické príznaky

Bolesť hlavy rôznej intenzity , nauzea, zvracanie, spavosť, zmätenosť, porucha motoriky, porucha videnia, paréza okoohybného nervu, svetloplachosť, opozícia šije viac ako na 2 prsty.

Diagnostika

Anamnéza, neurologické vyšetrenie, odber likvoru -LP, CT, MR , CT AG, MR AG, DSA.

Liečba

Operačná- je možná do 3 dní od akútneho krvácania, kým sa neprejavia spazmy na cievach, alebo odložená operácia po 3 týždňoch po odoznení príznakov spazmov.

Neurochirurgický výkon, lokálne klipping aneuryzmy, wrapping, plastika alebo endovaskulárny výkon na cieve.

Symptomatická- znamená, prísny kľud na lôžku, sledovanie vedomia, zreníc, monitoring vitálnych funkcií, vasodilatačná, antiedematózna, antihypertenzívna, antifibrinolytická, dôsledné sledovanie minerálnej a tekutinovej dysbalancie.

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta v predoperačnom období

Pacient musí byť v sledovaní na Jednotke intenzívnej starostlivosti najlepšie Neurochirurgického pracoviska, kde je uložený na lôžko, napojený na monitoring vitál. Funkcií, TK,P,EKG,SaO₂, D, zahájenie sledovania vedomia, veľkosti a reakcie zreníc, ktorý sestra zaznamenáva do záznamu JIS formou hodnotenia písomne, sledovanie motorických a senzitivných funkcií, nasadenie vasodilatačnej liečby pomocou perfúzorov, podávanie intravenózných infúzií, pravidelné sledovanie bilancie prijatých a vylúčených tekutín, realizácia odberov- minerály , Na,K, Cl, a krvného obrazu, ABR, podľa ordinácií lekára JIS.

Zabezpečenie organizácie ošetrovateľskej starostlivosti

Manažment 1, 5 sestry = 1 pacient by bola ideálnou pre starostlivosť o takéhoto pacienta.

Ranná toaleta:

Na lôžku, podľa stavu vedomia s minimálnym úsilím pacienta, teda nevykonáva žiadne prudké pohyby, natáhovanie (hrazdička), otáčanie pod vedením sanitára, na boky, posadzovanie minimálne, len pri nevyhnutnom vykonaní potrieb. Výmena posteľ. prádla z praktického a hygienického. hľadiska nemusí byť denne.

Podanie liečby:

Príprava liekov na tácku do boxu pacienta, príprava liečiv na mieste, zabezpečenie dôležitých vstupov na podávanie i.v. najlepšie centrálne, venóznym katétrom, príp . perif. i.v. kanylou väčšieho lúmenu. Napojenie dávkovačov vasodilatancií, a infúzných roztokov, je dôležité pre bilanciu tekutín.

Podávanie stravy:

Zabezpečenie stravy v diétnom režime pacienta podľa pridružených ochorení pacienta.

Dôležitý je dostatočný príjem nemineralizovaných a nesladených tekutín, teda ponúkanie pacienta aspoň á 2 hodiny. Sledujeme aj množstvo prijatých tekutín per os.

Strava má byť ľahko stráviteľná, ak pacient neprijíma nič per os, (zmeny vedomia, nausea, zvracanie), je potrebné zahájiť nutričnú terapiu podávaním náhradných nutričných preparátov centrálne napr. Kabiven , alebo zavedenou nasogastrickou sondou Nutrison, Diben, a pod.

Realizácia ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v semikóme a kóme

Monitoring všetkých vitálnych funkcií, najmä tlak krvi, jeho hodnoty by nemali presiahnuť 140/90 Torr, nežiadúca je hypotenzia pod 90/60 Torr, sledovanie dýchania, pri zavedenej endotracheálnej kanyle- pravidelné, šetrné odstraňovanie hlienov z dýchacích ciest a ústnej dutiny, príp. nosa. Zvlhčovanie podávaného kyslíka, starostlivosť o dutiny (ústna, nosová, ale aj ušná.)

Dôležité: ak pacient v kóme prejaví kašľací reflex, je potrebné pri odsávaní hlienov z DC použiť krátkodobú sedáciu liečivami napr. Midazolam pod dozorom lekára. Tento úkon je pre pacienta obzvlášť vysokým rizikom pre vyvolanie ďalšieho krvácania z aneuryzmy, ktoré môže znamenať pacientovu smrť!

Pravidelné polohovanie každé 2 hodiny, a používanie antidekubitných pomôcok.

Riziko je aj pri prekladaní pacienta z lôžka pri realizácii vyšetrení ako CT, MR a pod.

Sledovanie priechodnosti katétrov, napr. permanentný močový katéter, jeho upchatie môže takisto spôsobiť stresový stav organizmu, spôsobený nahromadením moču, ktorý nemá kam odtečť!

