

**SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK
SEKCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ODBOROCH VNÚTORNÉHO LEKÁRSTVA
REGIONÁLNA KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK V PRIEVIDZI
INTERNÉ ODDELENIE NsP PRIEVIDZA SO SÍDLOM V BOJNICIACH**



**VIII. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH
V ODBOROCH VNÚTORNÉHO LEKÁRSTVA**

22.3 – 23.3. 2013

ZBORNÍK



BOJNICE 2013

Autor/ Editor: Monika Nováková, Zuzana Háziová

Recenzenti:

Mgr. Zuzana Háziová

Mgr. Jana Bojková

Mgr. Monika Nováková

ISBN 978-80-89542-29-1

EAN 9878089542291

II. vydanie

© Copyright by Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Vydavateľ:

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Amurská 71

821 06 Bratislava

Za jazykovú a obsahovú stránku zodpovedajú autori príspevkov.

ZNENIE CELÝCH PRÍSPEVKOV

(IN EXTENZO)

Editori uverejnili celé znenie len tých príspevkov, ktoré autori odovzdali do stanoveného dátumu pred konaním samotnej konferencie.

OBSAH

Predhovor

Mojžišová, Z. (Trenčín)

Aneurizma aorty- boj s časom, kazuistika.....6

Rónayová, I., Šmagalová, M. (Košice)

Endovaskulárna liečba ochorení aorty.....12

Sanigová, B. (Ružomberok)

Sestra v operáciách medzinárodného krízového manažmentu.....13

Gondárová- Vyhničková, H. (Ružomberok)

Odporúčania ERC 2010 pre kardiopulmonálnu resuscitáciu.....16

Záhradárová, M. (Bojnice)

Ľavostranné zlyhanie srdca –verzus zdravotnícky záchranár.....25

Surová, J. (Lubochňa)

SND v podmienkach slovenského zdravotníctva.....26

Ondrejková, N. (Bojnice)

Edukačná činnosť diabetologickej ambulancie.....27

Mojžišová, Z., Bačišinová, S. (Trenčín)

Rola sestry na pracovisku hyperbarickej oxygenoterapie.....39

Drexlerová, A. (Bojnice)

Špecifiká práce sestry na urgentnom prijme.....48

Vondříčková, K. (Praha)

Aplikace YTTRIA.....55

Nováková, M., Prištincová, Z. (Piešťany)

Spoznávajme reumatické ochorenia- Pagetova choroba.....57

Prištincová, Z., Nováková, M. (Piešťany)

Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti pri systémovej skleróze.....63

Recenzný posudok na príspevky zborníka z VIII. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva v dňoch 22.- 23.3.2013 v Bojniciach.....67

Index autorov.....70

PREDHOVOR

Vážení účastníci konferencie,

Dovoľte mi, aby som Vás privítala pri predkladaní II. vydania recenzovaného zborníka na 8. Celoslovenskej konferencii sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva. Podujatie je organizované Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek, Sekciou sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva, Regionálnou komorou sestier a pôrodných asistentiek v Bojniciach a interným oddelením NsP v Prievidzi so sídlom v Bojniciach. Hlavné témy tejto konferencie sa zameriavajú na špecifiká intenzívnej starostlivosti v odboroch vnútorného lekárstva. Nevynechali sme trendy v starostlivosti o pacientov s endokrinologickými ochoreniami a dôležitou témou sú aj špecifiká starostlivosti o pacientov s chorobami kardiovaskulárneho systému. Teší nás, že zborník mohol vyjsť a ukázať na výsledky usilovnej práce autorov. V budúcnosti uvítame príspevky od viacerých prednášateľov. Naším cieľom bolo predložiť zborník, ktorý sa stane cenným zdrojom informácií a poslúži aj na rozvoj ošetrovateľstva.

Organizačný výbor ďakuje všetkým účastníkom konferencie za záujem o dané témy, usporiadateľom za podporu konferencie a sponzorom za finančnú účasť.

Mgr. Monika Nováková - predsedníčka sekcie

ANEURYZMA AORTY – BOJ S ČASOM, KAZUISTIKA

Zuzana MOJŽIŠOVÁ

FN Trenčín – Interná JIS

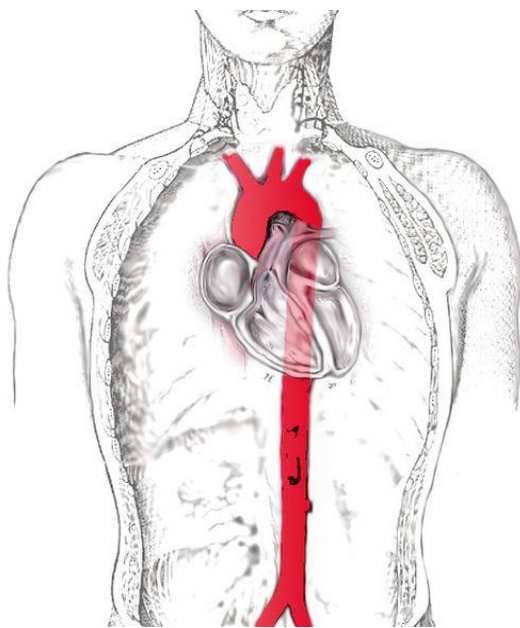
ABSTRAKT

Disekcia aorty predstavuje závažné ochorenie, ktoré si vyžaduje absolútnu istotu pri stanovení a následnom vylúčení diagnózy. Diagnostický proces vzhľadom na akútne ohrozenie života človeka musí prebiehať veľmi rýchlo a precízne. Často sa v praxi stretávame so situáciou, kedy môžu symptómy a klinický priebeh ochorenia mylne viesť diagnostický proces nesprávnym smerom. Vyskytuje sa u 4 až 7 % pacientov v 6 - 7 dekáde veku života a 5 x častejšie u mužov, kedy na Slovensku je incidencia 300 pacientov ročne.

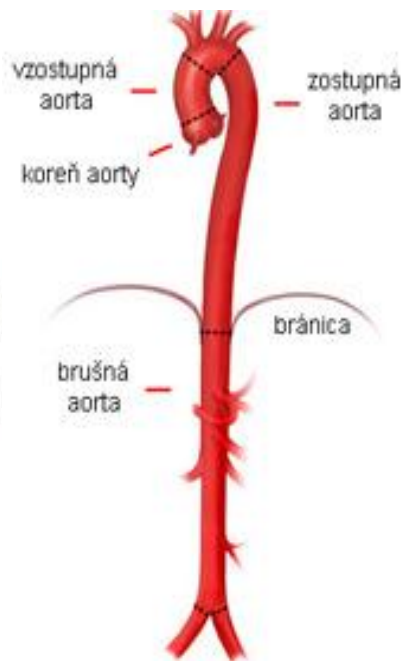
Kľúčové slová: Aneurizma. Aorta. Disekcia aneurizmy aorty. Zobrazovacie metódy.

ANATÓMIA AORTY

Aorta je najväčšou a najviac namáhanou cievou v organizme človeka, ktorá odstupuje z ľavej komory. Rozlišujeme jednotlivé úseky aorty, kedy v hrudníku hovoríme o hrudníkovej aorte - torakálnej a po prechode bránicou do brucha o brušnej aorte - abdominálnej. Hrudníková aorta sa delí na 3 časti: vzostupnú - ascendentnú vedie krv priamo zo srdca po oblúk aorty. Oblúk aorty predstavuje druhú časť, kde z aorty odstupujú tepny zásobujúce horné končatiny a mozog. Hrudná aorta končí zostupnou časťou - descendentná aorta vedie krv z oblúka do brušnej aorty do orgánov brušnej dutiny a dolných končatín. (obr. 1,2)



Obr. 1



Obr. 2

ANEURIZMA AORTY A JEJ TYPY

„Aneurizma aorty je lokalizované rozšírenie aorty s priemerom, ktorý je minimálne o 50% väčší než očakávaný priemer aorty s prihliadnutím na pohlavie a spôsob zobrazenia“ (Radoňak, 2006, s. 12). Vzniká ako dôsledok degeneratívnych zmien steny aorty pri aterosklerotickom ochorení alebo jej zápale, infekčnom ochorení, genetickej predispozícii alebo v dôsledku dlhotrvajúceho vysokého tlaku. Disekujúca aneurizma aorty patrí k najzávažnejším ochoreniam kardiovaskulárneho systému, kedy dochádza v intíme aorty k vzniku trhliny a následnému rozštípeniu jej steny hlavne médiu. Do cievnej steny preniká krvný prúd, čím vzniká pravý a nepravý lúmen. (Obr. 3) Cieva je postupne oslabená a vytvára sa v nej disekujúci hematóm, čo vyvolá aneurizmatické vyklenutie aorty. Vo fatálnych prípadoch dochádza k smrteľnej ruptúre a krvácaniu do pohrudničnej dutiny alebo perikardiálneho vaku so vznikom tamponády srdca. (Fišerová - Pavlovič, 1989)



Obr. 3

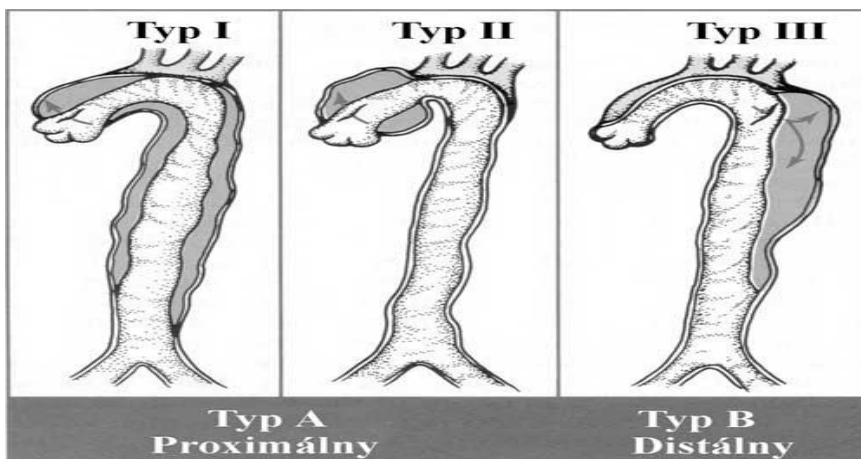
Jednou z najdôležitejších úloh, bezprostredne ovplyvňujúcich ďalší terapeutický postup je klasifikácia disekcie. Za akútnu považujeme disekciu ak od jej vzniku neuplynulo viac ako 14 dní a jej rozsah je vyjadrený staršou DeBakeyho, resp. novšou Stanfordskou klasifikáciou.(Obr.4)

A typ – postihuje aortu ascendens

- 50-60% pacientov zomiera do 48 hodín, 90% zomiera do 1 mesiaca
- operačná mortalita je 25-30%

B typ – postihuje aortu descendens s možným pokračovaním na abdominálnu aortu

- hospitalizačná mortalita je 10-15%
- operačná mortalita je 28-65 %



(Obr. 4)

Klinický obraz disekcie aneurizmy aorty

- náhla, trhavá a prudká bolesť na hrudníku za sternom – „ pocit roztrhnutia“ dosahuje maximálnu intenzitu krátko po vzniku disekcie s iritáciou do brucha u 90% pacientov – refraktérna na bežnú analgéziu
- synkopa
- hypertenzná kríza, alebo hypotenzia až šokový stav
- príznaky srdcového zlyhávania
- aortálna regurgitácia
- tamponáda srdca
- pulzový deficit – asymetria pulzu viac ako 20 torr
- oklúzia veľkých ciev
- EKG nešpecifické zmeny

Diff. diagnostika disekcie aneurizmy aorty

- AKS a IM
- Perikarditída
- Muskuloskletálna bolesť
- Aortálna regurgitácia
- Mediastinálny tumor
- Pleuritída
- Pľúcna embólia
- Cholecystitída

Diagnostika

- RTG hrudníka
- ECHO
- CT angiografia
- MRI
- TTE, TEE

Úskalia diagnostiky disekcie aneurizmy aorty

- pri možnom IM a AKS vždy treba myslieť na disekciu aneurizmy aorty
- bez zobrazovacích metód ju nikdy nemožno vylúčiť!!!!!!
- 1/6 pacientov zomiera pred zahájením operačného výkonu

Liečba

- je konzervatívna, chirurgická a endovaskulárna

Disekcia ascendentnej časti aorty - úsek aorty medzi srdcom a oblúkom aorty je prakticky vždy indikáciou k chirurgickej liečbe i napriek tomu, že aj skorá adekvátna chirurgická liečba

je zaťažená vysokou úmrtnosťou. Metóda chirurgickej liečby spočíva v odstránení poškodenej časti aorty a náhradou za cievnu protézu. Disekciu descendentnej časti aorty je možné riešiť konzervatívne, predovšetkým agresívnou kontrolou krvného tlaku a frekvencie srdca betablokátormi. Endovaskulárna liečba – stentgraftovanie sa používa pri disekcii descendentnej a abdominálnej aorty, kedy sa do miesta aneuryzmy zavedie stentgraft, ktorý vyvolá trombotizáciu v postihnutom mieste.

KAZUISTIKA

TO: 32 ročný pacient o 19:00 privezený na internú ambulanciu Fakultnej nemocnice v Trenčíne posádkou RLP s bolesťami za hrudnou kosťou, kedy od 12:00 pociťoval ťažobu, nauzeu a 3 krát zvracal žalúdočné šťavy.

OA: bez významného predchorobia, 2 roky liečená hypertenzia

LA: Coronal 2,5 mg denne

Abúzus: cigarety 15 denne

SA: pracuje ako murár

Objektívne vyšetrenie

- vedomie lucídne, orientovaný, bledý kolorit kože, bez cyanózy, eupnoe
- brucho nebolestivé, bez palpačnej citlivosti

FF: TK – 100/75, P- 110/min, D – 20/min, sat O₂ – 95%

Medicínsky manažment

- klinický obraz
- fyzikálne vyšetrenie
- EKG vyšetrenie, laboratórne vyšetrenie
- ECHO vyšetrenie
- RTG hrudníka a CT angiografia aorty

CT angiografia hrudníka - aorty

- výrazná diseckcia ascendentnej aorty
- enormná aneuryzma ascendentnej aorty šírky 79x76 mm, šírka oblúka aorty fyziologická 24 mm

Záver: diseckcia aneuryzmy aorty typu Stanford A

Priebeh

- príjem na lôžko JIS interné oddelenie
- monitoring srdcovej činnosti a FF: TK - 85/60, P – 110/min, sat O₂: 90%,

- zaistenie 4j ERD
- zaistenie i.v prístupu
- konzultácia NUSCH Bratislava – neúspešná
- konzultácia SUSCH Banská Bystrica - úspech

Pacienta po dohovore so službukonajúcim lekárom prekladáme 21:55 posádkou RLP (letecký transport pre neletové podmienky nemožný) do SSUCH Banská Bystrica. Prikladáme 4j ERD k operačnému zákroku.

Záver

Podľa spätných informácií posádka RLP pacienta odovzdala 1:30 v Banskej Bystrici v SSUCH a pacient ešte pred operačným zákrokom o 2:15 na operačnom stole exitoval.

U každého pacienta, kde sa objaví bolesť za hrudnou kosťou je nutné v rámci prednemocničnej zdravotnej starostlivosti myslieť okrem iného i na možné poškodenie aorty. Preto je potrebné dodržiavať prísny klud a eliminovať pohyb. Pacient s disekujúcou aneuryzmou aorty je vždy uložený na oddelenie intenzívnej starostlivosti, kde sa rieši ďalší manažment ochorenia.

POUŽITÁ LITERATÚRA

DOBIÁŠ, V. 2006. *Urgentná zdravotná starostlivosť*. 1.vyd. Martin: OSVETA, 2006. 160 s. ISBN 80- 8063-214-6.

FIŠEROVÁ, J., PAVLOVIČ, J. 1989. *Akutníkardiologie*. 1.vyd. Praha: AVICENUM, 1989. 381 s.

KOLÁŘ, J. et al. 2009. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. vyd. Praha: GALÉN, 2009. 480 s. ISBN 978-80-7262-604-5

RADOŇAK, J. 2006. *Ochrana mechy pri operáciách torakoabdominálnej aneurizmy aorty*. 1. vyd. Košice: CompuGraph, 2006. 135 s. ISBN 80-969103-3-7

Kontaktná adresa autora:

Mgr. Zuzana Mojžišová

Veľké Bierovce 191, 913 11

zuzanamojzisova@centrum.sk

0902 220 764

ENDOVASKULÁRNA LIEČBA OCHORENÍ AORTY

Ivana RÓNAYOVÁ, Monika ŠMAGELOVÁ

VÚSCH a.s. Košice, Klinika kardiológie - angiologická jednotka

ABSTRAKT

Aneuryzma hrudnej, ale aj brušnej aorty je v súčasnosti pomerne často akútne diagnostikovaným ochorením. Včasná diagnostika a liečba predlžuje život pacienta a zlepšuje kvalitu života jednotlivcov. V súčasnosti sa preferuje nechirurgická, endovaskulárna liečba – implantácia stentgraftu.

Pacienti indikovaní k implantácii stentgraftu sú hospitalizovaní na angiologickej jednotke, kardiologického oddelenia. Pacienti po výkone majú zabezpečenú intenzívnu starostlivosť a monitoring.

Sestry na angiologickej jednotke intenzívnej starostlivosti zabezpečujú komplexnú starostlivosť, so špecifickými úlohami pred a po výkone s dôrazom na edukáciu.

Kľúčové slová: Aneurizma aorty. Endovaskulárna liečba. Stentgraft. Angiologická jednotka. Komplexná starostlivosť. Edukácia.

Kontaktná adresa autora:

Mgr. Ivana Rónayová

Mgr. Monika Šmagelová

Ondavská 8

VÚSCH a.s. Košice, 040 11

ivana.ronayova@gmail.com

SESTRA V OPERÁCIÁCH MEDZINÁRODNÉHO KRÍZOVÉHO MANAŽMENTU

Beáta SANIGOVÁ

Úrad hlavného lekára, VÚ 1355, Ružomberok

ABSTRAKT

Sestra vo svojej práci zastáva mnoho profesiových rol. Okrem roly poskytovateľky ošetrovateľskej starostlivosti, edukátorky, manažérky a ďalších “štandardných rol“, niektoré sestry plnia rolu sestry - vojaka. Práca sestry v OS SR je veľmi špecifická. Okrem odborných príprav a účasti na vzdelávacích programoch, musí mať vojenské vystupovanie, poznať vojenské predpisy a účasť sa vojenských výcvikov. Absolvuje všetky výcviky, ako ostatní vojaci. Rozdiel medzi vojenskou a civilnou sestrou je hlavne v nasaditeľnosti. Príspevok prináša pohľad na sestru – vojačku.

