

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE  
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

**BAKALÁRSKA PRÁCA**

**2012**

**Andrea Čibiková**

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE  
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

**OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNOSTIKA PSYCHICKÝCH POTRIEB U  
PACIENTOV S OCHORENAMI GASTROINTESTINÁLNEHO TRAKTU**

**Bakalárska práca**

Študijný program: Ošetrovateľstvo

Školiace pracovisko: Katedra ošetrovateľstva

Školiteľ: PhDr. Andrea Solgajová, PhD.

**Nitra 2012**

**Andrea Čibiková**



Úprimne poďakovanie patrí  
mojej školiteľke bakalárskej práce PhDr. Andree Solgajovej, PhD. za ochotu, odborné  
vedenie, pomoc a cenné rady a PhDr. Tomášovi Sollárovi, PhD. za usmernenie pri  
štatistickom spracovávaní údajov. Ďakujem aj pacientom na Internom oddelení, ktorí sa  
zúčastnili prieskumu a prispeli k získaniu poznatkov obohacujúcich problematiku  
psychických potrieb v ošetrovateľskej praxe.

## **ABSTRAKT**

ČÍBIKOVÁ, Andrea: *Ošetrovateľská diagnostika psychických potrieb u pacientov s ochoreniami gastrointestinálneho traktu* [Bakalárska práca] – Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva; Katedra ošetrovateľstva. - Školiteľ: PhDr. Andrea Solgajová, PhD. Stupeň odbornej kvalifikácie: Bakalár (Bc.). – Nitra : FSVaZ, 2012. 53 s.

Chorý človek je v súčasnej klinickej praxi chápaný ako biologická bytosť, a nie je doceňovaná jeho psychická stránka. V takomto ponímaní absentuje bio-psycho-sociálny model holisticky zameranej ošetrovateľskej starostlivosti. Autorka predstavuje prácu so zameraním na psychické problémy pacienta s gastrointestinálnym ochorením. V teoretických východiskách práce sa autorka venuje vybraným gastrointestinálnym ochoreniam, bio-psycho-sociálnym potrebám, ošetrovateľskej starostlivosti a klasifikačným systémom ošetrovateľstva. V prieskume uvádza hlavný cieľ, ktorým chce zhodnotiť výskyt vybraných psychických problémov u pacientov s gastrointestinálnymi ochoreniami. Ďalej chce zhodnotiť úroveň úzkosti a zhodnotiť zvládanie záťaže u pacientov s ochoreniami GIT-u vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, k veku a k pohlaviu pacientov. Výberový súbor tvoria pacienti s lekárskou diagnózou Pažerákové varixy, Cirhóza pečene, Pankreatitída, hospitalizovaní na Internej klinike vo FN v Nitre. Hlavnou metódou prieskumu je pozorovanie s použitím NOC - Úroveň úzkosti a Zvládanie záťaže. V analýze vyjadruje výsledky cez absolútnu a relatívnu početnosť, aritmetický priemer ako prvky deskriptívnej štatistiky, následne prostredníctvom Studentovho T-testu zisťuje štatisticky významné rozdiely v úrovni úzkosti a v zvládaní záťaže u pacientov s gastrointestinálnym ochorením vzhľadom k stanoveným premenným. Autorka prieskumom zistila, že rozdiely v úrovni úzkosti u pacientov s gastrointestinálnym ochorením sa vyskytujú len vzhľadom k veku pacientov. Pri zvládaní záťaže môžeme vysloviť záver, že môžu byť rozdiely vzhľadom k lekárskej diagnóze a veku pacienta. Záverom autorka konštatuje, že je potrebné uvedomiť si, ako psychické problémy môžu vo veľkej a významnej miere ovplyvňovať celkový stav pacienta, liečbu ako aj celkovú starostlivosť.

**Kľúčové slová:** Úzkosť. Zvládanie záťaže. Klasifikačný systém výsledkov ošetrovateľstva. Gastrointestinálne ochorenie.