Starostlivosť o pravidelné vyprázdňovanie: podávanie Duphalac sirup v preventívnej dávke 1 odmerka resp. ½ odmerky denne. Tlak na stolicu je vždy rizikom zvýšenia vnútrolebečného tlaku, a tým tiež ohrozením pre pacienta.

Sledovanie zavedenej externej komorovej drenáže likvoru. V niektorých prípadoch sa lekár rozhodne o zavedení priamej vonkajšej drenáže likvoru, ktorý spája mozgové komory

s vonk.,. prostredím. Je to uzatvorený jednorázový drenážny systém, ktorý odvádza likvor do zberného valca, jeho množstvo sestra meria, á 6 hod. a informuje lekára aj o jeho farbe, konzistencii, prímеси, prípadne objeme, ktorý by nemal presiahnuť cca 200 ml/ 24 hod. Pri manipulácii s drenážou je potrebné dodržiavať prísne aseptické postupy, nakoľko táto cesta infekcie vedie priamo do mozgu.

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta v pooperačnom období

Akútna pooperačná starostlivosť- je identická so starostlivosťou o pacienta v semikóme a kóme. V čase zobúdzania pacienta po narkóze je riziko predovšetkým nausey a zvracania, teda je potrebné pacienta mať pod aktívnym dohľadom. Samozrejmosťou je tlmenie bolestí po operácii, sledovanie krvácania, preväzu hlavy, jeho presakovanie, po 3 hod. od operácie realizujeme kontrolné CT vyšetrenie. Monitoring vitálnych funkcií a vedomia je samozrejmosťou. Aktívne vyhľadávame potreby pacienta, pýtame sa ho, tým sledujeme aj jeho orientáciu, sledujeme zmeny motorických funkcií. Tekutiny per os podávame až po kontrolnom CT vyšetrení. Zahajujeme prevenciu TECH, podávame nízkomolekulárny heparín (Fraxiparin, Clexane) podľa ordinácie lekára. Akútna pooperačná starostlivosť trvá priemerne najmenej 72 hodín a viac, podľa stavu pacienta.

Následná pooperačná starostlivosť

- Sledovanie vedomia , vitálnych funkcií v intervale á 4 hod.
- Sledovanie odberov iontov podľa ordinácie lekára.
- Bilancia tekutín á 24 hod.
- Preváz rany 1., 3., 5., 7., a p.p., deň po operácii.
- Starostlivosť o katétre, kanyly, EK,TK, PK,CVK.
- Rehabilitácia už od 1. dňa po operácii.
- Návnik sebaopatrovateľských úkonov, postupné postavovanie a návnik chôdze, pozor na kolaps pri prvom postavení.
- Poučenie pacienta pred prepustením o pravidelnom rehabilitačnom režime a prevencii chorôb , zmene životosprávy.

Prevenia-základ zdravia

Všeobecne platí staré známe „V Zdravom tele, zdravý duch“. V tomto známom prísloví je však povedané viac ako si dokážeme predstaviť.

My skôr narodení, cítíme, že náš organizmus starne, a to, čo bolo kedysi pre nás zvládnuté „ľavou zadnou“, dnes trvá dvakrát toľko, a ešte sa pridružia bolesti, strata sily a výkonnosti, nadmerné zaťaženie po výkone môže spôsobiť chorobu, či úraz.

Každý z nás má možnosť žiť dlhšie, kvalitnejšie, výkonnejšie, a udržiavať si svoje zdravie v čo najlepšom stave do dlhého veku. Spája sa to samozrejme s rôznymi faktormi, ktoré to ovplyvňujú. Je ich nesmierne veľa, ale spomeniem len niekoľko:

Psychické zdravie:

- Život po boku dobrého partnera, ktorý chápe a pomáha, je pilierom osoby.
- Egoizmus je namieste hlavne čo sa týka vlastného oddychu, relaxu, spánku, a času pre aktivity, ktoré máme radi.
- Práca, ktorá nás naplní aj radosťou, nielen únavou.

Fyzické zdravie:

- Pohybové aktivity primerane veku a stavu fyzických síl.
- Jedlo je základným pilierom v stavbe nášho organizmu keď rastie, ale zároveň môže byť pre telo jedom, ktorý sa pridružuje vo forme nabaľujúcich sa tukov, kornatenia tepien, poškodzovanie pečene toxickými látkami, vylučovania toxínov obličkami, či kožou.
- Pravidelné preventívne návštevy lekárov, odborníkov, najmä vo vyššom veku.

Záver

Cieľom mojej práce bolo poukázať na to, ako sa môže podieľať správne vykonaná ošetrovateľská starostlivosť na liečení a vyliečení pacientov s takou ťažkou diagnózou ako je aneuryzma. V mojej praxi môžem potvrdiť, že je to viac ako 50% úspechu celej operácie, pretože iba tí pacienti, ktorí sa jej dožijú, sa môžu vyliečiť a vrátiť do bežného života.