Kľúčové slová: Sestra. Vojenské zdravotníctvo v SR. Špecifiká práce vojenskej sestry .

Sestra v profesionálnej armáde je predovšetkým vojak. Slúži v štátnej službe a musí sa podriaďovať vojenskej disciplíne. Musí vedieť ovládať nielen zručnosti sestry, ale aj zručnosti vojenské. Absolvuje všetky výcviky, ako ostatní vojaci. Ošetrovanie poranenia je náročné i za optimálnych pracovných podmienok. Na bojisku sú však podmienky veľmi vzdialené ideálnemu stavu. Môže byť tma, nepohodlie, hluk, vlhko, alebo chladno, situácia môže byť nebezpečná a zdravotníci môžu byť unavení, hladní, či vyľakaní. Základnou ambíciou je prevedenie život a končatiny zachraňujúce výkony, stabilizácia raneného a jeho príprava k zabezpečenému transportu, až komplexnej liečbe. V rámci liečebne odsunového systému, definujeme v súlade so štandardmi NATO štyri úrovne poskytovania zdravotníckej starostlivosti (Klein, 2005, s.28).

Typy zariadení podľa úrovne poskytovanej zdravotnej starostlivosti

Prvá úroveň - ROLE 1 (práporne obväzisko)

Na tejto úrovni sa poskytuje prvá lekárska pomoc, triedenie ranených, resuscitácia a stabilizácia pre transport. Je základným prvkom prvej pomoci a preto musí byť ľahko dostupná a vždy pripravená pre všetkých príslušníkov vojska. Za normálnych okolností robí

bežné prehliadky chorých, ošetrenia drobných poranení a nezávažné ochorenia, umožňujú rýchly návrat pacientom do služby, ďalej zbiera ranených z miesta zranenia a pripravuje pacientov na odsun.

Druhá úroveň - ROLE 2 a ROLE 2E (zdravotnícka rota)

Bežne na tejto úrovni sa prevádzajú výkony, ktoré sú zamerané na kontrolu krvácania, záchranu končatín a stabilizáciu. Vytvárajú sa tu lôžka dočasnej hospitalizácie slúžiace pre krátkodobú liečbu ranených a chorých za predpokladu rýchleho uzdravenia.

ROLE 2E (posilnená úroveň)

Spravidla ide o malú poľnú nemocnicu, ktorá poskytuje základnú sekundárnu starostlivosť pozostávajúcu z primárnej chirurgie, jednotky intenzívnej starostlivosti, lôžok dočasnej hospitalizácie, poľného laboratória aariadenia k dekontaminácii vojakov zasiahnutých chemickými, alebo biologickými látkami.

Tretia úroveň - ROLE 3

Tieto zdravotnícke zariadenia sú určené k sekundárnej starostlivosti v rozsahu, ktorý je obmedzený zásadami starostlivosti v poli a dĺžkou dočasnej hospitalizácie. Táto úroveň zariadenia je schopná poskytnúť špecializovanú chirurgiu, špecializované diagnostické vyšetrenia, preventívne lekárstvo a hygiena prostredia.

Štvrtá úroveň - ROLE 4 (stále nemocnice na území štátu)

Zariadenia štvrtej úrovne poskytujú definitívne lekárske ošetrenia pre pacientov, keď ich liečba časovo prekračuje rámec odsunovej taktiky, alebo vyžaduje odborné kapacity prevyšujúce možnosti tretej úrovne. Zahrňuje poskytovanie špecializovaných chirurgických výkonov, rekonštrukčnú chirurgiu a rehabilitáciu, taktiež aj doliečovania v nechirurgických odboroch a rehabilitácia. Bežne sa už takáto starostlivosť poskytuje na území vlastných štátov (AJP – 4.10(A) Spoločná doktrína zdravotníckeho zabezpečení, 2006).

Štáty NATO používajú medzinárodný T-systém (Treatment –liečba) :

T1 – (červené označenie) okamžitá liečba,

T2 – (žlté) odložená liečba,

T3 – (zelené) minimálna liečba,

T4 – (čierna) pomocná liečba. (AJP – 4.10 Doktrína NATO, 1999, s.11-12).

Stať sa vojakom je povolanie, ktoré je skutočne pre „železných mužov a ženy“. Vyžaduje nie len samotnú fyzickú kondíciu, odhodlanie a vôľu, ale hlavne trénovať a učiť sa niečo nové

v novom prostredí, vedieť sa promptne a správne rozhodnúť a jednat'. Vstupom do OS SR si musí byť vedomá toho, že musí byť pripravená plniť úlohy kedykoľvek a hlavne dobrovoľne riskovať a obetovať aj vlastný život(Sanigová, 2011).

POUŽITÁ LITERATÚRA

KLEIN, L., FERKO, A. a kol. 2005. *Princípy válečné chirurgie*. 1.vyd. Praha: Gradapublishing. 132s. ISBN 80-247-0735-7.

KOLEKTÍV AUTOROV. 2004. *Neodkladná zdravotná starostlivosť v poli – Battlefield Advanced Trauma LifeSupport (BATLS)*. Učebné texty. 1. vyd. Ružomberok: ÚVN, 2004, 14-12 s.

NATO/EAPC neutajované. Brožúra. NATO: SHAPE, 1999. 116 s.

AJP-4.10(A) *Společná doktrína zdravotníckého zabezpečení*. 2006. NATO neutajovaná publikace. NATO: UNCLASSIFIED, 2006.

SANIGOVÁ, B., RAJTKOVA, J. 2011.Fenomém sestra – vojak. In: *Sborník abstrakt Symposiumintenzívnípéče*. Ostrava, 1. 12. 2011. s. 13 – 15. Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-998-8.

Kontaktná adresa autora:

Čat. Mgr. Beáta Sanigová

Úrad hlavného lekára

VÚ 1355

Ružomberok

ODPORÚČANIA ERC 2010 PRE KARDIPULMONÁLNU RESUSCITÁCIU

Helena GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ¹, Marián BEREŠÍK¹, Andrea BRATOVÁ²

¹Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok, Fakultná nemocnica

²Katedra klinických disciplín a urgentnej medicíny, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

.....

ABSTRAKT

Náhle zastavenie obehu postihuje v Európe približne pol milióna osôb ročne a len dôsledne prevedená resuscitácia im môže zachrániť život. Ovládanie odporúčaných postupov nám uľahčuje rozhodovanie v život ohrozujúcich situáciách. V októbri 2010 boli uverejnené nové pokyny pre kardiopulmonálnu resuscitáciu (KPR), ktoré aktualizujú pokyny z roku 2005. V príspevku uvádzame pokyny Európskej rady pre resuscitáciu (EuropeanResuscitationCouncil), ktoré sú upravené na európske pomery.

Kľúčové slová: Reťaz prežitia. Základná kardiopulmonálna resuscitácia. Rozšírená kardiopulmonálna resuscitácia. Európska rada pre resuscitáciu, ERC Guidelines 2010.

Úvod

Záchranná reťaz je činnosť vedúca k odvráteniu náhlej zástavy srdca a zvyšujúca šancu na prežitie, nazýva sa i reťaz prežitia (chainofsurvival). Postup zahŕňa: Včasné rozpoznanie náhleho stavu a aktiváciu záchranných služieb vteréne, alebo resuscitačného tímu v nemocnici. Včasnú kardiopulmonálnu resuscitáciu. Včasnú defibriláciu. Včasnú rozšírenú podporu života (Mareček, 2008). Reťaz prežitia Európskej rady pre resuscitáciu bola koncipovaná tak, aby sa zachovala jednoduchosť a zapamätateľnosť jednotlivých postupov. Uvádza, že záchranca zahajuje kardiopulmonálnu resuscitáciu, keď je obeť v bezvedomí alebo nereaguje a nedýcha normálne (Baskett, Nolan, 2006). Medzi základné životné funkcie patrí vedomie, dýchanie, krvný obeh. Porucha jednej následne vyvolá druhú. Napr. zastavenie obehu do 15 sekúnd nasledované stratou vedomia a zastavením obehu do 45 až 60 sekúnd zastavením dýchania. Rezervná zásoba kyslíka je cca 1000 ml, čo vystačí pre mozog na 3 - 5 minút. Po tomto čase dochádza ku poškodeniu a odumieraniu buniek

mozgu. Záchraná reťaz je silná silou najslabšieho ohnivka. Týmto najslabším ohnivkom je úroveň laickej, ale aj odbornej verejnosti v poskytovaní adekvátnej pomoci pri ohrození životných funkcií (Dobiáš, 2007; Dobiáš, 2012). V súčasnosti je moderné ošetrovateľstvo založené na predpoklade, že každý pacient vyžaduje v rôznom štádiu svojho ochorenia iný stupeň intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti (Vörösová, 2005). Tiesňové volanie je jednou z dôležitých častí prvej pomoci, pri ktorej vo väčšine prípadov je potrebné privolanie záchranej zdravotnej služby. Na bezplatnú tiesňovú linku je možné volať z telefónu akejkoľvek verejnej siete v Slovenskej republike vrátane mobilných telefónov. Číslo tiesňového volania sú 155 a jednotné európske číslo tiesňového volania 112. Pri volaní na číslo tiesňového volania 112 treba dodržať správny postup, aby operátor vedel čo najrýchlejšie zabezpečiť poskytnutie pomoci vyslaním adekvátnych záchranných zložiek. Je potrebné sa snažiť zachovať pokoj a vecne odpovedať na otázky (Kegenhoff, 2006).

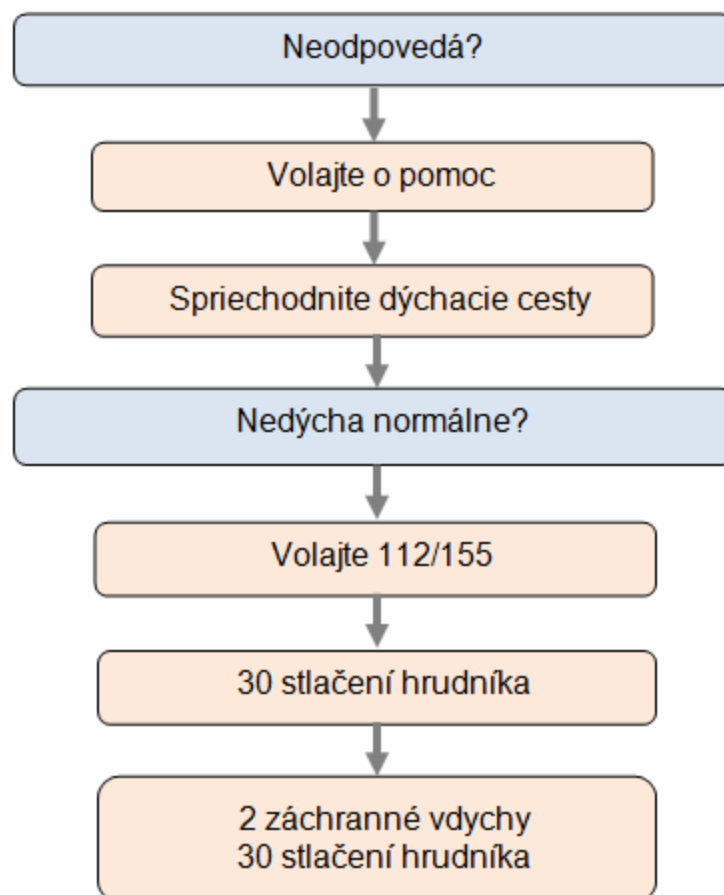
Pokyny pre kardiopulmonálnu resuscitáciu (KPR) pripravil tím expertov na základe konsenzu – International Consensus on CPR science with treatment Recommendations (CoSTR). Pokyny vychádzajú z relevantných publikácií v oblasti resuscitácie za posledných 5 rokov. Európska rada pre resuscitáciu (European Resuscitation Council) zároveň uverejnila svoje vlastné pokyny upravené na európske pomery (CPR – Guidelines 2010).

Podrobné odporúčania Európskej resuscitačnej rady pre kardiopulmonálnu resuscitáciu (ERC) 2010 sú uvedené v sekciách. Jednotlivé sekcie sú:

1. Súhrn.
2. Základná neodkladná resuscitácia dospelých a používanie automatických externých defibrilátorov.
3. Elektroterapia: automatické externé defibrilátory, defibrilácia, kardioverzia a kardiostimulácia.
4. Rozšírená neodkladná resuscitácia dospelých.
5. Úvodná liečba akútnych koronárnych syndrémov.
6. Základná a rozšírená neodkladná resuscitácia detí.
7. Resuscitácia novorodencov.
8. Zastavenie obehu v špeciálnych situáciách: poruchy elektrolytov, intoxikácie, topenie, náhodná hypotermia, hypertermia, astma, anafylaxia, kardiochirurgia, trauma, tehotenstvo, úraze elektrickým prúdom.
9. Princípy vzdelávania v resuscitácii.
10. Etika resuscitácie a rozhodnutia na konci života

ZMENY V ZÁKLADNEJ NEODKLADNEJ RESUSCITÁCII DOSPELÝCH (BLS)

- Operátori majú byť trénovaní v kladení otázok volajúcim na základe presných protokolov zameraných na získanie potrebných informácií. Tieto informácie majú byť zamerané a rozpoznanie **bezvedomia a kvality dýchania**.
- Zdôrazňuje sa, že lapavé dýchanie typu „**gasping**“ je známkou zastavenia obehu.
- Veľký dôraz sa znova kladie na **vysokú kvalitu kompresí hrudníka**. Treba dosiahnuť **hlĺbku stlačenia najmenej 5 cm s frekvenciou aspoň 100 stlačení /minútu**, umožniť úplné **uvoľnenie hrudníka** a **minimalizovať prerušenia kompresí hrudníka**.
- **Trénovaní záchrancovia** majú podávať aj záchranné vdychy s pomerom **kompresie hrudníka: dýchanie 30 : 2**.
- U **netrénovaných záchrancov – laikov**, sa ma použiť telefonicky riadená kardiopulmonálna resuscitácia (KPR) **iba s kompresiou hrudníka** (bez záchranných vdychov)(Kardiopulmonálna resuscitácia – Súhrn hlavných zmien 2010).



Obr. 1 Algoritmus základnej resuscitácie dospelých (BLS)

ELEKTRONICKÁ LIEČBA: automatické externé defibrilátory (AED), defibrilácia, kardioverzia a kardiostimulácia

Najdôležitejšie zmeny v odporúčaníach ERC 2010 pre elektrickú liečbu zahŕňajú:

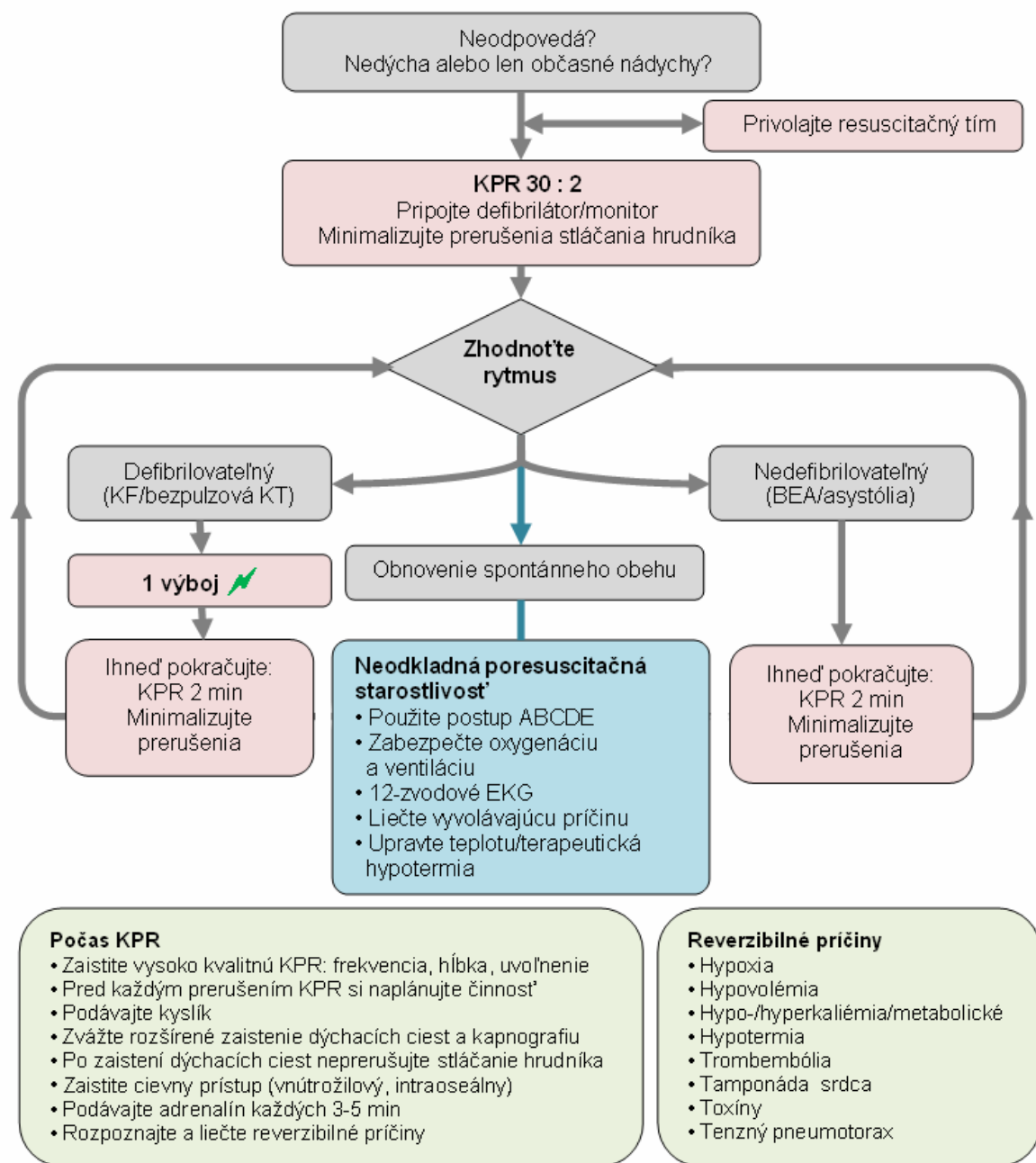
- Odporúčania zdôrazňujú dôležitosť včasného neprerušovaného stláčania hrudníka.
- Omnoho väčší dôraz sa kladie na skrátenie času prerušenia stláčania hrudníka pred a po výboji; odporúča sa pokračovať v stláčaní hrudníka počas nabíjania defibrilátora.
- Odporúča sa okamžite pokračovať v stláčaní hrudníka po defibrilácii; v kombinácii so stláčaním hrudníka aj počas nabíjania defibrilátora, prestávka na aplikáciu defibrilačného výbojanemala presiahnuť 5 sekúnd.
- Bezpečnosť záchrancu ostáva prioritou, ale odporúčania potvrdzujú, že riziko poranenia záchrancu defibrilátorom je veľmi malé, zvlášť ak používa rukavice. Zdôrazňuje sa rýchla kontrola bezpečnosti záchrancov s cieľom minimalizovať prestávku pred výbojom.
- Pri liečbe pacienta so zastavením obehu mimo nemocnice ma personál zdravotnej záchrannej služby (ZZS) vykonávať kvalitnú KPR počas prípravy a nabíjania defibrilátora, ale rutinná aplikácia KPR po určitý čas (napr. dve alebo tri minúty) pred analýzou rytmu a výbojom sa už viac neodporúča. Keďže ale dostupne údaje nepodporujú ani nevyvracajú túto stratégiu.
- Podanie najviac troch za sebou nasledujúcich výbojov je možné zvážiť v prípade komorovej fibrilácie (KF) alebo bezpulzovej komorovej tachykardie (KT) počas katetrizácie srdca alebo v bezprostrednom pooperačnom období po operácii srdca. Túto trojvýbojovú stratégiu možno zvážiť aj pri zastavení obehu s KF/KT za prítomnosti svedkov, ak je pacient už pripojený k manuálnemu defibrilátoru.
- Odporúčania podporujú ďalší rozvoj programov zavádzania automatických externých defibrilátorov (AED) – je potrebné ďalej pokračovať v ich rozmiestňovaní vo verejných aj súkromných priestoroch (Michňová, Rybárová, Tomková, 2011).