## **ABSTRACT**

ČIBIKOVÁ, Andrea: Nursing diagnosis of psychiatric needs of patients with the gastrointestinal tract diseases [Bachelor thesis] – Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Social Sciences and Health, Department of Nursing. - Supervisor: PhDr. Andrea Solgajová, PhD. Qualification level: Graduate (Bc.). - Nitra: FSVaZ, 2012. 53 p.

The sick human is, in current clinical practice, understood as a biological being, and their mental status is not fully recognised. In this sense, there is a lack of bio-psycho-social model of holistically focused nursing care. The author is introducing the work with a focus on psychological problems of patients with gastrointestinal disease. In the theoretical basis of the work the author focuses on selected gastrointestinal diseases, bio-psycho-social needs, nursing care and nursing classification system. The main objective is indicated in the survey and is to assess the occurrence of selected mental health problems of patients with gastrointestinal diseases. Further, she would like to assess the level of anxiety and to evaluate coping strategies of patients with gastrointestinal diseases in relation to medical diagnosis, the type of hospitalization, the age and the gender. The sample consisted of patients with the medical diagnoses of oesophageal varices, cirrhosis, pancreatitis, hospitalized at the Internal Clinic of Faculty Hospital in Nitra. The main research method is observation using NOC - The level of anxiety and coping strategies. In analysis the results are recorded as the absolute and relative abundance, arithmetical average as elements of descriptive statistics, followed by Student's T-test by which she detects significant differences in levels of anxiety and coping strategies of patients with gastrointestinal diseases in relation to the specified variables. By survey the author found out that differences in the level of anxiety of patients with gastrointestinal disease occur only due to the age of the patients. As far as the coping is concerned the differences may be due to medical diagnosis and patients' age. Finally, the author notes that it is necessary to recognise how mental problems can largely and significantly affect the overall condition of the patient, treatment as well as the overall care.

**Keywords:** Anxiety. Coping. The classification system of nursing outcomes. Gastrointestinal disease.



<b>OBSAH</b>		
<b>ÚVOD</b>		8
<b>1</b>	<b>VYBRANÉ OCHORENIA GASTROINTESTINÁLNEHO TRAKTU</b>	10
1.1	Pažerákové varixy	10
1.1.1	Ošetrovateľská starostlivosť pri ochoreniach pažerákové varixy	11
1.2	Cirhóza pečene	12
1.2.1	Ošetrovateľská starostlivosť pri ochoreniach cirhóza pečene	14
1.3	Pankreatitída	15
1.3.1	Ošetrovateľská starostlivosť pri ochoreniach pankreatitída	17
<b>2</b>	<b>PSYCHOSOCIÁLNE POTREBY PRI OCHORENIACH GASTROINTESTINÁLNEHO TRAKTU</b>	18
2.1	Potreby	18
2.2	Strach z pohľadu potrieb	19
2.3	Úzkosť z pohľadu potrieb	20
2.4	Sociálna izolácia z pohľadu potrieb	22
2.5	Zvládanie záťaže z pohľadu potrieb	23
<b>3</b>	<b>OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ</b>	25
3.1	Ošetrovateľský proces ako tradičná metóda ošetrovateľstva	25
3.2	Klasifikačné systémy ošetrovateľstva – nové trendy v ošetrovateľskej diagnostike	26
3.2.1	Klasifikačný systém ošetrovateľských diagnóz	27
3.2.2	Klasifikačný systém ošetrovateľských intervencií	28
3.2.3	Klasifikačný systém výsledkov ošetrovateľstva	28
<b>4</b>	<b>PRIESKUM OŠETROVATEĽSKEJ DIAGNOSTIKY PSYCHICKÝCH POTRIEB U PACIENTOV S OCHORENAMI GASTROINTESTINÁLNEHO TRAKTU</b>	30
4.1	Ciele a hypotézy	30
4.2	Metódy	32
<b>5</b>	<b>VÝSLEDKY</b>	34
5.1	Demografické údaje respondentov	34
5.2	Rozdiely v úrovni úzkosti vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, k veku pacienta a k pohlaviu	35
5.3	Rozdiely v zvládaní záťaže vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, k veku pacienta a k pohlaviu	39
<b>6</b>	<b>DISKUSIA</b>	43
6.1	Úroveň úzkosti u pacientov s ochoreniami GIT-u vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, k veku pacienta a k pohlaviu	43
6.2	Zvládanie záťaže u pacientov s ochoreniami GIT-u vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, k veku pacienta a k pohlaviu	45
<b>ZÁVER</b>		48
<b>ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV</b>		50
<b>ZOZNAM PRÍLOH</b>		53



