



SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK

REGIONÁLNA KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK VYSOKÉ TATRY

SANATÓRIUM TATRANSKÁ KOTLINA, n. o.

ZBORNÍK ABSTRAKTOV

I. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

BELIANSKE DNI OŠETROVATEĽSTVA

SANATÓRIUM Tatranská Kotlina, n.o.

12. - 13. 11. 2010

SANATÓRIUM TATRANSKÁ KOTLINA, n. o.

VYSOKÉ TATRY

Editor:

Mgr. Lukáš Kober

Recenzenti:

doc. PhDr. Mgr. Vladimír Littva, PhD., MPH

doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.



ISBN 978-80-970482-5-9

EAN 9788097048259

Publikované: v elektronickej forme pdf. na CD-ROM

OBSAH ABSTRAKTOV

Za obsahovú a gramatickú stránku abstraktov zodpovedajú autori

Hudáková, Z., Novysedláková, M.	
Dýchanie ako súčasť liečby pri respiračných ochoreniach	17
Zavadská, G.	
Využitie klimatoterapie v liečbe respiračných ochorení	23
Halečková, D.	
Speleoterapia v starostlivosti o pacientov s respiračnými ochoreniami	26
Nebusová, K.	
Rhinolight v liečbe alergickej rinitídy	33
Kovalčíková, K., Solovič, I., Kober, L.	
Tuberkulóza – nepoznaná hrozba	35
Kober, L., Solovič, I., Siska, V.	
Rezistentná tuberkulóza v praxi sestry	40
Švecová, J., Solovič, I.	
Tuberkulóza - stále aktuálny problém aj v ošetrovatelstve	46
Harvanová, I., Harvan, R.	
Práca s pacientom postihnutým spondylodyscitídou	50
Glowacka, M., Cebula, A.	
Doskonalenie zawodowe w ramach studiów zawodowych tzw. pomostowych i magisterskich uzupełniających w grupie pielęgniarek anestezjologii i intensywnej terapii	52
Majerčíková, K., Wiczmányová, D., Krajčiová, B.	
Význam edukácie v prevencii kardiovaskulárnych ochorení v rámci primárnej zdravotnej starostlivosti	55
Macková, M., Gondárová – Vyhničková, H., Haličková, V.	
Edukácia, alebo len povinné poučenie?	57
Jakubeková, J., Ilievová, Ľ.	
Vzdelávanie v ošetrovatelstve v prevencii rakoviny krčka maternice	58
Illyés T., Borisová, M.	
Edukačný program u pacientov s Hepatitídou C vo výkone trestu odňatia slobody	59
Harvan, R., Harvanová, I.	
Dekubity a narušená celistvosť kože ako ošetrovateľský problém	60

Lipáková, K., Botíková, A.	
Osteoporóza a jej populačné následky	61
Pazderová, J.	
Diabetes a co dál?	63
Luljáková, J, Matulníková, Ľ.	
Liečba inzulínovou pumpou	64
Cetlová, L., Stančiak, J.	
Vedení ošetrovateľské dokumentace	66
Krišteková, I., Vaculčíaková, B.	
Vedenie zdravotnej dokumentácie v kontexte slovenského zdravotníctva	73
Kamińska, B.	
Streszczenie referatu „samodzielność pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej“	75
Maruszak, M.	
Praca pielęgniarki w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym	77
Bartková, J., Malláková, V.	
Rola sestry – manažérky kvality v podmienkach kežmarskej nemocnice	79
Czeczewska, E	
Badania fizykalne jako istotny element pielęgniarskiej zaawansowanej praktyki w Polsce	80
Hrtoňová, P.	
Ústna hygiena v sťažených podmienkach	87
Kulhánková, J.	
Úskalí komunikace s rodiči hospitalizovaného dítěte	89
Zavacká, A, Budzáková, Š.	
Hospitalizácia v našom zariadení očami detí	91

POSTERY

Kober, L., Solovič, I., Kovalčíková, K.	
Význam edukácie v prevencii tuberkulózy	93
Hudáková, Z.	
Dychová rehabilitácia pri respiračných chorobách v edukácii pacienta	97
Hudáková, Z.	
Pacient s obštrukčnou chorobou pľúc a jeho edukácia	103

Hudáková, Z., Halečková, D. Speleoterapia na Slovensku	106
Blágová, B. Andrejkovičová, Z., Galambošiová, Z. Edukácia rodičov dieťaťa s astmou bronchiale	111
Sisková, J. Príprava pacienta na bronchoskopické vyšetrenie - úlohy sestry	125
Kubová, M., Mališová, E., Páteková, S. Managment opatrení po styku s pacientom s aktívnou TBC na operačnej sále	127
Bandžuchová, V. Speleoterapia	128

INDEX AUTOROV

131



I. Celoslovenská konferencia s medzinárodnou účasťou Belianske dni ošetrovateľstva

Pozvánka



Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Regionálna komora SKSaPA Vysoké Tatry
Sanatórium Tatranská Kotlina, n.o.

Vás pozývajú na
I. celoslovenskú konferenciu s medzinárodnou účasťou

Belianske dni ošetrovateľstva



SANATÓRIUM Tatranská Kotlina, n.o.

12. - 13. novembra 2010

Vážené kolegyně, kolegovia,

dovoľujeme si Vás pozvať na
I. celoslovenskú konferenciu s medzinárodnou účasťou – Belianske dni
ošetrovateľstva

Téma konferencie: Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti v odboroch
pneumológie, fúziológie a vnútorného lekárstva

Podtémy konferencie:

- ✓ Vedenie zdravotnej dokumentácie
- ✓ Výskum, vzdelávanie a manažment v ošetrovateľstve
- ✓ Najnovšie trendy v ošetrovateľskej praxi
- ✓ Edukačný proces v ošetrovateľstve
- ✓ Etika v profesii sestry
- ✓ Varia

Rokovacie jazyky: Slovenčina, Poľština, Čeština
Miesto konania: Sanatórium Tatranská Kotlina, n.o.

Organizátor podujatia:
Sanatórium Tatranská Kotlina, n.o.
Vysoké Tatry, 059 54 Tatranská Kotlina
tel.: 052/4467 645 (recepčia)
fax: 052/4467 647

Organizačný výbor

Mgr. Danka Halečková, 059 54 Tatranská Kotlina, (tel. č.: 0905/176 329)
E-mail: haleckova@gmail.com
Janka Plučinská, 059 54 Tatranská Kotlina, (tel. č.: 0910/916 024)
Mgr. Lukáš Kober, tel. č.: 0911 320 339, E-mail: rksksapa.tatry@gmail.com



Konferenčný poplatok:

Nečlen SK SaPA 20 €
Člen SK SaPA 10 €
Autor prednášky 0 €
Poplatok v deň registrácie 20 €
Konferenčný poplatok prosíme uhradiť do **15. 09. 2010**
na účet:

číslo účtu: 29034562
kód banky: 0200
variabilný symbol: 12131110
špecifický symbol: registračné číslo
poznámka: priezvisko a meno

Názov účtu: Sanatórium Tatranská Kotlina, n.o.
Kópiu dokladu o zaplatení konferenčného poplatku prosíme zaslať spolu
s návratkou na kontaktnú adresu organizačného výboru do: 30.09.2010
V prípade neúčasti poplatok nebude vrátený.

Konferenčný poplatok zahŕňa:

- ✓ poplatky za prenájom priestorov
- ✓ technickú podporu konferencie
- ✓ náklady na poštovné a tlač informačných materiálov

Pri registrácii je nutné preukázať sa zaplatením členského poplatku
preukazom SK SaPA.

Konferencia je zaradená do systému bodových hodnotení účasti na odborných
podujatiach podľa Vyhlášky MZ SR 366/2005 Z.z. v znení neskorších predpisov.

Rezervácia ubytovania v Sanatóriu Tatranská Kotlina

Sanatórium Tatranská Kotlina, n.o.
Vysoké Tatry, 059 54 Tatranská Kotlina
tel.: 052/4467 645 (recepčia)
fax: 052/4467 647

E-mail: marketing@santk.sk, Web stránka: www.santk.sk

jednolôžková izba, vrátane raňajok 30 €

dvojlôžková izba, vrátane raňajok 25 €

Obed a spoločenský večer

(cena obeda: 5 €, cena spoločenského večera: 10 €, platba pri registrácii)

SPOLOČENSKÝ VEČER

sa uskutoční v Sanatóriu Tatranská Kotlina 12.11.2010

PROGRAM KONFERENCIE

ORGANIZÁTORI / ORGANIZATORZY

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek Vysoké Tatry
Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o.

PARTNERI KONFERENCIE



ORGANIZAČNÝ VÝBOR / KOMITET ORGANIZACYJNY

Mgr. Danka Halečková

Mgr. Lukáš Kober

Janka Plučinská

Mgr. Katarína Kovalčíková

Mgr. Wojciech Nyklewicz

VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE / INFORMACJE OGÓLNE

Miesto konania: Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o., Vysoké Tatry

Registrácia účastníkov: 12. 11. 2010 08:00 – 09:00

V prípade, ak ste potvrdenie o úhrade konferenčného poplatku neposlali spolu s návratkou, preukážte sa potvrdením o zaplatení pri registrácii.

Pri registrácii je potrebné, aby sa člen SKSaPA preukázal členským preukazom

Organizačné pokyny:

- Organizačný výbor prosí všetkých účastníkov konferencie, aby počas celej doby konferencie nosili menovky, ktoré dostanú pri registrácii.
- Prednášajúci si vopred, najneskôr počas prestávky pred začiatkom odborného programu, v ktorom má prednášku, zabezpečí technickú stránku prednášky u technika.
- Konferenčné jazyky: slovenský, poľský, český.

Kredity:

Konferencia je zaradená do systému bodových hodnotení účasti na odborných podujatiach podľa Vyhlášky MZ SR 366/2005 Z.z. v znení neskorších predpisov.

12. 11. 2010 – **8 kreditov**

13. 11. 2010 – **2 kredity**

Spolu: **10 kreditov**

Aktívna účasť:

Slovenský autor prednášky, posteru **10 kreditov**, spoluautor **5 kreditov**.

Zahraničný autor prednášky, posteru **15 kreditov**, spoluautor **10 kreditov**.

Rezervácia ubytovania:

Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o.
Vysoké Tatry, 059 54 Tatranská Kotlina

tel.: 052/4467 645 (recepčia)

fax: 052/4467 647

E-mail: marketing@santk.sk, web.stránka: www.santk.sk

jednolôžková izba, vrátane raňajok **30 €**

dvojlôžková izba, vrátane raňajok **25 €**

Obed a spoločenský večer dňa 12. 11. 2010:

Cena obeda: **5 €**

Cena spoločenského večera: **10 €**

Objednanie a platba možná aj pri registrácii

ČESTNÉ PREDSEDNÍCTVO

PhDr. Mária Lévyová

Prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek

Mgr. Ing. Ľubomír Maciak

Riaditeľ Sanatória Tatranská Kotlina, n. o.

Doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.

NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy, odborník WHO pre TBC

Mgr. Danka Halečková

Hlavná sestra Sanatória Tatranská Kotlina, n. o.

Mgr. Lukáš Kober

Prezident RK SKSaPA Vysoké Tatry

Mgr. Wojciech Nyklewicz

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ČASOVÝ PLÁN KONFERENCIE

Piatok 12. 11. 2010

08.00 – 09.00 Registrácia

09.30 – 10.00 Otvorenie konferencie

10.00 – 11.00 Ošetrovateľská starostlivosť v odbore pneumológia a ftizeológia I.

11.00 – 12.00 Ošetrovateľská starostlivosť v odbore pneumológia a ftizeológia II.

12.00 – 13.00 Vzdelávanie a výskum v ošetrovateľstve

13.00 – 14.30 Obed

14.30 – 15.00 Prezentácia spoločnosti

15.00 – 16.00 Ošetrovateľstvo v odboroch vnútorného lekárstva, varia I. n.o.

16.00 – 17.10 Novinky v ošetrovateľstve – dokumentácia, komunikácia, varia I.

17.10 – 18.00 Novinky v ošetrovateľstve – dokumentácia, komunikácia, varia II.

18.00 – 19.00 Prezentácia posterov, diskusia, ukončenie odborného programu

19.30 – 00.00 Spoločenský večer, bazén, sauna

Sobota 13. 11. 2010

08.00 – 09.00 Registrácia

09.00 – 11.30 Praktická ukážka speleoterapie v Belianskej jaskyni.

12.00 Ukončenie konferencie

PROGRAM

Piatok 12. 11. 2010

10.00 – 10.50 Ošetrovateľská starostlivosť v odbore pneumológia a ftizeológia I.

Predsedníctvo: Kober, L., Kovalčíková, K.

Hudáková, Z., Novyzedláková, M.

Dýchanie ako súčasť liečby pri respiračných ochoreniach 10 min.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, SK

Zavadská, G.

Využitie klimatoterapie v liečbe respiračných ochorení 10 min.

Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o., SK

Halečková, D.

Speleoterapia v starostlivosti o pacientov s respiračnými ochoreniami 10 min.

Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o., SK

Nebusová, K.

Rhinolight v liečbe alergickej rinitídy 10 min.

Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o., SK

DISKUSIA

10.50 – 11.00 Prestávka

11.00 – 11.50 Ošetrovateľská starostlivosť v odbore pneumológia a ftizeológia II.

Predsedníctvo: Zavacká, A., Švecová, J.

Kovalčíková, K., Solovič, I., Kober, L.

Tuberkulóza – nepoznaná hrozba 10 min.

NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy, SK

Kober, L., Solovič, I., Siska, V.

Rezistentná tuberkulóza v praxi sestry 10 min.

NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy, SK

Švecová, J., Solovič, I.

Tuberkulóza - stále aktuálny problém aj v ošetrovatelstve 10 min.

NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy, SK

Harvanová, I., Harvan, R.

Práca s pacientom postihnutým spondylodyscitídou 10 min.

NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy, SK

DISKUSIA

11.50 – 12.00 Prestávka

12.00 – 12.50 Vzdelávanie a výskum v ošetrovatelstve.

Predsedníctvo: Hudáková, Z., Halečková, D.

Glowacka, M., Cebula, A.

Doskonalenie zawodowe w ramach studiów zawodowych tzw. pomostowych i magisterskich uzupełniających w grupie pielęgniarek anesteziologii i intensywnej terapii 10 min.

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaj Kopernika w Toruniu- adiunkt, PL

Majerčíková, K., Wiczmányová, D., Krajčiová, B.

Význam edukácie v prevencii kardiovaskulárnych ochorení v rámci primárnej zdravotnej starostlivosti 10 min.

ÚVN SNP Ružomberok, FN, FZaSP Trnavská univerzita, SK

Macková, M., Gondárová – Vyhničková, H., Haličková, V.

Edukácia, alebo len povinné poučenie? 10 min.

ÚVN SNP Ružomberok, FN, SK

Jakubeková, J, Ilievová, L.

Vzdelávanie v ošetrovatelstve v prevencii rakoviny krčka maternice 10 min.

Katedra ošetrovatelstva, FZaSP Trnavská univerzita, SK

Illyés T., Borisová, M.

Edukčný program u pacientov s hepatítidou C vo výkone trestu odňatia slobody 10 min.

ÚVTOS Košice – Šaca, SK

DISKUSIA

13.00 – 14.30 OBED

14.30 – 15.00 Prezentácia spoločnosti

www.adtesty.sk

Zábojník, B.

Vzdelávanie zdravotníkov cez internet

Získajte kredity na prvom slovenskom vzdelávacom portáli pre zdravotníkov
Zdravé stránky, s. r. o.

Prestávka

15.00 – 15.50 Ošetrovatelstvo v odboroch vnútorného lekárstva, varia

Predsedníctvo: Majerčíková, K., Jakubeková, J.

Harvan, R., Harvanová, I.

Dekubity a narušená celistvosť kože ako ošetrovatel'ský problém 10 min.

NÚTPCHaHCH Vyšné Hággy, SK

Lipáková, K., Botíková, A.

Osteoporóza a jej populačné následky 10 min.

Katedra ošetrovatelstva, FZaSP Trnavská univerzita, SK

Pazderová, J.

Diabetes a co dál?

10 min.

NsP Havířov, CZ

Luljáková, J, Matulníková, Ľ.

Liečba inzulínovou pumpou

10 min.

FZaSP Trnavská univerzita, SK

DISKUSIA

15.50 – 16.00 Prestávka

16.00 – 16.50 Novinky v ošetrovatelstve – komunikácia, dokumentácia, varia I.

Predsedníctvo: Luljáková, J., Glowacka, M.

Cetlová, L., Stančiak, J.

Vedení ošetrovatelské dokumentace

10 min.

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií, CZ

Krišteková, I., Vaculčiaková, B.

Vedenie zdravotnej dokumentácie v kontexte slovenského zdravotníctva

10 min.

FNsP F. D. Roosevelta Banská Bystrica, SK

Kamińska, B.

Streszczenie referatu „samodzielność pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej“

10 min.

Plock, PL

Maruszak, M.

Praca pielęgniarki w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym

10 min.

Zakład Pielęgnacyjno Opiekuńczy NZOZ Płocki ZOZ spółka z o.o. w Płocku, PL

Bartková, J., Malláková, V.

Rola sestry – manažérky kvality v podmienkach kežmarskej nemocnice

10 min.

Nemocnica Dr. Vojtecha Alexandra v Kežmarku, n. o., SK

DISKUSIA

17.00 – 17.10 Prestávka

SANATORIUM Tatranská Kotlina, n.o.

17.10 – 18.00 Novinky v ošetrovatelstve – komunikácia, dokumentácia, varia II.

Predsedníctvo: Halečková, D., Kober, L.

Czeczulewska, E

Badania fizykalne jako istotny element pielęgniarstwiej zaawansowanej praktyki w Polsce

10 min.

Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach, PL

Hrtoňová, P.

Ústna hygiena v sťažených podmienkach

10 min.

Katedra stomatológie Slovenskej zdravotnickej univerzity v Bratislave, SK

Kulhánková, J.

Úskalí komunikace s rodiči hospitalizovaného dítěte

10 min.

NsP Havířov, CZ

Zavacká, A, Budzáková, Š.

Hospitalizácia v našom zariadení očami detí

10 min.

ŠÚDTaRCH Dolný Smokovec, SK

DISKUSIA

POSTERY

12. 11. 2010

Kober, L., Solovič, I., Kovalčíková, K.

Význam edukácie v prevencii tuberkulózy

Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy, SK

Hudáková, Z.

Dychová rehabilitácia pri respiračných chorobách v edukácii pacienta

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, SK

Hudáková, Z.

Pacient s obštrukčnou chorobou pľúc a jeho edukácia

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, SK

Hudáková, Z., Halečková, D.

Speleoterapia na Slovensku

*Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,
Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o., SK*

Blágová, B. Andrejkovičová, Z., Galambošiová, Z.

Edukácia rodičov dieťaťa s astmou bronchiálne

Poliklinika ProCare a.s., Košice, SK

Sisková, J.

Príprava pacienta na bronchoskopické vyšetrenie - úlohy sestry

Vzz a.s. Vysokošpecializovaný ústav pre pľúcne choroby, Nová Polianka, Vysoké Tatry, SK

Kubová, M., Mališová, E., Páteková, S.

Managment opatrení po styku s pacientom s aktívnou TBC na operačnej sále

FNsP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica, SK

UKONČENIE ODBORNÉHO PROGRAMU

19.30 – SPOLOČENSKÝ VEČER, BAZÉN, SAUNA

PROGRAM

Sobota 13. 11. 2010

08.00 – 09.00 registrácia

09:00 – 09.20 zraz účastníkov pred sanatóriom a peší prechod k Belianskej jaskyni

09.30 – 11.30

Bandžuchová, V.

Speleoterapia

Praktická ukážka speleoterapie v Belianskej jaskyni.

Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o., SK

- *účastníci sa priznávajú **2 kredity***
- *účasť je dobrovoľná,*
- *vstup do jaskyne 0, 10 €,*
- *odporúčame športové a teplé oblečenie, vhodnú prechádzkovú obuv, rátajte so snehom!!!*

12.00 – ukončenie konferencie



Predhovor

Vážení účastníci konferencie,

Dovoľte, aby sme Vás privítali na I. celoslovenskej konferencii s medzinárodnou účasťou Belianske dni ošetrovateľstva. Organizátormi konferencie sú Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek so sídlom vo Vysokých Tatrách a Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o..

Veríme, že Vám účasť na Belianskych dňoch ošetrovateľstva prinesie nové pohľady a poznatky na súčasnú prax, problémy ale aj novinky v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku a v zahraničí, ale nie len to. Využite jedinečnú možnosť, ktorú nám ponúkajú naše Tatry a načerpajte u nás energiu a pokoj, aby ste sa k nám možno o rok opäť s radosťou vrátili.

Organizačný výbor ďakuje účastníkom konferencie a sponzorom za finančnú účasť.

SANATÓRIUM Tatranská Kotlina
Za organizačný výbor Mgr. Lukáš Kober

ZNENIE CELÝCH PRÍSPEVKOV

(IN EXTENZO)

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

SANATORIUM Tatranská Kotlina, n.o.

Dýchanie ako súčasť liečby pri respiračných chorobách

*PhDr. Zuzana Hudáková, PhD., PhDr. Mária Novyzedláková,
Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita v Ružomberku*

Abstrakt

Dýchanie je pre život nevyhnutné. Hlavnú funkciu zabezpečuje [dýchacia sústava](#). Dýchaním sa privádza do tela [kyslík](#) a odvádza [oxid uhličitý](#). Výmena funguje na princípe [difúzie](#). Väčšina ľudí má chybné dýchanie. Nápravu nemôžeme dosiahnuť pomocou priameho vedenia dychu, pretože každý telesný prejav má paralelu k duševnému stavu. Práca s dychom je v prvom rade prácou s vedomím. Choroby dýchacích orgánov sú v dnešnej dobe vážnym zdravotníckym problémom. Základný patologický proces, ktorý postihuje bronchiálny strom alebo pľúcny parenchým, spôsobuje poškodenie funkcie dýchania s celou škálou výrazných symptómov. Ak sú tieto zmeny ireverzibilné, nemožno dosiahnuť úplný návrat normálneho dýchania, ale dychová gymnastika funkciu dýchania podstatne zlepšuje.

Kľúčové slova: dýchanie, respiračná insuficiencia, dychová rehabilitácia, dychová gymnastika, pľúcna ventilácia.

Abstract

Breathing is necessary for life. The main function of ensuring the breathing system. Breathing is introduced into the body of oxygen and carbon dioxide away. The exchange operates on the principle of diffusion. Most people have bad breath. Remedy can be achieved through a direct line of breath, because every physical manifestation is parallel to the mental state. Working with breath is primarily the work of knowing. Respiratory diseases are today a serious health problem. The basic pathological process that affects the bronchial tree or pulmonary parenchyma, causing impairment of breathing with a range of significant symptoms. If these changes are irreversible, can not achieve a complete return of normal respiration, but respiratory gymnastics respiratory function significantly improved.

Key words: breathing, respiratory insufficiency, respiratory rehabilitation, respiratory gymnastics, pulmonary ventilation.

Úvod

Základnou úlohou dýchacieho systému je zásobovať organizmus kyslíkom a odvádzať nepotrebný kysličník uhličitý z tela von. Čím je človek starší, tým viac pribúda zdravotných problémov a dýchanie pokladáme ako veľmi dôležitú súčasť ovplyvňovania zdravého životného štýlu.

Dýchanie je riadené z centra v [predĺženej mieche](#), ale človek ho môže do istej miery vedome ovplyvňovať. Činnosť centra pre riadenie dýchania je ovplyvňovaná napätím (množstvom) oxidu uhličitého v krvi. Množstvo kyslíka v krvi pôsobí na činnosť dýchacieho centra iba nepriamo. Znamená to, že potrebu dýchať u človeka nespôsobuje nedostatok kyslíka, ale prebytok oxidu uhličitého. Tento fakt spôsobuje isté nebezpečenstvo pri zámerne zrýchlenom dýchaní (*hyperventilácia*), kedy vzhľadom na vysokú schopnosť [hemoglobínu](#) viazať kyslík množstvo kyslíku v krvi takmer nestúpa, ale na druhej strane výrazne klesá množstvo oxidu uhličitého. Ak človek po hyperventilácii preruší dýchanie (napríklad pre pobyt pod vodou) telo začne spotrebúvať kyslík a produkovať CO₂. Po určitom čase začne byť hladina kyslíka nebezpečne nízka, ale hladina oxidu uhličitého ešte nemusí dosiahnuť dostatočne vysokú hodnotu, aby spôsobila adekvátnu potrebu dýchania. Ak klesne množstvo kyslíka v krvi pod kritickú hranicu, nastáva bezvedomie, až smrť (Kozierová et al, 2004)..

Nedostatok kyslíka v tkanivách nazývame [hypoxia](#) a rozoznávame niekoľko druhov:

- **hypoxická hypoxia** – znamená nedostatok kyslíka v tkanivách, je spojená so zníženou hladinou kyslíka v krvi, čo nastáva napríklad pri dýchaní vzduchu so zníženým množstvom kyslíka;
- **anemická hypoxia** – je spôsobená nedostatkom [hemoglobínu](#) v krvi;
- **stagnačná hypoxia** – nastáva po zástave srdca;
- **histotoxická hypoxia** – je spôsobená znemožnením využitia kyslíka v tkanivách toxickými látkami.

Plúcna ventilácia a distribúcia je pochod, pri ktorom sa kyslík dostáva z vonkajšieho prostredia do alveolárneho priestoru a nepotrebný kysličník uhličitý z alveolárneho priestoru von. Túto úlohu pomáha plniť:

- ventilácia alveolárneho priestoru pľúc,
- difúzia dýchacích plynov cez alveolokapilárnu membránu,
- dobre prekrvenie kapilárneho riečišťa malého krvného obehu.

Ak v dôsledku patologického stavu vznikne porucha v niektorej z uvedenej zložke, má to za následok celý rad porúch, ktorý označujeme spoločným názvom respiračná insuficiencia. Respiračná insuficiencia je patofyziologický stav, charakterizovaný nedostatočným zásobovaním tkanív kyslíkom a nedostatočným odvádzaním nepotrebného kyslíčnika uhličitého (Krištúfek, 1988).

Primárne príčiny respiračného zlyhania vznikajú na podklade porúch:

1. **ventilácie** – porucha činnosti dýchacieho centra, paralýza dýchacích svalov, pohyblivosť hrudníka, reštrikčné a obštrukčné choroby pľúc,
2. **perfúzie** – nedostatočnosť obehu resp. srdca, konstriktoria alebo uzáver pulmonálnych ciev,
3. **difúzie** – pľúcny edém, pneumónia, emfyzém, fibróza, TBC a pod. Pri väčšine týchto porúch dochádza k nárastu dychového odporu a zvýšeniu nárokov na dychovú prácu.

Dýchacou gymnastikou v liečebnej telesnej výchove rozumieme systém cvikov zameraných na dýchanie, najmä mechaniku dýchania, porušenú, alebo poškodenú patologickým či fyziologickým (tehotenstvo) procesom (Krištúfek, 1988).

Zdravé dýchanie je okrem pobytu vonku (prípadne pri otvorenom okne, na terase...) tiež podporované nácvikom správneho dýchania. Každodenné dychové cvičenia by mali byť súčasťou celkového kondičného cvičenia (u zdravých ľudí, chorých a starých chorých). Dychové cvičenia je potrebné nielen pre adekvátne, ekonomické dýchanie, ale i pre odstránenie napätia a stresu, pre moduláciu hlasu. Správne dýchanie vytvára a podporuje v organizme rovnováhu (homeostázu) (Guth, 2005).

Vedomé dýchanie. Dýchacie funkcie prebiehajú nevedome (svojvoľne). Môžeme pozorovať, že v situácii neprimeraného napätia ovplyvňuje dýchanie voľnú námahu a dýchame „zhlboka“. To nazývame vedomé dýchanie (Guth, 2005).

Medzi nevedomým (mimovoľným) a vedomým (voľným) dýchaním existuje ešte tretí typ dýchania, ktoré sa môžeme alebo musíme naučiť – naučené dýchanie:

- uvoľníme sa v polohe sede alebo v ľahu, zatvoríme oči,
- necháme dýchanie voľne plynúť,
- položíme ruky na brucho a dýchame „do brucha“, koncentrujeme sa na dýchacie pohyby, cítíme dýchanie,

- po určitej dobe položíme ruky na kosť križovou, potom nahor na hrudník (dýchame „do hrudníka“), sústredíme pozornosť na dýchacie pohyby, cítime dýchanie.

Vnímanie vlastného dychu a nácvik správneho dýchania sú dôležité pre navodenie stavu duševnej rovnováhy a zachovanie zdravia (Trachtová, 1998).

Nedostatočné dýchanie. Chyby v dýchaní majú mnoho príčin, sú často automatické a stávajú sa súčasťou nášho života. Medzi najväčšie nedostatky dýchania patrí:

- Zlé držanie tela s napätím brušného svalstva, zníženou pohyblivosťou bránice, ovisnutými ramenami, so súčasným zúžením v oblasti brucha a hrudníka.
- Nadychovanie ústami. Správne je dýchanie nosom, lebo nosná dutina zbavuje vdychovaný vzduch prachu, zvlhčuje a otepluje ho.
- Zadržovanie dychu pri dvíhaní predmetov, behu a námahe prevádzanej krátkym povrchovým dýchaním.

Pri nácviku správneho dýchania sa zameriavame na:

- plynulosť dýchania,
- na dýchanie brušné, hrudné,
- dostatočné predychávanie, hlboký výdych a dostatočná nádych,
- cvičenie zamerané na uvoľnenie, natiahnutie a posilňovanie.

Pre všetky zdravotne prospešné opatrenia platí: zdravé, optimálne dýchanie a jeho nácvik musí rešpektovať vzájomné prepojenie vnútorného naladenia organizmu a jednotlivých aktivít v rámci upevnenia a zachovania zdravia (Trachtová, 1998, s. 119).

Typy dýchania

1. hornou časťou hrudníka,
2. dolnými rebrami,
3. bránicové dýchanie,
4. segmentálne (úsekové) dýchanie – na rozvinutie určitej oblasti pľúc.

Na mobilitu hrudníka sú najlepšie dýchacie cvičenia, ktoré umožňujú zlepšenie funkčnosti spojív medzi hrudnou kosťou, rebrami, stavcami a v chrbtici ako celku, zvyšujú pružnosť svalstva a rovnako udržujú, alebo zlepšujú držanie tela. Účinok cvičení na posilnenie dýchacieho svalstva je vyšší v počiatočných štádiách ochorenia a efektívnejší pri precvičovaní svalov zapojených pri vdychovaní. Dýchacie cvičenia môžu byť vykonávané vo všetkých pozíciách: v sede, v stoji, aj v ľahu. Voľba pozície závisí od možností pacienta. Respiračné

cvičenia by sa mali vykonávať pravidelne a sú súčasťou každej pohybovej terapie. Kľúčom k úspechu je pravidelnosť cvičenia (Kováč, 2005).

Dýchanie s asistenciou

Cieľom je zlepšenie fyziológie dýchania, kvality a dĺžky života. Pozostáva z niekoľkých metód mechanicky asistovaného dýchania počas progresie ochorenia, kedy sa samostatné dýchanie pacienta stáva nedostatočným. Metódy sú náročné, komplexné a vykonávané len na pľúcnom oddelení, a to od určenia vhodnej metódy až po jej prevedenie. V súčasnosti je tu dostupných niekoľko metód pre zlepšenie dýchania:

Nenásilná (bez chirurgického zásahu) ventilácia cez nos alebo ústa s prerušovaným kladným tlakom dýchania (t.j. vyšším než tlak okolia). Táto terapia je zavedená, keď vitálna kapacita klesne na úroveň 60 % z očakávanej úrovne. Prístroj, použitím náustka, privádza zvýšený tlak dýchateľného vzduchu a mal by sa používať 15 až 20 minút, 2 až 4 krát denne.

