

**SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK
SEKCIA SESTIER PRACUJÚCICH V AMBULANTNÝCH
ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH
REGIONÁLNA KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK
V ŽIARI NAD HRONOM**



**III. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH
V AMBULANTNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH
V ŽIARI NAD HRONOM S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU**

10.09.-11.09.2010

13

v rozsahu trvania hodín



ZBORNÍK PREDNÁŠOK
Z III. CELOSLOVENSKEJ KONFERENCIE SESTIER
PRACUJÚCICH V AMBULANTNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH
ZARIADENIACH V ŽIARI NAD HRONOM



POĎAKOVANIE A PREDSLOV



*Za úspešný priebeh konferencie ďakujeme všetkým
zúčastneným, organizačnému tímu i prispievateľom za
podnetné príspevky.*



***Milé sestry, milé kolegyne, vážení hostia, všetci prítomní počas III.
Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v ambulantných ZZ v Žiari
nad Hronom...***

vzdelávacia konferencia venovaná práve Vám by mala byť podujatím, ktoré vo Vás „niečo“ zanechá.

Priznáme sa hneď v úvode – nejde nám o povrchné prečítanie prednášok, naše požiadavky sú náročnejšie a okrem získania vedomostí by sme rady dosiahli aj ďalšie pozitívne aspekty ako kolegialita, empatia, vytvorenie silnej skupiny vzájomne sa motivujúcich sestier, priateľiek a kolegyň, ktoré sú si v dnešnej ťažkej situácii v zdravotníctve skutočnou oporou, či už v oblasti vedomostnej a poznávacej, alebo proste – ľudskej...

Stretnutia, ktoré organizujeme sú o nás, pre nás a jedným z cieľov je odísť o „niečo“ múdrejší, múdrejšia, kráčať k pacientovi proste s niečím novým. Je úplne pochopiteľné, že z našej konferencie nemôže odkráčať späť do ambulancií robot pamätajúci si absolútne všetko.

Využitelnosť vedomostí z našich prezentácií je však veľmi vysoko pravdepodobná, nakoľko všetky prednášky „šijeme“ doslova na ambulantnú „mieru“. Úspechom pre nás bude, ak Vám poznatky z konferencie pomôžu v dennodennej praxi aspoň čiastočne. Ak od Vás odíde pacient spokojnejší, o niečo múdrejší a najmä – zdravší, či už myslíme na zdravie psychické, fyzické, sociálne, či spirituálne.

Pracujeme predsa s človekom holisticky a holizmus je prioritou dnešnej top sestry, ktorá je síce skutočnou profesionálkou, ale predovšetkým empatickou partnerkou svojho pacienta, ktorá dokáže vidieť jeho očami, počuť jeho ušami a cítiť jeho srdcom.

Chceme vedieť dokázať aj to, že si nezakrývame oči pred problémami a realitou. Aj preto sú súčasťou tohto zborníka nové rozmery prednášok a síce – situačné interaktívne prednášky týkajúce sa vedenia zdravotnej dokumentácie, rovnocennosti pri rôznych formách poskytovania zdravotnej starostlivosti a psychologickú záťaž sestry v ambulancii.

Opakujeme - nezakrývame oči pred problémami a sme si vedomí toho, že ak sa má problém riešiť, je nutné ho najskôr pomenovať a vysloviť.

Chceme sa vzdelávať. Chceme byť lepšie k svojim pacientom, chceme byť dokonalejšími sestrami. Nezabúdajme však samé na seba.

V spoločenskej pozícii, v akej je dnešná sestra nezabúdajme na to, že čím viac vieme, tým viac smieme a tým viac aj dokážeme...spoločne, otvorene, cielene.

Veríme, že prednášky splnili svoj účel. Že naučili a poskytli oporu. Že naša konferencia o nás, pre nás bola prínosná, nie zbytočná.

Tešíme sa na ďalšie stretnutia, z ktorých plánujeme urobiť naozaj takmer rodinnú tradíciu.

S úctou výbor sekcie sestier pracujúcich v ambulantných ZZ

Sestra je nádherné slovo. Evokuje príbuzenstvo, evokuje blízkosť osoby, ktorá pomáha, ktorá podáva pomocnú ruku, ktorá zachraňuje.

Sestra je vzácna osobnosť. História nám ukazuje prvú medzi sestrami – Florence Nightingale, ktorá pochádzala zo zámožnej rodiny a nemusela sa stať nemocničnou sestrou, ktorá bojuje s chorobami, zraneniami, problémami.

Ako sama povedala, mohla byť „ženou vydatou, ženou literárne činnou, alebo sestrou“. Mala však intelektuálnu povahu, ktorá si žiadala uspokojenie. Napriek všetkých úspechom zostala skromnou ženou.

Inšpirujme sa...

OBSAH SÚHRNOV S ODKAZOM NA STRANU PREDNÁŠKY PUBLIKOVANEJ POČAS KONFERENCIE

NÁZOV: KOMUNIKÁCIA S RODINOU PACIENTA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

Jana Ďurmeková

Onkologické oddelenie

NsP Bojnice

Str. 24

Súhrn: Cieľom príspevku je zdôrazniť význam holistického prístupu k rodine a podporným osobám pacienta v paliatívnej starostlivosti s cieľom minimalizovať psychický dyskomfort zúčastnených osôb. Umieranie je totiž fenoménom, v ktorom sa utrpenie nevťahuje výlučne na umierajúceho pacienta, ale zasahuje celú jeho osobu vrátane sociálnej siete osôb, ktoré sú s pacientom rodinne, priateľsky a inak prepojené emocionálnymi ľudskými väzbami. Jednou zo zásadných úloh sestry je preto starostlivosť o societu žijúcu v okolí umierajúceho jedinca, odhalenie a včasný záchyt signálov, ktoré v prípade, že sú sestrou ignorované, môžu vyústiť do vážneho narušenia psychického stavu s fyzickými a sociálnymi následkami na život príbuzných a iných podporných osôb.

Kľúčové slová: Umieranie. Smútok. Príbuzní. Paliatívna starostlivosť. Pozostalí.

NÁZOV: RAKOVINA A SEXUALITA Z POHLADU LIGY PROTI RAKOVINE

Jana Lukášňová

Ambulancia praktického lekára pre dospelých, Temeš

Anna Grambličková

Ambulancia praktického lekára pre dospelých, Valaská Belá

Str. 28

Súhrn: Cieľom príspevku je zdôrazniť význam holistického prístupu k všetkým oblastiam ľudského života vrátane oblasti sexuálnej, predovšetkým u pacientov, ktorí sa ocitli v situácii, ktorá túto oblasť ľudského života značne postihuje v negatívnom zmysle slova. V SR nie je samozrejmou riešiť dôsledne s pacientom aj sexuálnu oblasť pacienta s rakovinou. Výsledkom tejto situácie býva dyskomfort v prežívaní pacienta a zvládání jeho ochorenia, narušené vzťahy medzi partnermi, narušený obraz tela a z daných deficitov vyplývajúci pocit

neistoty a vlastnej zraniteľnosti, pričom tieto aspekty vo veľkej miere bránia v prispôsobovaní sa novej, podstatne zmenenej životnej situácii pacienta s rakovinou.

Získaním správnych vedomostí a relevantných údajov je možné pomôcť pacientom a ich partnerom. Problematika sexuálneho správania a kvalita sexuálneho života nie témou náročnou, ak na strane sestier existuje vôľa pomôcť a zvýšiť kvalitu života človeka, ktorý bojuje o vlastný život, prežitie. Na prvom mieste stojí vôľa a odhodlanie sestier naučiť sa nové, nestranné posúdiť situáciu, zhodnotiť potrebu odbornej pomoci a implementovať vedomosti tak, aby sa naplnila idea skutočnej pomoci.

Kľúčové slová: Sex. Sexualita. Rakovina. Partnerstvo. Kvalita sexuálneho života.

NÁZOV: ETIOLOGICKÉ SÚVISLOSTI HYPERNATRIÉMIE A HYPERTENZIE

Mgr. Jaroslava Lunterová

Interná a kardiologická ambulancia

Revúca

Str. 32

Súhrn: Cieľom príspevku je poukázať na vzťah medzi vysokým krvným tlakom /artériovou hypertenziou/ a zvýšenou hladinou sodíka v ľudskom organizme, nakoľko srdce pracuje na báze sodíkovo – draslíkovej pumpy a optimálna hladina sodíka v ľudskom organizme má viac než zásadný vplyv na udržiavanie optimálnych hodnôt krvného tlaku. Stále podceňovaná neslaná diéta pri hypertenzii je zároveň výzvou aktívnejšie sa zapojiť za jej striktné uplatňovanie v korekcii porúch tlaku krvi, čo je výsadou, resp. pracovnou výzvou práve pre sestry ambulatných zariadení v primárnej, sekundárnej a terciálnej preventívno . ošetrovateľskej starostlivosti. Vychádzame z najnovších vedeckých zistení, ktoré poukazujú na to, že hoci dospelý človek potrebuje denne prijať 2 – 4 g soli v závislosti od stupňa fyzickej aktivity počas dňa, v súčasnosti prijíma 10 – 15 g soli denne. Pritom vzťah medzi príjmom sodíka a výškou krvného tlaku je priamy a progresívny (Martinický, 2008, s. 30).

Kľúčové slová: Sodík. Hypertenzia. Hypernatriémia. Neslaná diéta. Potraviny.

NÁZOV: E-LEARNING- VHODNÁ ALTERNATIVA CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Mgr. Dita Vlasáková

E-Univerzita - celoživotní vzdělávání online

Str. 36

Souhrn: Povinnost nelékařských zdravotnických pracovníků celoživotně se vzdělávat ukládá platná legislativa SR. Naplnit tuto povinnost není pro mnohé nelékařské zdravotnické pracovníky lehké a je tedy nezbytné hledat i takové formy vzdělávání, které minimalizují časovou a finanční zátěž se vzděláváním spojenou. Řešením může být distanční forma vzdělávání - e-learning, která se na základě současných trendů, výstupů z empirických šetření a strategií EU, jeví jako vhodná alternativa pro celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.

Klíčová slova: E-learning, e-learningový kurz, celoživotní vzdělávání, nelékařský zdravotnický pracovník, distanční vzdělávání, strategie.

NÁZOV: VZŤAH MEDZI ALKOHOLOM A VZNIKOM HYPERTENZIE

Mgr. Jaroslava Lunterová

Interná a kardiologická ambulancia

Revúca

Str. 41

Súhrn: Cieľom príspevku je poukázať na vzťah užívania alkoholu a výskyt artériovej hypertenzie v populácii. Napriek mnohým výskumom a pokrokom v liečbe hypertenznej choroby sa nedarí znižovať výskyt tohto top kardiovaskulárneho ochorenia. Jednou z príčin je aj nedokonalá uvedomelosť pacientov o životnom štýle a antihypertenznom režime, ktorý – ak by sa realizoval ozaj dôsledne – mohol by veľmi priaznivo ovplyvniť fenomén výskytu vysokého krvného tlaku. Alkohol v SR je všeobecne tolerovaný. V kombinácii s antihypertenznou liečbou je však veľmi nebezpečným aspektom, ktorý veľmi negatívne ovplyvňuje progresiu tohto ochorenia. Aj preto je veľmi dôležité sa tejto tematike venovať dôslednejšie a edukáciu hypertónika posilniť aj o poznatky spojené so životným štýlom vrátane edukácie zameranej na vzťah alkoholu, alkoholizmu a artériovej hypertenzie.

Kľúčové slová: Alkohol. Hyperetnzia. Alkoholizmus. Antihypertenzná liečba. Abstinencia.

NÁZOV: KVALITA ŽIVOTA PACIENTOV S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Janka Matejová

Ambulancia praktického lekára pre dospelých

Ožďany

Str. 45

Súhrn: Cieľom príspevku je priblížiť život človeka s Morbus Parkinson ako ochorením, z ktorého sa pomaly už nestáva mýtus, naopak – vyskytuje sa čoraz častejšie a postihuje dokonca aj mladšie vekové skupiny, napriek nedávnej minulosti, kedy bola verejnosť presvedčená o tom, že ide o chorobu „starších“. Život s Parkinsonovou chorobou je zlomom. Pre pacienta samotného znamená obrovskú psychickú záťaž, pretože ako pacienti sami hovoria: „*nie som už tým, čím som bol*“, čo naznačuje, že situácia je stresom, z ktorého nie je možné sa dostať rýchlo a nesystematicky. Samozrejme – ochorenie zasiahne aj okolie, rodinu pacienta. Je potrebné učiť sa nové, prispôbiť sa obmedzeniam, zaujať nové postoje, vytvoriť diametrálne odlišné podmienky spoluzitia, či bývania. Ak však Parkinsonovu chorobu považujeme za niečo, čo stresuje, vychádzajme pri nej zároveň zo starého poznania, že cieľom človeka nie je odbúrať zo života stres (to je predsa nemožné) – cieľom človeka je naučiť sa stres zvládať. Pre pacientov s Parkinsonovou chorobou sme vytvorili edukačný leták s radami ambulatnej sestry – v rámci rozvoja multikultúrneho ošetrovateľstva v slovenskom aj maďarskom jazyku.

Kľúčové slová: Parkinsonizmus. Parkinsonova choroba. Kvalita života. Depresia.

NÁZOV: PACIENT S DILATAČNOU KARDIOMYOPATIOU V AMBULANCI

Mgr. Jaroslava Lunterová

Interná a kardiologická ambulancia

Revúca

Str. 51

Súhrn: Cieľom príspevku je poukázať na niektoré aspekty charakteristické pre ochorenie dilatačná kardiomyopatia. Toto závažné ochorenie má stúpajúcu tendenciu a starostlivosť o pacienta zatiaľ viac – menej dominuje v rovine diagnosticko – medicínskokoterapeutickej. Sestra by mala ovládať charakteristiku KMP a mala by vedieť, čo, aké postupy a odporúčania by mala posunúť smerom k pacientovi s cieľom stabilizácie a zlepšenia celkového stavu. Ochorenie totiž v prípade nedostatočných opatrení zo strany samotného pacienta progreduje a môže vyústiť až do srdcového zlyhania a stavu, ktorý je už v rámci ďalšieho vývoja nezvratným a nezlučiteľným so životom. Klasickým prípadom je samotná pacientka (slide)

narodená r. 1980, ktorá ochoreniu podľahla v apríli 2010. Treba podotknúť, že šlo o klasický prípad pacientky, ktorá absolútne ignorovala lekárske a sesterské odporúčania, nedodržiavala liečebný režim, dokonca ho výrazným spôsobom porušovala, v dôsledku čoho došlo k predčasnej a zbytočnej smrti mladej matky dvoch maloletých detí. Úroveň starostlivosti o pacientov s dilatačnou KMP by mala byť odbornejšia, globálnejšia a vyžaduje sa doslova presvedčanie s uvádzaním autentických prípadov.

Kľúčové slová: Dilatácia. Kardiomyopatia. Srdcový sval. Opatrenia.

NÁZOV: ASPEKTY STAROSTLIVOSTI O GERIATRICKÝCH PACIENTOV V OBVODNEJ AMBULANCI

Drahomíra Rezníková

Jazmed s.r.o – ambulancia praktického lekára pre dospelých

Východná, Važec

Spoluautor: Iveta Rysulová

Str. 55

Súhrn: Cieľom štúdie bolo poukázať na ukazovatele návštevnosti gerontov v ambulancii praktického lekára pre dospelých. Návštevnosť obvodných ambulancií v tomto veku je na základe výsledkov evidentne vysoká. Užívanie liekov a predpisovanie pomôcok je najčastejším dôvodom návštevy u lekára. Pritom 1/3 gerontov navštevuje ambulanciu 2-3x mesačne. Pozitívne zdravotné správanie je evidentnejšie u žien ako u mužov. Obmedzenie a udržanie primeraných hodnôt hmotností, abstinencia a fajčenie bolo detto zodpovednejšie u žien ako u mužov. Pohybová aktivita mužov je však vyššia ako u žien. Polovica súboru hodnotí svoj stav ako primeraný svojmu veku. Všetky sledované charakteristiky u žien poukazujú na zodpovednejší prístup než u mužov.

Kľúčové slová: Geriatrický pacient. Ambulancia. Edukácia. Muži. Ženy.

NÁZOV: OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O ADOLESCENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

Bc. Terézia Hurárová

Ambulancia praktického lekára pre dospelých

Bánovce nad Bebravou

Str. 59

Súhrn: Cieľom príspevku je priblížiť účastníkom konferencie sestier pracujúcich v ambulatných ZZ fakty o ochorení Morbus Crohn z pohľadu sestry z praxe. Crohnova choroba totiž postihuje mužov a ženy rovnako s dvojrcholovým maximom výskytu v 20.-30. roku, alebo potom medzi 50.-70. rokom života človeka. Frustrujúcou sa javí predovšetkým skutočnosť, že napriek evidentným pokrokom medicínskeho rozvoja sa nedarí definovať príčinu tohto ochorenia. Pozitívne je však poznanie rizikových faktorov, ktoré sa na vzniku ochorenia podieľajú. Častejší rodinný výskyt najmä u jednovaječných dvojčiat svedčí o genetických faktoroch. Faktory vonkajšieho prostredia a samotný stres sú taktiež zaraďované medzi etiologické faktory, vychádzajúc z výskumov naznačujúcich nízky výskyt ochorenia v rozvojových krajinách. Infekčná teória sa napriek výskumom jednoznačne nepotvrďuje. Súčasťou príspevku sú tri reálne case study, ktorých cieľom bolo zrealizovanie pohľadu na osoby trpiace týmto chronickým ochorením so zreteľom na dôsledky pre ďalší život. Tak ako u iných ochorení – východiskom správnej ošetrovateľskej starostlivosti je predovšetkým individuálny prístup a holistické vnímanie pacienta.

Kľúčové slová: Črevo. Morbus Crohn. Zápal. Ošetrovateľská starostlivosť.

NÁZOV: AKTÍVNE UHLIE V LIEČBE AKÚTNÝCH HNAČIEK

Alena Laurenčíková

Ambulancia praktického lekára pre deti a dorast

Revúca

Str. 65

Súhrn: Nakoľko hnačka je dosť subjektívny pojem, definuje sa ťažko. Všeobecne uznávané charakteristiky sú viac ako 3 stolice denne, riedka až tekutá konzistencia podmienená obsahom vody vyšším ako 85%, objem stolice väčší ako 200 – 300 g/24 hodín, vyšší obsah stolíc súvisí s poruchou resorpcie, sekrécie, alebo motility.

Napriek úžasným pokrokom v oblasti medicíny a verejného zdravotníctva je hnačka zdravotnou komplikáciou normálneho vylučovania stolice a vyskytuje sa u ľudí aj napriek dodržiavaným zásadám racionálneho životného štýlu. Stačí jedna zmrzlina vyrobená zo surovín s hraničnou expiráciou, či podanie ruky známemu a klient sa nakazí. Alarmujúcou býva situácia v školách, predškolských zariadeniach, či internátoch. U ohrozených skupín

(malé deti, starší ľudia) môže hnačka vyústiť do veľmi vážnych zdravotných komplikácií. Aj preto by sestra pracujúca v ambulancii praktického lekára pre deti a dorast, pre dospelých a v rámci poskytovania holistickej ošetrovateľskej starostlivosti mala mať dostatočné informácie o hnačke ako ochorení a o opatreniach, ktoré pacientovi/ klientovi môžu významne pomôcť k zlepšeniu narušeného vyprázdňovania.

Kľúčové slová: Hnačka. Stolica. Čierne uhlie. Liečba. Ošetrovanie.

NÁZOV: DIFERENCIÁCIA VYBRANÝCH PORÚCH SRDCOVÉHO RYTMU

Mgr. Jaroslava Lunterová

Interná a kardiologická ambulancia

Revúca

Str. 71

Súhrn: Arytmie sú poruchy srdcového rytmu. Pri arytmiách môže dochádzať k spomaleniu rytmu srdca (bradyarytmia, bradykardia), k zrýchleniu srdcového rytmu (tachyarytmia, tachykardia), alebo k nepravidelnosti srdcového rytmu. Arytmie môžu byť časovo ohraničené ako trvalé, alebo prechodné (záchvatovité, paroxyzmálne) (Cardiomagazín, 2010, s. 29). Prevažná väčšina arytmií býva spôsobená neznámou etiológiu, diferencujeme však aj arytmie, ktoré sú dôsledkom nesprávneho životného štýlu ako stres, alkoholizmus, či tabakizmus. V rámci pátrania po etiológii arytmií sestra dôsledne realizuje anamnestickú časť ošetrovateľskej starostlivosti so zameraním na faktory genetické a faktory životného štýlu.

Kľúčové slová: Arytmie. Bradykardia. Tachykardia. Elektrokardiografia. Sestra.

NÁZOV: PRIMÁRNA STAROSTLIVOSŤ V OŠETROVATEĽSTVE – MONITORING PREDISPOZIČNÝCH FAKTOROV PRI VZNIKU HYPERTENZIE

Mgr. Petra Oláhová

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých

Spišská Nová Ves

MUDr. Jozef Vančo

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých

Spišská Nová Ves

Str. 77

Súhrn: Cieľom príspevku je poukázať na informovanosť pacientov o problematike hypertenznej choroby vo vzťahu k predispozičným faktorom, ako aj informovanosť o správnej životospráve pri ochorení. Uvedomujeme si, že väčšina pacientov s hypertenziou nevenuje svojmu krvnému tlaku primeranú pozornosť. Arteriová hypertenzia je v priemyselne vyspelých krajinách časté ochorenie, veľmi často diagnostikovaným ochorením v ambulantnej praxi a vo svetovom meradle jedným z vedúcich príčin úmrtnosti a invalidizácie. Ošetrovateľstvo svojím zameraním na zdravie a jeho podporu plní dôležitú úlohu v oblasti prevencie. Sestry svojou činnosťou sa podieľajú na prevencii vo všetkých jej úrovniach. Dôležitou súčasťou prevencie je edukácia- zdravotná výchova pacienta. Zdravotnú výchovu sestry poskytujú pacientom rôznych vekových kategórií. Aj preto je veľmi dôležité sa tejto problematike venovať dôslednejšie.

Kľúčové slová: Predispozičné faktory. Prevencia hypertenzie. Primárna zdravotná starostlivosť. Ošetrovateľská starostlivosť. Dispenzárna zdravotná starostlivosť. Liečba hypertenzie. Komplikácie.

NÁZOV: EDUKAČNÉ AKTIVITY SESTRY V PRIMÁRNEJ PREVENCII A JEJ VÝZNAM Z POHLADU KLIENTA

Marta Jarošová (1) Zoltán Benyó (2), František Molnár(3)

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

FORLIFE n. o Komárno, Všeobecná nemocnica , Gastroenterologická ambulancia
Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Komárne

Str. 80

Súhrn: Edukácia ako významný nástroj šírenia informácií má v 21. storočí kľúčové slovo pre ochranu a zachovanie zdravia jedinca i celej spoločnosti. Edukácia vykračuje spolu s prevenciou. Cieľom dvoch úzko súvisiacich aktivít je, aby informácie, týkajúce sa ochrany a zachovania zdravia sa dostali k čo najvyššiemu počtu ľudí – teda k občanom – laikom.

Význam cielenej edukácie spočíva v tom, že je zameraná na prevenciu konkrétneho ochorenia u vybranej cieľovej skupiny obyvateľstva (1). Cieľom edukácie je, aby jednotlivec si osvojil vedomosti a zručnosti , ktoré prispievajú k ochrane a podpore jeho zdravia. Stáva sa

aktívnym účastníkom v tomto procese a pocit zodpovednosti za svoje zdravie by mal vnímať ako dôležitý prvok svojho života.

Kľúčové slová: Edukácia. Prevencia. Kolorektálny karcinóm.

NÁZOV: PORUCHY SLUCHU Z POHLADU AUDIOMETRICKEJ SESTRY

Bc. Marcela Milková, sestra, Mgr. Martina Benková, sestra audiometristka

ORL oddelenie, Nemocnica Zvolen a.s.,

Kuzmányho nábrežie 28

Zvolen

Str.85

Súhrn: Pre sluchovo postihnutých je zvon bez hlasu, les bez šumu, vták bez spevu. Aj vďaka nám ich život nemusí byť bez lásky. Tento hlas počujú veľmi dobre. V ošetrovatelstve totiž nie je celý proces prístupu k pacientovi postavený výlučne na verbálnej, zvukovej komunikácii. Žiaľ, žijú medzi nami ľudia, ktorí šťastie počuť ušami nemajú a pre zdravotníctvo by mali byť nie „ťažko riešiteľným problémom“, ale výzvou. Dominantnou úlohou sestry je nadviazanie kontaktu a vzťahu s pacientom a následne jeho udržanie pre efektívny výstup ako záver partnerstva medzi zdravotníkmi a pacientmi v prospech pacienta. U pacienta so sluchovým postihnutím sú potrebné veľmi špecifické postupy, ktoré však vnímavá sestra – profesionál nemá problém uplatniť a zdokonaľovať po celý čas výkonu svojej profesie. Cieľom prednášky je prezentovať prácu sestry na otorinolaryngologickej ambulancii v súvislosti s diagnostikou a liečbou porúch sluchu.

V úvodnej časti sa autorky venujú anatómii a fyziológii ucha, vyšetrovacím metódam pri poruchách sluchu, najčastejšími príčinami porúch sluchu, typmi porúch a liečbou porúch sluchu. Vysvetľujú pojmy zvuk a hluk a dôležitosť včasnej diagnostiky.

Kľúčové slová: Sluch. Sluchové postihnutie. Hlas. Komunikácia.

NÁZOV: VYUŽITIE VLASTNEJ KRVÍ PRI LIEČBE OCHORENÍ POHYBOVÉHO APARÁTU

Mgr. Tatiana Harhová

Ortopedická ambulancia

Poprad

Str. 89

Súhrn: Terapia poranení a defektov mäkkého tkaniva na kostných alebo chrupavkových štruktúrach použitím upravenej upravenej a na krvné doštičky bohatej plazmy je všeobecne známa. Má dlhú históriu najprv v zubnom lekárstve a neskôr aj v ortopédii. Veľa in vitro a in vivo štúdií preukazuje pozitívny účinok priamo na ciele štruktúry, ako aj protizápalový a anestetický účinok všeobecne, bez obmedzenia na jednu špecifickú metódu prípravy plazmy. V ambulancijnej starostlivosti ide skôr o nový terapeutický výkon, ktorý pozostáva o špecifickej prípravy a postupov.

Kľúčové slová: Zápal. Krv. Plazma. ACP. Pacient.

NÁZOV: SKOLIÓZA A POHYBOVÁ AKTIVITA U DETÍ

Mgr. Tatiana Harhovská

Ortopedická ambulancia

Poprad

Str. 92

Súhrn: Chybné držanie tela je najčastejšou deformitou trupu u detí a dospievajúcich, ktorá je výsledkom dysbalanciou svalov trupu spôsobená dlhodobým preťažovaním nevhodnými polohami. Skolióza je chorobné vychýlenie chrbtice nabok. Toto vykrivenie je spojené s rotáciou, otáčaním tiel stavcov okolo dlhej osi na strane vykrivenia. Skolióza postihuje celú chrbticu, ale aj jej časti, podľa toho hovoríme o krčnej, hrudnej, drierkovej a najbežnejšej hrudnodrierkovej krivke. viac ako 80% prípadov predstavuje neznáma príčina ochorenia, tzv. idiopatická skolióza. Väčšinou sa objavuje v detstve vo veku od 10-18 rokov následkom prudkého rastu a neúmerným preťažovaním chrbtice, jednostranné pracovné zaťaženie, genetické podklady, choroby detského veku (rachitída, osteomalácia), v množstve prípadov vzniká sekundárne popri základnej poruche, napríklad pri poliomyelitíde (detskej mozgovej obrne).

Kľúčové slová: Skolióza. Chrbtica. Dieťa. Záťaž. Vykrivenie.

NÁZOV: PRÁVO A LEGISLATÍVA V PROFESII SESTRY

PhDr. Anna Macková

Úrad Banskobystrického samosprávneho kraja

Banská Bystrica /Dostupné na: www.sksapa.sk/

Súhrn: Každá činnosť v spoločnosti vždy bola, je a bude v budúcnosti stále upravovaná a „ošetrovaná“ celým radom všeobecne záväzných noriem, ktoré stanovujú určité pravidlá profesijného vystupovania členov spoločnosti pri ich činnostiach. Nie je tomu inak ani v profesii sestier a pôrodných asistentiek. Dodržiavanie legislatívnych noriem a právnych predpisov je vynútené a nedodržiavanie sankcionované. Vychádzajúc z týchto kľúčových princípov sme presvedčení, že znalosť legislatívy, ktorá sa týka priamo výkonu povolania sestry a všetkého, čo s ním súvisí, je neodmysliteľnou súčasťou všeobecnej inteligencie a rozhľadu sestry a pôrodnej asistentky. Vzhľadom na variabilitu legislatívnych a zákonných činiteľov je preto potrebné (a sestrám a pôrodným asistentkám odporúčame) sledovanie prijímania zákonov, ich dopĺňania, úprav znenia a pod., s dominantným cieľom vyhnúť sa pochybeniam, ktoré ohrozujú stabilitu a prijateľný priebeh výkonu profesie.

Kľúčové slová: Legislatíva. Zákon. Norma. Vyhláška. Nariadenie vlády.

NÁZOV: HODNOTENIE SÚSTAVNÉHO VZDELÁVANIA SESTRY

Mgr. Iveta Drahoňová

Regionálne centrum HSV

Banská Bystrica /Dostupné na: www.sksapa.sk/

Súhrn: Sestrám a pôrodným asistentkám regulárne prihláseným do SK SaPA začína prvý cyklus hodnotenia sústavného vzdelávania. Do konca decembra 2010 prejde hodnotením cca 35 000 sestier (overenie ¼ milióna dokumentov). Už nie je „neznámou“, že sestra a PA je povinná získať za 5 – ročné obdobie 100 kreditov, pričom 50 kreditov sa započítava za vykonávanie praxe sestry a PA najmenej počas 4 rokov z 5 a samoštúdium (nemerateľná zložka). Ďalšie kredity (cca 50) sa udeľujú za absolvovanie aktivít sústavného vzdelávania (konferencie, semináre, kongresy, publikácie, špecializačné štúdium a certifikačná príprava a pod.). Získaním stanoveného počtu kreditov a preukázaním praxe sú kritériá splnené. Ak sestra alebo PA nezíska počas 5 – ročného hodnotiaceho cyklu potrebný počet kreditov, prezídium komory vydá rozhodnutie o nesplnení kritérií a určí lehotu v maximálnej dĺžke 6 mesiacov, dokedy je povinná doplniť si chýbajúce kredity. Ak zistené nedostatky neodstráni, komora ej v súlade s § 42, ods. 9 zákona č. 578/2004 Z.z. v plnom znení platnom od 1.6.2010 zruší registráciu (Balková, 2010, s. 4-5). Odporúčame preto sestrám a PA nevyhnutne, aktívne a dôsledne sa zapojiť do procesu vlastného manažmentu absolvovania sústavného vzdelávania s cieľom predísť zbytočným komplikáciám a pochybeniam nad rámec zákonných ustanovení.

Kľúčové slová: Vzdelávanie. Hodnotenie. Sestra. Zákon. Hodnotiaci cyklus.

NÁZOV: GRAVIDITA U ŽIEN VO VYŠŠOM VEKU

Mgr. Anna Durjančíková

ADOS

Revúca

Str. 97

Súhrn: Cieľom našej práce je poskytnúť pohľad na viaceré ovplyvňujúce aspekty rozhodovania sa ženy vo vyššom veku pre otehotnenie. Vzhľadom na sociologické faktory súčasnej spoločnosti ako rozvodovosť, nové partnerstvá a plánované nové, ďalšie rodičovstvo je táto téma veľmi aktuálnou v kontexte preventívnom a rozhodujúcom pre dané činitele. V aktuálnej sesterskej obci sa akosi zaznáva rola sestry – poradkyne, eventuelne prísne sa posudzuje, či je sestra/ nie je oprávnená radiť, odporúčať a príliš sa špecifikuje v čom. Pritom je viac než jasné, že edukácia lekárskej obce nie je postačujúca. Ak je sestra skutočne odborníčkou vo svojom odbore, ak so záujmom pristupuje k problematike svojej profesie, je skutočne schopná si vyhľadať, naštudovať a na základe relevantných faktov potvrdených vedou pomôcť svojim pacientom/ klientom pri rozhodovaní o dôležitých a vážnych veciach, medzi ktoré gravidita vo vyššom veku rozhodne patrí.

Kľúčové slová: Gravidita. Vyšší vek. Riziko. Žena. Fertilita.

NÁZOV: NORDIC WALKING (NIELEN) V KARDIOLÓGII

Mgr. Jaroslava Lunterová

MUDr. Karol Urbanec

Interná a kardiologická ambulancia

Revúca

Str. 101

Súhrn: Nordic walking je najlepšou bezpečnou a rehabilitačnou aktivitou. Nordic walking má okrem priaznivých fyziologických účinkov na celkové zdravie a kondíciu (1 hodina NW sa rovná približne 5 km joggingu) aj priaznivý dopad na psychiku: odstraňuje anxiózu, depresívne ladenie a zvyšuje motiváciu. Je nesmierne dôležité hľadať v oblasti rehabilitácie (nielen) klientov kardiologických ambulancií nové motivačné aspekty – práve severská chôdza je novinkou, ktorá sa pomaly aj v SR „udomáčuje“ a nachádza svoje stabilné miesto.

Kľúčové slová: Nordic walking. Kardiológia. Rehabilitácia. Pacient.

NÁZOV: PSYCHOLÓGIA V PRÁCI SESTRY

Mgr. Tatiana Harhová

Ortopedická ambulancia

Poprad

Mgr. Jaroslava Lunterová

Interná a kardiologická ambulancia

Revúca

Str. 105

Súhrn: Cieľom práce je poukázať na význam psychológie v práci sestry a v ošetrovatelstve. Súčasné ošetrovateľské pôsobenie sestry nie je možné bez aplikácie psychológie v zdravotníctve, nakoľko v opačnom prípade by došlo k hrubému porušeniu *lege artis* ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá musí byť v súčasnosti poskytovaná metódou ošetrovateľského procesu, ktorý nie je možné implementovať do efektívnej zložky spolupráce sestry a pacienta (rodiny) bez využitia psychologických aspektov v postoji sestry k osobe ako najdôležitejšej metaparadigme ošetrovatelstva.

Kľúčové slová: Psychológia. Prístup sestry. Sestra – psychologička. Spolupráca. Pomoc.

NÁZOV: PREVENCIA V STOMATOLÓGII

Denisa Longauerová

Stomatologická ambulancia

Banská Bystrica

Súhrn: Cieľom mojej prednášky bolo priblížiť ošetrovateľskú starostlivosť na ambulantnej úrovni v zubnom lekárstve. Možno sa nezdá(?), ale aj tu má sestra svoju úlohu. Musí sa sústavne vzdelávať aby disponovala mnohými vedomosťami. Stále sa na trh dostávajú nové materiály, nástroje a menia sa aj postupy pri ošetrovaní, ktoré musí sestra ovládať ,aby mohla pri ošetrovaní lekárovi pomôcť čo najefektívnejšie. Sestra je prvým človekom na, ktorého sa pacient upriami keď otvorí dvere ambulancie. A to je už prvým dôkazom odbornosti sestry, ktorá podľa symptómov selektuje pacientov na akútnych, ktorý potrebu potrebujú okamžité ošetrovanie a zbavenie bolesti, a na tých, ktorých môže zaradiť do objednávacieho systému. Ku každému pacientovi pristupuje individuálne a aj na kresle, upravuje a koriguje svoj pohľad naňho, aby vedela ako ďalej postupovať pri jeho ošetrovaní. Dôležitá je hlavne komunikácia

s pacientom či už verbálna alebo neverbálna, ktorá v mnohých prípadoch pacienta ukludní, aby jeho strach z ošetrenia bol čo najmenší, keďže ošetrenie zubného kazu veľmi nepatrí medzi najobľúbenejšie. Komunikácia sa odlišuje aj vekom pacienta, iná je pri deťoch, u nich získať si dôveru je oveľa ťažšie ako u dospelého človeka.

Kľúčové slová: Sestra. Pacient. Prevencia. Prístup. Komunikácia.

NÁZOV: ROZŠÍRENÁ KARDIPULMONÁLNA RESUSCITÁCIA – ALS DOSPELÝ, SMERNICE ERC 2005

Mgr.Jaroslav Straka

RC&T Detva

Str. 110

Súhrn: Prednáška „Rozšírená KPR-ALS dospelý“, prezentuje platné resuscitačné postupy podľa smernice ERC 2005 s orientáciou pre akútne stavy v ambulantných zdravotníckych zariadeniach a prácu sestry pri vykonávaní KPR.

Kľúčové slová: Prvá pomoc. KPR. Intenzívna starostlivosť. Resuscitácia. Liečba.

NÁZOV: NEVERBÁLNA KOMUNIKÁCIA V ÚSTAVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Mgr. Mária Dobšinská

Chirurgické oddelenie a ambulancia

Revúca

Bc. Anna Laššanová

Ambulancia PLPD

Lubeník

Str. 116

Súhrn: Cieľom prezentácie bol monitoring názorov pacientov na kvalitu neverbálnej komunikácie sestry, analýza a identifikácia kritických bodov v neverbálnej komunikácii sestry a zistenie, ktoré prejavy – faktory neverbálnej komunikácie sestry sú zdrojom nespokojnosti pacientov. Z prieskumu vyplynulo zistenie, že 76 R (58,5%) si ako prvý prejav neverbálnej komunikácie všimla úsmev sestry. 48 R (36,9%) na druhé miesto zaradilo celkovú mimiku tváre a tretím aktuálne vnímaným prejavom komunikácie je pohľad a výraz očí (33,8 %).

Respondentom na sestre najviac prekážali grimasy 44,6%, na druhom mieste prevracanie očami 26,9% a na treťom mieste im prekážal výrazný make-up, a to u 17,7%. Ďalej bolo zistené, že respondenti až v 71% súhlasili s výrokom: „Úsmev je viac ako tisíc slov“. Teda veľkú dôležitosť kladú na neverbálnu komunikáciu sestry nielen na verbálnu komunikáciu. V oblasti neverbálnej komunikácie sa máme stále čo učiť a svoje vedomosti neustále rozširovať, nakoľko máme v nej veľké rezervy. Sme toho názoru, že neverbálnej komunikácii v ošetrovateľskej starostlivosti sa venuje malá pozornosť.

Kľúčové slová: Komunikácia. Neverbálna komunikácia. Komunikačné bariéry. Kritériá komunikácie. Sestra. Pacient.

NÁZOV: OSTEOPORÓZA – DENZITOMETRICKÉ VYŠETRENIE

Jarmila Horňáková

Železničná poliklinika NOVAPHARM spol. s r. o., Zvolen

Str. 149

Súhrn: Autorka vo svojej prednáške hovorí o ochorení tretieho tisícročia, ktorým je osteoporóza. V úvodných častiach prednášky sa autorka venuje štruktúre kosti, ich zloženiu. Ďalej hovorí o príčinách vzniku osteoporózy a o ich dôsledkoch. V strednej časti prednášky autorka prezentuje diagnostické vyšetrovacie metódy, spôsoby diagnostiky.

Najväčšiu pozornosť autorka venuje denzitometrii, ako najpresnejšej súčasnej metóde v diagnostike osteoporózy. V závere autorka upozorňuje na možné dôsledky neliečenej osteoporózy, dôležitosť prevencie a liečby osteoporózy.

Kľúčové slová: Kosť. Štruktúra kosti. Vápnik. Osteoporóza. Denzitometria.

NÁZOV: URINFECT TEST – DIAGNOSTICKÁ ALTERNATÍVA PRE PACIENTOV

PharmDr. Dagmar Mikušová

MONSEA, s.r.o.

Malinovo

Str. 123

Súhrn: Zápalové ochorenia močových ciest sú najčastejšie spôsobené infekciou, alebo autoimunitnou reakciou organizmu. Ku klinickým prejavom patrí široké spektrum príznakov, na základe dôslednej diagnostiky je možné zistiť tak etiologické činitele, ako stanoviť zásadné opatrenia smerujúce k dosiahnutiu komfortu a vyliečeniu. Urinfekt test je jednou

z jednoduchých diagnostických alternatív a produktov, ktoré by si časom mohli nájsť miesto v každej domácej lekárničke. Vzhľadom na rýchly spôsob života totiž mnoho pacientov úmyselne zanedbá svoje ochorenie a prioritizuje aspekty ako práca, biznis, kariéra, či iné záujmy. Zanedbaním zápalového ochorenia močových ciest však začína chronický patologický proces, ktoré môže do veľkej miery ovplyvniť efektívne fungovanie močových ciest a obličiek, ako aj celého organizmu človeka.

Kľúčové slová: Zápal. Močové cesty. Test. Diagnostika. Bakteriúria.

NÁZOV: KANDIDA TEST – DIAGNOSTICKÁ ALTERNATÍVA PRE PACIENTKY

PharmDr. Dagmar Mikušová

MONSEA, s.r.o.

Malinovo

Str. 130

Súhrn: Zápalové ochorenia sú jednou z najčastejších príčin príchodu žien do ordinácie gynekológa. Narastajúci výskyt zápalových ochorení so sebou prináša medicínske, ekonomické a sociálne problémy. Dochádza i k narušeniu partnerských vzťahov (nielen v sexuálnej oblasti), ale najzávažnejším dôsledkom sú poruchy plodnosti (sterilita, infertilita). Vzhľadom na rýchly spôsob života totiž mnoho žien a dievčat úmyselne zanedbá svoje ochorenie a prioritizuje aspekty ako škola, priatelia, práca, biznis, kariéra, či iné záujmy.

Druhou alternatívou nesprávneho prístupu je rýchly nákup voľnopredajných liečiv, pričom sama žena, akého pôvodu je jej ochorenia (ide o kvasinkové??). Ak nepoznáme príčinu, nemožno však liečiť dôsledok. Aj z tohto dôvodu je domáce testovanie mimoriadne efektívnym prínosom v starostlivosti o vlastné zdravie a prejavom aktívneho záujmu o seba samu.

Kľúčové slová: Zápal. Vaginitída. Kvasinkové infekcie. Test. Diagnostika. Kandidóza.