AED je typ defibrilátora určený pre použitie laickými záchrancami v rámci prvej pomoci. Dôraz je kladený na jednoduchú manipuláciu, aby bol záchranca schopný prístroj použiť aj v stresovej situácii, ktorá obvykle pri akútnych stavoch nastáva (Jevon, 2008).

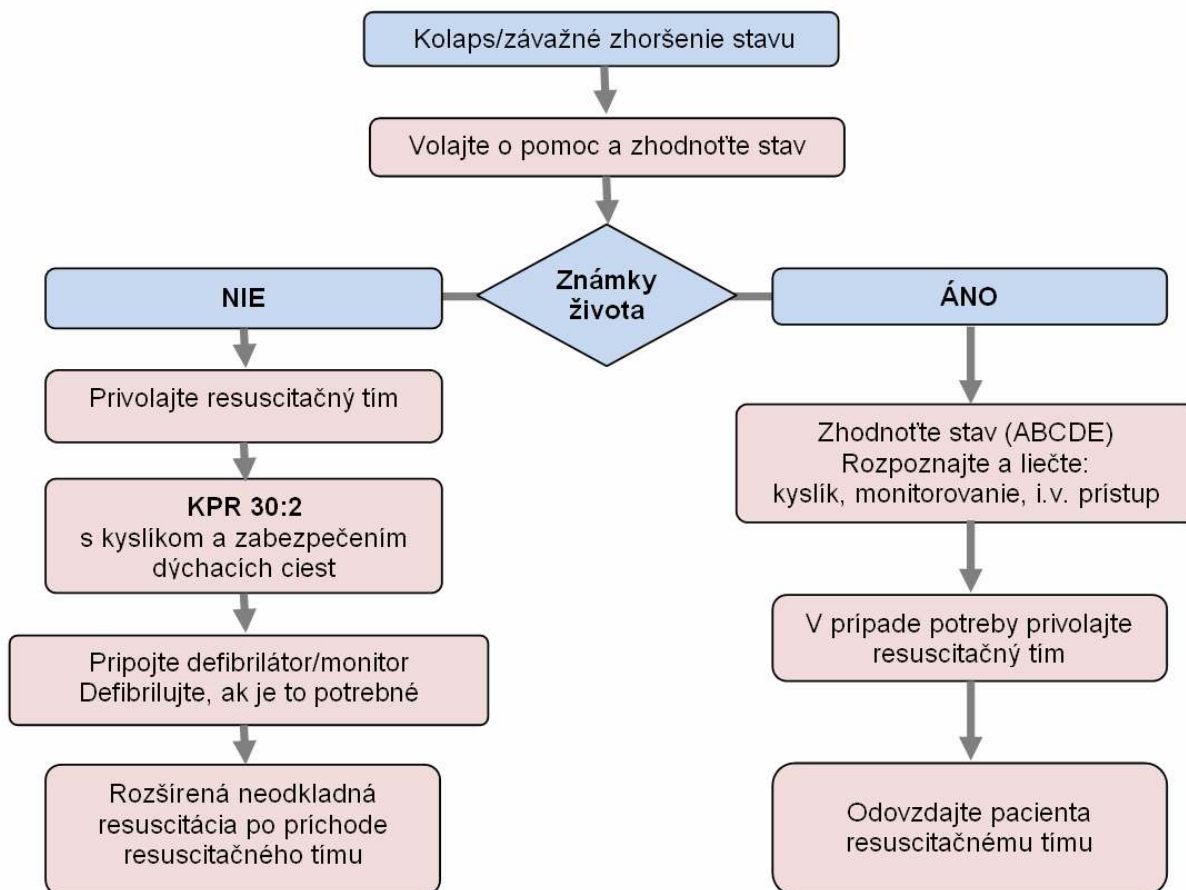
ZMENY V ROZŠÍRENEJ RESUSCITÁCII DOSPELÝCH (ALS)

- zýšený dôraz sa kladie na dôležitosť **minimálne prerušovanej kvalitnej kompresie** hrudníka počas všetkých výkonov: kompresie hrudníka sa môžu prerušiť iba za účelom vykonania špecifických výkonov.
- V nemocniciach sa zvyšuje dôraz na zavedenie systému „rozpoznať a spustiť“, ktorý je zameraný na vyhľadanie pacientov so zhoršovaním stavu a poskytnutie adekvátnej liečby na prevenciu zastavenia obehu v nemocnici.
- Ruší sa odporúčanie na vykonávanie KPR po určitý čas pred defibriláciou v teréne, ak posádka ZZS nebola svedkom zastavenia obehu.
- Odporúča sa stláčanie hrudníka aj počas nabíjania defibrilátora, aby sa čo najviac skrátila prestávka pred výbojom.
- Prínos prekordiálneho úderu je ešte viac spochybnený.
- Podávanie liekov cez tracheálnu kanylu sa už neodporúča – ak nie je možné zabezpečiť intravenózný prístup, lieky majú byť podané s použitím intraoseálneho (i.o.) prístupu.
- V liečbe KF/KT sa adrenalín 1 mg podáva po treťom výboji, hneď po obnovení stláčania hrudníka, a potom každých 3 – 5 minút (po každom druhom cykle KPR).
- Amiodaron 300 mg sa podáva tiež po treťom výboji.
- Rutinné podanie atropínu pri asystólíi alebo bezpulzovej elektrickej aktivite sa už neodporúča.
- Znižuje sa dôraz na včasnú tracheálnu intubáciu; intubovať by mali iba veľmi skúsení lekári, pričom prerušenie kompresie hrudníka má byť čo najkratšie.
- Zdôrazňuje sa použitie kapnografie na potvrdenie umiestnenia a kontinuálneho monitorovania polohy tracheálnej kanyly, sledovanie kvality KPR a včasné rozpoznanie návratu spontánneho obehu.
- Je dokázaný potenciálne škodlivý účinok hyperoxémie po obnovení spontánneho obehu: po obnovení obehu, ak je možné spoľahlivo sledovať saturáciu hemoglobínu kyslíkom v arteriálnej krvi (SaO₂) meraním krvných plynov alebo pulzovým oxymetrom (SpO₂), je potrebné titrovať inspiračnú koncentráciu kyslíka tak, aby sa dosiahla hodnota SpO₂ medzi 94 - 98 %.
- Oveľa väčší dôraz sa kladie na liečbu poresuscitačného syndrómu.
- Potvrďuje sa, že zavedenie podrobného štruktúrovaného protokolu na poresuscitačnú liečbu môže zlepšiť prežívanie pacientov s obnoveným obehom po KPR.
- Mení sa odporúčanie na kontrolu glykémie: u dospelých s obnoveným obehom po KPR má byť koncentrácia glukózy v sére udržiavaná na hodnote < 10 mmol/l, pričom treba zabrániť vzniku hypoglykémie.

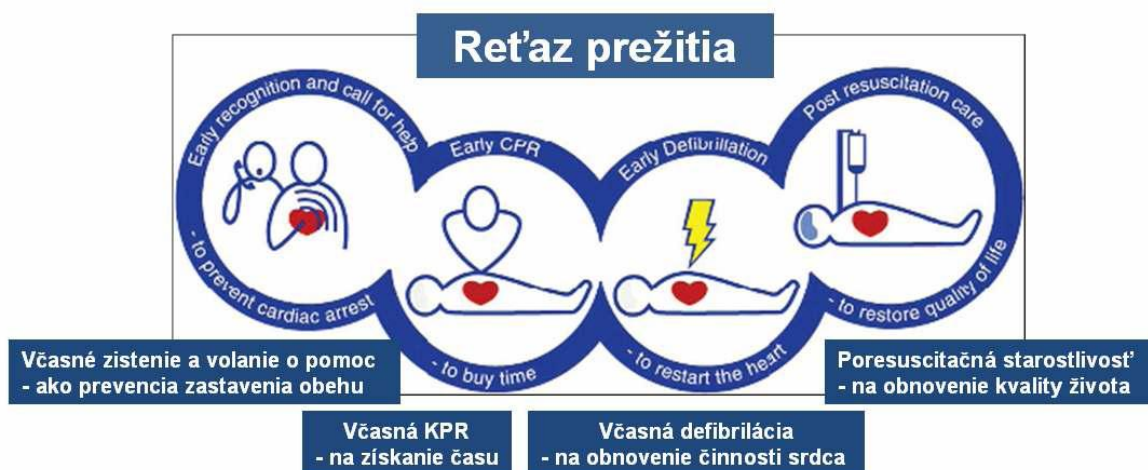
- Terapeutická hypotermia je indikovaná po obnovení obehu u komatóznych pacientov s úvodne nedefibrilovateľným aj defibrilovateľným rytmom. Sila odporúčania v prípade zastavenia obehu s nedefibrilovateľným rytmom je ale nižšia (Kardiopulmonálna resuscitácia - Odporúčania ERC 2010).



Obr. 2 Algoritmus rozšírenej resuscitácie dospelých (ALS)



Obr. 3 Algoritmus pre úvodný manažment pacienta so zastavením obehu v nemocnici



Obr. 3 Reťaz prežitia

Podrobné odporúčania Európskej resuscitačnej rady pre kardiopulmonálnu resuscitáciu (ERC)2010 v ďalších sekciách sú dostupné v uvedených zdrojoch

POUŽITÁ LITERATÚRA

- BASKETT, P., NOLAN, J. 2006. *Evropská rada pro resuscitaci, kapesní vydání doporučených postupů v resuscitaci 2005*. Bristol : Elsevier Ltd., 2006. 196 s. ISBN 80-239-7676-1.
- CPR – Guidelines 2010* [online]. European Resuscitation Council. [cit. 27.01.2013]. Dostupné na internete: https://www.erc.edu/index.php/guidelines_download/enchangeMode=view/.
- DOBIÁŠ, V. et al. 2007. *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin : Osveta, 2007. s. 9-15. ISBN 978-80-8063-255-7.
- DOBIÁŠ, V. et al. 2012. *Prednemocničná urgentná medicína. 2. Vydanie*. Martin : Osveta, 2012. 739 s. ISBN 978-80-8063-387-5.
- JEVON, P. 2008. *Sürgősségi ellátás és elsősegély*. Budapest : Medicina Könyvkiadó Zrt., 2008. 336 s. ISBN 978-963-226-150-8.
- Kardiopulmonálna resuscitácia – Súhrn hlavných zmien 2010* [online]. Slovenská spoločnosť anesteziológie a intenzívnej medicíny [cit. 27.01.2013]. Dostupné na internete: http://www.ssaim.sk/documents/KPR_2010-Suhrn_odporucani_ERC_1_7_05042011.pdf.
- Kardiopulmonálna resuscitácia - *Odporúčania ERC 2010* – súhrn http://www.lf.upjs.sk/kaim/KPR_2010_ERC_1_Suhrn_odporucani_1.8_21042011.pdf.
- KEGGENHOFF, F. 2006. *Prvá pomoc*. slov. vyd. Bratislava : Ikar, 2006. 210 s. ISBN 80-551-1307-6.
- MAREČEK, J. 2008. Resuscitace pro internisty podle doporučení Evropské rady pro resuscitaci z roku 2005. In: *Interní medicína pro praxi*. 2008. ISSN -1803-525.
- MICHŇOVÁ, J. - RYBÁROVÁ, Z. - TOMKOVÁ, I. 2011. Novinky v kardiopulmonálnej resuscitácii – Guidelines 2010. In: *Zborník príspevkov z IV. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou*, s. 17 – 22, SKSaPA. 2011. ISBN 978-80-89542-01-7.
- VÖRÖRSOVÁ, G. 2005. *Interné ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2005. 198 s. ISBN 80-8063-192-1.

Kontaktná adresa autorov:

Mgr. Helena Gondárová-Vyhničková

Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny

Ústredná vojenská nemocnica SNP,

Ružomberok, Fakultná nemocnica

helenagondar@centrum.sk

MUDr. Marián Berešík, PhD.

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny

Ústredná vojenská nemocnica SNP,

Ružomberok, Fakultná nemocnica

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva

Katedra klinických disciplín a urgentnej medicíny

abratova@ukf.sk

ĽAVOSTRANNÉ ZLYHANIE SRDCA VERZUS ZDRAVOTNÍCKY ZÁCHRANÁR

Marta ZAHRADÁROVÁ
ZZS NsP Prievidza so sídlom v Bojniciach

ABSTRAKT

Zmeny v zdravotníctve zasiahli aj oblasť záchranej zdravotnej služby. Pribudli posádky rýchlej zdravotníckej pomoci, kde zdravotnícku starostlivosť poskytujú zdravotnícki záchranári bez prítomnosti lekára. Mnohokrát sú vysielaní na záchranu ľudského života, pri ktorých supľujú rýchlu lekársku pomoc, ktorú si vyžiadali „vážne chorí“ pacienti tzv. naši skalní, čím oni supľujú obvodného lekára alebo LSPP. Súčasné zákony a vyhlášky presne určujú kompetencie zdravotníckych záchranárov a výbavu vozidla rýchlej zdravotníckej pomoci. V súčasnej dobe je zdravotnícka starostlivosť zameraná na kvalitu jej poskytovania. Na záchranára sú kladené vysoké nároky nielen na praktickú, ale hlavne na teoretickú prípravu. Svojou prednáškou chcem poukázať na možnosti poskytnutia prednemocničnej starostlivosti pri ľavostrannom zlyhaní srdca, poskytujúcou zdravotníckym záchranárom s rôznym stupňom vzdelania. Prednáška je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. V teórii rozdeľujem kardiálne zlyhanie, príčiny a príznaky. V praktickej časti popisujem rôzne stupne vzdelania zdravotníckeho záchranára, jeho kompetencie, výbava vozidla ZZS a hlavne spôsob poskytovania prednemocničnej zdravotníckej starostlivosti a manažment pacienta s ľavostranným srdcovým zlyhaním.

Kľúčové slová: Ľavostranné srdcové zlyhanie. Zdravotnícky záchranár. Prednemocničná starostlivosť.

Kontaktná adresa autora:

Bc. Marta Zahradárová

ZZS NsP Prievidza so sídlom v Bojniciach

marta.zahradarova@hospital-bojnice.sk

STAROSTLIVOSŤ O DIABETIKA SO SYNDRÓMOM DIABETICKEJ NOHY V PODMIENKACH SLOVENSKEHO ZDRAVOTNÍCTVA

Jarmila SUROVÁ

Národný endokrinologický a diabetologický ústav v Lubochni.

ABSTRAKT

Cieľom prednášky je upozorniť na nedostatočnú starostlivosť o diabetikov so syndrómom diabetickej nohy. Syndróm diabetickej nohy sa pokladá za najvýznamnejšiu komplikáciu, často končí amputáciou. Ohrozených je 15 % -26 % diabetikov. U 85 % predchádzajú amputáciám ulcerácie, ktoré sú potenciálne liečiteľné. Pacienti po vysokej amputácii sú ohrození vysokou mortalitou v časovom rozmedzí 3-5 rokov. V Slovenskej republike neexistuje systematická podiatrická starostlivosť. V systéme vzdelávania chýba špecializácia podiater, podiatrická sestra. Chýbajú komplexné programy, nie je zaistený prístup k odborníkovi na danú problematiku. Ciele Sant - Vincentskej deklarácie a ďalších medzinárodných dokumentov sú zamerané na zlepšenie organizácie starostlivosti o diabetikov. V krajinách, kde je etablovaná podiatrická starostlivosť sa výrazne znížil počet amputácií u pacientov so syndrómom diabetickej nohy, čo dokazuje, že systematická podiatrická starostlivosť je opodstatnená a reálna.

Kľúčové slová : Syndróm diabetickej nohy. Ulcerácia. Podiatria. Podiater. Amputácia. Neuropatia. Ischémia. Charcotovaosteoarthropatia. Hyperkeratóza. Multidisciplinárny tím. Sant- Vincentská deklarácia.

Kontaktná adresa autora:

Bc. Jarmila Surová

Hubová 105

NEDU Lubochňa, 034 91

charmila64@gmail.com

EDUKAČNÁ ČINNOSŤ DIABETOLOGICKEJ AMBULANCIE V NsP BOJNICE.