Keď vitálna kapacita klesne pod 40 %, je možné v čase spánku ako metódu mechanickej asistencie použiť „objemový ventilátor“. Po presnom nastavení a ohodnotení stavu pacienta so zníženou ventiláciou, sa ventilátor zavedie počas spánku. Pre prepojenie s dýchacími cestami prístroj vyžaduje tvárovú, alebo nosnú masku, ktorá je vyrobená z ohybného materiálu, tak aby počas spánku tvarom sedela. Keď vitálna kapacita klesne pod 30 %, „objemový ventilátor“ je zavedený vo dne aj v noci. Náustok môže byť použitý počas dňa a nosová alebo tvárová maska počas spánku (Kováč, 2005).

Záver

Choroby dýchacích orgánov, ale aj iné ochorenia sú takmer vždy spojené so zmenami a poruchami dýchania. Medzi orgánmi hrudníka a brucha a dýchacími pohybmi sú úzke nervovoreflexné vzťahy a preto postihnutie jednotlivých orgánov môže ovplyvňovať dýchacie pohyby hrudníka. Pri dýchacej gymnastike používame dýchacie zamerané na odstránenie alebo kompenzovanie chybných dýchacích funkcií podmienených chorobným procesom. Táto činnosť sa nazýva ja reedukácia dýchania a jej úlohou je nácvik fyziologicky správneho dýchania.

Použitá literatúra:

1. GÚTH, A. et al. 2005. *Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov*. Bratislava: Liečreh Gúth, 2005. 470 s. ISBN 80-88932-16-5

2. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 2004. *Ošetrovatelstvo 1, 2*. 2. slov. vyd. Martin : Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
3. KOVAČ, I., 2005. Rehabilitation and physical therapy of patients with neuromuscular disorders“, Zagreb 2005. [online]. [cit. 2006-09-29]. Dostupné na internete: <<http://www.omdvsr.sk> >
4. KRIŠTÚFEK, P. et al.1988. *Funkcia dýchania v laboratórnej a klinickej praxi*. Martin: Osveta, 1988, 360 s. FDV 70-088-88
5. TRACHTOVÁ, E. et al. 2005. *Potřeby nemocného v ošetrovateľskom procese*. 2 vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických odborů v Brne, 2005. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

Kontaktné adresy:

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva

Katolícka univerzita v Ružomberku

e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

PhDr. Mária Novyzedláková

Fakulta zdravotníctva

Katolícka univerzita v Ružomberku

e-mail: maria.novyzedlakova@ku.sk



Využitie klimatoterapie v liečbe respiračných ochorení

Bc. Gabriela Zavadská,

Sanatórium Tatranská Kotlina n. o., 059 54 Tatranská Kotlina.

Abstrakt

Hlavnou témou tejto prednášky je zistiť, aký vplyv má klimatická liečba na pacienta počas jeho hospitalizácie.

Prednáška je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. Teoretická časť obsahuje tri kapitoly a je zameraná na klimatické podmienky, charakteristiku klimatickej liečby a jej rozdelenie a na speleoterapiu v Belianskej jaskyni. V praktickej časti sa venujeme prieskumnému procesu zameranému na zisťovanie účinkov klimatickej liečby - speleoterapie v Belianskej jaskyni počas hospitalizácie v Sanatóriu Tatranská Kotlina.

Cieľom prednášky je zistiť ako sú pacienti informovaní o svojom ochorení, odkiaľ mali informácie o klimatickej liečbe - speleoterapii, ako často pociťovali ťažkosti pred absolvovaním klimatickej liečby - speleoterapie a po absolvovaní klimatickej liečby - speleoterapie v Belianskej jaskyni, aké to boli príznaky, ako často museli užiť úľavový liek pred absolvovaním a po absolvovaní klimatickej liečby - speleoterapii.

Záver

Už v minulosti bolo snahou vysvetliť prírodné javy a vplyvy na ľudský organizmus. Prevažná časť bádateľov sa snažila využiť tradované myšlienky a skúsenosti o vplyve podnebia, prostredia a počasia na ľudské ochorenia. Kým Hippokrates písal o vzduchu vo vesmíre, Celsus odporúčal klimatickú liečbu pre pacientov s tuberkulózou. V súčasnosti na ľudský organizmus vplýva obrovské množstvo faktorov ako znečistené ovzdušie plné prachu a toxických látok, z ktorých mnohé sú alergénmi. Opakované respiračné ochorenia výrazne zhoršujú zdravotný stav ľudskej populácie. Farmakologická liečba nedokáže zabezpečiť kvalitu života ľudí s dýchacími ochoreniami. Práve preto všetky formy klimatickej liečby predstavujú účinný nástroj nefarmakologickej liečby a zlepšovanie zdravotného stavu pacientov, ich kvality života s pozitívnymi ekonomickými výsledkami.

Na základe vlastných výsledkov potvrdzujeme, že klimatická liečba je vysoko efektívna liečba a má nezastupiteľné miesto v kompletnej starostlivosti o pacientov s dýchacími ochoreniami.

Kľúčové slová:

Klimatické podmienky, meteorosenzitivita, počasie, klíma, klimatická liečba, helioterapia, aeroterapia, talasoterapia, speleoterapia, Belianská jaskyňa.

Zoznam bibliografických odkazov

BENEDIKT, R. 2005. Speleoterapia včera a dnes. In *Klinická imunológia a alergológia*. zv. 15, č. 3, 2005. s. 5. ISSN 1335-0013

CHONKA, Y. V. 2006. Speleiterapy. In *Speleotherapy*. vyd. Permanente commission de speleotherapie UIS UNESCO Ukrainian allergological hospital SPA rehabilitation Ukraine, 2006. 5 s.

DRÍMAL, M. a kol. 2006. Životné prostredie a zdravie I. In *Ovzdušie a klíma*. vyd. Univerzita Mateja Bela- Fakulta prírodných vied Banská Bystrica, 2006. 50-51 s. ISBN 80-8083-330

ELIÁŠOVÁ, D. 2007. Klimatické podmienky vhodné na liečenie. In *Kúpeľníctvo*. vyd. Ekonóm Bratislava, 2007. 14-20 s. ISBN 978-80-225-2452-0

HISTÓRIA SANATÓRIA TATRANSKÁ KOTLINA, n. o. Archívne materiály Sanatória Tatranská Kotlina, n. o., 2003.

POHANKA, V. 2007. Úloha a miesto klímy v komplexnej liečbe respiračných ochorení. In *Alergia, Astma a my*. č. 4, 2007. s.14-15. MKSR pod číslom 3644/2006.

SALÁT, D. – JUHÁSZ, J. 2007. Klimatoterapia v Štóse a speleoterapia v Jasovskej Jaskyni - optimálna liečba. In *Alergia, Astma a my*. č. 4, 2007. s.20-21. MKSR pod číslom 3644/2006.

Sanatórium Tatranská Kotlina, n.o. In *Archívne materiály Sanatória Tatranská Kotlina, n. o.*, 2007.

SCHNEIDER, E. 2005. *Encyklopédia prírodnej liečby*. vyd. Advent- Orion Vrútky, 2005. 130 s. ISBN 80-8071-065-1

SNINČÁK, M., LEGÁTH, L., KUJANÍK, Š. 2002. *Kardiorespiračné vzťahy aerosóly*. vyd. Typopress Košice, 2002. 127 s. ISBN 80-89089-00-3

ŠUCHTOVÁ, A. – BOSMANOVÁ, H. – KONEČNÁ, J. – HURAJT, J. 2007. Mikro a makroklima pri liečbe alergikov. Odborná konferencia pneumológov a ftizeológov: Dni v Belianskych Tatrách, september, 2007. Sanatórium Tatranská Kotlina, n.o. In *Archívne materiály Sanatória Tatranská Kotlina, n. o.*, 2007.

ZVONÁR, J. a kol. 2005. *Termoterapia, hydroterapia, balneoterapia a klimatoterapia*. vyd. Osveta Martin, 2005. 191 s. ISBN 80-8063-175-1

Kontakt na autora:

Bc. Gabriela Závadská
Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o.
Vysoké Tatry 059 54



Speleoterapia v starostlivosti o pacientov s respiračnými ochoreniami.

Mgr. Danka Halečková,

Sanatórium Tatranská Kotlina n. o.

Úvod

V posledných rokoch sa čoraz nástojčivejšie dostáva do popredia otázka kvality života. Poskytovatelia zdravotníckych služieb sa snažia využívať na zlepšenie kvality života svojich pacientov všetky dostupné zdroje.

Manažment Sanatória Tatranská Kotlina n.o. v starostlivosti o svojich pacientov preto začal využívať v blízkosti sa nachádzajúcu Beliansku jaskyňu.

Ak trpíte alergickými ochoreniami dýchacích ciest, akými sú senná nádcha, alergická bronchitída, alergická astma, ale aj chronická bronchitída či chronické zápaly prínosových dutín, pravdepodobne robíte všetko pre to, aby ste mali svoju chorobu pod kontrolou. Efektívnou metódou liečby bez použitia liekov je jaskynná liečba –speleoterapia. Doterajšie poznatky o speleoterapii poukazujú na zlepšenie zdravotného stavu pacientov, zníženie spotreby liekov a dlhodobý liečebný efekt (Dluholucký, S. 2008, s.116).

Prieskum

Aby sme zistili účinky speleoterapie na zdravotný stav a kvalitu života pacientov s respiračnými ochoreniami rozhodli sme sa zrealizovať prieskum

Výsledky prieskumu sme získali dotazníkovou metódou, ktorú sme doplnili o monitoring subjektívnych ťažkosti samotnými pacientmi, ktorí absolvovali speleoterapiu v Belianskej jaskyni.

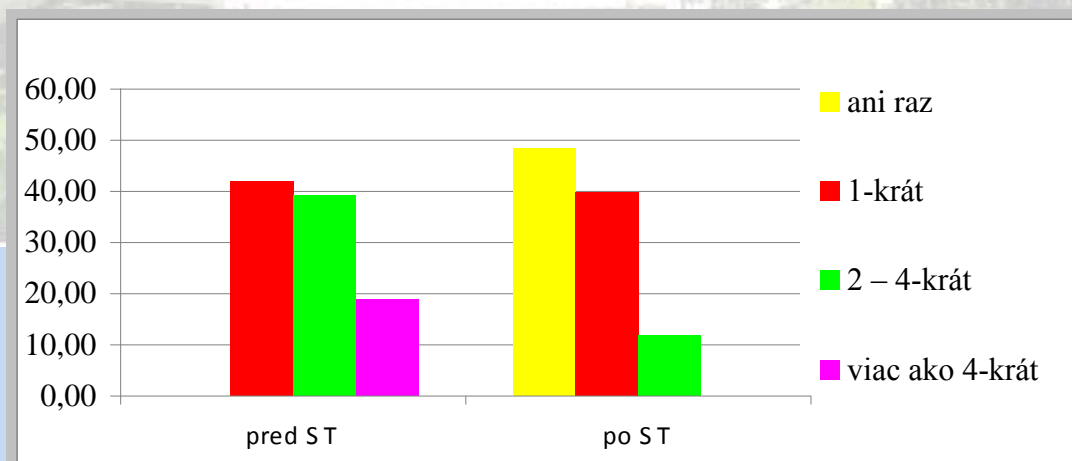
Zistili sme, že po absolvovaní speleoterapie sa znížila potreba užívania antibiotík, znížil sa počet aták (pod pojmom atak rozumieme každý stav akútneho ochorenia, dušnosti, ktorý si vyžiadaval návštevu lekára, liečbu alebo hospitalizáciu), znížila sa potreba hospitalizácie, potreba užívania bronchodilatačných liekov a volania záchranej zdravotnej služby.

Po vyhodnotení našich zistení a porovnaní s dostupnými výsledkami sme dospeli k záveru, že speleoterapia výrazne ovplyvnila zdravotný stav a kvalitu života pacientov s respiračnými ochoreniami.

Vyhodnotenie jednej z 22 položiek dotazníka v tabuľke a grafe.

Tabuľka 12 Užívanie antibiotík

Položka dotazníka 10a – 10b Koľkokrát ste v priebehu roka museli užívať antibiotiká kvôli infekcii dýchacích ciest?	Počet respondentov pred ST	Podiel z celkového Počtu (v %)	Počet respondentov po ST	Podiel z celkového Počtu (v %)
ani raz	0	0	159	48,33
1-krát	138	41,95	131	39,82
2 – 4-krát	129	39,21	39	11,85
viac ako 4-krát	62	18,84	0	0
Celkom	329	100	329	100



Graf 12 Užívanie antibiotík

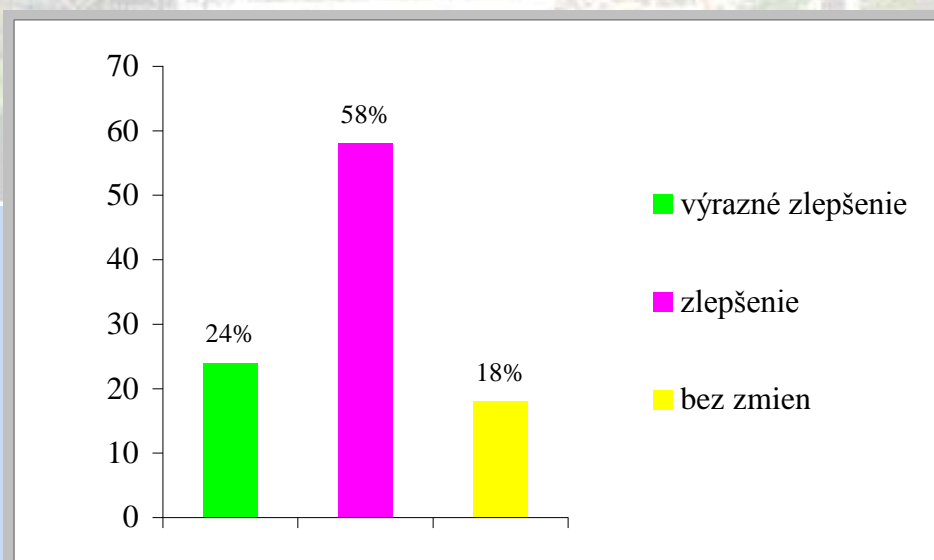
Z Tabuľky 12 a Grafu 12 je zrejmé, že v priebehu roka pred ST všetci respondenti užívali antibiotiká, čo je 100 %, po ST iba 48 %. 1-krát v priebehu roka pred ST 42 % respondentov, po ST 40 %. Pred ST užívalo antibiotiká 2 až 4-krát v priebehu roka 39 % respondentov, po ST iba 12 %. Viac ako 4-krát v priebehu roka pred ST užívalo antibiotiká 19 % respondentov, po ST 0 % respondentov.

Pri výpočte aritmetickým priemerom v priebehu roka pred ST užívali respondenti antibiotiká v priemere trikrát, zatiaľ čo po ST priemerne jedenkrát v priebehu roka.

Vyhodnotenie Denného záznamu podľa denného skóre v tabuľke a grafe.

Tabuľka 14 Hodnotenie subjektívnych ťažkostí podľa denného skóre

Hodnotenie subjektívnych ťažkostí	Počet respondentov po ST	Podiel z celkového počtu (v %)
výrazné zlepšenie	78	24
zlepšenie	192	58
bez zmien	59	18
Celkom	329	100



Graf 14 Hodnotenie subjektívnych ťažkostí podľa denného skóre

Respondenti počas liečebného pobytu denne monitorovali svoje subjektívne ťažkosti a zaznamenávali ich do Denného záznamu.

Po absolvovaní ST nastalo výrazné zlepšenie, čiže výrazný ústup ťažkostí u 24 % respondentov, k zlepšeniu došlo u 58 % respondentov a žiadne zmeny nenastali u 18 % respondentov. Výsledky vyhodnotenia uvádza Tabuľka 14 a Graf 14.

Vzor Denného záznamu

Denný záznam počas liečebného pobytu

DENNÝ ZÁZNAM																					
Vek:		Pohlavie:		Diagnóza:																	
Deň	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Dátum																					
Oči																					
Nos																					
Dýchanie																					
Celkové skóre																					
ST v Belianskej jaskyni																					

SANATÓRIUM Tatranská Kotlina, n.o.

Legenda k Dennému záznamu (hodnotenie subjektívnych ťažkostí)

	O č i	N o s	D ý c h a n i e
0 žiadne	Žiadne príznaky	Žiadne príznaky	Žiadne príznaky
1 mierne	Mierne svrbenie	Mierne upchatý nos Mierna sekrécia Menej ako 5 kýchnutí za deň	Pocit ťažšieho dýchania najviac 3-krát za deň
2 stredne ťažké	Mierne opuchy viečok Výraznejšie svrbenie Výraznejšie slzenie	Napoly upchatý nos Sekrécia viac ako 3 hodiny, ale nie celý deň Kýchanie 5 až 15-krát za deň	Zhoršenie dýchania viac ako 3-krát za deň
3 ťažké	Silné opuchy viečok Silné svrbenie Silné slzenie	Upchatý nos väčšinu dňa Trvalá sekrécia z nosa Viac ako 15 kýchnutí za deň	Trvalý pocit sťaženého dýchania

Záver

Cieľom prieskumu v Belianskej jaskyni bolo posúdiť účinky speleoterapie na zdravotný stav a kvalitu života pacientov s respiračnými ochoreniami, ktorí boli v Sanatóriu Tatranská Kotlina, n.o. na liečebnom pobyte.

Všetky výskumy, ktoré boli doteraz vykonané a publikované, či už u detí alebo dospelých pacientov, preukázali jednoznačný a dlhodobý priaznivý vplyv speleoterapie pri liečbe astmy a alergických ochorení. Tiež bol preukázateľne dokázaný pozitívny vplyv na zlepšenie a posilnenie imunity týchto pacientov a rovnako aj na zlepšenie ich fyzickej aj psychickej kondície.

Nezanedbateľný je samozrejme aj ekonomický dopad, kde bola preukázaná menšia frekvencia návštev u lekára, menej volaní záchranej zdravotnej služby, ako aj podstatné zníženie liekov u týchto pacientov.

Pre uznanie speleoterapie ako liečebnej metódy v starostlivosti o pacientov s respiračnými ochoreniami je potrebné zrealizovať viacero krokov, medzi ktoré zaraďujeme aj zostavenie dotazníka spokojnosti pacientov, pretože ich spokojnosť je kľúčom k budúcej spolupráci so zdravotnými poisťovňami.

Dôležité a potrebné je sústavné monitorovanie účinkov speleoterapie na zdravotný stav a kvalitu života pacientov s respiračnými ochoreniami.

Rovnako je potrebné vidieť v každom pacientovi aj potencionalneho klienta, ktorý môže podľa svojich vlastných skúseností robiť pre speleoterapiu pozitívnu reklamu, a táto môže pomôcť presvedčiť kompetentné orgány o zaradení speleoterapie ako liečebnej metódy.

V spolupráci so zástupcami Správy slovenských jaskýň v Liptovskom Mikuláši a manažmentom Sanatória Tatranská Kotlina, n.o., snažiť sa o rozšírenie možností využívania mikroklimy podzemných priestorov Belianskej jaskyne pre liečbu pacientov s respiračnými ochoreniami.

Veľký význam prikladáme aj spolupráci s odborníkmi, ktorí sa výskumu speleoterapie venujú už dlhé roky, aby sa úsilie všetkých spojilo do spoločného postupu. Po zhrnutí doterajších skúseností vypracovať jednotné stanovisko a potom podniknúť kroky za uznanie speleoterapie ako efektívnej liečebnej metódy respiračných ochorení.

Zdravie a kvalita života ľudí závisí od životného prostredia. Napriek priaznivým vplyvom speleoterapie na zdravotný stav, a to nielen pacientov s respiračnými ochoreniami, pretrváva voči tejto metóde zdržanlivý postoj a nie je doposiaľ prezentovaná ani medzi alternatívnymi formami liečby.

Z doterajších skúseností vyplýva, že speleoterapia je účinnou a teda perspektívnou liečebnou metódou s možnosťou nápravy negatívnych dôsledkov devastovaného životného prostredia na zdravie človeka.

Čo je veľmi zarážajúce, ani odborná lekárska verejnosť sa nesnaží využívať a presadzovať speleoterapiu ako liečebnú metódu, pretože je jednoduchšie napísať recept, ako hľadať na zdravotné problémy pacienta holisticky a akceptovať vývoj nových možností a poznatkov.

Snaha a reálna potreba objasnenia pozitívneho účinku speleoterapie na zdravotný stav a kvalitu života pacientov s respiračnými ochoreniami nás viedla aj k realizácii tohtoročného prieskumu v Belianskej jaskyni.

Kľúčové slová: speleoterapia, respiračné ochorenia, speleo-aerosol, kvalita života.

Použitá literatúra:

DLUHOLUCKÝ, S. 2008: Speleoterapia. In: *Bedeker zdravia*, 2008, ročník IV, číslo 4, s. 116-119. ISSN 1337-2734. Dostupné na internete:

<<http://www.bedekerzdravia.sk/?main=article&id=276>>.

DLUHOLUCKÝ, S. – CHMIELOVÁ, M. – RAJČANOVÁ, V. – GEŽOVÁ, A. 2003:

Efektivita speleoterapie u vybraných respiračných alergických ochorení detí hodnotená analýzou nákladov zdravotnej poisťovne. In: *Česko-slovenská pediatrie*, 2003, roč. 58, č. 6, s. 351 – 355. ISSN 0069-2328.

HISTÓRIA SANATÓRIA TATRANSKÁ KOTLINA, n. o.: Archívne materiály Sanatória Tatranská Kotlina, n. o., 2003.

ŠUCHTOVÁ, A. – BOSMANOVÁ, H. – KONEČNÁ, J. – HURAJT, J. 2007. Mikro a makroklima pri liečbe alergikov. Odborná konferencia pneumológov a ftizeológov: Dni v Belianskych Tatrách, september.2007. Sanatórium Tatranská Kotlina, n.o. In: *Archívne materiály Sanatória Tatranská Kotlina, n. o.*, 2007.

Kontakt na autora:

Mgr. Danka Halečková

haleckova@gmail.com



Rhinolight v liečbe alergickej rinitídy

*Mgr. Katka Nebusová
Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o.*

Abstrakt

Rhinitis allergica, alebo senná nádcha je alergické zápalové ochorenie sliznice nosovej dutiny vyvolané alergénom. Za posledné roky sa frekvencia tohto ochorenia rapídne zvýšila, postihuje 10-20 % obyvateľstva. Preto sa 21. storočie zvykne nazývať aj ako „alergické storočie“. Aj keď sa nejedná o závažné ochorenie, ale jej nepríjemné príznaky ako je svrbenie nosa, hltana, zvukovodu a oka, kýchanie, vodnatý výtok z nosa, slzenie a zriedka aj strata čuchu, výrazne zhoršujú kvalitu života. Približne u 20% pacientov trpiacich na alergickú nádchu sa vyskytujú astmatické problémy.

Základom liečby alergickej nádchy je medikamentózna a kauzálna terapia, no ani jedna z nich nezbaví pacienta všetkých nepríjemných príznakov.

V Maďarsku výskumné skupiny na Szeged University, ako prvé na svete vyvinuli metódu, založenú na svetelnej terapii- Rhinolight, ktorá môže byť úspešne použitá na liečbu alergickej nádchy. Jedná sa o fototerapiu nosovej sliznice, ktorá potláča alergickú reakciu, tým že zabraňuje vyplavovaniu zápalových mediátorov. Intenzita vyžarovaného svetla počas aplikácie z prístroja Rhinolight je vysoká. Toto svetlo je zložené zo 70% viditeľného svetla a 30% terapeutického svetla z oblasti ultrafialových vln (25% UVA a UVB 5%). Svetlo používané počas intranazálnej fototerapie nespôsobuje ani teplo ani bolesť na aplikovanú plochu. Vďaka svojmu zloženiu, nedochádza k poškodeniu tkaniva a preto môže byť aplikované dlhodobo a bezpečne. Pred aplikáciou Rhinolight terapie je potrebné zvážiť prípadné kontraindikácie a po prehodnotení stavu pacienta lekár určí počet aplikácii podľa závažnosti a príznakov ochorenia.

Záver

S aplikáciou Rhinolight terapie v sanatóriu respiračných ochorení v Tatranskej Kotline sa začalo v auguste 2004. Pacienti liečení touto metódou v klinickej štúdii udávali výrazné, alebo stredné zlepšenie nosových príznakov (vodnatý výtok z nosa, svrbenie nosa, kýchanie,

upchatie nosa). Ako vedľajší účinok tejto terapie sa môže vyskytnúť vysychanie nosovej sliznice, no v tomto prípade sa nosová sliznica potiera A- vitamínovým olejom.

Kľúčové slová: rhinolight, alergická nádcha, liečba alergie.

Použitá literatúra:

Archívny materiál Sanatória Tatranská Kotlina- *Svetová novinka v terapii sennej nádchy*

http://www.rhinolight.ro/index.php?topic_id=333&link=news%2Fnews.php, (29.9.2010)

<http://www.rhinolight.hu/language/en>, (29.9.2010)

Kontakt na autora:

Mgr. Katka Nebusová

Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o.

Vysoké Tatry 059 54



Tuberkulóza – nepoznaná hrozba

*Mgr. Katarína Kovalčíková, Doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc., Mgr. Lukáš Kober
Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy*

Tuberkulóza je aj v dnešnej dobe jedno z najzávažnejších infekčných ochorení. Jeho vznik, priebeh a liečba sa líšia v závislosti od spoločenských podmienok, vplyvu prostredia, kde človek žije, a tiež od vlastností každého organizmu. Okrem intenzívnej lekárskej starostlivosti a individuálneho prístupu k pacientom s touto diagnózou, nesmierne dôležitú úlohu zohráva ošetrovateľská starostlivosť, a tiež edukácia, poučenie pacienta o samotnom ochorení. V snahe zastaviť šírenie tuberkulózy pri zdroji nákazy, je nevyhnutné, aby mal pacient predovšetkým dostatok informácií o svojom ochorení. Nevyhnutné je dodržiavanie prísneho liečebného režimu. V procese edukácie pacient prehodnocuje svoje postoje, správanie, a stáva sa zodpovednejším vo vzťahu k svojmu vlastnému zdraviu i zdraviu ľudí, s ktorými prichádza do kontaktu.

Nedostatok informácií o ochorení často vedie k nedorozumeniam a vyvoláva u pacienta strach, úzkosť a tiež zábrany pred zdravotníckym personálom, a môže byť zbytočným zdrojom stresom pre pacienta. Naopak, informovanosť a vedomosti upevňujú dôveru a vyrovnanosť nielen u pacienta, ale tiež vo vzťahu pacient – sestra, lekár.

Treba si uvedomiť, že táto choroba si nevyberá a môže postihnúť kohokoľvek z nás, a hoci tuberkulóza znie a stále je pre mnohých strašiacom, pri dodržaní všetkých opatrení a za spolupráce pacienta sa dá pekne vyliečiť. Tuberkulóza je liečiteľná a hlavne vyliečiteľná.

SANATÓRIUM Tatranská Kotlina, n.o.

Charakteristika ochorenia

Tuberkulóza je infekčná choroba spôsobená predovšetkým bacilmi *Mycobacterium tuberculosis*, zriedkavejšie *Mycobacterium bovis* a *Mycobacterium africanum*. Hlavným cieľovým orgánom sú pľúca, ale mycobaktérie môžu vyvolať chorobný proces aj v mimopľúcnych štruktúrach.

Výskyt mykobaktérióz, ktoré sú vyvolané inými - atypickými mykobaktériami (*Mycobacterium avium complex*, *Mycobacterium xenopi*, *kansasi*, *fortuitum*) v súvislosti so stavmi s oslabenou imunitou v súčasnosti stúpa. (Šašinka, 2003)

Rozdelenie orgánového postihnutia podľa posledných kritérií Svetovej zdravotníckej organizácie:

- a) Pľúcna tuberkulóza je choroba, ktorá postihuje parenchým pľúc.
- b) Mimopľúcna (extrapulmonálna) tuberkulóza je choroba, ktorá postihuje mimopľúcne štruktúry.
- c) Pacient s pľúcnou aj mimopľúcnou formou tuberkulózy sa zaraďuje medzi pľúcne tuberkulózy. Pacient s viacerými miestami postihnutia u mimopľúcnej tuberkulózy sa zaraďuje podľa miesta najväčšej formy postihnutia (Solovič, 2004)

Príznaky tuberkulózy

Klinické príznaky môžeme rozdeliť na celkové a orgánové, ktoré súvisia s poruchami ich funkcie. K celkovým príznakom patrí pocit neustálej únavy, ktorý je spočiatku v popoludňajších hodinách a neskôr už ráno pri prebudení, malátnosť, chudnutie a strata chuti k jedlu. Častá je aj horúčka alebo subfebrilita (do 38°C) trvajúca 2 až 3 týždne, zvyšujúca sa zvyčajne po telesnej či duševnej námahe. Vyskytujú sa aj ďalšie príznaky ako nadmerné potenie, hlavne nad ráno, bolesti v kĺboch, poruchy spánku, oslabenie schopnosti koncentrácie a neurotické ťažkosti. (Bajan, 1995)

Orgánové alebo funkčné príznaky sa prejavujú podľa toho, ktorý orgán bol tuberkulózou postihnutý. Pri pľúcnej forme je v popredí pokašliavanie alebo kašeľ. Ten môže byť suchý, neproduktívny alebo produktívny s vykašliavaním hlienového či hlienovo hnisavého spúta, niekedy s prímесou krvi. Ďalej to môže byť neurčito lokalizovaná bolesť na hrudníku, zriedkavo dýchavica. Časť chorých však nemá výrazné ťažkosti ani pri pokročilých nálezoch.

Diagnostika tuberkulózy

K prvým a veľmi dôležitým krokom patrí anamnéza a celkové klinické vyšetrenie pacienta zahrňujúce auskultáciu dýchacieho traktu, palpáciu v oblasti brucha a regionálnych lymfatických uzlín a celkové laboratórne vyšetrenie, najmä hematologické.

Röntgenové vyšetrenie je ďalším dôležitým kritériom pre stanovenie diagnózy. Základným znázornením je zadopredná snímka pľúc, podľa ktorej ordinuje lekár ďalšie typy

znázorňovacích vyšetrení, ako hĺbkové snímky pľúc, CT vyšetrenie, magnetickú rezonanciu, ultrasonografiu. (Solovič, 2008)

Tuberkulínová diagnostika sa opiera o intrakutánnny tuberkulínový kožný test, ktorý nazývame MANTOUX (podľa objaviteľa Charlesa Mantouxu). Podľa použitej koncentrácie rozlíšujeme Mantoux I, II a III, najčastejšie sa však používa Mantoux II. (Bajan, 1990)

Diagnózu tuberkulózy možno s absolútnosťou dokázať vtedy, ak sa podarí dokázať pôvodcu - tuberkulózne baktérie. Na tento účel slúži mikroskopické vyšetrenie spúta. V náteroch z kultúr mykobaktérií zafarbených podľa Ziehla-Neelsena sa pomocou mikroskopu sleduje veľkosť a usporiadanie tyčiniek. (Netval, 2004)

Endoskopické vyšetrenie (bronchoskopia) s následným cytologickým alebo histologickým vyšetrením sa indikuje podľa nálezu, vyšetrenie nie je potrebné robiť rutínne.

V súčasnosti sa využíva QuantiFERON – TB Gold test (ďalej QFT test). Ide o in vitro diagnostický laboratórny test, ktorý napomáha detekovať infekciu M. tuberculosis. (Solovič, 2008)

Liečba tuberkulózy

Cieľom liečby tuberkulózy je vyliečenie chorého na tbc, prevencia skorých následkov a úmrtia, prevencia relapsov choroby a zamedzenie prenosu tuberkulózy na osoby, ktoré boli, alebo sú v kontakte s pacientom. Kauzálnou liečbou tbc je podávanie antituberkulotík, antibiotík a chemoterapeutík pôsobiacich na pôvodcu ochorenia (Solovič, 2004)

SANATÓRIUM Tatranská Kotlina, n.o.