Bibliografické odkazy

AMBLER, Z. et al. 2008. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-157-4.

BARTKO, D., DROBNÝ, M. 1991. *Neurológia, 3. doplnené vydanie*. Martin: Osveta, 1991. s. 291 s. ISBN 80-217-0305-9.

HUTCHIN, K. 1985. *Ako nezabiť svojho muža, svoju ženu, svoje deti, seba samého*. Martin: Osveta, 1985. 579 s. ISBN 70-043-85.

NÁHLOVSKÝ, J: et al. 2006. *Neurochirurgie*. Praha: Galén, 2006. 606 s. ISBN 80-7262-319-2.

SEIDL, Z., OBENBERGER, J. 2004. *Neurologie pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 362 s. ISBN 80-247-0623-7.

KOZIEROVÁ, B. et al. 2004. *Ošetrovatel'stvo 1,2*. Martin: Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

Kontakt

Janka Zahoranová

Neurochirurgická klinika

FNsP Slovenská ul. 11/a

940 34 Nové Zámky

MANAŽMENT OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S KRANIOCEREBRÁLNYM PORANENÍM S ICP SNÍMAČOM

Z. Makaiová, S. Kováčová

FNsP – KAIM, Nové Zámky

Abstrakt

Kraniocerebrálne poranenie je pojem označujúci úraz lebky a mozgu, ktorý môže mať za následok smrť alebo ťažké trvalé poškodenie jedinca. Zahrňuje širokú vekovú skupinu, od detí až po starých ľudí. Najčastejšie postihuje deti a ľudí v produktívnom veku, čo má nielen medicínsku závažnosť ale aj ekonomicko – spoločenské dôsledky. Ťažké poranenie mozgu má rôznorodú príčinu a prežitie pacienta a jeho integrácia do spoločnosti závisí od množstva faktorov. Medzi najdôležitejšie patrí: závažnosť poranenia mozgu, vek, genetická výbava organizmu, dĺžka liečby. Vo väčšine prípadov je kraniocerebrálne poranenie súčasťou polytraumy. Najčastejšou príčinou KCP sú dopravné nehody, druhú skupinu tvoria pády a strelné poranenia, tretou v poradí sú pracovné úrazy. Kraniocerebrálne poranenie sa rozdeľuje na primárne a sekundárne. Terapeutický plán kraniocerebrálnych poranení zahŕňa prednemocničnú a nemocničnú fázu.

Kľúčové slová

Definícia kraniocerebrálnych poranení. Klinický obraz. Patofyziológia. Terapeutický plán. ICP monitoring. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti. Bazálna stimulácia.

Mozog je uložený v pevnej uzavretej kalve. Tento priestor je ešte rozčlenený duplikátúrami duare matrix (falx a tentorium) na menšie oddiely. Obsah tohto priestoru tvorí mozgové tkanivo, likvor a krvná náplň cievneho riečišťa. Mozgové tkanivo má objem 1300 – 1500 ml, čo predstavuje 80% vnútrolebečného objemu, množstvo moku je 120 – 180 ml, z čoho štvrtina je v komorách, zvyšok v subarachnoideálnom priestore. Mozog vďaka tlakovým silám v likvore pláva. Mozog je nielen majstrom v riadení telesných funkcií, ale poskytuje ľuďom aj nevídané poznávacie a duševné schopnosti. Tento obdivuhodný orgánový komplex, ktorý u dospelého človeka váži asi 1 400 až 1800 gramov, umožňuje sofistikovanú činnosť. Horné tri štvrtiny mozgu sa delia na pravú a ľavú pologuľu a sú spojené silným zväzkom nervových dráh, nazvaných corpus callosum (kalózne teleso). Každá pologuľa obsahuje štyri laloky- čelový, spánkový, temenný

a záhlavný- pomenované podľa kostí lebky nad nimi. Zhora nadol má mozog štyri okruhy. V hornom, zvrásnenom prednom mozgu sa odohráva spracovanie najdôležitejších informácií. Hlbšie situované oblasti stredného mozgu koordinujú reflexy a spracúvajú predbežné informácie týkajúce sa zraku a sluchu. Ešte nižšie uložený zadný mozog pomáha riadiť mnoho základných reflexov a telesných funkcií. Kraniocerebrálne poranenia pod iným názvom: kraniocerebrálne traumy je pojem označujúci úrazy **lebky** a **mozgu**.

Príčiny kraniocerebrálnych poranení sú:

Dopravné nehody, stavebné práce, pády a šport, strelné poranenia a násilie, etylici s neliečenou epilepsiou. Poranenia hlavy môžu byť rôzneho typu a závažnosti, v závislosti od mechanizmu úrazu. Delia sa na primárne: fraktúra lebky a poranenia mäkkých tkanív, otras mozgu - comotio cerebri, pomliaždenie mozgu - contusio cerebri, roztrhnutie mozgu - dilaceratio cerebri; sekundárne: epidurálny hematóm, subdurálny hematóm, intracerebrálny hematóm, mozgový edém, intrakraniálna hypertenzia.