Nadežda ONDREJKOVÁ
Diabetologická ambulancia NsP Bojnice

ABSTRAKT

Edukácia pacienta ako samostatná funkcia ošetrovateľstva má zvlášť v dnešnej dobe, keď máme čoraz väčší výskyt rôznych civilizačných ochorení, veľmi veľký význam. Ochorenie diabetes mellitus sa spomína stále viac v rôznych sférach a oblastiach života, v rôznych súvislostiach a je medializované všetkými formami. Je to téma, ktorá sa dotýka každého z nás, zvlášť v oblasti prevencie.

Diabetes mellitus je chronické celoživotné ochorenie, ktorého priebeh a komplikácie môže ovplyvniť hlavne sám chorý. Preto sa edukácia diabetikov stáva nezanedbateľnou súčasťou komplexnej liečby. Diabetik sa stáva partnerom v liečbe a preberá i väčší podiel zodpovednosti za svoje zdravie. Diabetologické ambulancie vo všeobecnosti poskytujú pacientom s ochorením diabetes mellitus rôzneho typu v rámci liečby edukáciu zameranú na ich ochorenie, ale každé pracovisko má svoju špecifickú organizáciu práce, aj spôsob, akým u pacientov edukáciu realizuje. V mojom príspevku chcem predstaviť, akou formou a spôsobom realizujeme edukáciu u pacientov s diabetom v našej ambulancii. Táto edukácia je zameraná na liečbu ochorenia diabetes mellitus a zamedzeniu rozvoja ochorenia u pacientov s diagnózou porucha glukózovej tolerancie. Oblasť prevencie je len určitou menšou mierou prezentovaná pacientom s týmto ochorením v súvislosti s ich priamymi potomkami, nakoľko dedičnosť má na vznik ochorenia veľmi veľký vplyv. Poskytujeme edukáciu individuálnu a skupinovú. Po absolvovaní skupinovej edukácie formou konverzačných máp pacienti vypisujú anonymné dotazníky, na základe ktorých zisťujem záujem o túto formu edukácie a vlastné požiadavky zúčastnených.

Kľúčové slová : Edukácia. Diabetes. Pacient. Nohy diabetika. Konverzačné mapy. Výsledky.

Populácia celého sveta v dnešnej dobe prežíva pandémiu diabetu, ktorý sa stáva závažným zdravotne sociálnym problémom všetkých vyspelých spoločností. Je nepochybne najvýznamnejšou chorobou látkovej premeny a svojimi komplikáciami zasahuje všetky odbory medicíny. Táto diagnóza skracuje predpokladanú dĺžku života až o 30 – 50 %. Správna edukácia by mala znížiť vznik komplikácií, zefektívniť liečbu a skvalitniť život takto chorým ľuďom.

EDUKÁCIA je širšie chápaný proces výchovy a vzdelávania, ktorého cieľom je nielen osvojenie si vedomostí, získanie zručností, ale i vytváranie hodnotových, postojoyých, citových, vôľových štruktúr osobnosti a dosiahnutie zmeny v správaní i konaní.

EDUKÁCIA PACIENTA je dôležitý aspekt ošetrovateľskej praxe, je dôležitou samostatnou funkciou ošetrovateľstva.

EDUKAČNÁ SESTRA – musí mať vedomosti, byť komunikatívna a empatická (**Edukácia srdcom**).

DIABETOLOGIA je odbor, v ktorom sa liečba pacienta nezaobíde bez kvalitnej a sústavne opakovanej edukácie. Diabetes mellitus je ochorenie, pri ktorom je až 80% liečby v rukách pacienta a práve preto musí byť pacient sústavne a kvalitne edukovaný. Len edukáciou môžeme pacientov naučiť, ako si môžu sami pomôcť v liečbe svojho ochorenia. Vyžaduje si to však ich disciplinovanosť, spoluprácu, ochotu, ale aj schopnosť prijímať a pochopiť podávané informácie.

Edukácia diabetika- je to celoživotný pokračujúci proces, výchova, vzdelávanie ako trvalá činnosť zdravotníckych pracovníkov (lekár, sestra), zvyšuje úroveň vedomostí pacienta o vlastnom ochorení, pomáha mu získať potrebné zručnosti (podávanie inzulínu, meranie hladín krvného alebo močového cukru), trvalo mení chovanie diabetika, posilňuje jeho motiváciu.

Cieľ edukácie diabetika: získať a udržať diabetika v úlohe aktívneho a konštruktívneho spolutvorcu liečby.

Dôsledok edukácie: zníženie nákladov za zdravotnícku starostlivosť a liečbu komplikácií.

EDUKAČNÁ ČINNOSŤ DIABETOLOGICKEJ AMBULANCIE NsP BOJNICE.

Realizujeme edukáciu pacientov liečených ambulantne a aj pacientov hospitalizovaných na lôžkových oddeleniach v rámci celej nemocnice.

1.) TYPY EDUKÁCIE :

- **základná** – pacient nikdy predtým nebol o problematike informovaný
- **kompletná** – edukačné kurzy v rámci skupinovej edukácie s konverzačnými mapami
- **reedukácia** – nadväzujúca na predchádzajúce vedomosti

2.) FORMY EDUKÁCIE :

- **individuálna**
- **skupinová (konverzačné mapy)**

3.) EDUKÁCIA PODĽA OBSAHU:

- **teoretická**
- **praktická**

Všetky uvedené typy a formy edukácie realizujeme u pacientov ambulantných aj hospitalizovaných, ale aj u rodinných príslušníkov uvedených skupín pacientov.

PRIESTORY K EDUKÁCII

Individuálnu edukáciu – realizujeme v priestoroch diabetologickej ambulancie, ktorá sa skladá z vyšetrovne a prípravnej miestnosti pre prácu sestry, čo je vhodnou podmienkou aj k realizácii edukačnej činnosti. Z mojej pozície sestry poskytujem edukáciu v čo najširšom možnom rozsahu, v závislosti od veku, individuálnych reakcií pacienta počas rozhovoru, jeho intelektu a schopnosti prijímať a pochopiť podávané informácie. Každý pacient dostane informačné letáky a je mu ponúknutá možnosť zúčastniť sa aj skupinovej edukácie.

Hospitalizovaných pacientov edukujem podľa aktuálnej situácie a ich zdravotného stavu taktiež v priestoroch diabetologickej ambulancie alebo pri lôžku pacienta.

Individuálna edukácia je podľa aktuálnych potrieb pacientovi poskytnutá v oblasti teoretickej aj praktickej (aplikácia inzulínu, manipulácia s glukometrom, s lancetovým a inzulínovým perom, spôsob starostlivosti o nohy v rámci prevencie diabetickej nohy,...).

Skupinovú edukáciu – realizujem v priestoroch edukačnej miestnosti, ktorú máme k dispozícii v rámci interného lôžkového oddelenia, ktorého súčasťou je aj diabetologická ambulancia.

Edukačná miestnosť – základným vybavením miestnosti je veľký stôl a stoličky pre skupinu pacientov – cca 10 – 12 pacientov, ale väčšinou mám v skupine 5 - 7 pacientov, nakoľko pri väčšom počte je ťažšia komunikácia hlavne z dôvodu ich rozličných povahových vlastností . Dôležitú rolu zohráva aj vek, niekedy sa stáva, že pri väčšom vekovom rozdiely dochádza aj k nespokojnosti pacientov (zvlášť niektorí vekovo mladší by boli v skupine radšej s rovesníkmi, súvisí to však s osobnosťou a povahou pacienta).

SKUPINOVÁ EDUKÁCIA S KONVERZAČNÝMI MAPAMI

Konverzačné mapy sú interaktívne nástroje jednoducho vizualizované, ktoré zapoja pacienta aktívne do vzdelávacích lekcií a pomôžu mu lepšie si zapamätať informácie o jeho ochorení. Hlavným nástrojom je veľká obrázková mapa (1m x 1,5m) a hracie karty. Sú rozšírené po celom svete, sú napr. ázijské, africké, americké,..... Ich princíp aj obsah je rovnaký, ale sú prispôbené kultúre obyvateľstva, pre ktoré sú určené.

Mapy sa používajú v ČR od roku 2008, v SR od roku 2009. V našej nemocnici realizujeme túto formu edukácie od roku 2011, ale aj za túto relatívne krátku dobu som dospela k veľmi optimistickému záveru, že pacienti si zapamätajú oveľa viac informácií počas skupinovej edukácie s konverzačnou mapou, ako pri individuálnej.

Mapy sú založené na takzvanej Sokratovskej metóde : počuť, vidieť, premýšľať. Pamäťou si človek zapamätá : 10% čo číta, 20 % čo počuje a 70 % do čoho je aktívne zapojený. Z toho vyplýva, že pri edukácii formou konverzačných máp si 70 % informácií pacienti zapamätajú pri diskusii.

Lekcia trvá približne dve hodiny, realizuje sa formou hry s použitím hracích kartičiek. Preberaná téma pacientov vždy zaujme, aj menej smelí a nedôverčiví sa postupne zapájajú do konverzácie so záujmom a na záver reagujú veľmi pozitívne, obrazne povedané „ako keby ožili“. Ešte sa mi nestalo, že by táto forma edukácie niektorého pacienta niečím nezaujala a som rada, že zúčastnení vždy vyjadrujú svoju spokojnosť. Je ale rozdiel v reakciách účastníkov konverzácie v závislosti od vekovej kategórie, osobnosti, povahových črt, zmyslových funkcií (slabý zrak, sluch), ale aj v závislosti od osobných skúsenosti s ochorením, dĺžkou jeho trvania, s existujúcimi komplikáciami ochorenia, ale napr. aj s negatívnymi skúsenosťami v oblasti zdravotnej starostlivosti (znížená, alebo počiatočná nedôvera). Na záver lekcie pacienti vyplňajú tzv. Kartu: MOJE CIELE, kde si vytýčia ciele, ktoré chcú dosiahnuť na základe nových vedomostí získaných z lekcii s mapou.

Cieľom edukácie s konverzačnou mapou je, že pacient pochopí problematiku a je ochotný zmeniť životný štýl.

Emočná pohoda pacientov je spojená s dobrými výsledkami diabetu a práve k tomu prispieva aj táto forma edukácie. Počas návštevy pacienta v ambulancii pri pravidelných kontrolách z dôvodu nedostatku časového priestoru nie je možné podať až také množstvo informácií, preto má skupinová edukácia s konverzačnou mapou veľký význam. Vo väčšom časovom priestore je dostatok času na konverzáciu, dôkladnejšie vysvetlenie problematiky, zodpovedanie otázok. Užitočná je aj vzájomná komunikácia medzi pacientmi, výmena skúseností a individuálnych vedomostí.

Práca sestry edukátorky je aj pre samotnú sestru pozitívom, „určitým naplnením sa“ vo svojej práci a profesii, najmä keď vidí záujem zo strany pacientov a následne výsledok: ich úpravu životného štýlu, stravovania, laboratórne parametre v medziach normy, zlepšenie psychickej pohody pacienta a pod.

Mňa osobne táto práca veľmi naplňa a keď vidím spokojnosť pacientov po ukončení lekcie, alebo postupnú pozitívnu zmenu pri opakovaných úastiach na edukáciách s konverzačnými mapami, tak odchádzam z práce spokojná. Tiež ma obohacujú vlastné skúsenosti pacientov, z ktorých môžem čerpať pri svojej ďalšej práci, alebo ma inšpirujú k ďalšiemu rozvíjaniu svojich vedomostí. Samozrejme, nie vždy vidím výsledok mojej práce v pozitívnych zmenách u pacienta, niekedy si to vyžaduje dlhšiu dobu, ale o to viac ma teší, keď ten, kto veľmi ťažko prijíma (niekedy až nechtiac), alebo nechápe informácie, raz „akoby prelomil ľady“, a konečne u neho vidím spokojný úsmev na tvári.

NEGATÍVA KONVERZAČNÝCH MÁP

Často sa stáva, že práve pacienti z mladších vekových skupín, ktorí by sa najviac potrebovali zúčastniť takýchto edukácií, síce majú o ne evidentný záujem, ale nakoľko sú zamestnaní, nemôžu sa v čase určenom ku konverzácii dostaviť.

DRUHY KONVERZAČNÝCH MÁP

Mapy sú vyrobené v určitej postupnosti – od základných vedomostí až po širšie preberanie konkrétnej témy. Nie je nutné dodržiavať poradie máp, ale z môjho pohľadu je to ideálne. Ambulantní pacienti sa väčšinou zúčastňujú konverzácií s mapami v ideálnom poradí od prvej mapy, ale stáva sa, že niektorí sa určitej mapy odmietnu zúčastniť (napr. majú strach z informácií o komplikáciách diabetu, preto túto tematiku vynechajú), alebo nemôžu (zdravotné problémy, rodinné, pracovné dôvody). Hospitalizovaní pacienti absolvujú výuku väčšinou iba jedenkrát – s jedným typom mapy, nakoľko túto edukáciu realizujem len jedenkrát v týždni.

Mapy podľa poradia:

- 1./ ŽIVOT S DIABETOM
- 2./ AKO FUNGUJE DIABETES
- 3./ ZDRAVÉ STRAVOVANIE A POHYBOVÁ AKTIVITA
- 4./ ZAHÁJENIE LIEČBY INZULÍNOM
- 5./ POCHOPENIE RIZIKOVÝCH FAKTOROV PRI ZVLÁDANÍ DIABETU
- 6./ DIABETES A STAROSTLIVOSŤ O NOHY
- 7./ ŽIVOT V RODINE S DIABETOM 1. TYPU

SCREENING SYNDRÓMU DIABETICKEJ NOHY

V rámci prevencie diabetických komplikácií v oblasti nohy, najmä vzniku diabetickej nohy okrem individuálnej teoretickej aj praktickej edukácie, je na túto tému zameraná aj jedna z konverzačných máp. Pacienti ju majú v oblúbe, relatívne veľká časť má o túto tému záujem, dokonca aj tí, ktorí si myslia, že už majú o diabete dostatočné vedomosti, veľmi radi sa zúčastnia konverzácie s touto mapou.

V súčasnej dobe rozširujeme našu činnosť o screening syndrómu diabetickej nohy z pozície sestry o vyšetovanie nôh, zvlášť u pacientov s dlhšie trvajúcim diabetom, kedy je už väčšie riziko komplikácií. Pacientom dávam prvotne vypísať dotazník pre diabeticкую neuropatiu, ktorá je hlavným rizikovým faktorom pre vznik diabetickej nohy. Následne zaznamenám dôležité anamnestické údaje (doba trvania diabetu, prítomnosť kardiovaskulárnych ochorení, prítomné komplikácie diabetu, predchádzajúce ulcerácie, amputácie na nohách, sociálne a psychologické aspekty,...), údaje o jeho ochorení na diabetes, subjektívne príznaky a pocity týkajúce sa nôh. V ďalšej fáze vykonám fyzikálne vyšetrenie nôh pacienta sestrou : posúdenie stavu kože a nechtov, prítomnosť deformít, palpačné vyšetrenie nôh (teplota, pulzácie, pohyblivosť kĺbov, reakcia na dotyk, prítomnosť opuchov), vyšetrenie ciev (prítomnosť rozšírených žíl na nohách, Ratschowov test), vyšetrenie citlivosti monofilamentom a ladičkou, reakcia na tupé a ostré, chlad a teplo, vyšetrenie obuvi (posúdenie vhodnosti). Na základe tohto vyšetrenia zhodnotím, či sú prítomné predispozičné faktory ako riziko k vzniku diabetickej nohy a pokiaľ je riziko prítomné, odporučím následnú intervenciu (napr.

ortopedické, neurologické, angiologické vyšetrenie, rehabilitácia, ...). Zhodnotenie sestrou ďalej posúdi lekár a určí ďalší postup z lekárskeho hľadiska. Edukácia sestrou o následnej starostlivosti a prevencii rozvoja diabetickej nohy je poskytnutá každému pacientovi teoreticky aj prakticky.

Nakoľko uvedenú činnosť v rámci prevencie diabetickej nohy ešte len rozbiehame, nemôžem zhodnotiť jej výsledok, ale verím, že bude pre pacientov prospešná a pomôže im predísť diabetickým komplikáciami nôh.

Uvedené zhodnotenie výsledkov skupinovej edukačnej činnosti formou konverzačných máp je vykonané na základe anonymných dotazníkov vypísaných pacientmi za obdobie od marca 2011 do konca roka 2012. Edukačných kurzov sa zúčastnili pacienti všetkých vekových skupín od 18. roku života.

Počet zúčastnených pacientov: 200

Z toho ambulantní: 70

Hospitalizovaní: 130

Pacienti odpovedali dotazníkovou formou na desať otázok obsahu:

- spokojnosť s touto formou edukácie, či sa im páčila
- či dostali dostatok informácií
- v akej miere boli pre nich informácie nové
- poznatky pacientov k téme pred účasťou na lekcii
- zdroje, odkiaľ získali doterajšie vedomosti
- záujem zúčastniť sa aj edukácie s ďalšími mapami
- aký je záujem o informácie týkajúce sa aj iných ochorení
- či by chceli absolvovať takúto formu výučby aj s rodinným príslušníkom
- aké by bolo ich doporučenie edukácie s mapami ich známym
- aké iné témy by pacientov zaujímali

Na otázky mali možnosť odpovedať : áno, nie, neviem. Odpovede som vyhodnotila percentuálne a vyvodila som závery.

Všetkým zúčastneným pacientom (100%) sa táto forma edukácie páči, sú s ňou spokojní a udávajú že im bol poskytnutý dostatok informácií, pre niektorých je množstvo informácií prezentované počas jednej lekcie až príliš veľké, nie každý je schopný ich v danom časovom úseku absorbovať. Pre väčšinu pacientov sú informácie nové (90% zúčastnených), aj napriek tomu, že už pred konverzáciou určité poznatky mali. Len 8,5% pacientov udáva, že podané

informácie boli pre nich nové v menšej časti. Odpovede pacientov na otázku, odkiaľ získali informácie pred lekciami: zdravotník, literatúra, internet, iný pacient, prednášky v Zväze diabetikov, informačné letáky, televízia, príbuzní.