NÁZOV: PREVENCIA VZNIKU INFEKČNÝCH OCHORENÍ U PACIENTOV S ONKOLOGICKÝM OCHORENÍM

Bc. Jana Dorčáková

Ambulancia PLPD

Revúca

MUDr. Anna Jolšvaiová

Ambulancia PLPD

Revúca

Str. 134

Súhrn: Onkologické ochorenia patria v súčasnosti medzi top ochorenia v rámci celosvetového výskytu. Napriek tomu možno konštatovať nevelmi uspokojivú úroveň informovanosti onkologického pacienta o opatreniach, ktoré sa ho týkajú počas celého procesu terapie a ošetrovania (aj v zmysle sebaošetrovania). Pacienti sú informovaní nedostatočne, edukácia je jednoduchá a stručná, čas venovaný edukácii by sa dal rátať na minúty. V rámci holistického prístupu k pacientovi je však potrebné všetky jeho oblasti života a riešiť všetky problémy, ktoré sa ho akútne, či chronicky dotýkajú v súvislosti so špecifickou situáciou. Onkologická starostlivosť je široký pojem. Je nevyhnutné ho analyzovať, rozčleniť a vypracovať dôslednú edukáciu v rámci jednotlivých problematických faktorov, ktoré onkologického pacienta sprevádzajú.

Kľúčové slová: Infekčná choroba. Diéta. Chemoterapia. Hygiena. Infekcia.

NÁZOV: POVRCHOVÝ ZÁPAL ŽÍL DOLNÝCH KONČATÍN U GERIATRICKÝCH PACIENTOV

Danka Masárová

Chirurgická ambulancia (NZZ)

Martin

Súhrn: Výsledky chirurgických zákrokov sa v súčasnosti zdokonaľujú najmä vďaka technickým pokrokom v diagnostike, materiálom cievnych náhrad, šijacím materiálom, inštrumentáriu, antibiotickej profylaxii, zavedeniu autotransfúzných techník, rozvoju farmakoterapie, intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti a mnohých vymožeností, bez ktorých by cievná chirurgia nedosiahla súčasný stav (Hudáková, Kollárová, 2007, s. 45). Prevencia tromboembolickej choroby je za súčasných podmienok relatívne účinná, ak sa využívajú doporučené postupy, napriek tomu nie je možné problém pooperačných cievnych komplikácií efektívne zvládnuť na „výbornú“. Výskyt venózneho tromboembolizmu u chirurgických geriatrických pacientov súvisí s celkovým stavom a rizikami (nízke, stredné a vysoké riziko – napríklad pri väčšej amputácii dolnej končatiny (Lacková, 2005, s. 30).

Cieľom preventívnych opatrení je u pacientov s rizikom VTE (venóznym tromboembolizmusom) zabrániť stáze krvi v cievach DK a redukovať zrážanlivosť krvi (Kubisz, 2009, s. 38).

Kľúčové slová: Tromboembolizmus. Geriatrický pacient. Profylaxia. Ošetrovateľská starostlivosť. Cievne komplikácie.

NÁZOV: HOMEOPATICKÁ POMOC V LIEČBE BRADAVÍC

Dagmar Plichtová

Dermatovenerologická ambulancia

Revúca

Súhrn: Kontagiózne bradavice alebo molusky patria medzi najčastejšie vírusové infekcie kože, alebo výnimočne sliznicových membrán. Charakteristickými znakmi ochorenia sú drobné bradavicovité útvary, ktoré napádajú ktorúkoľvek časť pokožky, najčastejšie na tele, rukách, nohách (Vargová, Iványiová, 2009, s. 42). Ochorenie spôsobuje okrem iných aj psychologický problém, nakoľko esteticky narušuje vzhľad tela, neraz vyvoláva v druhých ľuďoch odpor až izoláciu od postihnutého (nepodanie ruky a pod.). Jednou z alternatív liečby je homeopatická pomoc vo forme prípravkov, ktoré majú veľmi pozitívne liečebné účinky najmä u malých detí, ale aj u dospelých. Dôsledná edukácia zameraná na poučenie pacienta (rodiča malého pacienta) o presnom užívaní homeopatiík znamená perspektívu vyriešenia problému. Holistický prístup k problému je zárukou efektívnej snahy o pomoc pacientovi.

Kľúčové slová: Bradavice. Molusky. Problém. Homeopatia.

NÁZOV: PREVENČIA PÁDOV A ÚRAZOV U GERIATRICKÝCH PACIENTOV

Valéria Bányászová

Ambulancia PLPD

Svodín

Súhrn: Predchádzanie úrazom a pádom je súčasťou starostlivosti o starších ľudí. V domácom prostredí býva starší človek ohrozený predovšetkým pádomi, popáleninami a otravami liekmi. Nehody a úrazy sa síce nedajú predvídať, ale dá sa im predchádzať. Nie vždy je možné ich ovplyvniť, potrebné je však znížiť riziká na minimálnu možnú hranicu, pretože úraz je pre staršieho človeka šokom a vyvoláva pesimizmus z ďalšieho fungovania, života. Cibulková

(2009, s. 7) zistila, že seniori sú v domácom prostredí ohrození úrazmi, ktoré do značnej miery ovplyvňujú ich nezávislosť a schopnosť starať sa o seba. Autorka poukazuje na to, že súčasná starostlivosť o seniorov v domácom prostredí je nedostatočná a netransparentná. Ohrození sú seniori, ktorí sú prepustení zo zdravotníckych zariadení do domácnosti bez zabezpečenia následnej domácej starostlivosti, seniori bez rodinného zázemia a seniori s nedostatkom finančných prostriedkov na vhodné zdravotnícke pomôcky. V rámci zlepšenia tohto fenoménu by sa do preventívnej starostlivosti úrazov a pádov u seniorov mali zapojiť aj ambulantné sestry – v zmysle holistickej ošetrovateľskej starostlivosti z obvodných i špecializovaných ambulancií, ktoré prídu do kontaktu s rizikovým pacientom. Súčasťou odbornej prednášky je aj dodanie edukačného preventívneho letáku pre rizikových pacientov, v rámci rozvoja multikultúrneho ošetrovateľstva v slovenskom aj maďarskom jazyku.

Kľúčové slová: Úrazy. Senior. Prevencia. Edukácia. Domáce prostredie.

NÁZOV: ZMENY V OŠETROVATEĽSKEJ PROFESII, KTORÉ NASTALI NA SLOVENSKU PO ROKU 1989

Doc. PhDr. Alžbeta Hanzlíková, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bratislava

Katolícka univerzita Ružomberok

Str. 142

Súhrn: Autorka prednášky sa zamýšľa na súvislostiach, ktoré najviac ovplyvňujú zmeny v ošetrovateľstve na Slovensku po roku 1989. Je to predovšetkým mohutný nástup vysokoškolského vzdelávania v odbore, zavedenie metódy ošetrovateľskej starostlivosti ošetrovateľským procesom a príprava profesie pre komunitnú starostlivosť.

Kľúčové slová: Vzdelávanie. Ošetrovateľstvo. Zmeny. Štúdium. Ošetrovateľský proces.

**ZNENIE ODBORNÝCH PREDNÁŠOK PREZENTOVANÝCH NA III.
CELOSLOVENSKEJ KONFERENCII SESTIER PRACUJÚCICH
V AMBULANTNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH****KOMUNIKÁCIA S RODINOU PACIENTA V PALIATÍVNEJ
STAROSTLIVOSTI**

Jana Ďurmeková

Onkologické oddelenie

NsP Bojnice

Súhrn: Cieľom príspevku je zdôrazniť význam holistického prístupu k rodine a podporným osobám pacienta v paliatívnej starostlivosti s cieľom minimalizovať psychický dyskomfort zúčastnených osôb. Umieranie je totiž fenoménom, v ktorom sa utrpenie nevyhnutne vylučuje na umierajúceho pacienta, ale zasahuje celú jeho osobu vrátane sociálnej siete osôb, ktoré sú s pacientom rodinne, priateľsky a inak prepojené emocionálnymi ľudskými väzbami. Jednou zo zásadných úloh sestry je preto starostlivosť o societu žijúcu v okolí umierajúceho jedinca, odhalenie a včasný záchyt signálov, ktoré v prípade, že sú sestrou ignorované, môžu vyústiť do vážneho narušenia psychického stavu s fyzickými a sociálnymi následkami na život príbuzných a iných podporných osôb.

Kľúčové slová: Umieranie. Smútok. Príbuzní. Paliatívna starostlivosť. Pozostalí.

Úvod

Umieranie je prežívanie v rovine akcelerovaného strachu o vlastný život. Uvedomiť si, že zomrieť je pravdepodobné, znamená súčasne vynaložiť mnoho síl na obranu svojej psychickej rovnováhy. Niekedy sa zdá, že miera strachu zo smrti je priamo úmerná úsiliu, vynaloženému na negáciu, popretie tohto faktu (Procházková, 2010).

Tzv. obdobie post finem je charakterizované starostlivosťou o mŕtve telo a zahrňuje tiež starostlivosť o pozostalých. Táto fáza podľa Procházkovej (2010) nebýva v popredí záujmu zdravotníkov, je preto nevyhnutné zdôrazniť etický postoj a venovať viac pozornosti problematike zármutku a žiaľu.

Komunikácia ako východisko v starostlivosti o pozostalých

Práve dokonalé osvojenie komunikačných zručností naznačuje efektívne východisko v starostlivosti o pozostalých. Súčasná vzdelaná a vzdelávajúca sa sestra musí byť schopná reagovať a intervenovať v prospech zlepšenia celkového bio-psycho-sociálneho komfortu pacienta vhodnými komunikačnými spôsobmi a metódami, ktoré jej umožňujú priblížiť sa pozostalým a uplatniť humánno – terapeutické vplyvy ošetrovateľskej starostlivosti s afektívnym nadviazaním terapeutického vzťahu sestra – pozostalý (sestra – klient).

Danú problematiku v jednej z najťažších etáp ľudského života je potrebné v súčasnosti riešiť zodpovednejšie a zo strany sestier s vyšším záujmom.

Je nesmierne dôležité postarať sa o dobré sociálne vzťahy medzi zomierajúcim, rodinou a sestrou. Predovšetkým je nevyhnutné pamätať na to, že smrťou chorého sa komplexná starostlivosť nekončí, ale naopak – začína sa nová etapa starostlivosti o pozostalých. V našich podmienkach sa ukazuje, že približne dvom tretinám pozostalých stačí jednorázová, úprimná podpora bezprostredne po strate blízkej osoby a to formou rozhovoru, poskytnutím praktických rád, empatickým prístupom a pozorným počúvaním. Asi tretina pozostalých potrebuje následnú starostlivosť v podobe starostlivosti zo strany psychológa, resp. psychiatra (Kozáková, Monsportová, 2009).

Otázne pritom zostáva, či by pomoc psychiatra a psychológa bola skutočne nevyhnutná, keby sestra priestor a čas, ktorý venuje administratívnym náležitostiam pri výkone profesie venovala prednostne rozhovoru s príbuznými a pozostalými zomrelého pacienta.

Výsledky rôznych výskumov naznačujú, že:

- keď verbálna a neverbálna komunikácia zodpovedá zámerom, kompetencie a fyzická odolnosť členov rodiny vzrastajú,
- otvorená komunikácia môže zmierniť dopad stresujúcich situácií.

Otvorene komunikovať s niekým blízkym, ktorý zjavne cíti bolesť, alebo je taký unavený, že sa nemôže sústrediť, nám však pripadá neraz veľmi ťažké...

Pochopenie toho, čo prežíva príbuzný pacienta, ktorý umiera je veľmi dôležité, pretože môže ovplyvniť ďalší postoj, dokonca smerovanie života príbuzného.

Diferenciácia pozostalých podľa prežívania žiaľu, či úľavy

Doposiaľ tabuizovanou témou je aj diferenciácia príbuzných pacienta v paliatívnej starostlivosti. Rovnako, ako intenzívne príbuzní prežívajú žiaľ, môžu totiž prežívať aj pocit

úľavy, ktorú nedokážeme pochopiť bez nadhľadu. Pritom pocit úľavy zo smrti blízkeho nemusí byť nevyhnutne zlým aspektom povahy, ak berieme do úvahy, že tento pocit vyplýva z ukončenia utrpenia chorého s východiskom smrti.

Ďalší dôvod prežívať úľavu majú po smrti príbuzného ľudia, ktorým umierajúci vo veľkej miere ublížil (incest, týranie, psychologický tlak, zneužívanie a pod.). V tomto prípade sa nemožno k pocitom a subjektívnemu prežívaniu pozostalého otočiť chrbtom – je dôležité ho pochopiť, čo je v podstate nemožné bez komunikácie, empatie, nadhľadu.

Záver a odporúčania pre prax:

Pre nový rozmer starostlivosti o pozostalých je nevyhnutné vychádzať zo zásadných pilierov uplatňovania humanizmu v profesii sestry a síce jednať s pozostalými:

- citlivo,
- empaticky,
- s porozumením
- s pochopením pocitov.

Z komunikačných zásad uplatňujeme najmä nasledovné:

- hovoriť s príbuznými pravdivo a úprimne, tiež ohľaduplne za každých okolností,
- prejaviť pochopenie,
- využiť neverbálne prostriedky komunikácie /haptika/,
- vypočuť,
- nechať vyplakať,
- vyjadriť uznanie za zvládanie ťažkej situácie,
- odporučiť pomoc kompetentného odborníka /psychológ, v prípade vážnejších porúch správania a prežívania psychiater/,
- nechať priestor na urovanie si pocitov príbuzného,
- nepôsobiť na príbuzného vtieravo,
- neponúkať vlastné príklady na zvládnutie situácie,
- nevyslovovať vlastné, neuvážené závery, ale najmä po dôslednom uvážení zaujať postoj a predvídať, akú reakciu príbuzný očakáva /chce utešiť?, chce sa len vyrozprávať?, potrebuje odpoveď?/...?

Aj v paliatívnej starostlivosti by vľúdnosť, ochota a láska určite boli prioritami, ktoré by pacienti a ich príbuzní označili, keby sme im dali možnosť.

Zoznam bibliografických odkazov:

ČEMBOVÁ, M. Pomoc chorému a jeho rodine pri sprevádzaní v rámci finále života. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. 2009, roč. VII, č. 3, s. 7 – 9. ISSN 1336-183X

PROCHÁZKOVÁ, E. Umírání jako součást života. In: *Sestra a lékař v praxi*. 2010, roč. IX, č. 5-6, s. 12-13. ISSN 1335-9444

SLAMKOVÁ, A., PAVELOVÁ, L., POLEDNÍKOVÁ, L. Postavenie príbuzných zomierajúcich pacientov. In: *Sestra a lékař v praxi*. 2006, roč. VI, č. 7-8, s. 37. ISSN 1335-9444

Kontaktné údaje autorky:

Jana Ďurmeková

Adresa: Valaská Belá 101, 972 28 Valaská Belá

Mobil: 0902 114 991

e-mail: durmekjan@centrum.sk

RAKOVINA A SEXUALITA Z POHLĀDU LIGY PROTI RAKOVINE

Jana Lukáňová

Ambulancia praktického lekára pre dospelých

Temeš

Anna Grambličková

Ambulancia praktického lekára pre dospelých

Valaská Belá

Súhrn: Cieľom príspevku je zdôrazniť význam holistického prístupu k všetkým oblastiam ľudského života vrátane oblasti sexuálnej, predovšetkým u pacientov, ktorí sa ocitli v situácii, ktorá túto oblasť ľudského života značne postihuje v negatívnom zmysle slova. V SR nie je samozrejmosťou riešiť dôsledne s pacientom aj sexuálnu oblasť pacienta s rakovinou. Výsledkom tejto situácie býva dyskomfort v prežívaní pacienta a zvládání jeho ochorenia, narušené vzťahy medzi partnermi, narušený obraz tela a z daných deficitov vyplývajúci pocit neistoty a vlastnej zraniteľnosti, pričom tieto aspekty vo veľkej miere bránia v prispôbovaní sa novej, podstatne zmenenej životnej situácii pacienta s rakovinou.

Získaním správnych vedomostí a relevantných údajov je možné pomôcť pacientom a ich partnerom. Problematika sexuálneho správania a kvalita sexuálneho života nie témou náročnou, ak na strane sestier existuje vôľa pomôcť a zvýšiť kvalitu života človeka, ktorý bojuje o vlastný život, prežitie. Na prvom mieste stojí vôľa a odhodlanie sestier naučiť sa nové, nestranné posúdiť situáciu, zhodnotiť potrebu odbornej pomoci a implementovať vedomosti tak, aby sa naplnila idea skutočnej pomoci.

Kľúčové slová: Sex. Sexualita. Rakovina. Partnerstvo. Kvalita sexuálneho života.

Úvod

Ľudia, u ktorých bola zistená rakovina si skôr, či neskôr začnú klásť početné otázky týkajúce sa sexuálneho života. Nesporne pomoc voči pacientom v danej situácii zo strany zdravotníckych pracovníkov absentuje a nie je postačujúca. Odpovede na dané otázky sú veľmi špecifické – diferencujú sa jednak podľa typu ochorenia a spôsobu liečby. Je rozdiel medzi odstránením malého kožného nádoru a medzi prípadom, kedy operatér odstraňuje pohlavný orgán, či jeho časť.

Sexualita a zdravie

Vzťah medzi sexualitou, telom a zdravím človeka je veľmi úzky. Je však známe, že pri všetkých druhoch rakoviny možno naďalej žiť uspokojivým sexuálnym životom, ak sa prelomia bariéry mentálne a bariéry vyplývajúce z nevedomosti.

Je prirodzené, že v začiatkoch ochorenia ľudia na sex nemyslia. Cítia sa byť frustrovaní, majú strach, vnímajú sa ako menej príťažliví a neraz je prítomný pocit neistoty z toho, ako bude na zmeny, ktoré choroba prináša reagovať partner.

Skúsenosti však ukazujú, že najväčšie bariéry v pokračovaní sexuálneho života sú však väčšinou v mysliach postihnutých, či v mysliach ich partnerov.

Treba si uvedomiť, že iba malá časť sexuality u ľudí je spojená s ich pohlavnými orgánmi. Toto poznanie si však vyžaduje čas, trpezlivosť a otvorenosť medzi partnermi.

Bez odvahy nemožno zvíťaziť (Hornák, Siracká, 2009, s. 9).

Sex – individuálny prístup k nemu

Sexualita je veľmi dôležitá súčasť ľudského života – každý sa však v živote rozhoduje po svojom. Sú ľudia, ktorí nemajú pocit, že by mali byť sexuálne aktívni a dávajú prednosť sexuálnej abstinencii. Je to ich rozhodnutie bez ohľadu na to, či niekto pacientom je, alebo nie je.

Často sa ľudia uspokojia tým, že s pokračujúcim vekom ich sexualita prestane zaujímať.

Pre iných je však prirodzené mať aktívny sexuálny život aj v pokročilejšom veku, ale sú v rozpakoch túto skutočnosť si pripustiť a hovoriť o nej.

Mylné názory o sexe a rakovine a ich vysvetlenie:

- rakovina nie je sexuálne prenosná choroba
- rakovinová bunka (ak by aj bola prenesená z jedného človeka na druhého) v druhom organizme neprežije
- chemoterapia nemá účinok na druhých, ejakuláty môžu obsahovať malé, alebo žiadne množstvo aplikovanej látky – odporúča sa prvé 2 týždne po liečbe používať kondóm
- rádioterapia nevyvoláva rádioaktivitu

Vzťah partnerov – vzťah k sexu

Zborník

Môže sa stať, že vzťah, v ktorý dúfame nemusí už fungovať a dôjde k jeho zlomu. Ak k tomu dôjde, pretože jeden z partnerov má rakovinu, je isté, že tento vzťah nebol natoľko silný, aby vydržal za akýchkoľvek okolností.

Tri kľúčové slová:

- Otvorenosť
- Vedomosť
- Nežnosť

Otvorenosť: najväčším problémom býva ticho a následný strach, čo si ten druhý myslí. Mnohým pacientom sa znepáči vlastné telo a majú dojem, že na partnera pôsobia odpudzujúco. Prvou podmienkou, ako začať sexuálny život je mať odvahu to skúsiť.

Vedomosť: rozhovor zameraný na získanie vedomostí o chorobe, vyhľadanie odbornej pomoci.

Nežnosť: je dobrý pocit, ak nás niekto podrží v náručí, pohladí, prejaví spoliečenie, preto je dôležité aj vyjadriť, ako veľmi to potrebujeme. Je dobré dať hneď na začiatku najavo, že stojíme viac o nežnosť, ako dosiahnutie iného zážitku. Blízkosť, prejav nežnosti a citu sú veľmi potrebnou súčasťou prejavu lásky.

Sex po liečbe karcinómu

Po hodnotení úspešnosti onkologickej liečby je hlavným kritériom:

- dĺžka prežívania
- kvalita života pacienta, pričom sexuálna spokojnosť je jedným z kritérií ej hodnotenia

Je všeobecne ťažké definovať, čo je normálne v sexuálnom správaní heterosexuálnych partnerov, homosexuálov, či pri masturbácii v živote bez partnera. Norma sa ťažko stanovuje vo frekvencii stykov a sexuálnych praktikách.

Dnes je však spoločnosť k sexuálnej problematike otvorenejšia než kedysi, preto môžeme využiť rôzne aspekty pomoci:

- pomoc odborníka /sexuológ, psychológ, psychiater/
- knihy, časopisy, filmy, CD, DVD nosiče
- sex – shopy s rôznymi pomôckami

V prvom rade je však jasné, že kvalita sexuálneho života veľmi závisí od vzťahu a zamilovanosti partnerov do seba.

Nezabúdajme – muž a žena by sa od seba nemali vzdďaľovať, ale kráčať paralelne vedľa seba, či približovať sa k sebe v oblasti fyzickej, psychickej a sexuálnej....

Záver a odporúčania pre prax:

- zvýšiť povedomie o sexualite u človeka s rakovinou u každej sestry v zmysle holistického prístupu k osobe,
- zvýšiť podiel edukácie o sexuálnom živote pri nádorových ochoreniach,
- komunikovať s pacientmi otvorene, empaticky, so záujmom a snahou pomôcť,
- zvýšiť úroveň komunikácie s partnerom pacienta s nádorovým ochorením,
- v zmysle Vorosovej odporúčaní vedieť pacientom odporučiť pomoc odborníka na sexuálne problémy a problémy psychické spojené s prežívaním sexuálneho správania,
- odtabuizovať túto tému vo vzťahu k celej spoločnosti.

Zoznam bibliografických odkazov:

HORNĀK, M., SIRACKÁ, E. Rakovina a sexualita – Rady pre mužov. In: *Liga proti rakovine SR*. Bratislava: Komprint. 2009. ISBN 978-80-89201-27-3. s. 5-12

MASÁK, L., SIRACKÁ, E. Rakovina a sexualita – Rady pre ženy. In: *Liga proti rakovine SR*. 2. vyd. Bratislava: Komprint. 2009. ISBN 978-80-89201-33-4. s. 5-14

Kontaktné údaje autoriek:

Jana Lukáňová

Adresa: Temeš 147 972 29 Čavoj

e-mail: j.lukanova@centrum.sk

Anna Grambličková

Adresa: Valaská Belá 1065 972 28 Valaská Belá

Mobil: 0915 486 444

ETIOLOGICKÉ SÚVISLOSTI HYPERNATRIÉMIE A HYPERTENZIE

Mgr. Jaroslava Lunterová

Interná a kardiologická ambulancia

Revúca

Súhrn: Cieľom príspevku je poukázať na vzťah medzi vysokým krvným tlakom /artériovou hypertenziou/ a zvýšenou hladinou sodíka v ľudskom organizme, nakoľko srdce pracuje na báze sodíkovo – draslíkovej pumpy a optimálna hladina sodíka v ľudskom organizme má viac než zásadný vplyv na udržiavanie optimálnych hodnôt krvného tlaku. Stále podceňovaná neslaná diéta pri hypertenzii je zároveň výzvou aktívnejšie sa zapojiť za jej striktné uplatňovanie v korekcii porúch tlaku krvi, čo je výsadou, resp. pracovnou výzvou práve pre sestry ambulantných zariadení v primárnej, sekundárnej a terciálnej preventívno ošetrovateľskej starostlivosti. Vychádzame z najnovších vedeckých zistení, ktoré poukazujú na to, že hoci dospelý človek potrebuje denne prijať 2 – 4 g soli v závislosti od stupňa fyzickej aktivity počas dňa, v súčasnosti prijíma 10 – 15 g soli denne. Pritom vzťah medzi príjmom sodíka a výškou krvného tlaku je priamy a progresívny (Martinický, 2008, s. 30).

Kľúčové slová: Sodík. Hypertenzia. Hypernatriémia. Neslaná diéta. Potraviny.

Úvod

Sodík je faktorom, ktorý spôsobuje zvyšovanie krvného tlaku, pretože viaže vodu. Tento účinok majú aj iné zlúčeniny v potrave s obsahom sodíka, rozhodujúcou zložkou potravy je však sodík obsiahnutý v soli.

Až 75 % konzumovanej soli pochádza zo spracovaných potravín, preto je podľa Farského obmedzenie prisáľania pri konzumácii menej dôležitým faktorom (Martinický In: Farský, 2008, s. 30). Redukovaný príjem sodíka znižuje riziko hypertenzie o 20 %, znižuje krvný tlak u pacientov s vyvinutou hypertenziou a „brzdí“ vzostup sTK so zvyšujúcim sa vekom.

Keď v populácii klesne príjem soli o 1 g, zachráni sa každý rok vo Veľkej Británii a Írsku 7000 životov. Redukcia soli o 15 % zachráni cca milión životov na celom svete ročne. Pokles krvného tlaku o niekoľko milimetrov ortuťového stĺpca vo veľkej populácii vyvolá ďalekosiahle zmeny v kardiovaskulárnej mortalite a morbidite. Zvýšený príjem soli

v detskom veku je spojený so zvýšeným výskytom hypertenzie v dospelosti a zvýšeným kardiovaskulárnym rizikom.

Obsah soli v potravinách v SR

Podľa Mačejovskej a Lieskovskej u nás nie je povinné deklarovať obsah soli na potravinárskych produktoch. Kvantitatívne hodnoty a vyjadrenia na etiketách chýbajú. Autorky štúdie oslovili 25 firiem – 14 z nich nedodalo údaje o obsahu soli v nimi dodávaných potravinách.

M. Mačejovská ďalej uviedla, že soľ je životne dôležitá látka, ktorá:

- udržiava nervovú činnosť,
- vplýva na látkovú výmenu,
- čiastočne nahrádza krv (fyziologický roztok),
- má antibakteriálne a konzervačné účinky,
- ochucuje pokrmy,

je však aj škodlivou látkou, ktorá:

- zvyšuje krvný tlak, poškodzuje cievnu stenu,
- zadržáva tekutiny v tele (Mačejovská In: Martinický, 2008, s. 31).

Doc. Farský odpovedá na otázku, ako znížiť príjem soli v populácii a síce na úrovni:

- priemyslu,
- legislatívy,
- domácností.

Tiež poukázal na opatrenia jednotlivých krajín, ktoré otázku hypertenzie spojenej s hypernatriémiou neignorujú. V Írsku stanovili jasné definície pre označovanie potravín ako: nízky obsah soli, veľmi nízky obsah soli, neobsahuje soľ. Príkladom je napríklad pokles soli v chlebe – od r. 2003 klesol priemerný obsah soli v chlebe z 1,25 g/100 g na 1,14 g/100 g v roku 2006. V Holandsku označujú obsah soli v potravinách farbami zo semaforu.

Vo Fínsku platí povinné varovanie „vysoký obsah soli“, ak je obsah viac ako 1,3 % v chlebe, 1,8 % v párkoch, 1,4 % v syre, 2,0 % v masle a 1,7 % v cereáliách (Farský In: Martinický, 2008, s. 32). Celkovo možno konštatovať veľmi vysoký výskyt TK v slovenskej populácii (s nízkym podielom dispenzarizovaných a liečených hypertonikov). SZO uvádza pritom hypertenziu ako jednoznačne prvoradú príčinu smrti.

Podľa Čorejovej (2009, s. 8) však v súvislosti s hypertenziou existuje nádej – v prvom rade spočíva v stále vyššej informovanosti a účasti pacienta, čo naznačuje potrebu kvalitnejšej, profesionálnejšej, odbornejšej a zrozumiteľnejšej edukácie pacienta zo strany sestier (nielen) v ambulanciách.

Etiologické činitele hypernatriémie dôležité pre sestru:

K príčinám hypernatriémie väčšinou priradujeme práve vysoký obsah soli v potrave, existuje však celý rad iných etiopatogenetických činiteľov, ktoré sú v rámci ambulatného prístupu veľmi ťažko identifikovateľné. Patrí k nim napríklad:

- znížený príjem tekutín, alebo obmedzený prístup k tekutinám (všimáť si najmä pri vyšetrení detí a seniorov),
- vysokoproteínová strava bez adekvátneho príjmu stravy,
- hyperalimentácia,
- intenzívna diuretická liečba bez náležitej náhrady vody,
- postihnutie obličiek a iné.

Sestra by tiež mala myslieť na to, že u starších ľudí dochádza k absencii pocitu smädu, preto je potrebné ich opakovane ponúkať (poučiť rodinu, opatrovateľa) tekutinami, prípadne im odporučiť, aby pravidelne zaznamenávali príjem a výdaj tekutín.

Samotného pacienta, či rodinu je tiež potrebné poučiť o tom, že obmedzenie nadmerného prísunu sodíka vyžaduje vyhýbať sa hotovým, priemyselne vyrábaným) jedlám, voľne predajným liekom s vysokým obsahom soli a soleniu pri varení (Adams a kol., 1999, s. 178 – 179).

Záver a odporúčania pre prax:

- zameranie sa na monitoring biochemických aspektov s dôrazom na hodnoty nátría a kália,
- zvýšiť rozsah edukačných aktivít zameraných na vysvetlenie podstaty a perspektívnosti neslanej diéty,
- príprava a distribúcia vzorového jedálneho lístka, alebo návodu na neslanú diétu z odborných literárnych prameňov medzi rizikových a diagnostikovaných pacientov,
- poučenie príbuzných, ak jedlá pripravujú oni (manžel, manželka, partner, partnerka, opatrovateľ, druh, družka, deti...),

- podpora ambícií presadzovať v spoločnosti princípy zavedenia optimálnej kvantity soli v potravinových produktoch (celospoločenská ambícia riešiť problém) podľa vzorov krajín, kde tento proces funguje a pozitívne ovplyvňuje vzťah hypernatriémia, hypertenzia,
- sledovanie a ovplyvňovanie činiteľov podporujúcich variabilitu hodnôt nátria v ľudskom organizme.

Zoznam bibliografických odkazov:

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

ČOREJOVÁ, A. Niektoré fakty o hypertenzii. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2009, č. 22, s. 8

FARSKÝ, Š. In: Martinický, D. Soľ v potravinách a hypertenzia. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2008, č. 12, s. 30-32

MARTINICKÝ, D. Soľ v potravinách a hypertenzia. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2008, č. 12, s. 30

MAČEJOVSKÁ, M., LIESKOVSKÁ, M. In: Martinický, D. Soľ v potravinách a hypertenzia. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2008, č. 12, s. 30-32

Kontaktné údaje autorky:

Mgr. Jaroslava Lunterová

Adresa: Daxnerova 1187/ 9 050 01 Revúca

Mobil: 0907 870 616

e-mail: jaroslava.l@centrum.sk

E-LEARNING- VHDNÁ ALTERNATIVA CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Mgr. Dita Vlasáková

E-Univerzita - celoživotní vzdělávání online

Litvínov

Souhrn: Povinnost nelékařských zdravotnických pracovníků celoživotně se vzdělávat ukládá platná legislativa SR. Naplnit tuto povinnost není pro mnohé nelékařské zdravotnické pracovníky lehké a je tedy nezbytné hledat i takové formy vzdělávání, které minimalizují časovou a finanční zátěž se vzděláváním spojenou. Řešením může být distanční forma vzdělávání - e-learning, která se na základě současných trendů, výstupů z empirických šetření a strategií EU, jeví jako vhodná alternativa pro celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.

Klíčová slova: E-learning, e-learningový kurz, celoživotní vzdělávání, nelékařský zdravotnický pracovník, distanční vzdělávání, strategie.

Úvod

Zatímco dříve bylo vzdělávání chápáno pouze jako jakási přípravná fáze pro budoucí zaměstnání a lidé byli připravováni na věci budoucí, moderní doba vyžaduje učení po celý život. Vzdělávání se tak stalo celoživotním úkolem, díky kterému jsou lidé schopni pružněji reagovat na aktuální výzvy ve svém profesním i osobním životě.

Jestliže se vzdělávání dospělých stává logickým požadavkem moderní doby, pak informační a komunikační technologie (ICT) jsou její alfou a omegou. Technologie jdou v symbióze s globalizací, díky které se oblasti využívající ICT neustále rozrůstají. Proces vzdělávání není výjimkou a díky ICT vznikají nové možnosti i na poli vzdělávání. Právě díky ICT mohou vznikat, a také vznikají, v rámci edukačního procesu zcela nové příležitosti. Jednou takovou příležitostí je zcela jistě e-learning, tj. vzdělávání probíhající elektronickou formou v součinnosti s prostředky ICT.

Obsah

Je tomu již téměř pět let, co vešla v SR v platnost legislativa ukládající nelékařským zdravotnickým pracovníkům povinnost celoživotně se vzdělávat. Ne pro všechny je tato

povinnost akceptovatelná či snadno splnitelná. Mnohá empirická šetření a výzkumy v ČR potvrdily, že hlavní překážkou celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků je finanční a časová náročnost, která je s tímto vzděláváním spjata. Obdobná situace je i v SR. S ohledem na tuto skutečnost je nezbytné hledat a využívat takové formy vzdělávání, které jsou pro odbornou veřejnost akceptovatelné. Takovou formou vzdělávání je právě e-learning, distanční vzdělávání využívající moderní komunikační prostředky. E-learning (vzdělávání přes internet) může být pro mnohé nelékařské zdravotnické pracovníky vhodnou alternativou pro naplňování povinnosti celoživotně se vzdělávat.

E-learning lze považovat rozhodně za aktuální trend současné doby a je více než žádoucí tuto formu vzdělávání zpřístupnit nelékařským zdravotnickým pracovníkům.

Distanční vzdělávání v podobě e-learningu má pro nelékařské zdravotnické pracovníky, ale i jejich zaměstnavatele mnoho výhod, mezi něž zejména patří: úspora času a nákladů na vzdělávání, vyškolení velkého počtu zaměstnanců v krátkém čase, zkrácení nepřítomnosti zaměstnanců na pracovišti, snadná dostupnost studia kdekoli a kdykoli či individuální volba a tempo studia. K nevýhodám e-learningu pak patří sociální izolace, tj. absence personálního kontaktu či komunikace s ostatními účastníky kurzu, limitace interaktivních prvků a samozřejmě, některá témata nejsou pro distanční vzdělávání vhodná - nácvik praktických dovedností.

Sestry a porodní asistentky SR mohou využívat e-learningové vzdělávání v rámci webového portálu E-Univerzita, který dne 1.7.2008 zahájil svůj provoz na adrese **<http://kurzy.euniverzita.eu>**. Legitimitu pro naplňování povinnosti celoživotně se vzdělávat prostřednictvím E-Univerzity podpořila spolupráce se Slovenskou komorou sester a porodních asistentek, která byla zahájena 15.5.2009. Student, tj. účastník, který projede kurzem, a úspěšně složí závěrečný test, získává 4 kreditní body v souladu s vyhláškou 366/2005 Zz. Cena jednoho kurzu je 8 euro, možno je zakoupit též roční předplatné, které opravňuje studenta ke vstupu do všech stávajících kurzu a dále do kurzů, které budou po dobu předplatného přidány do nabídky E-Univerzity. O tom jak začít studovat se dočtete v rubrice *Pokyny ke studiu* (rubriku naleznete na titulní straně učebny <http://kurzy.euniverzita.eu>).

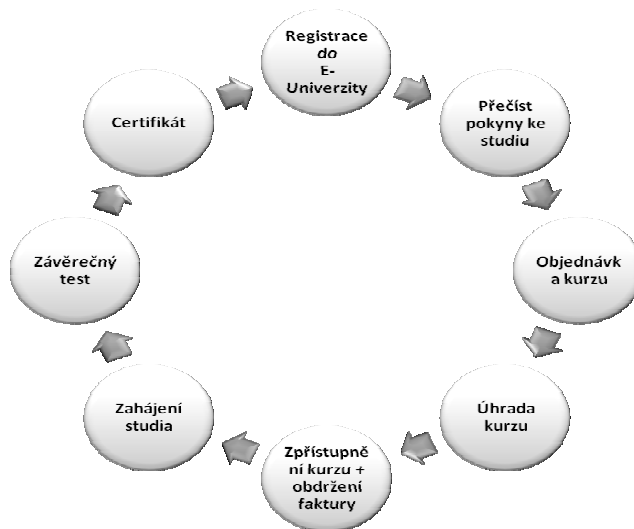
E-Univerzita je pro nelékařské zdravotnické pracovníky otevřena 24 hodin denně, sedm dní v týdnu a nabízí možnost studovat v čase, který studentům (nelékařům) vyhovuje, pohodlně, z domova či práce a tempem, které si zvolí. E-Univerzita nabízí širokou škálu odborných modulů/kurzů, jenž jsou koncipovány tak, aby adekvátně reflektovaly na požadavky a trendy v oboru ošetrovatelství, fyzioterapie, ergoterapie, radiodiagnostiky, radioterapie, gynekologie a porodnictví a intenzivní medicíny.

Portál E-Univerzity není jen poskytovatelem vzdělávání, ale přináší studentům aktuální informace z oblasti ošetrovatelského výzkumu, legislativy a trendů v oboru a podporuje odborné diskuze. V rámci každého kurzu je založené odborné fórum, které otevírá prostor pro odborné diskuze a polemiky. V E-Univerzitě máte nejen možnost studovat, můžete se též podílet na vytváření e-learningových kurzů. Za tvorbu kurzu jsou autorovi přiznány kreditní body ve výši 30 kreditních bodů.

Studium v E-Univerzitě je opravdu snadné. Není třeba se obávat technické náročnosti. K zajištění funkční výuky v E-Univerzitě postačí PC připojený k internetu, vybavený internetovým prohlížečem a program Adobe Acrobat Reader (program lze zdarma stáhnout na titulní straně E-Univerzity). Dále student potřebuje, a to je opravdu nezbytné, **funkční emailovou adresu**, která je nutná pro registraci na portál, komunikaci se správcem, dále pak pro objednávku kurzů, zaslání daňového dokladu za provedenou platbu a v poslední řadě pro doručení certifikátu za kurzy, které student absolvoval. Výuka probíhá jako řízené samostudium, student má ke každému kurzu k dispozici studijní materiály ve formátu PDF dokumentu, které si může stáhnout do svého PC nebo vytisknout.

Pokud se rozhodnete studovat v E-Univerzitě, stačí usednout k PC, zadat adresu <http://kurzy.euniverzita.eu> a zaregistrovat se. Po registraci je třeba vybrané kurzy objednat a na základě obdržené výzvy k platbě uhradit kurzovné. Po prostudování studijní opory, která je pro každý kurz zpracována, musí účastník vzdělávání úspěšně absolvovat závěrečný test. Test je složen z deseti uzavřených otázek, v rámci nichž si lze vybrat jedno z nabízených tvrzení (tvrzení jsou ve formátu *Pravda/Nevprava*). Pro úspěšné zvládnutí testu musí účastník kurzu zodpovědět správně alespoň osm otázek z deseti. Na absolvování testu má student dostatek času, celkem 60 minut. Pokud se stane, že je v testu více chybných odpovědí, než povolené dvě, může student test opakovat. Prodleva mezi novým pokusem je nastavena v E-Univerzitě na dva dny. Počet pokusů na absolvování závěrečného testu není nikterak limitován. Po úspěšném zvládnutí testu je vystaven certifikát a přiznány za účast kreditní body.

Procesní mapa studia e-learningových kurzů v E-Univerzitě



Závěr

E-learning lze chápat jako multimediální podporu vzdělávacího procesu, spojenou s moderními informačními a komunikačními technologiemi pro zkvalitnění vzdělávání.

E-learning je jednoznačně trendem současné doby a šancí jak minimalizovat finanční náklady na vzdělávání, nepřítomnost v zaměstnání a časovou zátěž, jenž je se vzděláváním spjata. E-learning je možná řešením vašich problémů, alternativa po vzdělávání a východisko pro vašeho zaměstnavatele. Neváhejte ho tedy vyzkoušet.

Seznam bibliografických odkazů

1. NOCAR, David, aj. *E-Learning v distančním vzdělávání*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0802-3.
2. ZLÁMALOVÁ, Helena. *Úvod do distančního vzdělávání*. Praha: Centrum pro studium vysokého školství, 2000. ISBN 80-86302-10-5.
3. *Nariadenie vlády SR č. 322/2006 Z.z. spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností*

Kontaktné údaje autorky:

Mgr. Dita Vlasáková

E-Univerzita - celoživotní vzdělávání online

Adresa: Mlýnský 97 435 42 Litvínov

Zborník

Telefon: + 420 777 959 869

e-mail: dita.vlasakova@euniverzita.eu

www.euniverzita.eu

<http://kurzy.euniverzita.eu>

VZŤAH MEDZI ALKOHOLOM A VZNIKOM HYPERTENZIE

Mgr. Jaroslava Lunterová

Interná a kardiologická ambulancia

Revúca

Súhrn: Cieľom príspevku je poukázať na vzťah užívania alkoholu a výskyt artériovej hypertenzie v populácii. Napriek mnohým výskumom a pokrokom v liečbe hypertenznej choroby sa nedarí znižovať výskyt tohto top kardiovaskulárneho ochorenia. Jednou z príčin je aj nedokonalá uvedomelosť pacientov o životnom štýle a antihypertenznom režime, ktorý – ak by sa realizoval ozaj dôsledne – mohol by veľmi priaznivo ovplyvniť fenomén výskytu vysokého krvného tlaku. Alkohol v SR je všeobecne tolerovaný. V kombinácii s antihypertenznou liečbou je však veľmi nebezpečným aspektom, ktorý veľmi negatívne ovplyvňuje progresiu tohto ochorenia. Aj preto je veľmi dôležité sa tejto tematike venovať dôslednejšie a edukáciu hypertonika posilniť aj o poznatky spojené so životným štýlom vrátane edukácie zameranej na vzťah alkoholu, alkoholizmu a artériovej hypertenzie.

Kľúčové slová: Alkohol. Hypertenzia. Alkoholizmus. Antihypertenzná liečba. Abstinencia.

Úvod

Hypertenzná choroba je dlhodobé až trvalé zvýšenie sTK a dTK. Hypertenzia je nezávislý rizikový činiteľ pri vzniku poškodenia mozgu, obličiek, srdcovocievneho systému, očí.

Vysoký TK sa v priemyselných krajinách vyskytuje u 15 – 20 % populácie.

V SR približne 750 000 obyvateľov trpí na hypertenziu. S miernym nasadením sa hovorí, že polovica ľudí na svete má hypertenziu, z toho polovica o svojom ochorení nevie, a z tých, čo vedľa sa polovica nelieči, ďalšia polovica je liečená nesprávne (Dobiáš, 2006, s. 42).