Od postihnutého alebo od svedkov zistíme mechanizmus úrazu, nauzeu, vracanie, bolesť. Sledujeme poruchy správania (úrazy hlavy až v polovici prípadov sprevádza predchádzajúci príjem alkoholu alebo užitie drog).

Klinický obraz KCP zahŕňa nasledovné príznaky:

Všeobecné príznaky - nevoľnosť, vracanie, bledá tvár, nepravidelné dýchanie, amnézia, dezorientácia, často v spojení s alkoholom alebo drogami; pri poškodení kožného krytu na tvári alebo vlasatej časti - bolesť, krvácanie, opuch; pri poškodení lebky - krvácanie (výtok tekutiny) z uší, nosa, deformita tváre, mozgová časť lebky bezvedomie; pri poškodení mozgu - amnézia na úraz, kvalitatívne poruchy vedomia (nepokoj, agitovanosť, eufória), kvantitatívne poruchy vedomia (sommolencia, sopor, kóma), anizokória, výtok krvi alebo tekutiny z uší, nosa.

Patofyziológia kraniocerebrálnych poranení

Lebečná dutina je fixného objemu o množstve 1.450ml: 1.300 ml mozgu, 65 ml mozgovomiešného moku a 110 ml krvi. Monro – Kellie hypotéza je založená na predpoklade, že v lebke sa nachádzajú tri nestlačiteľné komponenty. Nárast objemu ktorejkoľvek zložky vedie k zvýšeniu vnútrolebečného tlaku /↑ ICP/.

V rámci prednemocničnej starostlivosti o pacienta s úrazom hlavy je najdôležitejšie: anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, GCS, resuscitačná fáza podľa ABCDE – zabezpečenie dýchacích ciest a imobilizácia krčnej chrbtice, tekutinová resuscitácia, neurologický status a transport pacienta. Po prijatí pacienta s kraniocerebrálnym poranením na kliniku

anestéziológii a intenzívnej medicíne nasledujú tieto terapeutické postupy: ventilácia a analgosedácia, monitorovanie vitálnych funkcií, odbery biologického materiálu, RTG vyšetrenia lebky, CT vyšetrenie, elevácia hlavy, antiedematózna liečba, príprava na OP, kraniektómia, monitorovanie ICP, sledovanie hodnoty ICP.

ICP /intracranial pressure/ monitoring je monitorovanie intrakraniálneho tlaku. Indikácie na zavedenie ICP snímaču sú: intrakraniálna hypertenzia, kraniotrauma, hydrocefalus, encefalopatia, stav po spontánneho intrakraniálneho krvácania a posthypoxický edém mozgu. Čidlo ICP sa zavádza na strane poškodenia, v prípade difúzneho poškodenia na strane nedominálnej hemisféry. Je preferovaný intraparenchymatózny prístup, keď neurochirurg za asistencie sestry navštíva za aseptických podmienok lebečnú kosť, urobí punkciu tvrdej pleny mozgovej a zavedie čidlo. Správne zavedenie snímača je potvrdené krivkou vnútrolebečného tlaku, ktorá má pulzový arteriálny tvar.

Monitorovanie mozgového perfúzneho tlaku (CPP) slúži na zistenie tlaku krvi, ktoré preteká mozgom. Hodnotu na monitore je možné vypočítať podľa nasledujúceho vzoru: $MAP - ICP = CPP$ alebo $MAP - (ICP + PEEP) = CPP$, kde: MAP (mean arterial pressure) = stredný arteriálny tlak, ICP (intracranial pressure) = intrakraniálny tlak, CPP (cerebral perfusion pressure) = mozgový perfúzny tlak, PEEP (positive end-expiratory pressure) = expiračný tlak.

Záver

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta kranio-cerebrálnym poranením s ICP snímačom spočíva v poskytovaní špeciálnej a komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti, kde pacient berie ako jeden celok /holistický prístup/ so svojimi biologickými, psychologickými a sociálnymi potrebami.

Bazálna stimulácia je komunikačný, interakčný a vývoj podporujúci stimulačný koncept, ktorý sa orientuje na všetky oblasti ľudských potrieb. Koncept bazálnej stimulácie prináša do ošetrovateľstva novú dimenziu. Umožňuje počas komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti ponúkať pacientovi viac stimulov.

Bibliografické odkazy

ADAMS, B. HAROLD, C. E. 1999. *Sestra a akútne stavy od A do Z*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.

BODÁKOVÁ, D. KRBILA, Š. 2007. Polytrauma In: *Úrazová a intenzívna medicína*. ISSN 1337-0820. Nitra: 2007, Polygrafia Dominant, 2007, roč. II. č 1.