Je veľký záujem o ďalšie edukačné lekcie (90% zúčastnených), pacienti majú evidentný záujem dozvedieť sa informácie aj o iných ochoreniach (odpovedalo 90,5% pacientov). Väčšinou majú záujem zúčastniť sa edukácie aj s príbuznými – 73,5%, 20% odmieta účasť s rodinným príslušníkom. Takmer všetci (97%) by výučbu s konverzačnou mapou odporučili aj svojim známym, len 1% ju neodporúča. Na otázku, aká iná téma by ich zaujímala, odpovedalo 132 pacientov (66%), ich odpovede boli: stravovanie, predstaviť diabetickú stravu vizuálne – názorne veľkosť porcií (napr. diétnou sestrou), choroby obličiek, pľúc, metabolizmus, rôzne ochorenia, žalúdok, pečeň, srdce, diabetická neuropatia, všetko ohľadom diabetu, komplikácie diabetu, „všetko“, ako predchádzať ochoreniam, cukor, šport, stres, zdravý životný štýl, vysoký tlak, rakovina, diabetická noha, infarkt, mozgová príhoda, súvislosť diabetu s epilepsiou.

Vo väčšine prípadov pacientov zaujíma hlavne stravovanie (nie vo všetkých druhoch máp ho preberáme), niektorí odpovedajú *neviem* – 12 pacientov (6%). Počet pacientov, ktorí sa k tejto otázke nevyjadrili: 56 (28%).

Môj osobný záver: Osobne som s výsledkami mojej edukačnej činnosti spokojná, aj na základe výsledkov dotazníka, u ambulantných pacientov pozorujem pozitívne zmeny ako vo výsledkoch glykémii, tak aj v psychických prejavoch – napr. pacienti, ktorí boli na začiatku edukačného procesu vystrašení, plní obáv, zmätku, odmietania, nespokojnosti so svojim ochorením, po určitom čase (niektorí napr. hneď po prvej edukácii, iní až po viacerých sedeniach), pôsobia ako spokojnejší a vyrovnanejší, mnohí konštatujú, že si zapamätali oveľa viac pri edukácii s konverzačnou mapou, ako pri individuálnej edukácii, vedia sa správne stravovať, prispôbiť si životný štýl svojmu ochoreniu, reagovať na zmeny vo svojom organizme a vďaka tomu je ich život spokojnejší.

U pacientov hospitalizovaných môžem hodnotiť len ich aktuálnu reakciu počas a po ukončení lekcie, nakoľko s väčšinou z nich sa už nestretnem. Aj napriek tomu pozorujem u pacientov spokojnosť, väčšinou si na základe ich udania odnášajú nové vedomosti a pocit spokojnosti po ukončení lekcie.

Aké zmeny by som chcela zaviesť v rámci edukačnej činnosti ?

Rada by som rozšírila edukáciu o témy, ktoré pacientov zaujímajú (napr. súvislosť diabetu s rôznymi ochoreniami), mám v pláne viac času venovať starostlivosti o nohy diabetika, napr. aj v rámci konverzačnej mapy venovanej nohám zaradiť k edukácii aj praktickú časť. Tiež plánujem formou ďalších dotazníkov zistiť stav vedomostí a ich realizáciu do praxe u pacientov po absolvovaní série máp, spätnú väzbu aj s odstupom určitého času, nakoľko zatiaľ mám tieto zistenia získané len z verbálnej komunikácie s pacientmi, ktorí prichádzajú na ambulanciu. Veľmi nutná bude aj opakovaná reedukácia, opakovanie a rozširovanie si získaných vedomostí.

POUŽITÁ LITERATÚRA

MAJERNÍKOVÁ, E. 2007. Edukácia pacientov s diabetes mellitus. In *Molisa 4: medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2007. 115 s. ISBN 978-80-8068-622-2

MOKÁŇ, M. et. al. 2008. *Odporúčania slovenskej diabetologickej spoločnosti pre edukáciu diabetikov*. [citované 2012.] Dostupné na internete <http://www.vpl.sk/files/file/dm_files/05_Uliciansky_Sch_Edukacia_odp_SDF.pdf

RYBKA, J. 2006. *Diabetologiepro sestry*. 1.vyd. Praha: GradaPublishing, 2006. 288 s. ISBN 80-247-1612-7

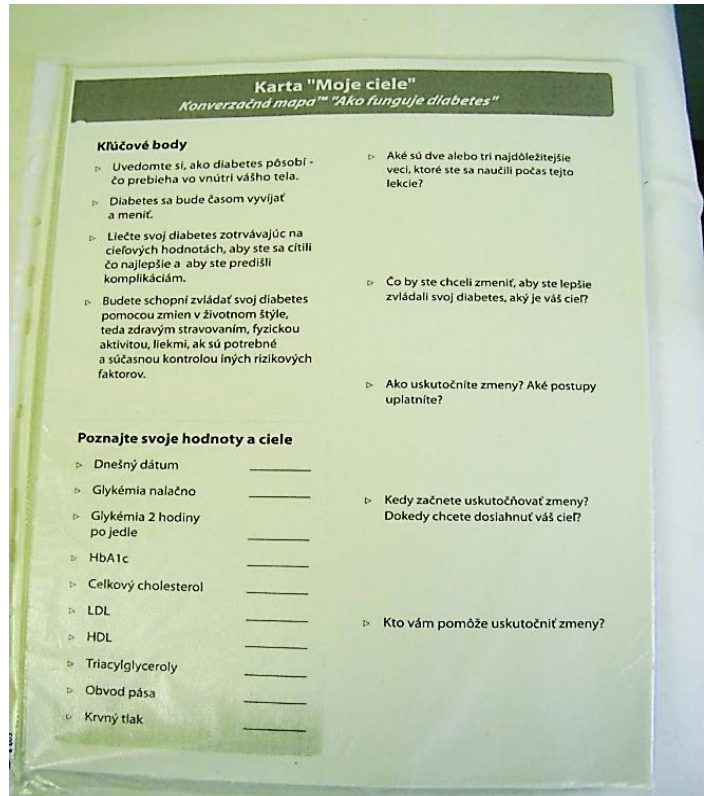
Kontaktná adresa autora:

Nadežda Ondrejková

Mostná 35/5 Handlová 972 51

n.ondrejкова@gmail.com

Obrázky k edukačnej činnosti:



karta Moje ciele

konverzačné mapy





ROLA SESTRY NA PRACOVISKU HYPERBARICKEJ OXYGENOTERAPIE V TRENČÍNE

Zuzana MOJŽIŠOVÁ, Silvia BAŠIČINOVÁ

Interné oddelenie FN Trenčín

ABSTRAKT

Hyperbarickáoxxygenoterapia patrí medzi nové rozvíjajúce sa metódy liečby. Aj keď je v zahraničí táto metóda už rozvinutá a často používaná v praxi, v podmienkach slovenského zdravotníctva je stále nedocenená. Na to aby pacient mohol využiť aj takúto možnosť liečby je potrebná jeho informovanosť. Celý priebeh liečby nie je možné absolvovať bez kvalitnej edukácie, ktorá je správne časovo rozplánovaná. Správnou informovanosťou a kvalitnou edukáciou možno predchádzať možným komplikáciám, ktoré vyplývajú z dezinformácie a nedostatočného poučenia.

Kľúčové slová: Edukácia. Edukačný plán. Kyslík. Hyperbarickáoxxygenoterapia.

HYPERBARICKÝ OXYGENOTERAPIA

„Hyperbarickáoxxygenoterapia nie je samospasiteľná. Má byť súčasťou komplexného terapeutického prístupu. Nesmie ísť o súťaž medzi jednotlivými druhmi terapie“ (Herman,2002).

Hyperbarickáoxxygenoterapia je na Slovensku pomerne mladá liečebná metóda, ktorá zasahuje takmer do všetkých medicínskych odborov. Vo svete je jej venovaná veľká pozornosť. Podstatou hyperbarickejoxxygenoterapie je vyššia ponuka kyslíka pre cieľové orgány, ktoré pre akúkoľvek príčinu trpia jeho nedostatkom. Do ľudského organizmu sa aplikujú inhalačnou cestou za pôsobenia vyššieho tlaku. Pacienti počas liečby vdychujú 100% čistý medicínsky kyslík v pretlakovej komore. Hyperbarickáoxxygenoterapia (HBO) sa považuje za liečebnú metódu, pomocou ktorej sa urýchľujú procesy hojenia v organizme pomocou dýchania 100% kyslíka pri zvýšenom tlaku, v špeciálne upravenej komore. Zakladateľom hyperbarickejoxxygenoterapie je holandský lekár - profesor Boerema, ktorý v 60-tich rokoch minulého storočia skúmal vplyv hyperbarického prostredia na zvieratách.

Hyperbarickejoxxygenoterapii sa za posledné desaťročie venuje veľká pozornosť aj na Slovensku. Tento spôsob liečby prevádzkujú v našej republike tri strediská hyperbarickejoxxygenoterapie: Košice – Šaca, Trenčín a Nové Zámky.

Princípy a podstata hyperbarickejoxxygenoterapie

Kyslík má dôležitý účinok na rast baktérií a výrazne prispieva k priaznivému hojeniu zápalových procesov. Taktiež vytvára antioxidantné efekty a tým podporuje rast nového cievneho zásobenia v oblastiach, kde bola dodávka kyslíka z rôznych dôvodov prerušená. Organizmus získava kyslík dýchaním vzduchu, kde je obsiahnuté 21% kyslíka. V krvi sa kyslík objavuje v dvoch formách:

- chemicky viazaný na krvné farbivo hemoglobín (Hb),
- rozpustný v plazme (Šajteret al., 2002, s. 44-45).

Počas hyperbarickejoxxygenoterapie dochádza k rozpúšťaniu kyslíka vo všetkých telesných tekutinách: plazma, mozgovo – miechový mok, lymfa a tak môže byť transportovaný na miesto, kde je znížená, alebo v úplnej miere zablokovaná cirkulácia krvi. Poškodené tkanivá u pacienta získavajú vysokú koncentráciu kyslíka, ktorý je nevyhnutný pre proces hojenia rán. Za normálnych okolností pôsobí na človeka atmosférický tlak vyvolaný vlastnou tiažou atmosféry, čiže 101 kPa. Pri ponáraní alebo potápaní pôsobí na organizmus človeka tlak vyvolaný vlastnou tiažou vody, ktorá sa vyjadruje v jednotkách absolútnej atmosféry (ATA). V hĺbke 10 m pod hladinou mora pôsobí na organizmus človeka tlak vyšší o 1 ATA a s každým poklesom o 10 m sa tlak zvyšuje o 1 ATA. Pre dosiahnutie priaznivého efektu liečby v hyperbarickej komore, je potrebná inhalácia 100% kyslíka v rozmedzí 2-3 ATA (Móricová, Krutý, 1997, s. 114-116).

Hyperbarickáoxxygenoterapia v Trenčíne

Po koncepčnej a metodickej stránke je hyperbarická komora pracoviskom interného oddelenia Fakultnej nemocnice Trenčín. Bola zriadená v roku 2001 a patrí do siete zdravotníckych zariadení Slovenskej republiky, so spádovým územím Trenčianskeho a Žilinského kraja v stanovených indikáciách. Hyperbarické pracovisko v Trenčíne spolupracuje s ostatnými pracoviskami hyperbarickejoxxygenoterapie na Slovensku a taktiež s odbornými spoločnosťami zaoberajúcimi sa hyperbarickou medicínou v zahraničí. V prvej etape svojej existencie hyperbarickáoxxygenoterapia v Trenčíne fungovala ako mobilná hyperbarická komora, pri pavilóne interného oddelenia v špeciálnom skriňovom automobile P-V3S – viacmiestna barokomora. Od roku 2007 je otvorené hyperbarické pracovisko v samostatnom pavilóne Fakultnej nemocnice Trenčín, kde sú umiestnené dve jednomiestne

liečebné pretlakové komory. Kyslíková komora BLKS-30MK a vzduchová pretlaková komora PK-2-1000.

ŠPECIFIKÁ PRÁCE SESTRY PRI HYPERBARICKEJ OXYGENOTERAPII

Vo veľkej miere si táto práca vyžaduje technickú a manuálnu zručnosť, vzhľadom k zložitému technickému vybaveniu barokomory. Pacient, ktorý prichádza po prvý krát do nového prostredia hyperbarickej komory je oveľa spokojnejší pri kvalifikovanom a odbornom personále. (Hájek, 2009, s.8).

Práca sestry je podstatne ovplyvnená tým, či sa hyperbarickáoxygenoterapia vykonáva v malých jednomiestnych komorách, v ktorých nie je spolu s pacientom vystavená účinku pretlaku, alebo či sprevádza pacienta vo viacmiestnych komorách, kde je spolu s ním ohrozená aj nežiaducimi účinkami (Kmecová, [s.a.]). Každá sestra môže vstúpiť do pretlakovej komory len raz za deň a všetky sestry sa podrobujú pravidelne komplexnému lekárskeму vyšetreniu (Kapturová, 2005, s.39). Sestra pracujúca v hyperbarickej komore je špecialistkou vo svojom odbore. Uplatňuje u pacienta holistický prístup vzhľadom k tomu, že ide o pacientov s rozdielnymi indikáciami pre daný druh liečby. Musí disponovať širokým záberom informácií v diagnostike, liečbe a ošetrovateľskej starostlivosti. Podľa doterajších skúseností pacienti pociťujú blízkosť sestry počas pobytu v pretlakovej komore za prínos a sú spokojnejší. (Kmecová, [s.a.]).

Úlohy sestry pred začatím liečby v pretlakovej komore

Pred začatím liečby hyperbarickouoxygenoterapiou je dôležitá celková anamnéza pacienta, informácie o zdravotnom stave, u žien o možnom tehotenstve, o prekonaných ochoreniach, o liekoch ktoré užíva, o požívaní alkoholických nápojov pred hyperbarickouoxygenoterapiou, o liečenej alebo neliečenej cukrovke, o obavách pacienta z pobytu v uzavretom priestore. Každého pacienta sestra poučí o liečbe v hyperbarickej komore, vysvetlí mu priebeh liečby, objasní mu žiaduce i nežiaduce účinky. Sestra pripraví pacienta k liečbe v pretlakovej komore, uvedie ho do šatne kde sa prezlečie do vhodného odevu. Zmeria hodnoty fyziologických funkcií a saturáciu O₂. V prípade otvorenej rany u pacienta skontroluje spôsob jej ošetrovania, či nie je medikácia s mastným základom. Skontroluje pacienta, čo má u seba a zistené skutočnosti a namerané hodnoty zapíše do ošetrovateľskej dokumentácie. Upokojí pacienta. V prípade viacmiestnej komory usadí pacienta na jeho vopred určené miesto, ktoré je mu pridelené. V počítači zvolí daný liečebný profil. Pomocou komunikačného zariadenia sa sestra opýta pacienta či je všetko v poriadku a pristúpi k spusteniu programu. V prípade

vyskytnutia ťažkostí u pacienta počas kompresie, ako bolesti uší, tlak, nevoľnosť, fóbia, zastaví na chvíľu program. Cez podávacie okienko, ktoré je na ovládacom pulte, mu v prípade potreby podá liek, pohár vody, cukrík alebo žuvačku. Ak je všetko v poriadku, program sa znovu spustí. Samotný liečebný proces trvá približne dve hodiny (Kmecová, [s.a.]).

Úlohy sestry počas a po ukončení liečby v pretlakovej komore

Počas liečby sestra sleduje koncentrácie kyslíka a oxid uhličitý. Pri dekompresii postupuje podľa dekompresných tabuliek, sleduje prejavy dekompresnej choroby. Po skončení liečby zmeria pacientom fyziologické funkcie : tlak krvi (TK), pulzovú frekvenciu (P), telesnú teplotu (TT), počet dychov (D) a saturáciu kyslíka. Hodnoty zapíše do zdravotnej dokumentácie. Pacienta odvedie do šatne, kde sa prezlečie do osobného odevu a odovzdá pacienta na príslušné oddelenie. Sestra pripraví komoru na ďalšiu činnosť, umyje a vydezinfikuje kyslíkové masky a wrapové hadice. Zodpovedá za čistotu a prostredie v komore, všíma si každú odchýlku v prístrojovej technike a zabezpečí jej opravu (únik kyslíka, nefunkčnosť dýchacích zariadení, porucha signalizačného zariadenia, svetelného panela, komunikačného zariadenia) (Kmecová, [s.a.]). Neoddeliteľnou súčasťou práce sestry v hyperbarickej komore je edukácia pacienta. Edukáciu chápeme ako proces výchovy a vzdelávania, cieľom ktorého je zdravie. Edukácia pacientov je nástrojom na zabezpečenie ich lepšej účasti na procese poskytovania zdravotnej starostlivosti a predovšetkým im umožňuje kvalifikovane sa rozhodnúť. Sestra je dôležitý subjekt v procese edukácie a vo výchove k zdraviu a svojou edukačnou činnosťou prispieva k zvyšovaniu zdravotného uvedomenia obyvateľstva. (Farkašová, 2005, s.188).

EDUKÁCIA PACIENTA O ZÁSADÁCH PRED APLIKÁCIOU HYPERBARICKEJ OXYGENOTERAPIE

Pred zahájením hyperbarickejoxigenoterapie je potrebné pacienta informovať o spôsobe liečby hyperbarickouoxigenoterapiou a získať o ňom informácie. Dôležitá je anamnéza pacienta, informácie o zdravotnom stave, u žien o možnom tehotenstve, o infekčných ochoreniach, ktoré pacient prekonal a o liekoch, ktoré užíva (Kmecová, [s.a.]).

Poučenie pacienta pred prvou expozíciou hyperbarickejoxigenoterapie

Každý pacient musí byť poučený a mať vedomosti o:

- spôsobe a priebehu liečby,
- žiaducich a nežiaducich účinkoch hyperbarickejoxigenoterapie,
- dodržiavaní nevyhnutných opatrení počas celej liečby,

- užívaní vitamínov C a E,
- hlásení výskytu nežiaducich účinkov a zmenách zdravotného stavu,
- dodržiavanie naordinovanej liečby a pravidelných kontrolách lekára,
- dodržiavanie stanoveného termínu hyperbarickejoxxygenoterapie, neprítomnosť musí vopred telefonicky hlásiť,
- pociťovanie tlaku v ušiach a manévroch, ktorými sa dá vyrovnávať tlak v stredoušnej dutine s tlakom v komore - Valsalvov manéver, Toynbeeho manéver
- opatreniach, ktoré je potrebné dodržiavať počas pobytu v hyperbarickej komore musí sedieť na vopred vyhradenom mieste, nevstávať, nechodiť, prípadne ak je v ľahu, musí dodržiavať polohu,
- nasadení masky počas izokompresie, cez ktorú dýcha kyslík, už nesmie rozprávať, masku svojvoľne nesníma, kludne spontánne dýcha,
- možnostiach čítať, relaxovať alebo počúvať hudbu cez slúchadla,
- tlačidlo tiesňového volania, ktorým v prípade núdze je možné upozorniť personál,
- rizikách, plynúcich z nedodržiavania liečebných predpisov (Herman, 2002- 2008).