Alkohol, alkoholizmus a hypertenzia

SZO považuje alkoholizmus za jeden z najväznejších problémov súčasného boja o zdravie obyvateľstva. Jedna z najširšie akceptovaných definícií alkoholizmu znie:

„Alkoholizmus je chronická choroba, porucha správania charakterizovaná opakovaným pitím alkoholických nápojov, ktoré presahuje tradičné striedme užívanie, alebo bežné dodržiavanie zvykov sociálneho pitia v spoločnosti a ktoré záporne vplyva na zdravie, interpersonálne vzťahy, alebo ekonomické fungovanie“ (Vicáňová, Rovná, 2009, s. 4).

Sestry, ktoré pracujú s pacientmi závislými od alkoholu si musia uvedomiť svoj postoj k nim. Obraz závislosti môže u nich vyvolať negatívne postoje prejavujúce sa ignoráciou, odmeranosťou – tieto prvky však pacienti dokážu vycítiť.

Vzťah medzi alkoholom a hypertenziou má charakter písmena:

J

Znamená to, že ak je príjem alkoholu nízky – optimálna je aj hodnota TK.

Naopak – ak je príjem alkoholu vysoký, znamená to aj zvyšovanie krvného tlaku, pričom práve alkoholizmus a alkohol môžu byť primárnymi príčinami vzniku tohto závažného ochorenia.

Nefarmakologická liečba – resp. antialkoholová terapia (antialkoholové opatrenia) je založená na predpoklade obmedzenia konzumácie alkoholu na max. 2 – 3 dcl vína, či 1,25 l piva denne (Belejová, Valentová, 2008, s. 14).

Pravidelný konzum takéhoto množstva alkoholu sa však neodporúča ako protektívna súčasť prevencie, pretože hranica medzi popíjaním a nástupom alkoholovej závislosti je veľmi úzka, špecifická a individuálna vo vzťahu k jednotlivcom. Inú toleranciu alkoholu majú ženy, iní muži, iní obézni, iní štíhli pacienti. Diferencujeme aj medzi pacientmi s normálnym, nízkym, či príliš vysokým sebedomím a stresovou záťažou počas života.

Je potrebné si uvedomiť, že problematika artériovej hypertenzie je interdisciplinárna (Sninčák, 2008, s. 19).

Záver a odporúčania pre prax:

Na základe vyššie spomenutých faktov je nevyhnutné zaujať prísnejší postoj k odhaleniu rizikových faktorov a etiologických činiteľov hypertenzie so zameraním na vzťah alkohol – hypertenzia. Sestrám sa odporúča pracovať veľmi dôsledne, posudzovať objektívne, postupovať diskrétno, uvažovať s nadhľadom a zvažovať príčinné súvislosti. Nevyhnutná je celostná posudzovacia aktivita vo vzťahu k pacientovi – nezameriavať sa iba na prítomnú diagnózu a následnú liečbu, ale aj na edukáciu, profesionálny postoj podporovaný

spoluprácou s rodinou pacienta a najmä – postupovať tak, aby sám pacient akceptoval a pochopil vlastný podiel na liečbe a zlepšení svojho zdravotného stavu.

Odporúčania pre prax:

- dôsledné posudzovanie komplexného stavu novoprijatého pacienta s podozrením na artériovú hypertenziu,
- dôsledné meranie TK podľa špecifických vedeckých požiadaviek,
- zameranie sa na asociálnu anamnézu, životný štýl, konzumáciu alkoholu (koľko, ako často, kedy, prečo),
- detailné vysvetlenie vplyvu alkoholu na diagnózu artériová hypertenzia,
- v prípade rozvinutej závislosti na alkohole nadviazať spoluprácu s odborníkom (psychiater, odborné liečebne),
- monitoring abstinencie dostupnými metódami a dôsledným assessmentom pri každej ambulantnej návšteve.

Zoznam bibliografických odkazov:

BELEJOVÁ, H., VALENTOVÁ, I. Ošetrovateľský proces u pacientov s liečenou hypertenziou. In: *Sestra a lekár v praxi*. 2008, č. 11-12, s. 14. ISSN 1335-9444

DOBIÁŠ, V. Urgentné stavy pri hypertenznej chorobe. In: *Sestra a lekár v praxi*. 2006, č. 1-2, s. 42. ISSN 1335-9444

SNINČÁK, M. Artériová hypertenzia, klasifikácia, diagnostika, liečba, kontrola, spolupráca so špecialistom. In: *Medical practice*. 2009, č. 4, s. 27

SNINČÁK, M. Artériová hypertenzia: súčasné klinické trendy. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2008, č. 20, s. 19

VICÁŇOVÁ, M., ROVNÁ, S. Najčastejšie ošetrovateľské problémy pacienta závislého od alkoholu v akútnom štádiu. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. 2009, č. 1, s. 4. ISSN 1336-183X

Zborník

Kontaktné údaje autorky:

Mgr. Jaroslava Lunterová

Adresa: Daxnerova 1187/ 9 050 01 Revúca

Mobil: 0907 870 616

e-mail: jaroslava.l@centrum.sk

KVALITA ŽIVOTA PACIENTOV S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Janka Matejová

Ambulancia praktického lekára pre dospelých

Ožďany

Súhrn: Cieľom príspevku je priblížiť život človeka s Morbus Parkinson ako ochorením, z ktorého sa pomaly už nestáva mýtus, naopak – vyskytuje sa čoraz častejšie a postihuje dokonca aj mladšie vekové skupiny, napriek nedávnej minulosti, kedy bola verejnosť presvedčená o tom, že ide o chorobu „starších“. Život s Parkinsonovou chorobou je zlomom. Pre pacienta samotného znamená obrovskú psychickú záťaž, pretože ako pacienti sami hovoria: „*nie som už tým, čím som bol*“, čo naznačuje, že situácia je stresom, z ktorého nie je možné sa dostať rýchlo a nesystematicky. Samozrejme – ochorenie zasiahne aj okolie, rodinu pacienta. Je potrebné učiť sa nové, prispôbiť sa obmedzeniam, zaujať nové postoje, vytvoriť – časti – diametrálne odlišné podmienky spolužitia, či bývania. Ak však Parkinsonovu chorobu považujeme za niečo, čo stresuje, vychádzajme pri nej zároveň zo starého poznania, že cieľom človeka nie je odbúrať zo života stres (to je predsa nemožné) – cieľom človeka je naučiť sa stres zvládať. Pre pacientov s Parkinsonovou chorobou sme vytvorili edukačný leták s radami ambulantnej sestry – v rámci rozvoja multikultúrneho ošetrovateľstva v slovenskom aj maďarskom jazyku.

Kľúčové slová: Parkinsonizmus. Parkinsonova choroba. Kvalita života. Depresia.

Úvod

Parkinsonova choroba je vážnym, chronickým, progresívnym ochorením CNS (centrálnej nervovej sústavy), ktoré patrí do skupiny ochorení nazývaných *ochorenia motorického systému*.

Pri Parkinsonovom ochorení začína, z doposiaľ neznámych príčin, klesať množstvo nervových buniek produkujúcich dopamín. Výsledkom je nerovnováha dopamínu vyúsťujúca do straty koordinácie pohybov, ktoré sa často prejavujú ako trasenie, stuhnuté svaly a kĺby a ťažkosti s pohybovaním sa.

Parkinsonova choroba bola známa už od staroveku. Presne ju však popísal až anglický lekár James Parkinson v roku 1817. Dôslednosť jeho analýz je taká veľká, že až dodnes vedci

a klinickí lekári trvajú na štúdiu originálu jeho poznámok o tomto stave. Ochorenie postihuje približne 2-och z 1000 ľudí a väčšinou sa vyvinie po veku 50-rokov.

Diagnostické kritéria a klinický obraz ochorenia

Diagnostické kritériá sa opierajú o prítomnosť najmenej 2 z 3 hlavných príznakov (hypokinéza, rigidita, tras) a prítomnosť najmenej 2 zo 4 vedľajších príznakov (zlepšenie po dávke L-DOPA, alebo agonistu domapínu, jednostranný začiatok prejavov, pretrvávajúca aqsymetria príznakov, počiatočný pokojový tras), pomalá progresia, neprítomnosť iných príznakov, neprítomnosť iného ochorenia, ktoré by mohlo vyvolať parkinsonský syndróm (Ružička In: Martinický, 2005, s. 4).

Primárne príznaky:

TRAS – mimovoľný rytmický pohyb častí tela. Je najcharakteristickejším prejavom Parkinsonovej choroby a u 3/4 pacientov býva zároveň aj prvým. Najčastejšie sa vyskytuje na rukách, je pravidelný (frekvencia 4 – 6 pohybov za sekundu) a objavuje sa zvyčajne v pokoji, v spánku vôbec. Intenzitu trasenia zvyšuje psychický stres, úzkosť, napätie. Postupuje z prstov jednej ruky postupne na druhú polovicu tela.

SVALOVÁ STUHNUTOSŤ – svaly postihnutej končatiny sú aj v pokoji napnuté a kladú odpor pri akomkoľvek pohybe. Pohyb pôsobí trhane, čo je dôsledkom trvalého zvýšenia pokojového svalového tonusu.

POMALÝ POHYB – spomalené a nekompetentné pohyby, problémy s ich začiatkom. Prejavuje sa to ťažkosťami pri chôdzi, ovplyvňuje to aj prehĺtanie. Ide o jeden z najobmedzujúcejších príznakov Parkinsonovej choroby.

NESTABILITA – strata rovnováhy, neistota pri zmene polohy a pri státí.

Sekundárne príznaky:

PORUCHY CHÔDZE – kroky sa skracujú, typická je šúchavá chôdza. Chýbajú prirodzené kývavé pohyby rúk, otáčanie je sťažené. V neskorších štádiách choroby sa môže objaviť až tzv. zamrznutie, teda neschopnosť urobiť čo i len krok.

PORUCHY PÍSM A – zmenšujúci sa, až nakoniec úplne nečitateľný rukopis.

PORUCHA REČI – podobne ako porucha písma, aj reč je ovplyvnená svalovou stuhnutosťou a pomalosťou pohybov - býva tichá a monotónna, postihnutý máva problémy s tvorbou slov

ZMENA MIMIKY - neprítomný alebo stále rovnaký výraz tváre bez emocionálnych prejavov a žmurkania – tzv. maskovitá tvár

STRATA ČUCHU – jeden zo skorých príznakov, ktorý býva často vzájomne prepojený so stratou chuti – spoločne môžu viesť k nechutenstvu a tým aj k výraznému úbytku na váhe

DEPRESIA – najčastejšia psychická porucha pri Parkinsonovej chorobe, ktorá sa prejavuje celkovým poklesom záujmu o okolie, poruchami spánku, únavou, smútkom.

Sprievodné ťažkosti:

- zvýšené slinenie – príčinou nie je zvýšená tvorba slín, ale sťažené prehĺtanie,
- problémy s prehĺtaním – kvôli zlej pohyblivosti jedenie výrazne zvyšuje nebezpečenstvo zabehnutia potravy do dýchacích ciest so všetkými potenciálnymi rizikami, ktoré prináša.
- časté močenie – táto potreba je spôsobená zvýšenou aktivitou svalstva močového mechúra. U mužov sa tento problém niekedy kombinuje aj so zväčšením prostaty a spravidla trápi pacientov najviac v noci, čo ich značne obťažuje
- zvýšené potenie – predovšetkým v štádiách, kedy prestávajú účinkovať lieky a zhorší sa aj hybnosť (takzvané štádium „OFF“).
- riziko pádov – predstavuje závažný problém v pokročilejších štádiách Parkinsonovej choroby. Časté pády môžu viesť k zlomeninám a iným vážnym poraneniam.
- ťažkosti s funkciou srdca a ciev – medzi najčastejšie patrí kolísanie hodnôt krvného tlaku.

Omyly diagnostiky

V praxi dochádza k diagnostickým omylom najmä kvôli trasu, ktorý je síce najcharakteristickejším príznakom Parkinsonovej choroby, ale nemusí automaticky signalizovať jej rozvoj.

Tzv. poliekový parkinsonizmus môže byť podmienený užívaním niektorých skupín liekov (antipsychotiká, neuroleptiká, antiemetiká a iné). Trasenie a svalová stuhnutosť pri parkinsonskom syndróme nemusia byť vôbec prítomné a na rozdiel od Parkinsonovej choroby býva postihnutie symetrické. Parkinsonizmus však nemusí byť len nežiaducim účinkom užívania niektorých liekov, ale tiež výsledkom vplyvu rôznych vonkajších faktorov – cievnych mozgových príhod, nádorov, toxických látok, zápalov či úrazov.

Kvalita života pacientov

Parkinsonova choroba je chronické, dlho trvajúce ochorenie, ktoré ovplyvňuje život nielen samotného pacienta, ale v pokročilejších štádiách má významný dopad aj na jeho blízkych a tých, ktorí sa o neho starajú. Dlhodobá zvýšená psychická záťaž, pocit zodpovednosti a zvýšené nároky môžu viesť aj u nich k psychickej únave až depresii. Pacienti s Parkinsonovou chorobou sú okrem klasických príznakov často sužovaní rôznymi sprievodnými zdravotnými ťažkosťami. Mnohé z nich súvisia so základným ochorením a patria k menej častým prejavom Parkinsonovej choroby. Iné sú spôsobené vedľajšími účinkami užívaných liekov. Nezanedbateľnú skupinu tvoria príznaky ochorení, ktoré Parkinsonovu chorobu náhodne sprevádzajú a často súvisia skôr s vekom a spôsobom života pacienta. Individuálna starostlivosť o takýchto pacientov môže byť potom veľmi komplikovaná a náročná.

Sprievodnými faktormi okrem iného sú:

- srdcovocievne ochorenia – zníženie krvného tlaku s neskorou reakciou srdca po prudkej zmene polohy alebo naopak zvýšenie krvného tlaku – hypertenzia, ktorá vyžaduje liečbu,
- ochorenia zažívacieho traktu – patria sem ťažkosti s prehĺtaním, zápchou, zvýšeným slinením. Sčasti môže pomôcť úprava stravovacích návykov.
- nevoľnosť – častý vedľajší účinok liečby. Chorému môže spôsobiť odpor k užívaniu liekov.

Parkinsonova choroba a demencia

Parkinsonova choroba sa väčšinou vyskytuje vo vyšších vekových skupinách. V tomto veku sa u ľudí objavujú i príznaky iných ochorení, napr. tzv. demencia – ochorenie prejavujúce sa najmä poruchou pamäti a iných psychických funkcií.

Najčastejšia je Alzheimerova demencia. Ukazuje sa však, že i v rámci samotnej Parkinsonovej choroby sa môžu vyvinúť príznaky demencie.

Pacient trpiaci demenciou a Parkinsonovou chorobou je oveľa náchylnejší na výskyt vedľajších účinkov niektorých liekov.

Parkinsonova choroba a depresia

Pacienti s touto chorobou trpia depresiami častejšie ako zdraví ľudia v ich veku.

Depresia postihuje až 40 % pacientov s PCH a je najčastejšou neuropsychiatrickou manifestáciou ochorenia. Dôsledkom depresie môžu byť pocity úzkosti a v spojení s častým

nočným budením, prípadne živými snami vyúsťujú do porúch spánku. Príčinou problémov so spánkom a zaspávaním môže byť nočná stuhnutosť (nemožnosť zmeniť polohu tela, kľče) a nevedomé vykonávanie pohybov. To všetko sú ťažkosti, vyžadujúce konzultáciu lekára. Opačným problémom je nadmerná spavosť. Nekontrolovateľná ospalosť a náhle zaspávanie počas dňa je obzvlášť nebezpečné pri činnostiach, vyžadujúcich si plné sústredenie – napr. šoférovanie.

Potreba rehabilitácie

Fyzioterapia spolu s farmakologickou liečbou a primeranou starostlivosťou sú základnými cestami k zlepšeniu kvality života pacienta s Parkinsonovou chorobou.

Odporúča sa každodenná športová činnosť, najmä chôdza, plávanie a iné vhodné aktivity, ktoré pacientovi odporučí odborník. V pokročilejších štádiách, keď už pacient nie je schopný vykonávať telesné aktivity pomôže svalové stuhnutie znížiť správnymi technikami rehabilitačný pracovník.

Pozitívny vplyv cvičenia na priebeh a minimalizovanie symptómov Parkinsonovej dokázali vedecké štúdie. Cvičenie znižuje neurologické poškodenie, ktoré prispieva k postupu ochorenia. V kombinácii s vhodnou liečbou má presvedčivo pozitívny efekt na priebeh Parkinsonovej choroby. Cílené cvičenie má popri medikamentóznej liečbe dôležité postavenie v boji s týmto ochorením. Pomáha zlepšiť pohyblivosť kĺbov a stuhnutých svalov.

Vo všeobecnosti sa odporúčajú každodenné prechádzky a vykonávanie série predpísaných cvikov minimálne 10 - 20 minút denne.

Záver a odporúčania pre prax:

- všímať si každého potenciálne ohrozeného pacienta (PCH v rodine, krátka šuchtavá chôdza, rigidita...),
- rýchly odhad rizika v ambulancii (prejsť sa po hladkom povrchu, všímať si kroky pacienta),
- v prípade potreby upozorniť lekára, manažment neurologického vyšetrenia,
- edukácia pacienta a príbuzných v prípade potvrdenia diagnózy,
- spolupráca s fyzioterapeutom za účelom hľadania najoptimálnejších alternatív v rámci rehabilitácie,

- kontinuálne vzdelávanie pacienta a monitoring stavu v rámci sesterských kontrol.

Zoznam bibliografických odkazov:

RUŽIČKA, E. In: MARTINICKÝ, D. Madiforum Parkinsonovej choroby. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2005, č. 46, s. 4-6

SIMUNI, T., KELMAN, M. Diagnostika a liečba Parkinsonovej choroby. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2007, č. 46, s. 22-28

www.primar.sk

Kontaktné údaje autorky:

Jana Matejová

Adresa: Ožďany 563 980 11 Ožďany

Mobil: 0910 954 179

e-mail: *autorami@azet.sk*

PACIENT S DILATAČNOU KARDIOMYOPATIOU V AMBULANCI

Mgr. Jaroslava Lunterová

Interná a kardiologická ambulancia

Revúca

Súhrn: Cieľom príspevku je poukázať na niektoré aspekty charakteristické pre ochorenie dilatačná kardiomyopatia. Toto závažné ochorenie má stúpajúcu tendenciu a starostlivosť o pacienta zatiaľ viac – menej dominuje v rovine diagnosticko – medicínskoterapeutickej. Sestra by mala ovládať charakteristiku KMP a mala by vedieť, čo, aké postupy a odporúčania by mala posunúť smerom k pacientovi s cieľom stabilizácie a zlepšenia celkového stavu. Ochorenie totiž v prípade nedostatočných opatrení zo strany samotného pacienta progreduje a môže vyústiť až do srdcového zlyhania a stavu, ktorý je už v rámci ďalšieho vývoja nezvratným a nezlučiteľným so životom. Klasickým prípadom je samotná pacientka (slide) narodená r. 1980, ktorá ochoreniu podľahla v apríli 2010. Treba podotknúť, že šlo o klasický prípad pacientky, ktorá absolútne ignorovala lekárske a sesterské odporúčania, nedodržiavala liečebný režim, dokonca ho výrazným spôsobom porušovala, v dôsledku čoho došlo k predčasnej a zbytočnej smrti mladej matky dvoch maloletých detí. Úroveň starostlivosti o pacientov s dilatačnou KMP by mala byť odbornejšia, globálnejšia a vyžaduje sa doslova presvedčanie s uvádzaním autentických prípadov.

Kľúčové slová: Dilatácia. Kardiomyopatia. Srdcový sval. Opatrenia.

Úvod

Kardiomyopatie /KMP/ sú chronické primárne ochorenia srdcového svalu sprevádzané poruchou srdcovej funkcie. Patologickým podkladom je buď akútne zápal myokardu, častejšie však chronická fibróza a difúzny úbytok myokardiálnych oocytov. Dochádza pri nej k dilatácii, stenčeniu, neskôr ku kompenzačnej hypertrofii zostávajúceho myokardu. Zmenená geometria komory vedie k sekundárnej funkčnej mitrálnej, alebo tricuspídálnej insuficiencii a fibrilácii predsiení.

Fyziologickým dôsledkom tohto procesu je dominujúce zníženie systolickej srdcovej funkcie, ktoré sa prejaví nízkou ejekčnou frakciou (echokardiograficky) (Merck Manual, 1996, s. 477-478).

Klasifikácia kardiomyopatií

Patogenézu daného ochorenia myokardu vysvetľujú viaceré teórie – genetické, nutritívne, infekčné, imunitné, toxické.

Podľa dominantných patofyziologických zmien sú klasifikované do 4 skupín:

KMP dilatačná

KMP hypertrofická

KMP reštrikčná

arytmogénna dysplázia PK

Pri poškodení srdcového svalu známou príčinou sa sekundárne KMP podľa etiológie rozdeľujú na:

- ischemická KMP
- KMP pri chlopňových chybách
- hypertenzná KMP
- zápalová KMP
- metabolické KMP: DM, tyreotoxikóza, hypotyreóza, karcinoid, feochromocytóm a iné)
- toxické reakcie doprevádzané kardiomyopatiou (cytostatiká, alkohol)
- systémové choroby sprevádzané KMP (zvyšuje sa incidencia dilatačnej KMP u pacientov s AIDS)
- peripartálna KMP (popôrodná dilatačná KMP) (Lacko a kol., 2007, s. 60).

Dilatačná KMP

Etiopatogeneticky sú všetky srdcové oddiely dilatované, predovšetkým ĽK (nad 4,0 cm).

V dilatovaných srdcových oddieloch je zmenený charakter prúdenia krvi, hrozí vznik vnútro dutinových nástenných trombov, ktoré môžu embolizovať. Zmenený tvar ĽK vytvára optimálne podmienky pre vznik dysrytmií. So zmenenou veľkosťou sa mení postupne aj funkcia ĽK, až dochádza k zlyhávaniu ĽK.

Klinický obraz je nasledovný:

- asymptomaticky
- náhodné zistenie
- obraz srdcového zlyhania /dýchavica, pokles výkonnosti/

Zborník

- obraz dysrytmií /palpitácie/, najmä pri vzácnej forme postihnutia PK, kedy hrozí náhla smrť v dôsledku malígnych komorových takchykardií
- pri komplikáciách: príznaky embolizácie z ľavostranných oddielov srdca do arteriálneho systému, zriedkavo z pravostranných do pľúcnice

EKG obraz – typické zmeny:

- sínusová tachykardia
- nízka voltáž QRS
- depresie ST segmentu
- blokáda ľavého Tawarovho ramienka

V oblasti diagnostiky sa lekár zameriava na:

- fyzikálne vyšetrenie /opuchy/
- RTG: dilatované srdce, stáza v malom obehu
- ECHOKG
- koronarografické vyšetrenie

Terapia:

- symptomatická
- antikoagulačná liečba
- v terminálnom štádiu srdcová transplantácia

Prognóza nie je optimistická. Do 5 rokov umiera 70 % pacientov. U mužov je prežitie polovičné oproti ženám, u černochoch prežívanie polovičné oproti ženám.

Režimové opatrenia zo strany sestry – prísne individualistický prístup k pacientovi:

- dostatok odpočinku, spánku
- vyhýbanie sa stresu
- nevyhnutné obmedzenie fyzickej námahy
- v konečných štádiách transplantácia (kvôli vzácnosti orgánu prednosť osoby pod 60 rokov)

Záver a odporúčania pre prax

Dôležitým mementom je predovšetkým prísne individualistický prístup. Niektorí pacienti neužívajú alkohol, ale sú obézni. Iní sú štíhli s BMI v norme, ale sú pravidelnými

konzumentmi alkoholu. Sú pacienti, ktorí sa pohybujú v permanentom strese a nesnažia sa ho ovplyvniť. Iní sú tuhí fajčiari. Veľmi dôležité je:

- určiť u pacienta možné etiologické faktory,
- vypracovať podrobný edukačný plán špecifický pre typ pacienta,
- poučiť o rizikách nedodržiavania liečebného režimu,
- zapojiť do starostlivosti o pacienta rodinu, podporné osoby, či iných odborníkov (psychológ, psychiater),
- zvažovať, kedy možno hovoriť o potrebe diéty (vedci zistili, že v prípade srdcového zlyhávania môže prísna redukčná diéta pacienta skôr poškodiť),
- kontrolovať priebeh antikoagulačnej liečby,
- poskytnúť podporu pacienta pred plánovanou transplantáciou.

Kardiologická ambulancia – Revúca

R. 2009: 31 prípadov novozistenej KMP

23 prípadov dilatačná KMP

8 prípadov – hypertrofická, ischemická, etylická KMP

Celkový počet vyšetrení: 7500.

Zoznam bibliografických odkazov:

LACKO, A. et al. Vnútorne lekárstvo pre ošetrovateľstvo. Turany: P+M, 2007. s. 184. ISBN 978-80-8084-150-8

MERCK MANUAL. *Kompendium klinickej medicíny*. Praha: X – Egem, 1996. s. 2798. ISBN 80-85395-98-3

Kontaktné údaje autorky:

Mgr. Jaroslava Lunterová

Adresa: Daxnerova 1187/ 9 050 01 Revúca

Mobil: 0907 870 616

e-mail: jaroslava.l@centrum.sk

ASPEKTY STAROSTLIVOSTI O GERIATRICKÝCH PACIENTOV V OBVODNEJ AMBULANCI

Drahomíra Rezníková

Jazmed s.r.o – ambulancia praktického lekára pre dospelých

Východná, Važec

Spoluautor: Iveta Rysulová

Súhrn: Cieľom štúdie bolo poukázať na ukazovatele návštevnosti gerontov v ambulancii praktického lekára pre dospelých. Návštevnosť obvodných ambulancií v tomto veku je na základe výsledkov evidentne vysoká. Užívanie liekov a predpisovanie pomôcok je najčastejším dôvodom návštevy u lekára. Prítom 1/3 gerontov navštevuje ambulanciu 2-3x mesačne. Pozitívne zdravotné správanie je evidentnejšie u žien ako u mužov. Obmedzenie a udržanie primeraných hodnôt hmotností, abstinencia a fajčenie bolo detto zodpovednejšie u žien ako u mužov. Pohybová aktivita mužov je však vyššia ako u žien. Polovica súboru hodnotí svoj stav ako primeraný svojmu veku. Všetky sledované charakteristiky u žien poukazujú na zodpovednejší prístup než u mužov.

Kľúčové slová: Geriatrický pacient. Ambulancia. Edukácia. Muži. Ženy.

Úvod

Počet sestier, ktoré preberajú rolu lídra v manažmente chronických ochorení u gerontov neustále narastá. Edukácia by mala byť realizovaná dobre pripravenými edukátormi a má mať jasné štruktúrované obsahy vzdelávania, ktoré sú pravidelne revidované a dopĺňané o nové informácie.

Edukácia geriatrického pacienta začína už v čakárni. Ako základný prvok ho oslovia práve edukačné plagáty, postery určené hypertnikom, diabetikom, edukačné materiály o výžive stravovacích návykoch a pod. Ďalej sú to letáčky, ktoré sú voľne položené v čakárni a pacienti si ich môžu zobrať domov – písomná edukácia, ktorú pacient môže preštudovať doma má dokázateľne podstatne vyššiu poznávaciu hodnotu, než materiál, ktorý si domov nemôže vziať a kvantita zapamätateľných informácií je reálne nízka.

Sestra v obvodnej ambulancii denne prichádza do styku s gerontmi, ambulancia praktického lekára pre dospelých dnes doslova supluje geriatrickú ambulanciu. Meraním vitálnych hodnôt (tlaku a pulzu), upozornením o správnom užívaní liekov a zapisovaním hodnôt do tzv. pasu krvného tlaku sestra napríklad monitoruje každého hypertonika.

Posúdenie glykemickej hodnoty pri samoaplikácii inzulínu je taktiež doménou sestry.

Schopnosť reagovať na zvýšenú hladinu cukru v krvi diabetikom kontroluje sestra prostredníctvom kapilárnej glykémie štvrtť ročne (vrátane kontrol v špecializovanej diabetologickej ambulancii).

Sestra edukuje o prevencii diabetickej kómy, o možnosti nosiť kocku cukru pri sebe, aby ju mohli (nielen) príbuzní použiť v prípade hypoglykemickej kómy.

Poučuje geriatrických pacientov o príjme tekutín - zvlášť počas letných horúčav, o tom, ktoré vhodné minerálne vody by mali piť, ktoré zasa naopak nepiť z dôvodu narušeného zdravotného stavu u konkrétneho diagnostikovaného ochorenia. Sestra využíva aj výživové poradenstvo, ktoré sa sústreďí najmä na odporúčania ako racionálne stravovanie, čerstvá zelenina v potrave a jej význam pre geriatrického pacienta, ovocie, celozrné výrobky a ryby.

Edukácia geriatrických pacientov na vidieku je diametrálne odlišná od edukácie u ľudí žijúcich v mestách. Dedinčania svoju pohybovú aktivitu vyvíjajú prevažne v záhrade, na poli, v lese aktívnou prácou, občas aj namáhavou. Práca je pre nich povinnosťou a neraz prekročí hranice prijateľných kritérií. V meste sú to skôr odдыхovejšie aktivity ako napr. kluby dôchodcov, turistika pre seniorov, stretávanie sa v parkoch, bicyklovanie a šachové (či iné spoločenské) hry.

Edukácia sestry zameraná na invalidných gerontov na vozíčku alebo pripútaných na lôžko je prevažne prácou vykonávanou priamo v teréne (resp. v domácom prostredí geriatrického pacienta), okrem ambulantnej sestry pacientov navštevujú sestry z ADOS, ktoré radia, ako sa napríklad starať o dekubity a hlavne odporúčajú a nacvičujú aktívnu rehabilitáciu pohybového aparátu, zameriavajú sa na verbálnu edukáciu i edukáciu pohybom, rozvíjanie jemnej motoriky (napr. u pacientov po cievnej príhode a pod).

Prispôsobenie edukácie u občanov rómskej komunity, ktorí sú prevažne nedisciplinovaní (čo vyplýva skôr z nevedomosti a sťažného prijímania informácií) je možné taktiež prostredníctvom špeciických edukačných letákov a samozrejme – veľmi individuálneho

prístupu k nim, pretože svojské správanie a konanie geriatrických rómskych pacientov býva neraz nevyspytateľné a prispôsobené špecifickým kultúrnym aspektom.

Sestra svoj prístup musí skutočne špecifikovať podľa potrieb pacienta, možností rodiny, celkového stavu, psychickej situácie, sociálnych možností a ekonomického statusu rodiny.

Nemožno jednať a konať uniformne, akýsi fixný vzorec na špecifickú starostlivosť o geriatrických pacientov nejestvuje. Jestvuje však možnosť uplatniť sesterský odhad, posudzovanie, ktorý je základnou požiadavkou pred nadviazaním kontaktu s pacientom ako základným článkom práce sestry. Táto možnosť nie je prácou, nie je profesiou – je výzvou a umením s hlavným cieľom – pomôcť....

Záver a odporúčania pre prax

Pri správnej edukácii sestrou je dôležité vytvoriť si svoj model starostlivosti chorých seniorov o zapojenie pacientov ako aktívnych partnerov pri ovplyvňovaní vlastného zdravotného stavu.

Informovať a edukovať opatrovateľov aj členov rodiny o možnostiach predpisovania pomôcok na inkontinenciu, rehabilitáciu a masáže aj u mobilných gerontov je prácou zodpovednou a hoci náročnou – pri správnom prispôsobení sa chápaniu samotného klienta veľmi produktívnou.

Spolupráca s inými profesionálmi a komunitami na aktivitách zameraných na prevenciu ochorení a podporu zdravého životného štýlu by mala byť samozrejmosťou.

O veselú, plnohodnotnú a pokojnú starobu by sa mali postarať príbuzní, blízki samotného seniora, ale v ošetrovateľskom procese najmä my - sestry v priamom kontakte s chorými gerontmi a ich rodinami, či podpornými osobami.

Zoznam bibliografických odkazov

HEGYI, L.: Starostlivosť o seniorov z pohľadu geriatrickej ambulancie. In: *Geriatría - odborný časopis slovenských a českých geriatrov*. 2009, č.4, s.166 – 169. ISSN 1335 – 1850

HEGYI, L.: Hodnotenie vlastnej zdravotnej situácie mladšími seniormi. In: *Geriatría - odborný časopis slovenských a českých geriatrov*. 2010, č.1, s. 6 – 12 . ISSN 1335 – 1850

Kontaktné údaje autoriek:

Zborník

Drahomíra Rezníková

Adresa: Prekážka 722/1 Liptovský Hrádok 033 01

Mobil: 0905 804 692

e-mail: reznikova.d@gmail.com

Iveta Rysulová

Mobil: 0910 915 718

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O ADOLESCENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

Bc. Terézia Hurárová

Ambulancia praktického lekára pre dospelých

Bánovce nad Bebravou

Súhrn: Cieľom príspevku je priblížiť účastníkom konferencie sestier pracujúcich v ambulancných ZZ fakty o ochorení Morbus Crohn z pohľadu sestry z praxe. Crohnova choroba totiž postihuje mužov a ženy rovnako s dvojrucholovým maximom výskytu v 20.-30. roku, alebo potom medzi 50.-70. rokom života človeka. Frustrujúcou sa javí predovšetkým skutočnosť, že napriek evidentným pokrokom medicínskeho rozvoja sa nedarí definovať príčinu tohto ochorenia. Pozitívne je však poznanie rizikových faktorov, ktoré sa na vzniku ochorenia podieľajú. Častejší rodinný výskyt najmä u jednovaječných dvojčiat svedčí o genetických faktoroch. Faktory vonkajšieho prostredia a samotný stres sú taktiež zaraďované medzi etiologické faktory, vychádzajúc z výskumov naznačujúcich nízky výskyt ochorenia v rozvojových krajinách. Infekčná teória sa napriek výskumom jednoznačne nepotvrzuje. Súčasťou príspevku sú tri reálne case study, ktorých cieľom bolo zrealizovanie pohľadu na osoby trpiace týmto chronickým ochorením so zreteľom na dôsledky pre ďalší život. Tak ako u iných ochorení – východiskom správnej ošetrovateľskej starostlivosti je predovšetkým individuálny prístup a holistické vnímanie pacienta.

Kľúčové slová: Črevo. Morbus Crohn. Zápal. Ošetrovateľská starostlivosť.

Úvod

Medzi nešpecifické zápalové ochorenia čreva patrí skupina ochorení, do ktorej zaraďujeme aj ulceróznu kolitídu a Crohnovu chorobu. Kým ulcerózna kolitída je chronické recidivujúce zápalové ochorenie sliznice konečníka a hrubého čreva, Crohnova choroba je definovaná ako chronický nešpecifický transmuralný zápalový proces, ktorý môže postihovať ktorúkoľvek časť tráviaceho systému od ústnej dutiny až po konečník.

Okrem týchto dvoch dobre vyšpecifikovaných nozologických jednotiek - 5 -10% pacientov má tzv. **indeterminovanú kolitídu**.

Etiológia ochorenia a algoritmus diagnostického postupu

K príčinám teda zaraďujeme predpoklad genetickej preddispozície aj enviromentálnych faktorov.

Diagnostika pozostáva z anamnézy, zhodnotenia klinického obrazu a laboratórnych vyšetrení. K ďalším diagnostickým alternatívam patrí sonografia, endoskopické vyšetrenie a histológia. Ak však nie je diagnóza jasná, realizuje sa RTG vyšetrenie kontrastom/enteroklýza, irigografia/, CT a MR

V diagnostike platí jasné zameranie na:

- genetické faktory,
- faktory vonkajšieho prostredia a stres,
- imunopatologické deje (Lacko et. Al., 2007, s. 31).

Z pohľadu sestry sa zameriavame na rodinnú, sociálnu, liekovú anamnézu, skúmame však aj prítomnosť zlovykov, či škodlivých návykov ako fajčenie, alkoholizmus a liekové závislosti.

Anamnéza v ambulantnom procese má svoje špecifiká – pokiaľ pri prvom skúmaní pacient pozabude na dôležité fakty, môže údaje doplniť cestou telefonickej, či doplnkovej osobnej konzultácie.

Liečba sa delí na nechirurgickú/konzervatívnu/, chirurgickú a podpornú a doplnkovú.

Crohnova choroba v detskom a adolescentnom veku

U detí a adolescentov má ochorenie veľmi pestrý klinický obraz, závislý od lokalizácie a rozsahu poškodenia zápalovým procesom. Môže sa prejavíť ako neprospievanie, stagnácia rastu až obrazom anorexie, alebo môže byť začiatok akútneho, pripomínajúci NBP - najčastejšie apendicitídu, prípadne sa môžu objavovať len neurčité bolesti brucha, únava, subfebrílie, občasné hnačky alebo môže ochorenie prebiehať ako horúčkovitý a septický stav bez akejkolvek črevnej symptomatológie

Ošetrovateľská starostlivosť o adolescenta s Crohnovou chorobou

Ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na uspokojovanie a podporu **biologických, psychických a sociálnych potrieb.**

Dominantnou úlohou sestry je:

- starostlivosť o výživu, vylučovanie, hygienu, spánok, primeraný pohybový režim, tlmíť bolesti, predchádzať strachu a úzkosti,
- je potrebné zdôrazniť možný vplyv ochorenia na rodinu, na partnerský a sexuálny život, na štúdium, vzdelávanie aj výber zamestnania,
- pomôcť pacientovi rešpektovať a vážiť si seba samého napriek obmedzeniam, ktoré jeho ochorenie prináša aby sa zabránilo sociálnej izolácii,
- pri tomto ochorení sa veľký dôraz kladie na edukáciu.

Ciele, kazuistiky:

Hlavný cieľ - sledovať proces zvládnutia ochorenia u pacientov s Crohnovou chorobou v jednotlivých oblastiach vnímania zdravia V práci rozoberám tri kazuistiky adolescentov, ktoré Vám v krátkosti priblížim.

KAZUISTIKA 1 - 19-ročný pacient dispenzarizovaný na gastroenterologickej ambulancii, ochorenie mal diagnostikované ako 12-ročný, po ročnom úsilí zistiť príčinu chudnutia, malnutricie, nevysvetliteľných teplôt bez akýchkoľvek príznakov postihnutia gastrointestinálneho traktu (GIT-u). V súčasnosti je stabilizovanom stave.

KAZUISTIKA 2 – je rozoberaný zdravotný stav 25 ročnej pacientky, ktorá je dispenzarizovaná v gastroenerologickej ambulancii, je po resekcii čreva, na medikamentóznej liečbe, v súčasnosti stabilizovaná, ochorenie mala diagnostikované ako 21 ročná.

KAZUISTIKA 3 – je opísaný 21 ročný pacient dispenzarizovaný, asthenický, intermitentne sa objavujú kŕčovité bolesti brucha, nafukovanie a hnačky, ožívujú sa perianálne fistuly aj s týždňovou secernáciou. Okrem farmakoterapie má doporučený šetriaci fyzický a psychický režim. Ochorenie mal diagnostikované ako 17- ročný.

KOMPARÁCIOU KAZUISTÍK budeme postupne analyzovať jednotlivé problémy na základe čoho môžeme sledovať individualitu a rozdielnosť priebehu ochorenia u sledovaných pacientov.

1. problém – zistiť odpoveď na otázku, či ochorenie vplýva viac na bio-psycho-alebo sociálnu oblasť:

- v kazuistike 1 - biologická oblasť postihnutá najmenej, najviac ovplyvnený psychický stav, sociálna oblasť nebola zasiahnutá
- v kazuistike 2 – biologická oblasť výrazne postihnutá (resekcia čreva, opakujúce hnačky), psychika ovplyvnená mierne, sociálna oblasť neovplyvnená
- v kazuistike 3 – ovplyvnená výrazne biologická, psychická i sociálna oblasť

2. problém – dali sme si úlohu zodpovedať na otázku, či majú dostatočné informácie o ochorení

- v kazuistike 1 – najskôr nemal veľmi záujem, až neskôr pri objavení sa komplikácií, v súčasnosti informovaný
- v kazuistike 2 – zaujímala sa, nemala problém so získaním informácií, informovaná
- v kazuistike 3 – mal záujem, informácie dostatočné

3. problém – zistiť najčastejšie vyskytujúce sa komplikácie ochorenia

- v kazuistike 1 – najmiernejšie, predovšetkým metabolické a psychické – podráždenosť až depresia
- v kazuistike 2 – závažná komplikácia – operácia, resekcia čreva, hroziace mikroperforácie, mierne metabolické komplikácie
- v kazuistike 3 – najvýraznejšie, často sa opakujúce abscesy v okolí konečníka, chirurgické ošetrenia, nepriberanie na váhe, hnačky, bolesti, ileózny stav a následná operácia, znížená fyzická aktivita, hraničná podvýživa

4. problém – zaoberali sme sa otázkou vplyvu ochorenia na štúdium a výber povolania

- v kazuistike 1 – záujmy ho inšpirovali aj k voľbe štúdia v danom odbore, neovplyvňujú negatívne priebeh ochorenia, je predpoklad pozitívneho pracovného uplatnenia vo vybranom smere
- v kazuistike 2 – nebolo potrebné meniť ani pracovné zaradenie a ukazuje sa, že nebude u nej v protiklade s ochorením

- v kazuistike 3 - možnosti záujmov a pracovného uplatnenia sú u neho veľmi obmedzené

5. problém – overiť, do akej miery bola potrebná zmena životného štýlu

- v kazuistike 1- zdravý životný štýl vytváraný v priebehu rastu a vývoja ochorenia
- v kazuistike 2 - upravila si životný štýl – prestala fajčiť, snažila sa pravidelne odychovať a stravovať, snaží sa byť vyrovnaná
- v kazuistike 3 - opodstatnenosť zmeny životného štýlu bola potrebná

Záver

- komparáciou kazuistík sme našli znaky spoločné i rozdielne
- ide o inteligentných, citlivosť, po vzdelaní túžiacich mladých ľudí
- pri tomto ochorení je veľká paleta prejavov a tak zo strany lekára aj sestry je potrebný individuálny prístup

Zoznam bibliografických odkazov

BÁTOVSKÝ, M. Úvod k hlavnej téme: Nešpecifické črevné zápaly. In *Gastroenterológia pre prax*. ISSN 1336-1473. 2003, roč. 2., č. 1, s. 27

ČERVENKOVÁ, R. et al. *Crohnova nemoc a ulcerózná kolitída*. Praha: Galén, 2009. 112 s. ISBN 978-80-7262-600-7.

