



Multidisciplinální péče

ISSN 1802-0658

Multidisciplinální péče

Časopis pro pracovníky a studenty působící ve zdravotní
a sociální oblasti

MK ČR E 16684

Ročník 2, 2007, Číslo 1, vychází čtvrtletně

Jednotlivá čísla
naleznete na našich
webových stránkách.

Přístup je zcela
ZDARMA!

www.mpece.com

Inzerce

mpece@mpece.com

Vydavatel

EduCare
občanské sdružení
Karlovská 36
301 00 Plzeň

+420 736 469 652
ieducare@ieducare.com

IČO 26983494
DIČ CZ26983494

Šéfredaktorka

PhDr. Ivana Mádlová
madlova@mpece.com

Redakční rada

Bc. Věra Houdková
Jaroslava Kreuzbergová, DiS
Mgr. Lenka Kroupová
Jaroslava Kubínová
MUDr. Alois Mádle
Bc. Nina Müllerová
prof. Martha Neff-Smith
Bc. Martina Pátá
Bc. Lucie Pěčová
PhDr. Marie Zvoníčková
Radek Süss
Bc. Eva Weinfurterová

Grafická úprava

Bc. Martina Pátá

Korekce

PhDr. Ivana Mádlová

Obsah

Úvodník PhDr. Ivana Mádlová	2
Mukopolysacharidóza Iveta Kirchová, Krajský dětský domov od 0 – 3 let, Karlovy Vary	3
Bolest zad – možnost onkologického onemocnění Bc. Marie Kantorová, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	6
Ochrana proti patogenním mikroorganismům, zvláště Mycob. tuberc. Bc. Eva Prchalová, Plicní klinika, FN Hradec Králové	11
Práce radiologického asistenta na operačním sále Petra Šlesingerová, Vojenská nemocnice Brno	14
Přednemocniční neodkladná péče u pacientů s invazivním meningokokovým onemocněním Veronika Domianová, Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, Liberec	18
Využití videotréninku interakcí při vzdělávání zdravotníků Mgr. Kateřina Jechová, Oddělení ošetrovatelské péče, FN Motol, Praha	20
Nádorová kachexie u diabetičky s infaustní prognózou Mgr. Dana Klevetová, Geriatrická klinika 1. LF a VFN, Praha	23
Kam kráčíš, resuscitace? Bc. Petr Mojha, MUDr. Ondřej Franěk, Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy – ÚSZS	29
Sexoterapie PhDr. Martina Venglářová, Soukromé sexuologické centrum GONA, Praha	32
Ošetrovatelský výzkum Bc. Eva Bystřická, MUDr. Samuel Vokurka	34
Šokové stavy u polytraumatu Lucie Solnařová, Hana Trnková, Bc. Eva Zachová, 1. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN, Praha	37
Terapeutický přístup k pacientům po CMP či poranění mozku Mgr. Magdaléna Lepšíková, Klinika rehabilitace FN Motol, Praha	43
Malá úvaha o komunikaci Bc. Věra Houdková, Gynekologicko-porodnická klinika, FN Plzeň	45
Celostátní konference genetických laborantů a sester Ladislava Harmáčková, Mgr. M. Hrubá, ÚLG LF a FN Plzeň	47

Úvodník

PhDr. Ivana Mádlová

Vážení přátelé,

zimní měsíce plynou nenávratně pryč a příznivci zimních sportů se v našich podmínkách velkého přílivu sněhu již pravděpodobně nedočkají. Takže pokud patříte mezi zimní náruživce, možná jste vyhledali nebo ještě vyhledáte nějaké destinace se sněhovou nadílkou mimo naši republiku. Blížící se březen nás skutečně utvrzuje v tom, že zima se chýlí ke konci a dává nám na vědomí, že se za pár dní všichni, pomalu, ale jistě dočkáme zaklepání prvního jarního dne na naše dveře. Toto blížící se nádherné roční období souvisí také s vydáním našeho dalšího ročníku časopisu a prvního čísla v něm.

V tomto čísle můžete nalézt odborné články z přednemocniční péče, nemocniční péče – standardní lůžkové i intenzivní či z operačního sálu. Témata se týkají různých věkových skupin, jsou z různých klinických oborů a autory jsou různé zdravotnické profese, což má pro výměnu zkušeností velký význam. Naleznete zde zajímavé a dobře zpracované kazuistiky závažných chorob jak u dětí, tak u dospělých a další témata, která mohou rozšířit vaše poznatky, např. sexoterapie, resuscitace či ochrana proti bakterii způsobující tuberkulózu. Klinická témata jsou doplněna výsledky studie zaměřené na srovnávání prostředků určených k výplachu dutiny ústní u hematologických pacientů. Tento článek ukazuje na stále stoupající trend v realizaci ošetrovatelského výzkumu u nás. Celoživotní vzdělávání u zdravotnických pracovníků je dáno nejen legislativou, ale mělo by být pro všechny samozřejmostí, proto vám přinášíme odborný článek zabývající se využitím videotréninku, interakcí při vzdělávání zdravotníků a dále vám přinášíme informace z konference genetiků.

Krásné prožití jarního období přeje za celou redakční radu

Ivana Mádlová

MP je registrována u Ministerstva kultury pod evidenčním čísle MK ČR E 16684. Autorům je po zveřejnění článku v našem časopise přiznáno 15 kreditů a spoluautorům kreditů 10. Články posílejte na mpece@mpece.com, více informací v sekci Pokyny autorům na www.mpece.com.

Časopis je veden v databázi Národní knihovny ČR.

ISSN 1801-0199

ISSN 1802-0658 (tištěná verze)

Jednotlivá čísla vycházejí vždy 1. týden v měsíci březnu, červnu, září a prosinci.

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=101>

Mukopolysacharidóza

Iveta Kirchová, Krajský dětský domov od 0 – 3 let, Karlovy Vary

Souhrn

Článek pojednává o vrozeném na genetickém podkladě vznikajícím onemocnění – mukopolysacharidóze (MPS) a ukazuje jeho vývoj a důsledky na zdravotním stavu pacienta. Autorka zmiňuje krátkou kazuistiku malé dívky, u které tato choroba propukla. Zmiňuje společnost, která se těmto pacientům snaží pomoci.

Klíčová slova

mukopolysacharidóza – vrozené, dědičné onemocnění – poruchy látkové - výměny – založení

Úvod a průběh MPS

Mukopolysacharidóza, zkratka MPS, je vzácné, vrozené, genetické onemocnění, způsobené poruchou látkové výměny, která jsou způsobena chyběním konkrétního životně důležitého enzymu. Většinou dochází ke zpomalení růstu dítěte, k omezení pohybových schopností, k poškození Centrální nervové soustavy a k přidružení celé řady dalších průvodních obtíží.

Průběh onemocnění

Zpočátku se většinou děti vyvíjejí normálně. K nástupu obtíží dochází až v dalším vývoji, přičemž rozvoj a intenzita příznaků mohou být velmi rozdílné. Celkové projevy jsou progresivně degenerativní; jde např. o typický vzhled obličeje - zploštělý nos, krátký krk. Hrudní koš se vytláčuje směrem dopředu dalšími projevy jsou displazie kostry, mentální retardace, zákal v rohovce, obstrukce plic, choroby srdce, tuhost kloubů, poškození kostí, kyfóza, výrazné ochlupení, časté vykloubení ramenních a kyčelních kloubů. Časté jsou poruchy sluchu, sřevní potíže, průjmy, zvracení, časté záchvaty křečí, zaskakování, dušení. Porucha inteligence je přítomna.

Vlivem narůstajícího hromadění meziproduktů látkové výměny dochází k neustále postupujícímu poškození buněk napadených orgánů a tím i narůstajícím projevům onemocnění s postupujícím věkem. Většina MPS se dědí tzv. recesivně, nositelé recesivních genů jsou zdraví přenašeči. Projevy nemoci jsou rozličné závislosti na typu. Většinou nastupují postupující duševní a tělesné poruchy. Dítě jakoby se vracelo ve vývoji zpět. Intelekt se postupně snižuje, dítě je inkontinentní, poruchy hybnosti je odkázkou na invalidní vozík, k poruše a ztrátě polykacího reflexu, poruchám dýchacím apod. a následně ke smrti.

Nelze přesně odhadnout jak je mukopolysacharidóza četným onemocněním. Počet nemocných dětí v ČR se odhaduje maximálně na několik desítek. Dále uváděná statistická frekvence výskytu je jen orientační, liší se zřejmě i podle jednotlivých zemí.

Bohužel, účinná léčba toho času neexistuje, ač výzkum pokračuje stále dopředu. Děti se dožívají ve většině případů do deseti let, podle stupně stádia a typu nemoci.

Je dobré si uvědomit, že výskyt dědičně podmíněné poruchy metabolismu u dítěte vytváří v postižené rodině napětí, které tvrdě zasahuje do života každého jejího člena. Každé dítě s MPS klade nesmírně těžké nároky na rodiče a další nejbližší. Je i výzvou pro vzájemnou spolupráci mezi různými odborníky zdravotní a sociální péče. Léčebné možnosti jsou zatím velmi omezené, u některých typů onemocnění se zkouší transplantace kostní dřeně, ve stádiu příprav je možná enzymová terapie.

Rozdělení nemoci do typů:

- MPS I – Hurler (těžší forma), Scheie (lehčí forma)
- MPS II – Hunter
- MPS III – Sanfilippo
- MPS IV – Morquio
- MPS VI – Maroteaux Lamy
- MPS VII - Sly

KAZUISTIKA - příběh maminky

Jak těžké je jen pomyslet na tuto genetickou nemoc. Ale popořadě. „Jsem těhotná...“ zajásala má švagrová a my jí blahopřáli. „Bude to holčička,“ dodala. A jelikož nemají v rodině žádnou genetickou zátěž, o které by věděli, tak měla jen klasická předporodní a těhotenská vyšetření.

Porodila moc krásnou holčičku, dali jí jméno Klárka.

Klárka se vyvíjela úplně stejně, jako většina jiných dětí, byla kojená a švagrová spokojená. Po půlroční prohlídce za mnou jako za zdravotníkem příběhla s pláčem, „Klárka je nemocná, ještě neví, co jí je, jdeme příští týden na nějaké testy. Prý to vypadá na Mukopolysacharidózu, co je to?“ Ani já jsem to nevěděla, a tak jsem se poptala v práci a bylo mi sděleno, že je to genetická nemoc, kdy se vytváří v kostní dřeni špatné krvinky a dítě tak vypadá jako mongoloidní, přestává růst a nedožívá se dospělosti, a že se to rozděluje podle stupnice stadia. Byla jsem z toho špatná nejen já, ale i všichni v okolí a po důkladném prohlédnutí a vyšetření Klárky se to i potvrdilo.

Začali hledat vhodného dárce kostní dřene. Její rodiče to být nemohli, protože právě oba byli nosičem této nemoci a ani o tom nevěděli.

Dárce se po půl roce našel a Klárka se svojí maminkou putovaly do motolské nemocnice v Praze. Tam roční Klárka prošla chemoterapií a připravovala se na transfúzi. Tu hrůzu mé švagrové bych nechtěla v životě zažít, ale byla statečná jak ona, tak Klárka. Je hrozné, vidět své vlastní dítě, které se učí chodit, bez vlásků, bez imunity, s kanylami po celém těle. Po transfúzi strávily obě několik neděl ve sterilním stanu – vše muselo být pečlivě dezinfikované, aby Klárka, která neměla žádnou imunitu, neonemocněla třeba rýmou. Po 9 měsících byly propuštěny domů. Klárka musela užívat spoustu léků na posílení imunity, jezdily do Prahy na kontroly a odběry, opět jí začaly růst vlásky. Prognóza lékařů však zní: „I když prošla transfúzí kostní dřene a mělo by být vše v pořádku, tak je tu i riziko, že se jí to vrátí, je to přece genetické a ona je JEDINÁ dívka takto léčená. Ani samotní lékaři neví, jak její tělíčko bude dále reagovat, zda bude mít děti, a zda se dožije dospělosti.“

Pro závažnost a vzácnost této choroby, byla založená SPOLEČNOST pro Mukopolysacharidózu.

Je dobrovolným charitativním občanským sdružením rodin smrtelně nemocných dětí, které za několik let své existence dokázalo pomáhat při řešení obtížných situací v rodinách, kde se onemocnění prokázalo. První pokusy o založení Společnosti se datují do začátku 90 let. Chlapec, jehož rodiče podnikali kroky k založení Společnosti, zakrátko zemřel. Oficiálně byla Společnost založená 2.12.1994 a svoji činnost rozvíjela od roku 1995. Společnost je „klasickým“ svépomocným sdružením, hradí svou činnost výhradně z příspěvků sponzorů .

Závěr

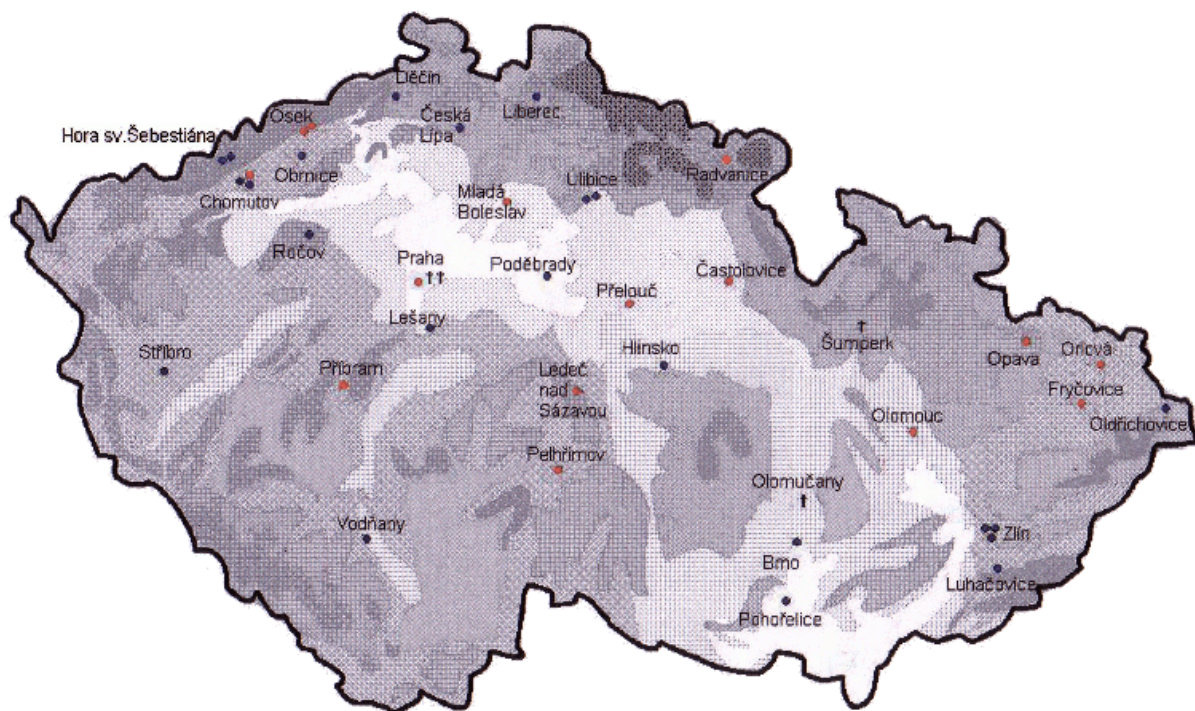
Aktivita rodičů v Evropě a ve světě motivuje úsilí mnoha vědeckých kolektivů k intenzivnímu výzkumu, který by měl vést k omezení výskytu závažných metabolických onemocnění i k úspěšnější léčbě postižených dětí.

Společnost pro mukopolysacharidózu významně přispívá tam, kde lékaři zatím pomoci nemohou...

Motto Společnosti zní:

Není naděje, zbývá láska...

MUKOPOLYSACHARIDÓZA je pro každé dítě rozsudkem smrti.



LITERATURA

Články Prof. MUDr. Jiřího Zemana, DrSc. z metabolické poradny Ústavu dědičných poruch metabolismu Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty VK v Praze na činnost Společnosti.

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=102>

Bolest zad – možnost onkologického onemocnění

Bc. Marie Kantorová, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Souhrn

Autorka se ve svém článku věnuje problematice bolesti zad, která může představovat velmi závažný zdravotní problém. Velmi podrobně popisuje kazuistiku zaměřenou na onkologické onemocnění, které se začalo projevovat právě bolesmi zad.

Klíčová slova

Bolest - lumbalgie - onkologická choroba - ošetřovatelská diagnóza

Úvod

Lumbalgie – bolesti zad jsou jedním z nejčastějších důvodů pro hospitalizaci na neurologickém oddělení. Příčiny bolesti zad mohou být různého původu, v nemalé míře bývají způsobeny onkologickým onemocněním v oblasti páteře. Při získávání základní anamnézy je vždy nutné pátrat po dřívějším onkologickém onemocnění. Jakákoliv v tomto ohledu pozitivní anamnéza musí vést k podezření na možnost metastatického procesu v kostní tkáni páteře. Do páteře velice často metastazují karcinomy prsu, dělohy, prostaty, ledvin a plic. Vyšetření pacientů s dřívějším zhoubným onemocněním musí být provedeno v co nejkratší době, bez zbytečných průtahů.

Mezi základní vyšetření patří: rentgenové vyšetření, CT, MR páteře, perimyelografie, scintigrafie skeletu, základní biochemické vyšetření včetně příslušných onkomarkerů, FW, vyšetření krevního obrazu a lékařské neurologické vyšetření. Rychlé stanovení diagnózy zvyšuje šanci pacienta na stanovení terapie. Proto je nutné všechna vyšetření provést v co možná nekratším časovém úseku, bez zbytečných odkladů.

Kazuistika

Hospitalizovaná klientka ženského pohlaví, 56 let přijata na neurologické oddělení s diagnózou bolesti zad vystřelující do pravé dolní končetiny. V průběhu hospitalizace byly provedeny Rtg a CT vyšetření páteře a scintigrafie skeletu. Při těchto vyšetřeních bylo zjištěno metastatické postižení páteře v oblasti těla L3 obratle při základním onemocněním karcinom dělohy. Klientka je se svým zdravotním stavem plně seznámena, za týden bude přeložena na onkologické oddělení k paliativní aktinoterapii.

Ošetřovatelská anamnéza

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení života

Klientka před 12 měsíci navštívila svého lékaře-gynekologa v rámci preventivní gynekologické prohlídky. Lékař jí oznámil možnost maligního onemocnění děložního těla a odeslal ji k hospitalizaci na gynekologické oddělení. Po základním vyšetření byla klientka připravena k chirurgickému řešení – hysterectomii. Klientka poté absolvovala ještě brachyterapii na onkologickém oddělení. Po následné rekonvalescenci nastoupila zpět do zaměstnání, žila až do současného stavu bez větších zdravotních problémů. Pravidelně navštěvovala svého lékaře a snažila se získat ze všech dostupných zdrojů informace o své nemoci. Nyní je v nemocnici pro kruté, jeden týden trvajících bolesti zad vystřelující do pravé dolní končetiny. Po vyšetření byla stanovena diagnóza metastatické postižení páteře, klientka je o ní plně informována.

2. Výživa, metabolismus

Klientka váží 64, měří 167cm. Klientka nedodrží žádnou dietu, vzhledem ke svému onemocnění se snaží jíst zdravě, do stravy zařazuje zvýšené množství zeleniny a ovoce, vepřové a hovězí maso jí pouze zřídka. Denně se snaží vypít alespoň 2-3 litry tekutin. Stav pokožky a celkový vzhled v normě. Navštěvuje pravidelně svého zubního lékaře, chrup má v pořádku.