Povinnosti pacienta pri vstupe do komory

Oblečenie pre pobyt v hyperbarickej komore musí byť z čistej bavlny, bez prímеси umelých vlákien, vrátane spodnej bielizne (v centrách hyperbarickejoxxygenoterapie poskytujú certifikovanú bielizeň a to plášť, nohavice, návleky). Je vhodné mať so sebou žuvačku alebo cukrík, ktorý je pomocou pri vyrovnávaní tlaku v Eustachovej trubici počas zvyšovania alebo znižovania tlaku v komore. Pacient môže mať časopis alebo tenkú knihu, vreckovku alebo ručník z čistej bavlny.

1. fáza – posudzovanie (posúdenie rany, pacienta)

- posúdenie rany - formulár
- spoločensko – ekonomické podmienky: záujmy, zamestnanie
- stav vedomia
- telesný stav: výkonnosť, práceneschopnosť, koncentrácia, únava
- psychický stav: nálada, sebavedomie
- charakterové vlastnosti: vzťahy človeka k sebe samému, k iným ľuďom, k práci, k spoločnosti
- typové vlastnosti - temperament: sangvinik, flegmatik, choleric, melancholik
- pozornosť - motivácia

- typ pamäti - vôľové vlastnosti
- hodnota zdravia - skúsenosť s danou problematikou

2. fáza - diagnostika

Na základe získaných vedomostí z posudzovania sme zistili nasledujúce nedostatky v problematike hyperbarickejoxxygenoterapie: nedostatokvedomostí o princípe, priebehu, zásadách prípravy a účinkochliečby hyperbarickou oxxygenoterapiou

3. fáza – plánovanie

Je podkladom pre stanovenie zmysluplných cieľov a podnecuje motiváciu pacienta.

Ciele edukácie:

- pacient má vedomosti o liečbe pomocou hyperbarickejoxxygenoterapie
- pacient prejavuje záujem o nové informácie na získanie poznatkov v oblasti hyperbarickejoxxygenoterapie
- pacient dodržiava odporúčané inštrukcie súvisiace s liečbou hyperbarickej oxxygenoterapie.

HARMONOGRAM EDUKÁCIE PACIENTA PRED LIEČBOU V HYPERBARICKEJ KOMORE

Edukačná jednotka č.1

Princíp hyperbarickejoxxygenoterapie.

➤ kognitívne ciele:

- pacient má nové vedomosti súvisiace s hyperbarickouoxxygenoterapiou,
- pacient vie popísať liečebné účinky kyslíka.

➤ afektívne ciele:

- pacient prejavuje záujem o získanie informácií,
- pacient súhlasí s doplnením vedomostí,
- pacient má dôveru voči edukátorovi a poskytnutým informáciám.

➤ behaviorálne ciele:

- pacient si zaznamenáva potrebné informácie,
- pacient aktívne spolupracuje

Edukačná jednotka č.2

Fázy hyperbarickejoxxygenoterapie.

➤ **kognitívne ciele:**

- pacient vie, v čom spočíva priebeh hyperbarickejoxxygenoterapie,
- pacient pozná jednotlivé fázy,
- pacient vie, ako môže v prípade potreby komunikovať s personálom.

➤ **afektívne ciele:**

- pacient má dôveru voči edukátorovi,
- pacient prejavuje záujem o poskytnuté informácie,
- pacient rozumie priebehu celej expozície.

➤ **behaviorálne ciele:**

- pacient využíva získané informácie v priebehu expozície,
- pacient komunikuje v prípade potreby s personálom komory.

Edukačná jednotka č.3

Zásady prípravy pred aplikáciou hyperbarickejoxxygenoterapie.

➤ **kognitívne ciele:**

- pacient ovláda zásady potrebné pred prvou expozíciou oxxygenoterapie,
- pacient vie, čo je potrebné dodržiavať pred každým vstupom do komory,
- pacient vie vymenovať dovolené a zakázané predmety.

➤ **afektívne ciele:**

- pacient verbalizuje pochopenie zásad hyperbarickejoxxygenoterapie,
- pacient si uvedomuje mieru vlastnej zodpovednosti, v súvislosti so zásadami,
- pacient verbalizuje potrebu dodržiavať zásady.

➤ **behaviorálne ciele:**

- pacient dodržiava odporúčania vyplývajúce zo zásad,
- pacient vie využiť doporučené informácie a pokyny.

Edukačná jednotka č.4

Žiaduce a nežiaduce účinky hyperbarickejoxxygenoterapie.

➤ **kognitívne ciele:**

- pacient vie vymenovať žiaduce účinky hyperbarickejoxxygenoterapie,
- pacient vie vymenovať nežiaduce účinky hyperbarickejoxxygenoterapie.

➤ **afektívne ciele:**

- pacient prejavuje záujem o získanie vedomostí,
- pacient má dôveru voči edukátorovi a získaným informáciám,
- pacient akceptuje význam edukácie.

➤ **behaviorálne ciele:**

- pacient sa aktívne podieľa na procese edukácie,
- pacient si zaznamenáva dôležité informácie.

VYHODNOTENIE EDUKÁCIE

Edukácia pacienta bola efektívna, metódy, formy a prostriedky boli vhodne použité. Pri rozhovore a pozorovaní pacienta sme zistili, že vyjadruje sebaistotu a vidí zmysel v liečbe, doplnil si vedomosti, nové informácie využíva v liečebnom procese a spolupracuje s personálom. Liečbu hodnotí pozitívne pre svoju budúcnosť a vyjadril spokojnosť s priebehom edukačného procesu. Pacient absolvoval edukáciu v plánovaných štyroch sedeniach a vo všetkých sedeniach sme zaznamenali pozitívnu spätnú väzbu. Naplánovaný čas realizácie celej edukácie bol stanovený optimálne, nie je potrebné ho opakovať.

Pacient po skončení série liečby hyperbarickouoxygénoterapiou, kde absolvoval 21 expozícií, bol na 33 deň prepustený do domácej liečby. V priebehu hospitalizácie bolo zaznamenané čiastočné zlepšenie lokálneho nálezu, cestou chirurgickej ambulancie boli realizované nekrektómie a lokálne ošetrovanie rany sa realizovalo na internom oddelení. Posúdenie rany sa realizuje i pred prepustením pacienta. Pacient bude rehospitalizovaný v odstupe dvoch mesiacov k ďalšej sérii hyperbarickejoxigenoterapie.

POUŽITÁ LITERATÚRA

DOBIÁŠ, V. Potápačské nehody – dekompresná choroba, embolizácia a barotrauma. In *Viapractica*. ISSN 1336-4790. 2008, roč. V., č. 7-8, s. 335.

EMMEROVÁ, A., HADRAVSKÝ, M. Vznik odboru hyperbarická medicína a oxygénoterapie v Českej republike a jeho význam v súčasnejhumánnej medicíne. In *Pracovní lékařství*. ISSN 0032-6291. 2007, roč. 59, č.5. s. 68.

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

HÁJEK, M. Zdravotní problematika práce ošetrujícího personálu ve vícemístních hyperbarických komorách. *Abstarakta 18. kongres České společnosti hyperbarické a letecké medicíny*. 1.vyd. Semily, 2009. ISBN 978-80-86256-69-6. s. 19.

HERMAN, O. et al. *Hyperbarická oxygenoterapia*. Nemocnica s poliklinikou Trenčín interné oddelenie (3 roky činnosti). 2002-2004.

HERMAN, O. *Hyperbarická oxygenoterapia „prečo a načo?“* Pracovisko hyperbarickej oxygenoterapie – Fakultná nemocnica Trenčín. 2009.

HERMAN, O. *Prevádzkové predpisy pre pracovisko hyperbarickej oxygenoterapie*. Nemocnica s poliklinikou Trenčín – interné oddelenie. 2001.

KMECOVÁ, A., ŠANTA, M., ARVAY, L. Úlohy sestry pri hyperbarickej oxygenoterapii. [online]. [s.a.]. [Cit. 2009-11-29]. Dostupné na:

http://www.rekt.unipo.sk/files/docs/fz_veda/svk/dokument_81_29.pdf

MÓRICOVÁ, Š., KRUTÝ, F. Využitie hyperbarickej oxygenoterapie v medicínskej praxi. In *Recipé*. 1997, roč. IV., č. 4, s. 117.

ŠAJTER, V. et al. *Biofyzika, biochémia a rádiológia*. Martin: Osveta, 2002. 275 s. ISBN 80-8063-090-9.

HÁJEK, M. Zdravotní problematika práce ošetrujícího personálu ve vícemístních hyperbarických komorách. *Abstarakta 18. kongres České společnosti hyperbarické a letecké medicíny*. 1.vyd. Semily, 2009. ISBN 978-80-86256-69-6. s. 19.

Kontaktná adresa autora:

Mgr. Zuzana Mojžišová

Veľké Bierovce 191, 913 11

zuzanamojziso@centrum.sk

0902 220 764

Mgr. Silvia Bačišinová

Mateja Bela 2503/11,

911 05, Trenčín

007sese@gmail.com

ŠPECIFIKÁ PRÁCE SESTRY NA URGENTNOM PRIJME

Alžbeta DREXLEROVÁ

Oddelenie urgentnej medicíny – Centrálné príjmové ambulancie

NsP Prievidza so sídlom v Bojniciach

ABSTRAKT

Vývoj urgentnej medicíny na Slovensku zameraný na urgentné príjmy je iba v začiatkoch v porovnaní s prednemocničnou starostlivosťou. Práca prezentuje nemocničnú urgentnú starostlivosť na urgentnom prijme. Vyzdvihuje prácu sestry, ktorá má nezastupiteľnú úlohu pri zabezpečení potrebnej neodkladnej starostlivosti čo v najkratšom čase. Poskytovanie neodkladnej urgentnej starostlivosti vzhľadom na rôznorodosť akútnych stavov kladie pomerne vysoké nároky na sestry pracujúce na centrálnom alebo urgentnom prijme z hľadiska špeciálnych postupov.

Kľúčové slová :Neodkladná zdravotná starostlivosť.Urgentná medicína. Urgentná starostlivosť. Urgentný príjem. Sestra na urgentnom prijme.

„V roku 2003 pribudla na Slovensku ďalšia, tentoraz nie atomizujúca, ale syntetizujúca špecializácia – urgentná medicína“ (Dobiáš, 2007). Popri tomto medicínskom odbore sa takmer súbežne vyvíjal aplikovaný ošetrovateľský odbor – špecializovaná urgentná starostlivosť. Cieľom oboch odborov je poskytovanie urgentnej – neodkladnej starostlivosti v rámci prednemocničnej a nemocničnej zdravotnej starostlivosti. Oba úseky musia na seba nadväzovať a vzájomne sa prepojiť. Vybudovaním siete záchranej zdravotnej služby na Slovensku sa UM konečne začala orientovať na pracoviská centrálnych / urgentných príjmov, ktoré sú jej základňou. Každý urgentný príjem je špecifický, pretože vyrastá z potrieb komunity, v podmienkach nemocnice (Buda, 2005a). Je potrebné viesť dialóg o otázkach ich rozvoja a našim zámerom je svojimi názormi a skúsenosťami z praxe zapojiť sa do diskusie a tým prispieť k ich rozvoju.

Neodkladná zdravotná starostlivosť

Akútna neodkladná zdravotná starostlivosť o pacientov bola od 20. storočia poskytovaná prevažne formou intenzívnej medicíny, intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti a anesteziologickej a intenzívnej starostlivosti. Akútne stavy boli tiež ošetrované v rámci ÚPS – ústavnej pohotovostnej služby nemocníc, ktoré sa na prelome storočí 20. -21. sa začali transformovať na tzv. urgentné príjmy. Medicína a ošetrovatelstvo dostali nový rozmer rozvojom urgentnej medicíny a urgentnej starostlivosti. Neodkladná zdravotná starostlivosť (ďalej len neodkladná starostlivosť) je zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život, bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Neodkladná starostlivosť je aj zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode, pri neodkladnej preprave osoby do zdravotníckeho zariadenia (Zákon č.576, 2004).

Akútnymi stavmi sa špeciálne zaoberá urgentná a intenzívna medicína. Mohli by sme zjednodušene povedať, že urgentná medicína sa uplatňuje skôr v primárnej starostlivosti, respektíve v prvom kontakte s pacientom, naproti intenzívnej medicíne, ktorá viac-menej nadväzuje na urgentnú starostlivosť. Avšak na druhej strane je urgentná medicína akoby špecializačným odborom, tzv. odnožou intenzívnej medicíny (Masár, 2007).

Intenzívna medicína je medicínsky odbor zaoberajúci sa život ohrožujúcimi akútnymi stavmi, diagnostikou, kontinuálnym sledovaním a liečbou pacientov s potenciálne liečiteľnými život ohrožujúcimi chorobami, úrazmi a komplikáciami, u ktorých je nevyhnutná podrobnejšia lekárska aj ošetrovateľská starostlivosť, ktorá bežne nie je dostupná na štandardných oddeleniach (Ševčík et al., 2003).

Urgentná medicína je mladý odbor ale stará práca: zaistiť, aby sa dostal chorý človek k správnešmu špecialistovi živý je hlavným poslaním odboru (Buda, 2005b). Orientuje sa na akútne stavy, jej obsahom je včasné stanovenie diagnózy a liečenie všetkých stavov ohrožujúcich život, orgány, alebo končatiny, znižovanie počtu bezprostredných i neskorších úmrtí. Nesmierny význam má tiež pri znižovaní utrpenia“ (Masár, 2009).

Vyžaduje si skutočnú a koncepčnú starostlivosť o pacientov v prednemocničnej, nemocničnej a medzinemocničnej urgentnej starostlivosti. Urgentná medicína pokrýva akútne a urgentné aspekty všetkých súčastí medicíny (Dobiáš, 2007).

Urgentná medicína sa prevažne realizuje na pracoviskách záchranej zdravotnej služby, urgentných príjmových pracoviskách, zdravotníckych operačných strediskách a na

pracoviskách anesteziológie a intenzívnej medicíny. Je využiteľná aj v chirurgii a úrazovej chirurgii, vnútornom lekárstve a kardiológii, pediatrii, neurológii a psychiatrii, gynekológii a pôrodníctve. Urgentná medicína sa stala samostatným medicínskym odborom, ktorý sa neustále rozvíja a vyžaduje potrebnú kvalifikáciu zdravotníckych pracovníkov. Práca v odbore urgentná medicína si vyžaduje zásadne odlišný prístup k pacientovi, preto je nevyhnutné, aby najmä na pracoviskách záchranej zdravotnej služby a pracoviskách urgentného príjmu boli kvalifikovaní pracovníci, lekár so špecializáciou z urgentnej medicíny a sestra so špecializáciou z urgentnej starostlivosti (Masár, 2007).

Urgentná starostlivosť je definovaná jednak ako prednemocničná neodkladná starostlivosť, všeobecne záchranná služba a tiež nemocničná neodkladná starostlivosť, všeobecne urgentný príjem, ktorý je jej neoddeliteľnou súčasťou.

Špecializovaná urgentná starostlivosť je špecializačný odbor pre sestry a zdravotníckych záchranárov, ktorý sa zaoberá poskytovaním neodkladnej zdravotnej starostlivosti v záchranej zdravotnej službe, leteckej záchranej zdravotnej službe, ako aj na urgentných príjmových oddeleniach zdravotníckych zariadení.

Urgentný príjem

Moderná neodkladná starostlivosť je poskytovaná v troch etapách:

- Prednemocničná – ZZS, praktickí lekári, ambulantní špecialisti.
- Neodkladná nemocničná starostlivosť – urgentné príjmy.
- Nemocničná starostlivosť – ARO, JIS, štandardné lôžka oddelení (Hubáček, 2005a).

V minulosti a v niektorých nemocniciach ešte aj v súčasnosti, bola veľmi úzka väzba záchranných služieb na OAIM, ARO, dlho sa vyvíjali spoločne.

Pre ďalší osud chorého má kontinuálna starostlivosť zásadný význam, preto sú v mnohých nemocniciach zriaďované urgentné príjmy, aby sa vyplnilo príjmové vákuum. Tento optimálny prechod zabezpečujú pracoviská oddelenia urgentnej medicíny – urgentné príjmy (ďalej len UP). Oddelenie urgentného príjmu je klinická základňa oboru urgentná medicína (Pokorný, 2004).

Poslaním oddelenia urgentného príjmu je príjem a kontinuálna starostlivosť o chorých, ktorí boli privezení do nemocnice v prvom rade záchrannou službou, so zreteľom na chorých v kritickom stave, ale aj pacientov privezených LSPP, či samostatne prichádzajúcich. Ďalej okrem neodkladnej starostlivosti je to sekundárna prevencia a triedenie. Činnosť urgentného príjmu je rozložená na jednotlivé úseky.

- Informačný úsek – dispečing, recepcia.

- Bezprahový príjem – všeobecná ambulancia, LSPP.
- Nízkoprahový príjem – špecializované ambulancie / centrálny príjem.
- Vysokoprahový príjem – emergency.
- Lôžková časť – expektačné lôžka (Buda, 2005a).

Naša nemocnica - NsP Prievidza so sídlom v Bojniciach (ďalej ako nemocnica Bojnice) prevádzkuje nízkoprahový príjem s názvom Centrálné príjmové ambulancie (CPA), ktoré sú organizačne začlenené pod oddelenie urgentnej medicíny (OUM). Toto oddelenie tvoria dve časti, prvá samostatne fungujúca ZZS s dvomi výjazdovými posádkami RLP a RZP, ktorá úzko spolupracuje so svojou druhou samostatne fungujúcou časťou CPA. Toto OUM v prípade príjmu pacienta so zlyhávaním základných životných funkcií ďalej úzko spolupracuje s OAIM a JIS, keďže nemocnica zatiaľ nemá vybudovaný vysokoprahový príjem, ktorý by takéto stavy zastrešoval.