## ÚVOD

Problematika výskytu psychických problémov u pacientov s gastrointestinálnym ochorením je v súčasnosti problematikou veľmi aktuálnou. Záujem o danú problematiku vzbudil vo mne najmä poznanie mnohých ľudských osudov s daným ochorením, ako aj teoretické poznanie hodnotenia kvality poskytovanej starostlivosti samotnými prijímateľmi - pacientmi, ktoré popisujú Bartlová a Matulay (2009).

Celosvetovým trendom je hodnotiť kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti najmä prostredníctvom subjektívneho vyjadrenia pacienta. Subjektívne vyjadrenie spokojnosti pacienta s liečbou, príp. s celkovou zdravotnou starostlivosťou sa stáva, a aj v budúcnosti bude katalyzátorom zmien v celkovom systéme zdravotníctva (Bartlová, Matulay, 2009).

Ľudia v súčasnej dobe strácajú dôveru a spoľahlivosť v poskytovanej starostlivosti. Spokojnosť prejavujú skôr s liečbou ako s celkovou starostlivosťou a vyjadrujú, že cena za zdravotnícke služby neustále stúpa, ale kvalita starostlivosti tomu vôbec nezodpovedá a efekt poskytovaných služieb je málo zreteľný.

Ďalším úskalím pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je skutočnosť, že pociťujeme výrazný rozpor medzi technickými vymoženosťami doby a možnosťami dôstojne a primerane uspokojovať potreby pacientov. Lekárska a ošetrovateľská veda pod vplyvom obrovského pokroku medicíny a širokých možností technických opatrení neudržala krok s využívaním poznatkov iných vied, napríklad psychológie. Technicky dokonalé liečebné postupy a metódy si teda vyžadujú zlepšenú techniku medziľudských vzťahov. Chorý človek je chápaný ako biologická bytosť, a nie je doceňovaná najmä psychická ako aj sociálna oblasť. V takomto ponímaní absentuje bio-psycho-sociálny model v holisticky zameranej starostlivosti.

Na základe uvedených zistení sme si stanovili výskumný problém: Vyskytujú sa u pacientov s gastrointestinálnymi ochoreniami psychické problémy, v akej miere a akými faktormi môže byť ich výskyt a úroveň ovplyvnená? Predmetom prieskumu je problematika psychických potrieb pacientov s gastrointestinálnymi ochoreniami. Pre hodnotenie psycho-sociálnych potrieb v súčasnej klinickej praxi absentujú meracie nástroje. Preto diagnostika psycho-sociálnych problémov býva u pacientov prehliadaná a neriešená, s čím môže následne súvisieť aj neúspech liečby, nespolupráca pacienta alebo nespokojnosť pacienta s liečbou a so starostlivosťou.

Hlavným cieľom prieskumu je zhodnotiť výskyt vybraných psychických problémov u pacientov s gastrointestinálnymi ochoreniami. Ďalej chceme zhodnotiť úroveň úzkosti a zhodnotiť zvládanie záťaže u pacientov s ochoreniami GITu vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, veku a pohlaviu pacientov. Výberový súbor tvoria pacienti s lekárskou diagnózou Pažerákové varixy, Cirhóza pečene a Pankreatitída. Hlavnou metódou prieskumu je pozorovanie prostredníctvom vybraných súborov z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC - Úroveň úzkosti a Zvládanie záťaže. Práca by mala prispieť k lepšiemu poznaniu problematiky psychických potrieb u pacientov v súčasnej klinickej praxi a zároveň viesť k zlepšovaniu kvality poskytovanej starostlivosti, najmä z pohľadu pacienta.