3. Vylučování

Klientka nemá žádné problémy s močením, stolice pravidelná 1x denně, normální konzistence, bez příměsí. Pocenění v normě.

4. Aktivita, cvičení

Klientka pracuje jako dělnice v soukromé firmě, kde většinu pracovní doby sedí u montážní linky. Proto se snaží pohybovat po příchodu ze zaměstnání. Alespoň 1x týdně navštěvuje plavecký bazén, s rodinou provozuje turistiku, jezdí na kole. Ve všech denních aktivitách jako je hygiena, oblékání, nákupy, vaření, úklid domácnosti je plně soběstačná, pouze v posledních 2 týdnech je její pohyblivost pro velké bolesti zad omezena, péči o domácnost musí zajišťovat manžel.

5. Spánek odpočinek

Klientka spí pravidelně, denně alespoň 7-8 hodin. Potíže s usínáním a spánkem měla pouze po operaci dělohy, kdy jí lékař doporučil užívání Hypnogenu. Tyto léky užívala asi 1 měsíc, poté se snažila upravit denní aktivity tak, aby usínala i bez farmakologické léčby, což se jí povedlo. V současné době je pro bolesti zad velmi unavená, ospává během dne, večer nemůže usnout. Před 3 dny jí lékař sdělil současnou diagnózu a navrhl následující terapii. Od té doby téměř nespí, budí ji vždy děsivé sny.

6. Vnímání, poznávání

Vnímání klientky je zcela v pořádku. Klientka nemá žádné problémy se sluchem ani zrakem. Správně reaguje na všechny podněty, na všechny otázky odpovídá adekvátně. Od sdělení současné diagnózy má problém vyrovnat se s touto informací, podléhá beznaději, nejistotě co bude dál s její životem. Velké obavy má také o svoji rodinu.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Klientka sama sebe hodnotí jako klidného vyrovnaného člověka, se svojí nemocí se vyrovnala za pomoci manžela, syna a přátel. Současnou situaci prožívá velice těžce, počíná být apatická ke svému okolí a plačtivá. Také ji trápí obavy o chod své domácnosti a funkčnost rodiny v době její další terapie.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Klientka žije se svým manželem a synem v rodinném domku na okraji města. V rodinném životě je spokojena, jediným větším problémem, který museli s manželem řešit bylo její onemocnění. Se synem a snachou má pěkný vztah, dvě vnoučata jí dělají radost, klientka se je snaží pomáhat s jejich výchovou. Klientka má mnoho přátel se kterými se pravidelně stýká. Oceňuje hlavně jejich pomoc v době svého onemocnění. V posledním půl roce se snaží bez vědomí manžela organizovat běžný provoz domácnosti tak, aby „kdyby umřela“ byli schopni samostatně vykonávat všechny potřebné činnosti.

9. Sexualita reprodukční schopnost

Klientka má pravidelnou menstruaci od 12 let. Porodila jedno dítě, porod byl normální, v termínu. Sexuální život ovlivnila hysterectomie v minulém roce.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance

Velkou životní zkouškou bylo pro klientku její onemocnění. Velkou oporou jí v té době byl její manžel a nejbližší přátelé, kteří ji po celou dobu povzbuzovali a podporovali. Bez jejich pomoci by vše asi těžko zvládla. Celý minulý týden žije v neustálém strachu, že její bolesti zad jsou patologického charakteru a proto s návštěvou lékaře otálela delší dobu. Na sdělení současného stavu reagovala pláčem, brzy se však situaci přizpůsobila a začala se aktivně zajímat o průběh další terapie.

11. Víra přesvědčení, životní hodnoty

Klientka není příznivcem žádného náboženství. Asi 3 měsíce po operaci navštívila „lidového léčitele“, ten jí doporučil nějaké tablety a výrazné omezení jídla až hladovku po dobu 2 měsíců. Po prodiskutování této metody se svým lékařem, manželem a přáteli klientka toto doporučení nerealizovala. Po svých zkušenostech s nemocí zcela přehodnotila své životní cíle a hodnoty. Na první místo zařadila zdraví a to jak své, tak i svých blízkých.

12. Jiné

Klientka by si přála, aby si všichni i bez negativních zkušeností uvědomovali význam svého zdraví a soustředili se na jeho udržení.

Plán, realizace a hodnocení efektivity péče u jednotlivých ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelská diagnóza

Porušená pohyblivost v souvislosti s bolestí projevující se změnami chůze, únavou, slabostí, verbalizací problému

Ošetřovatelský cíl - klientce se zlepšila pohyblivost

Výsledná kritéria

- klientka má normální styl chůze
- klientka se necítí unavená
- klientka nepociťuje slabost
- klientka si nestěžuje na omezenou pohyblivost

Ošetřovatelské intervence

- pozorně vyslechni stížnosti klientky na bolest, únavu, slabost
- posuď aktuální omezení hybnosti a možnost pohybu
- zajisti klientce vhodné polohovací lůžko se signalizací na sestru
- aplikuj léky dle lékařské ordinace - ihned po stížnosti klientky na bolest - max. však 4x denně, aplikaci zaznamenej do dokumentace
- zajisti bezpečnost klientky, aby nedošlo k úrazu
- pomáhej klientce při osobní hygieně
- doprovázej klientku při chůzi

Hodnocení

Klientka se dobře pohybovala až do konce hospitalizace, sama si došla na WC, zvládla běžnou sebepečí. Během dvou dnů přestala pociťovat únavu a slabost, neverbalizovala žádný problém ohledně pohyblivosti. Ošetřovatelský cíl byl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza

Akutní bolest v souvislosti s metastatickým postižením páteře projevující se úlevovou polohou, verbálními projevy, pláčem, sníženou chutí k jídlu

Ošetřovatelský cíl - klientka nemá akutní bolest

Výsledná kritéria

- klientka nemusí zaujímat úlevovou polohu
- klientka neverbalizuje bolest
- klientka nemá bolestný výraz v obličeji
- klientka se neprojevuje plačtivě
- klientka má normální chuť k jídlu

Ošetřovatelské intervence

- proved' posouzení bolesti včetně charakteru, trvání a závažnosti
- aplikuj klientce Fentanyl 1 amp i. m. - ihned po stížnosti klientky na bolest
- zeptej se na účinek analgetika - půl hodiny po aplikaci
- akceptuj klientčino verbální i neverbální líčení bolesti
- seznam klientku se správným postupem při sedání, vstávání, ulehání, chůzi
- zajisti klientce dietu „na přání“ u dietní sestry
- postarej se vhodné a uklidňující zaměstnání klientky - po odeznění akutní bolesti
- vše zapisuj do ošetřovatelské dokumentace – průběžně

Hodnocení

Až do konce hospitalizace si klientka nestěžovala na nesnesitelnou bolest, vždy při nástupu bolesti přivolala sestru a byla jí po dohodě aplikována injekce na bolest, která nastupující bolest odvrátila. Během 2 dnů se klientce zlepšila chuť k jídlu, naučila se používat vhodné polohy, čtení knihy a každodenní kontakt s rodinou odvrátily její myšlenky od bolesti. Ošetřovatelský cíl byl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza

Porucha spánku v souvislosti se sdělením nepříznivé diagnózy projevující se zhoršeným usínáním, přerušovaným spánkem, zvýšenou únavou

Ošetřovatelský cíl - Klientka nemá poruchu spánku

Výsledná kritéria

- klientka večer dobře usíná
- klientka spí alespoň 5 hodin vcelku
- klientka verbalizuje zlepšení svého spánku
- klientka se po spánku cítí odpočatá

Ošetřovatelské intervence

- zjistí spánkové návyky klientky
- zajisti klidné a tiché prostředí
- pozoruj fyzické známky únavy
- dle možností uspořádej péči o klientku tak, aby nemusela být buzena
- sleduj délku a kvalitu spánku u klientky
- doporuč klientce aktivitu a individuální program relaxace během dne
- podej klientce Stilnox 1 tabletu - na přání klientky ve 21.00 hodin

Hodnocení

Klientka po dobu hospitalizace i přes všechny intervence špatně usínala a v noci se často budila. Ošetřovatelského cíle nebylo dosaženo.

Ošetřovatelská diagnóza

Strach v souvislosti s další léčbou projevující se zvýšenou nervozitou, nereálným hodnocením situace, nespolupráci se zdravotníky, zvýšeným pulsem, dechem, pocením

Ošetřovatelský cíl - Klientka nemá strach

Výsledná kritéria

- klientka má normální hodnoty pulsu, dechu, potí se fyziologicky
- klientka si uvědomuje příčiny strachu
- klientka se neprojevuje zvýšenou nervozitou
- klientka reálně hodnotí danou situaci
- klientka spolupracuje se zdravotníky beze strachu

Ošetřovatelské intervence

- zjistí kolik informací bylo klientce ohledně její choroby sděleno
- zjistí, zda klientka strach nepopírá či nebagatelizuje
- sleduj základní fyziologické funkce (D, P, pocení) – 3x denně
- sleduj verbální a neverbální reakce klientky na strach
- trpělivě naslouchej obavám klientky a odpověz na všechny otázky
- pobízej klientku, aby slovně vyjádřila své pocity
- doporuč klientce vhodnou relaxaci a aktivitu během dne

Hodnocení

Klientka až do konce hospitalizace pociťovala strach, byla nervózní, omezeně spolupracovala s personálem. I přes všechny intervence se u ní začala projevovat prohlubující se deprese. Ošetřovatelský cíl nebyl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza

Nedostatek informací v souvislosti s nedostatkem zkušeností s jejím onemocněním projevující se verbalizací problému, častými žádostmi klientky o informace, nespolupráci s personálem, nedodržováním režimu

Ošetrovatelský cíl - Klientce je poskytnuto dostatek informací o daném problému

Výsledná kritéria

- klientka správně chápe informace a v plné šíři jim rozumí
- klientka nežádá o informace z důvodu objasnění problému
- klientka správně spolupracuje se zdravotnickým personálem
- klientka dodržuje předepsaný režim

Ošetrovatelské intervence

- zjistí schopnost klientky pochopit dané informace
- povzbuzuj klientku, aby se zeptala na vše, co jí není jasné
- používej slovní zásobu a výrazy, kterým klientka rozumí
- podávej pouze informace, které se vztahují k dané situaci a mají pro klientku význam
- poskytni klientce informační materiál o daném problému

Hodnocení

Klientka do konce hospitalizace pochopila celou problematiku o své nemoci, na všechny případné nejasnosti se zeptala a byly jí objasněny. Ošetrovatelský cíl byl splněn.

Závěr

Ošetrovatelská péče především o mladé pacienty s onkologickým onemocněním je pro celý ošetrovatelský tým velice náročná a to jak po stránce fyzické tak zejména psychické. Ošetrovatelská péče musí uspokojovat všechny biopsychosociální potřeby klienta, personál se musí chovat empaticky, musí mít ke klientovi úctu, respektovat všechna „Práva pacientů“. Pacient s onkologickým onemocněním vyžaduje od zdravotníků vysoké nasazení všech sil a zvýšená péče o ně by měla být naprostou samozřejmostí. Pouze při komplexně a bezchybně prováděné ošetrovatelské péči bude pacient spokojen a to by mělo být cílem všech zdravotníků.

Seznam použité literatury

1. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 stran.
2. TYRLÍKOVÁ, I. a kol. Neurologie pro sestry. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 288 stran.
3. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIÁKOVÁ, D. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 stran

e-mail: kantorovamarie@centrum.cz

Jindřichův Hradec, Kosmonautů 8/V, 37701, č. t. 721 543 680

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=103>

Ochrana proti patogenním mikroorganismům, zvláště *Mycobacterium tuberculosis*

Bc. Eva Prchalová, Plicní klinika, FN Hradec Králové

Souhrn

Správný výběr pomůcek na ochranu dýchacího systému u zdravotníků má rozhodující význam pro ochranu zdraví a bezpečnost při práci. Zdravotníci jsou každý den vystavováni vlivu aerogenně se šířících patogenních mikroorganismů. V případě tuberkulózy byla možnost nákazy touto cestou jasně prokázána. Proto tuberkulóza představuje rizikový faktor pro pracovníky ve zdravotnictví, pro hospitalizované pacienty, kteří jsou ve společných místnostech s pacienty nemocnými tuberkulózou, i pro návštěvy v nemocnici.

Dnes existuje několik kmenů bakterií *Mycobacterium tuberculosis*, které jsou rezistentní vůči lékům, jež se po léta úspěšně používaly. Vzhledem k hrozbě, kterou rozvoj multirezistentních kmenů představuje, se mnoho odborníků zabývá řešením správného výběru prostředků na ochranu dýchacího ústrojí u zdravotníků.

Symptomatologie tuberkulózy

Tuberkulóza byla a je závažným onemocněním, a to zejména u lidí imunodeficientních, jedinců žijících ve špatných socioekonomických podmínkách a u nemocných s dalšími přidruženými nemocemi. Klinická manifestace plicní tuberkulózy je variabilní. U některých nemocných je průběh asymptomatický.

Někdy jsou u pacientů přítomny nejednoznačné symptomy, jako je únava, nechutenství, úbytek hmotnosti, subfebrilní stavy, které jsou zpočátku velmi často spojovány například s psychickým stresem. V případě zdravotníků, kteří onemocní plicní formou tuberkulózy, mohou být tyto symptomy podceňovány. Při rozsáhlém plicním postižení se objevují dechové obtíže, kašel s expektorací hlenového nebo hlenohnisavého sputa, může být přítomna hemoptýza.

Znalosti sester o cestě nákazy

Vědomosti o šíření a způsobu přenosu mezi středním zdravotnickým personálem jsou na různé úrovni. Zajímavá je sonda studentky Vyšší zdravotnické školy, zaměřená na zjištění množství kontaktů sester s pacienty naší fakultní nemocnice, kteří měli diagnostikovanou plicní formu tuberkulózy. Dalším cílem sondy bylo ověření znalostí sester o cestách přenosu plicní formy tuberkulózy. Dotazník obsahoval 28 otázek, na něž odpovědělo celkem 50 sester pracujících na JIP v naší FN.

Na otázku, zda se dotazovaná setkala při své práci s pacientem nemocným tuberkulózou, kladně odpovědělo 79,9 % respondentek a 27,1 % se s takovýmto pacientem neseťkalo (viz graf 1). Na otázku, zda dotazovaná ví, že nejčastějším zdrojem nákazy je sputum, kladně odpovědělo 97,9 % respondentek a 2,1 % tyto znalosti nemá (viz graf 2).

Další otázka byla zaměřena na znalosti o možnostech aerogenního nakažení a zda ví, že se může infikovat mykobakteriemi, volně se vznášejícími ve vzduchu. Správně (sestry vědí o možnosti aerogenního nakažení) odpovědělo 43,7 % dotazovaných, 54,2 % respondentek uvedlo, že to není možné, a 4,2 % se nevyjádřila (viz graf 3).

Poslední otázka byla zaměřena na znalosti sester v oblasti používání ochranných a bezpečnostních pomůcek při ošetřování pacienta s tuberkulózou. Všechny dotazované (100 %) správně uvedly, že se mají chránit empírem, čepicí, ústenkou a rukavicemi. Zde je již třeba zabývat se otázkou, zda klasická ústenka zajišťuje dostatečně jejich ochranu.

Filtrační polomasky

V některých zemích Evropské unie vytvořily skupiny zdravotníků společné lokální programy se zaměřením na používání vhodných bezpečnostních a ochranných pomůcek. Bylo prokázáno, že

tuberkulózou se lze nakazit přenosem mykobakterií šířících se vzduchem od zdroje k příjemci. Na základě aktuálních znalostí účinnosti operačních ústenek a filtračních polomasek lze vyvodit závěr, že operační ústenky nejsou k ochraně nositele proti vdechnutí *Mycobacteria tuberculosis* ze vzduchu vhodné. Jejich slabá účinnost při ochraně hostitele je dána zejména nedostatečným těsněním mezi maskou a obličejem.

Ve Spojených státech amerických je věnována velká pozornost používání filtračních polomasek od roku 1993. Mají zde vypracovány jednotlivé standardní pracovní postupy, například na:

- správné používání ústenek a filtračních polomasek
- dodržování hygienických aspektů přímo na izolátoru,
- dodržování hygienických aspektů při ošetrovatelské péči u pacientů s podezřením na tuberkulózu.

Maximální pozornost je věnována pravidelnému proškolení zdravotníků, týkajícímu se přenosu tuberkulózy a dodržování metod preventivních opatření zvláště tam, kde je riziko přenosu vysoké, například na bronchoskopickém pracovišti. To ale není jediné, kde by se měla používat filtrační polomaska. Z dalších pracovišť to jsou: patologická oddělení, chirurgická pracoviště, JIP septického charakteru, infekční a plicní oddělení.

V naší fakultní nemocnici jsem se během osmi let setkala s pěti zdravotníky, kteří onemocněli tuberkulózou – třemi lékaři a dvěma zdravotními sestrami. Protože jsou na našem bronchoskopickém pracovišti zdravotníci vystaveni vysokému riziku vdechnutí *Mycobacteria tuberculosis*, rozhodli jsme se používání filtračních polomasek zavést. Masky obsahují specifický filtrační systém na ochranu proti patogenním mikroorganismům.

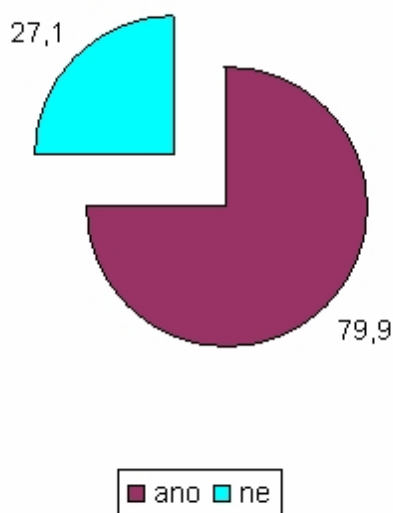
Závěrem je třeba zdůraznit, že je velmi důležité používat jak ústenku, tak filtrační polomasku správným způsobem, přesně podle návodu výrobce tak, aby došlo k eliminaci rizika přenosu *Mycobacteria tuberculosis* a dalších infekčních agens od pacienta na zdravotníka.

Literatura

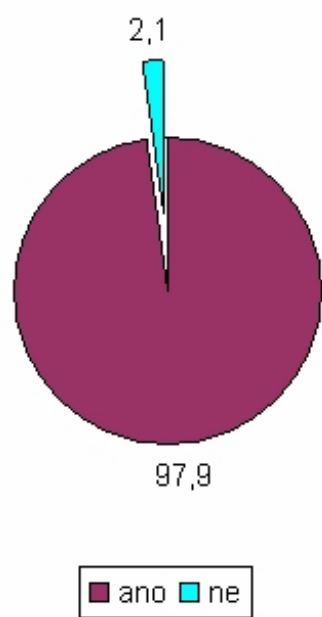
Elkin M., K., Perry A., G., Potter P., A. Nursing Intervention and Clinical Skills. Mosby, 2 Edition, s. 55-62.

Menoušková Táňa. Problematika tuberkulózy u nemocných na jednotkách intenzivní péče. Hradec Králové: VZŠ, 2000, str. 18-24.