ČIERNA, I. Výskyt Crohnovej choroby v detskej populácii na Slovensku. In *Gastroenterológia pre prax*. ISSN 1336-1473. 2003, roč. 2., č. 1, s.15-16

HULKOVÁ, V. Psychosociálne aspekty Crohnovej choroby. In *Revue profesionálnej sestry*. ISSN 1335-1753. 2002, č. 1, s.12

JURGOŠ, Ľ. et al. *Gastroenterológia*. Bratislava: Veda, 2006. 688 s. ISBN 80-224-0893-X

MAŘATKA, Z. *Klinická gastroenterológia*. Praha: Avicenum, 1988. 490 s. ISBN 08-025-88.

VATEHOVÁ, D. et al. Deti s Crohnovou chorobou. In *Revue medicíny v praxi*. ISSN 1336-202 X. 2009, roč. 7., č. 2, s. 14 - 15

Kontaktné údaje autorky:

Bc. Terézia Hurárová

Adresa: Rybany 90 956 36 Rybany

Zborník

Mobil: 0907 109 353

e-mail: hurarterka@centrum.sk

AKTÍVNE UHLIE V LIEČBE AKÚTNYCH HNAČIEK

Alena Laurenčíková

Ambulancia praktického lekára pre deti a dorast

Revúca

Súhrn: Nakoľko hnačka je dosť subjektívny pojem, definuje sa ťažko. Všeobecne uznávané charakteristiky sú viac ako 3 stolice denne, riedka až tekutá konzistencia podmienená obsahom vody vyšším ako 85%, objem stolice väčší ako 200 – 300 g/24 hodín, vyšší obsah stolíc súvisí s poruchou resorpcie, sekrécie, alebo motility.

Napriek úžasným pokrokom v oblasti medicíny a verejného zdravotníctva je hnačka zdravotnou komplikáciou normálneho vylučovania stolice a vyskytuje sa u ľudí aj napriek dodržiavaným zásadám racionálneho životného štýlu. Stačí jedna zmrzlina vyrobená zo surovín s hraničnou expiráciou, či podanie ruky známemu a klient sa nakazí. Alarmujúcou býva situácia v školách, predškolských zariadeniach, či internátoch. U ohrozených skupín (malé deti, starší ľudia) môže hnačka vyústiť do veľmi vážnych zdravotných komplikácií. Aj preto by sestra pracujúca v ambulancii praktického lekára pre deti a dorast, pre dospelých a v rámci poskytovania holistickej ošetrovateľskej starostlivosti mala mať dostatočné informácie o hnačke ako ochorení a o opatreniach, ktoré pacientovi/ klientovi môžu významne pomôcť k zlepšeniu narušeného vyprázdňovania.

Kľúčové slová: Hnačka. Stolica. Čierne uhlie. Liečba. Ošetrovanie.

Úvod

Hnačka je v súčasnosti bežným problémom ambulantných pacientov v detskom i dospelom veku. Má významný dopad na kvalitu pacientovho života a v mnohých prípadoch môže spôsobiť veľmi stresujúce komplikácie (hnačka počas obchodného rokovania, počas vyučovania v škole, počas cesty mestským hromadným prostriedkom). Ide o problém veľmi nepríjemný, veľmi diskrétny a veľmi stresujúci.

Klasickým prípadom môže byť rýchly nástup ochorenia s akútnou progresiou počas činností, ktoré neumožňujú pacientovi okamžite navštíviť toaletu a vyprázdniť sa, čo samé o sebe pôsobí veľmi frustrujúco a indiskrétno.

Hnačka – aj problém imunity

Približne 70 % imunitného systému je lokalizovaných v tráviacom trakte. Sekrécia slinných žliaz a sekrety tráviacich orgánov spolu s črevnou flórou s prijímanou vlákninou sú veľmi potrebné pre správnu a optimálnu funkciu celého tráviaceho traktu a celého organizmu.

Veľmi podstatnou zložkou identifikácie etiológie hnačky je anamnéza potravinová – zo strany sestry odobratá veľmi dôsledne a systematicky. V dnešnej dobe sú potraviny chemicky a termicky upravované, s vysokým obsahom tukov a cukrov, ktoré prirodzene narúšajú črevnú mikroflóru a tým atakujú aj celý imunitný systém jedincov. Človeku tiež neprospieva ovocie a zelenina bohatá na pesticídy a voda s vysokou prímiesou chlóru. Extrémne náchylní na vznik hnačiek sú pacienti s onkologickými ochoreniami (Suchánková, 2009, s. 22-23). V rámci ekonomicko – sociálnej roviny sa nemožno stopercentne v role spotrebiteľa spoľahnúť ani na férovosť súkromných podnikateľov prevádzkujúcich fast – foody, reštaurácie v rámci kúpalísk, či iných reštauračných zariadení. V dnešnej dobe je jediným východiskom prevencie hnačiek iba dostatočná edukácia – rodičov detí, detí a adolescentov, dospelých, gerontov a špecifických opatreniach v rámci primárnej, sekundárnej a terciálnej prevencie.

Hygiena prípravy a uchovávanía pokrmov

Najčastejšou príčinou infekčných ochorení z potravín sú mikroorganizmy uvedené v tabuľke spolu s potravinami, v ktorých sa najčastejšie vyskytujú:

<i>Patogén</i>	<i>Potravinový zdroj</i>
<i>Salmonella</i>	mäso /najmä hydina/, vajcia, mlieko
<i>Campylobacter</i>	mäso, mlieko a mliečne výrobky
<i>Clostridium perfringens</i>	surové mäso, zelenina, koreniny, byliny
<i>Clostridium botulinum</i>	nevarené, alebo nedostatočne uvarené ryby, doma konzervované mäsa, zelenina
<i>Staphylococcus aureus</i>	kontaminované potraviny, surové mlieko
<i>Bacillus cereus</i>	surové obilniny, mäsové výrobky, zelenina, koreniny
<i>Escherichia coli</i>	kontaminovaná voda a potraviny živočíšneho pôvodu

Zásady hygieny pred, počas a po príprave jedál:

- umývať si ruky pred akoukoľvek manipuláciou s potravinami a po prerušení tejto činnosti, zvlášť po použití toalety
- *nosiť prirodzene čistý odev pri príprave jedál*
- používať na varenie výlučne pitnú vodu, ktorá nie je kontaminovaná, má vhodné chemické zloženie, obsahuje stopové prvky a má prijateľné organoleptické vlastnosti /chuť, vôňa/
- *nepoužívať na prípravu jedál vodu z „teplého kohútika“*
- pravidelne si dávať vyšetrovať vzorku vody na príslušnom regionálnom úrade verejného zdravotníctva
- *u detí vhodné používať balenú dojčenskú vodu /Lucka/*
- pri podozrení na závadnosť vody je nevyhnutné vodu na varenie pre dospelých aspoň prevárať a len čo je to možné – zabezpečiť nápravu tak, aby zdroj spĺňal požiadavky na pitnú vodu
- *kuchynské náradie udržiavať v čistote prostredníctvom umývania v teplej vode s pridávaním saponátu, opláchnutím v studenej vode a osušením čistou utierkou*
- pravidelne vymieňať hubky a žinky na riad, tiež kuchynské utierky, dbať na to, aby sa do vzájomného kontaktu nedostali surové potraviny
- *zabezpečiť dokonalé prevarenie a prepečenie potravín*
- vajcia na priamy konzum variť aspoň 20 minút, vyhnúť sa vareným vajciam na obložených misách v letných mesiacoch
- *jedlo pred uložením do chladničky v krátkom časovom intervale ochladiť*
- ak sa podáva uvarený pokrm na opätovnú konzumáciu – vhodné je znova ho prevariť
- *ideálne je varenie zeleniny buď krátko, alebo v pare*
- proti nadúvaniu môžeme podávať k hlúbovinám rascu
- *namáčať strukoviny – nechať ich namočené vo vode do rána, ráno vodu zliať a zaliať čerstvou vodou*
- huby variť dostatočne dlho, niektorí hubári radia až pol hodiny (Sabolová, Juriš, s. 31 - 36).

Patologické následky znečistenia vody na zdravie človeka v súvislosti s črevnými ochoreniami a hnačkou

Kontaminovaná voda je príčinou rôznych *enterobakteriálnych infekcií* vyvolaných podmienene patogénnymi druhmi, pričom k šíreniu infekcie prispieva nízka úroveň hygieny a zlá výživa.

Ako indikátor fekálneho znečistenia zdrojov pitnej vody slúži napríklad rod *Escherichia* (*E. coli*) – ide o bežný komenzál hrubého čreva.

Akútne infekčné ochorenia, postihujúce črevný trakt (brušný týfus, paratýfus) sú veľmi odolné voči vplyvom vonkajšieho prostredia, prežívajú niekoľko mesiacov pôde, vode, dokonca v ľade a v snehu. Infekcia sa šíri okrem kontaminovaných potravín najčastejšie kontaminovanou vodou.

Akútne, vysoko nákazlivé infekčné ochorenie, prejavujúce sa hnačkami a dehydratáciou organizmu je **cholera** (pôvodca *Vibrio cholerae*). Charakteristickým znakom *Vibrio cholerae* je rast vo vodnom prostredí, v ktorom prežíva pri priaznivých podmienkach aj niekoľko rokov /Sabolová, Juriš, s. 77/.

Kontaminovaná voda je veľmi nebezpečná pre každého – zvlášť však pre osoby *s oslabeným imunitným systémom*.

Vibrio cholerae



Aktívne uhlie v liečbe akútnych hnačiek

Liečebné účinky sú založené na vysokej schopnosti aktívneho uhlia naviazať na svoj povrch množstvo rôznych škodlivých, alebo nežiadúcich látok, napríklad chemické látky, toxíny, plyny, lieky, ale aj látky, ktoré vznikajú pri nedostatočnom rozklade potravy v črevách (Levy, 1982). Po naviazaní týchto látok na povrch aktívneho uhlia sa ich toxické účinky neutralizujú, čím sa zabráni ich prenikaniu cez sliznicu čreva do krvného obehu.

Keďže samotné aktívne uhlie sa do obehu nevstrebáva, nemá pri odporúčaných dávkach vedľajšie toxické účinky, a teda môžu ho užívať aj deti od troch rokov (len po odporúčaní lekára), tehotné a dojčiace ženy (bez porady s lekárom najviac 2 dni) (Dorrington a kol., 2003).

Známym nežiaducim účinkom je znížené vstrebávanie súčasne podávaných perorálnych liekov a čierne zafarbenie stolice, ktoré môže maskovať krvácanie do tráviaceho ústrojenstva.

Dospelí, ktorí trpia vredovým zápalom hrubého čreva, zápalom sliznice žalúdka a nadmerným rozkladom potravy v čreve, môžu liek užívať len na odporúčanie lekára.

Poznatky z medicínskeho výskumu ukázali, že aktívne uhlie je veľmi účinné pri akútnych hnačkách (Gaudreault, 2005) vyvolaných napríklad diétnou chybou t.j. nevhodnou alebo pokazenou stravou, v ktorej neutralizuje uvoľnené toxíny. Aktívne uhlie viaže na seba aj ostatné lieky prijaté ústami (napr. vitamíny, antikoncepcné lieky, atď.) preto sa neodporúča podávať ho súčasne s inými liekmi, musí sa dodržať aspoň dvojhodinová prestávka. Naopak, je účinné pri predávkovaní liekmi, napríklad často používaným paracetamolom, čím sa zabráni škodlivým vedľajším účinkom lieku (Buckley a kol., 1999). Anti-toxická účinnosť lieku sa znižuje s časom od prehltnutia škodlivej látky alebo lieku. Po zjedení veľkého množstva jedla sa spomaľuje naviazanie a odstránenie toxínov zo žalúdka a čriev a vtedy je vhodné užiť väčšiu dávku lieku (Olkkola a Neuvonen, 1984).

Pri črevných problémoch sprevádzaných hnačkami často dochádza k premnoženiu škodlivých baktérií v čreve na úkor užitočných probiotických baktérií, ktoré sa prirodzene vyskytujú na črevnej stene a napomáhajú tráveniu. Pri týchto akútnych stavoch aktívne uhlie viaže a neutralizuje toxíny uvoľnené škodlivými baktériami (Buck a Bratisch, 1986) a zistilo sa, že táto látka dokáže čiastočne odstrániť aj samotné škodlivé baktérie (Naka a kol., 2001;

Marks a kol., 1998). Výhoda aktívneho uhlia pri týchto ochoreniach v porovnaní s inými liekmi proti hnačkám je, že neškodí probiotickým baktériam (Yadav a kol., 2008).

Záver

Aktívne uhlie v liečbe hnačiek nie je žiadnou novinkou. Aktívne uhlie „obetiam hnačkových ochorení“ pomáha už celé roky a jeho účinok je nespochybniteľný. K benefitom patrí terapeutická, ako aj preventívna funkcia. Na Slovensku ho poznáme ako istý farmaceutický prípravok bežne voľnopredajný v lekárňach. Zo strany sestry je potrebné poučenie o užívaní farmaka – dôsledná edukácia je jedným zo zásadných pilierov liečby.

Zoznam bibliografických odkazov:

BEŇO, I. *Náuka o výžive*, 2001. Martin: OSVETA. ISBN 80-8063-089-5. s. 389

DŽUNDOVÁ, M. ImunaPharm, a.s. Šarišské Michaľany. *CARBOSORB®: terapeutické indikácie, vlastnosti a účinky*. 25.7.2010. Osobná korešpondencia (e-mail).

GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora*, 2007. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-1868-2. s. 237

JURIŠ, P. et al. *Osobná a komunálna hygiena*. ISBN 978-80-969817-4-8s. 118

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: GRADA, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9. s. 350

KRIŽANOVÁ, M. et al. *Farmakológia*. Martin: OSVETA, 2005. ISBN 80-8063-195-6. s. 271

SABOLOVÁ, G., JURIŠ, P. *Osobná a komunálna hygiena*. ISBN 978-80-969817-4-8. s. 118

www.google.com/obrazky

Kontaktné údaje autorky:

Alena Laurenčíková

Adresa: Revúčka 35 050 01 Revúca

Mobil: 0918 790 812

DIFERENCIÁCIA VYBRANÝCH PORÚCH SRDCOVÉHO RYTMU

Mgr. Jaroslava Lunterová

Interná a kardiologická ambulancia

Revúca

Súhrn: Arytmie sú poruchy srdcového rytmu. Pri arytmiách môže dochádzať k spomaleniu rytmu srdca (bradyarytmia, bradykardia), k zrýchleniu srdcového rytmu (tachyarytmia, tachykardia), alebo k nepravidelnosti srdcového rytmu. Arytmie môžu byť časovo ohraničené ako trvalé, alebo prechodné (záchvatovité, paroxyzmálne) (Cardiomagazín, 2010, s. 29). Prevažná väčšina arytmií býva spôsobená neznámou etiológiu, diferencujeme však aj arytmie, ktoré sú dôsledkom nesprávneho životného štýlu ako stres, alkoholizmus, či tabakizmus. V rámci pátrania po etiológii arytmií sestra dôsledne realizuje anamnestickú časť ošetrovateľskej starostlivosti so zameraním na faktory genetické a faktory životného štýlu.

Kľúčové slová: Arytmie. Bradykardia. Tachykardia. Elektrokardiografia. Sestra.

Úvod

Zdravotník nelekár by podľa h. Doc. MUDr. Viliama Dobiáša, PhD. vedieť rozlíšiť najčastejšie poruchy srdcového rytmu a aspoň orientačne rozhodnúť o závažnosti stavu, potrebe liečby, či naliehavosti transportu do nemocničného zariadenia.

Arytmie sú poruchy pravidelnosti, alebo frekvencie srdcového rytmu. Príčinou tvorby arytmií je porucha tvorby a/ alebo vedenia vzruchov. Ide o časté ochorenia s rozmanitými príznakmi od príznakov, ktoré chorý vôbec nemusí pociťovať, až po malígne poruchy neraz končiace letálne. Napriek rôznosti príznakov je zdravotnícka pomoc v mimonemocničných podmienkach prospešná a jednoduchá, ak vieme rozlíšiť nezávažné príznaky od závažných až smrtiacich (Dobiáš, 2005, s. 40).

Každopádne je najdôležitejšie ovládať základný popis vln, kmitov a intervalov.

- PQ (0,12-0,20s)
- QT (0,34-0,42s)
- P vlna (0,11s, výška do 2,5 mm), negatívna v aVR zvođe
- QRS komplex (0,06-0,10s)
- ST (depolarizácia a repolarizácia komôr)
- T (repolarizácia komôr)

- U (repolarizácia komôr, nie vždy je na EKG vyjadrená) (Sovová a kol., 2006, s. 22-23)

Zmeny intervalov – možné príčiny:

- PQ (PR) predĺžený nad 0,12s: myokarditída, ICHS, vplyv vágu, lieky (digitális, betablokátory),
- PQ skrátené pod 0,12s: tachykardia, preexcitácia, porucha vedenia v predsieňach,
- QT predĺženie: hypokalciémia, hypertenzia, po IM, vplyv antiarytmík,
- QT skrátený: hyperkalciémia, vplyv digitálistu (Sovová a kol., 2006, s. 29).

Diferenciácia arytmií

Pre potreby zdravotníkov v prednemocničných podmienkach možno použiť delenie podľa stupňa hroziaceho nebezpečenstva:

- *Arytmie ohrozujúce život:* liečbu treba začať okamžite kardiopulmonálnou resuscitáciou, k týmto arytmiám patrí asystólia, komorová fibrilácia, komorová tachykardia bez pulzu a bezpulzová elektrická aktivita srdca.



Obr. 1 Komorová fibrilácia

- *Arytmie potenciálne nebezpečné:* pacient by u nich eventuelne mohol vydržať bez cielenej liečby niekoľko desiatok minút do privolania RZP, alebo prevozu do zdravotníckeho ústavného zariadenia, patrí k nim fibrilácia a flutter predsiení, supraventrikulárne paroxysmálne tachykardie, atrioventrikulárne blokáda III. stupňa, salvy komorových extrasystol (2 a viac za sebou).

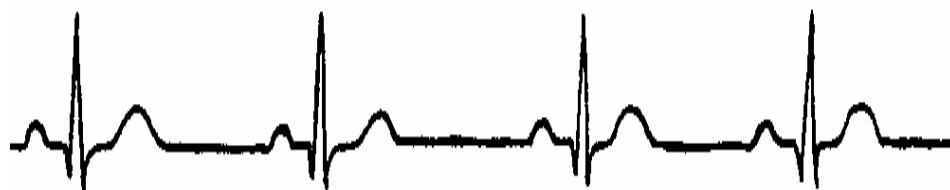


Obr. 2 Fibrilácia predsiení



Obr. 3 Flutter predsiení

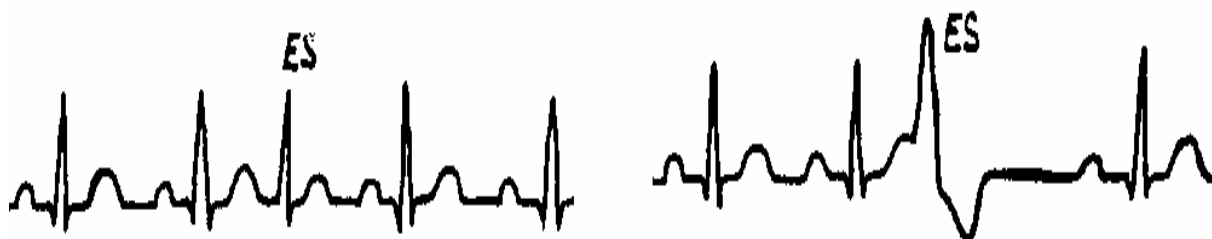
- *Arytmie nepríjemné, ale nie nebezpečné, resp. sínusové bradykardie, komorové extrasystoly, sínusové tachykardie.*



Obr. 4 Sínusová bradykardia



Obr.5 Sínusová tachykardia



Obr. 6 Predsieňové a komorové extrasystoly

Klinické prejavy arytmií

V anamnestickom spektre dominujú príznaky ako slabosť, dušnosť, pocit búšenia srdca, závraty, pocit nepravidelnej činnosti srdca, bolesť na hrudníku. K objektívnym príznakom zaraďujeme bledosť, potenie, hypotenziu, tachykardiu/ bradykardiu, cyanózu, pulzový deficit na periférii. Dominantné miesto má v diagnostike práve EKG. Nemožno nespomenúť zásadný cieľ a síce – zdravotníkom nejde o úpravu EKG prioritne, ale o stabilizáciu pacienta (Dobiáš, 2005, s. 40).

Nemožno totiž jedinou intervenciou zvrátiť predsieňovú fibriláciu k norme – možno však stabilizovať pacienta medicínskym zásahom, transportom do ústavného ZZ, nasadením antiarytimickej liečby a následne po obnove fyziologického rytmu srdca dôslednou sesterskou edukáciou pomôcť pacientovi pri udržiavaní fyziologického srdcového rytmu konkrétnymi poznatkami o škodlivosti fyzickej námahy, dodržiavaní alkoholovej abstinencie, vylúčení fajčenia a prekonávaní stresu a stresových situácií. Ideálnou edukačnou metódou je písomná informácia. V prípade ďalších vyšších diagnosticko – terapeutických postupov

v špecializovaných ústavoch a pracoviskách ako zavedenie trvalého kardiostimulátora, kardioverter defibrilátora, rádiovfrekvenčnej ablácie a pod. je taktiež potrebná písomná edukácia s konkrétnym manažmentom situácie, ktorá nastáva pre pacienta od popisu výkonu, prípravy na vyšetrenie, popisu priebehu vyšetrenia a následných odporúčaní v cykle zotavovania.

Prvá pomoc v rámci riešenia arytmií

Dobiáš (2005, s. 40) diferencuje prvú pomoc na:

- prvú pomoc bez pomôcok
- zdravotnícku prvú pomoc

Prvá pomoc bez pomôcok zahŕňa:

- uvoľnenie odevu okolo krku a pása
- vyvetranie miestnosti
- upokojenie pacienta
- polohovanie diferencujeme nasledovne: pri hypotenzii horizontálna s mierne nadvihnutou hlavou, pri dyspnoe polosed
- asistovať pri užití lieku, ktorý má pacient so sebou (prehltnutie a zapitie tekutinou)
- transport

Zdravotnícka prvá pomoc zahŕňa:

- doplnenie prvej pomoci
- polohovanie podľa prevažujúcich príznakov
- monitoring fyziologických funkcií (pri poruchách vedomia aj monitorovanie glykémie)
- zaistenie žily permanentným periférnym žilovým katétrom
- realizácia EKG
- asistancia lekárovi

U pacientov s poruchami srdcového rytmu býva v súčasnosti často indikovaná kuratívna katéetrová ablácia, pri ktorej sa pomocou katétra zavedeného priamo do srdca na konkrétne miesto v oblasti endokardu pôsobením vysokofrekvenčného striedavého prúdu dosahuje

lokálne zvýšenie tepla, resp. poleptanie, čím je možné odstrániť rušivé pôsobenie v zmysle porúch rytmu. V istej štúdii bolo po dobu 40 mesiacov sledovaných 379 pacientov s realizovanou slow-pathway abláciou. Bezprostredný efekt bol dokázaný u 95,8 % pacientov, u 6,9 % z nich sa vyskytla recidíva. Predpokladom efektívnej katéetrovej ablácie je precízny mapping východiskovej lokalizácie arytmie (reentry okruhu) (Horlitz, 2008, s. 30).

Záver

Zdravotník nelekár nie je oprávnený liečiť poruchy rytmu srdca, mal by však vedieť rozlíšiť ich a rozhodnúť orientačne o závažnosti ich stavu a akútnosti transportu. Mal by vedieť, že pri sínusovej tachykardii síce nemôžeme liečiť, môžeme však riešiť vyvolávajúcu príčinu pomocou pacientovi pri zvládaní emócií, horúčky, bolesti, stresu, šoku. Pri supraventrikulárnych tachykardiách je možné dokonca zahájiť praktické intervencie ako masáž karotického telieska, Valsalvov manéver, tlak na očné gule. Dôležité je poučenie o tom, že antiarytmiká nesmie svojvoľne vysadiť, striedať, užívať preventívne.

Zoznam bibliografických odkazov

DOBIÁŠ, V. Poruchy srdcového rytmu. In: Sestra. 2005, č. 10, s. 40-41. ISSN: 1335-9444

HORLITZ, M. Perspektívy kuratívnej liečby komplexných porúch rytmu. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2008, č. 20, s. 30

SOVOVÁ, E. a kol. *EKG pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1542-2. s. 112

ŠPINAR, J. Ako žiť so srdcovou arytmiou. In: *Cardiomagazín*. 2010, č. 1, s. 29.

www.ekgkvalitne.cz

Kontaktné údaje autorky:

Mgr. Jaroslava Lunterová

Adresa: Daxnerova 1187/ 9 050 01 Revúca

Mobil: 0907 870 616

e-mail: jaroslava.l@centrum.sk

PRIMÁRNA STAROSTLIVOSŤ V OŠETROVATEĽSTVE – MONITORING PREDISPOZIČNÝCH FAKTOROV PRI VZNIKU HYPERTENZIE

Mgr. Petra Oláhová

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých

Spišská Nová Ves

MUDr. Jozef Vančo

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých

Spišská Nová Ves

Súhrn: Cieľom príspevku je poukázať na informovanosť pacientov o problematike hypertenznej choroby vo vzťahu k predispozičným faktorom, ako aj informovanosť o správnej životospráve pri ochorení. Uvedomujeme si, že väčšina pacientov s hypertenziou nevenuje svojmu krvnému tlaku primeranú pozornosť. Arteriová hypertenzia je v priemyselne vyspelých krajinách časté ochorenie, veľmi často diagnostikovaným ochorením v ambulantnej praxi a vo svetovom meradle jedným z vedúcich príčin úmrtnosti a invalidizácie. Ošetrovateľstvo svojím zameraním na zdravie a jeho podporu plní dôležitú úlohu v oblasti prevencie. Sestry svojou činnosťou sa podieľajú na prevencii vo všetkých jej úrovniach. Dôležitou súčasťou prevencie je edukácia- zdravotná výchova pacienta. Zdravotnú výchovu sestry poskytujú pacientom rôznych vekových kategórií. Aj preto je veľmi dôležité sa tejto problematike venovať dôslednejšie.

Kľúčové slová: Predispozičné faktory. Prevencia hypertenzie. Primárna zdravotná starostlivosť. Ošetrovateľská starostlivosť. Dispenzárna zdravotná starostlivosť. Liečba hypertenzie. Komplikácie.

Úvod

Vysoký krvný tlak je ochorenie (hypertenzia), ktorému sa ušlo veľmi hrozivé, no žiaľ, výstižné synonymum tichý zabijak. Je najčastejším chronickým kardiovaskulárnym ochorením, najčastejším dôvodom návštevy lekára vôbec a návštevy lekára vykonanej z dôvodu vystavenia lekárskeho receptu. Výsledky populačného prieskumu Klinicko – epidemiologickej štúdií hypertenzie v Slovenskej republike 2006, potvrdili, že až 41,4%

slovenskej populácie vo veku 25 – 64 rokov trpí na vysoký tlak krvi. (Kopecká, Kopecký, 2003, s. 203).

V troch ambulanciách primárnej zdravotnej starostlivosti sme skúmali informovanosť pacientov v problematike hypertenznej choroby vo vzťahu k predispozičným faktorom, ako aj o informovanosti o správnej životospráve pri ochorení. Prieskum sa realizoval formou dotazníkov. Celkovo bolo rozdáných 120 dotazníkov, návratnosť bola vysoká (98%).

V prvej, prípravnej fáze sme použili literárnu metódu. Zamerali sme pozornosť na získanie čo najväčšieho množstva informácií a poznatkov o danej problematike. Informácie sme zbierali z knižnej časopiseckej literatúry a internetu.

V druhej etape sme sa zamerali na zozbieranie empirických faktov pomocou metódy dotazníka. Získané dotazníky sme vyhodnotili a mohli sme konštatovať, že naši respondenti majú dostatočné informácie o predispozičných faktoroch pre vznik hypertenzie ako aj o komplikáciách hypertenznej choroby, o tom, že pri liečbe krvného tlaku je potrebné dodržiavať pravidlá správnej životosprávy, pravidelnosť kontrol u ošetrojúceho lekára a o potrebe monitorovania krvného tlaku (selfservis) doma.

Záver a odporúčania pre prax

Poznatkom vyplývajúcim z nášho prieskumu pre prax v primárnej zdravotnej starostlivosti je uvedenie si dôležitosti včasného odhalenia ochorenia, jej správnej diagnostiky vedúcej k správnej liečbe a edukácii hypertonikov, ako aj ich širšieho okolia, čo umožní v neposlednej miere zachytávanie nových prípadov hypertenzie aj u tzv. nemých, bezpríznakových hypertonikov. Pre dosiahnutie úspešnosti v liečbe je nevyhnutné naučiť hypertonikov absolvovať pravidelné prehliadky a poskytovať zdravotným pracovníkom informovane rodinnú, osobnú a sociálnu anamnézu.

Úspech liečby priamo závisí práve na stupni informovanosti pacienta o jeho ochorení a osvojení vedomostí a zručností, ako aj prijatím správnych postojov súvisiacim s jeho ochorením, prevenciou komplikácií a uvedomelým prevzatím zodpovednosti za svoj zdravotný stav - a toto je nezastupiteľná úloha odbornej sestry v primárnej zdravotnej starostlivosti.

Zoznam bibliografických odkazov:

KOPECKÁ, K., KOPECKÝ, P. *Zdravie a klinika chorôb*. Martin: Osveta, 2003. ISBN 80-8063-117-4. s. 695

Kontaktné údaje autorov:

Mgr. Petra Oláhová

Adresa: Kolárska 1/17 052 01 Spišská Nová Ves

Mobil: 0905 154 730

e-mail: peta.olahova@centrum.sk

MUDr. Jozef Vančo

Adresa: NZZ-LSPP, s.r.o., 052 01 Spišská Nová Ves

EDUKAČNÉ AKTIVITY SESTRY V PRIMÁRNEJ PREVENCII A JEJ VÝZNAM Z POHLĎADU KLIENTA

Marta Jarošová (1) Zoltán Benyó (2), František Molnár(3)

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

FORLIFE n. o Komárno, Všeobecná nemocnica, Gastroenterologická ambulancia Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Komárne

Súhrn: Edukácia ako významný nástroj šírenia informácií má v 21. storočí kľúčové slovo pre ochranu a zachovanie zdravia jedinca i celej spoločnosti. Edukácia vykračuje spolu s prevenciou. Cieľom dvoch úzko súvisiacich aktivít je, aby informácie, týkajúce sa ochrany a zachovania zdravia sa dostali k čo najvyššiemu počtu ľudí – teda k občanom – laikom.

Význam cielenej edukácie spočíva v tom, že je zameraná na prevenciu konkrétneho ochorenia u vybranej cieľovej skupiny obyvateľstva (1). Cieľom edukácie je, aby jednotlivci si osvojili vedomosti a zručnosti, ktoré prispievajú k ochrane a podpore jeho zdravia. Stáva sa aktívnym účastníkom v tomto procese a pocit zodpovednosti za svoje zdravie by mal vnímať ako dôležitý prvok svojho života.

Kľúčové slová: Edukácia. Prevencia. Kolorektálny karcinóm.

Úvod

Kolorektálny karcinóm je druhou najčastejšou príčinou úmrtia na rakovinu vo svete. Jej výskyt sa s pribúdajúcim vekom zvyšuje a postihuje rovnako obidve pohlavia /graf č. 1/.

Podľa štatistiky v Slovenskej republike ročne zomiera na rakovinu hrubého čreva 1770 mužov a žien, pričom pri včasnej diagnostike a liečbe, by toto číslo mohlo byť podstatne nižšie (2).

Kolorektálny karcinóm je jeden z mála ochorení, ktorý sa dá včas diagnostikovať skríningovým vyšetrením (2).

NPPZ a schválenie programu „Zdravie pre všetkých v 21. storočí“ uvádza ako jeden z hlavných nástrojov na dosiahnutie cieľa, komunikáciu s verejnosťou vrátane edukácie /NPPZ/ (3).

V programovom vyhlásení Vlády SR pre roky 2006 - 2010 sa zdôrazňuje sekundárna prevencia kolorektálneho karcinómu formou skríningu. Skríningová metóda je významná

v tom, že umožňuje zistiť chorobný proces ešte v počiatočnom štádiu, kedy býva liečba úspešná. Skrínigové vyšetrenie hrubého čreva spĺňa požiadavky na kritériá kvality jednotlivých skrínigových programov, ktoré sú vypracované expertnými skupinami vo forme smerníc odporúčaných Európskou komisiou. Na príprave centrálne koordinovaného skrínigu sa v tomto období SR pripravuje (2). Skrínig sa vykonáva na zdravých ľuďoch, preto sa cieľná komunikácia a edukácia obyvateľstva stáva nevyhnutnosťou.

Nezastupiteľné miesto v komunikácii a v edukačnej činnosti v rámci sekundárnej prevencie kolorektálneho carcinómu u obyvateľstva majú sestry pracujúce v ambulancii všeobecného praktického lekára.

Kolorektálny karcinóm je dlhodobo bez príznakov, pacient / klient/ vyhľadá pomoc odborníka, až keď sa objavia príznaky /krvácenie z konečníka, zmeny farby stolice, hnačka striedajúca zápchu, hlien v stolici, bolesti brucha, plynatosť, nechuť do jedla a únava/. Prítomnosť príznakov často svedčí už o pokročilom štádiu rakoviny. Z tohto dôvodu potreba osloviť obyvateľov ohľadom skrínigu KRK sa javí ako mimoriadne aktuálna.

V rámci Slovenska, najvyššiu incidenciu a prevalenciu vo výskyte KRK v porovnaní s ostatnými okresmi vykazujú južné oblasti – konkrétne okres Komárno. Diagnostiku a ošetrovateľskú starostlivosť vo vzťahu ku gastrointestinálnemu traktu v okrese zabezpečujú tri gastroenterologické ambulancie. Počet novozistených prípadov KRK v jednej GEA v roku 2007 bolo 28, v roku 2008 - 45 prípadov a v roku 2009 - 43 prípadov. Aktuálnosť problému viedol pracovný tím k uskutočneniu série odborných prednášok s následnou besedou s hlavným zameraním na sekundárnu prevenciu KRK.

Edukačné metódy a postupy zamerané na prevenciu KRK a vykonanie skrínigu boli vypracované pre dospelú populáciu vo veku od 50 rokov a viac. Edukácia sa zamerala na dosiahnutie afektívnych, kognitívnych a behaviorálnych cieľov u jednotlivca, ktoré súvisia s prevenciou vzniku KRK.

I. cieľ – afektívny – bol zameraný na objasnenie významu prevencie ako hlavného nástroja na udržanie a zachovania zdravia jedinca., na zmenu postoja k vlastnému zdraviu.

II. cieľ – kognitívny – zameraný na poznanie škodlivých vplyvov prostredia, nesprávnej výživy a pôsobenie nadmerného a dlhodobého stresu, ktoré môžu byť príčinou vzniku KRK

III. cieľ – behaviorálny – zameraný na osvojenie si techniky skriningovej metódy sekundárnej prevencie KKK pomocou iFOB /imunochemický Fecal Occult Blood /testu. V prípade pozitívneho výsledku návšteva u všeobecného praktického lekára, ktorý vykoná ďalšie opatrenia.

Interpretácia výsledkov

Edukácia obyvateľov v okrese Komárno bola zameraná na samodiagnostiku okultného krvácania. Uskutočnila sa v období od mája 2009 do konca mája 2010. Informácia o odbornej prednáške, po ktorej každý účastník dostane iFOB test, sa verejnosti oznamovalo formou letáka a cez miestne médiá - rozhlas, TV. Zúčastnilo sa 230 občanov vo veku 50 rokov a viac. Podľa pohlavia zúčastnilo sa 73 mužov 133 žien.

Interpretácia výsledkov:

1. Počuli ste o možnosti, vyšetriť stolicu na skryté / okultné/ krvácanie?

Odpoveď	Muži /73/	Ženy /133/
áno	60,27 %	50,37 %
nie	35,61 %	42,85 %
už mi to lekár		
zkontroloval	4,10 %	6,76 %
neviem čo to		
znamená		0
Spolu	100 %	100 %

2. Ako často by ste absolvovali vyšetrenie hrubého čreva / kolonoskopiu/ u gastroenterológa?

Odpoveď	Muži /33/	Ženy /133/
každých 5 rokov	61,64 %	37,31 %
každých 10 rokov	1,36 %	8,20 %
nikdy	13,69 %	16,41 %
iba na odporúčanie		
lekára	23,28 %	38,06 %
Spolu	100 %	100

V rámci skríningu KRK v súčasnosti ako najlepší možný spôsob včasného odhalenia chorobného procesu sa javí iFOB – test, ktorého citlivosť na prítomnosť ľudskej krvi je veľmi vysoká. Nevyžaduje sa špeciálna diétna príprava. Z liekov je nutné vynechať na tri dni nesteroidné antireumatiká a kyselinu acetylsalicylovú.

Dobrá spolupráca všeobecného praktického lekára a sestry umožní, aby skrínung KRK sa stal samozrejmosťou pre každého jednotlivca čím sa predíde mnohým zbytočným ľudským utrpeniam a osobným tragédiám. Odovzdávať vedomosti a informácie zamerané na zmenu životného štýlu, pracovať v oblasti výchovy k zdraviu, patrí medzi hlavné úlohy Konceptie ošetrovateľstva (5).

Záver:

Nadobudnuté doterajšie skúsenosti nášho tímu v súvislosti s prevenciou KRK nás presvedčili o tom, že občanov takýto spôsob odovzdávania odborných informácií, ktoré im majú „zachrániť život“ zaujíma. Vysoko si cenia prístup odborníkov, ktorí vhodným a zrozumiteľným spôsobom odovzdávajú vedomosti o danom probléme aj s použitím iFOB testu.

Odporúčania pre prax:

- zvýšiť a podporovať aktivity sestier v ambulanciách prvého kontaktu,
- vyvíjať užšiu spoluprácu s občianskymi združeniami a poradňami zdravia pri Regionálnom
- úrade verejného zdravotníctva,
- aktualizovať besedy zamerané na prevenciu najmä v kluboch dôchodcov a v iných
- spoločenských organizáciách.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BAŠKOVÁ, M. a kol. 2009. *Výchova k zdraviu*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-320-2. s. 227
2. HRČKA, R.: 2010. Čo by sme mali vedieť skôr, než sa spustí Národný skrínung KRK v SR?. In *Lekárske listy*, 2010, roč. č. 12, str. 3 – 9

3. INFORMÁCIA O AKTUALIZÁCII NPPZ vrátane výsledkov o zdravotnom uvedomení obyvateľstva, dostupné na internete:
>http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=391:informacia-aktualizacii-nppz-vratane-vysledkov-o-zdravotnom-uedomeni-obyvatestva&catid=69:podpora-zdravia&Itemid=74 <

4. Konceptia odboru ošetrovateľstva, číslo: 14535/2006-OO Dňa: 29. mája 2006

5. <http://app.statistics.sk/mosmis/sk/run.html>

Kontaktné údaje autorky:

PhDr. Marta Jarošová

Adresa: FOaZOŠ SZU, Limbová 12 833 03 Bratislava

e-mail: *marta.jarosova@szu.sk*

PORUCHY SLUCHU Z POHLĀDU AUDIOMETRICKEJ SESTRY

Bc. Marcela Milková, sestra, Mgr. Martina Benková, sestra audiometristka

ORL oddelenie, Nemocnica Zvolen a.s.,

Kuzmányho nábrežie 28

Zvolen

Súhrn: Pre sluchovo postihnutých je zvon bez hlasu, les bez šumu, vták bez spevu. Aj vdaka nm ich život nemusí byť bez lásky. Tento hlas počujú veľmi dobre. V ošetrovatel'stve totiž nie je cel proces prístupu k pacientovi postaven výlučne na verbálnej, zvukovej komunikácii. Žiaľ, žijú medzi nami ľudia, ktorí stie počuť uchem nemajú a pre zdravotníctvo by mali byť nie „ľazko rieitel'nm problémom“, ale výzvou. Dominantnou úlohou sestry je nadviazanie kontaktu a vzťahu s pacientom a následne jeho udržanie pre efektívny výstup ako záver partnerstva medzi zdravotníkmi a pacientmi v prospech pacienta. U pacienta so sluchovým postihnutm sú potrebn veľmi pecifick postupy, ktoré však vnmav sestra – profesionál nemá problém uplatniť a zdokonaľovať po celý čas výkonu svojej profesie. Cieľom prednášky je prezentovať prácu sestry na otorinolaryngologickej ambulancii v súvislosti s diagnostikou a liečbou porúch sluchu.

V úvodnej časti sa autorky venujú anatomickej a fyziologickej ucha, vyšetrovacím metódam pri poruchách sluchu, najastejimi príčinami porúch sluchu, typmi porúch a liečbou porúch sluchu. Vysvetľujú pojmy zvuk a hluk a dôležitosť včasnej diagnostiky.

Kľcov slová: Sluch. Sluchov postihnutie. Hlas. Komunikácia.

vod

„Ľudstvo v neďalekej budúcnosti bude musieť bojovať proti hluku podobne, ako kedysi bojovalo proti moru.“ (R. Koch).

So sluchovo postihnutm pacientom je neraz veľmi ľazk komunikácia (naruen verbálna komunikácia) a sestry si veľa krát ani neuvedomujú ak chyby robia denne pri komunikácii s nimi. Nielen na ORL (otorinolaryngologickom) oddelen/ambulancii sa sestry stretávajú s takto postihnutými – sluchovo postihnut pacient v prípade polymorbdnosti prichádza na ktorkoľvek oddelenie, ambulanciu a stáva sa najdôležitejšou metaparadigmou

ošetrovateľstva, nech už sa proste ocitol kdekoľvek. Tento fakt sa týka všetkých oddelení/ambulancií.

Snažili sme sa preto aj svojich kolegov v rámci iných aplikovaných odborov ošetrovateľstva upozorniť na to, čo pacienti musia podstúpiť, tiež nám šlo o to, aby kolegyne/kolegovia mali aspoň základný prehľad o poruchách sluchu.

Sestry nemajú vôbec skúsenosti s naslúchacími aparátmi, nevedia pacientom poradiť, napríklad v jednoduchej veci, ako sú baterky do naslúchadla. Nikto nemôže vedieť všetko, ale je na nás, aby sme sa vzdelávali.

Anatomicko – fyziologické aspekty

Ucho – orgán sluchu a rovnováhy, sa skladá z periférnej a centrálnej časti. Periférnu časť tvorí vonkajšie ucho (auris externa), stredné ucho (auris media), vnútorné ucho (auris interna) a sluchovo polohový nerv. Centrálnu časť zastupujú nervové dráhy, podkôrové a kôrové sluchové a rovnovážne centrá. Klinická fyziológia sluchového orgánu je založená na prevode zvukovej energie zo vzduchu na tekutiny vnútorného ucha so zosilnením akustického tlaku.