Činnosť oddelenia urgentného príjmu plní funkciu účinného filtra akútnych stavov, vykonáva príjem kriticky chorých a traumatizovaných s ohrozením vitálnych funkcií, príjem akútnych stavov neodkladného typu, akútnu konziliárnu činnosť, expektácia pacienta za účelom stanovenia diagnózy a podanie ambulantnej terapie. Pracovisko urgentného príjmu slúži tiež ako centrum riadenia v prípade mimoriadnej udalosti a aktivácii traumatologického plánu. Okrem OAIM zabezpečuje resuscitačný tím pre potreby monobloku nemocnice (Hubáček, 2005a).

Úlohy sestry na urgentnom príjme

Sestra na urgentnom príjme sa stretáva s akútnymi stavmi z rôznych medicínskych odborov. Vo svojej práci využíva rôzne zdravotnícke prístroje. To všetko si vyžaduje adekvátne odborné vedomosti, manuálne a technické zručnosti, ale aj náležité legislatívne znalosti. Sestra je spravidla prvá v kontakte s pacientom. Jej profesionalita by mala spočívať nielen v odbornej teoreticko-praktickej zručnosti, ale mala by spĺňať aj určité morálne predpoklady: trpezlivosť, holistický prístup, empatiu, záujem o človeka, ohľaduplnosť. Nezanedbateľnými špecifickými charakterovými vlastnosťami sestry na urgentnom príjme sú: vynikajúce pozorovacie schopnosti, schopnosť riešiť problémy podľa ich priority, schopnosť súbežne riešiť problémy, vytrvalosť, odolnosť voči stresu, schopnosť zachovať pokoj v náročných stresových situáciách, schopnosť rýchlo rozmýšľať a rozhodovať sa, ochotu prijať zodpovednosť a tiež asertívne správanie. No predovšetkým by mala mať komunikačné schopnosti, ktoré jej umožnia svoje odborné, morálne a charakterové kvality využiť v praxi.

Stavy ohrozujúce život si vyžadujú špecializované pracovné činnosti sestry, s vyššou úrovňou komplexnosti postupov, predvídania a rozhodné konanie. Sesterské činnosti musia byť realizované plynulo. Život pacienta na urgentnom príjme neraz závisí od pozornosti a odbornej zdatnosti sestry. Preto je dôležité, aby sestry mali vedomosti z medicínskych odborov, ktoré sa týkajú poskytovania urgentnej medicíny a urgentnej starostlivosti.

Práca sestry na urgentnom príjme má svoje špecifiká:

- Eviduje pacientov do informačného systému zariadenia / nemocnice, overenie poisťovného vzťahu na portály zdravotných poisťovní.
- Ovláda indexy triedenia pacientov.
- Ovláda traumatologický plán, v prípade mimoriadnych udalostí sa podieľa na jeho realizácii.
- Plní všetky výkony vyplývajúce z jej kompetencií podľa platnej legislatívy.
- Dodržiava práva pacientov, dodržiava etický kódex zdravotníckeho pracovníka.
- Pracuje v nepretržitej prevádzke, vzhľadom na charakter pracoviska.
- Ovláda obsluhu všetkých prístrojov a špeciálnej techniky na OUP – Multihelp, EKG, mobilná odsávačka, kyslíkový prístroj, defibrilátor, ručný ambuvak, laryngoskop, oxymeter.
- Ovláda poskytovanie zdravotníckej prvej pomoci, najnovšie postupy KPR základnej aj rozšírenej.
- Asistuje lekárovi pri špeciálnych výkonoch – napr. intubácia pacienta, sutura, repozícia kĺbov a kostí, sadrovanie a iné.
- Pracuje rýchlo, rozvážne a dodržiava štandardné ošetrovateľské postupy.
- Podieľa sa na zavádzaní nových ošetrovateľských štandardov a skvalitňuje svoju prácu.
- Komunikuje so sestrami iných lôžkových oddelení v rámci hospitalizácie pacientov.
- Zabezpečuje plynulý priebeh prijatia pacienta, systematizuje písomné záznamy a doklady, aj PN.
- Manažuje činnosť ambulancie v službe, vrátane práce sanitárov a organizuje priebeh všetkých vyšetrení pacienta na urgentnom príjme.
- Odoláva stresovým situáciám vo zvýšenej miere, ovláda komunikáciu s pacientom a príbuznými, má vždy situáciu pod kontrolou.
- Zastáva profesionálne stanovisko vo vzťahu sestra - pacient – lekár, najmä v konfliktných situáciách.

- Posudzuje stav pacienta v rámci prvotného (vedomie, dýchanie, cirkulácia a krvácanie) a druhotného vyšetrenia (anamnéza , vyšetrenie od hlavy po päty).
- Volí intervencie podľa priority: zastavenie dýchania a srdca, veľké vonkajšie krvácanie, bezvedomie, šok, ostatné poranenia.
- Spolupracuje s viacerými odborníkmi, je členkou multidisciplinárneho tímu, úzko spolupracuje so sestrou OAIM.

Sestra v urgentnej starostlivosti má nielenže nezastupiteľné poslanie, ale aj veľmi ťažkú a zodpovednú úlohu, aby bola pacientovi poskytnutá adekvátne pomoc čo v najkratšom čase. Urgentná a intenzívna medicína (starostlivosť) sú ako dvojčičky v odboroch medicíny a preto je dôležitá ich úzka spolupráca.

POUŽITÁ LITERATÚRA

BUDA, O. 2005a. Urgentní příjmy na vzestupu. In *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924. 2005, roč. VIII., č.2, s. 4-6

BUDA, O. 2005b. Vzdelávaní v UM. In *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924. 2005, roč. VIII., č.4, s. 18-19

DOBIÁŠ, V. et al. 2007. *Prednemocničná urgentní medicína*. 1.vyd. Martin : Osveta, 2007. 381 s. ISBN 80-8063-255-7

HUBÁČEK, P. 2005. Poslání a činnost oddělení urgentního příjmu – Emergency. In *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924. 2005, roč. VIII., č. 3, s. 6-8

MASÁR, O. 2007. *Ciele a perspektívy kliniky urgentnej medicíny a medicíny katastrof pri lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave*. [online]. [2007]. [Cit. 2009-11-22]. Dostupné na: http://www.emergency-ba.sk/historia/klinika_um.html

MASÁR, O. et al. 2009. *Základy urgentnej medicíny*. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave, 2009. 146 s. ISBN 978-80-223-2649-0

POKORNÝ, J. et al. 2004. *Urgentní medicína*. 1.vyd. Praha : Galén, 2004. 547 s. ISBN 80-7262-259-5

Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontaktná adresa autora:

Mgr.. Alžbeta Drexlerová

Tužina 33, 972 14 Tužina.

tel. 0949508931

alzbeta.drexlerova@hospital-bojnice.sk

APLIKACE YTTRIA

Kateřina VONDRÍČKOVÁ

Revmatologický ústav, Praha, Česká Republika

ABSTRAKT

90-Yttrium citrát je radioaktivní koloidní roztok, který aplikujeme do kolenního kloubu pacientům, kterým se opakovaně tvoří výpotek. Radioaktivní látka by měla způsobit nekrózu synoviální výstelky, aby ta už dále neprodukovala výpotek. Na každou aplikaci je zváno 6 pacientů. Objednávku na yttrium je třeba v předstihu alespoň 14 dnů dát do lékárny. Dodávka radiofarmaka: zkontrolujeme dle průvodního listu, zda souhlasí radiofarmakum a dodaná aktivita . Všechny pacienty nejdříve prohlédne lékař a určí, komu bude yttrium aplikováno. Připravíme všechny věci, které budeme potřebovat – doplníme převazový vozík, který je vyčleněn právě jen k tomuto účelu. Připravíme k aplikaci yttrium . Dále si připravíme stříkačky s kontrastní látkou – cca po 3 ml.

Vlastní provedení aplikace yttria:

Pacienta vyzveme, aby si odložil oblečení ze spodní poloviny těla. Lékař nejprve provede punkci kolenního kloubu . Poté lékař aplikuje kontrastní látku. Rtg laborant provede rtg snímek a poté stejnou jehlou lékař aplikuje yttrium. Místo vpichu ošetříme sterilním tamponem. Poučíme pacienta: náplasti nechá na místech vpichů 24 hodin a 24 hodin zachová klid na lůžku .

Po ošetření všech pacientů uklidíme všechno, co jsme potřebovali. K výpotkům uděláme žádanky, odneseme do biochemické laboratoře. Odpad považujeme všechen za kontaminovaný. Vše uložíme do „vymíracího boxu“, kde musí být ponechán cca 30 dnů . Poté všechny pracovní plochy, kde jsme pracovali s yttriem a vlastní oblečení proměříme měřičem aktivity Isotrak, zda nedošlo ke kontaminaci. Aplikaci yttria zapíšeme do dokumentace pacienta, do knihy výkonů na sálku ambulance a vyúčtujeme pro pojišťovnu.

Klíčovoslová: Yttrium. Pomôcky. Aplikácia. Dokumentácia.

Kontaktná adresa autora:

Kateřina Vondřičková

Revmatologický ústav

Na Slupi 4

Praha 2, 120 00

Česká republika

koho@revma.cz

PAGETOVA CHOROBA

Monika NOVÁKOVÁ, Zuzana PRIŠTINCOVÁ

Národný ústav reumatických chorôb Piešťany

ABSTRAKT

Reumatologickou témou sa snažíme o rozšírenie vedomostí sestier z internistických ale aj iných odborov. Pagetova choroba patrí medzi menej známe ochorenia z oboru reumatológia. Prednáška nás oboznámi s príčinou ochorenia, diagnostickými postupmi, klinickými prejavmi a liečbou. Dôležitou časťou prednášky je ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s týmto ochorením. Na záver prednášky sa venujeme aj odporúčaniam pre prax.

Kľúčové slová: Pagetova choroba. Ošetrovateľská starostlivosť. Reumatológia. Pacient.

Ďalšie názvy s ktorými sa môžete pri tomto ochorení stretnúť sú Morbus Paget, deformujúca osteitída (osteitis deformans) alebo choroba malého klobúka.

Pagetova choroba je spôsobená nerovnováhou medzi úbytkom a pribúdaním kostného tkaniva, to má potom chaotickú štruktúru a stráca svoju charakteristickú funkciu. V dôsledku porušenia štruktúry kosti pri Pagetovej chorobe dochádza k zvýšenej krehkosti a lámavosti kostí, čo pacientov výrazne ovplyvňuje v ich bežnom živote. Po osteoporóze je to druhé najčastejšie metabolické ochorenie kostí.

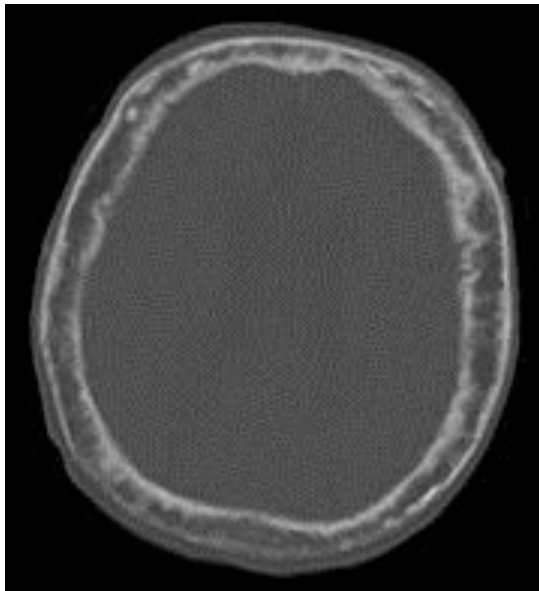
Toto chronické ochorenie, ktoré postihuje predovšetkým kosti osovej kostry - to znamená najčastejšie lebku, chrbticu, panvu a tiež dlhé kosti v tele. Choroba sa prejavuje zmenou tvaru, niekedy až deformitami kostí, ktoré často zväčšujú svoj priemer a objem (doslova sa zduria) a strácajú svoju pevnosť. Preto často dochádza k ich zlomeninám, ktoré môžu byť spontánne. Zlomeniny môžu vzniknúť už pri minimálnom zaťažení z dôvodu straty svojej mechanickej odolnosti. Keďže choroba sa najčastejšie začne prejavovať na kostiach lebky, začne sa zväčšovať obvod hlavy a postihnutým zrazu jedného dňa začne byť malý ich klobúk. Takto najskôr vzniklo historické označenie ochorenia ako „choroba malého klobúka“.

Kosť nie je len nejaké lešenie pre telo, ktoré raz vyrástlo a už v ňom nedochádza k žiadnym zmenám. Naopak. Kosť je vďaka obsahu minerálov veľmi tvrdé tkanivo, je veľmi

metabolicky aktívna (neustále v nej dochádza k látkovej premene), zúčastňuje sa udržiavania stáleho vnútorného prostredia, zastáva veľa významných funkcií. Neustále v nej tiež prichádza k prestavbe. A to nás práve tu zaujíma. Špeciálne kostné bunky nazývané osteoklasty (bunky, ktoré odbúravajú kostné tkanivo) neustále rozpúšťajú kostné tkanivo, to sa v náväznosti na odbúravanie hneď znovu dotvára, načo nám slúžia osteoblasty (bunky, ktoré vytvárajú kostné tkanivo). Tak sa mení jej mikroskopická štruktúra. Táto neustále prebiehajúca kostná prestavba sa nazýva „remodelácia kosti“. Pri Pagetovej chorobe je táto prestavba nadmerná a neusporiadaná, aktivita osteoklastov je zvýšená. Vzniká nám neplnohodnotná náhrada kostnej hmoty, charakteru väzivového tkaniva obsahujúceho veľké množstvo ciev. Kosť tak mení svoj normálny tvar, objem sa zväčšuje a jej mechanická stabilita a pevnosť sa znižuje. Nová kosť je chaotickej štruktúry. Súčasne s týmito zmenami sa zvyšuje i krvný prietok kostí, jednak z dôvodu vysokých nárokov veľkej kostnej aktivity na dodávku živín a jednak z dôvodu abnormálnych spojok medzi tepnami a žilami, ktoré sa v kosti vytvárajú (tzv. arteriovenózne skratky). Vedie to k veľkej záťaži krvného obehu, rozvíja sa „hyperkinetická cirkulácia“, srdce je nadmerne zaťažované a môže dôjsť až k jeho zlyhaniu. V kostiach lebky sa normálne vyskytujú otvory, kadiaľ prechádza mnoho dôležitých nervov a zmyslových dráh do mozgu a späť. Predstavme si, že zmenou tvaru a objemu lebečných kostí prichádza k uzatváraniu týchto dôležitých „tunelov“ cez lebku, a to určite nevestí nič dobré. Skutočne prichádza k útlaku nervov a iných dôležitých štruktúr, čo má vážne dôsledky. Vznikajú poruchy sluchu až hluchota, ohrozený je aj zrak – útlakom okohybných nervov vzniká dvojité videnie, porucha pohyblivosti očí. Útlakom hlavových nervov vznikajú neurologické komplikácie. Z nich sú najčastejšie závraty, točenie hlavy, pocity nestability. Ďalej môže byť prítomná aj porucha citlivosti v tvári. Postihnutie chrbtice kostnými zmenami môže spôsobiť „lumboischialgický syndróm“, čo je ochorenie, ktoré sa prejavuje bolesťou a obmedzením pohyblivosti v danej oblasti. Súčasne môžu byť dráždené miechové korene, čo nám môže viesť ku vzniku „radikulárneho syndrómu“. Dráždenie nám spôsobuje vyžarovanie bolesti do dolných končatín a môže viesť i k obrne svalov a poruche citlivosti končatín. Keďže je postihnuté kostné tkanivo, môže sa vyskytnúť krvácanie. Pri ochorení sa môže u 1% pacientov vyvinúť osteosarkóm, kedy je potom veľmi zlá prognóza. Avšak napriek všetkým spomenutým ťažkostiam hlavný problém, ktorý trápi pacientov trpiacich Pagetovým ochorením je silná bolesť. Bolesť sa prejavujú v pokoji aj pri pohybe a môže výrazne hendikepovať pacientov v bežnom živote.



Obr. 1 Obojstranná nehomogénna štruktúra lebky so sklerotickými ložiskami



Obr. 2 Lebka pri Pagetovej chorobe

Príčina ochorenia dosiaľ nie je známa. Je prítomná genetická abnormalita (chybný proteín v DNA) na chromozóme číslo 18. Predpokladá sa vplyv infekcie vírusového pôvodu. Môže byť vrodená porucha metabolizmu spojivového tkaniva, cievne abnormality. Čiže možná je pomalá vírusová nákaza v kombinácii s abnormálnym génom spôsobujúcim Pagetovu chorobu. Sú známe pandemické oblasti v anglosaských krajinách s týmto ochorením. Keďže o príčine tohto ochorenia zatiaľ veľa nevieme, nie je ani možné určiť rizikové faktory. Čo ale vieme uviesť, je istá genetická predispozícia. Čiže ak sa ochorenie prejavilo u našich pokrvných príbuzných, je výskyt ochorenia oveľa vyšší. 15-30% postihnutých má pozitívnu

rodinnú anamnézu tohto ochorenia. Incidencia stúpa vekom s miernou predominciou u mužov. Postihuje 3% dospelých nad 55 rokov. 70-80% pacientov je asymptomatických.

Diagnostika ochorenia sa opiera o :

Kompletnú anamnézu: osobnú: bolesť, fraktúra, choroby, operácie, úrazy, gynekologickú liekovú, alergologickú, pracovnú, sociálnu a veľmi dôležitá je rodinná anamnéza.

Fyzikálne vyšetrenie:

- deformácia chrčtice alebo kostí.
- zvýšená teplota nad postihnutou kosťou, ktorú môžeme niekedy nahmatať.
- obvod hlavy môže byť väčší.
- nohy a stehná majú vystúpené kosti.

Očné vyšetrenie - zápal žíl v oku (venisoculilippitudo) optická atrofia, alebo zápal sietnice (inflammatio retina)

Ušné vyšetrenie - audiometria.

Laboratórne ukazovatele: v krvi sa v priebehu ochorenia významne zvyšuje hodnota – ALP (alkalická fosfatáza- enzým, ktorý riadi chemické reakcie v našom tele) a ďalšie kostné markery.

Röntgenové vyšetrenie a hlavne o zobrazovacie metódy využívajúce rádioaktívne prvky – scintigrafia kostí - zvýšené vychytávanie nuklidu v patologicky zmenených miestach.

Veľkou výhodou poslednej spomenutej zobrazovanej metódy je ich veľká schopnosť odhaliť Pagetovu chorobu už v ich úplnom začiatku – teda dlho predtým, ako je možné pozorovať zmeny na Rtg snímku.