Klasifikácia antituberkulotík (AT)

- a) **AT prvej rady (základné)** – izoniazid, rifampicín, etambutol, pyrazinamid, streptomycin
- b) **AT druhej rady (rezervné)** – capreomycin, kanamycin, ethionamid, viomycin, ciprofloxacín, ofloxacín, klaritromycin (Šafránková, 2006)

Tbc považuje za dostatočný 6 mesačný liečebný režim s 2 mesačnou iniciálnou fázou v štvorkombinácii a so 4 mesačnou pokračovacou fázou v dvojkombinácii. Pri recidívach ochorenia sa podľa štandardov WHO používajú liečebné režimy v päťkombinácii (RMP, INH, PZA, EMB, STM) v iniciálnej fáze s trojkombináciou v pokračovacej fáze, čím sa znižuje možnosť vzniku ďalšej rezistencie. (Solovič, 2008)

Chirurgický zákrok robíme až po konzervatívnej liečbe antituberkulotikami, aby sme minimalizovali možný rozsev mykobaktérií počas operačného zákroku. K podporným formám terapie patria rehabilitačná liečba, diétoterapia a klimatoterapia. (Solovič, 2000)

Multirezistentná tuberkulóza

Bakteriálna rezistencia na liečbu antituberkulotikami môže byť primárna, ak sa vyskytne u pacienta, ktorý predtým nebol liečený AT, to znamená, že bol už nakazený rezistentným kmeňom. Ak sa rezistencia vyskytne u pacienta liečeného predtým antituberkulotikami (viac ako jeden mesiac), vzniknutá bakteriálna rezistencia sa označuje ako akvirovaná.

Z praktického hľadiska sa rezistencia rozdeľuje aj podľa počtu neúčinných antituberkulotík. Ak ide o jeden neúčinný prípravok, hovorí sa o monorezistencii, ak je kmeň rezistentný na viac AT, ide o polyrezistenciu. O multirezistencii (MDR) sa hovorí vtedy, ak je polyrezistentný kmeň rezistentný na izoniazid aj rifampicín. Tento stav je vzhľadom na postavenie obidvoch prípravkov pri liečbe tuberkulózy najzávažnejší. (Solovič, 2000)

Pár slov na záver

Tuberkulóza kladie na pacienta veľké nároky, ktoré musí počas celej svojej liečby akceptovať. Je veľmi dôležité, aby dodržiaval liečebný režim, aby nedošlo k zhoršeniu ochorenia alebo prechodu do chronického štádia. Pacient je vo výraznej miere zodpovedný za svoje správanie ako i za liečbu choroby. Preto sa edukácia pacienta s ochorením tuberkulóza pokladá za faktor rovnocenný s liečbou. Zvyšovanie zdravotných znalostí a zdravotnej uvedomelosti chorého nadobúda čoraz väčší význam z hľadiska liečby a prevencie.

Do podpory boja s touto chorobou je potrebné zapojiť celú rodinu a všetkých rodinných príslušníkov, ktorí sú pacientovi počas zdĺhavej liečby oporou.

Avšak v boji proti tomuto ochoreniu je treba začať už u zdravých jedincov. Dôležitá je najmä prevencia, a taktiež mať dostatok informácií, šíriť ich ďalej prostredníctvom kníh, brožúr, letákov a iných materiálov, aby mali ľudia čo najviac poznatkov o tuberkulóze. Lebo môže postihnúť kohokoľvek z nás, ale dnes sa dá úspešne liečiť a vyliečiť

Literatúra:

BAJAN, A. 1990. *Tuberkulóza*. Martin : Osveta, 1990, 218 s. ISBN 80-217-0078-5

BAJAN, A., TRENKLER, J. 1995. Tuberkulóza v Slovenskej republike v súčasnosti. In: *Recipe*, 1995, roč. 2, č. 4, 36 s. ISSN 1336-4232

NETVAL, M. a kol. 2004. *Mimoplicní tuberkulóza*. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing, 2004, 152 s. ISBN 80- 247-0654-7

SOLOVIČ, I. a kol. 2000. Rezistentná tuberkulóza na Slovensku. In: *Studia Pneumologica et Phtiseologica*, 2000, roč. 60, č. 5, 34 s. ISSN 0371-2222

SOLOVIČ, I. a kol. 2000. Výskyt multirezistentnej tuberkulózy na Slovensku. In: *Lekárske listy*, 2000, č. 2, 12 s.

SOLOVIČ, I. 2004. Tuberkulóza na začiatku 21. storočia – praktický pohľad. In: *Via Practica*, roč. 1, č. 4, 2004, 22 s. ISSN1336-4790

SOLOVIČ, I. 2008. *Tuberkulóza*. Poprad: Slza, 2008, 197 s. ISBN 978-80-970024-4-2

ŠAŠINKA, M. a kol. 2003. *Vademekum medici*. Martin: Osveta, 2003, 2252 s. ISBN80-8063-115-8

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2006, 280 s. ISBN 80-247-1148-6

Kontakt na autora:

Mgr. Katarína Kovalčíková

kovalcikovakatarina@gmail.com

Rezistentná tuberkulóza v praxi sestry

Mgr. Lukáš Kober, Doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc., Bc. Vladimír Siska

Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy

Abstrakt

Hlavnou témou je prezentácia poznatkov o rezistentných formách tuberkulózy v nadväznosti na predchádzajúcu prezentáciu, ktorá sa venovala tuberkulóze vo všeobecnosti. Cieľom prezentovanej témy, je poukázať na závažnosť rezistentnej tuberkulózy nie len pre pacienta, ale aj pre zdravotníkov, prevažne pre sestry, ktoré s takýmto pacientom pracujú najčastejšie a tak sú najviac ohrozené spomedzi všetkých zdravotníckych pracovníkov. Našou snahou je stručne, ale jasne popísať rezistenciu na podávanú AT liečbu, epidemiologickú situáciu u nás a vo svete a význam používania bariérových ošetrovacích techník v praxi sestry ako nevyhnutnú a jedinou dostupnú ochranu proti mycobacterium tuberculosis.

Kľúčové slová: Tuberkulóza. Nové rizikové skupiny. Multirezistentné kmene mykobaktérií.

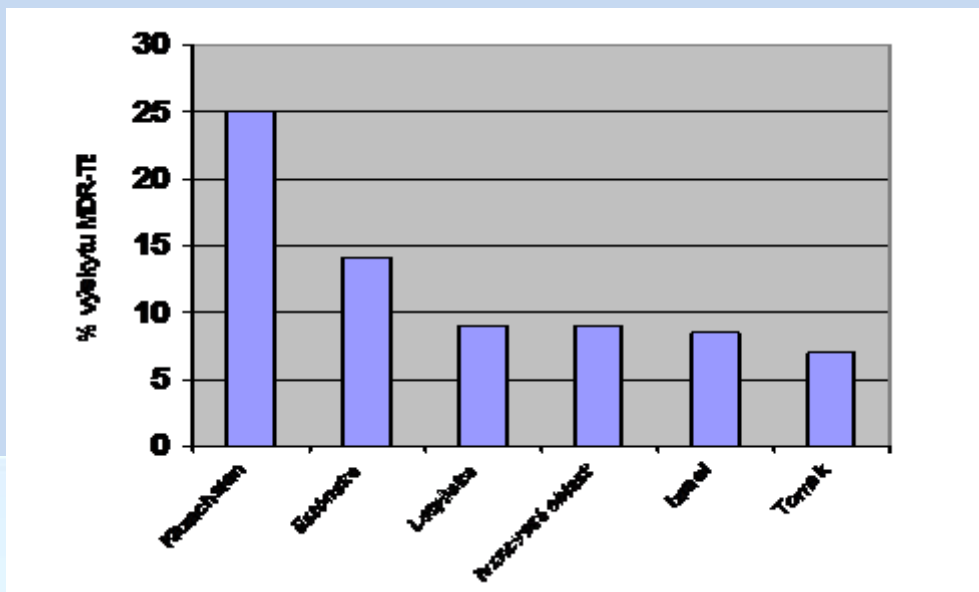
The main theme of the presentation of knowledge of the resistant forms of tuberculosis in response to a previous presentation that was given to tuberculosis in general. The presented topics is to highlight the seriousness of tuberculosis resistant not only to patients but also for professionals, mostly for nurses working with such patients so frequent and most vulnerable among all health care workers. Our aim is briefly but clearly describe the resistance of AT administered treatment, the epidemiological situation in our country and the world and the importance of attending the use of barrier nursing techniques in the practice as necessary and the only available anti-mycobacterium tuberculosis.

Key words: Tuberculosis. New groups at risk. Multiresistant strains of Mycobacterium.

Problém rezistentnej tuberkulózy je mimoriadne závažný epidemiologického, terapeutického aj ekonomického hľadiska. Liečba rezistentných foriem tuberkulózy trvá 3- až 4- násobne dlhšie ako liečba bežnej tuberkulózy.

Krajinou s najvyššou rezistenciou na svete je Kazachstan až 25%, Estónsko 14,1%, Lotyšsko 9%, Izrael 8,5%, Ivanovská oblasť 9% a oblasť Tomsk 7% (v Ruskej federácii). Tieto krajiny sú nazývané aj tzv. horúcimi zónami rezistencie na antituberkulotiká. Ku krajinám s vysokým výskytom rezistencie patrí Sudán, Čína, Jemen.

Graf č.1: Krajiny s najvyšším výskytom multirezistentnej tuberkulózy (r.2004)



Novými rizikovými skupinami so závažným odrazom v epidemiologických ukazovateľoch v celosvetovom meradle sa stali:

- jedinci s HIV infekciou a AIDS,
- migranti,
- osoby infikované multirezistentnými kmeňmi tuberkulózy.

Problému utečencov sa nedokázalo vyhnúť ani Slovensko. V dôsledku pádu komunistického režimu nastalo nové obdobie v migračnom trende. Slovensko sa stalo nielen tranzitnou krajinou, ale aj cieľovou krajinou pre mnohých utečencov, najmä po vstupe do Európskej únie (Solovič, 2004, s. 218).

Infekcia rezistentnými kmeňmi tuberkulózy

Rýchly rozvoj rezistencie na antituberkulotiká podávané v súčasnosti nepriaznivo ovplyvňuje vývoj tuberkulózneho infekcie vo svete. Je dokladom toho, že aj v súčasnosti si tuberkulóza zachováva atribúty mnohotvárnej a v niektorých prípadoch ťažko liečiteľnej infekčnej choroby. Predpokladá sa, že momentálne je vo svete infikovaných multirezistentnými kmeňmi *Mycobacterium tuberculosis* 50 miliónov ľudí. Rezistencia *Mycobacterium tuberculosis* je spontánna genetická mutácia znásobená nesprávnym konaním človeka. Molekulárne biologicky je rezistencia založená na mutáciách v géne

mykobaktérií, ktoré vedú najčastejšie ku zmene cieľovej molekuly. Takto zmenená molekula už nie je miestom účinku antituberkulotík. Rezistencia u novozistených ochorení primárna, sa týka rezistentných kmeňov *Mycobacterium tuberculosis* vylučovaných novodiagnostikovanými jedincami, ktorí nikdy neboli liečení antituberkulotikami, alebo ktorých liečba trvala menej ako jeden mesiac.

Získaná (sekundárna) rezistencia sa týka pacientov liečených antituberkulotikami najmenej jeden mesiac.

Primárna rezistencia je zriedkavejšia, v 35 sledovaných krajinách sa vyskytuje v priemere u 10,4% pacientov, sekundárna rezistencia až u 36% pacientov. Podľa doporučenia WHO sú kmene *Mycobacterium tuberculosis* a ďalších mykobakteriálnych druhov označované ako:

- Monorezistentné - s rezistenciou na jedno zo základných antituberkulotík.
- Polyrezistentné - s rezistenciou na dva a viac antituberkulotík.
- Multirezistentné - rezistentné minimálne na kombináciu izoniazid a rifampicin.

Keďže izoniazid a rifampicín sú dve najúčinnnejšie antituberkulotiká, ktoré sú v súčasnosti k dispozícii, je tento stav vzhľadom na postavenie oboch preparátov najzávažnejší.

Príčiny vzniku MDR-TB (multidrug resistant tuberculosis)

Príčiny vzniku multirezistentnej tbc môžu byť:

- a) zo strany lekára (nesprávna voľba lieku, nesprávne dávkovanie liekov, neznalosť lokálnej epidemiologickej situácie, nedostatočná kontrola a monitorovanie liečby),
- b) zo strany pacienta (nedodržiavanie pravidelnosti užívania liekov, nedostatočná dĺžka užívania liekov, vysokoriziková forma ochorenia s vysokým počtom mykobaktérií, v nedávnej minulosti prekonaná aktívna forma ochorenia, pridružené ochorenia, stavy s imunodeficienciou, psychické ochorenia, renálna insuficiencia, drogová závislosť, vysoký vek),
- c) iné (ľahký prístup k AT bez kontroly liečby, nedostatok účinných AT, nedostatočný program kontroly tuberkulózy, nárast tuberkulózy v populácii, zvýšený pohyb

obyvateľstva a to migrácia, turizmus, zhoršovanie socio-ekonomickej situácie, nárast skupín obyvateľstva s rizikovými faktormi pre vznik a šírenie tuberkulózných ochorení bezdomovci, drogový závislí, väzni, migranti, hladujúci a podvyživení v rozvojových krajinách.

Ak pri správnom užívaní liekov nedošlo ku konverzii spúta počas 5-6 mesiacov, je vysoko pravdepodobná rezistencia mykobaktérií na všetky podávané AT.

Liečebné režimy pri rezistentných formách tuberkulózy

WHO spolu s Medzinárodnou úniou boja proti tuberkulóze a pľúcny chorobám vydala doporučenie na manažment liekovo rezistentnej tuberkulózy. Vyžaduje liečbu v špecializovaných zariadeniach, kde je zabezpečená systematická bakteriologická kontrola, vrátane sledovanie citlivosti na antituberkulotiká.

Problém sa zväzňuje ak sa rezistencia kombinuje s inými rizikovými faktormi napríklad HIV infekcia, oslabený imunitný systém organizmu, závislosť od drog (Bajan, 2000, s.6).

Liečebné režimy pri rezistentných formách tuberkulózy sú založené na kombinácii základných liekov a liekov tzv. druhého radu.

Pri liečbe multirezistentnej tuberkulózy sú hlavné kritériá jednotlivých kombinácií založené na biologických údajoch, ktoré determinujú tri skupiny antituberkulózných liekov (Kriška, 2002, s. 514).

Sú to lieky:

- s baktericídnu aktivitou (aminoglykozidy, tiónamidy, pyrazinamid),
- s nízkou baktericídnu aktivitou (fluórochinolóny),
- s bakteriostatickým účinkom (etambutol, cykloserín).

Pri výbere liečby rezistentných foriem tuberkulózy treba brať do úvahy kritériá dôležité pre aplikáciu, akými sú akceptabilita pre pacienta, tolerancia, potenciálna toxicita.

Tab. č.1: Klasifikácia antituberkulotík registrovaných na Slovensku

Skupina	Látky
I.rad	izoniazid, rifampicin, etambutol
základné	pyrazinamid, streptomycín
II.rad	kapreomycín, kanamycín, amikacín,
rezervné	etionamid, viomycín, tiacetazón alebo fluórochinolóny (ciprofloxacín, sparfloxacín*) a klaritromycín

*nie je definitívne doriešená otázka registrácie

Najväčší problém je liečba pacientov rezistentných na tri, resp. štyri antituberkulotiká, pretože v terapeutickom režime treba u pacienta podávať podľa odporúčania WHO minimálne toľko citlivých liekov, na koľko je pacient rezistentný. Rezistentné kmene sú problémom budúcnosti. Nezávládnutie rezistencie by v krátkom čase znamenalo návrat tuberkulózy v pôvodnej sile, akú mala na začiatku minulého storočia. Problém mnoholiekovej rezistencie má dopad nielen na pacienta ale aj na celú spoločnosť (Solovič, 2000, s.217).

Epidemiologická situácia multirezistentnej TBC na Slovensku

Od roku 1960 kedy bolo hlásených 7 817 prípadov tbc podľa údajov z Národného registra tuberkulózy vo Vyšných Hágoch dochádza pozvoľna do roku 1970 k poklesu absolútneho počtu hlásených ochorení. Výraznejší pokles sledujeme v druhej polovici 80. rokov. Mierny nárast po roku 1990 však nebol zaznamenaný v prípadoch bakteriologicky overenej tuberkulózy a od roku 1994 zaznamenávame pokles chorobnosti v Slovenskej Republike, v roku 2002 to bolo 1053 prípadov novozistenej tuberkulózy a v roku 2003 po prvý krát sme nedosiahli ani 1000 novozistených prípadov, bolo to 990 prípadov, čo je 18,4 na 100 tisíc obyvateľov. V roku 2004 sme zaznamenali v Národnom registri TBC 713 ochorení, čo je 13,6 na 100 tisíc obyvateľov.

Situácia vo výskyte a liečbe rezistentných kmeňov tuberkulózy je na Slovensku veľmi dobrá, patrí medzi najnižšie vôbec a udržiava sa pod 5%. V roku 2004 bolo z celkového počtu 713 prípadov tuberkulózy 10 pacientov infikovaných multirezistentnými kmeňmi tuberkulózy, v 5 prípadoch išlo o slovenských občanov a v 5 prípadoch utečencov. V štyroch prípadoch išlo o primárnu, v šiestich prípadoch o sekundárnu rezistenciu.

Liečba rezistentných foriem tuberkulózy je sústredená do NÚTPCHaHCH vo Vyšných Hágoch, kde bolo v roku 1998 vytvorené špecializované oddelenie na liečbu predovšetkým multirezistentných kmeňov.

Neliečení alebo nedostatočne liečení pacienti predstavujú rizikový faktor, ktorý by mohol ohroziť stabilizovanú epidemiologickú situáciu tuberkulózy na Slovensku (Solovič, 2004, s. 219).

Požitá literatúra:

BAJAN, A. 2000. Tuberkulóza ako medicínsky problém na prelome tisícročia. In: Stud. Pneumolog. Phtiseol., 2000, roč.60, č.1, s.4-6. ISSN 1213-810X.

KRIŠKA, M. a kol.2002. Memorix klinickej farmakológie. Bratislava: Slovak Academic Press, 2002, 879 s. ISBN 80-88908-90-6.

SOLOVIČ, I. a kol. 2000. Rezistentná tuberkulóza na Slovensku. In: Stud. pneumol. phtiseol., roč. 60, 2000, č. 5, s. 217-219, ISSN 1213-810X.

SOLOVIČ, I.2004. Tuberkulóza na začiatku 21. storočia – praktický pohľad. Via Practica, č.4, 2004, s. 215-219. ISSN1336-4790.

Kontakt na autora:

Mgr. Lukáš Kober

SANATÓRIUM Tatranská Kotlina, n.o.

lukaskober@gmail.com

Tuberkulóza - stále aktuálny problém aj v ošetrovatelstve

PhDr. Jana Švecová, doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.

Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy

Tuberkulóza (TBC) je choroba známa už oddávna, možno povedať, že je stará ako ľudstvo samo. Prvé správy o nej sa zjavujú v čase, keď si ľudia začínajú vytvárať väčšie sociálne celky. Je to infekčná choroba, ktorú vyvoláva skupina baktérií, z nej hlavného a najdôležitejšieho vyvolávateľa *Mycobacterium tuberculosis* objavil v roku 1882 Robert Koch.

Celú túto skupinu, ktorá vyvoláva tuberkulózu, nazývame *Mycobacterium tuberculosis complex*. Tvorí ju:

- a) *M. tuberculosis*
- b) *M. bovis*
- c) *M. africanum*

Hlavným cieľovým orgánom sú pľúca, ale mykobaktérie môžu vyvolať chorobný proces aj v mimopľúcnych štruktúrach. Z hľadiska orgánového postihnutia sa delí tuberkulóza na dve formy:

- **pľúcna tuberkulóza** – postihuje parenchým pľúc. Pľúcne formy súčasne s mimopľúcny postihnutím sa radia medzi pľúcne formy. Nepatrí sem tuberkulóza vnútrohrudníkových uzlín, ani pleuritída s pleurálnym výpotkom, ak nie je súčasne postihnutý aj pľúcny parenchým
- **mimopľúcna tuberkulóza** (extrapulmonálna), ktorá môže postihnúť všetky orgány ľudského tela. Pri viacerých miestach postihnutia pri mimopľúcnej lokalizácii sa zaraďujú najzávažnejšia forma.

Celosvetový boj proti tuberkulóze koordinuje Svetová zdravotnícka organizácia (WHO). Hlavným dokumentom koordinácie boja proti tuberkulóze je Stratégia Stop TBC (Stop TB Strategy). Víziou tejto stratégie je „Svet bez tuberkulózy“. Ambicióznym cieľom WHO teda je eliminovať tuberkulózu ako globálny zdravotný problém do roku 2050 - čo by to znamenalo, že globálny výskyt TBC by bol nižší ako jeden prípad na milión svetovej populácie.

Do boja proti tuberkulóze vo svete sa pripojila aj Medzinárodná rada sestier (International Council of Nurses – ďalej len „ICN“), ktorá v roku 2004 vydala Odporúčané postupy pre sestry v starostlivosti a kontrole tuberkulózy a multirezistentnej tuberkulózy (TB

Guidelines for Nurses in the Care and Control of Tuberculosis and Multi-Drug Resistant Tuberculosis). Týmto dokumentom chce pomôcť sestram (dať praktické návody) pri ich významnej úlohe v detekcii prípadov, zabezpečovaní starostlivosti a liečby o pacientov s TBC. Vysvetľuje ošetrovateľský prístup k plánovaniu a poskytovaniu starostlivosti pacientom s touto chorobou a usiluje sa o zdokonalený prístup a kvalitu starostlivosti počas celej doby liečby. Zdôrazňuje potrebu modifikácie postupov kontroly TBC pri ich implementácii v lokálnych programoch na kontrolu TBC a úlohu sestier pri ich realizácii. ICN je presvedčená, že sestry sú v pozícii podporovať programy kontroly TBC a implementovať elementy stratégií DOTS a DOTS- Plus.

Tuberkulóza je špecifické ochorenie, ktoré je vzhľadom na svoju osobitosť a závažnosť sledované oddelene od ostatných infekčných chorôb.

Situácia na Slovensku je v oblasti incidencie a prevalencie tuberkulózy stabilizovaná už niekoľko rokov. V roku 1951 bola incidencia TBC na Slovensku 299,7 na 100 tisíc obyvateľov. V roku 2000 incidencia klesla na 20 na 100-tisíc obyvateľov a v roku 2009 po prvý krát pod 10 prípadov na 100-tisíc obyvateľov. Z okolitých krajín len Česká republika má nižšiu incidenciu a Rakúsko na tej istej úrovni ako u nás. Ostatné krajiny s dvojnásobnou (Poľsko a Maďarsko) až sedemnásobnou (Ukrajina) incidenciou sú zaradené do skupín so stredným a vysokým výskytom TBC.

V roku 2009 sme mali do Národného registra pacientov s tuberkulózou hlásených 513 prípadov tuberkulózy, čo je 9,49/100 000 obyvateľov. V 419 prípadoch išlo o pľúcne formy tuberkulózy, v 94 prípadoch o mimopľúcne formy tuberkulózy. V 58 prípadoch išlo o recidívu pľúcnej tuberkulózy a v 10 prípadoch o recidívu mimopľúcnej.

V roku 2008 bolo hlásených 274 bakteriologicky overených prípadov, čo je 53,4% z celkového počtu registrovaných ochorení. Mikroskopicky pozitívnych prípadov bolo 176 prípadov.

Na Slovensku máme možnosť pozorovať rozdiely medzi výskytom tuberkulózy u mužov (330 prípadov) a u žien (183 prípadov). U žien je výskyt najmä vo vyšších vekových skupinách, u mužov vo vekovej kategórii 45-54 ročných. V detskej populácii (0-14 roční) sa tuberkulóza vyskytla v 11 prípadoch. V roku 2009 zomrelo na tuberkulózu 9 pacientov.

Podľa geografického rozloženia v Slovenskej republike oblasťami s najvyšším výskytom tohto ochorenia je oblasť východného Slovenska - Prešovský kraj 18,3/100 000 obyvateľov, nasleduje Košický kraj s 10,1/100 000 obyvateľov. V týchto oblastiach je to dávané do

súvislosti aj s vysokou mierou nezamestnanosti a tuberkulóza je tu stále závažným sociálnym problémom.

Multirezistentnými kmeňmi tuberkulózných mykobaktérií sme mali v roku 2009 na Slovensku infikovaných 7 pacientov.

V boji proti tuberkulóze hrajú sestry veľmi významnú úlohu. Sú neoddeliteľnou súčasťou zdravotníckeho tímu poskytujúceho starostlivosť pacientom s tuberkulózou ako aj vykonávajúceho preventívnu činnosť zameranú na boj proti tuberkulóze vo všetkých fázach ľudského života (od narodenia po starobu).

Je veľmi dôležité, aby sestry mali potrebné znalosti o všetkom, čo súvisí s tuberkulózou – o jej etiológii, patogenéze, epidemiológii, diagnostike a zásadách liečby, ako aj najlepších metódach protituberkulózneho kontroly.

Veľký význam má aj informovanosť sestier o rizikových skupinách osôb ohrozených tuberkulózou a o miestnej situácii vo výskyte tejto choroby. Aj ICN zdôrazňuje, že práca sestier prinesie najlepšie výsledky, len ak sú aktivity v rámci kontroly TBC spojené s miestnymi tradíciami a podmienkami.

Ak sú sestry dostatočne informované a správne konajú, sú spôsobilé zabraňovať šíreniu tejto choroby a zlepšiť kvalitu protituberkulózneho kontroly, čo súvisí hlavne s ich blízkosťou k chorému. Tak práve sestry môžu prvé včas rozpoznať nikým nerozpoznané prípady ochorenia na tuberkulózu, nakoľko pacienti, s ktorými sa stretávajú, môžu mať aj príznaky tuberkulózy.

Niektoré sestry sa špecializujú na prácu v odbore pneumológia a ftizeológia a pracujú priamo v sfére kontroly tuberkulózy, no väčšina pracuje v ambulanciách a lôžkových zariadeniach iných odborov a v primárnej starostlivosti. Aj ony sa v praxi môžu z rôznych príčin stretávať s pacientmi, chorými na tuberkulózu. Rozsah a typ činností v kontrole tuberkulózy teda súvisí od miesta, kde sestra vykonáva ošetrovateľskú prax.

Pri ošetrovaní pacienta s tuberkulózou alebo podozrením na túto chorobu je potrebné venovať zvýšenú pozornosť zabráneniu prenosu infekcie. Starostlivosť o pacientov s tuberkulózou si vyžaduje určité špecifické opatrenia a sprísnenie niektorých postupov hygienicko-epidemiologického režimu.

Ošetrovateľská starostlivosť zohráva v starostlivosti o pacientov s tuberkulózou v ústavnej ako aj ambulantnej starostlivosti kľúčovú úlohu. Sestry trávajú s pacientom počas liečby najviac času. Sú pacientovi oporou, uľahčujú pacientom zvládnuť úskalia

a nepríjemnosti spojené s diagnostikou a liečbou tohto infekčného ochorenia. Vhodne naplánovaná a realizovaná ošetrovateľská starostlivosť má výrazný vplyv na priebeh ochorenia a jeho prognózu.

Táto choroba sa dotýka každého jedného z nás. Pokiaľ medzi nami žijú ľudia trpiaci touto chorobou, sme stále aj my ohrození možnosťou nakazenia sa. Je nevyhnutné aby bola odborná ale aj laická verejnosť dostatočne a správne informovaná o tejto chorobe. Len dostatočná informovanosť nám pomôže v boji s touto chorobou (v jej prevencii, včasnej diagnostike a účinnej liečbe) ako aj v boji proti stigmatizácii osôb postihnutých touto infekčnou chorobou.

Použitá literatúra:

1. Solovič, I. a kol. Tuberkulóza. Vybrané kapitoly. Vyšné Hágy : Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie, 2008, 197 s.
2. Solovič, I., Rozborilová, E., Littva, V., Švecová, J.: Tuberkulóza pre prax sestry. 1. vyd. Ružomberok : VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2010, 218 s.
3. The Stop TB Strategy. Geneva : WHO, 2006, 20 s.
4. TB Guidelines for Nurses i the Care and Control of Tuberculosis and Multi-drug Resistant Tuberculosis. Geneva : International Council of Nurses, 2004, 66 s.

Kontakt na autora:

PhDr. Jana Švecová

svecova@hagy.sk

SANATÓRIUM Tatranská Kotlina, n.o.

Práca s pacientom postihnutým spondylodiscitídou

Mgr. Ivana Harvanová, Mgr. Róbert Harvan

Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy

Tuberkulóza je pre každého známa ako špecifické postihnutie pľúc, postihujúce predovšetkým ľudí s nižších sociálnych vrstiev, je stále prítomná a skoro neliečiteľná. Málo ľudí sa dokáže preniesť cez tieto predsudky, a tí ktorí pracujú v zdravotníctve niekedy ani odpovede nehľadajú. Dnes sme našťastie o krok vpredu, chceme vedieť, chceme sa vzdelávať a hlavne chceme vzdelávať aj druhých (laikov). K tejto príležitosti je vhodné upozorniť, že tuberkulóza nepostihuje len pľúca, ale že ide o špecifický infekčný proces postihujúci všetky štruktúry organizmu. Naša prednáška je zameraná na mimoplúcne formy tuberkulózy, konkrétne kostnú tuberkulózu, ktorá patrí v percentuálnom zastúpení medzi najčastejšie sa vyskytujúce spomedzi všetkých foriem mimoplúcnej tuberkulózy. Pacienti s kostnou tuberkulózou sú vystavený veľkému psychickému tlaku, ktorý potencuje stála nevedomosť ľudí o tuberkulóze všeobecne, nedostatok edukačných materiálov v primárnej zdravotnej starostlivosti, chýbanie edukácie zo strany zdravotníckeho personálu, ako aj samotná nevedomosť zdravotníkov o tomto probléme. Pacient prichádzajúci na naše oddelenie je často krátko nastrojom nedorozumení, nepresnej diagnostiky a dlhodobého pátrania po pravej príčine jeho ochorenia. Medzi najčastejšiu lokalizáciu kostnej tuberkulózy patrí chrbtica, ktorá ako oporný systém nášho tela zohráva nenahraditeľnú úlohu v našom živote a práve jej postihnutie a bolesti v očiach pacienta znamená veľký psychický nápor a fyzickú stratu, hlavne ak ide o človeka plne fungujúceho v systéme práce, rodiny a spoločnosti. I keď pacienti s touto formou tuberkulózy sú zväčša od 55 rokov a vyššie, práve u takýchto ľudí je postihnutie, liečba, následky ako aj psychický stav ťažšie zvládnuteľné vzhľadom na regresívne zmeny typické pre regresívne zmeny organizmu. Napriek tomu sú naši pacienti po stanovení diagnózy silní vo svojom presvedčení chcieť sa vyliečiť, sú dostatočne a neustále poučovaní o tejto chorobe, o jej liečbe, následkoch a príčinách, strácajú negatívne predsudky o tuberkulóze všeobecne a majú chuť bojovať s chorobou, čoho následkom je i keď zdĺhavá, ale o to účinnejšia liečba a rekonvalescencia.

V našej prednáške sa úvodom zameriavame na teoretické objasnenie tuberkulózy všeobecne, popis kostnej tuberkulózy, jej definíciu, etiológiu, klasifikáciu, lokalizáciu, štádiá, symptomatológiu, diagnostiku a liečbu. Následne sa prednáška zameriava na tuberkulózu

spondylodyscitídu, ktorá je ako sme spomínali najčastejšie sa vyskytujúcou formou mimoplúcnej tuberkulózy. Jej liečba má mnoho dôležitých špecifik, ktoré je nutné si osvojiť a dodržiavať, pretože len správna liečba a disciplína pacienta, pozitívny náhľad a myslenie sú zárukou výhry nad týmto ochorením.