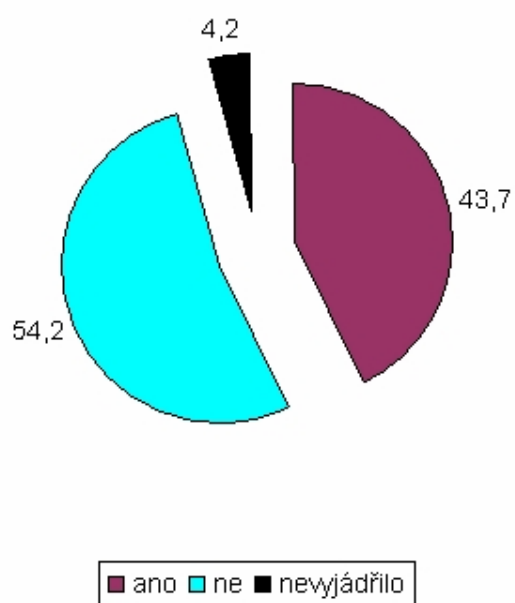
Graf 1



Graf 2



Graf 3



prchaeva@fnhk.cz

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com//modules.php?name=News&file=article&sid=105>

Práce radiologického asistenta na operačním sále

Petra Šlesingerová, Vojenská nemocnice Brno

Souhrn

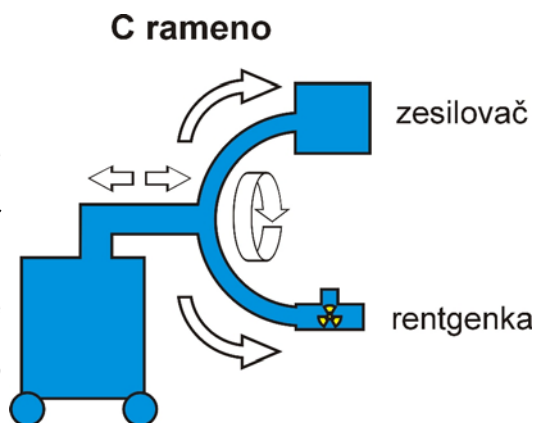
Z důvodu radiační ochrany při práci s ionizujícím zářením podle zákona 18/1997 Sb. a jeho novelizace 13/2002 Sb. (Atomový zákon) nesmí se zdroji ionizujícího záření pracovat nikdo jiný než zvlášť odborně způsobilá fyzická osoba, v našem případě radiologický asistent. Na některých operačních sálech byli dosud zvyklí pracovat s rentgenovým přístrojem sanitáři a sestry, regulérní členové operačního týmu. Dnes již to takto nejde, a proto vstupuje na operační sál radiologický asistent jako jediný, kdo je oprávněn zacházet s rentgenovým přístrojem. Radiologický asistent je na operační sál povoláván v případech, kdy je nutné přesné zacílení, například při neurologických operacích, při dnes již zřídka prováděných peroperačních cholangiografiích, ale nejčastěji při traumatologických a ortopedických operacích, kdy je potřeba potvrdit správnou repozici fraktur či zajistit polohu osteosyntéz.

Klíčová slova

C rameno – projekce – skiaskopie - radiologický asistent

Skiaskopie

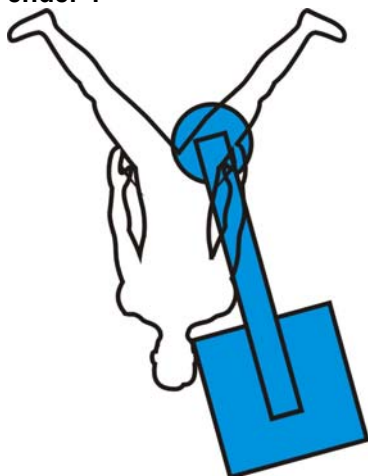
Pro zobrazení požadovaných částí těla se používá C rameno, speciální pojízdný rentgenový přístroj umožňující vyšetřit pacienta v různých projekcích ve všech třech rovinách, bez ohledu na polohu jeho těla. Přístroj je napojen na televizní řetězec, takže operátor může sledovat průběh rentgenování na monitoru. Standardním vybavením je tiskárna nebo digitální výstup, u starších modelů se muselo snímkovat na film. Některé přístroje mají i paměť na přehrávání předchozích snímků nebo dokonce na nahrávání videa – samozřejmě toho, co s děje pod rentgenem.



Při skiaskopii je nutné, aby všechny osoby, které bezprostředně nemusí prodlévat u pacienta, okamžitě opustili místnost. Zbývající personál se musí před zářením chránit ochrannými zástěrami a jinými pomůckami – chirurg si zástěru musí nasadit ještě před operací pod sterilní plášť. Obdržená dávka je přímo úměrná době expozic, proto je nutné omezit skiaskopický čas na minimum. Je třeba se zdržovat co nejdále od rentgenky, intenzita záření, a tím i dávkový příkon, jsou nepřímo úměrné druhé mocnině vzdálenosti od zdroje záření.

Pro různé operace se ustálilo několik poloh rentgenů vůči pacientovi tak, aby chirurg mohl volně pracovat a zároveň mohl sledovat dění na monitoru, samozřejmě vše s dodržáním pravidel ochrany před ionizačním zářením.

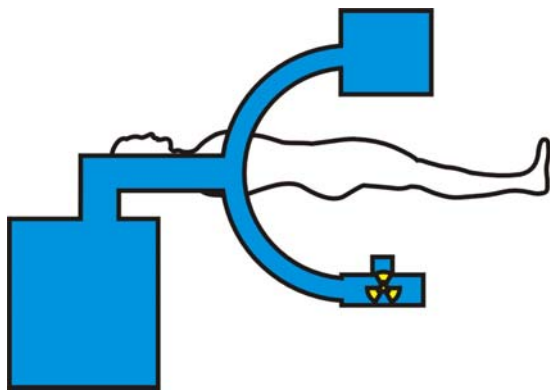
ender 1



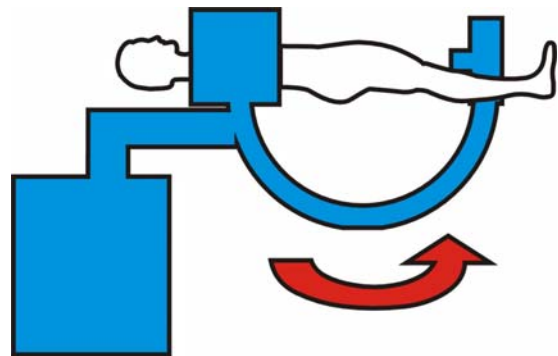
Osteosyntéza kyčle enderovými pruty

Pacient leží na zádech (ender 1), má co nejvíce roztažené dolní končetiny. C rameno najíždí od hlavy pacienta směrem ke kyčli. Osa rentgenového přístroje směřuje v ostrém úhlu s pacientem tak, aby se dalo snímkovat ve dvou na sebe kolmých projekcích pouhým natočením C ramena tak, že rentgenka z projekce postero-anteriální (ender2) přejede mezi nohy pacienta na projekci tzv. axiální (ender3).

ender 2



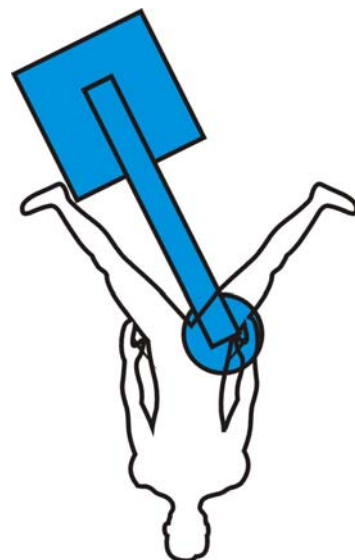
ender 3



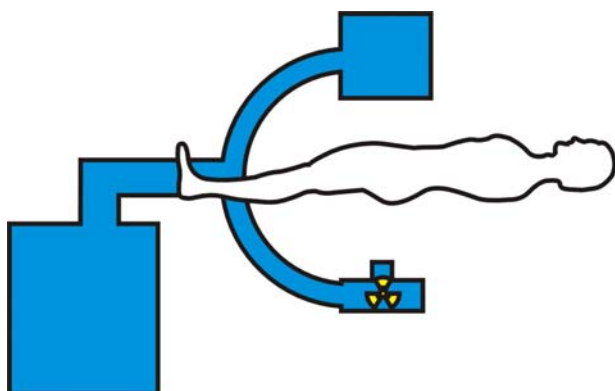
Osteosyntéza DHS dlahou

DHS – dynamic hipp screws – dynamický skluzný šroub, používá se při léčbě fraktur krčku femoru. Pacient leží na zádech s roztaženými dolními končetinami, jako v předchozím případě, C rameno najíždí podél zdravé nohy směrem k operované kyčli. (dhs1, dhs2) Axiální projekce se zobrazí, jako v předchozím případě, pouhým natočením C ramena. (dhs3)

dhs 1

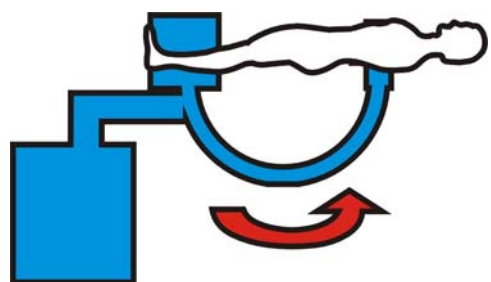


dhs



2

dhs 3



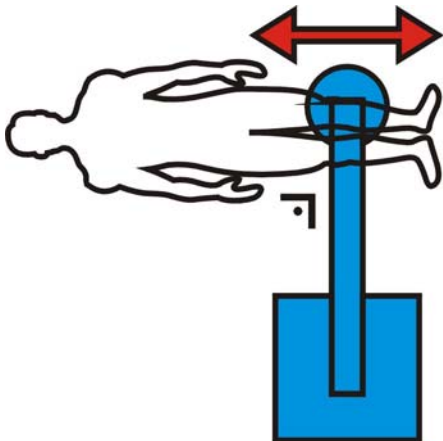
Osteosyntéza tibie jištěným hřebem

hreb 1

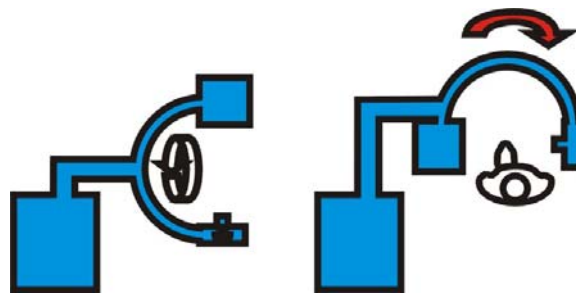


Pacient leží na zádech, koleno operované končetiny má podložené. Vzhledem k technickým možnostem některých pracovišť – ke konstrukci operačního stolu – je někdy nutné přetočit celé C rameno rentgenkou nahoru. Noha stolu by mohla bránit zobrazení přesně bočné projekce, proto je nutné ji zhotovit „nadjetím“ nad pacientem (hreb4). Osa C ramena musí být kolmá k tibii (hreb1), přístroj přijíždí kolmo k tělu pacienta (hreb2).

hreb 2



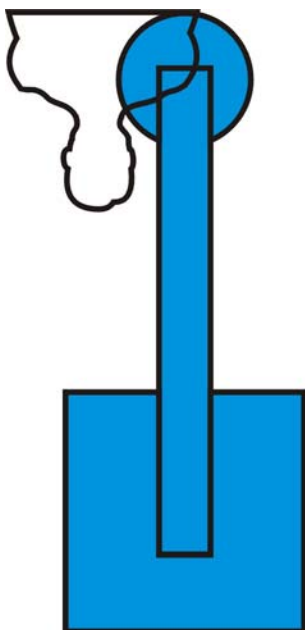
hreb 4



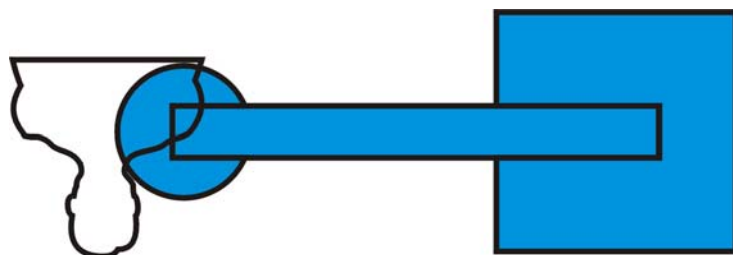
Rameno, klíční kost

C rameno směřuje od hlavy (rameno1.jpg) nebo kolmo k tělu pacienta (rameno2.jpg) – vždy z té strany, kde nestojí chirurg. V zásadě lze říci, že rentgen vždy přijíždí ze strany, kde nestojí chirurg.

rameno 1

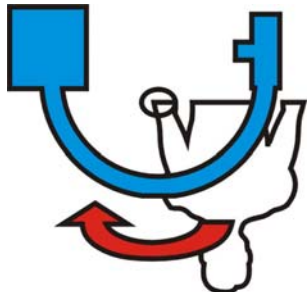


rameno 2

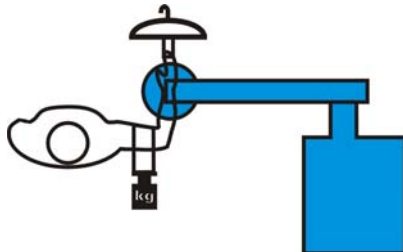


Výjimkou je operace zápěstí v závěsu, C rameno rentgenového přístroje je sklopeno do vodorovné polohy, pacient má ruku ohnutou v lokti do pravého úhlu, zavěšenou za prsty. (zápesti2.jpg) Chirurg v tomto případě stojí uvnitř půlkruhu C ramena. (zápesti3.jpg) Bočná projekce zápěstí se zobrazí posunutím rentgenky o 90 o (zápesti1.jpg)

zápěstí 1



zápěstí 2



zápěstí 3



Závěr

Dobrá spolupráce radiologického asistenta a operačního týmu přispívá k rychlému a zdárnému průběhu výkonu. Rychlost, přesnost a rutinně zvládnuté postupy vedou ke zkrácení doby operace, tím ke kratší době pacienta v narkóze a v neposlední řadě k menšímu ozáření nemocného i personálu.

Internetové zdroje

Aura Medical.

Dostupné z URL: http://www.aura-group.cz/w_rtg_pristroje_c_ramena_c1.htm

Atomový zákon 13/2002.

Dostupný z URL: <http://radioaktivita.euweb.cz/sb02013.html>

nebo z URL : <http://www.suro.cz/cz/legislativa/>

Instrumentářky. Zlomeniny femuru.

Dostupné z URL: http://www.instrumentarky.cz/clanek_detail.php?id=319 (cit. 16.2.2005)

(Kresby autorka)

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=106>

Přednemocniční neodkladná péče u pacientů s invazivním meningokokovým onemocněním

Veronika Domianová, Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, Liberec

Souhrn

V současnosti u nás neexistuje jiné akutní infekční onemocnění, které by vedlo k smrti tak rychle jako meningokoková seps. Meningokoková seps je jedním z projevů invazivního meningokokového onemocnění (IMO). Projevuje se perakutním septickým šokem. Při terapii v přednemocniční péči jsme často svědky chyb, které mohou být pro pacienta osudné. Zejména není pomýšleno na IMO z neznalosti, a také při podezření není zahájena adekvátní resuscitace, podceňuje se rychlost a rozsah tkáňového poškození.

Klíčová slova

meningeální dráždění - rychlý rozvoj šoku - krátká inkubační doba - bezprostřední ohrožení života - typický exantém

Etiologie

Neisseria meningitidis (meningokok) je mikroorganismus, který se může vyskytovat v horních cestách dýchacích až u 10% zdravých osob, aniž působí jakékoli potíže a dělí se do několika séro skupin. V našich podmínkách mají význam meningokoky skupiny C, které mohou vyvolávat epidemie, a meningokoky B, původci sporadických infekcí s celoročním výskytem. Meningokok je výlučně lidská bakterie a šíří se výhradně mezi lidmi vzdušnou cestou, nejčastěji při úzkém kontaktu, kašlem, kýcháním, líbáním, inkubační doba je 1 až 8 dní. Pro vznik epidemie má význam koncentrace nosičů, stres, fyzická zátěž (kolektivní zařízení, školy, vojenská služba, diskotéky). Po proniknutí meningokoka ze sliznice nazofaryngu do krevního oběhu se enormně rychle množí, takže organismus hostitele je zaplaven velkým množstvím endotoxinů. K onemocnění může dojít v každém věku, IMO se ale většinou vyskytují u předškolních dětí ve věku 1 – 4 roky a u dospívajících osob mezi 15 – 19 lety.

Klinický obraz

IMO probíhá jako hnisavá meningitida, jako smíšená forma meningitidy se sepsí (ta je v současnosti nejčastější) anebo jako akutní meningokoková seps. Mezi jednotlivými formami mohou být neostré přechody.

V předchorobí můžeme často nalézt banální infekci horních cest dýchacích. Příznaky jsou způsobeny odezvou na zaplavení organismu endotoxiny. Nemocný jeví známky těžké vyčerpanosti, poruch myšlení a vědomí, objevují se změny termoregulace (hyperpyrexie či naopak hypotermie), typický exantém (červenofialové petechie, které velmi rychle přibývají), po kterém je nutné cíleně pátrat, zpočátku bývá diskrétní a jeho neobjevení či neznalost může být pacientovi osudná. Přítomny mohou být kruté bolesti hlavy, meningeální dráždění, nauzea, zvracení, někdy křeče, delirantní stav. Častý je i rozsáhlý opar kolem úst, na tváři, nose či boltcích. Od prvních příznaků k bezvědomí či dokonce smrti může uběhnout jen několik hodin.

U malých dětí jsou klinické příznaky onemocnění trochu odlišné: hypotermie či vysoká teplota, zvýšená dráždivost či spavost, nespecifické změny chování, zvracení, často křeče a poruchy vědomí. Ve fázi podezření musí být okamžitě zahájena léčebná opatření, i když klinický stav pacienta zatím nemusí být na první pohled hrozivý. Zejména rychlé přibývání petechiálního exantému nutí zahájit léčbu a pacienta považovat za bezprostředně ohroženého na životě.

V přenemocniční neodkladné péči zahajujeme neprodleně léčebná opatření, mezi která patří zajištění základních životních funkcí, zajištění intravenózního vstupu (nejlépe dvou širokých, tzn. aspoň jeden centrální žilní vstup) – není-li možný i. v. vstup, je k záchraně života indikován intraoseální vstup. Dále podáváme oxygenoterapii, farmakologickou dávku kortikoidů a antibiotikem volby je draselná sůl G – PNC. Antibiotická léčba má být zahájena do 30 minut po vyslovení podezření, což klade zvýšené nároky na PNP zvláště na odloučených pracovištích; proto se indikuje podání cefalosporinového ATB III. generace – např. cefotaxim 3 g i. v. u dospělých pacientů od lékaře prvního kontaktu!

V krajních případech má léčba přednost před diagnostickými úkony, jako je lumbální punkce, mozkomíšní mok na bakteriologii a cytochemii, odebrání hemokultur. Ve vozech rychlé lékařské pomoci (RLP), které jsou vybavené dle vyhlášky MZ 51/95 Sb., by měla být i transportní hemokultivační nádobka a sterilní zkumavka označená PCR a to v souladu se standardem efektivní klinické péče v přednemocniční neodkladné péči.

Dalším úkolem je stabilizace oběhu, zlepšení tkáňové perfúze a prevence (a terapie) DIC = diseminované intravaskulární koagulopatie, během první hodiny podat Haemacel infusion či HAES-steril roztok i. v. Léčba poruch dýchání a vědomí je symptomatická (dle potřeby umělá plicní ventilace, antiedematózní léčba – manitol roztok i. v.).