ČERNÝ, J. 1995. zväzok 129. *Špeciálna chirurgia: Chirurgia krku a hlavy*. Martin: Osveta, 1995. 492 s. ISBN 80-217-047-3 (4. zväzok).

DOBIÁŠ, V. 2007. *Urgentná zdravotná starostlivosť*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 159 s. ISBN 80-8063-214-6.

FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. *Ošetrovatel'stvo teória*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 215s. ISBN 80-8063-182-4.

FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazálné stimuly v základnej ošetrovateľskej péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN: 978-247-1314-4.

McMILLAN, B. 2009. *Veľký ilustrovaný atlas ľudského tela* 1. vyd. Svojtka SK, 2009. 288 s. ISBN 978-808107-1621.

NÁHLOVSKÝ, J. et al. 2006. *Neurochirurgie*. 1. vyd. Galén, 2006. 581 s. ISBN 80-7262-319-2.

Kontakt

Zuzana Makaiová
FNsP – KAİM
Slovenská 11/A
Nové Zámky
Tel: 0905 366 931

PhDr. Kováčová Stela
FNsP - KAİM
Slovenská 11/A
Nové Zámky
Tel: 0908 645 060
E-mail: artois83@azet.sk

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S DG: SYNDRÓM CAUDA EQUINE

Timea Makaiová

FNsP Nové Zámky, Neurochirurgická klinika

Abstrakt

Syndróm Cauda Equinae

masívne vysunutie medzistavcovej platničky v bedrovej chrbtici vedie k náhlemu poškodeniu v oblasti tzv. Kónskému chvostu- Cauda equinae. Je to zväzok nervových koreňov vychádzajúcich z miechy. Ide o najťažší dôsledok degeneratívnych zmien v **lumbosakrálnej oblasti**. Počiatočné príznaky- neuralgie (nemusia figurovať ako hlavný príznak ochorenia), nasleduje paraparéza až plégia, inkontinencia moču a stolice. Obvykle k nim dochádza náhle.

Kľúčové slová

Syndróm Cauda Equinae. Kazuistika. Ošetrovateľská starostlivosť.

Kazuistika

Muž, 46 ročný, prijatý s náhle vzniknutou ťažkou paraparézou, sfinkterovými poruchami, menej výraznou lumbalgiou.

Realizované MRI -potvrdenie diagnózy

Indikovaná urgentná neurochirurgická intervencia do 2 hodín.

Príprava pacienta na operáciu:

- zavedenie permanetného katétra,
- interné predoperačné vyšetrenie,
- príprava operačného poľa- oholenie,
- zabezpečenie i.v. prístupu,
- Starostlivosť o pacienta po operácii,
- monitorovanie fyziologických funkcií,
- bilancia tekutín, sledovanie močenia,

- polohovanie pacienta, nakoľko bol čiastočne imobilný,
- vo zvýšenej miere vyžadoval starostlivosť o psychickú rovnováhu vzhľadom na to, že sa náhle ocitol v nemocnici a od začiatku hospitalizácie dominoval strach z ďalšieho priebehu ochorenia,
- rehabilitácia,
- spolupráca s rodinou, zabezpečenie kontaktu,
- u pacienta sme realizovali komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť.

Záver

U pacienta niekoľko dní po operácii sledujeme ústup ťažkej paraparézy, znížila sa spotreba analgetík, nastal posun v možnosti rehabilitačnej liečby vďaka väčšej mobility pacienta, dochádza k zlepšeniu psychického stavu. Benefit operačného riešenia a komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti celkovo hodnotíme vysoko pozitívne.

Bibliografické odkazy

ZEMAN, M., et al., 2000. *Speciální chirurgie*. Praha: Galén, 2000, s. 111, ISBN 80-7262-075-4.

POPOVIČ, J. 1989. *Bolesti v zádech a ischias*, s 200.

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

Kontakt

Timea Makaiová
 NCH Klinika
 FNsP Nové Zámky
 makiova.timea@centrum.sk

HYGIENA RUKOU JAKO DŮLEŽITÝ ASPEKT PREVENCE NOZOKOMIÁLNÝCH NÁKAZ

Zuzana Schillerová

Bochemie a.s.

Abstrakt

Bochemie a.s. je tradičním výrobcem čistících a dezinfekčních přípravků pro domácnosti i profesionální sféru. Kromě klasických chlorových dezinfekčních přípravků značky SAVO a CHLORAMIN nabízí také ucelené portfolio nových přípravků na bázi moderních aktivních látek. Dezinfekcí se firma zabývá již přes 80 let.

Nozokomiální infekce – nemocniční infekce je nákaza, která vzniká v souvislosti s poskytováním zdravotní péče (ambulatní, nemocniční i následné). Vzniká tedy jako následek této péče, původně u pacienta nebyla přítomna, a ani nebyla v inkubační době na začátku této interakce.