## 1 VYBRANÉ OCHORENIA GASTROINTESTINÁLNEHO TRAKTU

Z ochorení gastrointestinálneho traktu sme pre teoretické východiská vybrali ochorenia, ktoré sa v súčasnosti vyskytujú najčastejšie. V tejto kapitole bližšie predstavíme problematiku pažerákových varixov, cirhózy pečene a pankreatitídy.

### 1.1 Pažerákové varixy

Varixami tráviacej trubice nazývame rozšírené žilové splete, nachádzajúce sa v podslizničnej oblasti prakticky celého tráviaceho traktu, od pažeráka až po konečník. V hornej časti tráviacej trubice sa varixy najčastejšie vyskytujú v pažeráku, menej často v žalúdku, najmä jeho hornej tretine a v dvanástniku.

Etiológiou najčastejšie býva ochorenie spojené s poruchou prietoku krvi cez pečeň a je to najčastejšie cirhóza pečene. Zriedkavejšími príčinami sú zápal a čiastočné alebo úplné upchatie pečeňových žíl alebo slezinovej žily (Hulín, 1996).

Klasifikácia varixov pažeráka (podľa Paqueta alebo Mařatkova OMED klasifikácia) zohľadňuje veľkosť varixov, ich vzhľad, zasahovanie do priesvitu pažeráka, ktoré sa rozdeľujú do štyroch štádií.

Klinický obraz pažerákových varixov je buď žiadny, alebo veľmi dramatický. Podľa Keila (2006, s.59) „*krvácanie z pažerákových varixov je jednou z najťažších príhod v gastroenterológii. Pacient môže začať krváčať bez predošlých tzv. varovných príznakov ako sú časté zvracanie zatiaľ bez prímеси krvi, napínanie na zvracanie aj bez zvracania, zvýšený pocit tlaku v hornej časti brucha, bolestivé hltanie, čierna smolovitá stolica (meléna), ktorá býva najčastejšie riedka. Väčšinou ide o masívne krvácanie a chorý má známky hemoragického šoku*“.

Môže však nastať masívne krvácanie, ktoré vznikne bez akýchkoľvek predošlých príznakov cez ústa (hemateméza). Pacient obyčajne zvracia takmer bez prestávky veľké množstvo čerstvej, neskôr i natrávenej krvi. Takýto stav si vyžaduje urgentné ošetrovanie v nemocnici (Dítě, 2005).

Liečba pažerákových varixov patrí do rúk odborníka na akútne stavy, chirurga a gastroenterológa. Česka a kol. (2010, s.20) uvádza, že „*práve masívne krvácanie z tráviacej trubice je situácia, kde pre výsledky liečby a prežitie pacienta je rozhodujúcich*

*niekoľko prvých hodín od vzniku príznakov. Preto diagnostika a liečba musí byť nielen aktívna a rýchla ale tiež veľmi kvalitná“.*

Niekedy sa krvácanie podarí zastaviť pomocou liekov, znižujúcich tlak krvi v krvácajúcich varixoch alebo zavedením dvojbalónikovej Sengstaken – Blakemoreovej sondy (SB sondy) do pažeráka, resp. žalúdka.

*„Balóniky sa nafukujú vzduchom, žalúdočný balónik fixuje sondu v žalúdku a komprimuje prípadné subkardiálne varixy, pažerákový balónik stláča varixy v pažeráku“ (Česka a kol. 2010, s.20).*

Niekedy je potrebná endoskopická liečba, pri ktorej sa zastavuje krvácanie z varixov buď opichom (sklerotizáciou) alebo sa do miesta krvácania podávajú látky, ktoré dokážu toto krvácanie zastaviť.

Ďalšou, už tiež pomerne rozšírenou metódou je podväzovanie krvácajúcich varixov endoskopickou cestou – elastickou ligáciou (Jurgoš, Kužela, Hrušovský, 2006).