Během transportu pacienta s kompletní RLP monitorujeme jeho základní životní funkce, provádíme další potřebná protišoková opatření: snažíme se zabránit prochlazení pacienta (přikrýt alufolií, která zabraňuje ztrátám tepla) a popřípadě volíme vhodnou analgosedaci.

Mortalita invazivních meningokokových onemocnění se pohybuje kolem 10 %, ale úmrtnost na meningokokovou sepsi je podstatně vyšší. Vzhledem k vysoké mortalitě je snaha používat již v PNP jednotný léčebný protokol IMO.

Po ukončení ošetření pacienta postačí vyvětrání sanitního vozu a dezinfekce míst potřísněných krví či jinými sekrety pacienta běžnými dezinfekčními roztoky. Riziko nákazy zdravotnického personálu je malé, za rizikový kontakt se považuje resuscitace z úst do úst, potřísnění obličeje zdravotníka slinami či jinými sekrety pacienta při intubaci a dalším ošetřování. U těchto zdravotníků – kontaktů je nařízen lékařský dohled po dobu 1 týdne a protektivní chemoterapie (V-penicilin, při alergii makrolid) po dobu 7 dnů v běžné terapeutické dávce užívané u respiračních onemocnění. Protiepidemická opatření je doporučeno koordinovat s příslušným epidemiologem.

veronikadomianova@seznam.cz

Literatura

1. Ševčík P., Černý V., Vítovec J. et al. Intenzivní medicína. Praha: Galén, 2000, 2003: 422. Pokorný J. et al. Urgentní medicína. Praha: Galén, 2004: 547.
2. Drábková J., Malá H.. Vádemékum novinek neodkladné péče. Praha: Grada Publishing, 1999: 224.
3. Hájek S., Štefan J. Příčiny, mechanismus a hodnocení poranění v lékařské praxi. Praha: Grada Publishing, 1996: 232.
4. Adams B., Harold C.E. Sestra a akutní stavy od A do Z. Praha: Grada Avicenum, 1999: 488.
5. Douglas Collins R. Diferenciální diagnostika prvního kontaktu. Praha: Grada Avicenum, 1993: 528.
6. Rožnovský L., Gutvirth J., Beneš J., Dostál V., Kasal E., Hobstová J., Kumpel P., Křížová P., Ticháček M., Plíšek S., Štruncová V. Standard efektivní klinické péče v přednemocniční neodkladné péči (PNP): Invazivní meningokoková onemocnění. Urgentní medicína, 2002, 3: 18 – 20.

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=107>

Využití videotréninku interakcí při vzdělávání zdravotníků

Mgr. Kateřina Jechová, Oddělení ošetrovatelské péče, FN Motol, Praha

Souhrn

Článek popisuje zkušenosti s výcvikovým programem, zaměřeným na podporu dobré komunikace na pracovišti. V kurzech pro zdravotnický personál Léčebny dlouhodobě nemocných a Kliniky dětské chirurgie FN Motol je využívána metoda videotrénink interakcí jako efektivní způsob pomoci v komunikaci s pacienty (zejména s pacienty, kteří mají zhoršenou schopnost komunikovat), jejich rodinami a v týmu zdravotníků. Jedná se o způsob práce se skupinami zdravotníků, který podporuje prevenci syndromu vyhoření zdravotnického personálu a přispívá ke zvyšování kvality péče v nemocnici.

Klíčová slova

zdravotnický personál - komunikace - videotrénink interakcí

Schopnost dobře komunikovat je jednou z nejdůležitějších dovedností zdravotníka. Sociální kontakt je nezbytnou součástí zdravotnické profese, ať již jde o lékaře, sestry, fyzioterapeuty, psychology, ošetrovatele či sanitáře. Každý profesionál zažívá denně situace, ve kterých se ocitá tváří v tvář různým těžkostem, bolesti, starostem i radostem, a je jen na něm, jak se bude v takových situacích chovat a jak je bude řešit. Dobrá komunikace v sociálním kontaktu je důležitá i proto, aby byla zdravotní péče kvalitní a uspokojovala potřeby pacientů i personálu. Zdravotníci se ve své práci učí komunikovat stále. Komunikace v prostředí nemocnice se ne vždy daří tak, jak bychom chtěli, a proto se snažíme hledat různé způsoby, jak podpořit to, co se v komunikaci na všech úrovních daří. Jednou z možností, kterou ve FN Motol využíváme, je videotrénink interakcí (VTI).

Co je VTI

Videotrénink interakcí je metoda, která má původ v Holandsku. Používá se v rodinné terapii, ve školách, zdravotnických zařízeních a ústavech sociální péče (ÚSP). Videotrenér pracuje s klienty v jejich přirozeném prostředí – s rodiči v rodině, s učitelem ve třídě, se zdravotníky a sociálními pracovníky v nemocnici nebo ÚSP, tedy tam, kde problém vzniká. Pomoc je nabízena prostřednictvím videozáznamů běžných denních situací. Řešení hledá v identifikaci principů komunikace a její analýze.

Podrobná analýza interakčních prvků a vzorců pak nabízí nový pohled na problémovou situaci a na možnosti a způsoby změny. Videotrénink interakcí v nemocnici se zaměřuje především na podporu pozitivních komunikačních dovedností těch, kdo pečují o pacienty, jsou s nimi v každodenním kontaktu.

Ve FN Motol používáme tuto metodu od roku 2002, kdy jsme spolupracovali na projektu Access Phare 2000 s názvem Komunikace jako nástroj zlepšení kvality péče o osoby s demencí, realizovaném občanským sdružením SPIN (sdružení pro videotrénink interakcí) ve spolupráci s Diakonií ČCE a financovaném v rámci programu Phare Access 2000 ze zdrojů EU. Projekt probíhal v LDN při FN Motol v roce 2002 – 2003 a protože měl dobré výsledky, navázali jsme na něj a pokračujeme i v dalších letech, přičemž využíváme získaných zkušeností. Podstatou projektu je dlouhodobá skupinová a individuální práce se skupinami profesionálů a dobrovolníků.

Program pro LDN

Program pro LDN je koncipován do 2 modulů. Je to základní modul – kurz, který jsme nazvali Komunikace jako nástroj zlepšení kvality péče o dlouhodobě nemocné. Je určen pro všechny, kteří pečují o dlouhodobě nemocné pacienty. Výcvikový program trvá 8 měsíců, součástí jsou skupinová setkání (vždy 4 hodiny), natáčení a individuální rozbor nahrávek s účastníky kursu. Každá lekce má své téma – úvod patří základním pojmům VTI, technice a etice natáčení.

V dalších lekcích se věnujeme např. základům komunikace s klientem s demencí, problematice aktivace a kompenzace, práci s „problémovým“ klientem a vlastním schopnostem a dovednostem.

Součástí setkání je vždy skupinový rozbor nahrávek, kterému předchází individuální rozbor s jednou ze dvou lektorek – autorkou článku nebo Mgr. Petrou Reiserovou z občanského sdružení SPIN. Skupiny jsou cca 10členné a pro práci je ideální, když se v nich setkávají členové jednoho týmu napříč profesemi. Tento základní modul zatím absolvovalo na 40 zdravotníků – sestry, lékaři, fyzioterapeuti, psycholog, ošetřovatelky, sanitáři a dobrovolníci, kteří mají v péči o pacienty v naší léčebně velmi důležitou roli.

Program pro střední management

Na tento kurz navazuje program určený pro střední management – staniční sestry a úsekové rehabilitační pracovníky. Jeho hlavním cílem je zavést a podporovat kvalitní komunikaci na pracovišti, a tak zlepšit kvalitu zdravotní péče o staré, dlouhodobě nemocné pacienty. K tomu je třeba, aby účastnice rozuměly základům komunikace personál – pacient, dokázaly úspěšně podpořit a vést své podřízené v komunikaci s pacienty, tzn. prakticky dokázaly využít své komunikační dovednosti v kontaktu vedoucích – pracovníků, uměly své komunikační dovednosti využít také v kontaktu s rodinnými příslušníky pacientů a dokázaly v tom pomoci i svým podřízeným. Dílčím cílem projektu je vytvoření zpětně-vazebních mechanismů na pracovišti, které je zásadní pro fungování pracoviště a prevenci syndromu vyhoření u personálu.

Výcvikový program probíhá od února 2005 a účastní se ho 7 staničních sester a 1 úseková rehabilitační pracovnice. Při práci se skupinou opět využíváme metody videotrénink interakcí, která používá videozáznam jako nástroj pro zpětnou vazbu a především rozhovor nad ním. Tato metoda se osvědčila jako jedinečný a velmi efektivní nástroj pro trénování managementu. V programu lekcí pracujeme s videonahrávkami různých situací, například: poskytování zpětné vazby pracovníkovi, pracovní poradou, koučovací rozhovor, hodnotící rozhovor; rozhovor s rodinnými příslušníky pacientů apod., používáme i metodu hraní rolí aj.

Video pomáhá při komunikaci v nemocnici

Metodu VTI jsme využili také v projektu Video na pomoc komunikaci v nemocnici – podpora komunikace mezi zdravotnickým personálem, rodičem a dítětem. Projekt byl zaměřen na problematiku komunikace ošetřujícího personálu, rodičů a hospitalizovaných dětí na dvou JIP Kliniky dětské chirurgie FN v Motole a probíhal od února 2004 do dubna 2005. Kurzu se účastnilo 13 osob – 2 lékařky, 2 staniční sestry a 9 sester ze dvou oddělení JIP.

Cílem tohoto výcvikového programu bylo zlepšení kvality poskytované péče – řešením složitých situací vznikajících zejména při komunikaci s rodiči. Nabízíme pozitivní podporu a pomoc ošetřujícímu personálu, poskytujeme pozitivní zpětnou vazbu na jejich práci, posilujeme jejich užitečné dovednosti, pomáháme ošetřujícím více se soustředit a naladit na verbální i neverbální projevy komunikace mezi dětmi (pacienty) a jejich rodiči, a tak umožnit lepší vzájemné porozumění (při péči o dítě, poskytovaným informacím i celkovému kontextu práce na oddělení), objevit rizikové momenty komunikace (problémové komunikační kanály), které vedou opakovaně k selhávání komunikace, a hledat nové užitečné způsoby řešení náročných či problémových situací na oddělení (týká se jak přítomnosti rodičů, tak formálního i neformálního kontaktu mezi pracovníky).

Z programu profitují i rodiče, nahrávky mohou být rozebírány i s nimi, pokud to situace a etické aspekty dovolí. Cílem programu je také tvorba oboustranně užitečných pravidel pro pobyt rodičů s dítětem v nemocnici. Základní využívanou metodou je – stejně jako v LDN – videotrénink interakcí, který nabízí nové možnosti v rozvoji výcvikových programů pro personál, založené na nenahraditelné a efektivní práci s kamerou jako metodou zpětné vazby, na modelování úspěšné komunikace, na výrazné podpoře týmové spolupráce, na otevření pozitivní komunikace na pracovišti, zlepšení atmosféry a podpoře týmové kooperace napříč profesemi. Výhodou je také komplexnost výcvikového programu a důraz na praktické trénování komunikačních dovedností účastníků výcviku.

Závěr

Projekt úspěšně pokračuje, protože přináší to, co bylo jeho cílem – nový pohled na možnosti komunikace mezi zdravotníky a klienty, informace o potřebách nemocných i pečujících a zejména jistotu, že videotrénink může být velkým přínosem pro dobrou komunikaci ve zdravotnických zařízeních. Projekty byly podpořeny dotací MZ ČR (Projekty zdraví – projekt Zdravá nemocnice – FN

Motol je od roku 2003 zapojena do mezinárodní sítě Health Promoting Hospitals – WHO), interním grantem FN Motol a nadací Preciosa (program na Klinice dětské chirurgie).

FN Motol je první nemocnicí v ČR, kde se pro vzdělávání zdravotníků a dobrovolníků v komunikaci s pacienty metody VTI systematicky využívá. Po dvou letech práce s VTI lze konstatovat, že tato metoda podporuje a motivuje personál a je současně účinnou prevencí syndromu vyhoření.

katerina.jechova@fnmotol.cz

Literatura

Jechová K. Podpora profesionální komunikace – využití metody VTI při vzdělávání zdravotníků, Visus Motoli jaro 2004; 41-44

Jechová K. VTI jako součást projektu Zdravá nemocnice, sborník Video jako nástroj pomoci, II. národní konference o videotréninku interakcí. Praha 2003; 22-25

Koběrská P., Jechová K., Müllerová M. Zkušenosti se vzděláváním pracovníků LDN FN Motol v komunikaci s klienty trpícími demencí pomocí metody videotrénink interakcí. Sborník z konference Cesta k modernímu ošetřovatelství V. 2003; 36-38

Jechová K. Podpora komunikace mezi zdravotníkem a klientem, Sestra 2003; 10: 31-32

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=108>

Nádorová kachexie u diabetičky s infaustní prognózou

Mgr. Dana Klevetová, Geriatrická klinika 1. LF a VFN, Praha

Souhrn

Kazuistika diabetičky středních let se syndromem nádorové kachexie s recidivou carcinoma rectosigmoidei s infaustní prognózou. Má přispět k zamyšlení nad kvalitou života umírající ženy v domácím prostředí, kde významnou roli hraje pečlivě sestavený individuální plán péče. Předpokladem k naplnění stanoveného plánu je v první řadě přínos spolupráce sestry domácí péče, praktického lékaře, lékařů specialistů, psychoterapeuta, rodiny, nesmí chybět právo umírajícího na vyjádření souhlasu se stanoveným plánem péče.

Klíčová slova

nádorová kachexie - cytokiny - stomie - ošetřovatelská anamnéza - ošetřovatelské diagnózy

Úvod

Počet maligních nádorů narůstá, v současnosti zaujímají malignity mezi příčinami úmrtí ve světě druhé místo. U pokročilého nádorového onemocnění se rozvíjí syndrom nádorové kachexie. Jejím charakteristickým rysem je úbytek hmotnosti, anorexie, svalová slabost, celkové vyčerpání, které se vyskytuje až u 80 % onkologicky nemocných. Změny metabolismu bílkovin, cukrů a tuků způsobují nejenom nádorové buňky, ale také cytokiny, které produkuje imunitní systém jako odezvu na nádor. Úloha cytokinů v procesu nádorové kachexie se zkoumá posledních 20 let, avšak dosud není zcela jasná patogeneze těchto peptidů a nemáme prostředky, které by rušily spolehlivě jejich účinek. Nádorovou kachexii zatím nedokážeme zvládnout zvýšeným přísunem živin, a proto léčebné úsilí zaměřujeme na nutriční podporu a volbu individuálního přístupu v souvislosti s projevy nádorového onemocnění. Je nesmírně důležité cíleně pátrat po příznacích, které způsobují omezený příjem stravy a způsobují malnutrici onkologicky nemocných.

Syndrom nádorové kachexie způsobuje zejména svalovou atrofii, snížení pohyblivosti, nehojící se rány, tvorbu dekubitů, sníženou imunitu, apatii a depresivní ladění nemocného. Současně ovlivňuje i průběh diabetického syndromu, je obtížné dosáhnout normality glykemických hodnot a dodržovat vhodný režim. Dochází k neočekávaným zvrátům, každý případ si žádá velice individuální přístup.

Kazuistika

38letá žena s diagnózou carcinoma rectosigmoidei. Nevěnovala příliš pozornost svým potížím, bagatelizovala projevy počínajícího nádorového bujení, až náhlá příhoda břišní ji přivedla k lékaři. Rozsáhlý nádor prorůstal do okolí, byly přítomny metastázy, provedeno paliativní řešení odstranění nádoru s následnou stomií, přeložena na onkologické pracoviště, kde byla prováděna aktinoterapie a chemoterapie. Po 8 měsících nádor dále prorůstal v oblasti amputace recta. Současně se léčila s DM I. typu, který měla od svých 22 let, aplikace inzulínu 2krát denně, zpočátku prováděla sama. Žila ve společné domácnosti s manželem a 2 dospívajícími dětmi, obě studovaly. – Pacientku jsme převzali do domácí hospicové péče, návštěva byla 1krát denně s možností zavolat v jakoukoliv denní i noční hodinu.

Ošetřovatelské intervence: provádět převazy defektu, monitorovat bolest a sledovat celkový stav, kontrola fyziologických funkcí, hladiny glykémie 1krát za týden, později obden. V domácí hospicové péči je prioritou stanovení individuálního plánu péče, který má několik kroků. Nejdříve provádím ošetřovatelskou anamnézu podle modelu M. Gordonové.

Ošetřovatelská anamnéza

Vnímání zdraví. Nemocná chápe prognózu svého onemocnění. Zpočátku věřila, že operační výkon a následná chemoterapie zlepší její zdravotní stav. Šest měsíců před smrtí se objevily květákovité výrůstky v oblasti amputovaného rekta, které silně secernovaly, zapáchaly a způsobovaly nejen bolest, ale i psychické utrpení. Nesnesla pohled na své znetvořené tělo. Zpočátku paní M. používala zrcátko a neustále sledovala defekty, které začaly prorůstat na genitálie. Později svůj boj s nemocí

vzdala. Často hovořila o tom, že pro ni má velký význam snaha lékařů (praktika, chirurga, onkologa i diabetologa) porozumět jejím obavám, nepřehlížet ji jako člověka, dokázat naslouchat, když ji přepadalo zoufalství, beznaděj, fyzické vyčerpání a lékaři v nemocnici, na onkologii i na ambulanci kolem ní chodili, jako by tady už nebyla.

Výživa. Je kachexická, váha jde rapidně dolů, váží 43 kg, měří 168 cm. Trpí zánětem sliznice v dutině ústní po prodělané chemoterapii, obtížně přijímá stravu. Dává přednost mixované stravě a chladnějším nápojům, denně vypije 1200 ml. Dodržuje diabetickou dietu, snaží se jíst 5krát denně po malých dávkách, aplikuje 2krát denně inzulin Mixtard 30 inzulinovým perem. Pravidelně sledujeme hladinu glykémie, je kolísavá, střídají se stavy normoglykemické a hyperglykemické, konzultuji situaci s diabetologem, který upravuje hodnoty inzulinu. Pacientka je unavená, občas trpí nechutenstvím a někdy naopak má hlad, ale problémy v dutině ústní brání příjmu potravy. Občas se objevuje zvracení při změně polohy a v souvislosti s opiáty. Dělá jí problém vnímat a cítit přípravu stravy.

Kůže. Kůže je suchá, na těle nemá vyrážky, dekubity. Defekt v oblasti operačního zákroku velikosti 8 x 5 cm, proniká do hloubky asi 10 cm, rána je rozpadlá. Karcinom prorůstá až na genitálie a do třísel, každý den se zvětšuje, způsobuje bolest a sníženou pohyblivost.

Vylučování. Močení bylo obtížné, nádor se rozrůstal a zužoval močovou rouru. Zavedla jsem permanentní katetr, který se velice obtížně zaváděl pro nepřehlednost terénu. Moč byla fyziologické barvy, bez příměsí. Diuréza odpovídala příjmu tekutin. Stolice byla pravidelná, řídká, snímána stomickým sáčkem. Pacientku trápily větry, sáček se nafukoval, řešily jsme to jiným typem stomického sáčku s filtrem a navíc jsme musely špendlíkem sáček propichovat. Musely jsme řešit složení stravy. Uměla sáček měnit, ale poslední 3 týdny života byla závislá na péči manžela a dcery.