MRI vyšetrenie mozgu

Kostná biopsia - kus kosti je chirurgicky odstránený a skúmaný. Biopsia je potrebná len ak všetky ďalšie testy nepomôžu diagnostikovať Pagetovu chorobu.



Obr. 3 Scintigrafia kostí

Liečba Pagetovej choroby je zameraná na dosiahnutie kompletnej remisie, čo je definované normálnou hodnotou ALP. Podávajú sa bifosfonáty, ktoré sa naviažu na osteoklasy a tlmia ich aktivitu, čo vedie k oslabeniu deštrukcie kostného tkaniva a k obnoveniu rovnováhy medzi funkciou osteoklastov a osteoblastov. V súčasnosti sa podáva alendronát, risendronát, zoledronát a iné. Ďalšia liečba je zameraná na symptómy. Dôležitá je koordinovaná liečba analgetikami, podávajú sa nesteroidné antireumatiká, v niektorých prípadoch až opiáty. Chirurgická liečba sa zameriava na odstránenie deformít a náhrady umelých kĺbov. Veľkým prínosom v liečbe je aj využívanie ortéz a iných ortopedických pomôcok.

Aký majú pacienti život s „pagetom„? Nie je to smrteľné ochorenie ale dokáže výrazne zneprijemniť život pacientom ako každé chronické ochorenie. Musia počítať s obmedzenými športovými a voľnočasovými aktivitami. Avšak pri dodržiavaní liečby a kľudového režimu sa môže život pacientov zmeniť tak, že sa môžu vrátiť späť k svojim aktivitám. Avšak nesmieme zabúdať, že v niektorých prípadoch môže ochorenie viesť k trvalej invalidite.

Starostlivosť o pacienta s Pagetovou chorobou zahŕňa základnú ošetrovateľskú starostlivosť - čiže všetky činnosti zamerané na uspokojenie základných potrieb. Pri tomto ochorení môže byť pacient určitý čas pripútaný na lôžko v dôsledku silných bolestí, vtedy treba pacientovi

pomôcť s hygienou, stravovaním, vyprázdňovaním a podobne. Úlohou sestry je sledovať, či u pacientov nevzniká návyk na analgetiká a v prípade zistenia informovať lekára. Pri starostlivosti o pacienta sestre pomôže empatia a správna komunikácia, ktorú by mala každá sestra zvládnuť. Úlohou sestry je edukovať pacienta o správnej životospráve – udržiavať BMI (nezaťažovanie kĺbov zvýšenou hmotnosťou), správne striedanie práce a odpočinku. Úlohou sestry pri hospitalizácii pacienta je dbať na prevenciu úrazov, keďže môže vzniknúť zlomenina už pri minimálnom zaťažení. Tiež treba pacienta poučiť ako si má zariadiť domáce prostredie a tak minimalizovať vznik úrazu. Pacientom odporúčame stať sa členmi občianskeho združenia *Liga proti reumatizmu* www.mojareuma.sk, dobrovoľnej neprofesionálnej organizácii *Slovenská únia proti osteoporóze* (SUPO), občianskeho združenia *Liga proti osteoporóze* <http://www.ligaprotiosteoporoze.sk/>. Činnosť organizácii je aktívna, môže pomôcť pacientom vyrovnáť sa s ochorením, naučiť ich ako správne tráviť svoj čas a tiež sa môžu zúčastniť sa odborných podujatí, ktoré tieto združenia organizujú. Veľkým prínosom pre sestry v problematike ošetrovateľskej starostlivosti v reumatológii, je existencia odbornej publikácie *Lexikon reumatologie pro sestry*, autorského tímu Korandová, Olejárová z roku 2011.

Kontaktná adresa autora:

Mgr. Zuzana Prištincová
NÚRCH Piešťany
zuzip1@gmail.com

Mgr. Monika Nováková
NÚRCH Piešťany, 921 01
Nábr. Ivana Krasku 4
monka.novakova@gmail.com

ŠPECIFIKÁ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI PRI SYSTÉMOVEJ SKLERÓZE

Zuzana PRIŠTICOVÁ, Monika NOVÁKOVÁ
Národný ústav reumatických chorôb Piešťany

ABSTRAKT

Prednáška je orientovaná na problematiku ľudí s ochorením systémová skleróza. Priblížime si samotné ochorenie, popíšeme si jednotlivé formy ochorenia. Okrem hlavných klinických prejavov ochorenia sa oboznámime aj s jeho klinickými príznakmi a prejavmi pri postihnutí jednotlivých orgánových systémov- gastrointestinálny, dýchací, renálny kardiovaskulárny, muskuloskeletárny a nervový systém. Priblížime si medikamentózne ale aj fyzikálnu liečbu tohto ochorenia. Z ošetrovateľského hľadiska poukážeme na špecifiká starostlivosti pri sklerodermii a následnú edukáciu o zmene životného štýlu. Poukážeme na určité režimové opatrenia, ktoré by si mali pacienti osvojiť a mali by sa stať súčasťou ich každodenného života.

Kľúčové slová: Systémová skleróza. Bolesť. Stuhnutá koža. Orgánové postihnutie. Zmena životného štýlu.

Systémová skleróza, nazývaná aj sklerodermia je chronické ochorenie, ktoré postihuje až 3 krát častejšie ženy, zväčša vo veku 45-55 rokov. Typickým príznakom pre sklerodermiu je postihnutie kože, ktorá je tuhá lesklá a neriasiteľná. Okrem postihnutia kože, ochorenie postihuje aj pohybový aparát a vnútorné orgány. Rozoznávame 2 typy sklerodermie:

- Limitovanú formu(sklerodaktýlia, akroskleróza)
- Difúznou formu(postihnutá koža celého tela)

Systémová skleróza sa prejavuje klinickými príznakmi označovanými ako syndróm CREST:

- Calcinosis- ukládanie vápnika v tkanivách
- Raynaudov fenomén- zbledenie, neskôr cyanóza prstov u 90-95%
- Ezofageálnahypomotilita- rozšírený pažerák

- Sklerodaktýlia- skleróza kože na prstoch rúk
- Teleangiektázie- rozšírenie drobných ciev v koži

U pacientov so systémovou sklerózou dochádza postupne k:

- zmenenému výzoru: majú úzky špicatý nos, úzke pery, sťažené zatváranie úst, odhalené horné rezáky.
- majú paličkovito rozšírené distálne články prstov- pazúrové prsty- z toho vyplýva i obmedzenosť šliach a kĺbov
- difúzny opuch na prstoch, na chrbte rúk, na tvári, na krku- najčastejšie v ranných hodinách- po zatlačení nezostávajú jamky. Tento opuch neskôr vystrieda skleróza kože.

Neskôr vznikajú ulcerácie a krusty na bruškách prstov- môže sa vyskytnúť kalcinóza na končekoch prstov. Na tvári sa objavujú teleangiektázie. Nastáva úbytok kožných adnexov (riedke vlasy- vlasové folikuly, potné a tukové žľazy).

Pri systémovej skleróze dochádza i k orgánovému poškodeniu mnohých systémov. Pri poškodení gastrointestinálneho traktu (GIT-u) z hľadiska ošetrovateľskej starostlivosti je dôležité dbať na dostatočnú substitúciu slín- prevencia zubného kazu. Dôležité sú výplachy úst, tuhé cukríky, žuvačky, ústne spreje Saliva. Pri mikrostómii je obmedzené otváranie úst a preto je dôležité posilňovanie tvárového svalstva. Hypomobilita pažeráka sa môže prejaviť dysfágiou, pyrózou, bolesťami. Postupne dochádza až k dilatácii dvoch tretín pažeráka. Dôležité je jesť mäkkšiu stravu, v malých dávkach a častejšie. Z ďalších príznakov pri poškodení GIT-u sa môže objaviť malabsorpcia, gastro-ezofagálny reflux, dyspepsia, nauzea, zvracanie, meteorizmus, poruchy vyprázdňovania stolice. Úlohou sestry je sledovať frekvenciu a konzistenciu stolice a taktiež hmotnosť pacienta.

Poškodenie dýchacieho systému býva najčastejšou príčinou smrti pri sklerodermii. Príznaky ako dýchavičnosť, suchý kašeľ, celková slabosť bývajú prejavom fibrotizujúcej alveolítidy, pľúcnej fibrózy a neskôr môžu vyústiť do kardiopulmonálneho zlyhania. Úlohou sestry je sledovať vitálne funkcie a zabezpečiť prívod kyslíka (oxygenátor).

Renálne poškodenie sa prejavuje oligúriou, vzostupom sérového kreatinínu, proteinúria je do 2,5g/ 24 hod., objavuje sa mikroskopická hematúria. Dôležité je sledovať bilanciu tekutín, hmotnosť pacienta, vitálne funkcie a laboratórne hodnoty sérového kreatinínu a kvantitatívnej proteinúrie.

V priebehu rozvoja sklerodermie sa môže objaviť aj kardiovaskulárne poškodenie, kedy je najčastejšie poškodený myokard, perikard, koronárny systém srdca. Treba sledovať klinické prejavy pacienta ako sú: dýchavičnosť, palpitácie, edémy dolných končatín a tiež je dôležité sledovať krvný tlak, pulz, bilanciu tekutín, natočiť EKG, doplniť ECHO-kg.

Pri poškodení nervového systému je najčastejšie poškodený nervustrigeminus, čo sa prejavuje poruchou citlivosti, parestéziami a bolesťou tváre, Ojedinele sa môžu objaviť periférne neuropatie na dolných končatinách.

Pri sklerodermii je najčastejšie poškodený muskuloskeletálny systém. Až u 60% pacientov sa objavujú artritídy, stuhnutosť kĺbov, zápaly šliach- tendinitídy v oblasti prstov rúk, kolien, členkov. Objavujú sa krepitácie pri pohybe a neskôr i degeneratívne zmeny kĺbov.

V dôsledku chronickej digitálnej ichémie môže vzniknúť akroosteolýza- resorbcia na distálnych článkoch prstov rúk (najskôr zahrotenie, neskôr resorbcia časti alebo celého článku). Objavuje sa i osteoporóza – poškodenie GITu, obličiek, liečba kortikoidmi, obmedzená pohyblivosť.

Na liečbu systémovej sklerózy sa vyžívajú imunopresíva- cyklofosfamid, metotrexát, kortikosteroidy, cyklosporín A, veľký význam má i fyzikálna liečba a tiež úprava životného štýlu. Z fyzikálnej liečby je dôležité rozcvičovanie kĺbov ako prevencia flekčnýchkontraktúrmetakarpofalangeálnych (MCP) a proximálnychinterfalangeálnych kĺbov (PIP)-vhodný cvik je pritláčať dlane otvorených rúk proti sebe, ako pri modlitbe. Pri mikrotómii je vhodné nafukovať dutinu ústnu vzduchom a kútiky úst rozťahovať prstami rúk. Na zachovanie exkurzie hrudníka sú dôležité dychové cvičenia. Na udržanie flexie MCP kĺbov a extenzie PIP kĺbov je vhodné šetrné dlahovanie. Taktiež sa odporúčajú aj masáže, parafínový kúpeľ na prehriatie akrálnych častí končatín, hydroterapia- vírivky, horúce sprchy, lokálna aplikácia mastí obsahujúcich parafín, olivový olej, calciumpantothenas, vitamíny E,A,D. Pri obmedzenej pohyblivosti kĺbov sa využívajú ortopedické pomôcky: - upravené držadlá, poháre obalené penovou gumou, sedačky do vane, mydlo na šnúrke, špongie na dlhých držadlách.

Úlohou sestry je edukovať pacientov o úprave životosprávy:

- úplne vylúčiť cigarety, pretože nikotín spôsobuje vazokonstrikciu.
- vyhýbať sa chladu, nemáčať ruky v studenej vode, zavčas na jeseň používať rukavičky, nevešať bielizeň počas chladných dní
- vylúčiť polohy, ktoré spôsobujú venostázu v prstoch- ruky visia dlho cez stoličku, alebo posteľ
- starostlivosť o chrup - včasné odstránenie zadných zubov-osmičiek, kvôli mikrotómii
- jesť mäkkšie jedlo a v malých dávkach
- pri pití a jedení sedieť vystreto- využitie gravitácie na podporu motility
- jedlo dôkladne požuť, premiesiť so slinami
- dbať na dostatočnú hydratáciu kože- premasťovanie rúk

- osobitná starostlivosť pri ošetrovaní nechtov- prevencia kožných lézií
- používanie masážnych strojčekov na zvýšenie elasticity kože
- posilňovanie svalstva- dychové cvičenia, mimické svalstvo- mikrostómia
- striedanie fyzickej aktivity a odpočinku.

Kontaktná adresa autora:

Mgr. Zuzana Prištincová

NÚRCH Piešťany

zuzip1@gmail.com

Mgr. Monika Nováková

NÚRCH Piešťany, 921 01

Nábr. Ivana Krasku 4

monka.novakova@gmail.com

**RECENZNÝ POSUDOK NA PRÍSPEVKY ZBORNÍKA
Z VIII. CELOSLOVENSKEJ KONFERENCIE SESTIER
PRACUJÚCICH V ODBOROCH VNÚTORNÉHO LEKÁRSTVA
V DŇOCH 22. – 23. 3.2013 V BOJNICIACH**

Recenzný posudok vyhotovili: Zuzana Háziová, Monika Nováková

Mojžišová, Z.: Aneurizma aorty- boj s časom, kazuistika

Autorka vo svojom príspevku poukazuje na nevyhnutnosť absolútnej istoty pri stanovení a následnom vylúčení diagnózy disekcie aorty. Nevyhnutnosťou je precíznosť pri stanovovaní diagnózy, aby sa predišlo pochybeniu.

Rónayová, I., Šmagelová, M. : Endovaskulárna liečby ochorení aorty

Autorky vo svojom príspevku prezentujú informácie o trendoch v diagnostike a terapii aneurizmy aorty a prezentujú špecifické činnosti sestry pri starostlivosti a edukácii pacientov s daným ochorením.

Sanigová, B.: Sestra v operáciách medzinárodného krízového manažmentu

Príspevok prezentuje špecifiká práce sestry v OS SR, odbornú prípravu, vzdelávanie vojenský výcvik a znalosť predpisov. Zamieriava sa tiež na porovnávanie civilných sestier a vojenských sestier..

Gondárová- Vyhničková, H.: Odporúčanie ERC 2010 pre kardiopulmonálnu resuscitáciu

Autorka vo svojom príspevku predkladá nové pokyny Európskej rady pre resuscitáciu(ERC) z októbra 2010 upravené na európske pomery.

Záhradárová, M.: Ľavostranné zlyhanie srdca verzus zdravotnícky záchranár

Autorka vo svojom príspevku poukazuje na možnosti poskytnutia prednemocničnej starostlivosti pri ľavostrannom zlyhaní srdca, poskytujúcou zdravotníckym záchranárom s rôznym stupňom vzdelania. Prednáška je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. V teórii definuje kardiálne zlyhanie, príčiny a príznaky. V praktickej časti popisuje rôzne stupne vzdelania zdravotníckeho záchranára, jeho kompetencie, výbava vozidla ZZS a hlavne spôsob

poskytovania prednemocničnej zdravotníckej starostlivosti a manažment pacienta s ľavostranným srdcovým zlyhaním.

Surová, J.: SDN v podmienkach slovenského zdravotníctva

Autorka vo svojom príspevku upozorňuje na nedostatočnú starostlivosť o diabetikov so syndrómom diabetickej nohy. Za negatívum pokladá nedostatok komplexných programov a deficit podiatrickej starostlivosti. V krajinách, kde je etablovaná podiatrická starostlivosť sa výrazne znížil počet amputácií u pacientov so syndrómom diabetickej nohy, čo dokazuje, že systematická podiatrická starostlivosť je opodstatnená a reálna.

Ondrejková, N.: Edukačná činnosť diabetologickej ambulancie NsP Bojnice

Autorka vo svojom príspevku predstavuje formu a spôsob realizácie edukácie pacientov s diabetom. Zameriava sa na edukáciu individuálnu a aj skupinovú s využitím širokého spektra memotechnických pomôcok a konverzačných máp. Predkladá vlastné skúsenosti.

Mojžišová, Z., Bačišinová, S.: Rola sestry na pracovisku hyperbaroxickéjoxigenoterapie
Autorky prezentujú rolu sestry v tomto novom rozvíjajúcom sa spôsobe liečby, Zohráva predovšetkým rolu edukátorky, ktorá je nevyhnutnosťou na zabezpečenie plynulého priebehu liečby a predchádzanie možným komplikáciám.

Drexlerová, A.: Špecifiká práce sestry na urgentnom prijíme

Práca prezentuje nemocničnú urgentnú starostlivosť na urgentnom prijíme. Vyzdvihuje prácu sestry, ktorá má nezastupiteľnú úlohu pri zabezpečení potrebnej neodkladnej starostlivosti čo v najkratšom čase. Poskytovanie neodkladnej urgentnej starostlivosti vzhľadom na rôznorodosť akútnych stavov kladie pomerne vysoké nároky na sestry pracujúce na centrálnom alebo urgentnom prijíme z hľadiska špeciálnych postupov.

Vondříčková, K.: Aplikace YTTRIA

Autorka vo svojom príspevku prezentuje praktické skúsenosti s objednávaním, asistenciou pri aplikácii a starostlivosťou o klienta po aplikácii rádioaktívneho koloidného roztoku 90-Yttrium citrát. Príspevok oboznamuje aj so spôsobom zaobchádzania s použitým materiálom a jeho likvidáciou.

Nováková, M., Prišticová, Z.: Spoznávajme reumatické ochorenia- Pagetova choroba
Autorky vo svojom príspevku predstavujú Pagetovu chorobu a špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s týmto ochorením.

Prišticová, Z., Nováková, M.: Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti pri systémovej skleróze.
V príspevku autorky poukazujú na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti pri sklerodermii a následnú edukáciu o zmene životného štýlu pacientov.

INDEX AUTOROV

D

Drexlerová, A. 48

Z

Záhradáková, M. 25

G

Gondárová- Vyhničková, H. 16

M

Mojžišová, Z. 6, 39

N

Nováková, M. 57

O

Ondřejková, N. 27

P

Přišticová, Z. 63

R

Rónayová, I. 12

S

Sanigová, B. 13

Surová, J. 26

V

Vondříčková, K. 55