Pacient po takomto zákroku musí mať maximálne šetriaci režim a aj keď sa krvácanie zastavilo, pacient nesmie prijímať potravu cez ústa spravidla ešte niekoľko dní a potom len postupne cez tekutiny prejsť na mixovanú, mechanicky a chemicky šetriacu stravu (Jurgoš, Kužela, Hrušovský, 2006).

Cirhóza pečene je najčastejším ochorením, ktoré je sprevádzané výskytom pažerákových varixov, akejkol'vek príčiny a prognóza krvácajúcich varixov je veľmi neistá a môže končiť tragicky. Pacient zomiera napriek intenzívnej lekárskej starostlivosti v priebehu hodín až dní od objavenia sa krvácania. Len v malom percente prípadov sa pacienta podarí zachrániť. Ak sa tak aj stane, obyčajne krvácanie z pažerákových varixov sa o pár mesiacov, najneskôr do roka zopakuje znova, niekedy aj napriek vyššie uvedeným terapeutickým zákrokom (Jurgoš, Kužela, Hrušovský, 2006).

### **1.1.1 Ošetrovateľská starostlivosť pri ochorení pažerákové varixy**

*„Východiskovým cieľom je pomáhať pacientovi i jeho rodine v zdraví i v chorobe, vykonávať činnosti, ktoré prispievajú k zdraviu, uzdraveniu alebo pokojnému a dôstojnému zomieraniu a smrti; poskytnúť jedincovi zdravotnícke vedomosti, ktorých cieľom je zmena návykov, zlovykov smerom k udržaniu a podpore zdravia“ (Vörösová et al., 2011, s. 11).*

Ako uvádza Vörösová et al. (2011) pri realizácii ošetrovateľského procesu u pacientov s diagnózou pažerákové varixy je potrebné posudzovať u pacienta biologické potreby ako sú: nechutenstvo, nauzeu, vracanie jasnočervenej krvi, chladnú a vlhkú kožu, tachykardiu, hypotenziu, poruchy vedomia, príznaky portálnej hypertenzie, ku ktorým patrí splenomegália, ascites, caput medusae, periférne opuchy.

Z psychických potrieb sa u pacienta s pažerákovými varixami posudzuje strach, úzkosť, úzkosť zo smrti, duchovná tieseň, nervozita, zvládanie záťaže, sociálna izolácia, narušené myšlienkové procesy, bezmocnosť, neochota k spolupráci (Gurková et al., 2009).

Ďalej Vörösová et al. (2011) uvádza, že medzi základné intervencie sestry sa radia kontrolovanie životných funkcií, uloženie pacienta do čiastočnej Fowlerovej polohy, zabezpečenie dvoch vnútrožilových vstupov, odobratie biologického materiálu a podávanie intravenózne, oxygennej liečby podľa ordinácie lekára, kontinuálne monitorovanie zmien zdravotného stavu. Dôležitou sesterskou intervenciou je príprava pomôcok k zavedeniu SB sondy a asistencia pri jej zavádzaní.

V rámci holistického prístupu k pacientovi je dôležitá emociálna podpora pacienta, ale aj jeho rodiny, ktorí sú vystrašení z masívneho krvácania (Gurková et al., 2009).

## **1. 2 Cirhóza pečene**

Na choroby pečene umierajú najmä produktívni štyridsiatnici a päťdesiatnici. Každý rok u nás pribudne takmer tristo nových pacientov s nádormi pečene. Stúpa počet nealkoholových tukových chorôb pečene a vírusových hepatitíd. Aj preto vznikol národný register pacientov s cirhózou pečene.

*„Cirhóza je časté ochorenie pečene, je obyčajne konečným štádiom postupne sa vyvíjajúceho chronického najčastejšie zápalového, venostického alebo nádorového ochorenia. Predstavuje difúzny proces charakterizovaný fibrózou (tkanivo náhradné, obsiahnuté tiež v jazvách, menejcenné, neschopné plniť funkciu pôvodného pečeneňového tkaniva) a prestavbou architektúry pečene, s následnou nekrózou pečeneňových buniek, prítomnosťou regeneračných uzlíkov a cievnych anastomóz“ (Hulín, 1996, s.530).*