Vyšetrovacie metódy využívané v otorinolaryngológii musí sestra ovládať dôkladne, pretože niektoré z nich aj vyhodnocuje (ide najmä o tympanometrické a audiometrické vyšetrenia).

Typy a príčiny porúch sluchu

Poruchy sluchu možno lokalizovať v sluchovom orgáne ako prevodovú, percepčnú, kombinovanú poruchu sluchu a hluchotu. Postihnutý nedoslýchavý sa rozdeľujú podľa stupňa sluchovej straty. Hluchota je jedným z najťažších sluchových poškodení a príčinou náhlych porúch sluchu je prevažne hluk so špecifickými a nešpecifickými účinkami.

Poruchy môžu vzniknúť už v embrionálnom vývoji sluchového orgánu, najmä v 3.-10. týždni, tiež do 20. týždňa ale menšieho stupňa. Poruchy sluchu súvisia s ochoreniami matky počas tehotenstva, napr. infekcia ako CMV, herpes, toxoplazmóza, meningitída, mumps, ale aj novorodenecká žltáčka ak sérová hladina bilirubínu vyžaduje výmenu krvi. Potom sú to rôzne syndrómy ako – Usherov syndróm, neurofibromatóza, Hunterov syndróm, Alportov syndróm. a.i.

Komunikácia pri poruchách sluchu

Komunikácia s osobami s poruchami sluchu vyžaduje dodržiavanie niekoľkých závažných špecifických zásad. Predovšetkým je zo strany sestry a iných zdravotníckych pracovníkov potrebné:

- odstrániť, alebo eliminovať rušivé podnety z vonkajšieho prostredia, ak je zachovalá aspoň čiastočná schopnosť počuť (zavreté okná, dvere, vypnúť prístroje, stíšiť/ vypnúť rádio),
- upovedomiť pacienta o svojej prítomnosti haptickým kontaktom (dotknúť sa pleca, ruky),
- postaviť sa k pacientovi tvárou (odpozerávanie z pier),
- nezačať komunikovať s pacientom prv, než sestru nezaeviduje zrakom,
- zabezpečiť dopad svetla zo zdroja na tvár sestry (nestáť chrbtom k oknu, ak je tvár v tieni),
- použiť špecifické komunikačné techniky (písanie, kreslenie, výrazná mimika, zveličená gestika),
- udržiavať užšiu osobnú proxemickú zónu,
- vyrovnáť tzv. „zrakový vrch“ (rovnocennosť očí),
- ak má pacient postihnutý len jeden sluchový ústroj rôznym stupňom nedoslýchavosti, alebo hluchotou, postaviť sa tak, aby sestra hovorila do zdravého ucha, ak pacient používa načúvací prístroj, skontrolovať, či je funkčný a zapnutý,
- rozprávať primerane artikulovane, nahlas, zrozumiteľne, nie rýchlo,
- primerane využívať neverbálne prejavy, dbať na súlad medzi obsahom informácie a spôsobom jej podania,
- neklásť pacientovi naraz 2 a viac otázok, čakať trpezlivo na zodpovedanie jednej a nadviazať na druhú následne po odpovedi,
- po každej otázke kontrolovať spätnú väzbu,
- prejavíť úsilie o porozumenie, empatia, nedevalvovať,
- ak proces komunikácie zlyháva – poskytnúť pacientovi priestor na vyjadrenie iným spôsobom (písma),
- na otázky pacienta odpovedať ihneď, stručne, nie viacmyselne,
- nezakrývať si ústa rukou, neklásť si pred ne predmety,

- nejesť ani nežuť žuvačku – skreslenie informácií a verbálneho prejavu,
- neznižovať tón hlasu na konci viet,
- ak pacient informácii evidentne nerozumie – zopakovať mu ju približne rovnakými slovami (sústrediť sa na tie informácie, ktoré nezachytil).

„ V prístupe k pacientovi so sluchovým postihnutím by si sestra mala uvedomiť vlastnú škálu neverbálnych prejavov. To, čo sa pacientovi nedarí zachytiť sluchom (rečový prejav) citlivo zachytáva zrakom (mimoverbálne signály.“) (Kristová, 2004, s. 122-123).

Záver

Pacienti s poruchou sluchu majú strach a obavy, že sa možno časom ponoria do sveta ticha.

Len vysoká profesionalita a vzdelanosť sestier poskytne tú pravú ošetrovateľskú starostlivosť a ovplyvní nielen dĺžku hospitalizácie, ale aj celý budúci život.

Verím že naša práca, bude prínosom tak pre kolegyně aj z iných odborov, ako aj pre širokú laickú verejnosť. A voľný čas budeme tráviť bez rušivých elementov, ako je napríklad mobil v prírode.

Zoznam bibliografických odkazov

KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin: osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3. s. 211

Kontaktné údaje autoriek:

Bc. Marcela Milková

Adresa: ORL oddelenie, Nemocnica Zvolen a.s., Kuzmányho nábrežie 28 960 01 Zvolen

Mgr. Bartina Benková

Adresa: ORL oddelenie, Nemocnica Zvolen, a.s., Kuzmányho nábrežie 38 960 01 Zvolen

e-mail: marbenk@centrum.sk

VYUŽITIE VLASTNEJ KRVI PRI LIEČBE OCHORENÍ POHYBOVÉHO APARÁTU

Mgr. Tatiana Harhovská

Ortopedická ambulancia

Poprad

Súhrn: Terapia poranení a defektov mäkkého tkaniva na kostných alebo chrupavkových štruktúrach použitím upravenej upravenej a na krvné doštičky bohatej plazmy je všeobecne známa. Má dlhú históriu najprv v zubnom lekárstve a neskôr aj v ortopédii. Veľa in vitro a in vivo štúdií preukazuje pozitívny účinok priamo na ciele štruktúry, ako aj protizápalový a anestetický účinok všeobecne, bez obmedzenia na jednu špecifickú metódu prípravy plazmy. V ambulantnej starostlivosti ide skôr o nový terapeutický výkon, ktorý pozostáva to špecifickej prípravy a postupov.

Kľúčové slová: Zápal. Krv. Plazma. ACP. Pacient.

Úvod

Autológna kondiciovaná plazma /ACP/ vzniká odberom cca 10 ml krvi pacienta a následnej centrifugácii trvajúcej asi 5 minút, pričom daným postupom dochádza k separácii červených a bielych krviniek od plazmy s koncentrovanými krvnými doštičkami. Takto získaný materiál obsahuje niekoľkonásobne vyššie množstvo rôznych rastových faktorov v porovnaní s rovnakým množstvom pacientovej krvi. Rastové faktory aktivujú kaskádu protizápalových, regeneračných a reparačných procesov v patologicky zmenených tkanivách.

Po akomkoľvek úraze telo vysiela do zranenej oblasti veľké množstvo rôznych buniek.

Tento materiál, ktorý obsahuje množstvo rastových faktorov, podnecuje a urýchľuje proces hojenia. Štúdie, ktoré boli vykonané na pacientoch po aplikácii ACP, potvrdzujú zosilnenú odozvu liečenia, ktorá je výsledkom väčšieho množstva rastových faktorov obsiahnutých v tomto koncentráte.

Indikácie ACP:

K najčastejším medicínskym indikáciám patria indikácie ako:

- ruptúra ligamentov

- zápalý šliach a ligamentov
- natrhnuté svaly
- defekty chrupavky I. – III. stupňa
- poškodenia rotátorovej manžety
- opätovné natrhnutie ACL, PCL
- poranenia menisku
- stavy po operáciách

Táto metóda však nenahrádza operáciu samotnú, ak je indikovaná. Môže však urýchliť a zlepšiť hojivé procesy po operáciách.

Príprava pomôcok – aspekt sestry a odporúčania po výkone

Set potrebný na aplikáciu ACP:

- špeciálna dvojité striekačka
- uzáver na dvojité striekačku
- centrifúga s bankami
- antikoagulant - treba zdôrazniť, že odporúčaný 4 ml koagulant **NEPOTREBUJEME**, ak do 20 až 25 minút od nabratia krvi a spracovaní v centrifúge aplikujeme oddelenú plazmu do postihnutého miesta.

Po aplikácii ACP

Pacient môže počas 48 hodín po injekcii pociťovať miernu bolestivosť v oblasti vpichu - použité môžu byť bežné analgetiká, ktoré odporúča lekár. Nesteroidné protizápalové lieky sú počas jedného týždňa po aplikácii ACP zakázané pre ich ovplyvnenie a interakciu s ACP.

Odporúča sa obmedzenie fyzickej aktivity asi na 24 hodín po aplikácii. Po 8 týždňoch je pozorovaná asi 60% redukcia bolesti a po 6 mesiacoch je zlepšenie asi o 80%.

Benefity a nevýhody ACP terapie

Výhody ACP terapie

- použitie prirodzenej schopnosti regenerácie tela- pacientovi je podávaná vlastná krv, takže je eliminovaná možnosť rejekčnej reakcie
- odporúča sa pri liečbach šliach, svalov, kĺbov a kĺbovej chrupky
- koncentrácia rastových faktorov v krvi

- na liečbu poranenia využíva ACP schopnosti Vášho tela
- bezpečnosť výkonu je zaručená dvojitou striekačkou

Nevýhody ACP terapie

Nevýhodou je, že táto liečba nie je v súčasnosti hradená zdravotnými poisťovňami. Jedna procedúra stojí približne 200 eur, pričom sa odporúča 4 – 6 procedúr v priebehu 2 týždňov.

Záver a odporúčania pre prax

Účinky ACP sú vedecky dokázané v ortopedických odboroch na celom svete. Napriek tomu, že cena výkonu sa zďaleka nepribližuje svetovým cenám, výkon je pre našich občanov finančne náročný. Je však najmä na manažmente ambulancie ošetriť si ekonomické aspekty výkonov tak, aby nedošlo k finančným stratám žiadnej zo zúčastnených strán (pacient, prevádzkovateľ). Pre sestry z uvedeného vyplýva zásadné odporúčanie – príprava, zabezpečenie a následné ošetrovanie po výkone v sterilnom prostredí, dbať na prevenciu nozokomiálnych nákaz a iatrogénnych poškodení, opatrná a precízna manipulácia s biologickým materiálom. Dostatočná a motivujúca edukácia je samozrejmosťou – týka sa tak prípravy na výkon ako opatrení po výkone. Nemožno nespomenúť základnú požiadavku ako súčasť práce, asistencie sestry pri ACP terapii a síce – psychologická podpora pacienta a jeho rodiny (ak je to potrebné) pred, počas a po výkone.

Zoznam bibliografických odkazov

Dostupné na internete: <http://www.medilas.sk/index.php/medical-innovations/novinky/5-acp-autologous-conditioned-plasma>

VARHOLÍK, J. Ortopedická ambulancia Poprad. *ACP therapy*. 25.6.2010. Osobná komunikácia.

Kontaktné údaje autorky:

Mgr. Tatiana Harhovská

Adresa: Partizánska 72/68 059 18 Spišské Bystré

Mobil: 0907 527 018

e-mail: tatiana.harhovska@azet.sk

SKOLIÓZA A POHYBOVÁ AKTIVITA U DETÍ

Mgr. Tatiana Harhovská

Ortopedická ambulancia

Poprad

Súhrn: Chybné držanie tela je najčastejšou deformitou trupu u detí a dospelých, ktorá je výsledkom dysbalanciou svalov trupu spôsobená dlhodobým preťažovaním nevhodnými polohami. Skolióza je chorobné vychýlenie chrbtice nabok. Toto vykrivenie je spojené s rotáciou, otáčaním tiel stavcov okolo dlhej osi na strane vykrivenia. Skolióza postihuje celú chrbticu, ale aj jej časti, podľa toho hovoríme o krčnej, hrudnej, driekovej a najbežnejšej hrudnodriekovej krivke. viac ako 80% prípadov predstavuje neznáma príčina ochorenia, tzv. idiopatická skolióza. Väčšinou sa objavuje v detstve vo veku od 10-18 rokov následkom prudkého rastu a neúmerným preťažovaním chrbtice, jednostranné pracovné zaťaženie, genetické podklady, choroby detského veku (rachitída, osteomalácia), v množstve prípadov vzniká sekundárne popri základnej poruche, napríklad pri poliomyelitíde (detskej mozgovej obrne).

Kľúčové slová: Skolióza. Chrbtica. Dieťa. Záťaž. Vykrivenie.

Úvod

Choroby chrbtice tvoria cca 40 % ochorení pohybového aparátu. Veľmi časté bývajú práve funkčné ochorenia (Kopecký, Kopecká, 2003, s. 382).

Príčiny vzniku

Viac ako 80% prípadov predstavuje neznáma príčina ochorenia, tzv. idiopatická skolióza. Väčšinou sa objavuje v detstve vo veku od 10-18 rokov následkom prudkého rastu a neúmerným preťažovaním chrbtice, k ďalším častým etiologickým faktorom patrí:

- jednostranné pracovné zaťaženie
- množstvo prípadov vzniká na genetickom podklade
- choroby detského veku (rachitída, osteomalácia)
- zápalové ochorenia chrbtice a okolia
- pri úrazoch chrbtice a hrudníka, po operáciách hrudníka

- v množstve prípadov vzniká sekundárne popri základnej poruche, napríklad pri poliomyelitíde (detskej mozgovej obrne)

Ochorenie postihuje najmä dievčatá v adolescentom veku, najčastejšie sa prejaví počas prudkého rastového obdobia. Je známa rodinná predispozícia, preto je vždy vhodné vyšetriť aj súrodencov.

Príznaky:

- jedno rameno sa zdá byť vyššie ako druhé
- nerovná panva – asymetria pásu a pritom často skrátenie jednej dolnej končatiny
- vyčnievajúca lopatka
- únava po dlhom sedení alebo státí
- tupá, nevýrazná bolesť alebo dýchacie ťažkosti

Diagnostika

Pri podozrení na skoliózu je základom odborné ortopedické fyzikálne vyšetrenie a zhotovenie RTG snímky - snímka chrbtice stanoví stupeň a vážnosť skoliózy a identifikuje ďalšie odchylky, anomálie chrbtice, prípadne doplňujúce vyšetrenia (neurologické, endokrinologické, rehabilitačné). Niekedy sú potrebné doplňujúce moderné zobrazovacie metódy ako CT, MRI, prípadne EMG vyšetrenie. Podľa stupňa krivky, veku, pohlavia, rastovej tendencie, rodinnej anamnézy a výsledkov doplňujúcich vyšetrení sa stanoví stratégia liečby.

<http://www.bedekezdravia.sk/>>

Liečba je určovaná stupňom zakrivenia, typom skoliózy a vekom vytvorenie silného svalového korzetu pravidelným cvičením chrbtového, dýchacieho a brušného svalstva. K liečebným a ošetrovujúcim modalitám však zaraďujeme predovšetkým:

- plávanie, elektrostimulácia svalstva, napomínacia bandáž, korekčný korzet rôzneho druhu- 4bodový s denným nosením a CTM (celotelový) s nosením celodenným, aj počas spánku
- zakrivenie chrbtice menšie ako 20° nevyžaduje liečbu, sledovanie skoliózy je potrebné každých 6 mesiacov
- chirurgická liečba je odporúčaná pri skolióze, ktorej zakrivenie presahuje viac ako 40° z hľadiska korekcie zakrivenia a stabilizácie chrbtice. Chrbtica je ohrozená splývaním stavcov.

- opakovaná kúpeľná liečba

Päť zásad alebo prevencia, ako predchádzať skolióze chrbtice u detí

1. Všímajte si svoje deti: Pre úspešnosť liečby skoliózy je potrebné zmeny na chrbtici čím skôr podchytiť. U detí vo veku 10 až 18 rokov, si ich všímajte pri kúpaní, športovaní či písaní domácich úloh. V prípade, ak pozorujete jednu lopatku vyčnievajúcu nad druhou, jedno rameno vyššie ako druhé, vykrivenie v driekovej časti alebo sa dieťa sťažuje na únavu po dlhom sedení či státí, môže ísť o príznaky začínajúcej skoliózy. V tomto prípade sa poraďte so svojim detským lekárom.

2. Nepreťažujte deti jednostranne: Skolióza môže vzniknúť z jednostranného preťažovania chrbtice. Naučte deti, aby nosili tašky najlepšie na chrbte. Ak to odmietajú, nech si pri nosení striedajú ruky – chvíľu v pravej, chvíľu v ľavej ruke. Optimálna nosnosť plnej aktovky je 2,5 až 3 kg. Celková hmotnosť plnej aktovky by nemala podľa odborníkov prekročiť hranicu približne 10 percent váhy dieťaťa. Šírka nosného remeňa nesmie byť menšia ako 4 cm, inak deti bude tlačíť. Ak športujú jednostranne zameraný šport (tenis, golf a pod.), dbajte, aby pravidelne posilňovali aj druhú stranu tela.

3. Dbajte na správne sedenie: Dieťa trávi v lavici alebo za počítačom veľa času, preto by ste ho mali naučiť správne sedieť. Správne sedenie by sa dalo zhrnúť do jedného pravidla: samé pravé uhly. Chodidlá by mali dočiahnuť na zem, medzi lýtkami a stehnami by mal byť pravý uhol, taktiež medzi stehnami a chrbtom. Pravý uhol by mal byť aj medzi predlaktím a ramenami a dlane by mali byť v rovnakej úrovni ako klávesnica. Pomáha tiež striedať sedenie na stabilnej stoličke so sedením na fitlopte.

4. Liečbu neodkladajte: Ak zistíte, že vaše dieťa má skoliózu, liečbu neodkladajte. Liečba závisí od stupňa zakrivenia, typu skoliózy a veku. V ľahších prípadoch sa dá vytvoriť silný svalový korzet pravidelným cvičením chrbtového, dýchacieho a brušného svalstva (veľmi osožné je plávanie). V ťažších prípadoch nastupuje korekčný korzet, ktorý musí dieťa nosiť niekoľko mesiacov až rokov.

5. „Pošlite chrbticu do školy: Podľa knihy: „Rehabilitácie alebo Ako pošleme chrbticu do školy“ by sme mali po celý život dodržiavať tieto zásady, ak chceme mať zdravý chrbát: (Labudová J.).

 Ďalšie odporúčania:

- Ležte čo najmenej
- Sedzte bez pohybu čo najmenej
- Stojte bez pohybu čo najmenej
- Hýbte sa čo najviac
- Necvičte veľa
- Nedvíhajte v predklone
- Nepracujte v predklone
- Zabávajte sa a pracujte čo najviac
- Jedzte čo najviac počas dňa
- Nebojte sa vystavovať svoje telo chladu
- Redukcia telesnej hmotnosti, ak je nadmerná

Záver

Úspech liečby skoliózy závisí na rozsahu patologického zakrivenia. Do uhla menšieho ako 20 stupňov stačí rehabilitácia a cviky, pod vedením odborníka v liečebnej rehabilitácii a v mobilizácii chrbtice.

Ak je uhol bočného zakrivenia 20 - 40 stupňov, aplikujú sa protetické pomôcky na vyrovnanie a fixáciu chrbtice, ktoré ordinuje po vyšetrení lekár ortopéd. Pri skolióze, ktorej uhol je väčší ako 40 stupňov je potrebné zvážiť možnosti chirurgickej liečby na ortopedickej klinike.

Dôležitý je prístup pacienta – dieťaťa a samozrejme aj prístup rodičov, ktorí by si mali všímať svoje deti, dôslednosť cvičenia, prudký rast a nosenie predpísaných pomôcok. Po vyšetrení dieťaťa ortopédom je potrebná edukácia rodičov a dieťaťa a sestrou na ambulancii.

Zoznam bibliografických odkazov

LABUDOVÁ, J. *Teória a didaktika telesnej výchovy oslabených*. Bratislava: SPN, 1984, 184 s. Dostupné na internete: <http://www.sportujeme.sk/view.php?cisloclanku=2000080101>

OLEXÍK, J.: Chybné držanie tela, skolióza a kyfóza. Dostupné na internete: <http://www.bedekerzdravia.sk/?main=article&id=325>

<http://primar.sme.sk/c/4116439/pat-zasad-ako-prechadzat-skolioze-chrbtice-u-deti.html>

REHÁK, Ľ. Skoliózy. In: *KOKAVEC, M. a kol. Vybrané kapitoly z detskej ortopédie I.* Bratislava. Martin: Osveta pre SZU, 2003.

TISOVSKÝ, P., DEČO, P., REHÁK, Ľ. A kol. Incidencia *abnormalít trupu u detí vo veku 8-14 rokov v Bratislave.* Lekársky obzor 53. 2004, č. 7, s.338 - 340

Kontaktné údaje autorky:

Mgr. Tatiana Harhovská

Adresa: Partizánska 72/68 059 18 Spišské Bystré

Mobil: 0907 527 018

e-mail: *tatiana.harhovska@azet.sk*

GRAVIDITA U ŽIEN VO VYŠŠOM VEKU

Mgr. Anna Durjančíková

ADOS

Revúca

Súhrn: Cieľom našej práce je poskytnúť pohľad na viaceré ovplyvňujúce aspekty rozhodovania sa ženy vo vyššom veku pre otehotnenie. Vzhľadom na sociologické faktory súčasnej spoločnosti ako rozvodovosť, nové partnerstvá a plánované nové, ďalšie rodičovstvo je táto téma veľmi aktuálnou v kontexte preventívnom a rozhodujúcom pre dané činitele. V aktuálnej sesterskej obci sa akosi zaznáva rola sestry – poradkyne, eventuelne prísne sa posudzuje, či je sestra/ nie je oprávnená radiť, odporúčať a príliš sa špecifikuje v čom. Pritom je viac než jasné, že edukácia lekárskej obce nie je postačujúca. Ak je sestra skutočne odborníčkou vo svojom odbore, ak so záujmom pristupuje k problematike svojej profesie, je skutočne schopná si vyhľadať, naštudovať a na základe relevantných faktov potvrdených vedou pomôcť svojim pacientom/ klientom pri rozhodovaní o dôležitých a vážnych veciach, medzi ktoré gravidita vo vyššom veku rozhodne patrí.

Kľúčové slová: Gravidita. Vyšší vek. Riziko. Žena. Fertilita.

Úvod

Želanie otehotnieť vo veku nad 35 rokov je častou témou dnešnej gynekologickej praxe, napriek slobode rozhodovania sa však odporúča plánovať tehotenstvo do dovŕšenia tohto veku, v každom prípade však maximálne do dovŕšenia 40 rokov (Gynekologie, 2009, s. 9).

Ošetrovateľský proces v primárnej zdravotnej starostlivosti je metóda plánovanej, systematickej starostlivosti a realizuje sa v ambulantnej zložke, v prirodzenom prostredí domova, v centrách zdravia, či agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Zahrňuje:

- zhromažďovanie údajov o stave zdravia a rizikových faktoroch, medzi ktoré možno zaradiť aj faktory gravidity vo vyššom veku,
- identifikáciu problémov, ktoré ohrozujú zdravie,
- stanovenie cieľov a ošetrovateľských intervencií zameraných na upevňovanie a podporu zdravia,
- realizáciu ošetrovateľských programov na podporu zdravia,

- hodnotenie OSP z pohľadu zachovávanía zdravia (Repková, 2006, s. 18).

Plánovanie rodičovstva

Podľa SZO je plánovanie rodičovstva termín používaný na označenie takých metód plánovania a predchádzania tehotenstva, ktorých základom je sledovanie prirodzene sa vyskytujúcich ukazovateľov a príznakov plodnej a neplodnej fázy menštruačného cyklu s absenciou pohlavného styku v plodnej fáze, ak ide o využívanie s cieľom gravidite predísť. Dané metódy nie sú vnímané ako antikoncepcčné – pomocou nich sa dá tehotenstvo nielen oddialiť, ale aj dosiahnuť (Nadžová, Naď, 2010, s. 9).

Fakty o tehotenstvách vo vyššom veku

V ére moderných reprodukčných techník je šanca otehotnieť vo vyššom oproti nižšiemu veku nižšia. V súčasnosti ženy presúvajú plánovanie tehotenstva do vyššieho veku. Mnohé páry si napriek tomuto trendu neuvedomujú, že schopnosť otehotnieť vo vyššom veku klesá.

Priemerný vek prvoroďičky vo Švajčiarsku stúpol za posledných 30 rokov z 27,7 roku (1977) na 30, 8 roka (2007). Pri viac ako 18 000 pôrodoch z celkových 74 500 vo Švajčiarsku v roku 2007 bol priemerný vek rodičiek 35 – 39 rokov. Viac ako 6 000 pôrodov bolo u žien medzi 40 – 44 rokov. U žien nad 35 rokov stúpol počet pôrodov od r. 2001 o 31 %.

Fakty o príčinách tehotenstiev vo vyššom veku

V súčasnosti je priemerný vek ženy pri vstupe do manželstva 30 rokov (v roku 1970 to bol vek 25 rokov). Kľúčovým dôvodom býva stabilizácia ekonomickej situácie, či seberealizácia. Ďalším dôvodom je zvýšenie rozvodovosti, pričom v ďalšom manželstve sa pár snaží mať znova „spoločné“ dieťa – vek však už zvyčajne varíruje nad 30 rokmi života.

Poradenstvo a rola sestry – poradkyne v praxi

Plánované rodičovstvo patrí medzi základné ľudské práva, ktoré žene umožňujú slobodne sa rozhodnúť o počte svojich detí a dobe ich narodenia (Repková, 2006, s. 128). Je nesmierne dôležité poučiť ženu vo vyššom veku o rizikách počatia, riziká interpretuje nasledujúca tabuľka:

Riziká spojené s vekom ženy v čase vzniku gravidity			
Vek	Pravdepodobnosť otehotnenia	Pravdepodobnosť potratu	Pravdepodobnosť Trizómie 21
26-35 rokov	25 %	15 %	1:600
36-38 rokov	19 %	30 %	1:200
39-43 rokov	6 %	nad 50 %	1:50

Nesmierny význam má sledovanie všetkých požadovaných laboratórnych parametrov, ich kompletizácia a predloženie (v skompletizovanej podobe) lekárovi na posúdenie. Citlivo treba riešiť možné vzniknuté komplikácie – patologické zmeny plodu sa matky veľmi citlivo dotýkajú a neraz pôsobia ťažko zvládateľnú psychickú traumu.

Sestra nie je v prípade ohrozenia plodu (vyplývajúceho z vyššieho veku matky) oprávnená radiť, čo má pacientka/ klientka urobiť, ako sa má rozhodovať. Môže byť iba partnerom, poslucháčom, osobou stojacou blízko – empatickou, altruisticky pomáhajúcou a poskytujúcou potrebnú oporu nielen žene, ale v prípade potreby celej rodine. Nemožno zabúdať na to, že ani novovznikajúca rola sestry – psychologičky nie je inovatívnou v zmysle rozhodovania človeka. Nerozhodujeme za ženu, princípom psychológie je „pomáhať kráčať“, nie však „kráčať za pacienta a niesť ho“.

Záver

Materstvo je v žene geneticky zakódované. Vo vyššom veku nie je dôvod želanie otehotnieť odsudzovať, posudzovať, súdiť. Je však nevyhnutné stáť pri žene a poskytnúť kvalitnú, odbornú edukáciu, psychickú pomoc a podporu a najmä dokonalú klinicko – ošetrovateľskú starostlivosť korešpondujúcu s najnovšími vedeckými podkladmi.

Sledovanie priebehu gravidity, vyhýbanie sa „prehliadnutiu“ dôležitých faktov, dôslednosť a odbornosť sú najistejšími devízami sestry v oblasti gravidity žien vo vyššom veku.

Zoznam bibliografických odkazov

Gynekologie 6/2008. In: *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2009, č. 12, s. 9

NAĎOVÁ, M., NAĎ, M. Prirodzené metódy plánovaného rodičovstva. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. 2010, roč. 8, č. 3, s. 9. ISSN 1336-183X

REPKOVÁ, A. *Gynekologické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-236-7-s. 138

Kontaktné údaje autorky:

Mgr. Anna Durjančíková

Adresa: Mokrý Lúka 230 050 01 Revúca

Mobil: 0905 853 715

NORDIC WALKING (NIELEN) V KARDIOLÓGII

Mgr. Jaroslava Lunterová

MUDr. Karol Urbanec

Interná a kardiologická ambulancia

Revúca

Súhrn: Nordic walking je najlepšou bezpečnou a rehabilitačnou aktivitou. Nordic walking má okrem priaznivých fyziologických účinkov na celkové zdravie a kondíciu (1 hodina NW sa rovná približne 5 km joggingu) aj priaznivý dopad na psychiku: odstraňuje anxiózu, depresívne ladenie a zvyšuje motiváciu. Je nesmierne dôležité hľadať v oblasti rehabilitácie (nielen) klientov kardiologických ambulancií nové motivačné aspekty – práve severská chôdza je novinkou, ktorá sa pomaly aj v SR „udomácnuje“ a nachádza svoje stabilné miesto

Kľúčové slová: Nordic walking. Kardiológia. Rehabilitácia. Pacient.

Úvod

Nordic Walking (doslovne preložené severská chôdza) je bežná chôdza so špeciálnymi palicami. Kolískou tohto nového športového odvetvia je Fínsko. Je možné ho prevádzať po celý rok, kdekoľvek a vo všetkých vekových a výkonnostných skupinách, pretože jeho športovú úroveň možno veľmi ľahko prispôbiť vlastnej športovej úrovni. Vo Fínsku sa týmto spôsobom pravidelne pohybuje celá pätina všetkých obyvateľov. Z klasickej chôdze sa tak stáva bez zvláštnej extra námahy a nárokov na vybavenie vysoko účinný tréning celého tela, ktorý podporuje optimálne tréningové efekty. Už v roku 1992 boli zaznamenané v literatúre v Spojených štátoch prvé zmienky o Pole Walking - chôdza s pomocou palíc. Nordic Walking je veľmi príjemný druh pohybu, ktorý môže vykonávať každý, výkonnostný športovec aj začiatočník, mladý človek aj ľudia v pokročilom veku. Tepová frekvencia sa nachádza v pásme, v ktorom sa dlhé hodiny môžeme cítiť dobre, a takisto spotreba energie je veľmi vysoká, stúpa až o 40 %. Výkon je vyžadovaný od 600 svalov, a to je zhruba 90% všetkých svalov v tele.

Nordic Walking:

- zvyšuje tepovú frekvenciu o 5-17 tepov za minútu

- zvyšuje telesnú spotrebu kalórií vďaka pohybu s palicami o priemerne 20 % v zrovnaní s normálnou chôdzou
- môže zvýšiť telesnú spotrebu kalórií až o 46 % (vedecky dokázané, Cooper Institute Research, Research Quarterly for Exercise and Sports 2002 publication)
- uvoľňuje svalové napätie v oblasti chrbtových a ramenných svalov
- zapája do pohybu a tým taktiež posiluje 90 % svalov v tele
- šetrí kĺby a kolená
- znižuje záťaž kolien pri osobách s nadváhou
- spaľuje až 400 kalórií za hodinu (v porovnaní s iba 280 kalóriami za hodinu pri normálnej chôdzi)
- dodáva vďaka pohybu s palicami istotu na hladkom a šmykľavom povrchu

Aké palice potrebujete/ potrebuje pacient, resp. klient?

výška postavy	výška palice
200 cm	135 až 140 cm
190 cm	130 až 140 cm
180 cm	125 až 135 cm
170 cm	120 až 130 cm
160 cm	110 až 120 cm
150 cm	105 až 115 cm
140 cm	100 až 110 cm

Dĺžku palíc si vypočítate: $0,72 \times$ telesná výška, alebo telesná výška mínus 50 cm.

K medicínskym indikáciám aeróbného liečebného tréningu v súčasnosti patria:

- pokles výkonnosti (neodstrániteľný medikamentózne)
- hypertenzia (až 80 % pacientov reaguje na vytrvalostný tréning poklesom TK)
- hyperlipidémia
- hyperinzulinémia
- obezita
- kardiovaskulárne ochorenia.

Pravidelný vytrvalostný tréning vedie nielen k redukcii telesnej hmotnosti, zlepšeniu tonusu a výkonnosti svalov a kardio – respiračného systému, ale dokázateľne redukuje komplexný rizikový profil a znižuje kardiovaskulárnu a celkovú mortalitu o 27 – 31%.

Prekážky v SR

- nízka adherencia
- nedostatočná motivácia **SKUTOČNE JE TO TAK?????**

Klinické štúdie

A) Jedna z prvých klinických štúdií mapovala úsilie pacienta vynaložené pri NW a z neho vyplývajúce zdravotné dopady. Do štúdie bolo zaradených 14 mužov vo veku 61 rokov buď po koronárnom by-passe alebo angioplastike, alebo prekonali IM. V rámci RHB absolvovali dvakrát po sebe 8 – minútovú chôdzu – prvýkrát obyčajnú, druhýkrát s polkilogramovými palicami. Počas chôdze so záťažou sa priemerná spotreba energie v porovnaní s normálnou chôdzou u každého zvýšila o 21 %, pulzová frekvencia o 14 úderov/minútu. Na základe výsledkov výskumná skupina odporučila chôdzu so záťažou ako vhodnú formu RHB pacientov s KV chorobami.

B) Ďalšia štúdia realizovaná lekármi vo Vyšných Ružbachoch – vstupné kritériá pre zaradenie do štúdie:

- pacienti po IM
- indikačný zoznam pre kúpeľnú liečbu II/A
- pacienti po revaskularizačných výkonoch (CABG, PTCA, STK) v kompenzovanom stave
- výkonnostná úroveň NYHA I.-III.
- vek do 65 rokov

Hodnotený súbor tvorilo 21 pacientov, z toho 13 patrilo do skupiny Nordic walking a 8 rehabilitovalo klasickým spôsobom. Priemerný vek v súbore bol 52 rokov, priemerné BMI v súbore NW 24,6 (v kontrolnej skupine 28,6), priemerná hodnota EF LK v NW súbore bola 47% (v kontrolnej 52%). Tréning trval 3 týždne, tréningová trasa 1770 m po rovine. Relatívne priemerné zvýšenie výkonnosti po 3 týždňoch bolo výraznejšie v skupine realizujúcej Nordic walking, v tejto skupine prešli pacienti po skončení trojtýždňového tréningu v priemere o 7,33

% viac krokov ako na začiatku (v kontrolnej skupine o 4,08%) a o 11,75% dlhšiu vzdialenosť ako na začiatku (v kontrolnej skupine o 6,08%). Energetická spotreba sa v priemere zlepšila o 10% (v kontrolnej skupine o 6,08%). Táto malá štúdia dokazuje, že severská chôdza v pomerne krátkom čase dokáže zvýšiť KV výkonnosť viac, ako bežná chôdza. Má navyše priaznivý dopad na kvalitu života, pretože chôdza s palicami viac motivovala pacientov a pacienti boli podľa MUDr. Rusa pri každodennom tréningu kreatívnejší. Priaznivý efekt na psychiku je motivačný a môže tak zabezpečiť pravidelnosť tejto fyzickej aktivity aj po skončení ústavného liečenia.

Zoznam bibliografických odkazov:

MUDr. Karol Urbanec. Interná a kardiologická ambulancia Revúca. *Nordic walking*. 23. mája 2009. Osobná komunikácia.

MUDr. Karol Urbanec. Interná a kardiologická ambulancia Revúca. *Nordic walking*. 27. mája 2009. Osobná korešpondencia (výstrižky z periodika Lekárske Listy).

Kontaktné údaje autorov:

Mgr. Jaroslava Lunterová

Adresa: Daxnerova 1187/ 9 050 01 Revúca

Mobil: 0907 870 616

e-mail: jaroslava.l@centrum.sk

MUDr. Karol Urbanec

Adresa: Muránska 51 050 01 Revúca

Mobil: 0905 746 405

PSYCHOLÓGIA V PRÁCI SESTRY

Mgr. Tatiana Harhovská

Ortopedická ambulancia

Poprad

Mgr. Jaroslava Lunterová

Interná a kardiologická ambulancia

Revúca

Súhrn: Cieľom práce je poukázať na význam psychológie v práci sestry a v ošetrovatelstve. Súčasné ošetrovateľské pôsobenie sestry nie je možné bez aplikácie psychológie v zdravotníctve, nakoľko v opačnom prípade by došlo k hrubému porušeniu *lege artis* ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá musí byť v súčasnosti poskytovaná metódou ošetrovateľského procesu, ktorý nie je možné implementovať do efektívnej zložky spolupráce sestry a pacienta (rodiny) bez využitia psychologických aspektov v postoji sestry k osobe ako najdôležitejšej metaparadigme ošetrovatelstva.

Kľúčové slová: Psychológia. Prístup sestry. Sestra – psychologička. Spolupráca. Pomoc.

Úvod

Vízia často prezentovaná nielen v odbornej literatúre, ale i v médiách, na odborných, ako aj kultúrnych podujatiach sa čoraz viac spája s potrebou zlepšenia kvality života, či v kontexte so zdravotníctvom – *zvýšenia kvality starostlivosti o zdravie človeka*.

Tou najkrajšou víziou a snom každého človeka je pocítiť na „vlastnej koži“, že zdravotná starostlivosť skutočne vedie *k dobru pacienta a jeho najbližších*, a teda k zlepšeniu kvality ich života.

Záujem zdravotníckeho personálu o človeka sa netýka len nápravy poškodenia, či liečby choroby, ale najmä spoznania jeho *prežívania a správania* a je predpokladom naplnenia tejto nádhernej predstavy.

Nezištná pomoc zameraná na človeka prináša prežívanie tých najkrajších a existenčne vysoko plnohodnotných cieľov ľuďom na obidvoch stranách – tým, čo pomáhajú, ako aj tým, pre ktorých je pomoc určená (Verešová, 2007, s. 7).

Aplikácia psychológie v ošetrovatel'stve

Aplikácia všeobecnej psychológie v zdravotníctve je zdrojom dôležitých poznatkov pre kvalitu práce sestier a ich kvalifikovaný, premyslený a účinný spôsob práce s pacientmi.

V minulosti využívali lekári a zdravotníci pracovníci vo svojej práci poznatky z klinickej psychológie, ktoré boli uplatňované (v teoretickej rovine) v lekárskej a čiastočne aj zdravotníckej psychológii.

Nové poznatky vedy a výskumu – na úseku medicíny, ako aj ošetrovatel'stva – orientujú pozornosť odborníkov na oblasť *zdravotníckej psychológie*.

Zdravotnícka psychológia je oblasť klinickej psychológie, prispievajúcej svojimi poznatkami k zefektívneniu terapeutického procesu. Ide o skutočnú oblasť psychológie starostlivosti o pacienta.

Výstižné je vyjadrenie Hárđiho (Zacharová, 2007), ktorý charakterizuje psychológiu starostlivosti o pacienta ako praktické (sčasti uplatňované) zdravotnícke odvetvie, ktoré sa v oblasti terapeutickej a ošetrovatel'skej činnosti zaoberá psychologickými vplyvmi pôsobiacimi na pacienta, ako aj problémami správania, podmieneného početnými možnými situáciami – ohniskom je pritom podľa Hárđiho vzťah medzi pacientom a liečebným prostredím, medzi lekárom a pacientom, medzi pacientom a sestrou, presnejšie – *medzi lekárom, sestrou a pacientom* (Zacharová, 2007, s. 12 – 13).

Psychológia ako súčasť holistickej ošetrovatel'skej starostlivosti

Holistická ošetrovatel'ská starostlivosť je jediná *záruka* efektívnej a účinnej starostlivosti o pacienta.

Jedine holistický – celostný prístup k osobe a jej potrebám môže pomôcť sestře odhaliť skutočný, či potenciálny problém a hľadať alternatívy skutočnej pomoci v jednotlivých fázach ošetrovatel'ského procesu.

Predpokladom uplatnenia holistickej ošetrovatel'skej starostlivosti je osvojenie si poznatkov z psychológie. Znamená to – mať zo strany sestry *blízky vzťah k psychológii* a stotožniť sa s tým, že psychológia je neoddeliteľnou súčasťou moderného ošetrovatel'stva a prístupu k osobe a jej potrebám .

Kedysi sa medicína i starostlivosť sestier zameriavala prevažne na uspokojenie terapeutických potrieb pacienta, na jeho fyzickú zložku osobnosti.

Takýto prístup však bol neefektívny a nevyhovoval nároku súčasného človeka, ktorý je natoľko stresovaný dnešným štýlom života, hodnotovou orientáciou a nárokmi z vonkajšieho prostredia, že potrebuje v stave choroby *viac*, než len „podať injekciu“, viac ako len „podať liek bez slova útechy“.

V súčasnosti sa stretávame s ochoreniami, ktoré vznikli na psychologickom podklade a preto môžeme povedať – *nemožno liečiť telo bez duše*, to sa predsa nedá oddeliť.

Nemôžeme vyliečiť anorexiu, ak nevyliečime a neošetríme dušu, ktorá sa sužuje a ktorej dôsledkom je na pohľad nelogické odmietanie potravy.

Psychologický pohľad na osobnosť človeka v ošetrovatel'stve

V reakcii na situáciu, ktorú jedinec vníma ako záťaž, resp. stres, existujú medzi ľuďmi interindividuálne rozdiely, ktoré môžu byť na úrovni:

- psychosociálnych súvislostí (podnet pôsobí na človeka chudobného, i bohatého, malého i starého a pod.),
- vnímania ohrozenia (ľudia s krehkou sebaistotou sa cítia byť ponížení aj vtedy, keď okolie daný podnet neregistruje),
- vlastných zdrojov a síl (subjektívne vnímanie možnosti zvládnuť situáciu ohrozenia),
- ako aj na úrovni správania a biologických zmien (útek, zrýchlenie dýchania, zvýšenie pulzovej frekvencie).

Reakcia na všetkých spomenutých úrovniach môže mať formu vzniku ochorenia, v niektorých prípadoch možno hovoriť o „úniku do choroby“.

Vo vzťahu k chápaniu osobnosti pacienta v zdravotníckom systéme je dôležité vnímať dve vzájomne sa ovplyvňujúce zložky pacientovej osobnosti:

- interpersonálnu: správanie pacienta,
- intrapsychickú: vyjadruje ňou svoje prežívanie.

Hlavným psychologickým znakom chorého človeka sú obmedzenia a závislosti podmienené ochorením a príslušnou terapiou, očakávania a postoje k zdravotníckemu personálu, spôsobu a charakteru zvoleného liečebného postupu, samotnému priebehu liečby a typu ochorenia.

Správanie chorého človeka formuje vo veľkej miere *strach*. Obáva sa totiž bolesti, negatívnych telesných zmien, sociálnych zmien, izolácie a smrti.