Aktivita, cvičení. S nemocí se potýkala dva roky, spolupracovala a snažila se provádět jednoduché cviky k udržení fyzické kondice. Avšak poslední 3 měsíce byla apatická, neměla zájem o dění kolem sebe a pro únavu a snižující se váhu nebyla ani schopna cvičit. Dokázala se otočit a posadit s pomocí, chodila s doprovodem. Poslední týden života strávila pouze na lůžku. Hygienickou péči pomáhal zvládat manžel s dcerou. Paní M. nebyla schopna sebezpečí. Sama se dokázala najíst, jídlo jí připravoval manžel. Sledovala TV, poslouchala hudbu, chtěla šero v místnosti.

Spánek. Zpočátku spala dobře, později byl spánek rušen bolestí a neschopností změnit polohu. Byl upraven analgetický režim s podáváním tbl. Hypnogenu na noc.

Vnímání, poznávání. Psychické funkce byly v celém rozsahu zachovány, nemocná měla náhled na svá fyzická omezení. Často se zabývala otázkou smrti, přála si ji a očekávala ji s radostí. Měla stavy velkého zármutku, nechtěla prohrát, ale bezvýsledný boj ji vyčerpával, potřebovala skutečnou lidskou účast na svém utrpení, tápala mezi životními rolami, v jednu okamžik si přála odejít, a zároveň zůstat i nadále schopnou matkou a pečlivou manželkou. Nedařilo se, situace si žádala mnoho jejích duševních sil, kterých nemoc ubírala stále víc. Byla zdravotní sestrou, věděla, že není návratu zpět, a žádala od okolí, aby se podívalo se pravdě do očí. Měla za zlé manželovi, dětem i zdravotníkům, že jí stále chlácholí, nechtěla to poslouchat, potřebovala řešit konkrétní potíže s jasným cílem, co bude dál.

Bolest vnímala jako nesnesitelnou, píchavou a trvalou, závislou na pohybu. Hodnotila ji číslem 6.

Sebepojetí, sebeúcta. Přestávala se mít ráda, připadala si jako „odporný hmyz“, který na světě překáží. Nechtěla být rodině přítěží, stále je litovala, že se o ni musejí starat. Ale tyto lítosti se střídaly se stavy agrese, že se jí málo věnují a čekají, až už tady nebude. (V anamnéze neúspěšný pokus o sebevraždu ještě před onemocněním pro časté konflikty s manželem.)

Role, mezilidské vztahy. Před onemocněním pracovala jako zdravotní sestra na urologickém oddělení, později v kartotéce, práce se jí líbila. S manželem časté neshody (alkohol, fyzická napadení). Nyní o ni manžel vzorně pečoval a projevoval zájem o její spokojenost. Sama nyní svou roli chápala jako naprosto zbytečnou, pociťovala, že nemůže plnit roli matky a manželky. Odmítala návštěvy přátel, styděla se za svůj vzhled.

Sexualita, reprodukční činnost. Litovala svého muže a vybízela ho, ať si najde jinou ženu. Dokonce nechtěla, aby s ní sdílel manželskou postel, bylo náročné jí vysvětlit, že manžel jí chce být nablízku,

kdyby v noci něco potřebovala. Vedla jsem s ní rozhovory o vztahu muže a ženy, který nespočívá pouze v sexualitě. Zdůrazňovala jsem, že postoj manžela k ní se velice změnil – projevoval svou lásku péčí o ni, bylo vidět, že lituje promarněných let rodinných neshod.

Stres, zátěžové situace. Samotné onemocnění bylo zátěží. Každý pohyb byl nepříjemný, hodnotila svůj dosavadní život a hledala opěrný bod. Našli jsme ho v roli matky, kterou stále je, a zůstal jí hlas a ruce, takže může sdělit vše, co ještě dětem chce říci, může je pohladit. Začala používat silný parfém, který přehlušil zápach z ran.

Nechtěla již chodit do ambulance – „nechci se setkávat s arogancí a cítím, že už pro mne nemohou nic udělat, potřebuji ale povzbudit, pochválit za odvahu, že se snažím bojovat a nebrečím a nevzdávám to. Cožpak nedokáží pochopit, že je pro mne důležitější vlídné slovo, úsměv, pohlázení, chvíle zastavení, že lidská účast, to je naděje, kterou potřebuji?“

Víra, přesvědčení. Cítila, že se její konec blíží. Nebyla věřící. I když to nahlas nepřipouštěla, věřila v pomoc rodiny a přála si být v domácím prostředí, naprosto odmítala hospitalizaci. Zlobila se na manžela, že zavolal RZP, když upadla do hypoglykemického kómatu. Byla jsem přítomna lékařské akci, když aplikoval venózně glukózu, a její první slova byla: Proč jste mne nenechali zemřít, nerespektujete mé přání! Hovořily jsme spolu o tom, že rodina si nedovede představit, že jim odejde, snažila jsem se hovořit se všemi, vysvětlit jim vidění situace každého ze zúčastněných a zdůraznit příležitost, aby si vzájemně sdělili si svá přání, pocity, starosti.

Ošetrovatelské diagnózy

Stanovuji aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy (zde uvádím některé z nich).

Aktuální dg.: 1. Nehojící se defekt. 2. Nádorová bolest. 3. Snížená sebek péče. 4. Omezená pohyblivost. 5. Porucha výživy. 6. Porucha celistvosti sliznice dutiny ústní. 7. Nevlnost ze zápachu připravovaného jídla. 8. Sucho v ústech v důsledku podávání MST. 9. Bolestivost při čištění zubů. 10. Narušení psychické rovnováhy. 11. Obtíže v přijímání stravy. 12. Porucha spánku. 13. Snížená sebeúcta. 14. Strach z umírání. 15. Riziko diabetických komplikací. 16. Riziko poruchy spolupráce. 17. Zvracení.

Potencionální dg.: 18. Riziko diabetických komplikací. 19. Neochota ke spolupráci. 20. Porucha vnímání. 21. Zmatenost. 22. Neschopnost přijímat potravu. 23. Porucha rodinných vztahů. 24. Rodina obtížně zvládá situaci. 25. Selhání rodinné péče.

Nehojící se defekt

Krátkodobý cíl: zvolit vhodný materiál, který by snímal zápach a snižoval bolest, snadná fixace.

Dlouhodobý cíl: zamezit kožním komplikacím, stanovit monitoring bolesti.

Ošetrovatelské intervence: Zhodnocení defektu. Sledovat proces hojení, zhodnotit fázi hojení a volbu materiálu. Zhodnotit stav výživy a doporučit správné složení stravy. Posoudit vliv kožních projevů na psychiku. Péče o kůži, využití parfému a osvěžovače v místnosti.

Realizace: Kombinace aplikace Actisorbu, Sorbalgonu, čtverce se slabým roztokem Betadine, výplachy fyziologickým roztokem. Na třísla obklady s Infadolanem nebo Menalindem. Zvolila si sama příjemný parfém, místnost je často větrána, používáme osvěžovač vzduchu.

Zhodnocení: Zápach zmírněn na únosnou míru, defekt se zvětšoval, kůže v okolí byla ošetřena a bolest byla mírnější, podávání analgetik v pravidelných dávkách, bolest vždy řešena podle naléhavosti. Pokračovat dále v plánu péče o defekt.

Nádorová bolest

Projevy: subjektivní hodnocení číslem 6 – 8, závislá na pohybu, rušící spánek, pacientka má strach z pohybu, psychická deprivace, objevují se průlomové bolesti, hlavně při změně pohybu.

Cíl: zmírnit bolest, zlepšit spánek, nalézt úlevovou polohu, využít kompenzační pomůcky do lůžka při příjmu stravy a sezení, objevit vhodné relaxační metody a rehabilitační návaznosti.

Ošetrovatelské intervence: Stanovit pravidelné podávání analgetik. Řešit průlomové bolesti ve spolupráci s anesteziologem. Zvolit vhodnou podpůrnou terapii bolesti. Aplikace analgetik a sledování nežádoucích účinků. Přesvědčit rodinu, že opiáty jsou prioritním lékem a významné místo má pravidelnost. Sledovat hodnoty glykémie v souvislosti s bolestí, analgetiky a koanalgetiky.

Realizace: Anesteziolog nastavil kombinaci MST (morphin) 30 mg-30 mg-60 mg v kombinaci s Algifenem gutt. 30-30-30. Průlomové bolesti jsme řešili přidáním Dolminy 100 mg i. m, někdy také Fentanyl i. m., vždy jsem měla možnost konzultace s anesteziologem. Podle intenzity bolesti, sdělené nemocnou, jsme také zvyšovali dávky MST. Přidali jsme psychofarmaka na zklidnění a hypnotikum na zlepšení spánku, podle potřeby antiemetika. Byly i dny, kdy manžel volal v noci a já přicházela aplikovat analgetikum nebo radila, jak některé situace řešit. Doplňovala jsem léčbu psychoterapeutickým rozhovorem a muzikoterapií, podle přání nemocné jsem využila i reflexní terapii a lymfatické masáže. Hledala jsem v čínské medicíně a objevila akupresní body pro zmírnění bolesti a zklidnění psychiky. Osvědčila se nafukovací podložka pod hýždě, servírovací stolek do lůžka sloužil i jako opěrka pro ruce. Pomáhalo to, i když si myslím, že nejvíce pomáhala sama moje nabídka něčeho nového, snaha zlepšit její potíže, přicházela jsem vždy s něčím novým, nikdy jsem neřekla, už jsme všechno vyčerpaly. Dávala jsem spolu s rodinou naději do posledních dní tím, že potíže dokážeme zmírnit a umírání bude snesitelné. Právě hledání cest a chytání opěrných lan vedou k udržení důvěrného vztahu mezi sestrou a nemocnou. Nemocný má právo vyptávat se a také právo rozumět. A je na sestře, aby dokázala volit správná slova ve správný čas a vytvořila profesionální přístup s úctou k jedinečnosti člověka.

Hodnocení: bolest jsme dokázali zvládnout, nebyla prodleva delší než 2 hodiny, kdy jsme vymysleli řešení. Objevily se nežádoucí účinky z podávání MST, následně jsme je úspěšně řešili. Bolest duše a bolest sociálních a spirituálních rozměrů byla větší než bolest těla. Potřebovala cítit lásku a zájem rodiny a přesvědčovala se o tom někdy tím, že byla na své blízké nepřijemná, aby získala zprávu, že ji i přesto nechají doma.

Zánět sliznice úst

Projevy: bolestivost při příjmu potravy a strach stravu přijímat.

Cíl: snížit bolestivost ošetřováním dutiny ústní a zvolit podávání stravy v jiné formě.

Realizace: Dutinu ústní jsme ošetřovali Pagavitem, ředěným Rivanolem, Betadine několikrát denně, hlavně po každém jídle, a ošetřená místa jsme potírali Thiaminem – tyto praktiky se velmi osvědčily. Vyzkoušela jsem také olivový olej, pomáhal zklidňovat, a současně gel Mundi.

Oblíbená jídla připravoval manžel mixovaná, radila jsem takovou formu s přidáním převařené vody. Nemocná to velmi dobře přijímala, podávali jsme stravu v malých porcích, chladnější.

Jídla, která se osvědčila: bramborová kaše s vařeným kuřecím masem, svíčková omáčka, rajská omáčka mixovaná jen s knedlíkem nebo samostatně podávaná, mixované sýry se smetanou, tvaroh mixovaný s pudinkem, slaný tvaroh s paprikou, dětské přesnídávky.

Tekutiny: mátový čaj, mírně zmrazené jahody mixované s mlékem, slepičí vývar, občas slabá víta káva a jablkové pyré velmi ředěné převařenou vodou. Prioritou je respektovat přání nemocné, což znamená ovlivnit rodinu, aby přijala způsob přípravy stravy a její podávání, i když s ní nesouhlasí. Ke snídani diabetické zákusky a vůbec velmi kalorickou a tučnou stravu. K příjmu tekutin a někdy stravy jsme také využívali umělohmotnou hadičku (průměr 0,5 – 1 cm, konec hadičky je třeba upravit, aby nebyl ostrý).

Pravidelně jsme sledovali hladiny glykémie, pohybovala se mezi 8 –12 mmol/l. Manžel a dcera byli pečlivými ošetrovateli a celodenní péči zvládali.

Nevolnost ze zápachu připravovaného jídla

Cíl: řešit spolu s nemocnou a rodinou způsob přípravy stravy a uspořádat prostředí.

Ošetrovatelské intervence: Rozhovor s manželem o možnostech. Rozhovor s nemocnou o její představě. Volba vhodné stravy.

Realizace a zhodnocení: Manžel vařil večer, když nemocná spala, větral a jídlo ohříval podle potřeby v mikrovlnné troubě. Současně bylo otevřené okno v pokoji paní M. a pečlivě zavřené dveře, pokud musel vařit pro zbytek rodiny. Velmi důležitá je úprava prostředí a samotné podávání stravy. Rodina zakoupila servírovací stůl do lůžka a nové nádobí z umělé hmoty včetně příboru. Osvědčilo se, umělá hmota nedráždila dutinu ústní.

Sucho v ústech v důsledku podávání MST

Cíl: zvládnout zvlhčování sliznice ústní.

Realizace: Po mnoha jiných produktech se nám osvědčil olivový olej, někdy s přidáním kapky oleje 31 nebo Tee Tree pro osvěžení dutiny ústní, kterým paní M. podle potřeby vytírala ústa, nebo alternativa, kdy trochu oleje vzala do úst, zvlhčila a vyplivla do emitní misky. Cucala kostky ledu, konzervované kousky ananasu, žvýkačky bez cukru. Z jídelníčku jsme odstranili suché pečivo, jedla jen měkký chléb, tučně mazaný máslem nebo pomazánkami, občas si chléb máčela do nápoje, který si sama přála. Rty si potírala tyčinkou na rty Neutrogena.

Ztráta chuti k jídlu

Cíl: domluvit se na malých porcích a podávat každé 2 hodiny, současně upravit prostředí a zvolit vhodné nádobí.

Realizace: Strava byla podávána každé 2 hodiny, na stolečku u lůžka měla vždy sušenky Albert, které máčela do minerální vody. Volili jsme také nové potraviny, které dříve nikdy nejedla, aby je ochutnala. Stravování se stávalo rituálem s úpravou polohy, vhodným oblečením, umytím rukou. Podávání stravy trvalo také půl hodiny, bylo spojené s vyprávěním a pomalým polykáním, nikdo na pacientku nespěchal.

Zhodnocení: Bylo to obtížné vzhledem k podávání inzulínu, někdy jsme museli doplnit stravu sladkým čajem, aby nedošlo ke snížení hladiny glykémie. Také jsme „oslavovali“ čokoládovým bonbónem, dobře se rozpouštěl v ústech.

Diskuse

Hospicová domácí péče je přínosem pro ty nemocné a jejich rodiny, kteří chtějí a dokáží zvládnout obtížné situace terminální fáze onemocnění. O domácí hospicové péči mnoho lidí neví, anebo má obavy, že ji nedokáže poskytovat, chybějí jim informace o základní ošetrovatelské péči. Zdravotníci jejich podávání podceňují, což považují za profesionální selhání.

Nesmírně důležité je vytvořit vztah sestra – nemocný. Nemocný si žádá sestru, která ho bude provázet poslední etapou života, která snese jeho stížnosti, nářky a bolesti. Jedině tak ho dokáže posílit, když sama neselže a neodvrátí se, udrží odbornou připravenost řešit neočekávané situace a svou citlivostí dokáže vnímat odlišnosti postoje nemocného.

Tuto nemocnou jsme měla možnost ošetřovat jako sestru u lůžka i jako sestru DP. Vnímala jsem velké rozdíly jejího přístupu v odlišných prostředích. Doma byla jistější, odváznější, bylo tam méně bolesti, více pravdy, byla jsem sestrou jen pro ni. Měly jsme čas denně řešit, co ji trápilo, neodbíhala jsem za jinými nemocnými. Chtěla jsem porozumět tomu, jak vnímá svou situaci, co ode mne očekává a jak jí mohu pomoci. Někdy bylo pro mne těžké hovořit o smrti, snést její zlobu, ale v tom je právě síla vytvořeného vztahu, zkoušela mne, kolik vydržím, zda zůstanu a nevzdám se, a můj příklad posiloval i ji. Během 6 měsíců jejího umírání jsme si k sobě našly cestu. I pro mne jako zdravotníka bylo důležité rozloučit se.

V příběhu paní M. bylo zajímavé, že po zavolání RZP, kdy organismus měl hypoglykemickou kómu (a ona se na rodinu zlobila, že ji nenechala odejít), během dalších dnů (3 dny před smrtí) byly hodnoty glykémie kolem 20 mmol/l. Napadá mne: jako by tělo metabolicky vzdorovalo zásahu lidské ruky. Přemýšlela jsem i o dalších věcech: jejím dřívějším pokusu o sebevraždu, současném volání, abychom ji zabili; měla vedle sebe inzulínové pero, byla zdravotní sestrou, věděla, jak se zabít, a přesto to neudělala. Chtěla žít, i když mluvila o opaku, chtěla nás vyprovokovat k nějaké akci, měla strach a potřebovala naši účast a porozumění pro její zlost.

Závěr

Domácí péče byla pro nemocnou přínosem, dokázala v rodinném kruhu bojovat, ale i prohrávat. Přicházely chvíle, kdy neunesla svou závislost na rodině, pohled na své tělo, a chtěla rychle odejít. Společnými silami rodina našla ochotu a sílu jít až za hranice svých možností. Sestra domácí péče doprovázela jejich kroky a byla pomocníkem a rádcem na jejich složité životní etapě. Zvládli to, rodina pochopila svou cenu, přijali nevyhnutelné. Zůstaly však osobní vztahy a vzpomínky, které budou rodinu posilovat a stmelovat.

Po smrti paní M. jsem často hovořila s její dcerou a manželem; i pozůstalí potřebují naši péči. V našem systému zdravotnictví to ale zatím nemáme zakódováno, o to víc musíme přijímat svou profesní zodpovědnost za poskytovanou péči. Nejde o přidání času, ale o kvalitu vztahů.

Literatura:

Vyzula, R. et al.: Výživa při onkologickém onemocnění. Galén 2001

Anděl, M. et al.: Diabetes mellitus a další poruchy metabolismu. Gaén, 2001

Jak si poradit s cukrovkou – Roche s. r. o. (www.roche.cz)

Frankl, V. E.: A přeci říci životu ano. Brno. 1995

Honzák, R.: I v nemoci si buď přítelem. Praha: Avicenum, 1989

Kubler, G, Ross, E.: Otázky a odpovědi o smrti a umírání. Turnov. Arica: 1993

Lukasová, E.: I tvoje utrpení má smysl. Praha: Cesta 1998

Mastiliaková, D.: Úvod do ošetrovatelství, 1. a 2. díl. Karolinum 2003

(klevetova@seznam.cz)

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=109>

Kam kráčíš, resuscitace?

Bc. Petr Mojha, MUDr. Ondřej Franěk, Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy – ÚSZS

Souhrn

Základní i rozšířená neodkladná resuscitace má svoje definované standardní postupy. V posledních letech se ovšem objevila řada nových poznatků a možností, které nutí k přemýšlení o zefektivnění resuscitačního úsilí. Z hlediska základní neodkladné resuscitace je to zejména použití automatizovaných defibrilátorů laiky a také co nejméně přerušované provádění masáže u primárně kardiogenních příhod. Rozšířená neodkladná resuscitace klade důraz na celkovou kvalitu, včasnou endotracheální intubaci, pre-resuscitaci před první defibrilací (není-li zachránce svědkem zástavy) a na snížení metabolických nároků mozku chlazením. Z hlediska záchranných systémů hraje klíčovou roli zejména precizní organizace přednemocniční péče – řetězce přežití. Významným prvkem je dispečerem tísňové linky telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace.