Pri niektorých formách príčina cirhózy pečene nie je známa. K najznámejším, ktoré toxicky pôsobia na pečeň patrí alkohol a jeho dlhodobé pravidelné užívanie. Ďalšou

najčastejšou príčinou cirhózy pečene sú vírusové hepatitídy, ktoré sa na začiatku môžu prejavovať akútne žltáčkou, často však prebiehajú nenápadne, bez žltacky a bez podstatných subjektívnych príznakov. Po rokoch môžu vyvolať cirhotické zmeny v pečeni. Podstatnou mierou sa ku vzniku cirhózy pečene pričiňujú choroby žlčníka a žlčových ciest, najmä dlhotrvajúce zápaly a obštrukcie v žlčových cestách (tzv. biliárne cirhózy). Toxickými pre pečeň sú aj trinitrotoluén, tetrachlórmetán, muchotrávka zelená, ako aj niektoré lieky (Klucho, 2005).

Prejavy a komplikácie cirhózy sú viaceré a veľmi vážne. Výrazne skracujú život a môžu spôsobiť aj náhlu smrť. Sú väčšinou odvodené od narušenej funkcie pečene a horším prietokom krvi cirhotickou pečeňou. Problémom je najmä to, že prebiehajúca cirhóza nebolí a dlho sa nijako neprejaví, alebo má najprv nešpecifické prejavy, ako je nevoľnosť, nadúvanie, strata chuti do jedla a úbytok telesnej váhy, slabosť a únava.

Medzi špecifické prejavy, ktoré sa objavujú v pokročilejších štádiách cirhózy patrí:

**Žltacka** - je spôsobená nahromadením bilirubínu v krvi pri zníženej schopnosti cirhotického pečeňového tkaniva bilirubín spracovať a vylúčiť do žlče.

**Portálna hypertenzia** - je zvýšený tlak v portálnej žile. Dôjde k situácii, že krv pečeňou preteká pomaly a preto sa začne hromadiť v portálnej žile. Vznikajú komplikácie portálnej hypertenzie.

**a) Žalúdočné a ezofagiálne varixy** - krv sa pokúša z pretlakovanej portálnej žily dostať do dolnej dutej žily inými cestami ako cez pečeň a to robí cez drobné cievy v stene pažeráka. Tieto cievy nie sú na veľký prietok krvi stavané, rozširujú sa a môžu prasknúť.

**b) Ascites** - krv je v portálnej žile nahromadená pod veľkým tlakom. Portálna žila je uložená v dutine brušnej a tekutina pod tlakom sa z nej môže ľahko filtrovať do brušnej dutiny. Brucho plné tekutiny sa zväčšuje a môže začať poležiačky aj utlačovať pľúca a zhoršovať dýchanie.

**c) Poškodenie mozgu (pečeňová encefalopatia)** - častá komplikácia cirhózy vznikajúca tým, že cirhotická pečeň dostatočne **nedetoxikuje škodliviny**. Tie sa dostávajú do mozgu a postupne ho poškodzujú. Prejavujú sa bdelosťou v noci, spánkom cez deň, postupne nastupuje zmätenosť, agresivita, zmeny správania a napokon strata vedomia a smrť.

**d) Poškodenie funkcie obličiek:** je spôsobené zhoršeným prietokom krvi obličkami, organizmus sa snaží udržať prietok krvi portálnym obehom a pečeňou a preto obmedzí dodávku krvi do obličiek.

**e) Rakovina pečene:** nebezpečný a zhubný nádor, ktorý vzniká oveľa častejšie v cirhotickej pečeni ako v zdravom tkanive (Jurgoš, Kužela, Hrušovský, 2006).

V súčasnosti neexistuje žiadna liečba cirhózy pečene, ktorá by viedla k jej vyliečeniu. Lekári však vedia liečebnými postupmi jej priebeh spomaliť, znížiť poškodenie pečeneňových buniek a redukovať komplikácie ochorenia. Zásadná snaha je odstránenie či symptomatická liečba príčiny, v prvom rade je boj proti vírusom hepatitíd a odstrániť príjem alkoholu, podávať hepatoprotektíva, multivitamínové preparáty, dostatočne kalorickú potravu.