Strach sa prejavuje rozmanito – tak ako je jedinečný každý človek, také *jedinečné a rozmanité* sú i prejavy strachu, ktoré pociťuje (Verešová, 2007, s. 153 - 154).

Psychologický, holistický prístup k človeku v ambulantných zariadeniach

Psychologický prístup rozvíja prepojenie telesnej i psychickej stránky človeka – celostný, holistický prístup.

Mechanistický prístup k pacientom im v ich situácii nepomáha. Nanajvýš je východiskom pre pohodlnú sestru. Pacienti potrebujú viac.

Potrebujú prístup, ktorý im ukáže, že obavy sú zbytočné a sestra sa o nich komplexne postará a jej starostlivosť bude skutočnou pomocou.

Pacienti potrebujú sestru a jej spôsobu ošetrovateľskej starostlivosti dôverovať.

Holistickému psychologickému prístupu k osobe a jej potrebám predchádza odborný a holisticky podložený pohľad na osobu, ako najdôležitejšiu metaparadigmou ošetrovateľskej profesie.

Na to, aby mohla sestra pracovať podľa schémy:

osoba+jej potreby+holistický prístup zo strany sestry k osobe a jej potrebám=holistická ošetrovateľská starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu,

je potrebná určitá predispozícia sestry, ktorá zahŕňa osobnostné, psychologické a manažérske predpoklady, ktoré sestra využíva v holistickom ošetrovateľskom procese.

Vzťah medzi sestrou a pacientom by mal byť v procese uplatňovania psychoterapeutického prístupu podľa Tvrdej (2006) racionálny, emotívny, symetrický a chránený pred deformáciou.

Ilievová a kol. (2009) tvrdia, že ošetrovateľstvo, medicína a psychológia opakovane potvrdzujú, že súčasťou terapie je kvalitný vzťah medzi sestrou a pacientom.

Záver

Rola sestry – psychologičky je výzvou. Možno povedať – čakali sme na ňu dlho. Je vyjadrením uznania povolania sestry – už nik nečaká len asistenciu lekárovi, od sestry sa čaká

podstatne viac. Psychológom sa nemôže stať každý – je však na sestrách, ako aktuálnu výzvu prijmu a ako sa postavia k vlastnej duševnej výbave – či ju rozvinú, alebo utlmia.

Pacient potrebuje sestru s bohatou psychologickou výbavou a pomoc plnú psychológie – to predsa vieme, ak sme čo len raz boli sami pacientmi.

Zoznam bibliografických odkazov:

ILIEVOVÁ, Ľ. a kol.: Humanistická psychológia v práci sestry. In: *Sestra a lekár v praxi*, 2009. roč. VIII. Číslo 7 – 8. ISSN 1335-9444. s. 50

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E.: *Psychologie a komunikace*. Praha: GRADA Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2831-5. s. 135

VEREŠOVÁ, M. A kol.: *Psychológia*. Martin: OSVETA, 2007. ISBN 80-8063-239-1, s. 191

TVRDÁ, G.: Psychoterapeutické prístupy k onkologickému pacientovi. In: *Sestra a lekár v praxi*, 2006. roč. V. Číslo 7 – 8. ISSN 1335-9444. s. 50

ZACHAROVÁ, E. a kol.: *Zdravotnícká psychologie*. Praha: GRADA Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-2068-5. s. 229

Kontaktné údaje autoriek:

Mgr. Tatiana Harhovská

Adresa: Partizánska 72/68 059 18 Spišské Bystré

Mobil: 0907 527 018

e-mail: tatiana.harhovska@azet.sk

Mgr. Jaroslava Lunterová

Adresa: Daxnerova 1187/ 9 050 01 Revúca

Mobil: 0907 870 616

e-mail: jaroslava.l@centrum.sk

ROZŠÍRENÁ KARDIPULMONÁLNA RESUSCITÁCIA – ALS DOSPELÝ, SMERNICE ERC 2005

Mgr. Jaroslav Straka

RC&T

Detva

Súhrn: Prednáška „Rozšírená KPR-ALS dospelý“, prezentuje platné resuscitačné postupy podľa smernice ERC 2005 s orientáciou pre akútne stavy v ambulantných zdravotníckych zariadeniach a prácu sestry pri vykonávaní KPR.

Kľúčové slová: Prvá pomoc. KPR. Intenzívna starostlivosť. Resuscitácia. Liečba.

Reťaz prežitia

- okamžité rozpoznanie a privolanie pomoci (vo väčšine krajín ubehne viac ako 8 min do
- príchodu špecializovanej pomoci),
- základná KPR svedkom príhody, môže 2-3 násobne zvýšiť šancu na prežitie,
- včasná defibrilácia. Pri KPR a defibrilácii do 3-5 min má postihnutý pravdepodobnosť
- prežitia 50-75 %, každá minúta oneskorenia znižuje pravdepodobnosť prepustenia z
- nemocnice o 10-15 %,
- včasná intenzívna starostlivosť, jej kvalita ovplyvňuje prežívanie.

Základná KPR:

- zistiť reakciu postihnutého na podnety (oslovenie, zatrasenie), ak je v bezvedomí dať
- hlavu do záklonu a zistiť prítomnosť dýchania,
- ak dýcha normálne (nie len lapavé agonálne dychy) otočiť do stabilizovanej polohy,
- ak nedýcha normálne, zakričať o pomoc, alebo telefonovať na tiesňové číslo,
- čím skôr začať kompresie hrudníka v jeho strede, do hĺbky 4-5 cm u dospelého,
- frekvenciou 100.min-1, po 30 stlačeniach dať hlavu postihnutého do záklonu a dvakrát
- vdýchnuť tak, aby bolo vidieť nadvihnutie hrudníka,
- kompresie hrudníka a dýchanie striedať pomerom 30:2 až pokiaľ nezačne dýchať,

- pokračovať v resuscitácii až do príchodu kvalifikovanej pomoci, alebo začiatku
- normálneho dýchania postihnutého, alebo do vyčerpania záchrancu.

Základné odlišnosti oproti r. 2000

- čo najjednoduchšie na zapamätanie a nácvik a 2. čo najúčinnšie na obnovenie spontánnej akcie srdca.
- v rámci základnej KPR okrem zisťovania prítomnosti vedomia a dýchania nezisťovať nič iné. Lapavé dychy nie sú považované za dýchanie, pretože skoro polovica postihnutých má lapavé dychy niekoľko minút po zastavení krvného obehu.
- uvoľnenie dýchacích ciest sa robí dvojhmatom záklonom hlavy a predsunom brady. Trojhmata je príliš zložitý na nácvik a zapamätanie pre laikov (často aj pre zdravotníkov).
- poloha rúk pri masáži srdca je v strede hrudníka, teda v strede hrudnej kosti. Presné vymeriavanie nie je rozhodujúce.
- reuscitácia začína kompresiami hrudníka, nie vdychmi. Vdychy trvajú 1 s a dýchanie z úst do úst má byť tak hlboké, aby bolo vidieť nadvihnutie hrudníka postihnutého pri vdychu. Ak nie je vdych možný, skontrolovať ústa, odstrániť cudzie telesá a prípadne zvýrazniť záklon hlavy. Pri neochote dýchať je možné robiť len stláčanie hrudníka (lepšie ako nič). Predpokladá sa, že zdravotníci majú bariérové pomôcky.
- striedanie kompresí a dýchania je vždy 30:2, nerobia sa žiadne prestávky na zisťovanie obnovenia obehu.

Rozšírená KPR

- bol preukázaný jednoznačný prínos pri včasnom, okamžitom začatí a nepretržitom vykonávaní KPR prvým svedkom vzniku zastavenia krvného obehu a prínos včasnej defibrilácie automatickým, poloautomatickým alebo ručne ovládaným defibrilátorom.
- nebol, naopak, preukázaný jednoznačný prínos zaistenia dýchacích ciest intubáciou a podávanie liekov (lepšie prežívanie na mieste vzniku príhody, ale bez vplyvu na zvýšenie podielu prepustených z nemocnice po KPR).
- po zistení bezvedomia a apnoe analyzovať rytmus čím skôr a privolať pomoc, zatiaľ robiť kompresie hrudníka

- ak sú zdravotníci svedkami zastavenia obehu a na monitore je defibrilovateľný rytmus (komorová fibrilácia KF alebo bezpulzová komorová tachykardia BKT), defibrilácia má prednosť,
- ak nie, defibrilácii predchádzajú 2 minúty kompresí hrudníka a dýchanie s čo najvyššou frakciou kyslíka,
- aplikovať 3. výboj v rovnakej sile ako 2. výboj (150-360 J bi, alebo 360 J mono),
- striedať 2 min KPR, adrenalín, výboj,
- ak po 3. výboji pretrváva KF/KT, podať amiodaron 300 mg i.v. počas kontroly rytmu
- tesne pred 4. výbojom,
- ak sa na monitore objaví koordinovaný rytmus, kontrolujte pulz,
- kompresie hrudníka v priebehu 2 min cyklu KPR ukončiť len v prípade objavenia sa spontánneho dýchania.
- najlepší je periférny venózný prístup, ak nie je možný, alternatívou je vaskulárny prístup intraoseálny a až potom tracheálne podanie,
- pri i.v. prístupe každý liek prepláchnuť 20 ml tekutín a zdvihnúť končatinu na 10-20 s,
- nedefibrilovateľné rytmy – bezpulzová elektrická aktivita (BEA) a asystolia sú liečiteľné až po identifikovaní reverzibilných príčin 4H a 4T: hypoxia, hypovolémia, hypo-, hyperkaliémia, hypotermia, tenzný pneumothorax, tamponáda perikardu, toxické poruchy, trombóza koronárna a pulmonálna,
- pri neistote či je jemná KF alebo asystolia nedefibrilovať, podať adrenalín, čakať na evidentnú KF.

Lieky ALS

Adrenalín

Indikácie: Liek prvej voľby v KPR pri akejkoľvek etiológii, podávať každých 3-5 minút (každá 2. slučka postupu),

- adrenalín je preferovaný pri liečbe anafylaxie
- adrenalín je druhým liekom pri liečbe kardiogénneho šoku

Dávkovanie: pri intravaskulárnom (i.v. alebo intraoseálny – i.o.) prístupe 1 mg. Ak nie je možnosť rýchleho i.v. prístupu tak 2-3 mg do tracheálnej kanyly v zriedení do 10 ml sterilnej vody. V poresuscitačnej fáze pri hypotenzii podať titrovane 50-100 mcg

Zborník

adrenalinu.

AmiodaronIndikácie:

- refraktérna KF/KT
- hemodynamicky stabilná KT a iné rezistentné tachyarytmie.

Dávkovanie: úvodná i.v. dávka je 300 mg rozriedená v 20 ml 5 % glukózy ak KF/KT pretrváva aj po treťom defibrilačnom výboji. Môže v malých periférnych cievach spôsobovať tromboflebitídu a preto po podaní prepláchneme množstvom roztoku.

Trimekaín - lidokaín

Indikácie: refraktérna KF/KT pri nedostupnosti amiodaronu.

Dávkovanie: úvodná dávka je 100 mg (1-1,5 mg/kg) ak pretrváva KF/KT aj po treťom defibrilačnom výboji. Doplnková dávka je 50 mg, celková dávka nemá prekročiť 3 mg/kg počas prvej hodiny.

Magnézium sulfátIndikácie:

- refraktérna KF pri možnej hypomagnéziémii
- komorové tachyarytmie pri možnej hypomagnéziémii
- torsades de pointes
- toxicita digitalisu

Dávkovanie: úvodná dávka 2 g do periférnej žily počas 1-2 minút, môže sa opakovať za 10-15 minút.

AtropínIndikácie:

- asystolia
- bezpulzová elektrická aktivita s frekvenciou < 60 / min
- sinusová, predsieňová alebo nodálna bradykardia s hemodynamickou instabilitou pacienta

Dávkovanie: dávka pre dospelého je v uvedených indikáciách 3 mg i.v. ako bolus. Nebol popísaný evidentný prínos, ale asystolia je tak ťažká prognóza, že akákoľvek liečba ktorá nemá negatívny dosah je indikovaná.

Tekutiny i.v.

Hypovolémia je potenciálne reverzibilná príčina zastavenia obehu. Pri podozrení na hypovolémiu treba podať roztoky rýchle. Nie je dôvod na podávanie koloidov, používané sú fyziologický a Hartmanov roztok.

Nepodávať roztoky glukózy, lebo hyperglykémia zhoršuje neurologický deficit. Rutinné používanie roztokov počas KPR nie je odôvodnené okrem preplachovania po podaní liekov do periférnej žily.

Postresuscitačná starostlivosť

- Transport na JIS, OAIM – s kontinuálnym monitorovaním
- Zvážiť intubáciu, sedáciu, UPV, žal sondu
- RTG hrudníka, kontroly kálie, hodinová diuréza
- Inotropná podpora, liečba kŕčov
- Liečba hyperpyrexie /chladenie, antipyretiká/
- Terapeutická hypotermia 32-34 st. C počas 12- 24 hod. / chladný FR i.v., vonk.
- chladenie/
- Liečba hyperglykémie – u kriticky chorých zhoršuje konečný neurol. stav.

Základné rozdiely oproti r. 2000

- pokiaľ zdravotníci nie sú svedkom zastavenia srdca, pri zistenej komorovej fibrilácii najprv 2 min kompresíí hrudníka a umelé dýchanie.
- ak vznikne KF v prítomnosti zdravotníka, okamžitá defibrilácia, zníženie počtu výbojov z troch na jeden počas jednej sekvencie,
- po defibrilácii sa ihneď pokračuje v kompresiách hrudníka, pulz sa palpuje až pred aplikáciou výboja,
- pri pochybnostiach jemná KF alebo asystolia nedefibrilovať,
- adrenalín až po druhej defibrilácii, amiodaron až po tretej defibrilácii,
- na riedenie do tracheálnej kanyly použiť vodu namiesto F 1/1, podanie do tracheálnej kanyly sa dostalo až na 3. miesto po i.v. a i.o. prístupe aj u dospelých,
- pri podozrení na trombózu koronárnych a pulmonálnych artérií sa odporúča trombolytická liečba aj počas KPR s predĺžením na 60-90 minút,
- v poresuscitačnej starostlivosti po obnovení spontánneho obehu je odporúčaná hypotermia na 34-32 °C počas 12-24 hodín.

ZÁVER

Prezentáciou platných resuscitačných postupov som chcel poukázať na možnosti vykonania čonajefektívnejšej KPR dospelaj osoby v ambulantných zariadeniach s určením pre sestry a lekárov v nich pracujúcich.

Verím, že v prípade poskytnutia KPR dospelaj osobe využijete tieto platné postupy, ktorými nás zaväzuje aj smernica ERC 2005. Potom ak sa vám podarí oživiť, čo len jedného pacienta budete naplnený spokojnosťou zo záchrany jeho života, lebo mňa to naplnilo už niekoľko krát a rád doprajem tento pocit, každému kolegovi!

ERC - European resuscitation council

Publikované 28. 11. 2005. v Oxforde

Základná zásada: Keep it simple and stupid

Kontaktné údaje autora:

Mgr. Jaroslav Straka

Adresa: RC&T Detva

Mobil: +42907247192

e-mail: Jaroslav Straka <info@rescuedetva.sk>

NEVERBÁLNA KOMUNIKÁCIA V ÚSTAVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Mgr. Mária Dobšinská

Chirurgické oddelenie a ambulancia

Revúca

Bc. Anna Laššanová

Ambulancia PLPD

Lubeník

Súhrn: Cieľom prezentácie bol monitoring názorov pacientov na kvalitu neverbálnej komunikácie sestry, analýza a identifikácia kritických bodov v neverbálnej komunikácii sestry a zistenie, ktoré prejavy – faktory neverbálnej komunikácie sestry sú zdrojom nespokojnosti pacientov. Skúmaný súbor pozostával zo 130 respondentov, z toho 77 žien a 53 mužov z chirurgického, interného, gynekologického oddelenia a oddelenia dlhodobu chorých Revúckej medicínsko-humanitnej neziskovej organizácii nemocnici s poliklinikou v Revúcej. Z prieskumu vyplynulo zistenie, že 76 R (58,5%) si ako prvý prejav neverbálnej komunikácie všima úsmev sestry. 48 R (36,9%) na druhé miesto zaradilo celkovú mimiku tváre a tretím aktuálne vnímaným prejavom komunikácie je pohľad a výraz očí 44 R (33,8%). Respondentom na sestre najviac prekážali grimasy 44,6%, na druhom mieste prevracanie očami 26,9% a na treťom mieste im prekážal výrazný make-up, a to u 17,7%. Ďalej bolo zistené, že respondenti až v 71% súhlasili s výrokom: „Úsmev je viac ako tisíc slov“. Teda veľkú dôležitosť kladú na neverbálnu komunikáciu sestry nielen na verbálnu komunikáciu. V oblasti neverbálnej komunikácie sa máme stále čo učiť a svoje vedomosti neustále rozširovať, nakoľko máme v nej veľké rezervy. Sme toho názoru, že neverbálnej komunikácii v ošetrovateľskej starostlivosti sa venuje malá pozornosť.

Kľúčové slová: Komunikácia. Neverbálna komunikácia. Komunikačné bariéry. Kritériá komunikácie. Sestra. Pacient.

Úvod

Mnohokrát môžeme pacientovi pomôcť už aj tým, že ho pozorne vypočujeme.

Sústredíme pozornosť na to, čo nám zveruje pacient, ovládame vlastné prejavy a vyvarujeme sa nemiestnych poznámok, rovnako ako vnucovania vlastných názorov.

Realita je však iná. Niektoré sestry vynášajú závery nad pacientom o jeho zdravotnom stave. Niekedy zvyšujeme hlas v domnienke, že nás bude pacient lepšie počuť, či rozumieť.

Správnym prístupom, znalosťou a využívaním metód komunikácie máme možnosť získať dôveru pacienta, čo je pri styku s pacientom to najdôležitejšie. Pacienti vnímajú o to viac citlivý prístup, teplé ľudské slovo, o čo viac pomoc potrebujú. Ich správanie je poznamenané vlastným utrpením, bolesťou, strachom a úzkosťou.

Správna interpretácia komunikácie

Vedieť správne komunikovať, byť zručná v komunikácii je do istej miery danosť sestry. Pre sestru je nevyhnutné vedieť zručne komunikovať. Podľa Šebekovej je pre zručnú komunikáciu dôležité:

- vedieť počúvať,
- vedieť správnym spôsobom kladť otázky,
- vedieť odpovedať na otázky (Šebeková, 2001, s. 7).

Stašeková vo svojej práci tvrdí, že najdôležitejším faktorom v medziľudských vzťahoch, a tým aj v komunikácii, je individuálny temperament (Stašeková, 2005, s. 16).

Z tradičných psychologických typológií si môžeme pripomenúť Hippokratovo členenie. Rozoznáva štyri základné typy charakterov: sangvinik, flegmatik, melancholik a choleric. Jung rozlišoval dva typy človeka: extrovertný a introvertný typ. Extroverta charakterizuje jeho myslenie a konanie s orientáciou na úspech, cieľavedomosť a bezprostrednosť v nadväzovaní medziľudských vzťahoch. Introvert uprednostňuje samotu, ticho a ustálenosť (Wirth, 2002, s. 114).

Stotožňujeme sa s názorom, že súčasná moderná veda s holistickým prístupom k pacientovi kladie väčší dôraz na efektívnu profesionálnu komunikáciu (Siváková, 1999, s. 13).

Rušivé komunikačné aspekty

Stotožňujeme sa s názorom, že komunikácia v ošetrovateľskej starostlivosti bude ľahšie prebiehať v prostredí bez rušivých prvkov. Tie niekedy nemožno celkom eliminovať, ale je dôležité odstrániť ich aspoň do určitej miery (Kristová, 2004, s. 16).

V ošetrovateľstve sa stretávame so šumami:

- fyzické: hluk dopravných prostriedkov, slnečné okuliare, rušná prevádzka prostredia,
- fyziologické: poruchy zraku, sluchu, výslovnosti, pamäti,
- psychologické: uzavretosť, klamné nádeje, intenzívne emócie – hnev, nenávisť, láska, smútok, žiarlivosť,
- sémantické: žargón, zložité termíny, cudzie slová, rozdielny dorozumievací jazyk (Kristová, 2004, s. 16).

Členenie komunikácia v OSE

V ošetrovateľstve sa využívajú tieto druhy komunikácie: neverbálna, verbálna a paralingvistická.

Neverbálna komunikácia. 55% neverbálnej komunikácie sa uskutočňuje prostredníctvom mimoslovných prostriedkov. Rečový prejav si človek môže uvedomovať a rozvíjať, neverbálne signály si neuvedomuje a ani ich nekontroluje. Vyvoláva okamžitú reakciu, umožňuje odovzdávať dôležité informácie. Môže prebiehať bez toho, aby sa komunikujúci navzájom slovnou rušili. Kristová hovorí, že nemusia čakať na príležitosť, keď si vymenia roly – rolu hovoriaceho a rolu poslucháča. Má význam pre obidve zúčastnené strany (Kristová, 2004, s. 17). Neverbálnej komunikácii sa podrobnejšie venujeme v druhej kapitole.

Verbálna komunikácia. 7% verbálnej komunikácie zahŕňa prenos slovných informácií smerujúcich od odosielateľa k príjemcovi. Verbálnu komunikáciu si človek môže, ale ani nemusí uvedomovať.

Zaujal nás Pavlov výrok o slove: „Slovo lieči, slovo raní“ (Skaličanová, 2003, s. 34).

Paralingvistická komunikácia 38% predstavuje akustiku hovoreného slova. Dopĺňa zmysel a význam rečového prejavu, môže meniť význam slova. Jednotlivé komponenty akustického prejavu reči sú jedinečnými indikátormi určenia momentálnej nálady a psychického stavu. Možno nimi dešifrovať smútok, radosť, nerozhodnosť, únavu, prekvapenie, sklúčenosť, ale aj strach či obavy.

Medzi najdôležitejšie paralingvistické prejavy v ošetrovateľstve patrí: sila hlasu, intonácia, výšková poloha hlasu, rýchlosť slovného prejavu, pomlčky, zrozumiteľnosť reči a štylistika (Kristová, 2004, s. 18).

Popri neverbálnej, verbálnej a paralingvistickej komunikácii vystupuje do popredia aj **komunikácia činmi**. Ide o konkrétny prejav správania a konania (priateľstvo – nepriateľstvo,

sympatia – nesympatia, akceptovanie – pohrdanie). Kristová hovorí, že pri nej nie je potrebné rozprávať. Slová by boli zbytočné. Čin jasne naznačuje zmysel správania (Kristová, 2004, s. 18).

V ošetrovateľskej praxi sestra uplatňuje najčastejšie tieto spôsoby komunikácie: sociálnu, štruktúrovanú a terapeutickú.

Sociálnu komunikáciu sestra vopred neplánuje. Odohráva sa pri neformálnych stretnutiach a prebieha viac-menej spontánne. Na jednej strane odráža záujem sestry o pacienta a jeho stav. Na druhej strane je vyjadrením dôvery pacienta k sestre. Uspokojuje obidve zúčastnené strany.

Štruktúrovaná komunikácia má určitý, vopred stanovený cieľ, obsah rozhovoru. Sestra musí venovať zvýšenú pozornosť jej príprave a priebehu rozhovoru. Morovicsová uvádza, že môže ísť napríklad o poučenie pacienta, o aplikáciu lieku, o prípravu na vyšetrenie alebo o poskytnutie informácií o pooperačnej starostlivosti.

Terapeutická (liečebná) komunikácia je charakterizovaná atmosférou porozumenia, rovnakého naladenia, dôvery a spolupráce. Morovicsová hovorí, že je veľmi dôležitá z hľadiska prežívania chorého. Vyjadruje podporu, pomoc a naznačuje možnosti riešenia konkrétneho problému. Je základným predpokladom správneho psychologického prístupu k chorému (Morovicsová a kol., 2004, s. 91, 92).

Neverbálna komunikácia v OSE

Sidorová, Jakubíková tvrdia, že sestra by mala ovládať neverbálnu komunikáciu, pretože nevhodnou interpretáciou neverbálneho správania alebo jeho nesprávnym pochopením môže spôsobiť psychickú iatrogéniu (poškodenie). Tieto chyby sa robia veľmi často, hoci neohrozujú život chorého, sťažujú, predlžujú a komplikujú proces liečby (Sidorová, Jakubíková, 2003, s. 28).

V ošetrovateľstve majú **neverbálne prostriedky** obrovský **význam** pri vyjadrovaní postojov, nálad a aktuálneho prežívania. Rovnakou mierou aj pri vytváraní a regulácii vzájomného vzťahu. Ide o náklonnosť alebo odmietanie. Ďalej pri vytváraní prvého dojmu v úvode interakcie a komunikačného procesu. Dôležitý význam majú pri oznamovaní emócií, naznačení, ako sa sestre, či pacientovi darí emócie ovládať. Nemalou mierou pri ovplyvňovaní názorov, postojov, myslenia, spôsobov správania a konania. Spomenieme aj

význam pri posudzovaní charakteru a vlastností. Majú význam pri podporovaní nielen neverbálnej, ale i verbálnej komunikácie (Kristová, 2004, s. 21, 22).

Záver

Literárne pramene obsahujú len prieskumy o kvalite verbálnej komunikácie, a preto naše výsledky nie je možné porovnať s inými výsledkami. Súhrnne vyplýva, že pacienti sú najspokojnejší s čistotou pracovného odevu (100% R) a dotykom rukami sestry (54,6% R). Z nášho prieskumu vyplýva, že najnespokojnejší sú s účesom, make-upom a doplnkami – šperkmi sestry.

V skutočnosti sa venuje viac pozornosti verbálnej komunikácii, ale mali by sme sa zamerať aj na neverbálnu komunikáciu sestry.

Z výsledkov nášho prieskumu vyplýva, že úsmev je viac ako tisíc slov. Prevažná väčšina (98% R) kladie dôraz viac na neverbálny prejav sestry ako na verbálny prejav.

Odporúčania pre prax

V oblasti personálneho manažmentu

- zabezpečiť optimálny počet sestier na jednotlivých úsekoch pracoviska,
- podporiť motiváciu a iniciatívu sestier, ich tvorivosť a seberealizáciu,
- vyššie finančné a morálne ohodnotenie sestier,
- zabezpečiť kontinuálne vzdelávanie sestier.

V oblasti komunikácie medzi členmi

- častejšie pracovné konštruktívne porady s celým ošetrovateľským tímom,
- vyhraď vhodné oddychové pracovné prestávky s miestom oddychu,
- monitorovať a edukovať sestry o neverbálnej komunikácii,
- priblížiť sestrám problém neverbálnej komunikácie, realizovať prieskumy
- zlepšiť vzťahy a neverbálnu komunikáciu vo vzťahu sestra – pacient.

V oblasti sestra ako osoba

- starať sa o seba samú, ak sa chcem starať o iných,
- efektívne využiť čas,
- byť asertívny voči iným, pozor – nie agresívny (-a),
- relaxovať, počúvať potreby iných, nechať sa vypočuť,

- dbať na zdravý spôsob života,
- prejať svoje emócie vhodným spôsobom, vo vhodnej chvíli, pred tými správnymi ľuďmi, ktorým veríme,
- rozvíjať a podporovať dobré medziľudské vzťahy,
- mať zmysel pre humor.

Zoznam bibliografických odkazov

DOBŠINSKÁ, M., KILÍKOVÁ, M. *Funkcia neverbálnej komunikácie v ošetrovateľskej starostlivosti*. Diplomová práca. 2009, Prešov.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo* 1, 2. Martin: Osveta. 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

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

KRISTOVÁ, J. 2005. Komunikácia s pacientom so sluchovým postihnutím. *In Sestra*. ISSN 1335-9444, 2005, roč. IV., č. 11, s. 21.

MOROVICSOVÁ, E a kolektív. 2004. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. 1. vydanie Bratislava: Univerzita Komenského, 2004, 140 s. ISBN 80-223-1940-6.

SIDOROVÁ, E., JAKUBÍKOVÁ, M. 2003. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Prešov: Fakulta zdravotníctva, 2003. 78 s. ISBN 80-8068-196-1

SIVÁKOVÁ, E. 1999. Význam komunikácie v ošetrovateľskej starostlivosti. *In Slovenský zdravotník*. ISSN 1335-4388, 1999, roč. 9, č. 4, s. 13.

SKALIČANOVÁ, E. 2003. Proces profesionálneho vývoja sestry. *In Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metódik*. ISSN 1335-5090, 2003, roč. 9, č. 1-2, s. 34.

STAŠEKOVÁ, M. 2005. Umenie počúvať. *In Sestra*. ISSN 1335-9444, 2005, roč. IV., č. 9, s. 16.

ŠEBEKOVÁ, V. 2001. Sestra v komunikácii s príbuznými pacienta. *In Revue profesionálnej sestry*. ISSN 1335-1753, 2001, roč. 8, č. 6, s. 9.

WIRTH, B. P. 2002. *O poznaní človeka, charakterológii a reči tela*. Bratislava: Ikar, 2002, 287 s. ISBN 80-551-0416-6.

Kontaktné údaje autoriek:

Mgr. Mária Dobšinská

Adresa: Revúcka Lehota 18 049 18 Revúcka Lehota

Mobil: 0915 846 183

Bc. Anna Laššanová

Adresa: Mokrú Lúka 220 050 01 Revúca

Mobil: 0902 511 579

URINFEKT TEST – DIAGNOSTICKÁ ALTERNATÍVA PRE PACIENTOV

PharmDr. Dagmar Mikušová

MONSEA, s.r.o.

Malinovo

Súhrn: Zápalové ochorenia močových ciest sú najčastejšie spôsobené infekciou, alebo autoimunitnou reakciou organizmu. Ku klinickým prejavom patrí široké spektrum príznakov, na základe dôslednej diagnostiky je možné zistiť tak etiologické činitele, ako stanoviť zásadné opatrenia smerujúce k dosiahnutiu komfortu a vyliečeniu. Urinfekt test je jednou z diagnostických alternatív a produktov, ktoré by si časom mohli nájsť miesto v každej domácej lekárničke. Vzhľadom na rýchly spôsob života totiž mnoho pacientov úmyselne zanedbá svoje ochorenie a prioritizuje aspekty ako práca, biznis, kariéra, či iné záujmy. Zanedbaním zápalového ochorenia močových ciest však začína chronický patologický proces, ktoré môže do veľkej miery ovplyvniť efektívne fungovanie močových ciest a obličiek, ako aj celého organizmu človeka.

Kľúčové slová: Zápal. Močové cesty. Test. Diagnostika. Bakteriúria.

Úvod

Termín infekcia močových ciest je používaný pre viaceré klinické stavy od asymptomatickej bakteriúrie až po závažnú infekciu obličiek prípadne urosepsu.

IMC patria spolu s respiračnými infekciami k najčastejším zápalovým ochoreniam, ktoré sa vyskytujú v priebehu celého života u oboch pohlaví. Sú častým problémom v pediatrických ambulanciách a na detských lôžkových oddeleniach. IMC postihujú všetky vekové skupiny, najviac však novorodencov, ženy v reprodukčnom veku a ľudí starších ako 65 rokov.

Najčastejšie býva infekcia jednorázovou záležitosťou, u časti chorých sa opakuje v súvislosti s menštruáciou, pohlavným stykom, po prechladnutí, ale i bez zjavnej príčiny (vzostupnou cestou vlastná mikroflóra pacienta)

Čo zahrňuje pojem INC?

- bakteriálnu infekciu močových ciest

- asymptomatickú bakteriúriu, ktorá potenciálne môže vyvolať zápal u rizikových skupín (klinicky významná je bakteriúria > 105 baktérií /ml moču)

Skríningová koncepcia I

Veľmi často sa v populácii stretávame s tzv. asymptomatickou (bezpríznakovou) bakteriúriou, čiže prítomnosťou baktérií v moči bez zjavných zdravotných komplikácií. Aj v takomto prípade sa jedná o IMC, aj keď pacient nepociťuje ťažkosti. U väčšiny pacientov dôjde k samovoľnému vymiznutiu infekcie, ale u 30% pacientov sa v priebehu 1 roka prejaví infekcia s celkovými príznakmi (Mašata, Jedličková, 2004, s. 169).

Skríningová koncepcia II

- 70% testovaných vzoriek moču je negatívnych
- skríning umožňuje okamžité determinovanie negatívnych vzoriek
- je dôležitá najmä u rizikových skupín
- šetrí čas
- redukuje celkové náklady na liečbu
- predchádza nadbytočnej preskripcii liekov, vtedy keď nie je nutná

Asymptomatická bakteriúria - rizikové skupiny pacientov

- Tehotné ženy
- Diabetici, najmä diabetičky
- Deti
- Starší pacienti
- Imunokompromitovaní pacienti
- Pacientky po invazívnom urologickom alebo urogynecologickom zákroku

Klinické prejavy IMC

Pyelonefritídu charakterizujú celkové príznaky: horúčka, triaška, zimnica, lumbálna citlivosť alebo bolesťivosť. Viacerí autori sa zhodujú, že horúčka vyššia ako 38°C je najspoľahlivejším kritériom pre infekčné postihnutie obličiek a horných močových ciest.

Pri infekciách dolných močových ciest (cystitída, akútne uretrálny syndróm) sa typicky objavujú dyzurické ťažkosti (štípanie, pálenie pri močení), nutkavé častejšie močenie, suprapubická bolesť, tlak alebo pocit plnosti. Nevyskytuje sa horúčka.

Skríning IMC + rozbor moču

Urinfekt test efektívne dopĺňa rozbor moču, umožňuje získať presnejšie výsledky, spoľahlivo indikuje prítomnosť zvýšeného množstva baktérií v moči a /alebo prítomnosť somatických buniek v moči. Včasná diagnostika minimalizuje nákladnú liečbu komplikácií IMC. Pre identifikáciu pôvodcu ochorenia je nutné kultivačné vyšetrenie.

Súčasná diagnostika IMC:

- Biochemické vyšetrenia

chemicky + sediment (analýza musí prebehnúť do hodiny od odberu!)

bielkoviny, leukocytárna esteráza, nitrátov v moči

hodnotenie pH a krvi v moči – menej citlivé

- Mikroskopické vyšetrenie

farbené preparáty (napr. podľa Grama), zaťažené ľudskou chybou

- Kultivácia

Je základom diagnostiky infekcie močových ciest, trvá približne 24 hodín, zisťuje sa prítomnosť a kvantita baktérií v moči (bakteriúria). V niektorých prípadoch prítomnosť baktérií v moči nezistíme, alebo je ich koncentrácia v moči nízka.

URINFEKT TEST A JEHO BENEFITY

- Jedinečná patentovaná technológia
- Presný, jednoduchý
- Deteguje bakteriúriu i prítomnosť somatických buniek v moči
- Okamžitá vizuálna interpretácia výsledkov
- Široký potenciál na trhu
- Zaručuje efektívnosť vynaložených nákladov

OTC balenie obsahuje 2 testy:

Môžete teda otestovať svojho sexuálneho partnera, ktorý môže byť bezpríznakovým nositeľom infekcie. Po preliečení infekcie antibiotikami sa môžete opätovne otestovať a presvedčiť sa, či antibiotická liečba bola úspešná. Ak na infekcie trpíte opakovane, aj v budúcnosti sa môžete včas otestovať už pri pociťovaní prvotných príznakov.

INDIKÁTORY IMC	BUNKY PRÍTOMNÉ V MOČI
bakteriúria	baktérie
pyúria	leukocyty
hematúria	erytrocyty

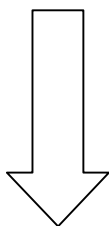
Princíp testu:

URINFEKT TEST deteguje aktivitu katalázy. Odhalenie tohto enzýmu znamená, že sa v moči nachádzajú biele krvinky a/alebo baktérie, ktoré signalizujú IMC.

Výhody URINFEKTESTU

Najväčším problémom pri rozboře moču, je jeho prípadná kontaminácia, preto je nutné ho čo najskôr po odbere analyzovať. URINFEKT TEST umožňuje interpretáciu výsledku do 5 minút. Analýza vzoriek moču u asymptomatických pacientov by mala potvrdzovať ako bakteriúriu, tak i pyúriu. URINFEKT TEST deteguje významnú bakteriúriu a/alebo prítomnosť somatických buniek vo vzorke.

Postup





Vzorka moču sa v skúmavke zmieša s reagenčným práškom, ktorý umožní detekciu katalázy

K obsahu skúmavky sa pridajú 4 kvapky roztoku peroxidu vodíka a obsah skúmavky sa zamieša.

Vytvorenie bielej peny indikuje katalázovú aktivitu vo vzorke moči



URINFEKT TEST

domáci test na odhalenie infekcie močových ciest

Interpretácia výsledkov



Pozitívny výsledok – Pena

Na hladine fialovej tekutiny sa objaví biela pena. Akékoľvek množstvo peny značí, že sa vo vašom moči nachádzajú baktérie a/alebo biele krvinky, potvrdzuje zápal.



Negatívny výsledok – Bez peny

Na hladine fialovej tekutiny sa neobjaví žiadna pena. Vo vašom moči sa nenachádzajú baktérie a/ani biele krvinky. Negatívny výsledok testu nevylučuje infekciu iného pôvodu.

Klinické štúdie:

V komparatívnej štúdií bolo náhodne asymptomatickým jedincom odobratých 2369 vzoriek moču počas doby 6 mesiacov. Počty baktérií boli determinované kultiváciou na McConkeyho a krvnom agare. Počty somatických buniek sa stanovili mikroskopicky pri vysokom rozlíšení. Na základe výsledkov sa stanovila citlivosť, špecifickosť a presnosť testu pri dvoch hraničných počtoch baktérií:

1. Hraničná hodnota bakteriúrie >10,000:

Citlivosť = 90%

Špecifickosť = 87%

Presnosť = 88%

2. Hraničná hodnota bakteriúrie >50,000:

Citlivosť = 94%

Špecifickosť = 86%

Presnosť = 89%

V komparatívnej štúdií bolo náhodne asymptomatickým jedincom odobratých 976 vzoriek moču. Počty baktérií boli determinované počítaním kolónií kultivovaných na McConkeyho a Cledovom agare na dipstic testoch. Počty somatických buniek sa stanovili mikroskopicky pri vysokom rozlíšení. Na základe výsledkov sa stanovila citlivosť, špecifickosť a presnosť testu pri dvoch hraničných počtoch baktérií:

Citlivosť = 94%

Špecifickosť = 83%

Presnosť = 88%

Celkovo 139 symptomatických pacientov a pacientov s podozrením na IMC bolo testovaných prostredníctvom Urinfekt testu . Pacienti sa otestovali svojpomocne. Štúdia sa realizovala v USA.

Citlivosť = 95,35%

Špecifickosť = 72,92%

Presnosť = 79,86%

Pacienti považovali realizáciu testu za jednoduchú.

Zoznam bibliografických odkazov:

MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A. a kol.: Asymptomatická bakteriúria. *In: Infekce v gynekologii a porodnictví základy jejich léčby.* Maxdorf, 2004, str. 169

Kontaktné údaje autorky:

PharmDr. Dagmar Mikušová

Adresa: Bratislavská 41 900 45 Malinovo

Telefón: +421240 200 714

e-mail: *mikusova@monsea.sk*

KANDIDA TEST – DIAGNOSTICKÁ ALTERNATÍVA PRE PACIENTKY

PharmDr. Dagmar Mikušová

MONSEA, s.r.o.

Malinovo

Súhrn: Zápalové ochorenia sú jednou z najčastejších príčin príchodu žien do ordinácie gynekológa. Narastajúci výskyt zápalových ochorení so sebou prináša medicínske, ekonomické a sociálne problémy. Dochádza i k narušeniu partnerských vzťahov (nielen v sexuálnej oblasti), ale najzávažnejším dôsledkom sú poruchy plodnosti (sterilita, infertilita). Kandida test je jednou z diagnostických alternatív a produktov, ktoré by si časom mohli nájsť miesto v každej domácej lekárničke. Vzhľadom na rýchly spôsob života totiž mnoho žien a dievčat úmyselne zanedbá svoje ochorenie a prioritizuje aspekty ako škola, priatelia, práca, biznis, kariéra, či iné záujmy.

Druhou alternatívou nesprávneho prístupu je rýchly nákup voľnopredajných liečiv, pričom sama žena, akého pôvodu je jej ochorenia (ide o kvasinkové??). Ak nepoznáme príčinu, nemožno však liečiť dôsledok. Aj z tohto dôvodu je domáce testovanie mimoriadne efektívnym prínosom v starostlivosti o vlastné zdravie a prejavom aktívneho záujmu o seba samu.

Kľúčové slová: Zápal. Vaginitída. Kvasinkové infekcie. Test. Diagnostika. Kandidóza.

Úvod

Vaginitída je veľmi často sa vyskytujúca zdravotná komplikácia u žien. Tri najčastejšie príčiny vaginitídy (zápalu pošvy) sú:

- vulvovaginálna kandidóza (VVK)
- bakteriálna vaginóza (BV)
- trichomoniáza

Z faktov uvádzame:

U 75 % žien bola aspoň raz v živote diagnostikovaná VVK, u polovice z týchto žien sa vyskytla opakovane. VVK je v porovnaní s ostatnými príčinami vaginitídy oveľa častejšie

nesprávne diagnostikovaná. V posledných rokoch narastá predaj OTC antifungálnych liekov a prípravkov.

Symptómy a prvotné príznaky

Symptómy VVK

- svrbenie
- pálenie
- typický biely hrudkovitý, pri zmiešanej infekcii belavožltý výtok

Prvotné príznaky: vaginálny a vulválny erytém (začervenanie) a edém (opuch)

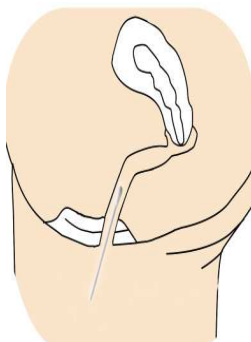
Súčasná diagnostika VVK

- diagnostika podľa prvotných príznakov a symptómov - **nespoľahlivá**
- meranie vaginálneho pH – **nie je definitívne**
- KOH-mikroskopia – **vyžaduje analýzu**
- kultivácia– **dlhý čas** na dosiahnutie spoľahlivých výsledkov, **málo používaná**

Rýchly a spoľahlivý test je dôležitým krokom v zlepšení diagnostiky u žien s VVK, umožňuje vyhnúť sa **nadužívaniu** antifungálnych liečiv a **šetrí náklady** na zdravotnú starostlivosť.