Jejich následkem se zvyšuje nejen morbidita, mortalita, ale mají i negativní ekonomické dopady, neboť zvyšují náklady na zdravotní péči, prodlužují a finančně zatěžují průběh hospitalizace.

CDC (the centre for disease control and prevention) odhaduje, že v USA je každoročně až 99.000 případů úmrtí v souvislosti s HAI. Další odborníci odhadují, že cca 10% pacientů (2 miliony lidí ročně) získá HAI, což každoročně stojí cca 4,5 – 11 bilionů dolarů (zahrnuje nejen náklady na prodloužené pobyty v nemocnici, materiálové a lékové vybavení, ale také náklady spojené s úmrtím lidí na HAI).

Statistické údaje uvádějí, že v EU se ročně projeví 3 miliony případů nozokomiálních infekcí, které se vyžádají 50 000 úmrtí. Nozokomiální infekce u nás statisticky postihují až **1 pacienta z 10.**

Výskyt nozokomiálních infekcí se zvyšuje kvůli skutečnosti, že zdravotníci nepraktikují správnou hygienu rukou a nedodržují zásady bariérové ochrany. Na rukou zdravotníků se totiž nachází celá řada mikroorganismů, které způsobují nemocniční infekci.

V přednášce budou prezentovány moderní přístupy v hygieně rukou, včetně evropských a celosvětových trendů. Důležitou součástí hygieny rukou je provádění správné techniky hygieny rukou a dodržování bariérového režimu.

Současnou celosvětovou kampaní podporuje WHO (Světová Zdravotnická Organizace) dodržování tzv. 5 momentů hygieny rukou. Zazní nejdůležitější zásady a doporučení pro hygienu rukou.

Bibliografické odkazy

WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care, World Health Organization 2009, ISBN 978 92 4 159790 6.

PODSTATOVA, H. 2002. *Hygienu provozu zdravotnických zařízení a nová legislativa*, Olomouc: Epava, 2002. ISBN 80-86297-10-1.

ŠRÁMOVÁ, H. a kol. 2001. *Nozokomiální nákazy II. 1. vyd.* Praha: Maxdorf, 2001.

MELICHERČÍKOVÁ, V. *Sterilizace a dezinfekce v prevenci nozokomiálních nákaz*. Praha: Galén.

VOLNÁ, F. a kol. 1999. *Dezinfekcia a sterilizácia teória a prax*, Žilina: Vrana, 1999. ISBN 80-968248-0-5.

MAĎAR, R. a kol. 2006. *Prevenca nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada, 2006.

Daschner, Schuster: Disinfection and the prevention of infectious disease: No adverse effect?

MUDr. PLESNÍK: Prevence infekčních nemocí pomocí dezinfekce, Přežívání původců NN na neživých plochách.

Kontakt

Ing. Zuzana Schillerová

Bochemie a.s.

Product manager SBU DEZI

Mob.: +420 725 835 047

EDUKÁCIA PACIENTA PO HEMORAGICKEJ MOZGOVEJ PRÍHODE

Dana Prémuszová, Judita Bartková

FnsP Nové Zámky, Neurologická klinika

Abstrakt

Mozgová mŕtvica je po srdcovom infarkte druhou najčastejšou príčinou úmrtia v Európe a najvýznamnejšou príčinou invalidity. Na jej následky ročne zomrie 15 miliónov ľudí, ďalších 5 miliónov pacientov je dlhodobo postihnutých. Po mozgovej príhode spojenej s nedokrvením mozgu prežije asi 85 %, pri zakrvácaní do mozgu prežije asi 50 % pacientov. Na Slovensku postihuje ročne niekoľko tisíc ľudí, zväčšia vyššieho veku, nad 65 rokov. U mužov je pravdepodobnosť mozgovej príhody o tretinu vyššia ako u žien.

Kľúčové slová

Hemoragické cievne mozgové príhody. Edukácia. Sestra. Rehabilitácia.

Hemoragické cievne mozgové príhody vznikajú pri porušení celistvosti cievnej steny a k poškodeniu mozgového tkaniva dôjde predovšetkým tlakom krvného nahromadenia. Krvácanie do mozgu môže zasiahnuť pravú a ľavú mozgovú hemisféru alebo môže postihnúť mozoček a mozgový kmeň.

Základné delenie krvácania

- subarachnoidálne krvácanie
- intracerebellárne krvácanie
- epidurálne krvácanie
- subdurálny hematóm

Subarachnoidálne krvácanie je chorobný stav vznikajúci v dôsledku patologického výronu krvi do subarachnoidálnych priestorov. Je to priestor medzi mozgom a jemnou blanou pokrývajúcou mozog- arachnoideou (pavúčnicou). Krvácanie do tohto priestoru vzniká pri poškodení mozgu, najčastejšie prasknutie vydutiny v cieve mozgu (aneuryzmy), alebo následkom ruptúry aterosklerózou postihnutých ciev. Vzniká náhle a môže preniknúť do mozgového tkaniva, komorového systému. Typické intracerebellárne krvácanie vzniká najčastejšie pri arteriálnej hypertenzii. Obyčajne vzniká v oblasti podkôrových centier(bazálnych ganglií) a vnútorného puzdra (capsula interna).