Klíčová slova

náhlá zástava oběhu - resuscitace

Úvod

Resuscitace je definována jako snaha o náhradu a obnovení základních životních funkcí v situaci, kdy z jakéhokoliv důvodu došlo k náhlé zástavě oběhu (NZO). Přestože bylo během doby dosaženo významného pokroku zejména v profesionální nemocniční péči o osoby stížené NZO, zůstává klíčovým prvkem „záchranného řetězce“ laická první pomoc a na ni navazující rozšířená resuscitace na místě příhody. Právě tato pomoc tvoří často onen tenký most mezi životem a smrtí.

Z historie resuscitace

Snaha o záchranu života osob „náhle umírajících“ je stará jako lidstvo samo.

Již odedávna existovala snaha vzkřísit mrtvé, zejména náhle zemřelé, utonulé, udušené či podchlazené. Tyto snahy dokumentují zachované starověké kresby, ale například i zápisky v bibli. Zároveň s opatřeními z dnešního pohledu primitivními byla prováděna i opatření poměrně moderní – například pro vhánění vzduchu do úst nedýchajícího se používalo dmychacího měchu.

Ještě před koncem 19. století byla srdeční masáž výjimečná. Až ve století dvacátém, a zejména v jeho druhé polovině, se začala resuscitační věda rozvíjet ve své moderní, dnešní podobě. V roce 1958 Safar prokázal přednosti umělého dýchání z plic do plic ve srovnání s jinými, dříve doporučovanými a používanými způsoby. Kouwenhoven, Jude a Knickerbocker znovuobjevili a propracovali nepřímou srdeční masáž obnovující krevní oběh. Další důležitou roli sehrál dřívější Gurvičův objev možnosti zrušení fibrilace myokardu výbojem stejnosměrného proudu. Konečně v roce 1968 vyšla v USA Safarova příručka *Kardiopulmonální resuscitace*, v roce 1978 potom kniha *Kardiopulmocerebrální resuscitace*, která obsahuje i nové vědomosti týkající se patofyziologie a stavu selhání základních životních funkcí a problematiky ožívání.

Historické milníky resuscitace

1542	Vesalius: popis fibrilace komor
1542	Paracelsus: umělé dýchání vzduchem vháněným měchem do úst
1892	Bird: nepřímá srdeční masáž
1898	Silvestr, Brosche: umělé dýchání zevním způsobem
1947	Beck: srdeční defibrilace
1958	Safar, Elam: umělé dýchání z plic do plic
1960	Kouwenhoven, Jude, Knickerbocker: spojení umělého dýchání a nepřímé srdeční masáže
1968	Safar: termín kardiopulmonální resuscitace
1978	Safar: termín kardiopulmocerebrální resuscitace

Současnost

Metodikou neodkladné resuscitace se zabývá několik mezinárodních organizací. Nejvýznamnější autoritou je v tomto směru Mezinárodní styčný výbor pro resuscitaci (ILCOR), v Evropě potom Evropská rada pro resuscitaci. Snaha o celosvětovou standardizaci resuscitačních postupů ovšem paradoxně vede k jisté těžkopádnosti systému. Poslední vydané „doporučené postupy“ k provádění KPCR pocházejí z roku 2000, což – s ohledem na nutné přípravy – znamená, že vycházejí z poznatků dnes již 8 – 10 let starých. Navíc se zatím užívaná schémata vůbec nezabývají příčinou zástav a nabízejí v podstatě pouze „symptomatickou“, nikoliv kauzální léčbu. Proto je překvapující, jak dogmaticky jsou tyto postupy dodnes přijímány odbornou veřejností, a diskuse o nich bývá považována za nepřipustnou a zbytečnou.

Je přitom otázka, zda v době všeobecného uznání Evidence-Based Medicine (EBM) má vůbec existence výborů a rad svoje opodstatnění, a zda ve svém důsledku neblokuje přirozenou evoluci oboru. Názor expertů patří podle zásad EMB až na jedno z posledních míst, co se váhy zdrojů týká, a množství dobře dokumentovaných studií o resuscitaci každoročně roste. V posledních letech se objevila řada studií, jejichž výsledky se v některých směrech dostávají do rozporu s oficiálními doporučeními. Nové poznatky se však bohužel do praxe dostávají více než pomalu.

Budoucnost

Stejně jako v jiných oblastech medicíny se ukazuje, že symptomatický přístup v případě resuscitace není optimální. Jinými slovy – není podstatné jen to, **že** k zástavě došlo, ale také to **proč** se tak stalo.

To velmi výrazně modifikuje používané postupy.

U **kardiálních zástav** je se tělo pacienta nenachází ve stavu celkové hypoxie: je v podstatě „plné“ okysličené krve, která se ale nedostává tam, kam je potřeba. Je zřejmé, že **klíčové je obnovení cirkulace krve**, tj. **provádění nepřímé masáže**. V těchto situacích lze na úkor dýchání prodloužit sekvenci nepřímé masáže až např. k poměru 100:2, a v případě, že je na místě jen jeden zachránce a příjezd profesionální pomoci lze očekávat v řádu minut, dokonce někteří autoři doporučují úplně rezignovat na provádění umělého dýchání. V profesionálním prostředí jsou v současné době testovány nové modely počítačem řízených sofistikovaných automatických masážních přístrojů, jejichž účinnost dovoluje pomýšlet na „ještě kauzálnější“ léčbu – např. provedení PTCA během pokračující resuscitace.

U zástav, které mají původ v **hypoxii**, je klíčové **obnovení účinné ventilace**. V praxi to znamená především **uvolnění dýchacích cest** a případně zahájení **umělého dýchání**. Až poté má cenu začít nahrazovat funkci srdce jako pumpy.

Nejčastější bezprostřední příčinou NZO je komorová fibrilace a co nejčasnější defibrilace se logicky stala jedním z cílů neodkladné resuscitace. Poslední výsledky studií ovšem prokázaly, že elektrický výboj – defibrilace – je prioritním výkonem pouze do doby 3 – 4 minuty po vzniku NZO. Poté je již lepších výsledků dosahováno tehdy, pokud výboji předchází několik minut trvající „**pre-resuscitace**“ zajišťující zlepšení okysličení myokardu v období před výbojem. Výsledky jsou závažné pro resuscitaci profesionály, ale také jde o jeden z dalších limitů, které poněkud tlumí počáteční nadšení z automatizovaných defibrilátorů a zavádění laické defibrilace.

Ačkoliv se to z našeho pohledu zvyklého na přítomnost lékaře v přednemocniční péči zdá samozřejmé, teprve loni byla publikována práce potvrzující jednoznačně pozitivní vliv **endotracheální intubace** na výsledky resuscitací. Co nejčasnější kvalitní zajištění dýchacích cest se tedy stává jednou z jasně definovaných priorit během neodkladné resuscitace.

Staronovým postupem je potom snaha o minimalizaci metabolismu mozku v období po NZO pomocí **hypotermie**. Trvání hypotermie je 24 – 48 hodin, cílová teplota 32 – 33 °C, pak následuje opět ohřívání rychlostí cca 0,5 stupně za hodinu.

V moderních záchranných systémech se také stále častěji používá i „**telefonická asistence**“ **při neodkladné resuscitaci**. Speciálně vzdělaný dispečer záchranné služby aktivně krok za krokem

vede volajícího k poskytnutí účinné první pomoci. Statistické výsledky prokazují, že jde o metodu účinnou, a přitom náklady na její zavedení jsou prakticky nulové.

Závěr

Ze statistik víme, že naprostá většina náhlých úmrtí mimo nemocnici je způsobena náhlou srdeční smrtí. Právě v takové situaci má dokonalé fungování „záchranného řetězce“, včetně optimálního postupu neodkladné resuscitace, zcela zásadní význam. Přesto jsou pozornost veřejnosti a s ní i finanční prostředky a osvětové úsilí věnovány daleko více například následkům úrazů a dopravních nehod, přestože počet obětí těchto dějů je řádově 10krát menší.

Tato práce si klade za cíl shrnout možné cesty pokroku v neodkladné resuscitaci a jejich praktický dopad pro přednemocniční neodkladnou péči z hlediska nelékařských povolání, a v neposlední řadě přispět i ke zvýšení obecného povědomí o moderních postupech poskytování KPCR.

Literatura:

1. A Statement for Healthcare Professionals From Task Force of the ILCOR. Cardiac Arrest and Cardiopulmonary resuscitation Outcome Reports: Update and simplification of the Utstein Templates for Resuscitation Registres. *Circulation*, 2004;110:3385 – 3397.
2. Common statemet of AHA, ERC, HSFC, ARC. Recomendated Guidelines from Uniform Reporting of Data From Out-of-Hospital Cardiac Arrest: The Utstein Style. *Circulation*, 1991; 84: 960-975.
3. ČLS JEP - spol. UM a MK Metodické doporučení č. 2 – Neodkladná resuscitace [online]. 2004 (cit. 20.2.2005). Dostupné z .
4. DE LATTORE, F. et al. ALS guidelines [online]. 2000 (cit 20.2.2005). Dostupné z .
5. DRÁBKOVÁ, J. Neodkladná resuscitace do třetího tisíciletí [online]. 2000 (cit 20.2.2005). Dostupné z .
6. EISENBERG, MS et al. Emergency CPR instruction via telephone. *A J P H* 1985;75:47-50.
7. FRANĚK, O. Dispatch life support [online]. 2003 (cit 20.2.2005). Dostupné z .
8. FRANĚK, O. Faktory významné pro přežití pacientů stížených mimonemocniční náhlou zástavou oběhu a možnosti jejich ovlivnění. *Urgentní medicína*, 2003; 6:12-13.
9. FRANĚK, O. "Umělé dýchání" během laické kardiopulmonální resuscitace - ano či ne? *Medicína*, 2000; 6: 38.
10. HANDLEY, A., et al. BLS guidelines [online]. 2000 (cit 20.2.2005). Dostupné z .
11. MONSIEURS, K.G. et al. Automatizovaná externí defibrilace [online]. 2000 (cit 20.2.2005). Dostupné z .
12. POKORNÁ, M., FRANĚK, O. Kongres Evropské rady pro resuscitaci. *Urgentní medicína*, 2005; 1:10 – 12.
13. SANDERS, A.B. et al. Survival and neurological outcome after cardiopulmonary resuscitation with four different chest compression-ventilation ratios. *Annals of Emergency Medicine*, 2002;ol 40, No 6: 1567- 572.
14. SHY, B.D, et al. Time to intubation and survival in prehospital cardiac arrest. *Prehospital Emergency Care*. Oct-Dec 2004;Vol 8, No 4.
15. VAN ALEM, A. et al. Use of automated external defibrillator by first responders in out of hospital cardiac arrest: prospective controlled trial. *BMJ* 2003;327:1312
16. WIK, L., et al. Quality of Cardiopulmonary Resuscitation During Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *JAMA*, 2005; 293:299-304.
17. WIK, L., et al. Quality of bystander CPR influences outcome after prehospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 1994; 28:195-203.
18. WIK, L., et al. Delaying Defibrillation to give basic CPR to patients with out-of-hospital ventricular fibrillation. *JAMA* 2003;289:1389-1395.

(os@zzshmp.cz)

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=110>

Sexoterapie

PhDr. Martina Venglářová, Soukromé sexuologické centrum GONA, Praha

Sexoterapie (též *sexuální terapie*) je specifický terapeutický přístup, úspěšně využívaný při zvládnání funkčních sexuálních poruch. Zaměřuje se na nácvik uspokojivého chování a zvládnutí příznaků. Jde tedy o terapii z okruhu behaviorálních.

Někdy se objeví hlubší původ poruchy a pak je vhodné sexoterapii doplnit párovou či individuální psychoterapií. Pár pracuje s terapeutem nebo s terapeutickou dvojicí muž a žena. V prvním setkání jde o zmapování sexuálního života, přání partnerů, seznámení s průběhem terapie. Partnerský pár dostává sérii instrukcí, na sebe navazujících úkolů, které plní mezi jednotlivými setkáními s terapeutem.

Cíl sexoterapie

Cílem sexoterapie je: 1. pomoci partnerům začít otevřeně mluvit o svých přáních a potřebách v oblasti intimního života, 2. uvolnit napětí související s intimním životem (strach ze selhání, obavy z nepříjemných či bolestivých pocitů apod.), 3. postupně pomocí tréninku zlepšit narušené funkce, 4. hledat faktory stimulující sexuální život.

Uspokojivý sexuální život je jednou ze základních složek určujících kvalitu lidského života a partnerského vztahu. Co si pod tímto pojmem každý z nás představí, je velmi rozdílné. Velký vliv na naše očekávání mají zkušenosti (přesněji vyprávění) našich známých a také média. Vídáme „lásku na první pohled“, končící skvělým sexem trvajícím až do rána, pár zvládající akrobatické polohy, vytrénovaná dokonalá těla milenců. Řada lidí má následkem těchto sdělení nereálná očekávání od sebe, svého partnera, svého sexuálního výkonu. Úžasný sex přijde nějakým zázrakem, mohou ho mít jen mladí a krásní lidé, není třeba myslet na následky ... Konfrontace filmů a reklam s realitou vlastního sexuálního života může vyvolat řadu problémů, někdy dokonce ostych či nechuť navázat intimní kontakt. Pravdou je, že kvalitní sexuální život může vést každý člověk. Je důležité, aby naslouchal svým potřebám, svá přání konfrontoval s reálnými možnostmi a především – byl aktivní v hledání partnera, v navazování vztahů s lidmi, a neobával se o intimních věcech hovořit.

Funkční sexuální poruchy

Přesto existují lidé s obtížemi v sexuálním životě. Mohou být původu tělesného a po důkladném vyšetření poruchy vyžadují léčbu specialistů (urologie, gynekologie, interní lékařství apod.). Druhou skupinu tvoří tzv. **funkční poruchy**. Jde o obtíže psychogenního charakteru:

a) Situační faktory – nepříznivé nebo dokonce nevhodné podmínky pro uskutečnění pohlavního styku, nedostatek soukromí, obavy z otěhotnění či nákazy.

b) Traumatizující zážitky – události spojené se sexuálním životem, které vyvolávají strach, pocit studu, méněcennosti. Závažné jsou následky sexuálních traumat – zneužívání a znásilnění.

c) Partnerské problémy – rozpory mezi partnery, hádky, nevěra, nepřátelské chování jednoho nebo obou partnerů, ochladnutí vztahu, chybění porozumění.

d) Osobnostní problémy na straně muže nebo ženy. Špatné přijetí neúspěchu, očekávání nezdaru, úzkostné prožívání. Obtíže mohou způsobit také nejasnosti v sexuální orientaci, deviantní sexualita.

e) Psychické poruchy. Časté jsou stavy spojené s depresí, která může být původním problémem i následkem potíží v sexuálním životě.

Kritéria úspěšné léčby

Sexoterapii vyhledávají páry z různých důvodů. Ze strany mužů jde o poruchy erekce (ztopoření) či předčasnou ejakulaci (výron semene). Ženy přicházejí s frigiditou (chyběním sexuální touhy),

anorgasmii (chybění pocitového vyvrcholení – orgasmu), vaginismem (stažením poševního vchodu a svalů pánevního dna). Příznivou prognózu mají páry splňující tato kritéria (Hawton 1995):

1. dobrá kvalita základního vztahu dvojice
2. dobrá motivace obou partnerů
3. nepřítomnost duševního onemocnění
4. tělesná přitažlivost mezi oběma partnery
5. dobrá spolupráce při „domácích úkolech“.

Pokud partneři alespoň ze zásady splňují tyto podmínky, mohou s úspěchem projít sexoterapií. Léčba probíhá během 8 – 10 setkání v délce 50 minut. Páry vždy probírá pokroky, plnění úkolů, mohou ventilovat obavy. Terapeut po vyhodnocení minulého úkolu zadává další, vhodné je použít text s doplňujícími obrázky.

Literatura:

Kratochvíl S. Léčba sexuálních dysfunkcí. Praha: Grada Publishing, 1999.
Conradová, SD. - Milburn M.A. Sexuální inteligence. Praha: Columbus, 2004

(www.venglarova.cz)

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=111>

Ošetrovatelský výzkum

Bc. Eva Bystřická, MUDr. Samuel Vokurka

Souhrn

Po vstupu naší republiky do Evropské unie nastaly v oblasti vzdělávání sester významné změny. Vedle požadavku celoživotního vzdělávání, zvýšených kompetencí je velmi důležité zapojení sester do výzkumné a publikační činnosti. Ve svém článku se zabýváme efektem výplachů povidonem-iodinem a fyziologickým roztokem na průběh mukositivity dutiny ústní u pacientů po vysocedávkované chemoterapii s autologní transplantací krvetvorných buněk.

Klíčová slova

ošetrovatelský výzkum – ošetrovatelská praxe – výplachy dutiny ústní – mukositivity – autologní transplantace

V koncepci ošetrovatelství je jako důležitá součást výzkumu ve zdravotnictví přesně definován ošetrovatelský výzkum, čím se řídí, kde může probíhat, co nám přináší. Je možné provádět kvalitní ošetrovatelský výzkum? Jsme na výzkum dobře připravené? Máme na všech pracovištích plnou důvěru lékařů při této činnosti? Máme na výzkum prostředky? Jaká je situace v zahraničí?

Tyto otázky jsme si položili v roce 2000. Ve snaze dojít alespoň k nějakým doložitelným faktům, jsme zmapovali charakter sesterských prací prezentovaných na sjezdech Evropské společnosti pro transplantace kostní dřeně (EBMT) v letech 1998 – 2000 a srovnali je s prezentacemi z Olomouckých hematologických dní ze stejného období. Oba soubory pokládáme z našeho pohledu jako reprezentativní. Jedná se o vrcholné akce v našem oboru, tzn. Hemato-onkologii.

Témata prezentací a jejich četnost (r. 98 - 2000)	EBMT-NG 258 prací	Olomouc 38 prací
Psychosociální témata, etika, kvalita života a péče	34%	18%
Prezentace organizace práce, pracoviště, standardy	28%	42%
Sledování vlastností léků a jejich toxicity	20%	14%
CŽK a žilní vstupy	4%	18%
Dárcovství dřeně a separace	4%	8%
Infekční komplikace	4%	-
Jiné	6%	-

Výstupy a kvalita prezentací	EBMT-NG 258 prací	Olomouc 38 prací
Soubory s více než 50 sledováními (daty)	7%	10%
Sledování porovnávaná s kontrolním souborem	3%	2,5%
Prospektivní, multicentrická a randomizovaná data	0%	0%

Zjištěné údaje nás dovedly k závěru, že zapojení sester do výzkumné a prezentační práce v oboru hematologie a hemato-onkologie je poměrně bohaté a pestré, a že v tomto ohledu za Evropou vůbec nepokulháváme. Zdá se však, že přes pozitivní snahu, se nedostává studií umožňujících získávat objektivní a prokazatelně doložitelné závěry z výzkumu a sledování. Vlastních prací s jasně definovanými soubory, cíly a metodikou je poskrovnu. Nežřídká jsou sledované skupiny a jejich data nesourodá, či bývají zpětně dohledávána. Je tedy možné provádět kvalitní výzkum v ošetrovatelství? Jediná cesta k poznání je zkusit si to.