Cieľom našej prednášky je upovedomiť zdravotníkov na tento problém, na to že tuberkulóza je stále prítomná a že nepostihuje len pľúca. Chceme aby boli všetci zdravotníci dostatočne informovaní, aby venovali tomuto problému pozornosť, pretože pacienti sú často krátko v úlohe hádanky, ktorú nevie nik vyriešiť, čím sa predlžuje jeho nádej na dokonalé vyliečenie. Úloha zdravotníka v primárnej a sekundárnej oblasti je edukácia a tú chceme skvalitniť tým, že poukážeme na daný problém a objasníme ho. Okrem iného sme vytvorili edukačné návrhy a materiály pre prax sestry, ktorá prichádza s takýmito pacientmi do kontaktu a pre ktorú je edukácia ako aj samotný výskum neoddeliteľnou súčasťou kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová: Kostná tuberkulóza. Edukácia. Liečba. Rehabilitácia.

Bibliografia:

MAGERČIAKOVÁ, M.: *Edukácia v ošetrovatel'stve* 1. 2. vyd. Ružomberok : Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2008, 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5

NETVAL, M. a kol.: *Mimoplicní tuberkulóza*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004, 152 s. ISBN 80-247-0654-7

NETVAL, M.: *Ortopedická tuberkulóza*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2002, 127 s. ISBN 80-7254-271-0

SOLOVIČ, I. a kol.: Tuberkulóza. Vybrané kapitoly. 1.vyd. Vyšné Hágy : Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy, 2008, 197 s. ISBN 978-80-970024-4-2

Kontakt na autora:

Mgr. Ivana Harvanová

ivana.harvanova@gmail.com

Doskonalenie zawodowe w ramach studiów zawodowych tzw. pomostowych i magisterskich uzupełniających w grupie pielęgniarek anestezjologii i intensywnej terapii

Dr n. med. Mariola Głowacka , Mgr Anna Cebula

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Collegium Medicum Uniwersytetu

Mikołaj Kopernika w Toruniu- adiunkt,

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Płocku - Przewodnicząca

Kształcenie odgrywa znaczącą rolę we współczesnym pielęgniarstwie. Stosowany obecnie system kształcenia pielęgniarek w Polsce jest zgodny ze standardami nauczania, dyrektywami Unii Europejskiej i Procesu Bolońskiego. Właściwy poziom kształcenia pielęgniarek odgrywa istotną rolę w ustawicznym rozwoju pielęgniarstwa. Wykształcenie pielęgniarek na poziomie wyższym, gwarantujące wysokie kwalifikacje, jest niezbędne, do stałego rozwoju polskiego systemu ochrony zdrowia, do zapewniania wysokiej jakości świadczonych usług pielęgniarskich i podwyższenia prestiżu zawodowego pielęgniarek na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w Europie i świecie.

W ostatnich latach obserwuje się w Polsce stały wzrost zainteresowania doskonaleniem zawodowym wśród pielęgniarek/pielęgniarzy, zwłaszcza na poziomie studiów zawodowych oraz na poziomie studiów magisterskich uzupełniających.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie zainteresowania doskonaleniem zawodowym pielęgniarek anestezjologii i intensywnej terapii poprzez studia zawodowe i studia magisterskie uzupełniające na przykładzie pielęgniarek Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr Antoniego Jurasza w Bydgoszczy oraz Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr Jana Bizuela w Bydgoszczy.

Badanie pilotażowe zostało przeprowadzone w okresie od grudnia 2009 do maja 2010 roku na populacji 100 zdrowych pielęgniarek/pielęgniarzy, metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem narzędzia konstrukcji własnej – ankiety.

Na podstawie przeprowadzonego badania wyciągnięto następujące wnioski:

1. Respondenci, tj. pielęgniarki/pielęgniarze pionu anestezjologii i intensywnej terapii w przeważającej części byli absolwentami studiów kierunku pielęgniarstwa (71%), z czego 44% ukończyła studia pierwszego stopnia, tzw. licencjackie.

2. Ankietowani w zdecydowanej większości potrafili pogodzić pracę zawodową z nauką na poziomie akademickim (73%). Osoby aktualnie studiujące stwierdziły (45%), że właściwa organizacja czasu pozwala na łączenie powyższych aktywności.

3. W opinii pielęgniarek pracujących w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, najważniejszą korzyścią, którą można osiągnąć dzięki ukończeniu studiów wyższych w kontekście pracy zawodowej była własna satysfakcja (55,42%).

4. Pielęgniarki anestezjologii i intensywnej terapii motywowały kończenie studiów zawodowych lub magisterskich uzupełniających na kierunku pielęgniarstwo czynnikami poznawczymi. Zdobywały przede wszystkim nową wiedzę (52%). Większość ankietowanych wykorzystywała w pracy wiedzę (84%) i umiejętności zawodowe (77,5%).

Badając korzyści respondentów ze studiowania w zależności od zmiennej płci, korelacja była istotna statystycznie $p < 0,05$. Opinie kobiet w znacznej mierze różniły się od opinii mężczyzn. Kobiety w czasie studiów zdobywały nową wiedzę (54,9%), pogłębiały wiedzę już posiadaną (33,8%) oraz nabywały nowe umiejętności zawodowe (2,8%). Mężczyźni natomiast ocenili, że pielęgniarstwa wiedzy akademickiej nie wykorzystywali w pracy zawodowej (50,0%) oraz w jednakowym stopniu aktualizowali swoją wiedzę medyczną lub zdobywali nowe umiejętności merytoryczne (odpowiednia po 16,7%) Pielęgniarki były świadome korzyści wynikających z doskonalenia zawodowego poprzez studia.

5. Czynniki materialne nie odgrywały znacznej roli w podejmowaniu przez pielęgniarki decyzji o doskonaleniu zawodowym poprzez studia wyższe (61,7% respondentów nie kierowała się aspektem finansowym).

6. Decyzje pielęgniarek/pielęgniarzy anestezjologii i intensywnej terapii o wyborze studiów na kierunku pielęgniarstwo jako formy doskonalenia zawodowego były przemyślane, podejmowane przede wszystkim samodzielnie (85,5% respondentów), nie powodowały one zmian w zakresie aktywności zawodowej (87,2%). W minimalnym stopniu na wpływ na decyzję o studiowaniu miał przełożony, który, według 46,5% ankietowanych umożliwiał podejmowanie nauki, poprzez dogodne zaplanowanie dyżurów.

7. Głównymi czynnikami determinującymi decyzję pielęgniarek anestezjologicznych i intensywnej terapii o niepodejmowaniu studiów zawodowych lub magisterskich były czynniki organizacyjno – zawodowe, tj. brak zgody bezpośredniego przełożonego na podjęcie

studiów, brak wystarczającej ilości czasu na pogodzenie studiowania i pracowania jednocześnie (41% respondentów).

8. Taki stan rzeczy wymaga wprowadzenia w Polsce jasnej struktury awansu zawodowego poziomego (na poziomie pracy z pacjentem) i pionowego (hierarchii stanowiskowej) pielęgniarek w zależności od ich poziomu wykształcenia i posiadanych kwalifikacji.

Kontakt na autora:

Dr n. med. Mariola Głowacka

oiip@plocknet.pl



Význam edukácie v prevencii kardiovaskulárnych ochorení v rámci primárnej zdravotnej starostlivosti

PhDr. Katarína Majerčíková, Doc. PhDr. Darina Wiczmányová, PhD., Bohuslava Krajčiová
*Polná nemocnica, ÚVN Ružomberok, Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva
a sociálnej práce, UN Bratislava*

Príspevok sa zameriava na význam edukácie v prevencii kardiovaskulárnych ochorení a úlohu sestry v primárnej zdravotnej starostlivosti. Kardiovaskulárne ochorenia v Slovenskej republike sú hlavnou príčinou všetkých úmrtí a svojím výskytom často spôsobujú vyradenie zdravých ľudí z plnohodnotného života.

Nepriaznivá situácia je aj vo výskyte hlavných a niektorých vedľajších rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, ako sú obezita, hypertenzia, fajčenie u čoraz mladších vekových kategórií. Poukazujú na zhoršený zdravotný stav zdravia slovenského obyvateľstva, ktorý si vyžaduje kvalitný a cieľavedomý prístup. Úlohou sestry v rámci primárnej, ale aj sekundárnej prevencie, je pomôcť správnou a zameranou edukáciou k eliminácii týchto ochorení.

Eliminovať tieto ochorenia nie je len cieľom spoločnosti, ale hlavne cieľom každého jednotlivca. Angažovanosťou pacienta na svoje zdravie a podporou a edukáciou zo strany zdravotníckeho personálu je veľká šanca tento rast minimalizovať.

Kľúčové slová :

Sestra. Kardiovaskulárne ochorenia. Prevencia. Edukácia. Primárna starostlivosť.

Zoznam bibliografických odkazov :

1. ČELEDOVÁ, L. – ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví*. Praha : Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
2. GONCALVESOVÁ, E.: *Epidémia srdcového zlyhávania*. Bratislava: Abbott, 2008, 52 s.
3. KLENER, P., a kol.: *Vnitřní lékařství*, 2. vyd. Praha : Galén, 2001, 950 s. ISBN 80-7262-101-7
4. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, Ľ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, 155s. ISBN 978-80-8063-326-4.

5. SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J.: Kardiologie pro obor ošetrovatelství, Praha : Grada publishing 2004, a.s. s 156, ISBN 80-247-1009-9
6. VÖRÖŠOVÁ, G. a kol. *Interné ošetrovatelstvo*. 2.vyd. Martin : Osveta, 2005. 197 s. ISBN 80-8063-192-1.
7. ZÁVODNÁ, V.: *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2.vyd. Martin: Osveta, 2005, s. 117. ISBN 80-8063-193-X

THE SIGNIFICANCE OF THE EDUCATION PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN PRIMARY HEALTH CARE

K. Majerčíková, D. Wiczmányová

Field hospital, ÚVN Ruzomberok, Liptovský Mikuláš department, Trnava University, Faculty of Health and Social Work

The paper focuses on the importance of education in the prevention of cardiovascular disease and the role of nurses in primary health care. Cardiovascular diseases in the Slovak Republic are the main cause of all deaths and its incidence is often caused by removal of healthy full life.

Negative situation is the occurrence of major and some secondary risk factors for cardiovascular diseases such as obesity, hypertension, smoking among ever-younger ages. They point to the poor health of the Slovak population health, which requires a good and purposeful approach. The role of nurses in primary but also secondary prevention is aimed to help a good education in the elimination of these diseases.

To eliminate these diseases is not only to society but especially to every individual. Their commitment to patient health and education in support of health professionals is a good chance that growth minimized.

Keywords:

Nurse. Cardiovascular disease. Prevention. Education. Primary care

Kontakt na autora:

PhDr. Katarína Majerčíková
majercikovak@gmail.com

Edukácia, alebo len povinné poučenie?

*Bc. Marcela Macková, Bc. Helena Gondárová-Vyhničková, Bc. Valéria Haličková
ÚVN SNP Ružomberok, FN, SK*

Kontakt na autora:

Bc. Marcela Macková

mackovam@gmail.com



Vzdelávanie v ošetrovatelstve o prevencii rakoviny krčka maternice

Mgr. Jarmila Jakubeková, PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.

Katedra ošetrovatelstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v

Trnave

Abstrakt

Rakovina krčka maternice je druhým najčastejším onkologickým ochorením u žien. Jej výskytu je možné predchádzať prevenciou, ktorá spočíva najmä v zodpovednom sexuálnom správaní žien, v pravidelných gynekologických prehliadkach, očkovaní a v odstránení ostatných rizikových faktorov vzniku ochorenia zo života ženy aj jej partnera. V príspevku informujeme o prevencii karcinómu krčka maternice a zaoberáme sa vzdelávaním sestier v prevencii vzniku tohto ochorenia. Pozornosť venujeme vzdelávaniu sestier v primárnej zdravotnej starostlivosti z pohľadu Medzinárodnej rady sestier. Prezentujeme výsledky výskumu, ktorý bol zameraný na monitorovanie vedomostí a správania študentiek v študijnom odbore ošetrovatelstvo v oblasti prevencie rakoviny krčka maternice. Poskytovanie starostlivosti v oblasti podpory zdravia patrí medzi kompetencie sestry, ktoré by mali využívať v čo najväčšej miere a prispievať tým k zníženiu incidencie a prevalencie ochorení.

Kľúčové slová: Rakovina krčka maternice. Ošetrovatelstvo. Prevencia. Úloha sestry v prevencii. Vzdelávanie v oblasti prevencie.

Kontakt na autora:

Mgr. Jarmila Jakubeková

jakubekovaj@gmail.com

Edukačný program u pacientov s Hepatítidou C vo výkone trestu odňatia slobody

*Mgr. Tibor Illyés, Miroslava Borisová
ÚVTOS Košice - Šaca*

Abstrakt

Vírus hepatitídy C (HCV) sa dostáva do popredia zdravotníckej pozornosti napriek tomu, že nespôsobuje fulminantnú hepatitídu. Sú na to viaceré dôvody. Predovšetkým na chronickú infekciu trpí najmenej 170 miliónov ľudí. Proti tejto infekcii nejestvuje vakcína. A navyše infekcia HCV postihuje veľkú skupinu mladých ľudí, ktorí podľahli pokušeniu parenterálnych drog.

Cieľom práce bolo edukovať pacienta/klienta s Hepatítidou C, a zároveň dosiahnuť aspoň základnú možnú mieru vedomostí, pochopenia a spolupráce pacienta/klienta pri diagnostike a liečbe tohto ochorenia.

Kľúčové slová:

vírus, hepatitída, infekcia, edukácia, prevencia

Kontakt na autora:

Mgr. Tibor Illyés
tibor.illyes@zvjs.sk

SANATÓRIUM Tatranská Kotlina, n.o.

Dekubit a narušená celistvosť kože ako ošetrovateľský problém

Mgr. Róbert Harvan , Mgr. Ivana Harvanová

Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné HÁgy

Abstrakt

Pravidelným problémom, s ktorým sa stretáva sestra na každom oddelení a v každej sfére zdravotníctva je narušená celistvosť kože, konkrétne dekubity, o ktorých sa stále vedú mnohé debaty a výskumy farmaceutických firiem, ako s nimi najúčinnejšie bojovať. Ide o závažný problém, ktorý si vyžaduje odbornú starostlivosť a systematickosť postupov pri ich ošetrovaní. Každú ranu je potrebné posúdiť osobitne, každá je odlišná a veľa záleží na celom rade ochorení, ktoré predstavujú zvýšené riziko vzniku dekubitu, ako sú anémia, infekcie, periférne cievne poruchy, diabetes, NCMP, malignity, hmotnosť, obezita či kachexia.

Úlohou našej práce je objasniť pojmy narušená celistvosť kože ako aj pojem dekubity. Keďže ide o pojmy, s ktorými sa stretáva každý zdravotník, alebo aj laik v domácom a nemocničnom prostredí, je nutné aby sa každý zaujímal o postup pri práci s takýmito ľuďmi. Naša prednáška okrem teórie obsahuje hlavne praktické pripomienky, vychádzajúce z osobných skúseností pri dlhoročnom ošetrovaní spomínaných pacientov. Keďže už dnes existuje mnoho firiem poskytujúcich rôzne pomôcky používané na ošetrovanie dekubitov v rôznych cenových reláciách a dostupnosti, stále majú sestry a zdravotníci medzery v postupe ich ošetrovania.

Kľúčové slová: Dekubitus. Ošetrovanie rany. Koža.

Kontakt na autora:

Mgr. Róbert Harvan

NÚTPCHaHCH Vyšné HÁgy, Vysoké Tatry, 059 84.

Chirurgické oddelenie mimopľúcnej tuberkulózy, urológie a gynekológie.

Problematika osteoporózy a jej populačné následky

Mgr. Karin Liptáková, Doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská Univerzita, Trnava

Absrakt

Pre vysokú prevalenciu a incidenciu sa stáva osteoporóza veľkým zdravotným a socio-ekonomickým problémom. Osteoporóza a jej následky vo forme fraktúr majú závažný dopad na život každého jedinca. Zníženie kvality života, invalidita, imobilita a ekonomická záťaž pre jednotlivca i spoločnosť sú len niektoré aspekty charakterizujúce osteoporózu ako závažný problém v spoločnosti. Starnutie populácie so sebou prináša problém osteoporózy. Starším ľuďom klesá kostná hmota a tým pádom sa zvyšuje riziko zlomenín. Predlžovanie veku, znížená pohybová aktivita, zmeny výživy, ako aj ďalšie civilizačné faktory spôsobujú prudký vzostup jej výskytu. Celosvetovo má približne 200 miliónov ľudí osteoporózu.

Dôraz by sa mal dávať na prevenciu- primárnu, sekundárnu a aj terciálnu, aby sa štatistické ukazovatele poukazujúce na problematiku osteoporózy znížili. Osteoporóze ako závažnému ochoreniu, ktorý má dopad na jedinca i spoločnosť je nutné venovať pozornosť. Je potrebné zvýšiť úroveň informácií a vedomostí ohľadom osteoporózy a jej prevencii, a tým prispieť k eliminácii následkov tohto ochorenia. Včasnou identifikáciou rizikových faktorov, správnu nutričnou výživou a primeranou pohybovou aktivitou sa v rámci primárnej prevencii dá prispieť veľkou mierou k tomu, aby sme nepriaznivé následky „tichého zlodēja kostí“ zmiernili. Je dôležité, aby sme nepriaznivé dôsledky ochorenia v čo najvyššej možnej miere eliminovali zvýšeným zameraním našej pozornosti na prevenciu.

V príspevku uverejňujeme aj výskum realizovaný u študentov odboru Ošetrovateľstvo dennej formy v 1., 2. a 3. ročníku v Trnave, Nitre a Trenčíne. Výskum sme realizovali u študentov odboru Ošetrovateľstvo na 3 fakultách: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce v Trnave, Fakulta zdravotníctva Trenčianskej Univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva v Nitre.

U 271 študentov sme mapovali výskyt fraktúr. Zisťovali sme, či sa vyskytli zlomeniny aj u matky alebo starých rodičov daných študentov.

Kľúčové slová: Osteoporóza. Incidencia. Prevalencia. Fraktúry. Následky osteoporózy.

Abstract

The high prevalence and incidence of osteoporosis is becoming a major health and socio-economic problems. Osteoporosis and its consequences in the form of fractures have a major impact on the life of every individual. Reduction in quality of life, disability, immobility and economic burden on individuals and society are just some aspects which characterize osteoporosis as a serious problem in society. The aging population brings with it the problem osteoporózy. Older people is decreasing bone mass and thus increases the risk of fractures. Increased longevity, reduced physical activity, diet changes, as well as other factors causing civilization boost its presence. Worldwide has approximately 200 million people osteoporosis.

Emphasis should be given to prevention, primary, secondary and even tertiary to the statistical indicators relating to the issue of reducing osteoporosis. Osteoporosis as a serious disease that affects the individual and society must pay attention. It is necessary to improve information and knowledge about osteoporosis and its prevention, thus contributing to the elimination of the consequences of this disease. Early identification of risk factors, good nutritional diet and adequate physical activity in the primary prevention can contribute significantly to the fact that we the adverse consequences of "silent thief of bones" to alleviate. It is important to the adverse effects of the disease as far as possible eliminate the increased focus our attention on prevention.

The paper also publishes research carried out among students of nursing full-time in the first, second and third year in Trnava, Nitra and Trencin. Research was conducted in Department of Nursing students in three faculties: Faculty of Health and Social Work in Trnava, Faculty of Health Alexander Dubcek University in Trencin, Faculty of Social and Health Sciences in Nitra.

271 students in sme mapped the incidence of fractures. We measured whether the fracture occurred in the mother or grandparents of the students.

Key words: Osteoporosis. Incidence. Prevalence. Fractures. The consequences of osteoporosis.

Konatakt na autora:

Mgr. Karin Liptáková

karin.liptakova@truni.sk

Diabetes,a co dál ?

Jaroslava Pazderová

NsP Havířov,dětské oddělení

Cílem přednášky je seznámení s problematikou Diabetes mellitus všeobecně a získané poznatky s reakcemi samotných klientů a rodinných příslušníků,při zjištění onemocnění diabetem.

Přednáška je zaměřena na výskyt diabetu u dětí,kde se vyskytuje pouze diabetes I.typu a objevuje se u dětí v čím dál nižší věkové kategorii.Je zaměřena na reakce rodičů,jak onemocnění ovlivní život rodiny,jaké bude stravování,zvládání aplikace inzulinu,jak se zaměřit na volný čas.V současné době rodiče zajímá také finanční stránka,jak dalece budou schopni zajistit dítěti nutnou zvýšenou péči.

V přednášce zazní také informace o nových trendech léčby onemocnění,používané přístrojové techniky.

Rodičům jsou poskytnuty veškeré informace ohledně sdružení,klubů a poraden,které mohou plně využívat a v případě potřeby je kdykoliv kontaktovat.

Kontakt na autora:

Jaroslava Pazderová

jaroslava.pazderova@nsphav.cz



Liečba inzulínovou pumpou

Mgr. Jana Luljáková, PhDr. Ľudmila Matulníková, PhD.

FZaSP, Trnavská univerzita

Abstrakt:

Liečba inzulínovou pumpou je v súčasnosti rozšírenou formou liečby najmä u pacientov s diabetes mellitus I. V článku sme sa zamerali na ošetrovateľskú starostlivosť pri liečbe inzulínovou pumpou, popisujeme manažment práce sestry pri aplikácii pumpy u detí s diabetom, poukazujeme na výhody používania pumpy, špecifiká starostlivosti, ale zároveň aj na úskalía tejto liečby.

Inzulínová pumpa je zariadenie veľkosti mobilného telefónu a umožňuje kontinuálne podávanie inzulínu, podľa vopred naprogramovanej a premenlivej rýchlosti s cieľom dosiahnuť optimálne hodnoty glykémie. Inzulín je podávaný v režime bazál, ktorý je potrebný na udržanie cieľových hodnôt glykémie - bolus t.j. dávka inzulínu podaná na vyžiadanie a to prostredníctvom kanyly zavedenej do podkožia. Inzulínová pumpa umožňuje najprirodzenejší spôsob podávania inzulínu a najlepšie napodobňuje sekréciu inzulínu pankreasom. Výhodou tejto liečby je používanie jedného druhu inzulínu čím sa dosiahne pravidelnejšie strebávanie, znižuje sa riziko nežiaducej mobilizácie inzulínu počas pohybu a umožňuje dosiahnutie fyziologickejšej dynamiky substitúcie inzulínu.

Najčastejšie indikácie pre podávanie inzulínu prostredníctvom inzulínovej pumpy je neuspokojivá kompenzácia pacienta. Väčšinou ide o tzv. „dawn fenomén“ prejavujúci sa prudkými poklesmi glykémie ráno pred i po raňajkách, ale aj pri častom výskyte hypoglykémie v priebehu dňa, nočnej hypoglykémie a rezistentnej hyperglykémie pred večerou. Kontraindikácie liečby zatiaľ nie sú známe, problém však môže predstavovať nedostatočná spolupráca pacienta.

Liečbu inzulínovou pumpou môže skomplikovať reakcie v mieste vpichu kanyly čím sa mení vstrebávanie inzulínu. Tento problém možno odstrániť častejšou výmenou kanyly. Zriedkavo sa môžu vyskytnúť chyby ako zrýchlené alebo spomalené podávanie inzulínu, či upchatie kanyly.

Liečba inzulínovou pumpou by mala viesť k zlepšeniu metabolickej kompenzácie, zníženiu výskytu hypoglykémii a v poslednom rade k zaradeniu pacienta do normálneho života.

Klíčové slová: diabetes mellitus, inzulínová pumpa, starostlivosť

Kontakt na autora:

Mgr. Jana Luljaková

jana.luljakova@truni.sk



Vedení ošetrovatelské dokumentace

PhDr. Lada Cetlová, PhDr. Jaroslav Stančiak, PhD., MPH

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií, ČR

Abstrakt

Akreditace zdravotnických zařízení u Spojené akreditační komise České republiky (SAKČR) znamená, že tato zařízení splnila požadavky 74 standardů týkající se kvality a bezpečí péče o pacienta. Jednotlivé standardy se také snaží soustavně zlepšovat a systematicky snižovat množství rizik pro pacienty i zaměstnance

Standard č.19 se zaměřuje na ošetrovatelskou péči, která je poskytována metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací (Marx, Vlček, 2009, s. 28).

Termín ošetrovatelský proces poprvé použila Hallová r. 1955.

Mezi **základní** složky ošetrovatelské dokumentace patří:

- ošetrovatelská anamnéza
- ošetrovatelský screening
- plán ošetrovatelské péče
- realizace ošetrovatelského plánu
- hodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace. Spolu s lékařskou dokumentací tvoří celek, který je dokladem o léčebné a ošetrovatelské péči u konkrétního pacienta

Klíčová slova

SANATORIUM Tatranská Kotlina, n.o.

Akreditace, Ošetrovatelská péče, Ošetrovatelský proces

Úvod

Akreditace zdravotnických zařízení u Spojené akreditační komise, obecně prospěšná společnost (SAK,o.p.s) znamená, že tato zařízení splnila požadavky 74 standardů týkající se kvality a bezpečí péče o pacienta. Jednotlivé standardy se také snaží soustavně zlepšovat a systematicky snižovat množství rizik pro pacienty i zaměstnance. Standard č.19 se zaměřuje

na ošetrovateľskú péču, ktorá je poskytovaná metódou ošetrovateľského procesu doprovádzaného riadne vedenou ošetrovateľskou dokumentáciou (Marx, Vlček, 2009, s. 28).

Již v roce 1863 Florence Nightingale napsala, že zdravotnícká dokumentace by měla ukázat pacientům jak bylo naloženo s jejich finančními prostředky, kolik dobrého za tyto finanční prostředky bylo vykonáno a zda tyto prostředky nepřinesly pro ně více škody než užitku (Králová, 1874).

Ošetrovateľský proces

Termín ošetrovateľský proces poprvé použila Hallová v roce 1955. Od té doby sestry popsaly ošetrovateľský proces různými způsoby:

- Wiedenbachová (r.1963) popisuje tři kroky ošetrovateľství: pozorování, poskytnutí pomoci a přesvědčení se o výsledku
- V roce 1967 Knowlesová navrhla pět atributů ošetrovateľské praxe: odhal, zamysli se, rozhodni, udělej, zhodnoť
- Západní mezistátní komise o vyšším vzdělávání v roce 1967 uvádí pět kroků ošetrovateľského procesu: percepci, komunikaci, interpretaci, intervenci a vyhodnocení

Sdružení amerických sester ANA uveřejnilo v roce 1973 *Normy ošetrovateľské praxe* a uvedlo pět součástí ošetrovateľského procesu:

posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení.

Mnohé státy v USA postupně revidovali svojí ošetrovateľskou praxi a přizpůsobily jí těmto pěti aspektům (Kozierová, 1995, s.165).

Vedení ošetrovateľské dokumentace

Postupy při vedení ošetrovateľské dokumentace se řídí dle platných zákonných norem.

Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky o zdravotnické dokumentaci č. 385/2006 Sb. ze dne 21. 7. 2006 a jejích změn č. 479/2006 Sb. A č. 64/2007 Sb. a na základě platných zákonných norem - zákona č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu v platném znění, zákona č.285/2002 Sb. a zákona č. 25/2006 Sb.

Mezi **základní** složky ošetrovateľské dokumentace patří:

- ošetrovateľská anamnéza

- ošetřovatelský screening
- plán ošetřovatelské péče
- realizace ošetřovatelského plánu
- hodnocení ošetřovatelské péče

Další složky ošetřovatelské dokumentace může tvořit:

- záznam o bolesti - sledování a terapie
- ošetřovatelská karta péče o dekubity a defekty kůže
- záznam o polohování pacienta
- záznam fyziologických funkcí
- záznam o průběhu fyzioterapeutické péče
- záznam o sledování pacienta v průběhu omezení
- ošetřovatelská překladová zpráva
- případně další složky

Ošetřovatelská anamnéza a ošetřovatelský screening

Sestry a ostatní pracovníci nelékařských profesí získávají pozorováním pacienta a rozhovorem s pacientem nebo jeho rodinou aktuální informace, které jsou nezbytné pro zahájení ošetřovatelské péče (sestavení plánu ošetřovatelské péče). Ošetřovatelská anamnéza včetně ošetřovatelského screeningu je odebírána podle stavu pacienta nejpozději však do **8 hodin** od přijetí pacienta.

Získané informace jsou zaznamenány do tiskopisu "Ošetřovatelská anamnéza". Plán ošetřovatelské péče je sestaven nejpozději do **24 hodin** od přijetí pacienta. Kontrola ošetřovatelského plánu se provádí průběžně nejméně 1x týdně.

Realizace ošetřovatelského plánu

Do formuláře "Realizace ošetřovatelského plánu" se potvrzují provedené intervence týkající se ošetřování a rehabilitace. Nejčastější intervence jsou v tomto formuláři předtištěny a ostatní individuálně doplňovány. Provedené intervence jsou v příslušné kolonce s příslušným datem zaznamenány svislou čárkou do kolonky. Záznamy se musí provádět do dokumentace u všech pacientů jednotným způsobem. Úkony, které pacient provádí od začátku hospitalizace samostatně nebo po odstranění problému, se do tohoto formuláře nezaznamenávají.

Hodnocení ošetřovatelské péče

Hodnocení se provádí průběžně minimálně však za 12 hodin. Hodnocení se předává ústně mezi směnami. Každá směna dokumentuje stav pacienta, jeho reakce na poskytovanou péči,

léčebné/diagnostické výkony, léčbu, ošetrovatelské intervence, rehabilitaci apod. Je dokumentováno objektivně a přesně to, co bylo viděno, slyšeno a vykonáno v závislosti na péči o pacienta. Interpretace údajů mohou být zkresleny, proto se doporučuje používat citace pacientů (pacient udává: " "). Do ošetrovatelské dokumentace je třeba psát čitelně, pouze propisovací tužkou, neboť záznam musí být nesmazatelný. Pokud zdravotnický pracovník udělá chybu, opraví ji vodorovným proškrtnutím a nadepíše "chyba", podepíše se a informaci zapíše správně. Záznam provádí pouze osoba, která péči vykonává. Výkon, který zdravotnický pracovník u pacienta provedl zapíše až poté, co byl proveden. Činnosti a pozorování personálu s nižší kvalifikací se zaznamenají pouze v případě, kdy došlo k ověření, že byly vykonány a jsou pravdivé. V ošetrovatelské dokumentaci se nepoužívá značka "dtto,, a pokud se používají zkratky, tak jen ty, které jsou v daném zdravotnickém zařízení povoleny a běžně se používají.

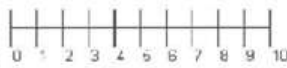
Závěr

Ošetrovatelská dokumentace je (Škrla, 2003):

- ✓ Komunikační prostředek mezi členy multidisciplinárního léčebného týmu
- ✓ Prostředek k vyhodnocení kvality ošetrovatelské péče (ošetrovatelské audity)
- ✓ Je-li správně vedena chrání ošetrovatelský personál
- ✓ Významný nástroj v ošetrovatelském výzkumu a edukaci
- ✓ Důležitá podmínka k získání akreditací
- ✓ Důležitý doklad při jednání s pojišťovnami
- ✓ Důležitý nástroj pro kontinuální zvyšování kvality ošetrovatelské péče
- ✓ Důkaz o dodržování ošetrovatelských standardů a předpisů
- ✓ Důkaz o profesionální zodpovědnosti

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace. Spolu s lékařskou dokumentací tvoří celek, který je dokladem o léčebné a ošetrovatelské péče u konkrétního pacienta. Zdravotnická dokumentace se ukládá na odděleních v místnostech (např. inspekční pokoje sester), kde je přístup ke zdravotnické dokumentaci (papírová nebo elektronická). Tyto místnosti jsou v době nepřítomnosti personálu uzamčeny. Zdravotnická dokumentace musí být po celou dobu pobytu nemocného i po ukončení pobytu ve zdravotnickém zařízení uložena tak, aby informace v ní byly chráněny v souladu s příslušnými předpisy.