Na prítomnosť krvi mozog reaguje opuchom, cievnyimi spazmami a niekedy aj rozšírením mozgových komôr.

Najčastejšie prejavy CMP

- poruchy vedomia rôzneho stupňa,
- poruchyorientácie, dezorientácia,
- slabosť, porucha hybnosti končatín - čiastočná (paréza) alebo úplná (plégia),
- poruchy hybnosti všetkých končatín (kvadruparéza, kvadruplégia),
- poruchy prehĺtania – dysfágia,
- poruchy reči – afázia, dysartria,
- poruchy schopnosti písať (agrafia),
- poruchy schopnosti čítať (alexia),
- poruchy schopnosti počítat' (akalkúlia),
- poruchy dýchania,
- bolesti hlavy, závraty, nauzea, zvracanie,
- nerovnaká šírka zreníc (spravidla je širšia zrenica na strane krvácania),
- strata svalového tonusu (problémy s chôdzou),
- poruchy močenia (retencia, inkontinencia),
- poruchy vnímania a strata zmyslového rozlišovania (problémy s hmatom, zrakom diplopia, sluchom, čuchom a rovnováhou),
- epileptické záchvaty,
- psychické a emocionálne problémy (depresie, úzkosť, zmeny nálady),
- problémy s chápaním (pamäť, sústredenie, správanie, apatia alebo nepokoj).

Ak už raz niekto prekonal CMP má výrazne väčšie riziko vzniku ďalšej mozgovej príhody. Preto je veľmi dôležité, aby pacienti, robili všetko preto aby znížili riziko vzniku ďalšej CMP. Aby ju vnímali ako celoživotný proces. Prichádza nečakane, bez varovania. Dôležitou úlohou sestry v starostlivosti o pacienta je práve dôsledná edukácia, ktorá zahŕňa zlepšenie, ochranu a udržanie zdravia.

Edukácia je definovaná ako proces výchovy a vzdelávania. Kladie si za cieľ nadobudnutie poznatkov, ale aj prebudovanie hodnotových, vzťahových, postojevých a vôľových štruktúr osobnosti človeka. Cieľom edukačných programov je aktívne zapojenie pacienta do preventívneho a liečebného programu. Pacient si má osvojiť vedomosti, postoje a zručnosti, ktoré súvisia s prevenciou ochorenia. Má sa podieľať na zodpovednosti za ochranu svojho zdravia a podporu svojho zdravia a kontrolu svojho zdravotného stavu.

Starostlivosť o pacienta po prekonaní CMP je náročná a dlhodobá , preto je dôležité

- hneď na začiatku získať pacienta pre aktívnu spoluprácu,
- je potrebné sa vcítiť do jeho problémov,
- podporovať jeho vhodné správanie,
- nenechať ho osamote,
- hovoriť s ním aj keď si myslíme ,že nám nerozumie,
- dôležitá je psychologická podpora, najmä u pacienta s komunikačnými problémami,
- získať si dôveru pacienta je základom úspešnej liečby.

V oblasti hygienickej starostlivosti je dôležité

- hygienu vykonávať 2x denne a po každom znečistení,
- od začiatku zapájať pacienta do starostlivosti o seba, v prípade potreby ho umyť, alebo len asistovať,
- jedenkrát týždenne vykonať celkový kúpeľ vrátane umytia vlasov, ostrihania nechtov,
- u mužov 2-3x týždenne oholiť, pokiaľ to sami nezvládnu,
- vyberať pre pacienta vhodný odev so šnúrkami vzadu,
- pri toalete denne kontrolovať stav pokožky na predilekčných miestach a všímať si zmeny,
- na koži, zaparené miesta ošetrovať vhodným krémom,
- ležiacich pacientov pravidelne masírovať masážnym krémom , ochranným olejom, alebo sprejom, čím predchádzame dekubitom,
- treba sa starať o posteľnú a osobnú bielizeň, musí byť vždy čistá a suchá
- používať jednorázové pomôcky „pampers“,
- starostlivosť o PK a kontrolovať jeho priechodnosť,
- pravidelne odpúšťať moč každé 4 hodiny.

Pri ošetrovaní chorých s CMP jedným so sprievodných javov ochorenia môže byť porucha prehĺtania , preto musíme byť opatrní pri kŕmení. Môže dôjsť k aspirácií potravy.