V červnu 2001 jsme se rozhodli zahájit naši první studii - Efekt výplachů povidone-iodinem a fyziologickým roztokem na průběh mukositivity dutiny ústní u pacientů po vysocedávkované chemoterapii s autologní transplantací krvetvorných buněk.

Finanční podporu jsme chtěli vyřešit žádostí o IGA grant, ale předběhli jsme zřejmě dobu a grant nedostali. Do realizace studie jsme se pustili vlastními silami. Postupem času se nám podařilo zapojit 6 transplantačních center z Čech i ze Slovenska. Studie byla prospektivní, randomizovaná, multicentrická. Pacienti byli zařazováni podle přesně stanovených kritérií a po podepsání informovaného souhlasu.

Porovnávala skupinu pacientů ošetřovaných ředěným povidone-iodinem (Betadine® 1:100 Aqua) nebo fyziologickým roztokem po vysocedávkované chemoterapii s autologní transplantací periferních krvetvorných buněk (ASCT).

Pacienti byli randomizováni do skupiny „A“ s výplachy dutiny ústní fyziologickým roztokem (NaCl 9% vodní roztok) nebo do skupiny „B“ s ředěným povidon-iodinem 1:100 Betadine® 1ml : 100ml Aqua pro inf.).

Hodnocení probíhalo denně. Tíže MDÚ byla stanovena dle WHO kritérií se stupni postižení 0 až 4. Bolesti dutiny ústní byly hodnoceny pomocí vizuální analogové škály VAS s rozsahem 0 až 10. Tolerance roztoků byla hodnocena pacientem pomocí VAS s rozsahem 1 až 5. Hemokultury z periferní žíly a centrálního žilního katétru byly odebírány při první febrilní epizodě po transplantaci a dále podle indikace lékaře. Stěry dutiny ústní na mikrobiologické vyšetření byly prováděny jen při klinickém podezření na probíhající místní infekci. Statistické analýzy byly provedeny s využitím programu „GraphPad InStat“. Hodnoty $p < 0,05$ indikovaly statisticky významný rozdíl mezi sledovanými soubory na hladině významnosti 95%.

V období 1/2002–9/2004 bylo zařazeno 150 pacientů. Dalších 8 pacientů odmítlo spolupráci pro intoleranci roztoků (3x FR, 5x Betadine). Celkem 76 pacientů bylo hodnoceno ve skupině A (fyziologický roztok) a 74 ve skupině B (povidon-iodine). Skupiny byly vyvážené a bez významných rozdílů s ohledem na věk, pohlaví, chemoterapii a obsah. Byly porovnávány charakteristiky MDÚ, související bolesti, tolerance roztoků a výskyt infekcí v poměrně homogenních, srovnatelných a reprezentativních skupinách pacientů léčených vysocedávkovanou chemoterapií BEAM nebo HD-L-PAM 200mg/m² s ASCT a s dutinou ústní ošetřovanou výplachy fyziologického roztoku nebo ředěným povidon-iodinem (Betadine 1 : 100 Aqua). Celkový výskyt, tíže a trvání MDÚ nebyly statisticky významně rozdílné mezi sledovanými skupinami. U žen však byla MDÚ zřetelně častější a těžší než u mužů (86% vs. 60%, $p = 0,0016$), což podporuje tezi o riziku této komplikace v souvislosti s pohlavím. U většiny pacientů s MDÚ byly související bolesti většinou mírné s mediánem tíže 2 (VAS 0-10), nicméně zhruba čtvrtina z nich pocítila alespoň jednu epizodu střední až nesnesitelné bolesti (VAS 5-10 /10). Nebyla zjištěna zvýšená incidence infekcí. Horečky nejasného původu (FUO) byly, jak všeobecně očekáváno, častější u pacientů s MDÚ, než bez ní (39% vs. 15%, $p = 0,012$). Snížená obliba a tolerance povidon-iodinu pro jeho lehce ostřejší chuť byla jediným významným rozdílem mezi studijními skupinami. Proto také méně pacientů zde zintenzivnilo výplachy při rozvoji MDÚ.

Mohli jsme tedy shrnout, že výplachy dutiny ústní fyziologickým roztokem v tomto souboru pacientů nevedly k žádnému klinicky významnému zhoršení průběhu MDÚ, včetně bolesti a infekcí ve srovnání s antimikrobiálním roztokem povidone-iodinu (Betadine 1:100 Aqua), u kterého nebyl pozorován žádný ochranný efekt vůči MDÚ, a který byl navíc méně oblíben. Protože řada antimikrobiálních roztoků využívaných k výplachům dutiny ústní může být špatně tolerována nebo zhoršovat nauzeu a chuťové vnímání, domníváme se tedy, že by pacienti měli mít možnost většího a volnějšího výběru roztoků. Takový přístup by je mohl více motivovat k pravidelné a intenzivnější péči o dutinu ústní. prostředky nadějně z omezování výskytu a zmírnění MDÚ po chemo/aktinoterapii.

Tato první zkušenost s vedením ošetrovatelského výzkumu nám dokázala, že kvalitní ošetrovatelský výzkum lze provádět i v podmínkách našeho zdravotnictví a to dokonce bez jakékoli finanční podpory. Že naše sestry jsou dodře připravené i ochotné spolupracovat na těchto projektech a že získané poznatky jsou velkým přínosem pro ošetrovatelskou praxi. Podmínkou ovšem je, mít podporu a porozumění lékařů, nejlépe na těchto projektech s nimi spolupracovat.

Literatura

Donnelly P. - Bellm L. - Epstein J. - Sonis S. - Symonds P. Antimicrobial therapy to prevent or treat oral mucositis. *The Lancet Inf Dis* 2003; 7: 405-412.

Karthus M. - Rosental C. - Ganser A. Prophylaxis and treatment of chemo - and radiotherapy-induced oral mucositis – are there new strategies? *Bone Marrow Transplant* 1999; 24: 1095-1108.

Rahn R. - Adamietz IA. - Boettcher HD. - Schaefer V. - Reimer K. - Fleischer W. Povidone-iodine to prevent mucositis in patients during antineoplastic rediochemotherapy. *Dermatology* 1997, suppl 2; 195: 57-61.

Sonis S. - Elting L. - Keefe D. - et al. Perspectives on Cancer Therapy-Induced Mucosal Injury. *Cancer* 2004, suppl ; 9: 1995-2025.

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com//modules.php?name=News&file=article&sid=112>

Šokové stavy u polytraumatu

Lucie Solnařová, Hana Trnková, Bc. Eva Zachová, 1. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Jako polytrauma označujeme současně vzniklé poranění nejméně dvou tělesných systémů, z nichž alespoň jeden, nebo jejich kombinace ohrožují bezprostředně vitální funkce. Jedná se o generalizované selhání kardiovaskulárního aparátu, kdy je kriticky omezeno nebo úplně zastaveno zásobení tkání kyslíkem a důležitými látkami, ale i odvádění CO₂ a metabolitů z tkání. Vlivem toho je snížen průtok krve a dochází k ischemickým změnám, které bez léčby končí multiorgánovým selháním.

Abnormality tkáňové perfúze mohou být důsledkem:

- a) selhání srdeční pumpy
- b) mechanické překážky v toku krve
- c) ztráty cirkulujícího objemu
- d) poruchy periferní cirkulace
- e) kombinací těchto faktorů (např. septickým šokem)

Rozdělení podle příčiny

Kardiogenní šok

– vzniká následkem přímého nebo nepřímého selhání srdeční pumpy s klesajícím minutovým objemem. K příčinám patří: stenóza nebo nedomykavost chlopní, IM, kardiomyopatie, arytmie, srdeční zástava, srdeční tamponáda, perikarditida, pulmonální hypertenze a embolie plic.

Obstrukční šok

– pokles srdečního výdeje je zde zapříčiněn mechanickou překážkou v oběhu (např. plicní embolie), nebo omezením srdečního plnění, jako je tomu u srdeční tamponády.

Hypovolemický šok

– snížený objem cirkulující krve má tedy i nižší žilní návrat, systolický objem, srdeční výdej a krevní tlak. Hypovolémie je důsledkem ztrát zevních (při krvácení, popáleninách) nebo vnitřních (při úniku tekutiny do intersticia porušenou permeabilitou kapilár, nebo do tělesných dutin, např. do střeva při ileu).

Distribuční šok

– vzniká následkem neadekvátního cévního tonu, který vede k rozsáhlé vazodilataci. Objem krve zůstává nezměněn a srdce pumpuje adekvátně, ale velikost cévního prostoru se zvyšuje. Výsledkem je špatná distribuce krve v oběhovém systému – dilatace cév, arteriovenózní zkraty, sekvestrace krve do kapacitních žil.

Maldistribuce krevního průtoku mohou vést k šoku vlivem:

- relativní hypovolémie,
- snížení periferní rezistence,
- zhoršení utilizace kyslíku,

jako je tomu při sepsi nebo anafylaxi. V těchto případech se přidružuje i skutečná hypovolémie jako důsledek ztráty tekutiny při zvýšené permeabilitě kapilár.

Sepse a septický šok

– pod pojmem seps se rozumí systémová zánětlivá odpověď na infekčního činitele. Septický šok je definován jako hypotenze komplikující těžkou sepsi při současné adekvátní resuscitaci tekutinami.

Anafylaktický šok

– je charakteristický rozsáhlou vazodilatací a zvýšenou polopropustností kapilár, dostavující se po přecitlivělé reakci na antigen.

Neurogenní šok

– je způsoben rozsáhlou vazodilatační reakcí cév, způsobenou ztrátou či potlačením sympatického tonu.

Klinické příznaky šoku

1. Kardiogenní šok

Je definován příčinou, systolickým tlakem nižším než 90 mm Hg (nebo poklesem sTK o víc než 30 mm Hg oproti předchozímu stavu) se známkami omezené perfúze – oligurií pod 20 ml/h, postižením mentálních funkcí a periferní vazokonstrikcí.

Je nutno vyloučit i jiné příčiny hypotenze, jako jsou vazovagální reakce, závažné arytmie, léková hypotenze, hypovolémie.

Klinické příznaky tohoto šoku jsou totožné s projevy šoku hypovolemického. K nim se ještě druží známky srdečního selhání. Je zvýšen CVP, přítomny jsou krepitace při bazích plic, tachykardie a arytmie. Mohou být i známky rozvinutého plicního edému s těžkou dušností a centrální cyanózou.

2. Hypovolemický šok

Jeho příčina je zpravidla klinicky zřejmá (trauma, chirurgický výkon, popálenina, střevní obstrukce). Krvácení do GIT může být zpočátku skryto.

Mezi příznaky nedostatečné perfúze tkání patří: chladná, bledá, břidlicově šedá kůže, prodloužený čas plnění kapilár, oligurie až anurie, v těžších případech zmatenost a neklid.

Zvýšená aktivace sympatiku vede k: tachykardii, zmenšení systolicko-diastolického rozdílu, pocení. V počáteční fázi bývá přítomna tachypnoe jako prostředek kompenzace metabolické acidózy, případně v souvislosti s poraněním hrudníku a plic.

3. Obstrukční šok

Srdeční tamponáda

– ke klinickým známkám patří městnavé srdeční selhání. Většina pacientů má relativní nebo absolutní hypotenzi. Krční žíly jsou distendované, srdeční ozvy ztlumeny. Může být patrné Kussmaulovo dýchání (rozšíření krčních žil při inspiriu) a bradykardie.

Plicní embolie

– projevující se jako tachypnoe s apnoickými pauzami, cyanózou, hypotenzí a tachykardií, dále hemoptýzou a bolestí na hrudníku.

4. Sepse a septický šok

Příznaky sepse

– horečka, třesavka, pocení, tachypnoe a tachykardie, hyperdynamický oběh (teplá růžová periferie, rychlé kapilární plnění, pružný skákavý puls), nauzea, leukocytóza a někdy až leukemoidní reakce, eozinopenie, hyperglykémie, v nejtěžších případech hypoglykémie.

Nejčastější neinfekční příčiny vyvolávající obraz podobný sepsi

– akutní pankreatitida, rozsáhlá zhmoždění měkkých tkání, úrazy teplem, intoxikace, abstinční syndrom, systémová onemocnění, vaskulitidy, alergické reakce.

Septický šok

– nemocní v septickém šoku mívají hyperdynamickou cirkulaci – „teplý šok“; méně často je přítomna kožní vazokonstrikce s chladnými, bledými, až cyanotickými končetinami. Tento „studený šok“ je vyjádřením stavu nízkého srdečního výdeje, hypovolémií a periferní vazokonstrikcí. Invazivním měřením však můžeme zjistit i v těchto případech nízkou systémovou cévní rezistenci a zvýšený srdeční výdej.

Refrakterní šok

– je definován jako šok nereagující na konvenční způsob léčby nitrožilním přívodem tekutin, inotropními a vazomotorickými látkami po dobu jedné hodiny.

Vyšetřování nemocných v šokovém stavu

Šok je natolik dynamický proces, že je potřeba kontinuálního monitorování a opakovaných vyšetření řady parametrů.

Kardiovaskulární vyšetření:

- EKG, TK, puls – frekvence a charakter, tělesná teplota
- barva kůže, rychlost kapilárního plnění, přítomnost nebo absence pocení.

V komplikovaných případech:

1. je zapotřebí CVP a invazivní měření krevního tlaku na arterii radialis,
2. pro hodnocení srdečního výdeje je sledována hodinová diuréza a rozdíl mezi jádrovou a periferní teplotou.

Pravostranná katetrizace je indikována jen u některých případů: velké krvácení, těžké trauma, septický šok, poškození myokardu, ARDS, masivní plicní embolizace.

Vyšetření dýchacího systému:

- základním parametrem je dechová frekvence,
- mezi pomocná vyšetření patří RTG s indikací: zlomeniny žeber, pneumothorax, hemothorax, rozšíření mediastina (disekující aneurysma),
- v krevních plynech je patrná hypoxie s normálním nebo sníženým PaCO₂. Při vzestupu PaCO₂ nastává závažná hypoxie a tachypnoe indikující nezbytnost umělé plicní ventilace.

Laboratorní vyšetření:

Biochemické vyšetření:

laktát, urea, elektrolyty, glykémie, bilirubin, celková bílkovina, albumin

Hematologické vyšetření:

hemoglobin + hematokryt se stabilizují do 72 hodin po krevní ztrátě; trombocytopenie a koagulopatie svědčí pro DIC. V septickém šoku je i leukocytóza a toxické granule leukocytů

Mikrobiologické vyšetření:

pro zjištění vyvolávající příčiny provedeme odběry sputa, moči, hnisu, likvoru, krve. Další materiál dle individuální potřeby

Terapie šoku

- Základním požadavkem je obnova dodávky kyslíku při současném odstranění etiologie šoku.
- Analgezie aplikovaná kontinuálně nebo pomalých dávkách i. v.
- Drenáž hnisu, zejména u septického šoku.
- Radikální chirurgická revize, u infikovaných ran.
- Antibiotická léčba.
- Zajištění dýchacích cest: aplikace O₂, dle stavu i ÚPV s PEEP režimem.

Oběhová podpora – optimalizovat střední tlak na 75 – 80 mm Hg, nahrazovat krevní ztráty rychle, během několika minut, abychom zabránili závažnému orgánovému selhání a akutnímu selhání ledvin.

Roztoky pro objemovou náhradu:

- Krev a krevní deriváty
- Koloidy: Albumin, Dextran, Gelofusine, Haemacell
- Inotropní a vazoaktivní látky pro obnovu a podporu kontraktility myokardu: Dopamin, Noradrenalin, Adrenalin
- Vazodilatační léčba: Nepresol, Nipruss, Nitroglycerin, Perlinganit, ACE inhibitory – Tensiomin, Enap; alfa blokátory
- Mechanická podpora oběhu: intraaortální balónková kontrapulzace

Ošetřovatelské diagnózy u šokových stavů

Na základě našich zkušeností a individuálního pohledu na pacienta jsme stanovily několik následujících diagnóz.

- Bolest z důvodu traumatu a prvotní fáze šoku
- Strach a úzkost v souvislosti s klinickými symptomy doprovázejícími úraz
- Dehydratace a projevy metabolického rozvratu, spojené s rozvíjejícím se šokem

- Nedostatečné dýchání z důvodu obstrukce dýchacích cest sekretem, nebo bolesti či základního onemocnění
- Ohrožení pacienta aspirací obsahu dutiny ústní v důsledku poškození obranných reflexů
- Porucha komunikace z důvodu poruchy vědomí při šoku
- Ohrožení pacientovy bezpečnosti v důsledku porušeného vědomí a obranných reflexů
- Bolest pohybového aparátu, vyplývající z omezení pohyblivosti
- Riziko katetrové sepse z důvodu zavedených invazivních vstupů
- Omezení soběstačnosti při upoutání na lůžko vlivem slabosti, bolesti a invazivních vstupů.
- Potencionální respirační infekce
- Potencionální porucha vyprazdňování stolice při nedostatečném pohybu a nedostatku soukromí.
- Riziko tromboembolických komplikací
- Porucha usínání a narušení spánku z důvodu bolesti nebo omezené možnosti polohování

Dalšími diagnózami jsou pak individuálně identifikované problémy a potíže podle stavu nemocného.

Kazuistika

22letý muž nalezený v bezvědomí v příkopu, po srážce automobilem v ebrietě. Na naši kliniku byl transportován RZP. Během převozu dle lékařky bez reakcí na bolest, měl mydriatické zornice a neměřitelný tlak. Na ambulanci přijat zaintubovaný, se dvěma kanylovanými žilními vstupy. Zde zavedena NGS, permanentní močový katetr, který odvádí hematurickou moč s koaguly v důsledku poranění pánve. Kromě základních laboratorních vyšetření je provedeno i CT břicha, bez patologických nálezů.

Na pravé DK, v oblasti distál bérce, je traumatická otevřená fraktura tibie a fibuly s plošnou, silně znečištěnou tržnou ranou. V ráně přítomny částičky šterku a rostlin, poškozeny jsou facie svalů se zhmožděnými okraji rány. Na patě nalezena plošná lacerace do podkoží, periferie chladná, bez pulzace. Po stabilizaci stavu navrtána extenze za patní kost, rána zbavena nekrotické tkáně, vydezinfikována a propláchnuta peroxidem. Poté provedena sutura a sterilní krytí, naloženo závaží. Pacient přeočkován TAT 0,5 ml i. m. a zajištěný převezen na JIP II k přípravě na osteosyntézu bérce.

Po dvou týdnech na kontrolním rtg snímku zjištěna deviace tibie v místě fraktury a tvorba pakloubu. Po залéčení přidružených onemocnění je pacient po měsíci indikován k reoperaci pakloubu a spongioplastice. Následně po několikaměsíční rehabilitaci je provedena další reoperace pakloubu, která je komplikována chronickou osteomyelitidou bérce a indikací k další spongioplastice. Po tomto výkonu je fraktura klinicky pevná. Pacient ambulantně dochází na pravidelné kontroly, při kterých byla diagnostikována inguinální kýla jako pouřazová zátěžová komplikace.

Ošetrovatelská péče

Z kazuistiky jednoznačně vyplývá obrovský význam kvalitní profesionální péče. Sestra JIP přebírá pacienta buď z úrazové ambulance, nebo ze sálu spolu s lékařem. Od přijetí se tedy rozhodujícím způsobem podílí na péči a léčbě.

Pacienty ukládáme na antidekubitární lůžka. Ti, kteří vyžadují ÚPV, jsou zpravidla intubováni na ambulanci či standardním oddělení, ze kterého jsou k nám překládáni, nebo se intubují na JIP ihned po uložení na lůžko.