Obr.č. 1 Ošetrovatelská anamnéza – část formuláře

H		OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	
PRÍJEM <input type="checkbox"/> poprvé na oddělení <input type="checkbox"/> opakovaný příjem <input type="checkbox"/> překlad odkud:		V anamnéze: DM: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> diela <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> inzuliný Hypertenze: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Alergie: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Alergen: Periferní kanyla: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO od Močový katetr: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO od	
VÝŽIVA - METABOLISMUS Dieta: Příjem potravy: <input type="checkbox"/> dostatečný <input type="checkbox"/> spíše malý <input type="checkbox"/> malý Výživa pacientky: <input type="checkbox"/> obézní <input type="checkbox"/> kachetický <input type="checkbox"/> přiměřený Příjem tekutin: <input type="checkbox"/> dostatečný <input type="checkbox"/> spíše malý <input type="checkbox"/> nablížel tekutiny Stav kůže: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> změny <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> jiné léze Lokalizace:		Jméno: Příjmení: Rodné číslo: Oddělení: Anamnézu odebrala: Dotum: Čas:	
VYLUČOVÁNÍ moči - způsob močení: <input type="checkbox"/> fyziolog. <input type="checkbox"/> katetr <input type="checkbox"/> inkontinence potíže při močení: <input type="checkbox"/> bolest <input type="checkbox"/> noční močení <input type="checkbox"/> časté močení stolice - frekvence: <input type="checkbox"/> denní <input type="checkbox"/> nepravidelná potíže při vyprázdň.: <input type="checkbox"/> bolest <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> příjem <input type="checkbox"/> zácpa Pro Gyn.-por.odd. MENSES - PM: <input type="checkbox"/> pravidelné <input type="checkbox"/> nepravidel. <input type="checkbox"/> menopauza POTÍŽE: <input type="checkbox"/> HST <input type="checkbox"/> AKP <input type="checkbox"/> krvácení <input type="checkbox"/> kontrakce Týden gravidity: Aktivita Pohybový režim: <input type="checkbox"/> volný <input type="checkbox"/> rel.klid <input type="checkbox"/> abs.klid Úroveň soběstačnosti:		SPÁNEK: Narušený: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Významný handicap Pomůcky <input type="checkbox"/> průběrný se znakem <input type="checkbox"/> ošle, šošky <input type="checkbox"/> průběrný se sluchem <input type="checkbox"/> řešovací <input type="checkbox"/> průběrný s HbÍ <input type="checkbox"/> zrcítka <input type="checkbox"/> pozycová bariera <input type="checkbox"/> hmat <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> oční <input type="checkbox"/> natahací <input type="checkbox"/> vozík Vědomí Kontakt při vědomí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bez omezení porucha vědomí <input type="checkbox"/> ztižený bezvědomí <input type="checkbox"/> nelze navázat BOLEST: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Akutní <input type="checkbox"/> Chronická  Akutní bolest 4 a více - založ záznam o bolesti	

Obr.č. 2 Ošetrovatelský screening – část formuláře

H		OŠETŘOVATELSKÝ SCREENING	
Jméno a příjmení: r.č.: oddělení:		list č.:	
Rozšířená stupnice Nortonové		Nebezpečí dekubitu vzniká při 25 bodech a méně	
Datum	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky
Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita
Mobilita	Inkontinence	Součet	
Hodnocení nutričního stavu		Posouzení aktuálního psychického stavu	
Body		A. orientace 1 0 B. emoce 1 0 C. chování 1 0	
1 Pacienta nelze změřit a zvážit - nevyplňovat 4,5,6 2 Nelze od pacienta získat informace - nevyplňovat 4,5,6 3 Věk 4 BMI		ANO NE ANO NE ANO NE	


Obr.č. 3 Plán ošetrovatelské péče – část formuláře

H		Plán ošetrovatelské péče	
Jméno a příjmení Rodné číslo		list č.:	
Datum	Oš. problém	Oš. cíl	Oš. plán
Datum uložení	Podpis		
stanovit: <input type="checkbox"/> nemoocního prostředí <input type="checkbox"/> změnit zdravot. stavu <input type="checkbox"/> operace, výkonu <input type="checkbox"/> budoucnosti	č. dg. 2. Úzkost a strach z: <input type="checkbox"/> zmírnění strachu a úzkosti <input type="checkbox"/> odstranění strachu a úzkosti	<input type="checkbox"/> promluví si s nemocným o jeho strachu/úzkosti <input type="checkbox"/> informuj nemocného o výkonech, léčebném plánu, seznam jej s novým prostředím <input type="checkbox"/> dle potřeby zajisti konzultaci s lékaři <input type="checkbox"/> vytvoř podmínky pro častý kontakt s rodinou <input type="checkbox"/> zajisti rehabilitační ošetrování (relaxace) <input type="checkbox"/> využij při komunikač prvky haptiky	

Obr.č. 4 Realizace ošetrovatelského plánu – část formuláře

Jméno a příjmení:		Realizace ošetrovatelského plánu				Oddělení:		List č.	
R.č.:									
Datum:		D	N	D	N	D	N	D	N
Ošedání hygiena	Celková toaleta na lůžku								
	Celková koupel - sprcha								
	Dopomoc při hygieně								
	Hygiená rúkny čistí								
	Péče o oči, nos a uši								
	Mytí vlasů								
	Masáž zad								
Pohybová asistancia	Polohování								
	Bariéř DK								
	Posazování na lůžku								
	Posazování mimo lůžko								
	Dopomoc při chůzi								
Výživa	Návák každodenních činností								
	Krmení								
	Sřava k lůžku a pomoc při jídle								
	NČ sondka - enterální výživa								
	Sledování bilance tekutin								

Obr.č. 5 Hodnocení ošetrovatelské péče – část formuláře

		HODNOCENÍ		Jméno, příjmení:	List č.
		všeobecná sestra, porodní asistentka		Rodné číslo:	Oddělení:
Datum/čas	Hodnocení denní/noční služby				Podpis

Použitá literatura

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

KRÁLOVÁ P.1874.*Kniha o ošetrování nemocných*. Praha: J.Otto, 1874. 187 s.ISBN neuvádí

MARX, D., VLČEK, F. 2008. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: TIGIS, 2008, 103 s. ISBN 978-80-903750-6-2.

ŠKRLA,P., ŠKROVÁ, M. 2003: *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, s. r. o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

Kontakt na autora:

PhDr. Lada Cetlová

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Katedra zdravotnických studií

Tolstého 16, Jihlava

e - mail: lcetlova@seznam.cz



Vedenie zdravotnej dokumentácie v kontexte slovenského zdravotníctva

Mgr. Ingid Krišteková, Mgr. Blanka Vaculčiaková

Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici

Prieskum historických poznámok vedenia dokumentácie

- lekárske záznamy v minulosti
- záznamy sestry v minulosti

Ošetrovateľský proces a jeho dokumentovanie

Požiadavky vyplývajúce zo zákona 576 / 2004, 578 / 2004

Odborné usmernenie MZ SR o vedení ošetrovateľskej dokumentácie č.41978 / 2005 - OO

- vývoj ošetrovateľskej dokumentácie a praktická aplikácia v podmienkach Fakultnej nemocnice F.D.Roosevelta v období 2004 - 2010

- proces prípravy tlačív, uvedenia do praxe, monitoring dokumentovania, korekcie tlačív podľa požiadaviek

personálu a praktických skúseností, systemizácia tlačív podľa požiadaviek systému manažérstva kvality,

- kontroling a vyhodnocovanie procesu zavedenia dokumentovania

- „ mapy ošetrovateľskej starostlivosti “ na jednotlivých pracoviskách / geriatRIA, traumatológia, chirurgia, gynekológia a pôrodnictvo

Nové požiadavky dokumentovania poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti po 1.1. 2010

Požiadavky vyplývajúce zo zákona 576 / 2004, 578 / 2004

Odborné usmernenie MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie č. 07594 / 2009 OZS

- proces zavedenia spoločnej zdravotnej dokumentácie v podmienkach Fakultnej nemocnice F.D.Roosevelta

- výhody, nevýhody, porovnanie s dokumentovaním ošetrovateľskej starostlivosti pred a po roku 2010

- názory sestier, názory lekárov

Skúsenosti s UDZS

- konzultačné možnosti, kooperácia

- represívne opatrenia

Ako ďalej

- inovačné návrhy - „ mapy ošetrovateľskej starostlivosti “ podľa rôznych kategórií – deficity sebaoparery, mobilný pacient, imobilný pacient, akútny pacient, chronický pacient, lekárska diagnóza, terapeutické výkony,
- zmena v organizácii práce sestry

Zdravotná dokumentácia v elektronickej podobe

výhody, nevýhody, praktické využitie, praktické problémy, PC gramotnosť zdravotníkov

Kontakt na autora:

Mgr. Ingid Krišteková

ikristekova@nspbb.sk



Streszczenie referatu „samodzielność pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej

licencjat pielęgniarstwa Beata Kamińska

Płock

Środowisko pielęgniarskie przez dziesiątki lat dążyło do osiągnięcia samodzielności zawodowej. Dążenia te znalazły odzwierciedlenie w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej. Artykuł 2 ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku mówi, iż zawód pielęgniarki i położnej jest zawodem samodzielnym.

W swoim referacie, powołując się na wyżej wymienioną ustawę oraz rozporządzenia ministra zdrowia i sytuację panującą w podstawowej opiece zdrowotnej, przedstawię możliwości osiągnięcia samodzielności zawodowej przez pielęgniarki pracujące w tych jednostkach.

Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej mają szeroki zakres kompetencji. Zobowiązane są do udzielania kompleksowych, pielęgniarskich świadczeń w środowisku podopiecznego w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki, diagnostyki, pielęgnacji, leczenia i usprawniania. Poza tymi świadczeniami rozpoznają warunki i potrzeby podopiecznych, problemy pielęgnacyjne i w oparciu o proces pielęgnowania planują i realizują plan opieki, a także oceniają skuteczność swoich działań. Ponad to realizują zlecenia lekarskie, współpracują z innymi pracownikami ochrony zdrowia i opieki społecznej, a w razie konieczności i szkołami.

Nie wszystkie jednak swe kompetencje realizują w całości. Wynika to między innym z faktu zmiany metod finansowania świadczeń pielęgniarskich, czy nadmiaru obowiązków zawodowych.

Pielęgniarki po zdobyciu wiedzy ogólnej na studiach licencjackich i magisterskich muszą cały czas pogłębiać wiedzę i doskonalić swoje umiejętności. Aby należycie realizować powierzone zadania zdobywają specjalizację, kończą kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne. Zapewnia im to wiedzę jak również samodzielność zawodową. W wielu przypadkach muszą swoje kwalifikacje podnosić we własnym zakresie, gdyż pracodawcy nie chcą dopłacać do szkoleń swoich pracowników.

Od roku 1996 pielęgniarki mają możliwość zakładania indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarskich. Jednak względy ekonomiczne, organizacyjne, monopol lobby

lekarskiego i brak odwagi do ponoszenia odpowiedzialności zawodowej powodują, że nie każdy podejmuje samodzielną praktykę.

Średnia wieku pielęgniarek pracujących w regionie Płocki wynosi 47 lat. W tym wieku niewiele osób zamienia umowę o pracę na działalność prywatną, bojąc się utraty stabilności, świadczeń socjalnych zapewnianych przez niektóre zakłady opieki zdrowotnej.

Żyjemy ciągle w poczuciu służebności głównie stosunku do lekarzy. Nieformalnie autonomię indywidualną przypisuje się tradycyjnie lekarzom. Decydowanie, także o pielęgnowaniu oddawane jest ich kompetencjom. A to jest podejście, które niewłaściwie wpływa na wizerunek pielęgniarek i ich samodzielną zawodową.

W podstawowej opiece zdrowotnej funkcjonuje niewiele samodzielnych praktyk pielęgniarskich. Pielęgniarki decydują się na kontrakty, świadcząc usługi w zakresie opieki długoterminowej, w środowisku nauczania i wychowania, czy pogotowia ratunkowego.

Należy mieć nadzieję, iż pielęgniarki osiągną stopień autonomii i samodzielności zawodowej równy przygotowaniu merytorycznemu, a priorytetem stanie się kształtowanie świadomości pielęgniarek jako menadżerów swojego zawodu.

Kontakt na autora:

Beata Kamińska

oiPIP@plocknet.pl



Praca pielęgniarki w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym

Mgr Maria Maruszak

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy NZOZ Płocki ZOZ spółka z o.o. w Płocku

Cel. Zaprezentowanie samodzielności zawodowej pielęgniarek pracujących w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym NZOZ w Płocku.

Wstęp. Pielęgniarki w sposób celowy, planowy i konsekwentny pracują na rzecz człowieka chorego i niepełnosprawnego. Wykonują swoje funkcje zawodowe towarzysząc pacjentowi i jego rodzinie w sytuacji choroby, niepełnosprawności oraz w ostatnich chwilach życia.

Wiąże się to z dużą odpowiedzialnością i samodzielnością. Praca pielęgniarki polega na holistycznym podejściu do człowieka chorego .

Opieka długoterminowa to ciągła, profesjonalna pielęgnacja , rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa staje się powszechną potrzebą osób starszych, zaś opieka krótkoterminowa stanowi jedynie uzupełnienie tej pierwszej.

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Płocku w ciągu dwóch lat rozszerzył swoją działalność o 100%. Obecnie w Zakładzie przebywa 51 pacjentów. Zakład zarządzany jest przez pielęgniarkę z wyższym wykształceniem. Współpracuje ona z całym zespołem terapeutycznym, w skład którego obecnie wchodzi: 9 pielęgniarek dyplomowanych, 10 opiekunów medycznych, 5 sanitariuszy, 2 psychologów, 4 fizjoterapeutów, 1 terapeuta zajęciowy ,oraz lekarz. Pielęgniarki dyżurne w porozumieniu z Kierownikiem podejmują bieżące decyzje odnośnie realizowanego procesu pielęgnowania. Proces leczenia konsultowany jest z lekarzem, który odwiedza pacjentów dwa razy w tygodniu .

Pielęgniarki samodzielnie leczą przewlekłe rany i odleżyny do III stopnia włącznie. Do zaopatrywania ran stosuje się specjalistyczne opatrunki mające zastosowanie zależnie od rodzaju rany w leczeniu ran z tkanką martwiczą, ropiejących oraz we wszystkich innych, w których wilgotne środowisko przyspiesza ziarninowanie. Efektywność stosowanego leczenia jest na poziomie 70 %.

W celu systematycznego podnoszenia jakości usług medycznych monitorowany jest wskaźnik powstawania odleżyn, który podlega analizie bieżącej, kwartalnej, półrocznej i rocznej. Analiza bieżąca prowadzona jest przez Kierownika Zakładu i pielęgniarki, natomiast kwartalna, półroczna i roczna z całym zespołem terapeutycznym.

Pielęgniarki wspomagają fizjoterapeutów w zapobieganiu skutkom długotrwałego unieruchomienia stosując podstawowe metody rehabilitacji.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w NZOZ w Płocku wśród 203 pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w 2009 roku. Średnia wieku wynosiła 68 lat.

Wyniki badań: Wartość wskaźnika powstawania odleżyn w 2009 roku wyniosła 0,10 tj. w ciągu roku u 21 pacjentów na 203 hospitalizowanych powstały odleżyny. 10 pacjentów zmarło w trakcie leczenia rany, zaś u siedmiu całkowicie wyleczono odleżynę. Średni czas leczenia wyniósł około 5 miesięcy,

Wnioski: Zastosowanie opatrunków nowej generacji skraca czas i skuteczność leczenia ran, oraz zmniejsza koszty leczenia. Pielęgniarki mogą samodzielnie decydować o metodach leczenia i rodzajach stosowanych opatrunków.

Kontakt na autora:

Mgr Maria Maruszak

oiqip@plocknet.pl



Rola sestry – manažérky kvality v zdravotníckom zariadení

Mgr. Janka Bartková, Mgr. Vlasta Malláková

Nemocnica Dr. Vojtecha Alexandra v Kežmarku, n. o.

Kvalita ako novodobý fenomén ľudských činností je v súčasnom systéme zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti v popredí záujmu nielen odbornej, ale aj laickej verejnosti. Aplikácia systému manažérstva kvality do praxe predstavuje v súčasnosti jednu z najväčších výziev pre zdravotnícke zariadenia - vrátane odboru ošetrovateľstva, ktoré zohráva v systéme zdravotnej starostlivosti nezastupiteľnú úlohu. V práci prezentujeme výsledky prieskumu zameraného na postoj sestier k procesu kontinuálneho udržiavania kvality v podmienkach kežmarskej nemocnice, prostredníctvom SWOT analýzy odhaľujeme silné a slabé stránky v tomto procese, analyzujeme benefit zavedeného systému manažérstva kvality pre odbor ošetrovateľstva a ponúkame návrhy a odporúčania pre prax. Na základe analýzy zozbieraných údajov potvrdzujeme, že obhájením a udržiavaním certifikátu kvality získa ošetrovateľský manažment efektívny nástroj pre trvalé zvyšovanie kvality ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová: Systém manažérstva kvality. Certifikácia. Audit. ISO. Sestra - manažérka kvality. Ošetrovateľstvo.

Kontakt na autora:

Mgr. Janka Bartková

bartkovaj@gmail.com

Badania fizykalne jako istotny element pielęgniarstwa zaawansowanego praktyki w Polsce

Ewa Czezelewska

Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa, ul. Sokołowska 161, 08-110 Siedlce, Poland

Wstęp

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) definiuje pielęgniarkę zaawansowanej praktyki jako autonomicznego, wysoko doświadczonego, wyedukowanego, wykorzystującego zasady Praktyki Opartej na Faktach (EBNP, *Evidence Base Nurse Practice*) członka zespołu terapeutycznego, który jest w stanie rozpoznać potrzeby zdrowotne oraz podjąć stosowne działania lub zaproponować pomoc odpowiedniego specjalisty. Pojęcie pielęgniarki zaawansowanej praktyki funkcjonuje w USA od 1960 roku, a w Anglii od wczesnych lat 80. XX wieku. W Polsce dopiero teraz środowisko pielęgniarstwa zainteresowane jest wdrażaniem elementów pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki i założeń EBNP w opiece nad pacjentem. Podstawowymi umiejętnościami, którymi musi się wykazać pielęgniarka zaawansowanej praktyki, jest między innymi: umiejętność przeprowadzenia całościowego badania przedmiotowego (fizykalnego) oraz wykorzystanie swojej wiedzy do postawienia diagnozy pielęgniarstwa warunkującej dalsze działania (Callaghan 2008).

Lesz i Dixon (2007) uważają, że celem badania przedmiotowego w praktyce pielęgniarstwa jest – zidentyfikowanie potrzeb zdrowotnych pacjenta i ułatwienie stawiania diagnozy pielęgniarstwa, co pozwala na dostrzeżenie odstępstw od normy. Poziom umiejętności pielęgniarstwa w badaniu przedmiotowym nie musi dorównywać umiejętnościom lekarza specjalisty. Badania fizykalne stały się nieodzownym elementem przygotowania zawodowego pielęgniarki.

Celem pracy była analiza w oparciu o literaturę i doświadczenia własne poziomu wykorzystania badań fizykalnych oraz ocena ich wpływu na rozwój pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki z perspektywy 10 lat ich wdrożenia w Polsce.

Badania fizykalne w pielęgniarskiej zaawansowanej praktyce na świecie

Obecnie wiele krajów postanawia wprowadzić do swoich systemów opieki zdrowotnej, pielęgniarki zaawansowanej praktyki (APN – *Advanced Practice Nurse*). Każde państwo ma swoje powody aby wspierać pielęgniarki w tej zaawansowanej roli. Są to względy ekonomiczne, potrzeby zdrowotne obywateli lub zmiany w systemie opieki zdrowotnej (ICN 2009). W USA już w roku 1960 wprowadzono Pielęgniarkę Praktyki (NP), kiedy odnotowano wzrost liczby pozbawionej opieki pacjentów w rolniczych gminach Stanu Kolorado. Wówczas pielęgniarki – pionierki – nie posiadały formalnego przygotowania i stosownych uprawnień do oceny stanu zdrowia i badania fizykalnego. Grupa odważnych pielęgniarek zdecydowała się na objęcie opieką dzieci, ponieważ uznały, że opieka zdrowotna nad tą populacją była niedostateczna i nieskuteczna. Kolejno, w związku z rozpoznanymi potrzebami, badaniami fizykalnymi objęto kobiety. Pielęgniarki wykonywały badania cytologiczne, rozpoznawały stany zapalne narządu rodnego i choroby weneryczne. W ten sposób opieka pielęgniarska została rozszerzona na całą rodzinę. Środowisko pielęgniarskie zrozumiało, że te umiejętności można wykorzystać również w szpitalu. Było to uzasadnione, gdyż wówczas w Ameryce w małych szpitalach lekarz przychodził tylko jeden raz dziennie. Przyszedł moment, kiedy środowisko lekarskie zaakceptowało badania fizykalne wykonywane przez pielęgniarki i położne, co spowodowało, że stały się one istotnym, szanowanym partnerem w pracy zawodowej (Blak-Kaleta 2000). W ciągu ponad 40 lat intensywnego rozwoju, APN stało się pożądaną ścieżką kariery zawodowej, a w wyniku analizy koszt-efekt uznano, że APN w znacznym stopniu poprawia dostępność do opieki. W Kanadzie w latach 60. XX wieku pojawienie się praktyki pielęgniarki było związane z zauważalnym deficytem lekarzy. Brak jednak usankcjonowania jej roli spowodowało zahamowanie procesu kształcenia, aż do zmian systemu opieki zdrowotnej, co miało miejsce dopiero w latach 90. Dzisiaj rola oraz programy kształcenia NP zostały uznane oraz wsparte przepisami we wszystkich prowincjach Kanady. W Wielkiej Brytanii Królewska Szkoła Pielęgniarstwa pod koniec lat 80. XX wieku zainicjowała kształcenie w zakresie pielęgniarki praktyki. Wzrastający popyt pacjentów na świadczenia NP i reformy publiczne ochrony zdrowia doprowadziły do uznania APN w Zjednoczonym Królestwie. W Hong Kongu od roku 1993 zaczęto rozważać potrzebę APN, kiedy środowiska ekonomiczne zaapelowały o powstrzymanie wzrastających kosztów opieki zdrowotnej pacjentów. W Hong Kongu pielęgniarka zaawansowanej praktyki APN jest znana jako pielęgniarka specjalistka (ICN 2009).

Badania fizykalne w Polsce

Tradycje praktyki pielęgniarskiej w Polsce do lat 90-tych XX wieku nie bazowały na wnioskowaniu o stanie pacjenta w oparciu o wyniki badania fizykalnego. Jednak zmieniające się warunki realizacji świadczeń pielęgniarskich wymusiły zmianę dotychczasowych stereotypów zadaniowych i tworzenie nowych obszarów wiedzy dla celów pielęgniarskiej zaawansowanej praktyki. Nowoczesna i rzetelna diagnoza pielęgniarska musi opierać się na wiarygodnych podstawach, stąd istniała konieczność wykorzystania badania przedmiotowego w praktyce pielęgniarskiej (Ślusarska i wsp. 2004). Rosnące znaczenie pielęgniarstwa we współczesnym świecie niesie także ze sobą konieczność podwyższenia jakości kształcenia, weryfikowania zdobytych informacji oraz wzbogacania o najnowsze zdobycze nauki i medycyny, treści przekazywanych studentom pielęgniarstwa oraz szkolącym się pielęgniarkom (Krajewska-Kułak i Szczepański 2008).

Regulacją prawną na mocy której, po raz pierwszy w Polsce wdrożono badania fizykalne do praktyki pielęgniarskiej było rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 roku w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie. Zapis rozporządzenia określał, że pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego świadczeń diagnostycznych obejmujących wykonywanie badań fizykalnych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa oraz badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka (Dz.U. Nr 116 poz 750 z póź. zm.). Na tym etapie wdrażanie praktyki badania fizykalnego w pielęgniarstwie nie było łatwe mimo, iż pod względem prawnym zostało ono uregulowane. Przede wszystkim nie było kadry pielęgniarskiej posiadającej wiedzę i uprawnienia do wykonywania i nauczania oceny stanu zdrowia i badania fizykalnego. W roku 1998 r. Ministerstwo Zdrowia utworzyło Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPiP), którego głównym zadaniem było zapewnienie wysokiej jakości kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w skali całego kraju. Ośrodek ten podjął konsekwentne działania zmierzające do realizacji powierzonych zadań, opracowując ramowe programy specjalizacji. W każdym programie specjalizacji dla pielęgniarek i położnych umieszczono moduł: ocena stanu zdrowia i badania fizykalne, którego realizacja przewidywała 135 godzin lekcyjnych obejmujących zajęcia teoretyczne i praktyczne. W roku 2003 zmieniono warunki i tryb szkolenia specjalizacyjnego dla pielęgniarek i moduł dotyczący badań fizykalnych obejmuje obecnie 100 godzin

dydaktycznych. Inicjatywa uruchomienia przez CKPPIp szkolenia w zakresie badania fizykalnego wynikała także z konieczności dostosowania kształcenia do wymogów Unii Europejskiej (Dyrektywa 2005/36/WE). Pierwsze dwutygodniowe szkolenie dla polskich pielęgniarek, przyszłych trenerów w zakresie oceny stanu zdrowia i badania fizykalnego, odbyło się w październiku 1999 roku i było prowadzone przez pielęgniarki amerykańskie z Uniwersytetu Hahnemanna w Filadelfii. Ukończyło je 38 pielęgniarek i położnych z całej Polski. Przygotowanie odpowiedniej liczby trenerów pozwoliło wprowadzić kaskadowe szkolenia na terenie całego kraju, a tym samym wprowadzać praktykę oceny stanu zdrowia i badania fizykalnego do specjalistycznych świadczeń pielęgniarskich i położniczych (Blak-Kaleta 2000). Podpisanie 19 czerwca 1999r. Deklaracji Bolońskiej, której zasadniczym celem była troska o jakość szkolnictwa wyższego, tak aby kwalifikacje, kompetencje i umiejętności były uznawane w obrębie całej europejskiej przestrzeni szkolnictwa wyższego, spowodowało zmiany standardów kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce, które weszły w życie na początku 2004 roku (Krajewska –Kułak 2005). Od tego roku w obowiązujących standardach nauczania studiów I° pielęgniarstwa i położnictwa zawarty jest przedmiot – badania fizykalne. Został wprowadzony po to, aby przekazać studentom wiedzę niezbędną do oceny stanu zdrowia i środowiska, w jakim funkcjonuje pacjent a także przekazać informacje umożliwiające przeprowadzenie rzetelnej diagnozy pielęgniarskiej. Zasadniczo powinno to wpłynąć na podniesienie prestiżu zawodowego pielęgniarek i położnych oraz lepszego przygotowania do pełnienia roli zawodowej. Patrząc z perspektywy 10 lat nasuwa się pytanie – Czy tak się stało?

Z badań przeprowadzonych w latach 2007-2008 przez Gorzkiewicz i Strecker (2010) wynika, że większość ankietowanych pielęgniarek (87–100%) stanowczo twierdziła że umiejętność badania przedmiotowego jest przydatna podczas wykonywania obowiązków w pracy zarówno w szpitalu, szkole, przedszkolu jak i w domu pacjenta. Innego zdania były jedynie osoby specjalizujące się w pielęgniarstwie psychiatrycznym. Niepokojący okazał się fakt, że znaczny odsetek ankietowanych (16-36%) w ogóle nie wykonuje badania przedmiotowego pracując z chorym. Dziwi także to, że pielęgniarki widzą przeszkody w wykorzystaniu umiejętności badania przedmiotowego (50-82%). Jako powód wśród personelu pracującego w szpitalu podają w kolejności: niechęć ze strony lekarzy, pacjentów oraz koleżanek, brak czasu, niedobory personelu pielęgniarskiego, a także brak dostatecznej wiedzy o badaniu przedmiotowym. Gorzkiewicz i Strecker z przeprowadzonych badań wyciągnęły wnioski iż, pomimo, że pielęgniarki dostrzegają przydatność badania

przedmiotowego w praktyce to jednak widzą wiele przeszkód natury organizacyjnej i ludzkiej. Uważają, że warunkiem pomyślnego wdrażania idei pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki jest praca w zespołach interdyscyplinarnych oraz zmiany legislacyjne w Polsce. Widzą także potrzebę prowadzenia dalszych badań nad efektywnością nauczania badania przedmiotowego dla potrzeb pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki.

Czepczarz (2010), zalicza się do pierwszych osób w Polsce, które otrzymały certyfikat trenera. Twierdzi on, że w swoich doświadczeniach nauczania badań fizykalnych często spotyka się z niechęcią pielęgniarek do wykorzystania umiejętności badań przedmiotowych w swoim miejscu pracy. Za najczęstszą przyczynę podaje brak współpracy z lekarzami i to, że pielęgniarcom na kierowniczych stanowiskach nie zależy, żeby ich personel takie umiejętności wykorzystywał w pracy. On sam uważa, że jest fanatykiem badania fizykalnego i podkreśla, że nabycie umiejętności oceny stanu zdrowia oraz badania fizykalnego i stosowanie ich w praktyce zwiększa prestiż zawodu.

Moje 19-letnie doświadczenie w praktyce pielęgniarstwa podziela wnioski i stanowiska przedstawione wyżej. Czynnikiem zdecydowanie utrudniającym pielęgniarcom wykonywanie badań fizykalnych jest brak zrozumienia i akceptacji ze strony lekarzy zwłaszcza w placówkach szpitalnych. Jako osoba nauczająca wykonywania badań fizykalnych dostrzegam duże zainteresowanie tym przedmiotem ze strony pielęgniarek uzupełniających kwalifikacje. W mojej ocenie badania fizykalne z dużym sukcesem zostały wdrożone i uregulowane w programach kształcenia pielęgniarek i położnych. Znamienny jest fakt, że w obecnej chwili tego przedmiotu uczą same pielęgniarki, wcześniej do nauczania badań fizykalnych zapraszani byli lekarze. Ukazały się także dwie książki do nauczania badania fizykalnego w pielęgniarstwie. Pierwsza pt. "Badania fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych" pod redakcją Elżbiety Krajewskiej-Kułąk i Marka Szczepańskiego, wydana w 2008 roku, która otrzymała nagrodę Ministra Zdrowia. Natomiast druga to „Badania fizykalne w pielęgniarstwie” pod redakcją Danuty Dyk, ukazała się w 2010 roku. Uważam natomiast, że wykorzystanie przez pielęgniarki umiejętności wykonywania badania przedmiotowego w praktycznym działaniu nie wygląda tak pozytywnie. Za taki stan rzeczy, w mojej opinii jest odpowiedzialny system kształcenia i wychowania pielęgniarek i położnych z przed 2004 roku. Wpajano nam pełną podległość i zależność od grupy zawodowej lekarzy. Tak silne nawyki wykonywania czynności pielęgniarstwa na zlecenie lekarskie stały się barierą do obecnie pożądanej decyzyjności i samodzielności w opiece nad pacjentem.

Podsumowanie

Proces wdrażania badania fizykalnego i pielęgniarski zaawansowanej praktyki w Polsce trwa. Z doświadczenia wiemy, że każda zmiana jest przyjmowana nieufnie i z oporem. Początkowo również w Stanach Zjednoczonych badania fizykalne nie były akceptowane. Za kolejne 10 lat i w Polsce nikt już nie powie o próbach wchodzenia pielęgniarek w kompetencje lekarzy. Mimo wielu pozytywnych zmian dotyczących funkcjonowania pielęgniarstwa w Polsce, w dalszym ciągu niektóre dziedziny wymagają legislacyjnego i organizacyjnego dostosowania do standardów europejskich. Jednym z takich obszarów jest pielęgniarstwo specjalistyczne oraz niefunkcjonująca jeszcze w pełni pielęgniarstwo zaawansowanej praktyki.

Piśmiennictwo

1. Callaghan L. Advanced nursing practice: an idea whose time has come. *J.Clin.Nurs.* 2008; 17:205-213
2. Lesa R., Dixon A. Physical assessment: implications for nurse educators and nurse practice. *Int. Nurs. Rev.* 2007; 54: 166-172.
3. The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced practice Nurse. International Council of Nurses, 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland. 2008, pp 34.
4. Blak-Kaletka A. Badanie fizykalne zgodnie z europejskimi dyrektywami i polskim zapotrzebowaniem. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej.* 2000; 4:12-13.
5. Ślusarska B. Ocena stanu zdrowia pacjenta. (W:) *Podstawy pielęgniarstwa – podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo.* (Red.) B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Tom II. Wyd. Czelej, Lublin 2004; 396-397.
6. Krajewska-Kułak E., Szczepański M. (red.) *Badania fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych.* Czelej, Lublin 2008, 563.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 roku w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie. (Dz. U. Nr 116 poz. 750 z póź. zm.)

8. Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.U. z dnia 30 września 2005 r. nr L 255/22).
9. Krajewska-Kułak E., Lewko J., Łukaszuk C. Kształcenie pielęgniarek i położnych – kamienie milowe. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2005; 10: 14.
10. Gorzkowicz B., Strecker D. Czy badanie przedmiotowe jest krokiem ku pielęgniarstwu zaawansowanej praktyki w Polsce. Problemy Pielęgniarstwa. 2010; 18: 117-123.
11. Czeczczarz J. Badanie fizykalne – pielęgniarka ze stetoskopem. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2010; 1-2: 12.

Kontakt na autora:

Dr n.med. Ewa Czeczewska

jan.czeczewski@neostrada.pl



Hygiena ústnej dutiny za sťažených podmienok

Bc. Pavla Hrtoňová

Katedra stomatológie, SZU Bratislava, SR

Významnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti je hygiena ústnej dutiny. Jej úroveň môže ovplyvniť nielen bezprostredne, ale aj dlhodobu celkový zdravotný stav jedinca. Pravidelným dodržiavaním správnych návykov ústnej hygieny sa dá predísť vzniku zubného kazu a ochoreniu ďasien, čo sú najčastejšie choroby v oblasti úst. Čistenie zubnou kefkou a pastou, dentálnou niťou a ústnou vodou sú tri kroky, ktoré odstraňujú zubný povlak a zabraňujú vzniku zápalových procesov v dutine ústnej. Zdravý človek je schopný vykonávať osobnú hygienu sám, je to jedna zo základných potrieb.

Špecifická situácia nastáva v prípade, že pacient je pre neschopnosť dodržiavať ústnu hygienu odkázaný na pomoc personálu v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach. Každodenné pravidelné čistenie chrupu, slizníc, jazyka, ošetrovanie pier, poprípade zubných náhrad, je nevyhnutné práve u ležiacich a ťažko chorých pacientov. Nevyčistené zvyšky potravy, nahromadený zubný povlak obsahujúci baktérie a mikroskopické plesne sú často príčinou nielen nepríjemného zápachu, ale aj bolestivých zápalov slizníc, chorôb jazyka, ragád pier a kútikov. Môžu byť zdrojom závažných infekcií, ktoré komplikujú a zhoršujú celkový zdravotný stav pacienta. Nazogastrická sonda, prívod kyslíka, farmakologické preparáty a dehydratácia sú ďalšie rizikové faktory, ktoré vysušujú a macerujú sliznicu v ústach. Výsledkom je dyskomfort, bolestivosť, problémy vo verbálnej a neverbálnej komunikácii. Obmedzený príjem potravy a jej spracovanie, dysfagia, problémy s dychom, strata chuti a slín majú tiež úzku súvislosť s hygienou dutiny ústnej. Iba neporušená, intaktná sliznica dutiny ústnej je spoľahlivou bariérou vôči infekcii. V sťažených podmienkach to platí dvojnásobne.

Kvalifikovaná sestra by mala na základe ošetrovateľskej anamnézy a fyzikálneho vyšetrenia vedieť zhodnotiť stav ústnej hygieny, stupeň sebestačnosti, úroveň vedomostí a rozsah pomoci venovanej pacientovi. Primeraná edukácia, názorná inštruktáž, pomoc, v prípade ťažko chorých aj vykonávanie špeciálnej starostlivosti o hygienu dutiny ústnej, patrí medzi základné povinnosti ošetrojúceho personálu.

Obsahom príspevku je priblížiť problematiku hygieny dutiny ústnej za sťažených podmienok, upozorniť nielen na súvislosť celkového a orálneho zdravia, ale aj na nutnosť pravidelne

hygienu u pacientov v duchu holistickej filozofie vykonávať. Dokonalá hygiena ústnej dutiny je aj v pokročilom štádiu choroby najlepšou prevenciou komplikácií a prispieva k stimulácii orálneho systému.

Kontakt na autora:

Bc. Pavla Hrtoňová

pavla.hrtonova@centrum.sk



Úskalí komunikace s rodiči hospitalizovaného dítěte

Bc. Jarmila Kulhánková
NsP Havířov, dětské oddělení

Ve svém krátkém příspěvku chci poukázat na některé aspekty komunikace s rodiči hospitalizovaného dítěte.

Komunikace je součástí poskytování ošetrovatelské péče od jejího zahájení při přijetí klienta až po jeho propuštění. Efektivní komunikace je základem úspěšné péče. Umožňuje klientovi snížit jeho strach, nervozitu, úzkost či napětí i vyjádřit své pocity a přání. Sestře umožňují informace získané od klienta správně vyhodnotit jeho potřeby a naplánovat ošetrovatelskou péči.

K velkým změnám dochází v posledních letech i v oblasti péče o dětského pacienta. Tak jako se dospělý pacient stává aktivním účastníkem péče o své zdraví, stávají se i rodiče nemocného dítěte partnery a spolupracovníky lékaře i ošetrovatelského personálu. V mnoha zdravotnických zařízeních je rodičům či jiným blízkým příbuzným umožněno pobývat s dítětem na oddělení během jeho hospitalizace. Stávají se tak součástí ošetrovatelského procesu, usnadňují adaptaci dítěte na neznámé prostředí, zvyšují jeho pocit bezpečí a jistoty, umožňují co nejmenší narušení zvyklostí domácího režimu.

Hospitalizace rodičů je většinou velkým přínosem nejen pro nemocné dítě, ale i pro personál. Klade však zvýšené nároky na zdravotníky především v oblasti psychické, časové a často i materiální. Většinou stísněné podmínky na oddělení, nutnost dodržování určitého režimu a řádu i vlastní onemocnění dítěte jsou pro doprovázející často stresujícím faktorem ovlivňujícím jejich chování a jednání. Zdravotnický personál musí umět ve vyhrocených situacích správně reagovat a komunikačními dovednostmi tyto situace zvládat.

Správná komunikace je nutná i při jednání s rodiči dětí, které jsou hospitalizovány samy. Také tito rodiče mohou být stresováni nemocí svého dítěte, odloučením, strachem, nejistotou, někdy i výčitkami. Jsou často nedůvěřiví a úzkostní. Vhodným přístupem, zájmem, tolerancí, empatií a správně vedeným dialogem může sestra pomoci překlenout toto pro rodiče velmi nesnadné období. Někdy se však přes veškerou snahu nedaří s rodiči

navázat spolupráci a efektivní komunikaci. Přesto musí zůstat ošetřující personál nad věcí a snažit se vzniklé problémy řešit s nadhledem, profesionalitou a ve prospěch dítěte.

Kontakt na autora:

Bc. Jarmila Kulhánková

jarmila.kulhankova@nsphav.cz



Hospitalizácia v našom zariadení očami detí

*PhDr. Andrea Zavacká, Š. Budzáková
ŠÚDTaRCH Dolný Smokovec, SK*

Abstrakt

Úvod

Hospitalizácia znamená umiestnenie a pobyt chorého dieťaťa v zdravotníckom zariadení, ktorej účelom môže byť podrobnejšie vyšetrenie, diagnostika, ale hlavne liečba, pokiaľ ju nie je možné previesť ambulantne. Adaptácia dieťaťa na nemocničné prostredie je ovplyvnená vekom dieťaťa, vzťahom rodiny k dieťaťu a jeho ochoreniu, ako aj prípravou dieťaťa na hospitalizáciu. Proces adaptácie prebieha veľmi subjektívne a v závislosti od rôznych faktorov má veľkú variabilitu.

Cieľ

Cieľom prieskumu bolo zistiť reakcie detí na hospitalizáciu.

Metodika a vzorka

Vzorku tvorí 40 hospitalizovaných detí v Šrobárovom ústave detskej tuberkulózy a respiračných chorôb v Dolnom Smokovci vo veku 12 – 18 rokov. Na získavanie informácií sme použili empirickú metódu získavania informácií – dotazník.

Výsledky

Z výsledkov prieskumu vyplýva, že deti pri prijatí do nášho zariadenia pociťovali prevažne negatívne emócie (strach, smútok). Pri adaptácii im napomáha predovšetkým milý a láskavý prístup personálu, informovanosť o všetkom čo sa bude s nimi diať, vyplnený voľný čas a možnosť častých návštev.

Diskusia a záver

Hospitalizácia spôsobuje zmeny v živote dieťaťa v rôznych oblastiach: zmena prostredia, životného rytmu, zmeny v citovom stave, jeho sociálnych interakciách, sociálnej komunikácii. Výsledky nášho prieskumu potvrdzujú, že hospitalizácia predstavuje pre dieťa emocionálnu

záťaž. Informovanosť detského pacienta, prístup personálu, jeho vedomosti z vývinovej psychológie a komunikačné zručnosti ako aj podmienky v zdravotníckych zariadeniach, môžu negatívne zmeny spôsobené hospitalizáciou aspoň čiastočne minimalizovať.

Kľúčové slová: Hospitalizácia. Dieťa. Adaptácia dieťaťa. Reakcie dieťaťa.

LITERATÚRA

BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. 2006. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2.vyd. Martin : Osveta, 2006.208 s. ISBN 80-8063-211-1.

KOVALČÍKOVÁ, N. 2004. Sociálne aspekty hospitalizácie dieťaťa.10.november 2004 [cit. 2009-03-28]. Dostupné na internete:

http://www.vop.gov.sk/files/File/Zborniky/pravadietata_2004.pdf

ZAVACKÁ, A. a kol. 2008. Hospitalizácia dieťaťa s matkou. In *Revue ošetrovatel'stva, sociálnej práce a laboratórnych techník*. 2008, ročník 14, č. 2, s. 74-76. ISSN 1335-5090

Kontakt na autora:

PhDr. Andrea Zavacká

andrea.zavacka@gmail.com



Postery

Význam edukácie v prevencii tuberkulózy

Mgr. Lukáš Kober, Doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc., Mgr. Katarína Kovalčíková

Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy

Sú dve poznámky, ktoré často počujú sestry od pacientov pri stanovení diagnózy tuberkulóza: „Och nie, čo si pomyslí moja rodina?“, a „počul som, že tuberkulóza už neexistuje“. Ľudia sú zvyčajne v šoku, keď počujú svoju diagnózu pretože veria, že tuberkulóza na nich zanechá znamenie hanby a špinu. Nie je však na to dôvod. Tuberkulóza je závažné infekčné ochorenie staré ako celé ľudské pokolenie. Baktéria *Mycobacterium tuberculosis* je silný organizmus šíriaci sa vzduchom. Keď niekto s aktívnou pľúcnou formou ochorenia kašle, kýcha, alebo sa smeje, organizmus sa šíri tzv. kvapôčkovou infekciou a práve v tom spočíva jej riziko. Ošetrovateľstvo podporuje potrebu prispôbovať sa každému pacientovi individuálne s dostatočnou flexibilitou, kreativitou a prispieť tak k úspešnosti liečby. Tá podlieha silnému vzťahu a spolupráci medzi lekárom, ktorý riadi klinický aspekt a sestrou, ktorá poskytuje rady, podporu, pomoc pacientovi, zabezpečuje kontrolu správneho užívania liekov a za aktívnej spolupráce pacienta s použitím vhodných edukačných postupov prispieva k vyliečeniu a zbaveniu sa tak tzv. „znamenia hanby“, za ktoré sa považuje tuberkulóza.

V posledných rokoch sa zvýšili požiadavky na zdravotno-výchovné pôsobenie vykonávané sestrami. Sestry realizovali edukačnú činnosť aj v minulosti, ale táto činnosť nebola riadená, kontrolovaná, dokumentovaná a často bola aj podceňovaná. Edukácia ako súčasť ošetrovateľskej starostlivosti bola nedostatočná a ani na prípravu na svoju edukačnú činnosť sestry nemali vhodné podmienky.

Sestra je jedným z významných subjektov výchovy obyvateľstva k zdraviu. Edukačnou činnosťou, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť jej pracovnej náplne, môže výrazným spôsobom prispieť k zvyšovaniu zdravotného uvedomenia. Postoje sestry patria k významným prvkom edukačnej činnosti. Očakáva sa teda, že sestra a vôbec zdravotnícki pracovníci budú svojím správaním, konaním a postojmi slúžiť ako vzor zdravého spôsobu života. Zásadu spájania

teórie s praxou porušujú zdravotnícki pracovníci najmä vtedy, keď je rozpor medzi tým, čo hovoria a čo odporúčajú a medzi tým ako sa správajú.

Predpokladom úspešného výchovného pôsobenia sestry sú aj jej osobnostné vlastnosti. Pacient sa ľahšie stotožní s radami a pokynmi sestry láskavej, trpezlivej, zodpovednej a svedomitej, než sestry netrpezlivej, nedotknuteľnej a ľahkovážnej. Takáto sestra môže u pacienta vyvolať pocit neistoty, obavy a strach.

Medzi úlohy edukácie patrí presvedčanie človeka, aby prijímal rozhodnutia zamerané na zlepšenie individuálneho a kolektívneho zdravia aj podmienok životného prostredia, aby si osvojil zdravý spôsob života a dodržiaval ho, aby rozumne a uvážene využíval zdravotnícke služby, ktoré má k dispozícii. Edukácia je dôležitým prostriedkom prevencie chorôb a úspešného liečenia chorých, predchádzania komplikáciám a recidívam, dosiahnutia čo najdokonalejšej rehabilitácie. Je súčasťou všeobecne kultúrnej osvetovej práce, pôsobí v smere uvedomelého vzťahu k svojmu zdraviu, keď starostlivosť o vlastné zdravie a zdravie iných je nie len osobnou záležitosťou každého človeka, ale i jeho spoločenskou povinnosťou.

Pri poskytovaní zdravotníckej a ošetrovateľskej starostlivosti má prioritné postavenie individuálna zdravotná výchova. Tvorí základnú formu zdravotno-výchovného pôsobenia. Maximálne rešpektuje osobitosti pacienta / klienta: vek, pohlavie, vzdelanie, kultúrnu úroveň, životné podmienky, stav choroby a podobne.

Zdravotnícky pracovník má možnosť cielene a výchovne pôsobiť na pacienta za využitia týchto foriem individuálnej zdravotnej výchovy:

1. Vysvetľovanie, pri ktorom klientovi oznamujeme: čo?, prečo?, ako? (napr. spôsob prenosu tuberkulózy, liečbu, spôsoby prevencie). Výsledkom je pochopenie zo strany chorého.
2. Presvedčanie spočíva v tom, že chorému sa predkladajú fakty tak, aby sme ho o ich správnosti a nevyhnutnosti presvedčili. Hovoríme tomu aj dosiahnutie korekcie hygienicko-návykového jednania (prestať fajčiť, nepožívať resp. obmedziť množstvo alkoholu).
3. Individuálne rozhovory s chorým a jeho rodinnými príslušníkmi, kde ide o výchovné pôsobenie zamerané na korekciu životného štýlu a hygienických opatrení v rodine.
4. Cielené poskytovanie tlačených zdravotno-výchovných materiálov (pokyny chorým, životospráva pri tuberkulóze).

Z ďalších metód môže zdravotnícky pracovník využívať skupinovú zdravotnú výchovu. Ide o výchovné pôsobenie v malej homogénnej skupine pacientov. Táto forma zdravotnej výchovy je veľmi vhodná na oddelení. (www.tuberkuloza.sk/zdravotnavychova)

Metódy tlačeného slova majú výhodu možnosti ovplyvňovať veľký počet ľudí prostredníctvom určitého textu. Ľudia, ktorí lepšie vnímajú vizuálne, alebo z rozličných zdravotných dôvodov nemôžu vnímať hovorené slovo, pochopia týmto spôsobom poskytnuté informácie skôr ako hovorené slovo. Metódy tlačeného slova sú však pracnejšie a na prípravu drahšie. Zásady využívania tejto metódy edukácie:

- text, ktorý sestra poskytne edukantovi v písomnej podobe musí poznať, aby vedela doplniť potrebné informácie,
- informačný, resp. edukačný materiál nesmie byť rozsiahly, lebo táto skutočnosť môže edukanta demotivovať a nepreštuduje si ho,
- nikdy neposkytujeme edukantovi odborný text, pretože zvyčajne edukujeme laickú verejnosť a pre laika môže byť obsah materiálu nezrozumiteľný,
- písomný informačný materiál musí byť spracovaný prehľadne a zaujímavo s využitím primeranej veľkosti písma, aby aj jeho vizuálna podoba upútala edukanta,
- metóda tlačeného slova by mala byť doplnkom edukačnej metódy hovoreného slova,
- každé zdravotnícke zariadenie má svoje špecifiká a od toho závisí aj obsahové zameranie a formálna stránka písomných edukačných materiálov. Je vhodné, aby sa na príprave edukačných materiálov pre pacientov na konkrétnom pracovisku podieľali aj sestry (kvalitne spracovaný písomný informačný materiál môže prispieť k menšej časovej náročnosti edukácie, a tým k zníženiu pracovnej záťaže sestier).

Požitá literatúra:

ČECHOVÁ, V. *Speciálni psychologie*. Brno: IDVPZ, 2001, 173 s., ISBN 80-7013-342-2

KOBER, L., SISKÁ, V. *Tuberkulóza ako stigma*. In: Zborník „Zdravie a etika“ 2009/a, Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok, s. 18 – 21, ISBN 978-80-8084-409-7

LEPIEŠOVÁ, E. a kol. *Ošetrovateľstvo v primárnej starostlivosti*. Martin: Osveta, 1997. 146 s., ISBN 80-217-0497-7.

MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatel'stve 1*. Turany: P+M, 2007. 106 s., ISBN 978-80-8084-221-5

Výchova k zdraviu a podpora zdravia. Bratislava: Metodické centrum, 2004. 149 s., ISBN 80-89171-20-6

Zdravotná výchova u chorých s TBC [online]. 2009 [citované 10. januára 2010]. Dostupné na: <http://www.tuberkuloza.sk/zdravotnavychova>

Kontakt na autora:

Mgr. Lukáš Kober

NÚTPChaHCH Vyšné Hágy

059 84 Vysoké Tatry

lukaskober@gmail.com



Dychová rehabilitácia pri respiračných chorobách v edukácii pacienta

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD., Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Hlavným cieľom dychovej terapie je spomaliť znižovanie vitálnej kapacity. Fyzioterapiou môžeme ovplyvniť mobilitu hrudníka, upevniť dýchacie svalstvo, prehĺbiť dýchanie, zabezpečiť dostatok kyslíka do pľúcneho tkaniva a uľahčiť vykašliavanie hlienu. Predpokladom pre dobrú mobilitu hrudníka sú voľne pohyblivé spoje (kĺby), a to medzi hrudnou kosťou a rebrami, rebrami a stavcami ako aj v rámci chrbtice samotnej.

Abstract

The main objective of respiratory therapy is a slow reduction in vital capacity. Physiotherapy can affect the mobility of the chest, strengthen respiratory muscles, deepen breathing, provide enough oxygen in the lung tissue and to facilitate coughing up phlegm. A prerequisite for good mobility, chest is freely movable joints (joints), between the sternum and ribs, ribs and vertebrae and within the spine itself.

Kľúčové slova: dychová rehabilitácia, dychová gymnastika, poloha, pľúcna ventilácia.

Key words: respiratory rehabilitation, brass gymnastics, location, pulmonary ventilation.

Úvod

Dychová gymnastika má veľký význam v terapii porúch dýchania, pri ochoreniach dýchacieho aparátu, pooperačných stavoch, u ležiacich pacientov. Pacient s chronickým ochorením dýchacieho ústrojenstva si musí nacvičiť a naučiť sa správnu techniku dýchania vo všetkých aktivitách denného života (vstávanie a sadanie, zdvíhanie predmetov, chôdza po schodoch, odpočinok a relaxácia).

Dychová gymnastika, nácvik dýchania

Cieľom dychovej gymnastiky je naučiť sa správne dýchať (odstrániť chyby pri dýchaní), uvoľniť sekréty, naučiť sa vykašliavať, zlepšiť fyzickú výkonnosť optimálnu pre dane štádium ochorenia, nacvičiť účelné dýchanie a tak predchádzať komplikáciám daného ochorenia.

Indikácie dychovej rehabilitácie: chronická obštrukčná choroba pľúc, bronchiálna astma, cystická fibróza, bronchiektázie, transplantácia pľúc, poruchy ventilácie pri spánku, pred operačnými výkonmi a po nich, chronická dychová nedostatočnosť iného pôvodu, akútna dychová nedostatočnosť u chorého s chronickou dychovou nedostatočnosťou, dlhodobá umelá pľúcna ventilácia, pľúcna fibróza, pneumokonióza a iné intersticiálne choroby a neuromuskulárne poruchy a choroby hrudnej steny (Palát, 1982).

Polohy v sede k nácviku správnej techniky dýchania

- a) - sed na prednej polovici stoličky
 - horné končatiny voľne položiť na kolená, príp. podopierajú hlavu
 - uvoľniť odev, pretiahnuť chrbát
 - hlavu k osi chrbta
- b) - otočiť stoličku, hrudník smeruje k opera
 - oprieť lakty o stoličku
 - narovnať chrbát (Gúth, 2005).

Návod na nácvik účelného, efektívneho dýchania

Pacient by mal dýchať pomaly, pokojne, mal by sa uvoľniť a nadýchnuť sa, ak je to možné cez zúžené nosové otvory (pomáha to vedomému nádychu nosom, zapojeniu bránice do dýchania – dostatočnému prevzdušneniu pľúc).

- a) Technika terapeutického zúženia nosných otvorov
 - zhlboka sa nadýchneme (akoby sme vdychovali vôňu kvetov),
 - ľahko stlačíme nosové otvory
 - vdychovaný vzduch nezadržiavame, necháme ho voľne vypúšťať cez takmer uzavreté pery, iba cez malú štrbinu, líca sú zľahka nafúknuté,

b) Úmyselné hlboké vdychy

- správne maximálne inšpírium 10 × za hodinu

c) Špeciálne techniky dýchania

- bránicové dýchanie
- lokalizované segmentálne dýchanie - u pacientov v pooperačnej starostlivosti sústredíme pozornosť chorého na určitú časť hrudníka, priložíme na ňu dlaň a ľahkým tlakom zdanlivo kladieme odpor inšpiračnému pohybu. Tak dosiahneme prehĺbenie ventilácie v príslušnej oblasti. Návzik dynamického dýchania má za cieľ správne zladiť pohyby horných končatín s pohybmi hrudníka (rozvinutie horných centrálnych častí pľúc pri vzpažení) (Krištůfek, 1988).

Pravidelné dychové cvičenie slúži k dosiahnutiu pocitu spokojnosti a podporuje vlastné dýchanie. Má význam nielen pre chorých, ale aj pre samotný personál:

- brušné dýchanie je účinnou masážou vnútorných orgánov, podporuje ich prekrvenie,
- hrudné dýchanie zmiernuje tlak v oblasti srdca a pľúc a aktivizuje cirkuláciu krvi,
- efektívne dýchanie pôsobí priaznivo na dokonalé prevzdušnenie pľúc, tým sa zlepšuje zásobenie kyslíkom a výsledkom je upokojenie nervového systému, uvoľnenie pri nespavosti, nepokoja, strachu a povzbudenie činností jednotlivých orgánov.

Zásady pri dychovom cvičení

- cvičenia vykonávame nie skôr ako 1 hodinu po najedení,
- vyvetráme izbu,
- podstatné je zachovanie časového odstupu od posledných vyšetrení,
- miestnosť pred cvičením musíme vyvetrať,
- pri cvičení s vyššou intenzitou je vhodné vytvorenie prestávok na oddych,
- cvičiť môžeme posediačky, ležmo alebo postojáčky,
- odstránime tesné oblečenie,
- dôležité je sledovanie subjektívnych príznakov pacienta (dýchavica, únava),
- ak nie je určené inak, chorý vdychuje a vydychuje nosom, ústa ostávajú zatvorené,
- cvičenie opakujeme 7-krát, podľa stavu chorého robíme prestávky, aby sa neunavil,
- cvičenie musí byť vhodné pre konkrétneho chorého, iba tak dosiahneme zlepšenie zdravotného stavu a pacient sa cíti spokojný (Laník,1968).

Poloha chorého

K lepšiemu prevzdušneniu a odľahčeniu určitých oddielov pľúc môžeme využiť rôzne polohy nemocného. Chorý leží na pravej alebo ľavej strane, podľa toho, ktorú stranu chceme odľahčiť, vo zvýšenej polohe, eventuálne s podopretím horných končatín o okraj postele, stôl.

a) *jednoduchá poloha vo vystretí* – poloha na boku, dolná končatina je vystretá, vrchná pokrčená, horné končatiny vo zvýšenej polohe. Výsledok je zväčšenie plochy pre dýchanie.

b) *poloha polmesiaca* – horná končatina je pokrčená a smeruje na hlavu, dolné končatiny sú vystreté šikmo k osi tela. Tak sa dosiahne rozpätie najmä hornej časti pľúc (na postihnutej strane) a umožní lepšie prevzdušniť pľúca. Túto polohu možno doplniť vibračnou masážou

c) *člnková poloha* – slúži k uvoľneniu vo zvýšenej polohe. Používame dva vankúše menej naplnené (veľkosti 20-30x80 cm). Vankúše sú položené tak, že sa krížia a vytvárajú tvar písmena V. Chorý leží tak, že vrchol je umiestnený v oblasti šije, oblasť krku je bez podloženia, pod hlavu možno dať malý vankúš. Poloha podporuje dostatočné predýchanie pľúcnych hrotov, horných oddielov pľúc. Panva a krížová kosť nie sú podložené. Poloha je vhodná aj ako profylaxia preležaním (Gúth, A., 2005).

Edukácia pacienta

Edukácia je všeobecne považovaná za nevyhnutnú zložku starostlivosti o akékoľvek chronické ochorenie. Chápeme ju ako súčasť ošetrovateľského procesu, ktorého cieľom je pôsobenie na pacienta v záujme zlepšenia kvality jeho života. Edukácia zahŕňa informácie, ktoré si má pacient osvojiť v priebehu poskytovania zdravotnej starostlivosti, informácie, ktoré má poznať pri prepustení domov alebo preložení do iného zariadenia, môže zahŕňať aj informácie o zdrojoch potrebnej starostlivosti. Edukačný plán predstavuje základnú dokumentáciu o vykonaných edukačných aktivitách edukátora a edukanta. Edukačný program je realizovaný ako edukačný proces, ktorý pozostáva z fáz – posudzovania, diagnostiky, plánovania, realizácie, vyhodnotenia (Novysedláková, Višňovská, 2009).

Súčasťou terapeutického procesu je rehabilitácia, jej hlavným cieľom je reedukácia dýchania. Voľba a kombinácia techník závisí od klinického stavu pacienta, pridružených komplikácií a od veku. Pre pacienta s chronickým alebo závažným respiračným ochorením je

charakteristické inspiračné postavenie hrudníka, typické držanie hlavy, ramien i celého tela. Respiračná fyzioterapia využíva na dosiahnutie plnohodnotného dýchania súbor techník umožňujúcich uvoľnenie hrudníka, vyčistenie dýchacích ciest, rozdýchanie nedostatočne ventilovaných častí pľúc (Kozierová, 1997).

Ošetrovateľská diagnóza: Neefektívny vzorec dýchania (00032)

Hlavný cieľ: pacient bude preukazovať vedomostí o dychovej rehabilitácii.

Ciele edukátora:

- poskytnúť informácie o dychovej rehabilitácii a jej význame,
- poskytnúť informácie o indikáciách dychovej rehabilitácie,
- poskytnúť informácie o cieľoch dychovej rehabilitácie,
- poskytnúť informácie o technikách dychových cvičení,
- poskytnúť informácie o zásadách pri dychových cvičení.

Ciele pre pacienta:

Afektívne

- pacient prejavuje záujem oboznámiť sa s dychovou rehabilitáciou,
- pacient verbalizuje presvedčenie o potrebe oboznámenia sa s dychovou, rehabilitáciou, významom, indikáciách, cieľoch, technikách, zásadách,
- pacient preukazuje pozitívny postoj k edukácii a ochotu spolupracovať.

Kognitívne

- pacient preukáže vedomosti o dychovej rehabilitácii,
- pacient popisuje význam dychovej rehabilitácie,
- pacient pozná indikácie dychovej rehabilitácie,
- pacient pozná ciele dychovej rehabilitácie,
- pacient popisuje zásady pri dychových cvičeniach.

Psychomotorické

- pacient sa aktívne zúčastňuje edukácie
- pacient praktizuje nadobudnuté vedomostí
- pacient demonštruje techniky dychových cvičení
- pacient pravidelne praktizuje techniky dychových cvičení
- pacient spolupracuje s lekárom.

Pri **vyhodnotení edukačného procesu** by mali **byť** ciele edukačného procesu splnené.

Pacient by mal verbalizovať presvedčenie oboznámiť sa s dychovou rehabilitáciou, popisovať význam dychovej rehabilitácie, poznať indikácie dychovej rehabilitácie, poznať ciele dychovej rehabilitácie, popísať zásady pri dychových cvičeniach a techniky dychových cvičení.

Záver

Choroby dýchacích orgánov, ale aj iné ochorenia sú takmer vždy spojené so zmenami a poruchami dýchania. Medzi orgánmi hrudníka a brucha a dýchacími pohybmi sú úzke nervovoreflexné vzťahy a preto postihnutie jednotlivých orgánov môže ovplyvňovať dýchacie pohyby hrudníka. Pri dýchacej gymnastike používame dýchacie zamerané na odstránenie alebo kompenzovanie chybných dýchacích funkcií podmienených chorobným procesom. Táto činnosť sa nazýva ja reedukácia dýchania a jej úlohou je nácvik fyziologicky správneho dýchania.

Použitá literatúra:

6. GÚTH, A. et al.: *Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov*. Bratislava: Liečreh Gúth, 2005. 470 s. ISBN 80-88932-16-5
7. KOZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovateľstvo I , II*. 2. slov. vyd. Martin : Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
8. KRIŠTÚFEK, P. et al. *Funkcia dýchania v laboratórnej a klinickej praxi*. Martin: Osveta, 1988, 360 s. FDV 70-088-88
9. LÁNIK, V. et al. *Liečebná telesná výchova a rehabilitácia II*. Ružomberok: Obzor, 1968. 424 s. ISBN 65-053-68
10. NOVYSEDLÁKOVÁ, M., VIŠŇOVSKÁ, D.: Edukácia v ošetrovateľstve. In: Veda a výskum v zrkadle času: Zborník referátov z medzinárodnej vedeckej konferencie Inštitút Juraja Páleša v Levoči. Ružomberok: PF KU, 2009. s. 344 – 349. ISBN 978 – 80 – 8084 - 417 – 2.
11. PALÁT, M. *Dýchacia gymnastika*. Martin : Osveta, 1982. 263 s. ISBN 70-051-82

Kontaktná adresa:

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

Pacient s obštrukčnou chorobou pľúc a jeho edukácia

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD., Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) je v súčasnej dobe jednou z najčastejších príčin mortality a chronickej morbidity. Možno predpokladať ďalšie zvýšenie jej prevalence, mortality a ekonomických následkov. K výraznému zlepšeniu možností liečby prispieva aj edukácia pacienta. Starostlivosť o pacientov s týmto ochorením je náročná. Ochorenie vo svojom počiatkovom štádiu pacienta len obťažuje, v pokročilom štádiu mu už nedovoľuje vykonávať bežné úkony bez obmedzenia. Edukácia pacienta predstavuje zmenu postoja k vlastnému zdraviu, ochotu, záujem a spoluprácu pacienta pri získavaní nových vedomostí a zručností. Zdravotnícka starostlivosť o pacienta musí byť orientovaná na pochopenie podstaty ochorenia, príčiny jeho vzniku, princípy liečby, na poskytnutie rady a pomoci pri zvládaní choroby a jej komplikácií.