Realizácia testu

Odber vzorky



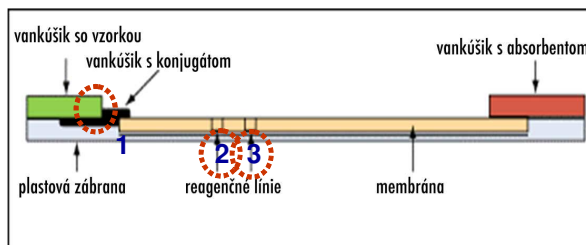
Krok 2: Zmiešanie vzorky s tlmivým roztokom



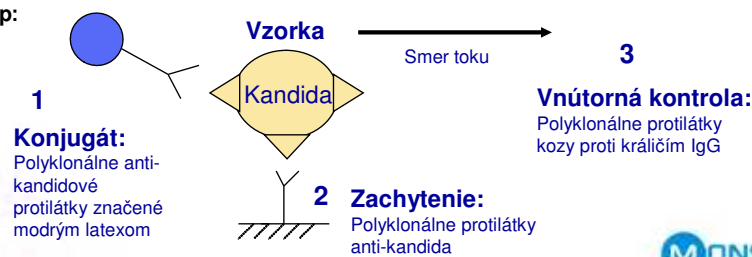
Princíp testu

Imunochromatigrafická metóda založená na bočnom prietoku

Plošina :



Princíp:



Charakteristika produktu:

- OTC test
- jedinečné zariadenie
- určený na jedno použitie
- optimálny pre používateľa
- výsledky do 10 minút
- presný – citlivý, špecifický
- lacný

Feedback:

Pre všetky ženy, ktoré test použili:

- test bol jednoduchý na realizáciu,

- inštrukcie boli zrozumiteľné,
- výsledky sa ľahko odčítali a boli zrozumiteľné.

Situácia na trhu:

- až **75%** žien prekoná aspoň raz v živote vag. kvasinkovú infekciu, **40-50%** žien ju prekoná 2x
- **5-8%** žien trpí na rekurentnú (vracajúcu sa) formu kandidózy
- **VVK** predstavuje **96-99,5%** všetkých vaginálnych kandidóz a spôsobujú ju prevažne kvasinky rodu *Kandida*
- v súčasnej dobe dominuje trend „obísť lekára a poisťovňu“ a stanoviť si diagnózu, resp. preliečiť sa voľne dostupnými prípravkami, čo so sebou prináša určité riziká (nesprávna diagnóza)
- **OTC:** krémy (topická aplikácia, dlho), vag. krém 3 tuby (od okt.09), vag. tableta á 1ks (od jún 09), perorálna tableta 150mg á 1ks (od jún 09, od jan. 2010 znova na Rp)

Zhrnutie:

- Jedinečný test, jediný na trhu
- Test predstavuje odlišný spôsob diagnózy vaginálnych infekcií
- Test pozdvihuje kvalitu sebadiagnostiky, tým, že je jednoducho realizovateľný a eliminuje neopodstatnené užívanie liekov
- Test má CE certifikát a predáva sa v európskych krajinách

Kontaktné údaje autorky:

PharmDr. Dagmar Mikušová

Adresa: Bratislavská 41 900 45 Malinovo

Telefón: +421240 200 714

e-mail: *mikusova@monsea.sk*

PREVENCIA VZNIKU INFEKČNÝCH OCHORENÍ U PACIENTOV S ONKOLOGICKÝM OCHORENÍM

Bc. Jana Dorčáková

Ambulancia PLPD

Revúca

MUDr. Anna Jolšvaiová

Ambulancia PLPD

Revúca

Súhrn: Onkologické ochorenia patria v súčasnosti medzi top ochorenia v rámci celosvetového výskytu. Napriek tomu možno konštatovať veľmi uspokojivú úroveň informovanosti onkologického pacienta o opatreniach, ktoré sa ho týkajú počas celého procesu terapie a ošetrovania (aj v zmysle sebaošetrovania). Pacienti sú informovaní nedostatočne, edukácia je jednoduchá a stručná, čas venovaný edukácii by sa dal rátať na minúty. V rámci holistického prístupu k pacientovi je však potrebné všetky jeho oblasti života a riešiť všetky problémy, ktoré sa ho akútne, či chronicky dotýkajú v súvislosti so špecifickou situáciou. Onkologická starostlivosť je široký pojem. Je nevyhnutné ho analyzovať, rozčleniť a vypracovať dôslednú edukáciu v rámci jednotlivých problematických faktorov, ktoré onkologického pacienta sprevádzajú.

Kľúčové slová: Infekčná choroba. Diéta. Chemoterapia. Hygiena. Infekcia.

Úvod

Nádor je patologický novotvar. Ide o patologické bujnenie tkaniva, ktoré súvisí s progresnými a regresnými premenami účinkom hormónov a neurohumorálnych faktorov. Vznik nádoru podmieňujú aj exogénne činitele, tiež však mutácie normálnych buniek, či zlyhávanie imunologických mechanizmov.

Infekčná choroba a infekčný proces

Infekčná choroba je ochorenie spôsobené rôznymi mikroorganizmami. Po ich vniknutí do organizmu a po určitom inkubačnom čase sa prejaví *vlastná choroba*. Infekčné choroby sa

vyznačujú schopnosťou prenosu z jedného človeka na druhého a schopnosťou veľkého územného rozšírenia.

Infekčný proces je proces *vzájomnej reakcie* medzi vnímavým makroorganizmom a pôvodcom infekcie /etiologickým agensom/. Výsledkom prvej interakcie mikróba a makroorganizmu je primoinfekcia. Po jej prekonaní a následnej opakovanej interakcii pôvodcu ochorenia s makroorganizmom vzniká reinfekcia. Superinfekcia vzniká novým infikovaním makroorganizmu pre pretrvávajúcej primoinfekcii.

Priebeh infekčných ochorení:

<i>Inkubačné štádium</i>	Príznaky: únava, nechutenstvo, horúčka.
<i>Manifestné štádium</i>	Príznaky: charakteristické pre danú chorobu.
<i>Záverečné štádium</i>	Príznaky/ dôsledky: uzdravenie, alebo smrť infikovaného makroorganizmu.

Exogénna infekcia vzniká vtedy, ak patogén prenikne do vnímavého makroorganizmu z vonkajšieho prostredia.

Endogénna infekcia je následkom patogénneho účinku vlastnej mikroflóry perzistujúcej v makroorganizme, ktorá je schopná vyvolať infekčné ochorenie pri oslabení odolnosti makroorganizmu (Sabolová, Juriš, s. 55 – 57).

Chemoterapeutická liečba

Chemoterapeutická liečba u onkologických pacientov zahŕňa podávanie *cytostatík*, ktoré poškodzujú bunky chystajúce sa na mitózu – bunkové delenie. Majú veľa nežiadúcich účinkov - sú *toxické*.

Zapríčiňujú vypadávanie vlasov /alopéciu/, tráviace poruchy /hnačka, nevoľnosť, vracanie/, *náchylnosť na infekcie* /oslabenie imunitného systému/, depresiu kostnej drene, neplodnosť a majú mutagénne, karcinogénne a teratogénne účinky.

Liečba cytostatikami môže byť jednorázová /monoterapia/, alebo kombinovaná, dlhodobá.

Cytostatiká *narúšajú* základné bunkové deje a potláčajú funkciu buniek zodpovedných za tvorbu protilátok, ktorými sa organizmus bráni proti antigénnym látkam.

Tvorba protilátok je za normálnych okolností nevyhnutná. Ťažkosti však spôsobujú tieto ochranné procesy pri transplantácii orgánov, keď v mnohých prípadoch veľké imunitné reakcie transplantáciu komplikujú, ba až znemožňujú (Križanová, s. 233).

Diéta a onkologický pacient počas chemoterapie

Imunita onkologických pacientov je počas prebiehajúcej chemoterapie znížená, preto by mali dodržiavať diétu s nízkym obsahom mikroorganizmov (Kapounová, s. 56).

Diétu názorne demonštruje nasledujúca tabuľka:

<i>Potravina</i>	<i>Vhodné jedlá</i>	<i>Nevhodné jedlá</i>
<i>Mlieko</i>	Tavené syry, tvaroh, termix, plátkové syry vákuovo balené	Čerstvé, nepasterizované mlieko, krájané syry, plesňové syry, výrobky obohatené živými kultúrami – jogurty
<i>Mäso</i>	Dobre tepelne upravené	Domáce údené, salámy, polotovary
<i>Údeniny</i>	Dusená šunka, morčacia šunka	Salámy s plesňou, krájané salámy, sušené mäso
<i>Ryby</i>	Treska, tuniak, kapor – vhodne upravené	Údené, marinované
<i>Vajcia</i>	Varené, smažené	Vajcia namätko
<i>Pečivo</i>	Všetky druhy, vždy čerstvé	V igelitových obaloch, s obsahom semienok
<i>Tuky</i>	Maslo, kvalitné oleje	Domáce majonézy, kyslá smotana
<i>Zelenina</i>	Druhy, ktoré sa dajú dobre umyť a olúpať	Všetko, čo sa nedá dobre umyť a olúpať
<i>Ovocie</i>	Kompotované, džemy	Čerešne, slivky, búrské oriešky
<i>Nápoje</i>	Balená voda, minerálne balené vody, čaj, džúsy a pozor! – voda z vodovodu prevarená!	Voda z domácej studne, alkohol
<i>Pochutiny</i>	Sušienky, piškóty, bábovka, korenie obmedzene	Sušienky s čokoládou, korenie na hotové jedlá, hrozienka, kokos, zrnková káva

Hygiena prípravy a uchovávanía pokrmov

Najčastejšou príčinou infekčných ochorení z potravín sú mikroorganizmy uvedené v tabuľke spolu s potravinami, v ktorých sa najčastejšie vyskytujú:

<i>Patogén</i>	<i>Potravinový zdroj</i>
<i>Salmonella</i>	mäso /najmä hydina/, vajcia, mlieko
<i>Campylobacter</i>	mäso, mlieko a mliečne výrobky
<i>Clostridium perfringens</i>	surové mäso, zelenina, koreniny, byliny
<i>Clostridium botulinum</i>	nevarené, alebo nedostatočne uvarené ryby, doma konzervované mäsa, zelenina
<i>Staphylococcus aureus</i>	kontaminované potraviny, surové mlieko
<i>Bacillus cereus</i>	surové obilniny, mäsové výrobky, zelenina, koreniny
<i>Escherichia coli</i>	kontaminovaná voda a potraviny živočíšneho pôvodu

Zásady hygieny pred, počas a po príprave jedál:

- umývať si ruky pred akoukoľvek manipuláciou s potravinami a po prerušení tejto činnosti, zvlášť po použití toalety
- *nosiť prirodzene čistý odev pri príprave jedál*
- používať na varenie výlučne pitnú vodu, ktorá nie je kontaminovaná, má vhodné chemické zloženie, obsahuje stopové prvky a má prijateľné organoleptické vlastnosti /chuť, vôňa/
- *nepoužívať na prípravu jedál vodu z „teplého kohútika“*
- pravidelne si dávať vyšetřovať vzorku vody na príslušnom regionálnom úrade verejného zdravotníctva
- *u detí vhodné používať balenú dojčenskú vodu /Lucka/*
- pri podozrení na závadnosť vody je nevyhnutné vodu na varenie pre dospelých aspoň prevárať a len čo je to možné – zabezpečiť nápravu tak, aby zdroj spĺňal požiadavky na pitnú vodu

- *kuchynské náradie udržiavať v čistote prostredníctvom umývania v teplej vode s pridávaním saponátu, opláchnutím v studenej vode a osušením čistou utierkou*
- pravidelne vymieňať hubky a žinky na riad, tiež kuchynské utierky, dbať na to, aby sa do vzájomného kontaktu nedostali surové potraviny
- *zabezpečiť dokonalé prevarenie a prepečenie potravín*
- vajcia na priamy konzum variť aspoň 20 minút, vyhnúť sa vareným vajciam na obložených misách v letných mesiacoch
- *jedlo pred uložením do chladničky v krátkom časovom intervale ochladiť*
- ak sa podáva uvarený pokrm na opätovnú konzumáciu – vhodné je znova ho prevariť
- *ideálne je varenie zeleniny buď krátko, alebo v pare*
- proti nadúvaniu môžeme podávať k hlúbovinám rascu
- *namáčať strukoviny – nechať ich namočené vo vode do rána, ráno vodu zliať a zaliať čerstvou vodou*
- huby variť dostatočne dlho, niektorí hubári radia až pol hodiny (Sabolová, Juriš, s. 31 - 36).

Onkologický pacient a domáce zvieratá

Je faktom, že psychický stav pacienta s nádorovým ochorením býva narušený niekedy do takej miery, že pacient uvažuje nad *suicídiom*. Aj preto by malo byť jednou z prioritných snáh ošetrovateľstva odhaľovanie psychických problémov onkologických pacientov a ich následné riešenie, resp. hľadanie riešení v spolupráci s pacientom.

Jednou z modalít psychoterapeutickej liečby býva aj terapia domácim zvieratkom. Hospicová starostlivosť dokonca ponúka pre onkologického pacienta možnosť mať pri sebe svoje domáce zvieratko.

V prípade, že sa pacient rozhodne pre domáce zvieratko – je potrebné *zvážiť aký druh, v akom veku, s akým ošetrením u veterinárneho lekára a z akej krajiny*. Absolútne nevhodné sú zvieratá dovezené z exotických krajín aj napriek tomu, že majú v poriadku všetky administratívne formality a veterinárne náležitosti spojené s prevozom do našej republiky. Napriek tomu môžu predstavovať riziko vzniku infekčného ochorenia pre pacienta oslabeného chemoterapiou.

V súvislosti s vekom nie je veľmi vhodné zabezpečiť si šteniatko, mačiatko, nakoľko ich organizmus ešte nemusí byť *náležite ošetrovaný* proti prípadným patogénnom, resp. patogénny v zvieracom organizme ešte nemusia byť zneškodnené očkovacou vakcínou od veterinárneho lekára.

Terapia domácim zvieratkom môže onkologickému pacientovi výrazne pomôcť zvýšiť kvalitu života. *Nesmie* však pre pacienta predstavovať riziko vzniku takých ochorení, akými sú napríklad giardióza, kryptosporidióza, mikrosporidióza, toxoplazmóza, teniázy, echinokokóza, toxokaróza a pod.

A preto je pri tomto rozhodnutí pacienta veľmi dôležité zahájiť spoluprácu v zmysle edukácie o opatreniach, ktoré je potrebné dosiahnuť v spolupráci s veterinárnou ambulanciou, či klinikou /podľa dostupného zariadenia v mieste bydliska/. Pacienta je potrebné poučiť aj o tom, že nesmie vziať opustené zvieratko z ulice /resp. mal by ho ihneď odniesť na ošetrovanie do príslušného veterinárneho zariadenia/. Pri osvojení zvieratka z útulku je napriek absolvovanému povinnému očkovaníu a odčerveníu potrebné nechať zvieratko prezrieť a ošetriť špecialistom v príslušnom veterinárnom zariadení.

Onkologický pacient a chrípkové/ iné vírusové infekcie

Chrípka predstavuje pre onkologického pacienta vážnu hrozbu. Infekcia sa šíri kvapôčkovým prenosom pri kýchaní, kašľaní a rozprávaní, ale aj predmetmi kontaminovanými sekrétmi z nosohltana chorých. Pre vírus chrípky je typická *vysoká nákazlivosť* a epidemický až pandemický výskyt.

U imunologicky oslabených jedincov môže dôjsť ku vzniku virémie a toxickému poškodeniu iných orgánov.

Preto je dôležité, aby sa onkologický pacient v čase výskytu chrípky vyhýbal miestam, kde sa združuje veľa ľudí /cestovanie MHD, návšteva divadiel a iných kultúrnych podujatí/. V prípade, že ochorie príbuzný, je dobré sa /alebo samotného postihnutého/ izolovať. Istým – aj keď len slabo účinným riešením je nosenie jednorazových ochranných masiek na tvári /nos a ústa/ počas ochorenia a používanie iného kuchynského riadu, než toho, z ktorého napríklad je, pije a používa ho člen domácnosti chorý na chrípku.

Preventívne je vhodné užívať vitamíny, najlepšie v prirodzenej ovocnej a zeleninovej forme /samozrejme dobre umyté a ošetrované/, tiež však vo forme podporných prostriedkov, prípadne nápojov.

Niekedy sú vhodné imunomodulátory s obsahom bakteriálnych zložiek /samozrejme, po konzultácii s lekárom – špecialistom/. Tieto látky zvyšujú prirodzenú imunitu a tým znižujú nebezpečenstvo nákazy patogénnymi mikroorganizmami. Používajú sa pri opakovaných infekciách horných aj dolných dýchacích ciest a pri recidivujúcom zápale stredného ucha – napríklad extrakt z *Klebsiella pneumoniae* /Biostim/, alebo rozličné zmiešané bakteriálne lyzáty /BRONCHO-VAXOM, RIBOMUNYL, IMUDON, STAVA, STAVA nasal/. Ich hlavnou úlohou je normalizácia, alebo stimulácia imunitného systému (Križanová, s. 230).

Nemenej vhodnou formou zvyšovania imunity môže byť sipping /popíjanie perorálnych nutričných doplnkov/ v prípadoch, kedy onkologický pacient prijíma nedostatočné množstvo stravy z akýchkoľvek dôvodov, ale jeho perorálny príjem je možný. K dispozícii sú rôzne druhy perorálnych nutričných doplnkov /izokalorické, hyperkalorické, proteín plus, mltifibre, špeciálne, fat free/, ktoré sa podávajú najčastejšie chladené, na noc, po jedle v hrnčeku (Grofová, s. 56 – 57).

Uvedené opatrenia sa týkajú tiež herpetických a iných vírusových ochorení.

Záver a odporúčania pre prax

Nevyhnutne je potrebné zvýšiť podiel edukácie medzi onkologickou populáciou (nielen) v zdravotníckych zariadeniach, ale osvetovou činnosťou (napríklad spoluprácou s LPR, kontakt www.lpr.sk). Pacientovi je nevyhnutné venovať sa:

- individuálne
- dostatočne dlho
- kvalitne a detailne
- v spolupráci s rodinou
- holisticky.

Zoznam bibliografických odkazov:

GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora*. Praha: GRADA, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2. s. 237

KRIŽANOVÁ, M. et al. *Farmakológia*. Martin: OSVETA, 2005. ISBN 80-8063-195-6. s. 271

SABOLOVÁ, G., JURIŠ, P. *Osobná a komunálna hygiena*. ISBN 978-80-969817-4-8. s. 118

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: GRADA, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9. s. 350

Kontaktné údaje autoriek:

Bc. Jana Dorčáková

Adresa: Vajanského 2 050 01 Revúca

Mobil: 0915 364 888

e-mail: jana.dorcakova@azet.sk

MUDr. Anna Jolšvaiová

Adresa: Andreja Hlinku 18 050 01 Revúca

Mobil: 0907 857 345

e-mail: ajdasro@centrum.sk

ZMENY V OŠETROVATEĽSKEJ PROFESII, KTORÉ NASTALI NA SLOVENSKU PO ROKU 1989

Hanzlíková, Alžbeta

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bratislava

Katolícka univerzita Ružomberok

Súhrn: Autorka prednášky sa zamýšľa na súvislostiach, ktoré najviac ovplyvňujú zmeny v ošetrovateľstve na Slovensku po roku 1989. Je to predovšetkým mohutný nástup vysokoškolského vzdelávania v odbore, zavedenie metódy ošetrovateľskej starostlivosti ošetrovateľským procesom a príprava profesie pre komunitnú starostlivosť.

Kľúčové slová: Vzdelávanie. Ošetrovateľstvo. Zmeny. Štúdium. Ošetrovateľský proces.

Úvod

Spoločenské zmeny týkajúce sa celého bývalého socialistického bloku v krajinách strednej a východnej Európy, ktoré boli ovplyvnené politikou Sovietskeho zväzu, uskutočnené koncom roku 1989, ovplyvnili mnohé profesie. Pokiaľ ide o ošetrovateľstvo možno povedať, že najväčšmi. Zmeny zasiahli našu profesiu v rôznych oblastiach a ich uskutočňovanie nie je ľahké, čo vidíme v súčasnosti už z dlhodobého pohľadu, ale niektoré zasiahli odbor veľmi výrazne a možno povedať, že ich zavedenie do praxe je podstatné a riešené je aj legislatívou.

V tejto prednáške sa chceme venovať práve týmto zmenám a ich dopadu na ošetrovateľskú profesiu, ale aj na súčasnú populáciu, ktorej ošetrovateľstvo poskytuje svoje služby.

Vysokoškolské vzdelávanie sestier na Slovensku

Významnou stránkou profesionálneho štatútu v každom odbore je špecializované vzdelanie. Ak sa profesia má stať vedným odborom musí plniť základné kritériá ako sú:

- mať vlastnú teóriu,
- mať špeciálnu terminológiu,
- mať svoj výskum,
- mať vysokoškolské vzdelávanie.

Tieto kritéria čiastočne boli splnené už v 60. rokoch minulého storočia, kedy bolo otvorené vysokoškolské vzdelávanie pre sestry, ktoré sa venovali odbornej príprave budúcich sestier na stredných školách (Stredných zdravotníckych školách). Na Slovensku prví absolventi tohto vzdelávania končili štúdium v roku 1966 na Filozofickej fakulte Komenského univerzity v Bratislave. Bolo to dvojodborové učiteľské štúdium v kombinácii psychológia a starostlivosť o chorých. Týmto krokom sa dosiahlo, že učitelia odborných predmetov boli rovnocenní s inými stredoškolskými učiteľmi, ale ostatné kritéria sa rozvíjali len veľmi pomaly.

Až politické zmeny v roku 1989 umožnili prienik nových myšlienok v ošetrovatelstve aj do našej vlasti a na Jesseniovej lekárskej fakulte Univerzity Komenského (JLF UK) v Martine vzniklo prvé jednodborové štúdium už v školskom roku 1990/91.

Po JLF UK v Martine to boli najprv v školskom roku 1993/94 Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach a v školskom roku 1994/95 Trnavská univerzita v Trnave a neskôr aj ďalšie univerzity začali uskutočňovať univerzitné vzdelávanie v ošetrovatelstve. Dnes máme 10 vysokoškolských vzdelávacích inštitúcií na ktorých možno študovať ošetrovatelstvo.

Vzdelávanie je trojstupňové (bakalár, magister, doktor filozofie), sestry môžu habilitovať a byť inaugurované za profesorov ošetrovatelstva, tak ako v iných vedných odboroch, podľa získanej akreditácie jednotlivých škôl

V súčasnej dobe sestra spĺňa odbornú spôsobilosť na výkon profesionálnej praxe a tým na výkon odborných pracovných činností podľa zákona č. 742/2004 z. z. § 9 odseku 1 získaním vysokoškolského vzdelania I. stupňa v bakalárskom študijnom programe v odbore ošetrovatelstvo. Toto štúdium trvá v dennej forme minimálne tri roky, zahŕňa 4 600 hodín a je pomerne rozdelené na teoretickú a praktickú výučbu. V odseku 2 § 9 toho istého zákona sa uvádza, že sestra spĺňa odbornú spôsobilosť na výkon pracovných činností a na výkon profesionálnej praxe aj vtedy, ak po získaní vysokoškolského vzdelania I. stupňa v bakalárskom študijnom programe získa aj vysokoškolské vzdelanie II. stupňa v magisterskom študijnom programe. Znamená to teda, že ukončenie magisterskej úrovne vysokoškolského vzdelania, v čase kedy je tento príspevok písaný, nie je podľa účinného zákona a iných platných nariadení a vyhlášok diferencované od bakalárskej úrovne. Od roku 2004 je pre vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku určený trend vyššieho vzdelania, ktoré sa môže začať až po skončení strednej školy s maturitou, tak ako príprava na

iné regulované aj neregulované povolania. Pri presadzovaní vykonala najväčšiu prácu Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, ktorá sa riadila týmito dokumentmi:

- Smernice Rady EÚ – č. 77/452/EEC, č.453/EEC, č.80/154/EEC, č.80/155/EEC.
- Európska stratégia WHO pre vzdelanie v ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii – Kodaň, 1999.
- Materiály ICN – Medzinárodnej rady sestier – Ženeva, 1996 .
- Mníchovská deklarácia z roku 2000
- Odporúčanie Svetovej zdravotníckej organizácie z 54. zasadnutia Svetového zdravotníckeho zhromaždenia (WHA) 21. mája 2001.

Tento spôsob vzdelávania bol одобrený aj expertnou misiou TAIEX, ktorá skúmala právny, spoločenský a ekonomický status sestier a pôrodných asistentiek vtedy ešte len v asociovaných krajinách EÚ. Tím expertov z členských štátov EÚ, ktorý pomáha Európskej komisii, vykonal na Slovensku evalvačnú misiu v dňoch 9. – 11. apríla 2002. Vyhodnotenie bolo uskutočnené v oblasti odbornej kvalifikovanosti v šiestich medicínskych profesiách (lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra, pôrodná asistentka a šiesta bola veterinárny lekár).

Subjektom tohto hodnotenia bolo aj vzdelávanie a prax sestier a pôrodných asistentiek z pohľadu sektorálnych direktív EÚ. Závěry boli urobené na základe trojdňovej návštevy počas ktorej bola vykonaná návšteva na Ministerstve zdravotníctva SR, vzdelávacích inštitúciách a Univerzitej nemocnice. Hodnotenia boli prevažne dobré, pripomienky sa dotýkali rozvinutia možností pre prípravu študentov ošetrovatelstva v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Komisia požadovala vypracovanie správnych, disciplinárne merateľných štandard pre ošetrovateľskú prax ako základných. Tieto štandardy bolo potrebné vypracovať v spolupráci s ošetrovateľskými profesionálnymi organizáciami a vzdelávacími inštitúciami, prípadne inými dôležitými odborníkmi.

Spomenutých desať fakúlt vzdeláva sestry vo dvoch úrovniach - bakalárskej a magisterskej a niektoré majú akreditáciu pre postgraduálne - doktorandské štúdium. To znamená možnosť získať vedeckú hodnosť PhD., ale aj habilitácie a vyššie vedecké hodnosti. Kurikulá študijného odboru sa tvoria a porovnávajú s kurikulami na tradičných európskych univerzitách, ale aj s univerzitami v USA.

Týmto sa podarilo zvýšiť úroveň vzdelávania zo stredoškolského, cez vyššie odborné, na univerzitné. Počty prijímaných študentov sú vysoké pretože sestry s nižším stupňom vzdelania vyhľadávajú možnosť získať vysokoškolskú úroveň. Pri vypracovávaní kurikul

sa rešpektujú Stratégie WHO a direktívy EÚ. V ošetrovateľskom povolani sa presadzuje celoživotné vzdelávanie, ktorému sa darí predovšetkým prostredníctvom vysokoškolského vzdelávania sestier. Záujem o toto štúdium je aj napriek tomu, že sestry po jeho skončení často nedostávajú adekvátne finančné ani morálne ohodnotenie, sú však ochotné študovať a mnohé z nich aj vo vyššom veku. Vzdelávanie sa uskutočňuje na univerzitách ktoré majú dostatočnú akademickú slobodu.

Bakalárske štúdium v dennej forme končí štátnou skúškou z Ošetrovateľstva a obhajobou záverečnej bakalárskej práce. Po absolvovaní sa priznáva absolventovi titul bakalár (Bc.).

Tejto úrovni zodpovedá aj trojročné alebo štvorročné externé štúdium, ktoré je kompatibilné s denným, končí štátnou skúškou Ošetrovateľstvo I a priznáva sa titul bakalár.

Podmienkou k štátnej skúške je obhájenie záverečnej práce z odboru ošetrovateľstvo. Po absolvovaní bakalárskej úrovne je možné pokračovať, po splnení podmienok daných jednotlivými vzdelávacími inštitúciami, v magisterskom štúdiu, ktoré trvá ďalšie dva roky.

Obsah výučby je zameraný na biomedicínske, spoločensko-vedné odbory a ošetrovateľstvo.

Špecializácie sestier a pôrodných asistentiek je možné získať v rozpätí určenom vládny nariadením. Špecializačné štúdium je súčasťou celoživotného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Zákonom č.528/2004 Z. z. bola do poskytovania ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov zavedená pluralita. Od účinnosti tohto zákona teda od 1. januára 2004 je k dispozícii právna úprava, ktorá otvorila cestu pre vzdelávacie ustanovizne v ďalšom vzdelávaní (Akreditácia ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, MZ ,2006).

Dôležité je v tejto súvislosti uviesť aj dopad na populáciu. Žiaľ ešte nie je spracovaný vierohodný výskum, ktorý by potvrdil nielen subjektívne názory na potrebu vysokoškolského vzdelávania. Možno povedať skôr opak, že v mnohých kruhoch sa nestretávame s pozitívnym hodnotením tejto skutočnosti. Sestry sú často v kuloároch hodnotené veľmi kriticky aj vtedy, keď si takú kritiku nezaslúžia. Mnohokrát je to pre zlú organizáciu práce, pre stereotypný výkon praxe, alebo ešte stále prevládajúceho paternalizmu zo strany lekárov, ktorý nie je dostatočne korigovaný správaním sa sestier. Druhá závažná príčina je v spôsobe prijímania záujemcov o štúdium ošetrovateľstva, ktorý by mal zohľadňovať nielen predbežné vedomosti ale aj osobnostné vlastnosti uchádzača.

Metóda poskytovania starostlivosti – ošetrovateľský proces

Ošetrovateľský proces už 20 rokov prednášame a zavádzame do ošetrovateľského myslenia na všetkých vzdelávacích inštitúciách, ktoré pripravujú sestry pre odbornú spôsobilosť výkonu povolania. Aj po toľkých rokoch sa však nevieme dostatočne vyrovnáť s jeho problematikou. Vidíme to v tom, že o ňom neustále hovoríme i keď by mal byť pre nás samozrejmosťou. Ak by sme boli vysporiadaní s ošetrovateľským procesom ako samozrejmomou metódou výkonu ošetrovateľskej praxe nehovorili by sme o ňom, nepýtali by sme sa či ho používame v praxi, ale nevedeli by sme si predstaviť iným spôsobom poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť.

Keď v 50. rokoch minulého storočia Hallová vyslovila myšlienku „ošetrovateľstvo je proces“ nepovedala to len ako rýchly nápad, myšlienku, ale s plným vedomím zodpovednosti prehlásila a pomenovala vykonávateľom ošetrovateľského povolania podstatu ich činnosti.

Nik nemôže pochybovať o tom, že ak vykonávame akúkoľvek činnosť, nemôže to byť len jednorázový počin, ale prebieha v procese. Vždy je na prvom mieste poznanie toho čomu sa chceme venovať, vnútorná predstava v čom je problém, premyslenie ako to chceme urobiť, vykonať to a nakoniec sa presvedčiť či sme to dobre urobili. Keď tieto kroky premeníme na ošetrovateľský proces tak sa určite zhodujú s našimi myšlienkovými pochodmi..

Keď sme pred mnohými rokmi začali zavádzať do praxe ošetrovateľské plánovanie, nebolo to tiež nič iné, ako súčasť procesu. Prv než sme mohli napláňovať ošetrovateľskú starostlivosť museli sme o pacientovi niečo vedieť, museli sme ho pozorovať a ak sme neplánovali zbytočne tiež sme plán splnili a nakoniec sme sledovali či je výsledok blahodarný pre pacienta. Plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti bolo známe už v sedemdesiatych rokoch minulého storočia aj u nás.

Po revolučných zmenách v roku 1989, sme začali ošetrovateľský proces hlbšie študovať, dostali sme sa k príslušnej literatúre, hlavne napísanej americkými sestrami a zároveň sme chceli konečne robiť ošetrovateľstvo nezávisle, s plným rozhodnutím a zodpovednosťou za svoj výkon. Bolo možno chybou, že sme mu pripísali veľkú dôležitosť namiesto toho, aby sme nadviazali na našu ošetrovateľskú tradíciu, na to, že sme vždy ošetrovali procesom, aj vtedy keď sme si to neuvedomovali. Nové bolo to, že sme mali stanoviť ošetrovateľskú diagnózu a že sme o procese mali viesť dokumentáciu. Naučiť sa stanovovať diagnózy je v každej profesii nie ľahká úloha. Vyžaduje si to mať určité vedomosti, skúsenosti, ale aj prax.

Ani začínajúci lekár nie je hneď schopný stanoviť diagnózu, preto sa spolieha na staršieho, skúsenejšieho. Učiteľ, ktorý po absolvovaní pedagogickej fakulty nastúpi do školy, alebo

iného výchovného zariadenia, ťažko vie povedať a predpokladať s akými diagnózami sa u svojich zverencov stretne a nie to ešte ich stanoviť. Ak neurčíme diagnózu potom sa dopúšťame pri vykonávaní činnosti pokusov a omylov a proces vyliečenia alebo odstránenia problémov je zdĺhavý, bezúspešný a vedie mnoho krát k tragickým následkom. Preto aj v ošetrovateľskom procese bolo treba začať v príprave naň s veľmi zložitým štúdiom všetkých oblastí z jednotlivých vedných odborov, ktoré sú potrebné pre ošetrovateľskú diagnostiku. Celý učebný plán ošetrovateľského vzdelávania smeruje k.

1. naučeniu sa stanoviť ošetrovateľské diagnózy
2. k majstrovskému poskytovaniu starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu.

Často sa stretávame s názorom sestier, ktoré pracujú v ambulantnej sfére, že nemôžu pracovať procesom. Na to existuje len jedna odpoveď, tak vôbec nepracujete. Lebo aj nádenník, ktorý vykonáva monotónnu prácu s neživým materiálom pracuje v procese.

Nevysvetľujme si, že proces je rovná sa dokumentácia. Táto je dôležitá ale neznamená to isté čo proces. Proces je vec myslenia a nie písania.

O pozitívnom dopade práce metódou ošetrovateľského procesu máme mnoho dôkazov, že pre ľudí, ktorým poskytujeme starostlivosť touto metódou je tento prístup veľmi vyhovujúci.

Pacienti/klienti si nemusia uvedomovať čo ošetrovateľský proces je, ale pozitívne hodnotia prístup sestier, ktorý sa prejaví v záujme o problémy chorého alebo zdravého človeka.

Príprava sestier pre komunitné ošetrovateľstvo

Posledná oblasť, ktorej sa chceme venovať v tejto publikácii je komunitné ošetrovateľstvo.

V posledných dvadsiatich rokoch si uvedomujeme potrebu ošetrovateľskej starostlivosti v komunitách, teda všade tam kde ľudia žijú, bývajú, pracujú či študujú. Tiež v takých komunitách, kde sa riešia problémy vyplývajúce z choroby, dlhodobého hendikepu alebo z nevyliciteľného problému či choroby. Potreba prípravy sestier pre komunitnú starostlivosť vyplýva predovšetkým zo skrátenia doby hospitalizácie, ktoré sa stáva samozrejmosťou. Čo však prežívajú pacienti a ich príbuzní po prepustení z nemocnice ostáva mnohokrát bez povšimnutia. Pomoc sa hľadá u laikov, polo odborníkov alebo u dobrovoľníkov, ktorí majú obmedzené kompetencie na poskytovanie starostlivosti. Príprava pre komunitnú ošetrovateľskú starostlivosť je zaistená v pregraduálnom aj v postgraduálnom štúdiu, čo chýba je legislatíva pre dôsledné poskytovanie tejto starostlivosti.

Nemôžeme v tejto chvíli hodnotiť dopad tejto starostlivosti u populácie, pretože dôsledne ju neposkytujeme. Zo zahraničných skúseností je známe, že jej poskytovanie je v systéme zdravotníctva veľmi dôležité a nahrádza mnohé veľmi nákladné starostlivosti efektívnejším spôsobom.

Záver

Venovali sme pozornosť len trom oblastiam, ktoré v ošetrovateľskej profesii po roku 1989 nastali a ktoré poznačili vedný odbor nielen v jeho kvalite ale aj v obsahu, samostatnosti a vedeckosti odboru. Aj iné zmeny by bolo možné hodnotiť a hľadať v nich pozitíva aj negatíva, ale o tom niekedy inokedy.

Literatúra u autorky

Kontaktné údaje autorky:

Doc. PhDr. Alžbeta Hanzlíková, PhD.

Adresa: 038 12 Necpaly 193

OSTEOPORÓZA - DENZITOMETRICKÉ VYŠETRENIE

Jarmila Horňáková

Železničná poliklinika NOVAPHARM spol. s r. o.

Zvolen

Súhrn: Autorka vo svojej prednáške hovorí o ochorení tretieho tisícročia, ktorým je osteoporóza. V úvodných častiach prednášky sa autorka venuje štruktúre kosti, ich zloženiu. Ďalej hovorí o príčinách vzniku osteoporózy a o ich dôsledkoch. V strednej časti prednášky autorka prezentuje diagnostické vyšetrovacie metódy, spôsoby diagnostiky.

Najväčšiu pozornosť autorka venuje denzitometrii, ako najpresnejšej súčasnej metóde v diagnostike osteoporózy. V závere autorka upozorňuje na možné dôsledky neliečenej osteoporózy, dôležitosť prevencie a liečby osteoporózy.

Kľúčové slová: Kosť. Štruktúra kosti. Vápnik. Osteoporóza. Denzitometria.

Úvod

Osteoporóza je spoločensky najzávažnejšie ochorenie pohybového aparátu a považuje sa za epidémiu 21. storočia. Zákernosť tohto ochorenia spočíva v tom, že veľmi dlhú dobu prebieha bez akýchkoľvek príznakov, nebolí vo svojich začiatkoch a preto býva človek náhle zaskočený až prvým prejavom – zlomeninou.

Ako a prečo vzniká osteoporóza?

Ochorenie vzniká poruchou súhry dvoch hlavných druhov kostných buniek: osteoklastov (buniek, ktoré odbúravajú staršie kostné tkanivo) a osteoblastov (buniek, ktoré tvoria novú kosť, lepšie povedané – tvoria novú hmotu, do ktorej sa ukladá vápnik a fosfor, čím vznikne nová kosť).

Osteoporózu delíme na primárnu a sekundárnu.

Osteopénia je predstupeň osteoporózy, stav, kedy je obsah kostnej hmoty nižší ako normálne, ale nedosahuje hodnoty, stanovené pre OP.

Zlomeniny ako dôsledok osteoporózy?

Hoci sa pri osteoporóze môže v zásade zlomiť ktorákoľvek kosť, najčastejšie to však bývajú kosti predlaktia, stavce a horný koniec stehennej kosti. Menej časté bývajú zlomeniny rebier a horného konca ramennej kosti.

Či daná zlomenina je skutočne v dôsledku osteoporózy, je vecou posúdenia mechanizmu deja, pri ktorom došlo k zlomenine.

Diagnostika osteoporózy

Klinický obraz: anamnesticky pátrame najmä po vyššie uvedených ochoreniach, po prejavoch pokročilejšej osteoporózy (slabosť a bolesti v Th a L chrbtici najmä pri chôdzi, dlhšom stoji a v miernom predklone, postupné znižovanie výšky a zaobľovanie chrbta, prípadne výrazné ostré niekoľkotýždňové vertebralgie – možnosť kompresívnej zlomeniny stavca!), rizikových faktoroch osteoporotických zlomenín.

Odosielanie na vyšetrenie: niektorí odborní lekári môžu poslať pacienta priamo na denzitometrické vyšetrenie (reumatológ, ortopéd, endokrinológ) , praktickí lekári posielajú pacienta na meranie prostredníctvom osteologickej ambulancie .

Denzitometrické vyšetrenie: merania sa realizujú celotelovým denzitometrom Hologic Discovery ,meriame kostnú denzitu v oblasti chrbtice a stehennej kosti (krčok femuru, oblasť trochanteru a oblasť proximálneho femuru) – štandardne, meranie v oblasti predlaktia, sa dopĺňa v indikovaných prípadoch (pri skreslení v uvedených oblastiach, alebo u pacientov s endoprotézou) bočný morfometrický sken (diagnostika fraktúry stavca) sa spravidla dopĺňa u pacientov s podozrením na fraktúru stavca (zníženie výšky, kyfóza a pod.)

Stanovenie kostnej hustoty: (resp. obsahu kostného minerálu) v stavcoch driekovej chrbtice, hornej časti stehennej kosti a v predlaktí. Výsledky merania sa vyjadrujú pomocou T skóre alebo Z skóre, čiže porovnaním s hodnotami merania zdravých osôb mladého veku (T skóre) alebo rovnakého veku, ako je vyšetovaná osoba (Z skóre). Diagnózu osteoporózy žien po menopauze možno vysloviť, keď sa pri zmeraní obsahu kostného minerálu v aspoň jednom z vyšetovaných miest objaví hodnota T skóre nižšia ako je -2,5.

PREVENCIA

Principiálne sa prevencia rozdeľuje na tri fázy: primárna prevencia ,sekundárna prevencia, terciárna prevencia .

VÝŽIVA

Základom správnej výživy pri osteoporóze je jednak dostatočný príjem látok potrebných na stavbu kostí (vápnik, vitamín D, fosfor, horčík, vitamíny C a K, stopové prvky- stroncium, bor,..) a jednak obmedzenie, či dokonca vylúčenie látok, ktoré kostné tkanivo priamo, alebo nepriamo poškodzujú (sodík, hliník, kadmium, olovo a pod.). Takto zostavená strava by však mala byť v súlade s doporučeniami pre iné choroby (ochorenia srdca a ciev, poruchy látkovej výmeny cukrov a tukov), ktoré sa často k osteoporóze pridružujú.

LIEČBA

Základným strategickým cieľom liečby osteoporózy je zabrániť vzniku zlomeniny. To sa týka hlavne osôb, ktoré ešte zlomeninu nemali. Osteoporóza v štádiu zlomenín je veľmi zle liečiteľná preto najlepšou liečbou je prevencia!! Rozhodnutie, či treba zaviesť liečbu, nezávisí len od určenia diagnózy, ale aj od veku pacienta, účinnosti a vedľajších príznakov liečby a možných pridružených chorobách. Niektoré lieky sú finančne veľmi nákladné, preto je ich predpisovanie zverené osteologicky zameranému lekárovi.