Preto je pri stravovaní dôležité

- vysadiť pacienta na posteli, alebo do kresla,
- ak má pacient problémy s hryzením a prehĺtaním podávať stravu tekutú prípadne kašovitú,

- racionálnu stravu pokrájať, aby sa mohol samostatne najesť,
- pri dysfágií treba dávať pozor na aspiráciu jedla či tekutín,
- nabádať pacienta, aby si vkladal malé množstvá potravy do nepostihnutej polovice úst,
- na konci jedenia skontrolovať či mu v ústach nezostali zvyšky jedla,
- ponúkať piť a sledovať P+V tekutín,
- ak má pacient zavedenú NGS, kontrolovať fixáciu a priechodnosť.

Správne polohovanie tela je mimoriadne dôležité v akútnej

- zabrániť spasticite až kontraktúram,
- zabrániť bolestivým pleciam,
- predchádzať preležaninám,
- predchádzať problémom s obehom (krvným aj lymfatickým),
- posielať do mozgu normálne povely,
- podporovať rozpoznanie a uvedomenie si postihnutej strany,
- polohovať pacienta každé 2 hodiny cez deň aj v noci,
- polohu pacienta udržať pomocou vankúšov, vatových venčekov, prestieradiel, drevených debničiek, lôžko vybaviť bočnicami, hrazdičkou pre uľahčenie pohybu.

Včasná rehabilitácia pacientov po CMP zvyšuje šancu na hodnotný život

- začínať pasívnou mobilizáciou,
- naučiť pacienta pretáčať sa z jednej strany na druhú,
- naučiť ho posadzovať z ľahu do sedu, vysadzovať do kresla,
- naučiť ho aktívne cvičiť v sede na lôžku so spustenými nohami,
- naučiť ho vstávať zo sedu,
- učiť ho správny nácvik chôdze.

Najvyšším cieľom rehabilitácie je pomôcť pacientovi tak, aby bol schopný sám vykonávať čo najviac aktivít bežného života.

Dosiahne to vtedy, keď:

- od začiatku ho budeme viesť k tomu, aby každodennú činnosť vykonával za použitia normálnych pohybovaných vzorov, pričom tiež stimulujeme jeho zmysly,
- spoločne sa snažiť riešiť rôzne problémy, ktoré môžu nastať napr. pri vyzliekaní, umývaní, obliekaní, používaní toalety, pri stolovaní,

- uistiť sa, že pacient vykonáva zmysluplnú činnosť,
- asistovať pri manipulácii s predmetom,
- viesť a kontrolovať celé jeho telo z jeho postihnutej strany,
- musí sa naučiť používať čo najviac postihnutú ruku pri všetkých domácich prácach (utieranie prachu, umývanie riadu, pranie),
- na vykonávanie sebaobslužných činností musíme pacientovi dopriať dostatok času, aby mohol splniť úlohy čo najlepšie a mal z toho dobrý pocit,
- pri skončení činnosti týkajúce sa sebaopatery musíme pacienta hneď pochváliť a podporovať pri plnení rehabilitačného programu,
- musia sa podieľať na rodinnom živote, hrách, nesmú sa odstrkovať do kúta,
- po prepustení pacienta je možné pokračovať v rehabilitovaní cestou ADOS.

Záver

Keďže riziko recidívy CMP je vysoké, aj význam prevencie je veľmi dôležitý. Prevencia spočíva v užívaní liekov, pravidelných lekárskeho prehliadok, úprave životného štýlu (prestať fajčiť, piť alkohol, v strave obmedziť tuky, soľ, vysmázané jedlá, snažiť sa o fyzickú aktivitu a udržať si zdravú telesnú hmotnosť). K zlepšeniu po CMP dôjde obvykle do niekoľkých mesiacov po jej vzniku. Rehabilitácia a logopedická starostlivosť musí začať čo najskôr a pokračovať dostatočne dlhú dobu. Úspech závisí od typu a rozsahu CMP a v neposlednom rade aj od spolupráce a vôle pacienta. Cieľom liečby je zlepšiť stav pacienta natoľko, aby bol v každodennom živote sebestačný.

Bibliografické odkazy

SLEZÁKOVÁ, Z. 2006. *Neurologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2006, s. 53, 61, 62, 63, ISBN 80-8063-218-9.

POLEDNÍKOVÁ, L. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2006, s.70,71,122,123 ISBN 80-8063-208-1.

D. FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovatel'stvo – teória* 2 vyd. Martin: Osveta, 2005, s.67,68. ISBN 80-8063-182-4.

JEDLIČKA, P., KELLER, O. et.al. 2005. *Speciální neurologie*. Praha: Galén, 2005, s.80,82. ISBN 80-7262-312-5.

SEIDL, Z., OBENBERGER, J. 2004. *Neurologie pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0623-7.

Kontakt

Dana Prémuszová,
Janka Kráľa 16
94001 Nové Zámky
premko@centrum.sk

Vydavateľ:

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Amurská 71, 821 06 Bratislava

Vydanie: prvé

Náklad: 150

Strán: 117

Rok vydania: 14.09. 2012

ISBN 978-80-89542-23-9

EAN 9788089542239