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is currently one of the biggest causes of mortality and chronic morbidity. One may anticipate a further increase in its prevalence, mortality and economic consequences. A significant improvement in treatment options and helps education of the patient. Caring for patients with this disease is difficult. The disease in its early stage patients only intrudes, an advanced stage longer allowed him to perform routine tasks without any restrictions. Education of the patient constitutes a change of attitude to their own health, willingness and cooperation of the patient's interest in acquiring new knowledge and skills. Health care for the patient must be focused on understanding the disease, its root cause, treatment principles, to provide advice and assistance in coping with the disease and its complications.

Kľúčové slová: Chronická obštrukčná choroba pľúc. Edukácia. Edukačný program.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease. Education. Educational program.

Vlastný text

Chronická obštrukčná choroba pľúc svojim charakterom patrí medzi tie chronické ochorenia dýchacieho systému, ktorých medicínska a ekonomická dôležitosť je určená dlhodobým priebehom, postupným znižovaním pracovnej schopnosti, končiacej predčasnou invaliditou v produktívnom období života a nakoniec predčasnou smrťou následkom vzniknutých komplikácií (Bajan, 1983). CHOCHP predstavuje skupinu ochorení s pomaly progredujúcou, prevažne iverzibilnou obštrukciou dýchacích ciest. Je invalidizujúcim a smrteľným ochorením a predstavuje závažný civilizačný problém. Jeho hlavnou príčinou je narastajúca spotreba cigariet, ktorých produkty vedú k liečebne ťažko ovplyvniteľnej choroby, ktorej trend výskytu a mortality narastá (Krištúfek, 2000).

Pacient musí byť poučený aj o prvých príznakoch infekcie dýchacích ciest, aby mohol včas vyhľadať lekára a vyhol sa tak komplikáciám. Je potrebné, aby sa chorý snažil o zachovanie určitého stupňa fyzickej námahy napriek postupu ochorenia. Je to možné dosiahnuť aj pravidelnými prechádzkami, keďže mnohí pacienti ani nie sú schopní silnejšej námahy.

V stravovaní sa odporúča hlavne vyvážená strava so zvýšeným prívodom vitamínov. Súčasne je treba dohliadnuť aj na udržiavanie odporúčanej telesnej hmotnosti. Toto ochorenie je sprevádzané väčšou spotrebou kalórií pre nadmernú dychovú prácu, ktorú musia uskutočňovať dýchacie svaly. U jedinca s nedostatočným prívodom tekutín sa v dýchacích cestách tvorí hustý hlien, ktorý prilieha na steny priedušiek a spôsobuje dráždivý kašeľ s dýchavicou.

Voda, aj vo forme čajov, je najlepším liekom na vykašliavanie, preto je potrebné poučiť pacienta, aby ju denne prijímal v dostatočných množstvách.

Účinné sú aj dychové cvičenia, hlavne cvičenia hrudného a brušného svalstva, ktorých cieľom je zlepšiť dychovú prácu. Existujú rehabilitačné programy pre ťažkých pacientov (nie sú schopní prakticky žiadneho pohybu bez okamžitého pocitu únavy), najmä vo vekovej skupine do 60 rokov s cieľom zlepšiť kvalitu ich života. Zmiernenie ťažkosti sa dá dosiahnuť aj zmenou klímy a kúpeľnými procedúrami (Krištúfek, 2002 - 2).

Záver

Vďaka novým liekom je liečba chorých s CHOCHP úspešnejšia, efektívnejšia a hlavne môže prebiehať aj v ambulantných podmienkach. V súčasnosti je jej liečba riadená

medzinárodnými a národnými odporúčaniami, ale nie je možné vo všeobecnosti len nimi riešiť všetky konkrétne prípady, s ktorými sa lekári stretávajú vo svojej praxi. Pri liečbe väčšinou nie sú problémy, ak je ochorenie stabilizované.

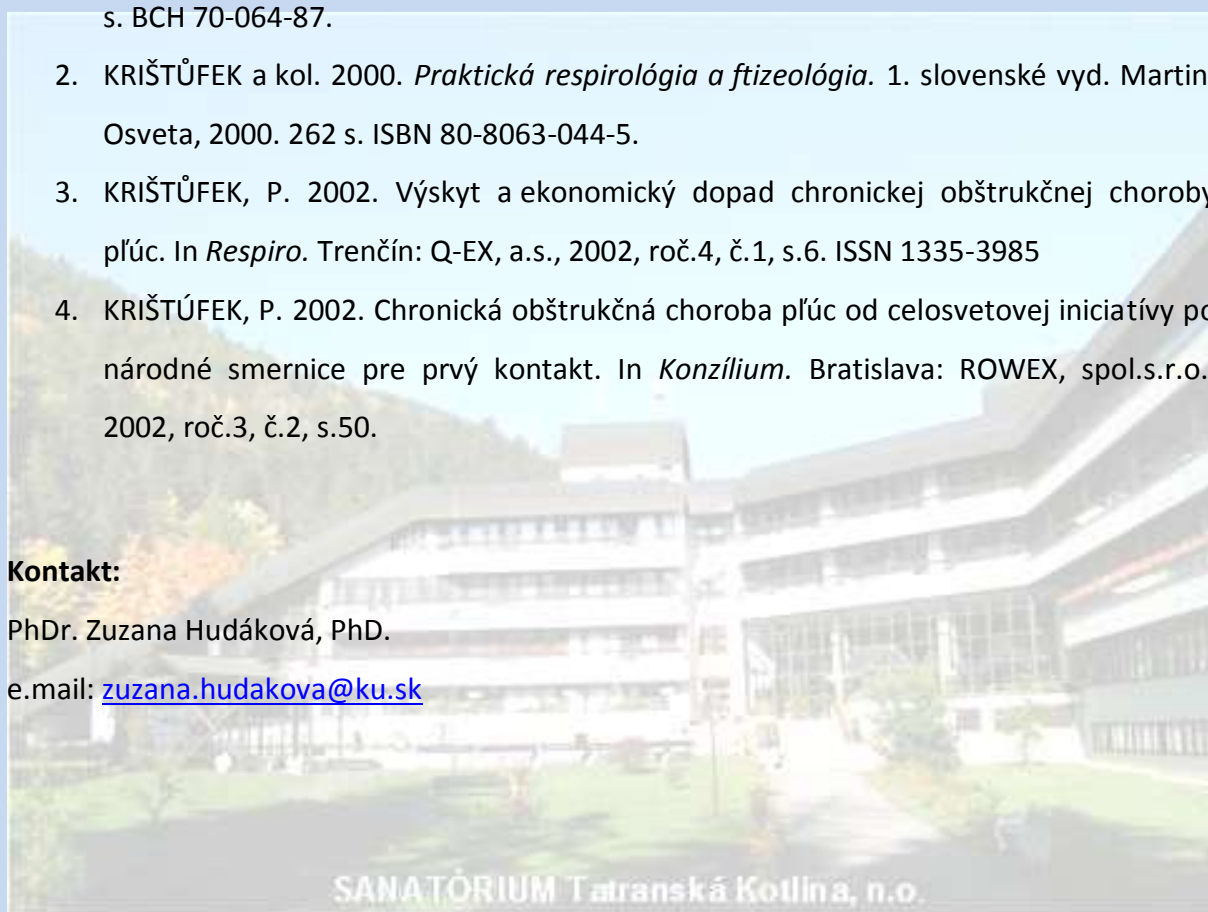
Použitá literatúra:

1. BAJAN, A. 1983. *Bronchitis chronica*. 2. prepracované vyd. Martin: Osveta, 1983. 203 s. BCH 70-064-87.
2. KRIŠTÚFEK a kol. 2000. *Praktická respirológia a ftizeológia*. 1. slovenské vyd. Martin: Osveta, 2000. 262 s. ISBN 80-8063-044-5.
3. KRIŠTÚFEK, P. 2002. Výskyt a ekonomický dopad chronickej obštrukčnej choroby pľúc. In *Respiro*. Trenčín: Q-EX, a.s., 2002, roč.4, č.1, s.6. ISSN 1335-3985
4. KRIŠTÚFEK, P. 2002. Chronická obštrukčná choroba pľúc od celosvetovej iniciatívy po národné smernice pre prvý kontakt. In *Konzílium*. Bratislava: ROWEX, spol.s.r.o., 2002, roč.3, č.2, s.50.

Kontakt:

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

e.mail: zuzana.hudakova@ku.sk



Speleoterapia na Slovensku

*PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.¹, Mgr. Danka Halečková², Fakulta zdravotníctva KU
Ružomberok¹, Sanatórium Tatranská Kotlina n.o.²*

Abstrakt

Speleoterapia je klimatická liečba využívajúca mikroklimu jaskyne. Predstavuje liečebnú metódu, ktorá využíva priaznivý vplyv prostredia jaskýň, rudných štôl a solných baní na zdravotný stav ľudí trpiacich predovšetkým ochoreniami dýchacieho systému. Tvorí neoddeliteľnú súčasť komplexného manažmentu napríklad u pacientov s prieduškovou astmou. Mikroklimy jednotlivých jaskýň sa líšia najmä svojou teplotou, vlhkosťou, prúdením vzduchu, ionizáciou, obsahom látok v jaskynnom aerosóle s výskytom organických látok a alergénov. Na rozdiel od iných spôsobov klimatoterapie, pri tomto spôsobe sa využívajú mikroklimatické podmienky, ktoré sa vyskytujú v jaskyni.

Abstract

Speleotherapy is climate therapy using the cave microclimate. Represents a therapeutic method that uses the positive influence of environment caves ore and table salt domes on the health of people suffering from particular diseases of the respiratory system. It forms an integral part of the comprehensive management of such patients with bronchial asthma. Microclimate of individual caves vary in particular its temperature, humidity, air flow, ionization, containing substances in the cave with the presence of aerosol organic pollutants and allergens in contrast to other methods climatotherapy in this method is used microclimate conditions that occur in the cave.

Kľúčové slová: klimatická liečba, jaskyňa, speleoterapia, respiračné choroby.

Keywords: climate therapy, cave, speleotherapy, respiratory disease.

Úvod

Blahodarný vplyv jaskynného ovzdušia na ochorenia dýchacích orgánov poznali už starí Rimania. Zo záznamov „medikusov“ z 15. storočia sa dozvedáme, že baníci trpiaci záduchom udávali zlepšenie dýchania v soľných baniach Wieliczky, dokonca i v baniach na striebro v Oberzeiringu v Rakúsku. Empirické začiatky speleoterapie ako ľudovej medicíny pochádzajú z Horného Uhorska, teda Slovenska – územia s mimoriadne veľkým počtom krasových jaskýň. Od polovice 20. storočia sa výskumu ovzdušia v jaskyniach venuje čoraz väčšia pozornosť. Sú známe jeho priaznivé účinky na chronické a alergické ochorenia dýchacích orgánov. Rodí sa nová efektívna liečebná metóda týchto ochorení – speleoterapia.

Moderná speleoterapia sa začala najskôr formovať v Nemecku v 50-tych rokoch minulého storočia. Stavala na poznatkoch z pobytu chorých ľudí v jaskyniach počas druhej svetovej vojny. Práve jedna z najlepšie preskúmaných - Jaskyňa Klutert a prof. Dr. Spannagel priniesli základné exaktné poznatky a štúdie o účinkoch speleoterapie na prieduškovú astmu dospelých a detí.

Speleoterapia na Slovensku

V podmienkach Slovenska sa na speleoterapiu využívajú prírodné krasové jaskyne. Podmienkou a zárukou úspešnosti liečby v jaskyniach je speleo-aerosól – ovzdušie s jemno dispergovanými zložkami tuhého a kvapalného skupenstva. Navyše, špecifická mikroklíma jaskýň je málo ovplyvniteľná a v prípade zmien sa rýchlo regeneruje a vracia do pôvodného stavu. Jaskynné aerosóly majú vzhľadom na zloženie disperzného skupenstva veľmi priaznivé účinky na dýchacie orgány, ale aj na povrchové časti tela. Obsahujú vysoký podiel kvapalného skupenstva, v ktorom sa v podobe rozpustných solí nachádzajú niektoré prvky. Sú to prevažne kalcium, magnézium, železo, menej mangán a niekedy aj kálium a natrium. Takéto zloženie spôsobuje vysokú alkalitu prostredia. Obsah kalcia a magnézia v aerosóloch je v porovnaní s ostatnými prvkami z hľadiska speleoterapie veľmi dôležitý. Každá jaskyňa má svoje špecifiká a uchováva si ich zastúpenie v určitom pomere. Zaujímavou a nie zanedbateľnou zložkou jaskynného aerosólu sú aj prijateľné hladiny rozpadových produktov radónu. Pri porovnaní nameraných hodnôt sledovaných prvkov z tuhého skupenstva jaskynného aerosólu s platnými hygienickými normami zisťujeme, že sú oveľa nižšie a teda jaskynné prostredie je prakticky bezprašné a sterilné. To znamená bez choroboplodných zárodkov, prachu, peľu a iných alergénov.

Na úpätí Belianskych Tatier sa nachádza **Belianska jaskyňa**, jediná sprístupnená na území Tatranského národného parku. V nej sa od roku 1991 realizujú speleoklimatické pobyty, na základe dohody medzi Správou slovenských jaskýň a Sanatóriom Tatranská Kotlina n.o. V Národnom parku Nízke Tatry sa na speleoklimatické pobyty využívajú dve jaskyne: Bystrianska a Demänovská jaskyňa Slobody (Lucinkiewicz, 1997, s. 18). Od roku 1995 doteraz na klimatické pobyty slúžia vyčlenené priestory Jasovskej jaskyne v Slovenskom krase (Juhász, Kimáková, Bernasovská, 2006, s. 1-2). Celoročná priemerná teplota v jaskyni je 5-6 °C, relatívna vlhkosť vzduchu dosahuje 97 %. Pacienti absolvujú 45-minútové dychové cvičenie v Belianskej jaskyni pod vedením fyzioterapeuta štyrikrát v týždni (utorok až piatok). Procedúru ordinuje lekár pri vstupnom vyšetrení pacienta .

Speleoterapia v Belianskej jaskyni sa začala od roku 1991. Vhodnosť Belianskej jaskyne na speleoterapiu potvrdila expertízna správa vypracovaná RNDr. Bobrom z Ústavu geotechniky Slovenskej akadémie vied. Z nameraných parametrov charakterizujúcich vhodnosť jaskynného prostredia Belianskej jaskyne je potrebné zdôrazniť, že priemerná teplota v jaskyni je 5-6 °C, relatívna vlhkosť vzduchu dosahuje 97 %, žiadne peľové zrná, veľmi čisté prostredie – nameraná prašnosť 15-20 µg.m⁻³. Veľkosť častíc je približne stabilná 0,8-0,9 µm a respirabilný podiel okolo 20 %, organický podiel 0,46 %, má vysoký obsah vápnika, horčíka, sterilné, nehybné prostredie, bez alergénov vonkajšieho prostredia (Historické materiály Sanatória Tatranská Kotlina n.o., 2003). Dychové cvičenia v Belianskej jaskyni sú indikované najmä pacientom s bronchiálnou astmou a zmiešanou astmou (priedušková astma, alergická nádcha a obštrukčná chronická bronchitída). Pri týchto diagnózach je najvýraznejší pozitívny efekt. Pre pacientov s peľovou alergiou je pobyt v jaskyni v peľovej sezóne azylom a jediným miestom, kde sú bez nepríjemných prejavov alergie.

V roku 2007 sa uskutočnilo 2440 vstupov pacientov sanatória do Belianskej jaskyne. Najväčšia návštevnosť býva v jarných a letných mesiacoch. Je ovplyvnená nielen kumuláciou polinotikov (pacienti s alergickou nádchou) v tomto období, ale aj tým, že pacienti sú schopní zvládnuť výstup ku Belianskej jaskyni. (Historické materiály Sanatória Tatranská Kotlina n.o., 2008).

Účinky speleoterapie na kvalitu života detí s respiračnými ochoreniami

Slovensko bolo jednou z krajín, kde sa začal komplexný medicínsky a geofyzikálny výskum jaskýň (Koperová, 2000, s. 3). Jaskyňa Bystrá vzbudila veľký záujem nielen

u speleológov, ale aj u lekárov. Na svetovom pediatrickom kongrese v Jeruzaleme prezentovali Prof. MUDr. Svetozár Dluholucký, CSc. a alergologička MUDr. Viera Rajčanová na posteroch výsledky speleoterapie ako liečebnej metódy chronických a alergických ochorení dýchacích ciest (Luptáková, 1997, s. 38). Speleoterapia v liečbe alergických a iných respiračných ochorení u detí má nielen zdravotný, ale aj zodpovedajúci ekonomický efekt (Dluholucký, et. al., 2003, s. 351).

Na Slovensku žije vyše 180-tisíc pacientov s diagnózou alergie, astmy či chronického zápalového ochorenia dolných dýchacích ciest. Vo všeobecnosti platí, že 80 % astmatických a alergických detí aj v dospelosti naďalej trpí týmito ochoreniami. Po desiatich rokoch z detí, ktoré jedenkrát absolvovali jaskynnú liečbu, je to už iba 24 % (Dluholucký, 2008, s. 118). Speleoterapia je inhalačná liečba a jaskyňa je prirodzené inhalatórium s protizápalovým účinkom na sliznice dýchacích ciest. Je to istá forma otužovania, zvyšujúca odolnosť voči nachladieniu. Pacienti sú po speleoterapii menej náchylní na infekcie, ich chorobnosť sa znižuje a výrazne klesá spotreba antibiotík. Speleoterapia pomohla už tisíckam najmä detských pacientov s chronickými a alergickými ochoreniami dýchacích orgánov.

Záver

Jaskynná liečba vo svete sa využíva v podstatne širšom rozsahu. Využíva sa aj pri iných ako respiračných ochoreniach, napr. na liečbu obezity a porúch látkovej výmeny sa využíva horúca jaskyňa Grotta Giusti pri Montecatini Terme v Taliansku, reumatické kĺbové ochorenia sa liečia zasa v „horúcej“ a radónovej bani kúpeľov Bad Gastein v Rakúsku. Krasové jaskyne – ktoré sú u nás dominantné – sú najoptimálnejšou variantov na choroby dýchacích orgánov a astmu. Medzi nevýhody speleoterapie môžeme rátať predovšetkým jej dostupnosť, čiže obmedzený počet vhodných jaskýň alebo baní. Speleoterapia pomohla už tisíckam pacientov s chronickými opakovanými a alergickými ochoreniami dýchacích orgánov, ale aj inými ochoreniami.

Literatúra:

1. DLUHOLUCKÝ, S., et al. 2003. Efektivita speleoterapie u vybraných respiračných alergických ochorení detí hodnotená analýzou nákladov zdravotnej poisťovne. In: Česko-slovenská pediatrie, 2003, roč. 58, č. 6, s. 351. ISSN 0069-2328.

2. DLUHOLUCKÝ, S. 2008. *Speleoterapia*. In: Bedeker zdravia, 2008, ročník IV, číslo 4, s. 116-119. ISSN 1337-2734.
3. HISTÓRIA SANATÓRIA TATRANSKÁ KOTLINA, n. o., 2003. *Archívne materiály Sanatória Tatranská Kotlina n. o., 2003*. Interné materiály
4. HISTÓRIA SANATÓRIA TATRANSKÁ KOTLINA, n. o., 2008. *Archívne materiály Sanatória Tatranská Kotlina n. o., 2008*. Interné materiály
5. JUHÁSZ, J. – KIMÁKOVÁ, T. – BERNASOVSKÁ, K.: *Speleoterapia respiračných ochorení detí. Liečba prostredím?* [online]. 4. december 2008. [citované 2006-08-28]. Dostupné na internete: http://www.ped.muni.cz/z21/2006/konference_2006/sbornik_2006/pdf/086.pdf.
6. KOPEROVÁ, E. 2000. *Blahodárne účinky jaskýň*. In: Pravda. Roč. 10, č. 231, 7.10.2000, s. 3.
7. LUCINKIEWICZ, A.: *Jaskyne a speleoklimatické pobyty*. In: *Národné Parky*, roč. I, č. 4, 1997, s. 18. ISSN 1335-230X.
8. LUPTÁKOVÁ, V., 1997. *Liečebňa v podzemnej ríši*. In: Slovensko, 1997, roč. 21, č. 4, s. 38. ISSN 0231-7303.

Kontaktné adresy:

PhDr. Zuzana Hudáková

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

SANATÓRIUM Tatranská Kotlina, n.o.

Mgr. Danko Halečková

Sanatórium Tatranská Kotlina n.o.

e-mail: haleckova@gmail.com

Edukácia rodičov dieťaťa s astmou bronchiale

Blágová, B. Andrejkovičová, Z., Galambošiová, Z.

Poliklinika ProCare a.s., Košice

Abstrakt:

Priedušková astma patrí celosvetovo k najčastejším chronickým pľúcnyim ochoreniam detí. Na Slovensku postihuje približne 50 000 detí a mladých ľudí ročne. Neliečená astma vedie u významnej časti pacientov k závažnému poklesu pľúcnych funkcií a k obmedzeniu celého radu športových a sociálnych aktivít. Našťastie liečba astmy zaznamenala v posledných rokoch veľký pokrok, a tak sa pomocou nových liekov darí u väčšiny astmatikov zvládať ochorenie bez nevyhnutnosti opakovane ich hospitalizovať.

Cieľom našej práce je edukovať rodičov dieťaťa s astmou bronchiale. Výsledkom práce je vypracovaný edukačný proces, ktorý zahŕňa štyri edukačné stretnutia, počas ktorých sa rodičia a deti učia základné informácie o bronchiálnej astme, jej príčinách, príznakoch, liečbe a technikách inhalácie liečiv. Vhodnou edukáciou rodičov a ich dieťaťa s astmou bronchiale môžeme dosiahnuť pozitívne výsledky v liečbe daného ochorenia.

Kľúčové slová:

Dieťa. Edukácia. Astma bronchiale. Edukačný proces. Inhalácia.

Abstract:

Asthma Bronchiale belongs to the Children most frequent chronic pulmonary disease in the World. About 50 000 children and young people per year are recourse just in Slovakia. Asthma without treatment leads to serious decrease of lung function in considerable amount of patients and consequently to the limitation of whole range of their sport and social activities. Fortunately, Asthma treatment recorded huge progress during last years. With new medicaments help the Disease treatment is thriving at most of Asthmatics without repeated need of hospitalization. Target of the Work: Educational Process for parents with Asthma Bronchiale children. Result of the Work: Elaborated educational process covering four educational meetings where parents and children are taught basic information about Asthma Bronchiale and its cause, first signs and treatments and techniques of medicaments

inhalation. With suitable education of the parents and their children with Asthma bronchiale we can reach positive results in given disease treatment.

Key Words:

Children. Education. Asthma Bronchiale. Education process. Inhalation.

Úvod:

Pribúdanie počtu chronicky chorých pacientov má ďalekosiahly dôsledok na zdravotnú starostlivosť ako aj na zmenu zdravotníckej a sociálnej politiky. Z charakteru chronických chorôb vyplýva, že majú dlhé trvanie a sú zväčša nevyliciteľné. Chronické ochorenia v detskom veku významne ovplyvňujú nielen kvalitu ale aj kvalitu života dieťaťa a jeho rodiny. Astma je chronické ochorenie, ktoré sa vďaka medicínskemu pokroku, dá spoľahlivo kontrolovať a to až do takej miery, že astmatici sú v každom ohľade rovnocenní so zdravými ľuďmi. Ak astmatik dobre spolupracuje s lekárom pri liečbe – a to hlavne dodržiavaním všetkých zásad, správnym užívaním liekov a stálym kontrolovaním svojej choroby, môže žiť aktívnym a plnohodnotným životom. A preto edukáciu treba chápať ako neodmysliteľnú súčasť a základný predpoklad intenzívnej liečby. Aby liečebný efekt bol čo najväčší, je nutná permanentná edukácia pacienta a jeho rodičov s cieľom zapojiť ich do ošetrovacieho tímu. Edukácia astmatikov predstavuje prostriedky k zlepšeniu zdravotného stavu, k redukcii alebo predchádzaniu komplikácii astmy bronchiale.

EDUKÁCIA - je činnosť pri ktorej sa nejaký subjekt učí za účasti druhého, ktorý vyučuje.

Význam edukácie - edukácia je nevyhnutnou súčasťou liečby chorých s obštrukčnou ventilačnou poruchou. Každé ochorenie si vyžaduje svoj vlastný špecifický edukačný program.

BRONCHIÁLNA ASTMA

Bronchiálna astma je chronické zápalové ochorenie tkaniva dýchacích ciest, ktoré sa prejavuje reverzibilnou (alebo parciálne reverzibilnou) bronchiálnou obštrukciou, bronchiálnou hyperreaktivitou na rôzne stimuly a vznikom histopatologických zmien.

Príčiny astmy :

alergény, inhalačné (pele, prach, cigaretový dym, srst' zvierat, perie...), potravinové, fyzická námaha, bronchitída (zápal priedušiek), gastroezofagiálny reflux, stres, studený vzduch, zápalové ochorenia (zápal prínosových dutín, bronchitída), lieky - Beta-blokátory (propranolol), Aspirín, nesteroidné antiflogistiká (ibuprofén), emocionálny stres

Hlavné príznaky astmy :

- *piskavý dych* – objavuje sa ako reakcia na špecifický podnet (spúšťač) alebo bez zjavného dôvodu môže, alebo nemusí byť sprevádzaný dušnosťou.

- *dušnosť* – nedostatok vzduchu býva sprevádzaným piskavým dychom alebo kašľom, ale môže sa vyskytovať aj samostatne.

- *kašeľ* – príznakom astmy môže byť suchý kašeľ, alebo kašeľ s vykašliavaním hlienu

- *tlak na hrudi* – ide o častý príznak astmy.

Diagnostika bronchiálnej astmy:

- podrobná anamnéza
- objektívne fyzikálne vyšetrenia
- funkčné vyšetrenia dýchacích ciest
- imuno – alergologická a laboratórna diagnostika.
- ďalšie vyšetrenia v súčasnosti s odborníkmi z oblasti pneumológie - RTG hrudníka, ušno – nosno – krčnej, kardiológie a gastroenterológie.

Priebeh a prognózu pri astme totiž najvýznamnejšie ovplyvňuje osobitný druh zápalu postihujúceho priedušky astmatického pacienta. Tento zápal podporuje bronchiálnu

hyperreaktivitu, t.j. chorobne zvýšenú náchylnosť na bronchospazmus. Čo je ale podstatné – ak je tento zápal neliečený, má za následok **remodelovanie**, t.j. chorobnú prestavbu štruktúry priedušiek. Toto remodelovanie napokon môže vyústiť až do nezvratných zmien znižujúcich kvalitu života, obmedzujúcich až invalidizujúcich postihnutého astmatika, resp. skracujúcich život.

Stupne astmy sú :

1. stupeň : Ľahká občasná astma
2. stupeň : Ľahká pretrvávajúca astma

3. stupeň : Stredne ťažká pretrvávajúca astma

4. stupeň : Ťažká pretrvávajúca astma

Kroky pri liečbe astmy :

- jednoduché pravidlá zostavené lekármi a sestrami starajúcimi sa o chorých s astmou, majú za cieľ aby pacient užíval potrebný liek vždy len v najnižšej dávke nutnej k zvládnutiu príznakov astmy.

1.krok – použije inhalátor s bronchodilatačným liekom.

2.krok – použije inhaláciu preventívneho lieku v nízkej dávke.

3.krok – použije inhaláciu preventívneho lieku vo vyššej dávke a zväžia prídanie dlhodobopôsobiacich bronchodilatačných liekov.

4.krok – liečba sa dopĺňa rôznymi ďalšími liekmi vrátane bronchodilatačných preparátov podávaných pomocou nebulizátorov.

5.krok – pridáme pravidelné užívanie kortikoidov v tabletkách.

EDUKAČNÝ PLÁN RODIČOV DIEŤAŤA S BRONCHIÁLNOU ASTMOU

Téma : bronchiálna (priedušková) astma

Metóda edukácie : rozhovor, diskusia

Forma edukácie : individuálna

Pomôcky : papier, pero; informačné letáky; obrázky pľúc a priedušiek

Miesto edukácie : edukačná miestnosť

Časové trvanie : 4 x 30 minút

Téma 1.stretnutia : čo je priedušková astma, čo ju spôsobuje, príznaky astmy, čo sa deje v dýchacích cestách pri astme

Téma 2.stretnutia : stupne astmy, čo je PEF a jeho monitorovanie, denník astmatika

Téma 3.stretnutia : vstrebávanie účinnej látky v organizme pri inhalácii, správna technika inhalácie inhalačných liekov v jednotlivých formách

Téma 4.stretnutia : možnosti liečby astmy, liečebná rehabilitácia a dychová gymnastika.

Prvé edukačné stretnutie

Téma : čo je priedušková astma, čo ju spôsobuje, príznaky astmy, čo sa deje v dýchacích cestách pri astme.

Časové trvanie : 30 minút

Ciele edukácie :

- kognitívny
 - rodič vysvetlí, čo je priedušková astma a čo ju spôsobuje.
 - rodič vymenuje príznaky astmy.
 - rodič popíše, čo sa deje v dýchacích cestách pri astme.
- behaviorálny
 - rodič si uvedomí význam informácií o prieduškovej astme aktívne spolupracuje so zdravotníckym tímom pri liečebnom postupe u jeho dieťaťa.

Motivačná fáza : V súčasnosti je týmto ochorením postihnutých asi 10% ľudí - detí i dospelých. Dnešný výskum a vývoj však priniesol mnohé skutočne prevratné poznatky, ktoré umožnili nové liečebné postupy a významne tak zvýšili kvalitu života astmatikov. Ak astmatik dobre spolupracuje s lekárom pri liečbe - a to hlavne dodržiavaním všetkých zásad, správnym užívaním liekov a kontrolovaním svojej choroby, môže žiť aktívnym a plnohodnotným životom.

Expozičná fáza : zameriava sa na poskytnutie informácií o prieduškovej astme

Čo je priedušková astma:

- priedušková astma je chronické zápalové ochorenie dýchacích ciest. Často sa vyskytuje u tých, ktorí trpia alergickými ochoreniami, ale aj u tých, ktorí mali v detstve časté problémy s prieduškami alebo majú chronický zápal dutín.
- jednoznačná odpoveď na to, čo spôsobuje astmu, zatiaľ neexistuje. Neustále sa zhoršujúce životné prostredie je jednou z príčin a priťažujúcich faktorov. Zvýšené riziko vzniku astmy je u tých ľudí, ktorých rodičia mali astmu alebo iné alergické ochorenie - alergickú nádchu a ekzém. Príčinou astmy sú teda vrodené predpoklady spolu so zhoršeným životným prostredím.

- niektoré látky a okolnosti v prostredí spôsobujú astmatický záchvat. Takéto látky nazývame spúšťače. Najčastejšími vonkajšími spúšťačmi sú : peľ, vírusy, niektoré lieky, prach, chemické látky (konzervačné látky, farbivá, hnojivá...), textílie, roztoče, spreje, dráždivé vône, perie, cigaretový dym, chladný vzduch, niektoré potraviny, dym z ohňa, plesne, zvieratá. Príčinou ťažkostí alebo ich zvýraznenia môže byť aj prechladnutie, infekcie, telesná námaha, stres, emocionálne napätie.
- Príznaky astmy: astmatický záchvat spôsobuje opuch sliznice, zúženie priedušiek a zvýšenú tvorbu hlienu. Najčastejšie príznaky astmy sú : dýchavica (pocit ťažkého dýchania), záchvat kašľa, piskoty. Astmatické ťažkosti sa prejavujú najčastejšie v noci a nad ránom, ale môžu sa vyskytovať kedykoľvek.
- Čo sa deje v dýchacích cestách pri astme: dýchacími cestami prichádza do pľúc vzduch, aby mohol okysličiť krv. Vyzerajú ako rozvetvený strom, kde priedušky sú ako vetvičky. Priedušky zdravého človeka alebo astmatika pod kontrolou sú priechodné a vzduch nimi prechádza bez prekážok. Keď nie je astma pod kontrolou, priedušky sa zúžia, opuchnú a tvorí sa nadmerné množstvo hlienu. Príčinou ťažkostí astmatika je to, že stiahnuté priedušky bránia prúdeniu vzduchu pri dýchaní a telo dostáva menej kyslíka. Dýchanie je ťažké, s piskotmi, chorý znesie menšiu telesnú námahu. Na hrudi cítite tieseň. V horšom prípade prichádza astmatický záchvat, ktorý môže byť pri nesprávnej okamžitej reakcii veľmi nebezpečný a v kritických situáciách, ak nie je poskytnutá lekárska pomoc, môže skončiť aj smrťou.