Zoznam bibliografických odkazov:

www.meda.sk

www.fidelitas-nzz.sk

www.osteoporozas.sk

Kontaktné údaje autorky:

Jarmila Horňáková

Adresa: Železničná poliklinika NOVAPHARM spol. s r. o. , Zvolen

e-mail: jarmila.hornakova.st@gmail.com

ZBORNÍK

III. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V AMBULANTNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

10.-11. september 2010, Žiar nad Hronom

organizovaná

**Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek
Sekciou sestier pracujúcich v ambulantných zdravotníckych zariadeniach
Regionálnou komorou sestier a pôrodných asistentiek v Žiari nad Hronom**

Zostavovatelia: Mgr. Jaroslava Lunterová, Revúca

Mgr. Tatiana Harhovská, Poprad

Výroba: FaxCopy Poprad, Ul. 1. mája 19/220 058 01 Poprad, pp@faxcopy.sk

Náklad: 250 kusov

Rok výroby: 2010

ISBN: 978 – 80 – 970482 – 0 – 4

EAN: 9788097048204



MENNÝ ZOZNAM AUTOROV

- I. *Mgr. Iveta Drahoňová – hodnotiteľka sústavného vzdelávania*
- II. *Mgr. Anna Durjančíková – sestra, konateľka ADOS Revúca*
- III. *Mgr. Martina Benková – sestra, otorinolaryngológia*
- IV. *Mgr. Mária Dobšinská – sestra, chirurgia*
- V. *Bc. Jana Dorčáková – sestra, ambulancia (praktický lekár pre dospelých)*
- VI. *Jana Ďurmeková – sestra, ambulancia (praktický lekár pre dospelých)*
- VII. *Doc. PhDr. Alžbeta Hanzlíková, PhD. – sestra, vysokoškolská pedagogička, Sestra roka 2007*
- VIII. *Mgr. Tatiana Harhovská – sestra, ambulancia (ortopédia)*
- IX. *Jarmila Horňáková – sestra, ortopédia*
- X. *Bc. Terézia Hurárová – sestra, ambulancia (praktický lekár pre dospelých)*
- XI. *PhDr. Marta Jarošová – vysokoškolská pedagogička*
- XII. *Alena Laurenčíková – sestra, ambulancia (pediatria)*
- XIII. *Jana Lukáňová – sestra, ambulancia (praktický lekár pre dospelých)*
- XIV. *Mgr. Jaroslava Lunterová – sestra, ambulancia (kardiológia)*
- XV. *PhDr. Anna Macková – vedúca sestra Banskobystrického samosprávneho kraja*
- XVI. *Dana Masárová – sestra, ambulancia (cievna chirurgia)*
- XVII. *Jana Matejová – sestra, ambulancia (praktický lekár pre dospelých)*
- XVIII. *Mgr. Júlia Mekoňová – kontakt pre médiá, Medissimo*
- XIX. *PharmDr. Dagmar Mikušová – Monsea, spol. s.r.o.*
- XX. *Mgr. Petra Oláhová – sestra, ambulancia (praktický lekár pre dospelých)*
- XXI. *Dagmar Plichtová – sestra, ambulancia (dermatovenerológia)*
- XXII. *Drahomíra Rezníková – sestra, ambulancia (praktický lekár pre dospelých)*
- XXIII. *Mgr. Jaroslav Straka – sestra, konateľ spoločnosti*
- XXIV. *Mgr. Dita Vlasáková – sestra, odborný garant, riaditeľka spoločnosti*

Ďakujeme za príspevky

Úrazy a pády predstavujú v súčasnosti najproblematickejší aspekt v starostlivosti o geriatrických pacientov. Na svete utrpí ročne 700 000 ľudí zlomeninu stehennej kosti a tento počet sa neustále zvyšuje. Náklady na liečbu boli vyčíslené na 1,6 miliárd dolárov v roku 1990. Prognostické odhady hovoria o 2,6 miliardiach dolárov do roku 2005. Samotná zlomenina je zaťažovaná vysokou mortalitou: do 3 mesiacov zomiera 8 %, do roka 20 %, do 3 rokov 30 % pacientov.



Pády - príčiny úrazov a pádov delíme na:

- A) vnútorné: ovplyvnené zdravotným stavom a druhom ochorenia (demencia, depresia, imobilizačný syndróm, kachexia, slepota, hluchota, poruchy krvného tlaku, závraty).
- B) vonkajšie: nevhodné osvetlenie, šmykľavá podlaha, koberčeky, prahy, hlboké kreslá, vysoké lôžko, nedostatok vhodných kompenzačných pomôcok, neadekvátne ortopedické pomôcky a pod.

K úrazom najčastejšie dochádza v súvislosti s najrizikovejšími oblasťami bytu:

- **SCHODY, KÚPEĽŇA, WC, PODLAHY, OSVETLENIE, POSTEL, STOLIČKA**

ZÁKLADNÉ PRAVIDLÁ PREVENIE ÚRAZOV:

- vyhýbať sa náhlym a prudkým pohybom,
- vyhýbať sa dvíhaniu bremien v predklone,
- zohýnať sa a vstávať s pokrčením dolných končatín v kolenách,
- vyhýbať sa prudkým predklonom a rotáciám hlavy,

- vyhýbať sa dlhému zotrúvaniu v jednej polohe,
 - nesediť v mäkkých a hlbokých kreslách,
 - nespávať na mäkkom lôžku,
 - pravidelne cvičiť jednoduché cviky (pozor na prah bolesti),
 - nosiť vhodnú obuv,
 - pri oslabených svaloch cvičenie cielené na zvýšenie svalovej sily – cvičenie vo vode, proti gravitácii, proti odporu
 - pri chôdzi mať vždy voľné ruky, na nákupy používať tašku na kolieskach
 - zabezpečiť si pevnú obuv s protišmykovou podrážkou
 - polohu meniť pomaly, pri náhlom posadení, alebo vstávaní hrozí kolaps a následný úraz
 - neschádzať z postele, keď je mokrá podlaha
 - v prostriedkoch MHD používať na držanie madlá
 - vhodné je WC so zvýšeným sedadlom
 - vyhýbať sa fajčeniu, kofeínu a alkoholu
- **Schodisko** – malo by byť vybavené madlami, dobre osvetlené, prvý a posledný schod farebne označený
 - **Kúpeľňa a WC** – madlá, zvýšené sedátko WC, vo vani neklzáva podložka, vanové sedátko, dvere WC otvárané smerom von
 - **Podlahy** – bez zbytočných predmetov, neklzké, nevhodné sú nepripevnené koberčeky, vysoké koberce
 - **Osvetlenie** – nepriame, neoslňujúce, dobre osvetľujúce celý priestor, doporučuje sa malé svetlo ponechať svietiť celú noc, lampa na nočnom stolíku
 - **Lôžko, stoličky** – správna výška, opierky na ruky
 - **Možnosť signalizácie** – umožňuje rýchle privolanie pomoci

VYŠŠIE RIZIKO PÁDU HROZÍ KAŽDÉMU, KTO:

- má viac ako 65 rokov
- má oslabené svaly
- trpí poruchami rovnováhy alebo závratmi
- má ťažkosti s chôdzou alebo poruchy chôdze (napr. parkinsonici)
- trpí chorobami pohybového aparátu (osteoporóza, reuma)

- prekonal cievnu mozgovú príhodu
 - má poruchy zraku, sluchu
- má kardiovaskulárne choroby, nízky tlak
 - užíva súčasne viacero rôznych liekov

Ak chcete vedieť, či Vám hrozí pád, **UROBTE SI JEDNODUCHÝ TEST:**

1. Pripravte si obyčajnú stoličku. Postavte sa a sadnite si na ňu 5-krát po sebe.

Mali by ste to stihnúť do 10 sekúnd. Ak Vám 5 opakovaní trvalo dlhšie,

Vaša svalová sila je oslabená a **hrozí Vám pád!**

Výsledok:

2. Postavte sa tak, aby ste mali jednu nohu tesne pred druhou, špička jednej

nohy sa dotýka päty druhej nohy a upažte. Vydržte v tomto postoji stáť

10 sekúnd. Nohy sa Vám môžu od seba vzdialiť maximálne na jeden

centimeter. Ak ste 10 sekúnd nevydržali, môžete trpieť poruchou

rovnováhy a **hrozí Vám pád!**

Výsledok:

Ak ste v teste zistili, že Vám hrozí pád alebo patríte do niektorej rizikovej skupiny,

mali by ste čo najskôr navštíviť svojho lekára/sestru.

A geriatricus betegek gondozásában napjainkban a legtöbb problémát az esések okozat balesetek jelentik. Világon évente 700 000 ember szenved el combcsont - törést és ez a szám állandóan növekszik. Gyógyításukra fordított összeg 1990 évben elérte az 1,6 milliárd dollárt. Az előrejelzési adatok szerint ez az összeg a 2005 évre 2,6 milliárd dollár lesz. A törések magas százaléka végződik halál esettel: az első három hónapban meghal a betegek 8%, az első évben a 20% és a harmadik év végéig a betegek 30%.



Esések – az esések és balesetek okait osztjuk:

- A) belsőkre: ezeket befolyásolja a beteg egészségi állapota és betegsége /emlékezet kiesés, depresszió, járóképtelenség, kóros soványság, látás elvesztése, hallás elvesztése, a vérnyomás ingadozása, szédülések/
- B) külsők: rossz kivilágítás, csúszós padlózati, kis szőnyegek, küszöbök, mély karosszékek, magas ágyak, megfelelő segédeszközök hiánya, nem megfelelő ortopédiai eszközök stb.

A balesetek leggyakrabban a lakás legveszélyesebb részeihez kapcsolódnak:

- **LÉPCSŐK, FÜRDŐSZOBA, WC, PADLÓZAT, KIVILÁGÍTÁS, ÁGY, SZÉK**

A BALESETEK MEGELŐZÉSÉNEK ALAP SZABÁLYAI

- elkerülni a hirtelen és gyors mozdulatokat,
- elkerülni a terhek emelését előre hajolva,
- lehajolni és felállni térdben meghajlított alsó végtagokkal,

- elkerülni a hirtelen előre hajlást és fejforgatást,
- nem szabad hosszú ideig ugyanazon testhelyzetben maradni,
- nem szabad puha és mély karosszékekben ülni,
- nem puha fekvőhelyen aludni,
- rendszeresen tornászni egyszerű tornagyakorlatokat /vigyázat a fájdalom küszöbre/,
- megfelelő lábbelit hordani,
- az izmok elgyengülésénél az izmokat erősítő tornagyakorlatokat végezni – gyakorlatok a vízben, elrugaszkodó és feszítő gyakorlatok,
- járás közben mindig legyenek a kezek szabadon, vásárláskor kerekeken gördülő táskát használni,

a cipő legyen szilárd, csúszást gátló talppal,

- a testhelyzetet lassan változtatni, a hirtelen leüléskor vagy felállásnál fennáll a szédülés és az ezt követő baleset veszélye,
- nem szabad leszállni az ágyról ha nedves a padlózat,
- a tömegközlekedési eszközökön tartózkodni a kapaszkodókon,
- megfelelő WC magasztott ülőkével,
- mellőzni a dohányzást, a kafeint és az alkoholt
- **Lépcsőház** – legyen korlátokkal felszerelve, jól kivilágítva, az első és az utolsó lépcső legyen színesen megjelölve.
- **Fürdőszoba és a WC** – kapaszkodók, magasztott WC ülőke, a kádban legyen csúszást gátló alátét, kádi ülőke, a WC ajtaja nyíljon kifelé. **Padlózat** – felesleges tárgyak nélkül, nem csúszós, nem megfelelőek a nem rögzített szőnyegdarabkák, magas szőnyegek.
- **Világítás** – ne egyenesen, ne vakító, jól világítsa meg az egész teret, ajánlott kis fényt hagyni világítani egész éjjel, lámpa az éjjeli szekrényen.
- **Fekhely, székek** – megfelelő magasság, támasz a kezeknek.
- **Jelzés lehetősége** – lehetővé teszi a gyors segítség hívást.

AZ ESÉS VESZÉLYE JOBBAN FENYEGETI AZT AKI:

- több mint 65 éves
- az izmai elvannak gyöngülve
- egyensúly vagy szédülési zavarai vannak
- gondja van a járással vagy járás zavarai vannak (pl. parkinsonkórosok)
- mozgásszervi betegségekkel küzd (csontritkulás, reuma)

- agyvérzése volt
- látás és hallás zavarai vannak
- szív és érrendszeri betegségei vannak, alacsony vérnyomás
- többféle gyógyszert használ egyszerre

Ha akarja tudni, hogy fenyegeti-e önt az esés, **CSINÁLJON EGY EGYSZERŰ TESZTET:**

1. Készítsen egy egyszerű széket. Álljon fel és üljön le rá egymás után 5-ször.

Ennek 10 másodperc alatt meg kellene történie. Ha, az 5 ismétlés tovább tart az izomereje legyöngült **FENNÁLL AZ ESÉS VESZÉLYE!**

Eredmény:

2. Álljon fel úgy, hogy az egyik lába szorosan a másik előtt legyen, az egyik lába hegye érintse a másik lába sarkát és a kezeit tegye vízszintes testtartásba. Tartson ki ebben a testtartásban 10 másodpercig. A lábai egymástól maximálisan egy centiméterre távolodhatnak el. Ha 10 másodpercig nem tartott ki, lehet hogy az egyensúlytartása károsult **FENNÁLL AZ ESÉS**

VESZÉLYE!

Eredmény:

Ha a teszt eredményei azt mutatják, hogy esés fenyegeti vagy a veszélyeztetett csoportok valamelyikébe beletartozik,

ajánlatos minnél előbb felkeresnie orvosát/nővérét.

RADY AMBULANTNEJ SESTRY PRI PARKINSONOVEJ CHOROBE:

- § Zabezpečte si posteľ a nočný stolík proti pohybu
- § Nainštalujte hrazdičku na posteľ
- § Kontrolujte svoje kroky, dbajte na ich postupné predlžovanie, vyššie dvíhajte kolená, pohybujte aj hornými končatinami a chodievajte s vystretým chrbtom. **ROBTE DLHÉ KROKY!**
- § Striedajte aktivitu aj odpočinok, 2 x denne cvičte, vhodné je aj plávanie
- § Požiadajte Vášho lekára o kompenzačnú pomôcku: axilárnu, Lofstandovu, kanadskú, alebo predlaktťovú barlu, prípadne palicu
- § Dbajte na bezpečnú úpravu prostredia: suchá, nenapastovaná podlaha, dlážka bez prahov, bez zbytočných koberčekov, na ktorých sa môžete potknúť
- § Majte pri sebe stále dostatok hygienických vreckoviek
- § Váš tras Vás nesmie privádzať do rozpakov. Tras rúk ustane, keď kráčate a pritom hojdáte rukami, alebo ak niečo držíte v ruke
- § Hovorte pomaly
- § Čítajte si nahlas
- § Pozorujte kalendár – neustále sa zaujímajte o to, aký je deň, dátum a čas
- § Pozerajte v TV programy, ktoré rozvíjajú Vaše poznávacie funkcie
- § Lúštite krížovky
- § Obliekajte si oblečenia, na ktorých nie sú gombíky, ale suchý zips
- § Dajte prednosť bavlneným rolákom pred košeľami s gombíkmi
- § Obúvajte si topánky, ktoré netreba viazať /suchý zips, nasúvacie – ale s pevnou podrážkou, nie šľapky!/
- § Pite 2-3 litre tekutín denne /nie sladké džúsy, ani minerálky – ale vodu, nesladený čaj/. Minerálky s CO2 sú pri Vašej diagnóze absolútne nevhodné!
- § Jedzte 6-7 x denne v menších dávkach, veľa ovocia a zeleniny /menej mäsa – keď, tak kuracie, alebo morčacie bez kože/
- § Vyhybajte sa konzumácii údenín /klobásy, salámy/
- § Vhodný je tvaroh, syry, strukoviny, zelenina, ovocie, morčacie, kuracie, chudé hovädzie, jahňacie mäso, vláknina, celozrnné potraviny, avokádo, zemiaky, banány, ryby. Vhodné sú „mäkké jedlá“, ktoré môžete ľahko prehltnúť

- § Nefajčite! Vyhýbajte sa nafajčeným miestnostiam!
- § Zdravotnícky personál požiadajte, aby s Vami hovoril dostatočne nahlas, pomaly, zreteľne a aby trpezlivo čakal na Vaše odpovede
- § Užívajte všetky lieky podľa ordinácie lekára, zapite ich dostatočným množstvom vody
- § Neužívajte lieky nalačno
- § Nepospávajte cez deň – líhajte si spať v pravidelnom čase /do 21:00 hod./

AZ ORVOSI RENDELŐBEN DOLGOZÓ NŐVÉR TANÁCSAI A PARKINSZONKÓROS BETEGEKNEK

- Helyezze el úgy az ágyat és az éjjeli szekrényt, hogy az ne csúszhasson el
- Szereljen az ágyra korlátocskát
- Ellenőrizze a lépéseit, fokozatosan hosszabbítsa azokat, a térdeit emelje magasabbra, mozogjon a felső végtagjaival is és járjon ki-egyenesített háttal. CSINÁLJON HOSSZÚ LÉPÉSEKET!
- Váltogassa a mozgást és a pihenést, 2x naponta tornásson, megfelelő az úszás is
- Kérjen az orvosától megfelelő segédeszközt: hónaljmankót vagy könyökmankót estleg pálcát
- Alakítson ki maga körül biztonságos környezetet: a padló legyen száraz ne legyen felpasztázva, a padlózat ne legyenek küszöbök és fölösleges szőnyeg darabkák melyekben elbotlik
- Tartson magánál mindig elegendő tisztasági zsebkendőt
- Ne engedje, hogy a remegése bizonytalanná tegye – képes megállítani a szemhély egyetlen lassú mozdulatával. A kezek remegése megszűnik, ha járás közben a kezeivel is mozog vagy ha valamit tart a kezében
- Beszéljen lassan
- Olvasson hangosan
- Figyelje a kalendáriumot – állandóan érdekelje milyen nap és hanyadika van és hány óra van
- Olyan TV programokat nézzen, amelyek fejlesztik a megkülönböztető képességét
- Fejtsen keresztretjvényt
- Olyan öltözete legyen melyen nem gombok hanem tépőzár van
- Részesítse előnybe a pulóverokat a gombos ingekkel szemben
- Ne hordjon fűzős cipőket, legyenek tépőzárak vagy cúgosak kemény talppal de ne legyenek belépők
- Igyon naponta 2-3 liter folyadékot /ne édes gyümölcslevet, ne ásványvizet, de vizet és édesítetlen teát/. A buborékos ásványvíz teljes mértékben nem felel meg a diagnózisánál
- Egyen 6-7x naponta kisebb adagokat sok gyümölcsöt és zöldséget

/kevesebb húst – csirke vagy pulykahúst bőr nélkül/

- Kerülje a füstölt ételeket /kolbászt, szalámit/
- Megfelelő a túró, a sajtok, a hüvelyesek, a zöldség, a gyümölcs, a pulyka csibe sovány marha és a bányahús, a rostos és magvas élelmiszerek, az avokádó, a burgonya, a banán, a halak. Megfelelőek a puha ételek, amelyeket könnyű lenyelni
- Ne dohányozzon, ne tartózkodjon füsttel telített helyiségben
- Az egészségügyi személyzetet kérje, hogy beszéljenek megfelelően hangosan, lassan és érthetően és türelmesen várjanak a válaszára
- A gyógyszereit az orvosi előírás szerint használja és elegendő vizet igyon utána
- Ne vegye be a gyógyszereit éhgyomorra
- Napközben ne aludjon – feküdjön le mindennap ugyanabban az időben /este 9 óráig/

Krvný tlak je bočný tlak krvného stĺpca na cievnu stenu. Má svoj rytmus – **najvyšší** býva po prebudení a popoludní, **najnižší** včas ráno (okolo tretej až štvrtej hodiny).

Pri záŕaži stúpa.

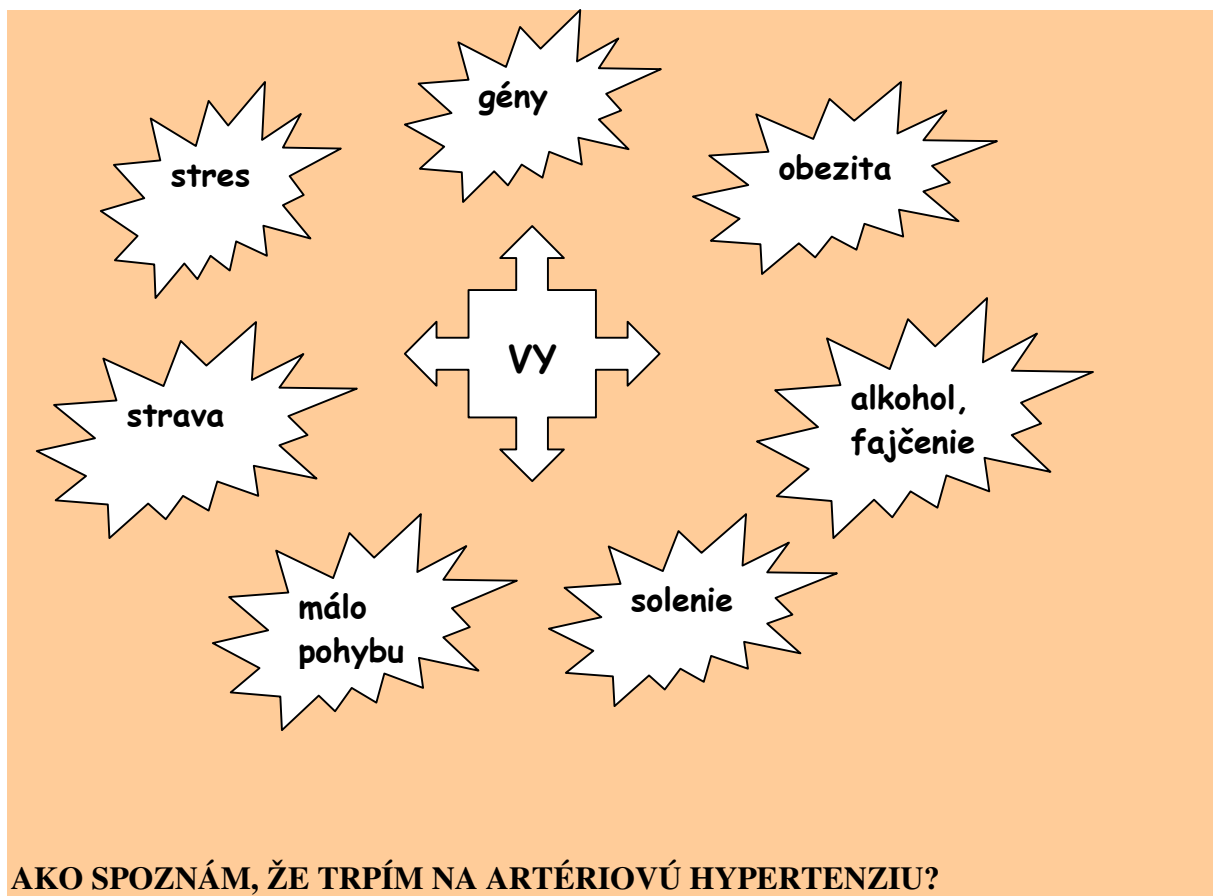
Normálny tlak krvi v dospelosti je 110 – 139 mm Hg systolického krvného tlaku (tlaku pri srdcovom sŕahu) a 60 – 89 mm Hg diastolického krvného tlaku (v čase plnenia srdca krvou).

Artériová hypertenzia (zvýšenie krvného tlaku) je jedným z hlavných rizikových faktorov rýchleho rozvoja aterosklerózy (kôrnatenia tepien), vzniku ischemickej choroby srdca a cerebrovaskulárnych (mozgovocievnych) príhod. Svojím výskytom (25 – 30 %) u dospelaj populácie predstavuje priam **neinfekčnú epidémiu**. Zatiaľ čo v liečbe hypertenzie bol v poslednom desaťročí dosiahnutý veľký pokrok – príčina vzniku tohto ochorenia je stále objasnená nedostatočne. Je to určite dôsledkom toho, že esenciálna (primárna) hypertenzia je multifaktoriálnym ochorením, na vzniku ktorého sa podieľa celý rad mechanizmov.

Hypertenziu delíme na primárnu (výskyt 90 – 95 %), kedy príčinu nepoznáme a sekundárnu (výskyt 5 – 10 %), kedy je príčina známa.

SOM AJ JA OHROZENÝ (-Á) ARTÉRIOVOU HYPERTENZIOU?

To skúste posúdiť – týkajú sa tieto rizikové faktory aj Vás?



AKO SPOZNÁM, ŽE TRPÍM NA ARTÉRIOVÚ HYPERTENZIU?

Hypertenziu možno rozdeliť do 3 štádií – posúďte, či nemáte niektorý z uvedených príznakov – pozor však na jeden dôležitý fakt – **ZÁKERNOSŤ** hypertenzie spočíva práve v tom, že sama o sebe „**nebolí**“. Neskoršie príznaky:

- bolesti hlavy, únava a závraty, krvácanie z nosa
- echokardiograficky Vám kardiológ môže zistiť známky zväčšenia ľavej srdcovej komory, oftalmológ zistí cievne zmeny na očnom pozadí, nezriedka Vám nefrológ diagnostikuje poruchu obličkových funkcií, môžu Vám zistiť aterosklerotické zmeny na cievach
- lekár diagnostikuje postihnutia vyššie uvedených orgánov, ischemickú chorobu srdca, cievnu mozgovú príhodu, ischemickú chorobu ciev dolných končatín, rozšírenie aorty. Stav môže vyústiť až do bezvedomia!

LEKÁR MI ZISTIL ARTÉRIOVÚ HYPERTENZIU – AKO ĎALEJ?

Je to vlastne jednoduché – potrebná je však Vaša zodpovedná spolupráca a zodpovednosť za seba. Nasledujúci príklad netreba vyrátať – treba si ho však zapamätať :

Neslaná diéta + redukčná diéta + pravidelné meranie krvného tlaku + dôkladná farmakologická liečba = optimálna kontrola hypertenznej choroby a jej zvládanie

Čo ďalej?

- neslaná diéta - toto opatrenie je predpokladom /spolu s farmakologickou terapiou/ úspešnej liečby a úpravy krvného tlaku k optimálnym hodnotám

ROZDELENIE POTRAVÍN PODĽA OBSAHU SODÍKA:

<i>Veľmi nízky obsah sodíka (menej ako 40 mg/100 g)</i>	Ovocie, zelenina, cukor, niektoré mliečne výrobky.
<i>Nízky obsah sodíka (40-120 mg/100 g)</i>	Mäso, vnútornosti, mlieko a mliečne výrobky okrem syrov.
<i>Vysoký obsah sodíka (120-400 mg/100 g)</i>	Chlieb, pečivo, nakladaná zelenina.
<i>Veľmi vysoký obsah sodíka (viac ako 400 mg/100 g = 4 g/kg)</i>	Údené masťné výrobky, tvrdé a tavené syry, sušené polievky, slané chipsy, solené oriešky, horčica, sójová omáčka.

- liečba obezity založená na Vašom vlastnom **pričinení sa** a Vašej ochote snahe **prebudovať** svoje pohybové a stravovacie návyky, **akceptovať** iný životný štýl.

Jednoznačne je nevyhnutné **znižiť** celkový energetický príjem a jedlo **rozdeliť** na viac porcií. Zníženie energetického príjmu sa dá dosiahnuť **obmedzením** tukov (smažené, údeniny, tučné mliečne výrobky, tučné mäsa, rýchle občerstvenie typu fast food). Potrebné je obmedziť aj príjem **sacharidov** (sladké tekutiny, veľké porcie chleba, pečiva, príloh) a alkohol. Vhodné je **zvýšiť** príjem tekutín, zeleniny, ovocia a kvalitných bielkovín. Stres, či problémy „nezajedajte“ čokoládou, či inými sladkosťami, skôr ochutnajte sušené ovocie. Pozor - bezpečná rýchlosť straty hmotnosti je ½ kilogramu za týždeň.



- nezabudnite zvýšiť výdaj energie pohybovou aktivitou
- prestaňte fajčiť – čím skôr – tým lepšie

- stres je dnes aktuálny fenomén, ale...je nemožné stres úplne odstrániť – naučte sa ho však zvládať! Ako? „Pokey“ s dobrými priateľmi, udržiavanie sa vo fyzickej kondícii športom, vyhľadávanie situácií, ktoré nás robia šťastnými a naplňajú nás (aj keď ide o banality – napríklad vyrozprávanie sa svojmu štvornohému miláčikovi – psovi)
- vzhľadom na nebolestivosť hypertenzie mnoho pacientov vysadzuje lieky a nelieči sa (keď ma nič nebolí, prečo by som užíval tabletky?). Nie je to správne – pretože často dôjde k závažným a ťažko riešiteľným komplikáciám. Jedným z nich je napríklad tzv. **rebound fenomen** – situácia, kedy po vysadení liekov dôjde k extrémnemu zvýšeniu tlaku krvi
- pokiaľ si doma opakovane odmeriate vysoký tlak krvi – vyhľadajte lekára. Odporúča sa merať si tlak krvi pri ťažkostiach, ktorými sú bolesti hlavy, bolesť na hrudníku, krvácanie z nosa, pocit neistoty v končatinách, závraty. Výsledky si **zapisujte** a informujte o nich lekára
- a ešte niečo – dôsledne kontrolujte stav Vášho tlakomera – pokiaľ zistíte poruchu – navštívte príslušný servis.

LIEČIM SA NA ICHS – NEVIEM VŠAK PRESTAŤ FAJČIŤ, ČO S TÝM?

Ischemická choroba srdca vzniká v dôsledku chorobných zmien na koronárnych cievach. Cievny sú v dôsledku chorobných zmien zúžené a tak dochádza k spomalenému a nedostatočnému prísunu krvi do srdca. Hrozí nám infarkt srdcového svalu, možno smrť. Fajčenie je proces, pri ktorom takisto dochádza k zúženiu cievy.

Čo to znamená?

- prítok krvi do srdca je spomalený,
- srdce je nedostatočne vyživované,
- srdce trpí nedostatkom kyslíka,
- hrozí infarkt srdcového svalu,
- hrozia vážne – ba až smrteľné komplikácie.

Čo teda spôsobuje cigareta pri ICHS?

- 1 cigareta stiahne cievy, ktoré privádzajú krv do srdca až na 6 hodín,
- už pri 4 cigaretách denne sú cievy stiahnuté až 24 hodín,
- fajčenie zhoršuje dýchanie a tým prísun kyslíka do organizmu,
- fajčenie spôsobuje rakovinu /nielen pľúc/,
- je jedno, či fajčíte 4, alebo 10 cigariet denne – Vaše srdce trpí celý deň.

Čo si teda spôsobujem, keď sa liečim na ICHS a fajčím?

- Keď sa liečim na ICHS – snažím sa vyhnúť infarktu srdca.
- Keď pri tom zároveň fajčím – kráčam infarktu v ústrety a volám: „*Pod, infarkt, čakám ťa!*“

Lenže ja neviem, ako prestať!

Je to pritom také jednoduché! Najprv si treba uvedomiť, ako veľmi si poškodzujete zdravie.

Následne:

- C) Uvedomiť si, koľko peňazí míňate na kúpu cigariet!

- D)** *Zamyslieť sa nad tým, či je naozaj zmysluplné vdychovať do seba jed a vyfukovať ho do okolia a škodiť tým aj iným!*
- E)** Premyslieť si, čo všetko by ste si mohol za peniaze ušetrené pri nefajčení dopriať každý deň, každý mesiac!
- F)** *Prerátať si, koľko ste už minul na cigarety a aký ste mal z toho osoh?!*
- G)** Rozhodnúť sa: „Už si cigarety nekúpim!“ a skutočne si ich nekúpiť!
- H)** *Keď vidíte fajčiť iných – pomyslieť si: „Aký som bol múdry – čo z toho iní vlastne majú, keď odhadzujú vyfajčený ohorok?“*
- I)** Niekoľkokrát denne si pozrieť na prsty a uvedomiť si, že už nie sú také žlté a odpudivé ako predtým...
- J)** *Pokojne pobozkať manžela /manželku/, či deti a tešiť sa z toho, že dych je sviežejší, príjemnejší!*
- K)** Tešiť sa z toho, že už nie ste trpiteľom na návšteve u nefajčiarov!
- L)** *Vylúčiť iné návyky, ktoré viedli k zapáleniu si cigarety /namiesto rannej kávy si uvariť čaj a vychutnať si jeho silu, vôňu a sviežosť/.*
- M)** Občas sa zamyslieť nad tým, že sú na svete aj dôležitejšie veci, ako niekoľkokrát denne držať medzi prstami bezvýznamnú tyčinku!
- N)** *Využívať plodne čas, ktorý ste predtým strávili pri márnivom „šlukovaní“.*
- O)** Nechať sa pochváliť lekárom a sestrou za to, že sa Vám upravili hodnoty krvného tlaku a že EKG nález je oproti minulej návšteve lepší!
- P)** *Kade chodiť – tade sa chváliť tým, že ste nad fajčiarskou závislosťou zvíťazili!*

NA ZÁVER:

Fajčenie je závislosť. Nedá sa vrátiť k fajčeniu a zasa prestať. Prestať treba:

- **NÁHLE,**
- **NAVŽDY.**

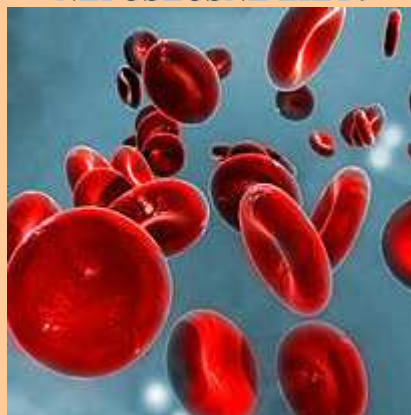
Každý deň si povedať :

„Vyhrál som nad fajčením, vyhrám aj nad ICHS. Tak - ako som prestal fajčiť - vzdám sa aj iným nesprávnych návykov!“

Viete, že ste silnejší, ako si myslíte a dokážete to?

Prečo? Lebo my ľudia sme rozumní!

Tak si povedzte hneď teraz: „Vyhni sa mi, infarkt – mňa nedostaneš,“ a odhod'te škatuľku s cigaretami do najbližšieho koša!

PREVENIA TROMBOEMBOLICKÝCH KOMPLIKÁCIÍ – AKO „OKLAMATĚ“ NEPOSLUŠNÉ ŽILY?**VENÓZNY (ŽILOVÝ) TROMBOEMBOLIZMUS ZAHŔŇA DVE ODLIŠNÉ KLINICKÉ JEDNOTKY:**

- hlbokú venóznú trombózu, čiže stav, pri ktorom vzniká krvná zrazenina v žile,
- pľúcnu embolizáciu, teda postupné upchávanie pľúc krvnou zrazeninou - embolom.

Výsledkom venózneho tromboembolizmu môže byť úplné rozpustenie trombu bez klinických prejavov, alebo až smrť v dôsledku embolizácie do vetiev arteria pulmonalis v pľúcach.

Smrteľná pľúcna embólia v štátoch EU spôsobí viac ako **500 000** úmrtí ročne, čo predstavuje viac ako počet všetkých úmrtí na AIDS a dopravné nehody!

**NEBOJTE SA!**

Prevenca tromboembolickej choroby je za súčasných podmienok účinná, ak **využívate** odporúčané postupy.

STE OHROZENÍ?

Predpokladom vzniku tromboembolickej choroby sú nasledujúce príčiny:

- poškodenie žíl v oblasti operačného poľa (ak ste po operácii),
- spomalenie krvného prúdu (poloha počas operácie, po operácii, pokles krvného tlaku),
- zvýšená zrážanlivosť krvi (u obéznych, starších a vychudnutých jedincov).

PODĽA ZÁVAŽNOSTI RIZÍK Z POHĽADU OPERÁCIÍ ROZLIŠUJEME:

- A) **Nízke riziko:** menší chirurgický výkon trvajúci kratšie ako 30 minút bez ďalších rizikových faktorov okrem veku, **alebo** väčší chirurgický výkon trvajúci dlhšie ako 30 minút vo veku 40 rokov, **alebo** menší úraz.
- B) **Stredné riziko:** väčší úraz alebo popáleniny, **alebo** menší chirurgický výkon alebo úraz, ak trpíte trombofíliou alebo tromboembóliou v minulosti.
- C) **Vysoké riziko:** zlomenina alebo ortopedická operácia, **alebo** chirurgický výkon pre zhubný nádor, **alebo** väčší chirurgický výkon alebo úraz, ak trpíte trombofíliou, alebo tromboembóliou v minulosti, **alebo** väčšia amputácia dolnej končatiny.

Riziko sa zvyšuje pri pobyte na lôžku dlhšom ako 4 dni a v tehotenstve!

POZORUJTE SA – PRÍZNAKY VÁM NAŠEPKAJÚ:

- **Bolesť končatiny** – jednostranná, niekedy trvalá, inokedy vyvolaná zmenou polohy pri vstávaní, kašli, alebo ohnutím nohy nahor a dozadu (tzv. Homansovo znamenie)
- **Opuch** – jednostranný (zistíte premeraním obvodu končatiny krajčírskym metrom)
- **Sčervenanie** - jednostranné
- Postihnutá končatina je **teplejšia**
- Môže sa objaviť **opuch členka**
- Začervenalý, opuchnutý, na pohmat tuhý a bolestivý povrazec v priebehu kmeňových žíl

POZOR: Väčšina hĺbkových žilových trombóz nie je pri svojom vzniku spojená so žiadnymi príznakmi, ale už v tomto štádiu môže byť zdrojom nebezpečnej embolizácie! Veľkou chybou je preto neskorá návšteva Vašej ambulancie...

PREVENTÍVNE OPATRENIA

- V operačnom procese sa používajú antikoagulanciá (norma 4 týždne až 3 mesiace)

- Počas liečby sa sleduje tzv. hladina INR, ktorej hodnoty sú v norme pri číselkách **2,0 – 3,0**
 - Antikoagulačná liečba nepôsobí na trombus, ktorý sa už vytvoril
- Ak ste Vaším lekárom označený ako „rizikový pacient“ – musíte nosiť elasticke pančuchy
 - Nikdy nesaďte na stoličke bez správnej podpory dolných končatín
 - Riziko, že nedopadnete najlepšie je veľmi vysoké, ak ste fajčiarkou (-om)
- Čím skôr začnete chudnúť – tým lepšie, zbavíte sa jedného rizikového faktora ∩
- Ak ste slečna a žena – skutočne dôsledne zvažujte antikoncepciu užívanú ústami a substitučnú hormonálnu terapiu

SESTRA V AMBULANCI, ČI NA ODDELENÍ VÁS POUČÍ O NASLEDUJÚCICH

OPATRENIACH:

CVIČENIE

NASADZOVANIE KOMPRESNÝCH PANČÚCH

HYDRATÁCIA

POZOROVANIE PRÍZNAKOV

DYCHOVÉ CVIČENIA

- 1) **Cvičenie:** po operácii by sa malo mal realizovať každú hodinu. Myslite na to, že hlboké dýchanie napomáha žilovému návratu krvi do srdiečka ∩ .

CVIČME SPOLU:

10 x spevnite a uvoľnite svaly dolnej končatiny

10 x pokrčte a natiahnite prsty na nohách

10 x pokrčte a natiahnite nohu v členku

10 x pokrčte a natiahnite nohu v kolene

10 x pokrčte a natiahnite nohu v bedrách tak, že sa koleno pokrčí a zdvihne až k hrudníku

10 x sa zhlboka nadýchnite

POZOR, POZOR:

- Nekrížte dolné končatiny ani v ľahu, ani v sede, ani v stoj!
- Neležte, nesaďte tak, aby na Vaše lýtko niečo tlačilo!
- Neležte a nespíte na operovanej končatine!
- V polohe na boku majte medzi nohami vankúš!

- Nekúpte sa v horúcej vode!
- Nepriberajte na váhe!!!!
- Nepreť ažujte dolné končatiny v stoji, či pri chôdzi!
- Nechodievajte po mokrej podlahe, zabránite úrazom!
- Postupne môžete začať plávať, či bicyklovať po rovnom a bezpečnom teréne.

2) **Nasadzovanie kompresných pančúch:** ktoré však nesmiete nosiť, ak trpíte na ischemickú chorobu dolných končatín, či diabetickú neuropatiu!

Pančucha musí byť prispôsobená šírke nohy (8 – 15 cm, prísne posudzované lekárom).

Po prvých naloženiach pančuchy sledujte farbu prstov na končatine, teplotu kože končatiny.

Pančuchy naťahujte tak, aby nevytvárali záhyby.

Pančuchy denne dávajte dole kvôli hygienickej starostlivosti – po osprchovaní ich znova nasadiť.

Lahké zapudrovanie pomáha pri nasadzovaní pančúch, pretože sa ním obmedzuje trenie.



3) **Hydratácia:** potrebné je prijímať dostatočný príjem tekutín, ideálne je napiť sa po kúsku každú hodinu. Myslite na to, že dehydratácia **zvyšuje** riziko vzniku hlbokej žilovej trombózy!

4) **Príznaky**, ktoré musíte sledovať a síce:

- Horúčka
- Bolesť lýtka
- Opuch
- Teplota končatiny
- Bolesť na hrudníku
- Sťažené dýchanie

5) **Dychové cvičenia:** nacvičme ich hneď a spolu.

Sadnite si a pokrčte kolená

Lahko položte ruku na brucho

Dýchajte pozvoľna nosom až pokým sa brucho úplne nezdvihne

Zadržte dych na 5 sekúnd

Vydychujte pomaly so zošpúlenými perami

Opakujte 7 x za sebou

Neustále myslite na všetky rady lekára a sestry týkajúce sa liekovej terapie.

Na kontroly chodievajte pravidelne a informujte lekára o každej zmene Vášho stavu.

Ďalší vývoj Vášho stavu závisí od liečby, dodržiavania preventívnych opatrení, od kvality Vášho rodinného a sociálneho zázemia, ale predovšetkým od Vašej zodpovednosti za Vaše zdravie a ďalší život bez obáv.



Zoznam bibliografických odkazov:

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. s. 350. ISBN 978-80-247-1830-9

KOPECKÁ, K., KOPECKÝ, P. *Zdravie a klinika chorôb*. Martin: Osveta, 2003. s. 695. ISBN 80-8063-117-4

KUBISZ, P. Nové možnosti prevencie a liečby VTE pri artroplastike kolena a bedra v ortopedickej chirurgii. In: *Lekárske listy, odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2009. s. 36 – 41.

LACKO, A., BENKER, B. et al. *Vnútorne lekárstvo pre ošetrovatelstvo*. Turany: P+M, 2007. s. 169. ISBN 978-80-8084-146-1

LACKOVÁ, Ž. Pacient s pooperačnými cievnymi komplikáciami. In: *Sestra a lekár v praxi*. 2005, roč. IV, č. 11, s. 30 - 31. ISSN: 1335-9444

POLHORSKÁ, M. Rehabilitácia po TEP bedrového kĺbu. In: *Sestra a lekár v praxi*. 2009. roč. VIII, č. 5 – 6, s. 16. ISSN: 1335-9444

Štandardy v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii. ProCare, a.s. Bratislava, 2009, s. 59. ISBN 978-80-970155-6-5. EAN: 9788097015565.

RICHARDS, A., EDWARDS, Sh. *Repetitorium pro zdravotní sestry.* Praha: Grada, 2004. s. 375. ISBN 80-247-0932-5

WORKMAN, B., BENNET, C. *Klíčové dovednosti sester.* Praha: Grada, 2006, s. 259. ISBN: 80-247-1714-X