Zavádíme trojcestný centrální žilní katetr, díky kterému měříme kontinuální CVP, kanylujeme a. radialis pro invazivní měření krevního tlaku, permanentní močový katetr ke sledování hodinové diurézy.

Pacienta monitorujeme, odebíráme biologický materiál k indikovaným laboratorním vyšetřením. Další vyšetření doplňujeme po stabilizaci stavu.

Ošetrovatelská péče u ventilovaných pacientů je obecně stejná. Specifickou péči pak věnujeme nemocným dle jejich individuálního stavu a potřeb, např. pacientovi z naší kazuistiky.

Zde jsme opakovaně, i několikrát denně, převazovaly a prováděly výplachy rozsáhlých defektů peroxidem. Lokálně aplikovaly longety nasycené antibiotiky, metodami zavedenými v naší FN dále ošetřovaly defekty.

Vedle těchto činností byly prováděny opakované odběry biologického materiálu na bakteriologické vyšetření anaerobní a aerobní kultivace, polohování, masáže, aktivní i pasivní cvičení.

Je nutné podtrhnout, že v této komplexní péči nesmí chybět ani podpora psychická, neboť nemocný, který si uvědomuje vážnost svých poranění a zřejmě budoucí omezení či invaliditu, je mnohdy depresivní, bez zájmu, ztrácí motivaci a celkový stav se tak může významně zhoršit. Člověk, tak aktivní, jako byl náš pacient, velmi těžko snáší bezmocnost a závislost na druhých. Bez odborné pomoci a pozitivní motivace okolím není schopen sám tuto úskalí překonat.

Literatura

Ševčík, P. Intenzivní medicína. Univerzita Karlova, Praha: Grada, 2000

Kolář, J. Kardiologie pro sestry intenzivní péče. Praha: Nakladatelství AKCENT, 2003

Drábková, J. Polytrauma v intenzivní medicíně. Praha: Grada, 2002

Obr. 1. Končetina se zavedeným rukavicovým drénem k vyčištění rány a jejímu dalšímu primárnímu hojení. Snímek je pořízen před první osteosyntézou. V této fázi je provedena hloubková očista rány. Pacient je očkován antitetanovým sérem a léčba kryta antibiotickou kombinací.



Obr. 2. Výsledek plastické operace končetiny těsně po výkonu, ještě na sále. V ráně je všit rukavicový drén a kožní lalok je fixován stehy.



Obr. 3. Zde je patrné hojení rány a postupná obnova tkání, bez sekundárních komplikací. Spodina již granuluje bez hnisavé sekrece a kulturační vyšetření stěrů z rány vykazují negativní výsledky.



Obr. 4. Zevní fixátor přiložený k fixaci reoperované pseudoartrózy, která komplikovala průběh hojení končetiny v anatomickém postavení.



Obr. 5. Již zhojený kožní lalok se zevním fixátorem. Toto je poslední operativní zásah do hojení bérce a po zacelení kožního defektu je pacient propuštěn do domácího ošetřování. Kontroly a jiné terapeutické zákroky následně absolvuje ambulantně.



Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=113>

Terapeutický přístup k pacientům po CMP či poranění mozku

Mgr. Magdaléna Lepšíková, Klinika rehabilitace FN Motol, Praha

Souhrn

Cílem rehabilitace u pacientů po cévní mozkové příhodě (CMP) či jiném poranění mozku je dosáhnout maximální funkční nezávislosti. U těchto pacientů se ukázalo vhodné využívat tzv. 24 hodinového konceptu terapie, při kterém je nezbytná spolupráce lékařů, ošetřujícího personálu, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopedů, psychologů a rodinných příslušníků. Tento tým by měl při práci s pacientem používat shodné postupy a snažit se maximálně využívat schopností, jež mu zůstaly zachovány. Pouze stálým opakováním je pacient schopen naučit se nové pohybové dovednosti. V rámci úspěšné terapie však nejde jen o izolované procvičování svalů, je důležité s pacientem nacvičovat smysluplné, cílené aktivity, např. přesuny na lůžku, přesuny z lehu do sedu a dále do stoje, trénování sebeobsluhy atd. Pacient se tak naučí lépe vnímat a kontrolovat své tělo v prostoru, zapojovat postižené části těla do běžných denních aktivit, a zároveň je tak více motivován.

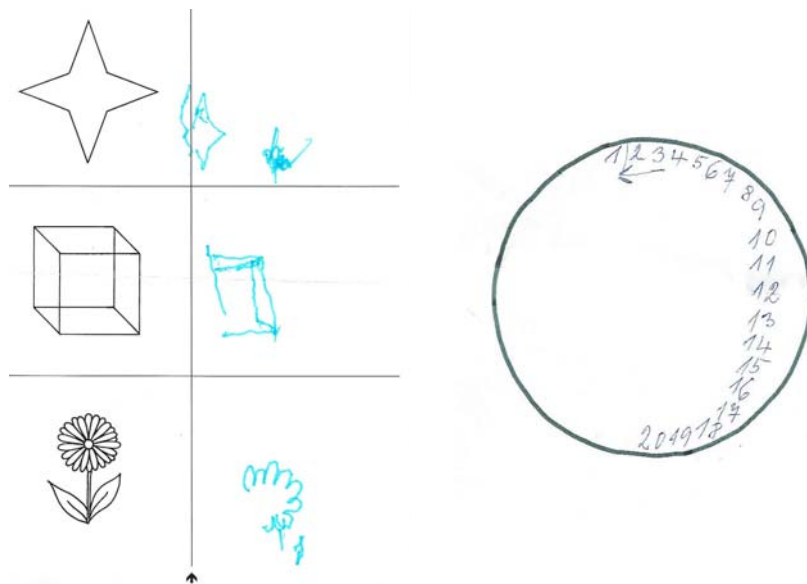
Klíčová slova

cévní mozková příhoda - body image - 24hodinový koncept terapie

Pacienti po iktu či jiném jednostranném postižení mozku netrpí jen hemiplegií, tj. parálzou poloviny těla, ale pro většinu z nich jsou důsledky mnohem komplexnější. Pohybové možnosti a spolupráce pacienta mohou být tak kromě ztráty hybnosti komplikovány z následujících důvodů:

1. **Porucha svalového tonu**, a to ve smyslu hypertonu (spasticita) či hypotonu. Při spasticitě dochází během pasivního pohybu daného segmentu těla k nárůstu svalového napětí. Tento nárůst závisí na rychlosti, kterou pohyb provádíme.
2. **Porucha povrchového čítí**, tj. porucha vnímání dotyku, bolesti, chladu a tepla, porucha diskriminačního čítí (neschopnost rozeznat vzdálenost dotyku dvou bodů).
3. **Porucha propriocepce** (polohocitu a pohybcitu) se projeví tak, že pacient např. nepozná, v jaké poloze má nočtiny, jsou-li natažené, či skrčené. Kinestetické vjemy jsou významné pro udržení rovnováhy, při jejich poruše dojde k pohybové inkoordinaci, nejistotě, vrávorání. Nutná je kompenzace zrakovou kontrolou.
4. Při porušené **stereognózi** není pacient schopen vnímat prostor hmatem bez zrakové kontroly. Vložíme-li pacientovi do ruky například klíč, nedokáže předmět rozeznat. Pokud má zároveň poruchu řeči, měl by být schopen vybrat stejný předmět z řady dalších, které jsme před něj položili.
5. Následkem iktu může dojít k tzv. **neglect syndromu** – opomíjení postižené poloviny těla a prostoru na této straně. Neglect syndrom se projevuje např. tak, že pacient ignoruje předměty a osoby na své postižené straně (nejčastěji levé), nereaguje na pozdrav, stojí-li osoba, jež ho zdraví, na jeho postižené straně, neumyje nebo neoholí si polovinu obličeje. Při pokusu nakreslit lidskou postavu nebo ciferník s hodinami nakreslí jen pravou či levou část atd.
6. Orientaci pacienta v prostoru může narušit **porucha zorného pole**. U pacientů po CMP se setkáváme s výpadkem poloviny zorného pole (homonymní hemianopsií)
7. Spolupráci pacienta může komplikovat také **fatická porucha** (expresivní či percepční afázie, dysartrie).
8. **Dyspraxie** neboli porucha vykonávat složitější účelové pohyby se projeví např. neschopností obléci se. Nemocný si navléká ruce do nohavic apod.

Uvedené percepční problémy mají za následek narušení představy vlastního těla v prostoru, tzv. body image. Cílená stimulace senzomotorických funkcí má v tomto případě značný léčebný efekt. Nutno zdůraznit, že při jednostranném postižení mozku, mezi něž patří i iktus, dojde k signifikantním obtížím na obou stranách těla. Pokud je například pacient s levostrannou hemiplegií pravák, zcela jistě se porucha projeví nejen na levé polovině těla, ale i na pravé změnou jeho rukopisu. Stejně tak diskriminační čítí bude změněno v jisté míře i na nepostižené straně. Pacient se musí naučit používat i svoji zdravou stranu, a to tak, aby kompenzoval pohyby, jež není schopen vykonat postiženou polovinou těla.



Zásady práce s pacientem

Jak se bude pacientův stav vyvíjet, nezáleží pouze na výběru fyzioterapeutických technik, ale především na tom, co se s pacientem děje po celý zbytek dne, kdy zrovna necvičí pod vedením fyzioterapeuta. Pozice, kterou pacient zaujímá ve spánku, zda je pečlivě **polohován v inhibičních (antispastických) polohách** během dne, či jak je s pacientem manipulováno při transferech, významně ovlivní jeho výsledný stav. Adekvátním polohováním a manipulací s pacientem, jenž není soběstačný, tak můžeme zabránit nárůstu spasticity, kontrakturám či např. bolestem v ramenním kloubu.

Následující zásady bychom měli dodržovat při práci s takto postiženým pacientem: A) k pacientovi přistupujeme z jeho postižené strany. B) Při **instruování pacienta** používáme krátké a jasné povely, které je vhodné spojit s dopomocným manuálním kontaktem. C) Pohybové dovednosti nacvičujeme v rámci jednotlivých pohybových sekvencí, tzn. neučíme pacienta ihned přesun z lehu na zádech do stoje, ale nacvičujeme postupně jednotlivé fáze pohybu. D) Pacientovi je také nutné poskytnout dostatečný čas, aby mohl vyvinout aktivní spolupráci. E) Neméně důležitá je i **instruktáž rodinných příslušníků**, ti by měli dodržovat stejné zásady.

Organizace předmětů a nábytku v okolí nemocného hraje důležitou úlohu zvláště v akutní a postakutní fázi, kdy bývá motorické postižení největší a nemocný tráví většinu času na lůžku. Velmi často se v důsledku postižení stává, že pacient otáčí hlavu a veškerou svoji pozornost soustřeďuje ke své zdravé straně a svoji postiženou stranu těla, ale i prostor na této straně opomíjí. Také ostatní smysly – sluch, zrak a citlivost – bývají zhoršené na hemiparetické straně. Aby nedocházelo k sensorické deprivaci, je nutné pacientovi zajistit co největší přísun stimulů z jeho postižené strany. Tuto podmínku v praxi můžeme zajistit tak, že lůžko pacienta nebude na straně postižení u zdi, ale naopak směrem, odkud bude moci k pacientovi přistupovat zdravotní personál či rodinní příslušníci. Taktéž dveře do místnosti, noční stolek a televize by měly být na straně postižení. Takto bude pacient nucen automaticky otáčet hlavu a vnímat veškeré stimuly ze své postižené strany.

Literatura

1. Davies PM. Steps to Follow. Berlin Heidelberg New York: Springer, 2000: 514.
2. Davies PM. Right in the Middle. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 1990: 277.
3. Davies PM. Starting Again. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 1994: 442.
4. WHO. Rehabilitace po cévní mozkové příhodě - průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky, Praha: Grada, 2004: 200.

(mbulvova@centrum.cz)

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=114>

Malá úvaha o komunikaci

Bc. Věra Houdková, Gynekologicko-porodnická klinika, FN Plzeň

Klíčová slova

Komunikace – verbální komunikace – neverbální komunikace – mezilidské vztahy

Víme vůbec, co je to komunikace? Určitě ano, jen si někdy neuvědomujeme, jak je důležitá. Osvěžme si proto to, co je pro nás důležité. Předpokladem a důsledkem mezilidských vztahů je vzájemné dorozumívání a sdělování informací.

Komunikaci rozlišujeme na verbální a neverbální. Neverbální komunikace je vývojově starší, mimoslovní projevy se v ontogenezi objevují dříve než projevy slovní, prioritu měly ve fylogenezi. Nonverbální komunikace nebývá tolik pod volní kontrolou a podléhá daleko méně zkreslení. Slovy nelze vyjádřit vše, některé stavy mysli jsou jimi nesdělitelné, řeč proto není nejdokonalejší vyjadřovací formou. V mezilidské komunikaci se uplatňují i faktory, které mohou slovní význam sdělení měnit, například intonace, výraz, situační kontext, citový přízvuk. Všechny projevy je nutno pojímat ve vzájemných souvislostech.

Zásady úspěšného jednání

Mezi zásady úspěšného jednání s lidmi patří mimo jiné: zajímat se o druhého, nechat ho hovořit, s kritikou a s příkazy pracovat opatrně (je lepší příkazy nahradit instrukcí nebo žádostí), vžít se do situace druhého, usmívat se. Důležité je rovněž umění naslouchat! Při korigování činnosti je dobré držet komunikaci na věcné úrovni a zachovávat princip zde a nyní neboli řešit konkrétní problém v konkrétním čase a prostoru.

V efektivní komunikaci je třeba rozlišovat mezi úmyslem a účinkem. Je třeba mít na paměti, že mezi tím, co chceme sdělit a jak to sdělujeme, a tím, co je přijímáno, nemusí být vždy shoda.

Oboustranně úspěšné jednání lze často vést ve věcném, osobně nezúčastněném tónu. Začnou-li se objevovat negativní či nepřátelské signály, je dobré si uvědomit, zda je to nutné, nebo naopak zbytečné, a zároveň si uvědomit, že možná nastává situace „kdo z koho“ – a pak je nutné změnit taktiku i strategii jednání.

Ke *zvýšení napětí* přispívá, cítí-li se jeden či oba účastníci ohroženi nebo napadáni druhou stranou, jestliže narůstá nepřímé vyjádření zlosti, strachu, frustrace, když se do sporu zapojují další osoby, které jednají nekonstruktivně.

Ke *zmírnění napětí* naopak přispívá, zaměří-li se účastníci více na problém než na sebe, vyhnou-li se osobnímu napadání, když jsou pocity strachu, zlosti a ohrožení vyjadřovány přímo, tedy když je shoda mezi tím, co a jak říkáme. Pokud se v průběhu diskuse vyskytnou námitky, je třeba je nejdříve vyslechnout a porozumět jim, a teprve potom vysvětlit své stanovisko, eventuálně navrhnout řešení.

Předpokladem efektivní komunikace je schopnost účastníky kontaktu a situaci správně posoudit. Aktuální reakce individua je dána vzájemným vztahem mezi povahou vnější situace, v níž se jedinec nachází, a jeho vnitřním vyladěním. Zde je třeba rozlišovat mezi momentálním stavem a dlouhodobým rysem. Reakce člověka je ovlivňována nejen hlavním podnětem, ale i tím, co si v dané situaci může dovolit, co jí předcházelo, co bude následovat a jak ji jedinec vnímá a hodnotí.

Základní psychologické metody

Mezi základní psychologické metody patří pozorování a rozhovor. Obě metody je třeba zbavit subjektivity!

Je nutné si uvědomit, že vše probíhá velmi rychle a obvykle nebýváme nezúčastněnými pozorovateli. Mnohé nestačíme zaregistrovat, mnohým se nedokážeme momentálně řídit. Je dobré určit si směr, o nějž bychom se měli snažit. V rozhovoru bychom se měli naučit nejen mluvit, ale také mlčet,

poslouchat a dívat se. Nezávislost pohledu je důležitým předpokladem přiměřeného posouzení lidí, objektů či jevů.

Je vhodné si uvědomit, že žádná psychická vlastnost neexistuje izolovaně. Je třeba zvažovat celek, systém, vztahy, celkový kontext a pozadí, paušální soudy mohou být ošidné, je nutno uvažovat konkrétně a individuálně – to znamená, že určitý jev se vyskytuje na určitém místě za určitých okolností, že typologie a jednotlivé charakteristiky není možné pojímat kategoricky. Poznání sebe sama a své životní situace je předpokladem pro další seberozvoj i pro objektivnost našeho posuzování.

Inspiraci k této úvaze jsem získala nedávno, kdy neupozornění na momentální situaci, tedy nedokonalá komunikace mezi zdravotníkem a pacientem vedla ke stížnosti. O nejen časové náročnosti řešení konfliktu jistě není třeba dlouho hovořit, snad jen tolik, že nevyslovením jedné věty se musely zabývat téměř celý den čtyři osoby.

Proto prosím: mluvmě spolu – zdravotník se zdravotníkem, s pacientem, ale i s jeho rodinným příslušníkem, pozorujme jeden druhého, nejen proto, abychom zjistili, kdo s kým, o čem a pro koho, ale hlavně – jak se kdo v dané situaci a chvíli cítí. Snažme se pomáhat nejen sobě a svým kolegům, ale především těm, kteří do našich rukou s rozpaky na určitou dobu vkládají své „bytí“.

(houdkova.vera@fnplzen.cz)

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=115>

Celostátní konference genetických laborantů a sester

Ladislava Harmáčková, Mgr. M. Hrubá, ÚLG LF a FN Plzeň

Souhrn

Samostatná Česká společnost genetických laborantů a sester vznikla v květnu 1994 oddělením od Purkyňovy společnosti. Důvodem byl neustálý rozvoj, rozšiřování a specializace genetických oborů a potřeba vyměňovat získané poznatky a zkušenosti. V současné době má tato společnost 105 registrovaných laborantek, laborantů a sester ze všech genetických pracovišť v ČR. Od ustanovení této společnosti jsme již pořádali 16 celostátních pracovních setkání v různých městech (Brno, Praha, Ústí nad Labem, České Budějovice, Olomouc, Ostrava), při jejichž pořádání se pravidelně střídáme.

Klíčová slova

Genetika - chromozomální vyšetření - vyšetření DNA - prenatální diagnostika - onkocytogenetika

V letošním roce pořádal tuto konferenci Ústav lékařské genetiky LF UK a FN Plzeň 2. června v Šafránkové pavilonu. Setkání se zúčastnilo 79 genetických pracovníků a zaznělo 16 velmi kvalitních přednášek, které se týkaly poznatků při zavádění nových metod zpracování a vyšetření DNA, neobvyklých genetických nálezů v prenatální a preimplantační diagnostice, při vyšetření pacientů s VVV i v oblasti maligních onemocnění.

Ústav lékařské genetiky FN Plzeň se prezentoval třemi přednáškami:

1. M. Nováková - Nepřímá DNA diagnostika NF 1 (spoluaut. D. Šedivcová)
2. M. Zavřelová - Cytogenetické vyšetření u dětských ALL (spoluaut. L. Radová, L. Harmáčková)
3. [M. Kopřivová - Vybrané kasuistiky chromozomálních nálezů z plodových vod \(spoluautorka M. Návratová, V. Rádsetoulalová\)](#)

Poděkování patří těmto firmám: Abbott laboratories - Praha, Dispolab - Ústí/Labem, KRD molecular - Praha, která pracovní setkání podpořily.

Adresa tohoto článku je:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=116>