Fixačná fáza : zopakovanie najdôležitejších informácií o prieduškovvej astme, diskusia o tomto ochorení.

Overovacia a hodnotiacia fáza : zhodnotenie efektívnosti edukácie rodičov sestrou prostredníctvom kontrolných otázok.

Kontrolné otázky :

1. Čo je priedušková astma?
2. Vymenujte najčastejšie vonkajšie spúšťače astmy.
3. Aké sú najčastejšie príznaky astmy?
4. Čo sa deje v prieduškách pri astme?
5. Aké sú príčiny vzniku astmy?

Druhé edukačné stretnutie

Téma : stupne astmy, čo je PEF a jeho monitorovanie, denník astmatika.

Časové trvanie : 30 minút

Ciele edukácie :

- kognitívny

- rodič vymenuje stupne astmy
- rodič vysvetlí čo je PEF a jeho využitie
- rodič popíše techniku monitorovania PEF
- rodič pozná význam vedenia denníka astmatika

- behaviorálny

- rodič prejavuje aktívny záujem o informácie ako kontrolovať ochorenie (p.astmu) u svojho dieťaťa.

Motivačná fáza : krátke zopakovanie vedomostí z predchádzajúceho stretnutia, pochvala za nadobudnuté vedomosti, povzbudenie na získavanie ďalších informácií.

Expozičná fáza : edukácia o stupňoch astmy, čo je PEF a jeho monitorovanie, vedenie denníka astmatika .

- Stupne astmy : podľa výskytu ťažkostí, liečby a funkčnosti dýchacích ciest astmu rozdeľujeme do 4 stupňov :

1. stupeň - ľahká občasná astma
2. stupeň - ľahká pretrvávajúca astma
3. stupeň - stredne ťažká pretrvávajúca astma
4. stupeň - ťažká pretrvávajúca astma

- Základným predpokladom správnej liečby astmy je objektívne hodnotenie a spoľahlivá kontrola. Stav a fungovanie dýchacích ciest sa môže kontrolovať veľmi jednoducho pomocou výdychomera. Pravidelné denné sledovanie poskytne informáciu o tom, v akom stave sú dýchacie cesty.

- Merá sa - najvyššia rýchlosť prúdu vzduchu pri výdychu = PEF (medzinárodná skratka). Na vyšetrenie sa používa jednoduchý plastický výdychomer. Je plne hrađený zdravotnými poisťovňami a môže ho predpísať lekár. Hodnota PEF a jej denné kolísanie slúži na ohodnotenie stupňa astmy a určenie najlepšieho spôsobu liečby. Zníženie hodnôt PEF a zvýraznenie denného kolísania signalizuje možný rozvoj astmatického stavu už o niekoľko hodín skôr, ako nastane. Okamžitým inhalovaním alebo užitím lieku a odstránením spúšťačov z okolia sa môže záchvatu úplne predísť alebo podstatne zmierniť jeho priebeh.
- Pri vyšetrení PEF sa porovnáva okamžitá zmeraná hodnota s osobnou normou.

Osobná norma je najvyššia a teda najlepšia hodnota PEF vtedy, keď sa cíti dobre – v období mimo záchvatov za posledné 3 roky. Pokiaľ sa monitoruje kratšie obdobie, je jeho osobná norma najlepšou hodnotou, ktorú dosiahol v období, v ktorom sa sledovalo. Cieľom je usmerniť ochorenie tak, aby hodnota PEF bola trvale najmenej 80% z osobnej normy.

- Monitorovanie PEF: hodnoty PEF v priebehu dňa kolíšu, preto ich treba kontrolovať najmenej 2x denne vždy v rovnakú hodinu. Najlepšie je merať PEF pri prebudení sa a o 12 hodín neskôr. V noci sa vyšetrenie robí len ak sa astmatik zobudí na ťažkosti -kašeľ, ťažké dýchanie. Je veľmi dôležité monitorovanie pri akomkoľvek zhoršení stavu.
- Význam vedenia denníka astmatika: pri návšteve lekára z denníka astmatika, lekár získa informácie o priebehu ochorenia za obdobie medzi návštevami. Na základe týchto informácií môže lekár lepšie navrhnúť spôsob liečby presne taký, aký si vyžaduje stav. Domáce monitorovanie by mal robiť každý astmatik starší ako 5 rokov, ktorý pravidelne užíva lieky. Deťom pri monitorovaní pomáhajú rodičia.

SANATORIUM Tatranská Kotlina, n.o.

Fixačná fáza : krátke zopakovanie nových informácií, diskusia o nejasnostiach a otázkach rodiča na danú tému.

Overovacia a hodnotiacia fáza : kontrolné otázky a pochvala za nadobudnuté vedomosti.

Kontrolné otázky :

1. Vymenujte stupne astmy.
2. Čo je PEF a načo sa používa?
3. Ako často kontrolujeme hodnoty PEF za deň?

4. Popíšte techniku monitorovania PEF.
5. Aký význam má vedenie denníka astmatika?

Tretie edukačné stretnutie

Téma : vstrebávanie účinnej látky v organizme pri inhalácii, správna technika inhalácie inhalačných liekov v jednotlivých formách.

Časové trvanie : 30 minút

Ciele edukácie :

- kognitívny

- rodič popíše vstrebávanie účinnej látky v organizme pri inhalácii
- rodič popíše techniku inhalácie inhalačného lieku v aerosólovej forme.
- rodič popíše techniku inhalácie inhalačného lieku v práškovej forme.
- rodič popíše techniku inhalácie pomocou nebulizácie.

- behaviorálny

- rodič prejavuje aktívny záujem o správnu techniku inhalácie jednotlivých foriem inhalačných liekov.

Motivačná fáza : krátke zopakovanie vedomostí z predchádzajúcich stretnutí, pochvala za nadobudnuté vedomosti, povzbudenie na získavanie ďalších informácií.

Expozičná fáza : zameriava sa na edukáciu o správnej technike inhalácie jednotlivých foriem inhalačných liekov.

- Vstrebávanie účinnej látky v organizme: pri inhalácii sa len 20% účinnej látky dostane do pľúc; zvyšných 80% sa zväčša prehltnie - časť sa vylúči stolicou a časť sa vstrebe v črevách. Najmenej vedľajších účinkov majú tie lieky, ktoré sa v črevách najmenej vstrebávajú, alebo sa menia na látky, ktoré prejdú telom bez účinku.
- Spolupráca pri správnej technike inhalácie je základom dobrej a účinnej liečby. Správnu techniku inhalácie treba dobre natrénovať.
- Inhalačné lieky sú v troch formách: v aerosólovej forme, v práškovej forme, v inhalačných roztokoch.

Aerosólová forma:

- funguje ako sprej - účinná látka je poháňaná hnacím plynom. Dávkovací systém pri stlačení uvoľní potrebné množstvo látky. Zriedkavo pociťovaný pocit chladu môže byť pri inhalácii trochu nepríjemný, ale treba ho prekonať. Aby bola inhalácia aerosólových foriem lieku účinná, treba používať správnu inhalačnú techniku. Nesprávnou inhaláciou stráca astmatik 50-70% dávky, ktorá uniká do okolia. Je dôležité, aby účinná látka nezostávala vo väčšom množstve v ústnej dutine, lebo pri liečbe inhalačnými kortikosteroidmi by mohlo dôjsť k vzniku múčnatky-bieleho povlaku v ústach (plesen úst).

- technika inhalácie – podrobne popísaná a ilustrovaná v edukačnom liste pre rodiča

Práškové formy:

- sú vhodné aj pre deti a starších ľudí, pretože ich inhalácia je jednoduchšia. Po uvoľnení prášku z obalu sa liek niekoľkými vdychmi vdýchne. Niektoré práškové formy liekov majú sladkastú príchuť, ktorá informuje pacienta pri inhalácii, či má ešte v prístrojčeku inhalačnú látku. Prístrojček vyčistíte aspoň 1x týždenne.
- Práškové inhalačné systémy - podrobne popísaná a ilustrovaná v edukačnom liste pre rodiča.

Inhalácia pomocou nebulizácie:

- inhalácia pomocou nebulizačných prístrojov je najjednoduchšia a nevyžaduje žiadnu výnimočnú inhalačnú techniku. Prístroj rozptýli liek do okolitého vzduchu v ľubovoľnej dávke. Na správnu inhaláciu stačí pokojné dýchanie. Prístroje sú menšie, prenosné a voľne dostupné. Využívajú sa na zvládnutie záchvatov astmy v domácich a nemocničných podmienkach. Sú jedinou možnou inhalačnou formou pre nespolupracujúcich pacientov a tých, ktorí nezvládnu inhaláciu aerosólov a práškových foriem.

Fixačná fáza : krátke zopakovanie nových informácií o technike inhalácie, diskusia o nejasnostiach, nácvik správnej techniky.

Overovacia a hodnotiacia fáza : kontrolné otázky a pochvala za nadobudnuté vedomosti a zručnosti.

Kontrolné otázky :

1. Koľko % účinnej látky sa pri inhalácii dostane do pľúc?
2. Aké formy inhalačných liekov poznáme?
3. Popíšte techniku inhalácie aerosólovej formy lieku.
4. Popíšte techniku inhalácie práškovej formy lieku.
5. Popíšte techniku inhalácie pomocou nebulizácie.

Štvrté edukačné stretnutie

Téma : možnosti liečby astmy, liečebná rehabilitácia a dychová gymnastika.

Časové trvanie : 30 minút

Ciele edukácie :

- kognitívny
 - rodič vymenuje skupiny liekov na liečbu astmy.
 - rodič vymenuje možnosti nefarmakologickej liečby.
 - rodič popíše techniku dychovej gymnastiky.
- behaviorálny
 - rodič prejavuje aktívny záujem o nové informácie v oblasti liečby a techniku dychovej gymnastiky.

Motivačná fáza : krátke zopakovanie poznatkov z predchádzajúcich stretnutí, pochvala za nadobudnuté vedomosti, povzbudenie na získavanie nových informácií.

Expozičná fáza : edukácia o možnostiach liečby astmy, liečebnej rehabilitácii a techniky dychovej gymnastiky.

Astma sa lieči dvoma spôsobmi, ktoré musia ísť spoločne – ruka v ruke. Je to :

1. nefarmakologická liečba - liečba bez liekov; patrí tu dodržiavanie zásad života astmatika, odstránenie spúšťačov, liečebná rehabilitácia - dýchacie cvičenia a samozrejme klimatická liečba (pobyt v horách, pri mori...)

2. farmakologická liečba - liečba pomocou liekov. Lieky na liečbu astmy rozdeľujeme do dvoch skupín - kontrolóry, ktoré sa užívajú pravidelne a uvoľňovače, ktoré sa užívajú pri ťažkostiach a astmatickom záchvate.

Možnosti nefarmakologickej liečby :

1. pozitívny prístup astmatika - prvým krokom k úspešnej liečbe astmy je pozitívny prístup a maximálna spolupráca.
2. odstránenie spúšťačov z okolia - prítomnosť niektorých látok, ročné obdobie a jeho duševný a telesný stav významne ovplyvňujú priebeh ochorenia a výskyt ťažkostí .
3. prispôsobenie miesta bydliska - astmatikom s ťažším stupňom ochorenia sa odporúča presťahovať do oblastí s vyššou vlhkosťou vzduchu a so zdravším ovzduším.
4. liečebná rehabilitácia a dychová gymnastika - neoddeliteľnou súčasťou liečby je aj pohybová liečba predovšetkým dychová gymnastika a celková športová aktivita. Veľmi vhodné sú všetky zimné športy, vodné športy a turistika. Rehabilitácia je neoddeliteľnou zložkou komplexnej liečby pri chorobách hrudníka. Zavedenie dychovej gymnastiky si vyžaduje aktívnu spoluprácu astmatika s odborným lekárom a fyzioterapeutom. Dychová gymnastika je systém cvičení zameraných na dýchanie, najmä na rytmus a hĺbku dychu. Dychová gymnastika by sa mala stať každodennou súčasťou života astmatika. Pravidelným cvičením sa zníži počet astmatických záchvatov, spotreba liekov a zlepší sa fyzický a duševný stav. Dychová gymnastika posilňuje dýchacie svaly a nacvičuje bránicové dýchanie, ktoré je veľmi dôležité počas astmatického záchvatu. Vtedy je hrudník takmer nepohyblivý a pohyby bránice sú veľmi obmedzené. Medzi cvičeniami treba relaxovať, to znamená uvoľniť celé telo a myseľ. Počas cvičenia je potrebné vdychovať a vydychovať vždy nosom. Cviky zamerané na vdych, na výdych, na hrudníkové svalstvo a chrbticu a cviky pre deti sú uvedené názorne v edukačnom liste pre rodiča.
5. klimatická liečba - najstaršia metóda liečby ochorenia dýchacích ciest, ale stále veľmi účinná. Vo vysokohorských a prímorských podmienkach sa astmatici cítia lepšie - je to vďaka nadmorskej výške, čistejšiemu ovzdušiu a vhodnej vlhkosti vzduchu.

Farmakologická liečba :

1. kontrolóry - kontrolujú priebeh astmy a musia sa preto užívať pravidelne, majú protizápalový účinok; patria tu:

- chromoglykát sodný: INTAL
- nedochromil sodný: TILADE
- antileukotriény (tablety): SINGULAIR

Sú to lieky, ktoré na určitej úrovni blokujú vývoj astmy. Ich výhodou je, že inhalačné lieky z tejto skupiny nemajú prakticky žiadne vedľajšie účinky. Nevýhodou je, že neúčinkujú, alebo nedostatočne účinkujú u stredne ťažkých, alebo u ťažkých foriem astmy.

- Kortikosteroidy : najúčinnnejšie protizápalové lieky proti astme; pri pravidelnom a dlhodobom podávaní chránia priedušky pred poškodením;

systemové (tabletky, inj.) - Hydrocortison, Prednison, Triamcinolon, Medrol, a iné
 inhalačné - Aldecin, Auxilison, Becotide, Beclazone, Becloforte, Beclomet,
 Beclomet forte, Becodisks, Bronilide, Flixotide, Pulmicort

2. uvoľňovače - používajú sa na zvládnutie ťažkostí (dýchavica, kašeľ, piskoty) alebo astmatického záchvatu; používajú sa podľa potreby, avšak ich použitie by nemalo byť viac ako 3-4x denne.

- najrýchlejšie inhalačné uvoľňovače : Berotec, Bricanyl, Salamol, Ventolin, Ventodisks, Berodual, Atrovent
- ostatné uvoľňovače : Adrenalin, Afonilum, Aminomal, Aminophyllinum, Alupent, Astmopent, Contraspasmin, Euphyllin, Euphyllong, Lon-Termin, Pharophyllin, Spiropent, Spophyllin, Syntophyllin, Teotard, Theo-Dur, Theoplus, Uni-Dur, Volmax

Správne poradie inhalačných liekov - uvoľňovače rozťahujú priedušky, pre správnu liečbu je podstatné, aby sa protizápalové lieky dostali do čo najmenších priedušiek, preto inhalácia protizápalových liekov by mala nasledovať 3-5 minút po inhalácii uvoľňovačov; zvýši sa účinnosť liečby a zmiernia sa ťažkosti.

Fixačná fáza : krátke zopakovanie nových informácií, diskusia o nejasnostiach a otázkach rodiča.

Overovacia a hodnotiacia fáza : kontrolné otázky a pochvala za nadobudnuté vedomosti.

Kontrolné otázky :

1. Ako možno liečiť astmu?

2. Čo sú to kontrolóry ako pôsobia?
3. Čo sú to uvoľňovače ako pôsobia?
4. Vymenujte možnosti nefarmakologickej liečby astmy.
5. Popíšte dychovú gymnastiku.

Záver :

Kvalitu života detí s astmou bronchiale najviac ovplyvňuje prežívanie bezmocnosti a strachu pri dýchacích ťažkostiach dieťaťa ako aj obáv o budúcnosť dieťaťa. Výsledky poukazujú na dôležitosť psychosociálnej opory zameranej na zvládanie symptómov ochorenia v edukácii rodičov detí trpiacich astmou bronchiale. Cieľom zdravotníckeho tímu pri liečbe astmy je zachovanie absolútnej kvality života pacienta, aby mohol plnohodnotne žiť. To sa dá dosiahnuť, ak je astmatik správne a vhodne edukovaný o svojom ochorení, možnostiach liečby a technikách inhalácie liečiv.

Použitá literatúra:

PRUŽINEC P., HOCHMUTH L., KOŠTURIÁK R., 2006. *Manažment bronchiálnej astmy*.

Publikácia pripravená v spolupráci s Katedrou klinickej imunológie a alergológie SZU a spoločnosťou AstraZeneca. Inštitút zdravia 2006. 41s., ISBN 80-968491-8-2.

ČIŽNÁR P., *Kontrola astmy u detí*. 2009. In *Alergia, Astma a my*. ISSN 1337 – 6667, . roč. IV., č.1/ 2009, s.7 – 9.

AYRES J. *Informace a rady lékaře, Astma*, 1 vydanie, Praha: Grada 2001, 96 strán, ISBN 80 – 247-0091-3

Pneumo – Alergo centrum. Bronchiálna astma. (Vyhľadané 18.01.2010) . Dostupné na

<http://www.pouzp.cz/text/cs/vplyv-ochorenia-na-zivot-rodicov-dietata-s-astmou>

SCHMIDTOVÁ, A., 2004. *Asthma bronchiale*. In *Sestra*. ISSN 1335 – 9444, 2004, roč.III., č.4, S. 28 – 29

EGRYOVÁ, M. , 2004., *Dýchanie a dychová rehabilitácia*. In *Sestra*. ISSN 1335 – 9444, 2004, roč. III., č.4, s. 33 – 35.

Kontaktná adresa autora:

Bibiána Blágová, Komenského 2137/45, Trebišov, 075 01

Príprava pacienta na bronchoskopické vyšetrenie - úlohy sestry

Júlia Sisková, dipl. s.

Vz z a.s. Vysokošpecializovaný ústav pre pľúcne choroby, Nová Polianka, Vysoké Tatry

Úvod: Úlohy sestry pri bronchoskopickom vyšetrení môžeme rozdeliť do 3 etáp:

1. Pred vyšetrením: a/poučenie pacienta

b/príprava pacienta/alergie, vitálne funkcie, zubná protéza/

2. Počas vyšetrenia: a/asistencia lekárovi

b/sledovanie pacienta/podpora dotykom, slovom/

3. Po vyšetrení: a/monitorovanie vitálnych funkcií, polohovanie

b/kontrola vzhľadu vykašlaného spúta

Zameranie posteru: Povinnosťou nás sestier je pripraviť pacienta na vyšetrenie a vnímať ho ako biopsychosomatickú jednotku. V každom z nás drieme červík neistoty a strachu pred neznámym, preto je táto práca venovaná prvej etape časti poučenie. Buďme empatický a vcíťme sa do pozície pacienta, ktorý nemá žiadnu predstavu o vyšetrení. Lekár mu oznámi: "Urobíme Vám bronchoskopiu, nebojte sa nebolí to, je to jednoduché vyšetrenie."

Počas mojej praxe som vytypovala približne tri reakcie zo strany pacienta:

1. Oznámenie lekárom mu stačí a odovzdane čaká čo sa s ním bude diať
2. nespí má obavy, vypytuje sa spolupacientov – laikov a strach narastá
3. vyšetrenie v zárodku odmietne – neznáme plodí strach.

Na základe týchto poznatkov som vypracovala manuál s informáciami pre pacienta, kde apelujem na dôležitosť jeho spolupráce. Hneď po oznámení o vyšetrení pacient dostáva do rúk manuál, prečíta si ho sám, alebo v spolupráci so sestrou a nejasnosti sa hneď prekonzultujú.

Manuál: Vážená pani, vážený pán,

čaká vás nenáročné, nebolestivé vyšetrenie pod názvom fibrobronchoskopia. Toto vyšetrenie umožní lekárovi prezrieť vaše priedušky – fibroskopom = je to tenká ohybná "hadička", ktorou prebiehajú optické vlákna. Vaša spolupráca pri vyšetrení je veľmi dôležitá a záleží na nej dobrý priebeh vyšetrenia. Verím, že keď budete vedieť čo vás čaká budete sa vedieť lepšie pripraviť.

Teraz Vám popíšem priebeh vyšetrenia.

Pred vyš.bude vaše posledné jedlo večera. Ráno nebude jesť ani piť.30 min.pred vyš.vám príde sestrička pichnúť injekciu.Po injekcií budete mať sucho v ústach, injekcia pôsobí aj utlmujúco, preto už ostanete ležať na lôžku. Rannú toaletu si urobte ešte pred podaním injekcie..Vyšetrenie sa robí prevažne v sede, počas celého vyšetrenia dýchajte plynulé otvorenými ústami,každé zadržanie dychu u vás navodí pocit na vracanie. Lekár vám nakvapká do hrdla roztok na znecitlivenie a zavedie fibroskop. Pri pocite dráždenia na kašeľ na pár sekúnd zadržte dych a plytko vydychnite. Po vyšetrení nesmiete 2 hod. jesť a piť. 5.min pred vyšetrením príde pre vás sestrička, ktorá vás odvezie na vozíčku na samotné vyšetrenie.

Vyšetrenie sa robí prevažne v sede. Počas celého vyšetrenia si budete dýchať ústami. Dýchať musíte plynulo, pretože každé zadržanie dychu u vás zapríčiní pocit na vracanie, a preto ešte raz plynule neprerušované dýchanie ústami je veľmi dôležité. Lekár vám nakvapká do oblasti hrdla roztok na znecitlivenie a zavedie fibroskop. Prípadný pocit dráždenia na kašeľ počas vyšetrenia sa dá potlačiť rýchlim zadržaním dychu a miernym tlakom ruky na brucho. Počas celého vyšetrenia vám budeme podávať potrebné pokyny.

Po ukončení vyšetrenia príde pre vás sestra, ktorá vás odvezie na vozíku na vašu izbu. Po vyšetrení nesmiete 2 hodiny jesť a piť, budete spať. V deň vyšetrenia sa vyvarujte väčšej telesnej námahy – oddychujte.

Na všetky Vaše otázky vám radi odpovieme.

Ďakujeme,váš ošetrojúci personál

Záver: S týmto manuálom pracujeme v našom zariadení niekoľko rokov, a preto môžeme porovnávať. Spokojnosť pacientov a plynulý priebeh vyšetrenia je pre nás odmenou. Týmto chcem poukázať na skutočnosť, že je nutné vnímať pacienta ako celok a nabádať ho k spolupráci, čo vedie k obojstrannej spokojnosti a spokojný pacient je naša vizitka.

Kľúčové slová: Poučený pacient - pripravený pacient - plynulé vyšetrenie - spokojný pacient, naša vizitka.

Kontakt na autora:

Júlia Sisková, dipl. s.

julsis@post.sk

Managment opatrení po styku s pacientom s aktívnou TBC na operačnej sále

*Mgr. Mária Kubová, Bc. Elena Mališová, Mgr. Slávka Páteková
Banská Bystrica*

KAZUISTIKA

ABSTRAKT:

Na ORL oddelenie prijatý 19. ročný pacient s komplikovanou zlomeninou nosa k operačnému riešeniu. Prevedený výkon, na 3. den pacient prepustený domov. U pacienta po výkone pretrvávajú febrility aj napriek ATB liečbe. Odoslaný na pľúcnu ambulanciu a následne hospitalizácia. Po kompletom vyšetrení zistená u pac. aktívna TBC, pacient preložený do NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy. Následne kontaktovaný personál, ktorý bol v bezprostrednom kontakte s pacientom. Prevedené nevyhnutné opatrenia (RTG, Mtx, pľúcne vyšetrenie). Zdôraznenie nutnosti dodržiavania hygienicko-epidemiologického režimu v každej situácii.



Kontakt na autora:

Mgr. Mária Kubová

majarbk@post.sk

Speleoterapia

Mgr. Viera Bandžuchová, fyzioterapeut

Sanatórium Tatranská Kotlina n. o.

Životné prostredie zásadným spôsobom ovplyvňuje celý náš život a naše zdravie. Znečistené ovzdušie má na svedomí nárast alergie, astmy a iných ochorení dýchacích ciest. Pred približne 150 rokmi moderná klimatológia objavila významný – zdravie podporujúci účinok vysokohorského prostredia, využívaného v Alpách a Tatrách.

Prostredím jaskýň sa veda zaoberá necelých 80 rokov. Speleoklimatológia je stále ešte mladá, no výsledky tohto výskumu sú prekvapivé a veľmi významné. Klímu a prostredie jaskýň v prospech zdravia využívalo kultové a ľudové liečiteľstvo už pred stáročiami, avšak moderná speleoterapia má len niečo vyše 50 rokov.

Speleoterapia je liečebná metóda využívajúca špecifické a unikátne vlastnosti prostredia, hlavne ovzdušia - **aerosólu** - prevažne krasových jaskýň na liečbu chronických a alergických chorôb dýchacích orgánov. Jaskyňa je prírodné inhalatórium aerosólu, ktorý je nenapodobiteľný umelým spôsobom. Spojenie tohto účinku s komplexnou odbornou zdravotnou, rehabilitačnou a rekondičnou starostlivosťou prináša želané priaznivé liečebné účinky.

Moderná speleoterapia sa začala realizovať v Nemecku – v 50-tych rokoch. Na Slovensku v tom istom období boli u detí dosiahnuté podobné výsledky v jaskyni Gombasek. V 60-tych rokoch vzniká pri **Union Internationale de Spéleologie (UIS)** Komisia speleoterapie združujúca mnohé štáty prevažne Európy. Speleoterapia sa zaradila medzi balneoklimatologické liečebné postupy.

Zloženie jaskynného aerosólu

- konštantná nízka teplota,
- vysoký obsah vápnika a horčíka,
- elektronegativita,
- neprítomnosť baktérií,
- neprítomnosť plesní a húb,
- neprítomnosť agresívnych alergénov,
- iné, ešte nie plne známe faktory.

Celý rad výskumov a priamych pozorovaní potvrdil:

- priaznivý účinok na akútne ochorenia,
- zásadné zlepšenie celkovej imunity,
- ústup ťažkostí pohybového aparátu (kĺby, chrbtica, osteoporóza),
- kozmetický efekt na koži (zjemnenie, ústup vrások),
- ústup aktivity ekzému,
- hojivý vplyv na rany - popáleniny, ai.

Základným postupom v speleoterapii je pobyt v jaskyni, **spojený s aktivitami zvyšujúcimi účinok inhalovaného aerosólu**. Je to za takmer 40 rokov vypracovaný systém komplexnej starostlivosti, ktorý v sebe zahŕňa „školu astmy“ – rehabilitáciu s nácvikom správneho dýchania, autogénny relaxačný tréning, ale zahŕňa aj rekondičnú záťaž či psychologické ovplyvňovanie.“ Dlhodobé štúdie dokázali jej plný účinok pri 2 hodinovom pobyte v jaskyni denne po dobu 14 dní.

Výskumy jednoznačne potvrdzujú, že pobyt v jaskyni redukuje počet záchvatov astmy, astme podobných stavov a infekcií dýchacích orgánov z priemerného počtu päťkrát za rok na jeden až dvakrát ročne. Je to aj istá forma otužovania zvyšujúca odolnosť voči nachladeniu. Pacienti sú po liečbe speleoterapiou menej náchylní na infekcie, ich chorobnosť sa znižuje a výrazne klesá spotreba antibiotík.

Jaskyne na Slovensku využívané na speleoterapiu

Belianska jaskyňa

Od roku 1991 sa začala na dychové cvičenia pacientov. Celoročná priemerná teplota v jaskyni je 5 – 6°C, relatívna vlhkosť vzduchu dosahuje 97 percent. Pacienti tu absolvujú dychové cvičenie štyrikrát v týždni (utorok až piatok) pod vedením rehabilitačnej sestry. Procedúru ordinuje lekár po vstupnej prehliadke klienta.

Bystrianska jaskyňa

Teplota vzduchu v jaskyni je 5,7 – 7,2°C a relatívna vlhkosť 92 – 98 percent. Praktizuje sa v nej detská speleoterapia už od roku 1972.

Jasovská jaskyňa

Od roku 1995 sa v jaskyni vykonávajú ozdravovacie speleoklimatické pobyty. Relatívna vlhkosť jaskyne sa pohybuje okolo 98 percent.

Indikácie pre speleoterapiu:

- Asthma bronchiale (priedušková astma)
- Rhinitis chronica allergica (alergická nádcha)
- Dermorespiračný syndróm s kľudovým kožným nálezom
- Pollinosis (peľová alergia)
- Bronchitis chronica (chronický zápal priedušiek)

Kontraindikácie:

- všeobecné – všetky ochorenia v akútnom štádiu, infekčné ochorenia, kardiorespiračná insuficiencia, krvácivé stavy, metabolické ochorenia, epilepsia a iné záchvatovité stavy
- špecifické – ťažká perzistujúca astma, chladová alergia, recidivujúce laryngotracheitídy v letnom období

Použitá literatúra:

<http://speleofinal.webnode.sk/>

<http://speleofinal.webnode.sk/co-je-speleoterapia/>

<http://www.bedekerzdravia.sk/?main=article&id=276>

<http://www.santk.sk/page/speleo.html>

<http://lesk.cas.sk/clanok/80087/speleoterapia-jaskyne-vedia-liecit.html>

Kontakt na autora:

Mgr. Viera Bandžuchová

Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o.

059 54 Tatransá Kotlina

INDEX AUTOROV

A

Andrejkovičová, Z. 111

B

Bandžuchová, V. 128

Borisová, M. 59

Botíková, A. 61

Bartková, J. 79

Budzáková, Š. 91

Blágová, B. 111

C

Cebula, A. 52

Cetlová, L. 66

Czeczewska, E. 80

G

Godnárová – Vyhničková, H. 57

Galambošiová, Z. 111

Glowacka, M. 52

H

Hudáková, Z. 17, 97, 103, 106

Halečková, D. 26, 106

Harvanová, I. 50, 60

Harvan, R. 60, 50

Haličková, V. 57

Hrtoňová, P. 87

I

Ilieková, L. 58

Illyés, T. 59

J

Jakubeková, J. 58

K

Kovalčíková, K. 35, 93

Kober, L. 40, 93, 35

Krajčiová, B. 55

Krišteková, I. 73

Kamińska, B. 75

Kulhánková, J. 89

Kubová, M. 127

L

Liptáková, K. 61

Luljáková, J. 64

M

Majerčíková, K. 55

Macková, M. 57

Matulníková, L. 64

Maruszak, M. 77

Malláková, V. 79

Mališová, E. 127

N

Novysedláková, M. 17

Nebusová, K. 33

P

Pazderová, J. 63

Páteková, S. 127

S

Solovič, I. 35, 40, 46, 93

Siska, V. 40

Stančiak, J. 66

Sisková, J. 125

Š

Švecová, J. 46

V

Vaculčiaková, B. 73


W

Wiczmádyová, D. 55

Z

Zavadská, G. 23

Zavacká, A. 91



Názov : Zborník abstraktov z konferencie
Belianske dni ošetrovateľstva

Recenzenti : doc. PhDr. Mgr. Vladimír Littva, PhD. MPH
doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.

Vydala : Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Regionálna komora Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek so sídlom
v NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy, 059 84 Vysoké Tatry

Počet strán : 132

Publikované : v elektronickej forme pdf. na CD-ROM v počte 200 ks

Vydanie : prvé

Formát : A 4

Vydané : 2010

SANATORIUM Tatranská Kotlina, n.o.

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

ISBN 978-80-970482-5-9