Medzi najmodernejšie terapeutické postupy patria liečba kmeňovými bunkami, ktorá zabezpečí rýchlu obnovu funkcií a regeneráciu pečene a v neposlednom rade úspešná metóda transplantácia pečene (Jurgoš, Kužela, Hrušovský, 2006).

Cirhóza pečene skracuje priemerný vek, často i veľmi pokročilý nález ustúpi, choroba sa na dlhú dobu stabilizuje. Najčastejšou príčinou úmrtí u chorých s pečeneňovou cirhózou sú predovšetkým zlyhanie pečene a krvácanie do GIT-u, maximálna úmrtnosť je v šiestom decéniu (Jurgoš, Kužela, Hrušovský, 2006).

### **1.2.1 Ošetrovateľská starostlivosť pri ochorení cirhóza pečene**

*„Ošetrovateľský proces ako metóda poskytovania a dokumentovania ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie je zakotvený v zákone. Súčasťou ošetrovateľského procesu je určenie sesterskej diagnózy ako klinického záveru o aktuálnej alebo potencionálnej potrebe, a o ošetrovateľskom probléme alebo o stave osoby, rodiny či komunity, ktorý ovplyvňuje zdravotný stav a vyžaduje si intervenciu špecifickú pre sestru alebo pôrodnú asistentku“ (Vörösová et al., 2011, s.6).*

Pri posudzovaní zdravotného stavu pacienta s touto diagnózou k najdôležitejším biologickým ukazovateľom patria, nechutenstvo, nauzea, vracanie, zníženie hmotnosti, nafukovanie, nepravidelné vyprázdňovanie, neznášanlivosť niektorých jedál, únava, slabosť, malátnosť, krvácavé prejavy, zmeny na koži a slizniciach, žlté sfarbenie, pruritus. Tlaková bolesť sústredená v pravom hornom kvadrante poukazuje na zväčšenú pečeň a slezinu, zväčšený obvod brucha pri ascite. U žien sa posudzuje porucha menštruačného krvácania, u mužov miznutie ochlpenia na hrudníku a gynekomastia.

Z psychických potrieb sestra posudzuje zmeny nálad pacienta, pokles ostražitosťi, strach, úzkosť, nervozitu, zvládanie záťaž, sociálnu izoláciu, narušené myšlienkové

procesy a zmyslové vnímanie, bezmocnosť, neochotu k spolupráci, akútnu zmätenosť, riziko osamelosti, zhoršenú rodičovskú rolu, narušený a dysfunkčný život rodiny (Gurková et al., 2009).

Vörösová (2011) k prioritným intervenciám sestry priraduje podávanie liekov a odber biologického materiálu podľa ordinácie lekára, zabezpečenie kľudu na posteli, umiestnenie pacienta v blízkosti toalety, postupné zvyšovanie záťaž v závislosti od zdravotného stavu, zabezpečenie opatrení na zmiernenie pruritu, zabezpečenie bielkovinovej diéty a zvýšenie prívodu vitamínov. V rámci ošetrovania pacienta zabrániť poškodeniu kože, hygienickými opatreniami predísť infekcii, kontrolovanie prejavov krvácania a zaistenie bezpečnosti pacienta.

Neoddeliteľnou súčasťou liečby pacienta je rodina a jej spoluúčasť a spolupráca pri resocializácii pacienta. Edukácia pacienta a rodiny o podpore k zmene životného štýlu a o možnostiach riešenia problémov, ktoré vyvolávajú najväčšie obavy, edukácia o alternatívnych možnostiach liečby a spolupráci s ďalšími odborníkmi (Vörösová et al., 2011).

### **1.3 Pankreatitída**

Pankreatitída alebo zápal pankreasu je zápalové ochorenie podžalúdkovej žľazy, ktoré postihuje predovšetkým časť žľazy z vonkajšou sekréciou. Rozoznávame akútnu, chronickú a reaktívnu pankreatitídu. Akútna pankreatitída môže prebiehať vo forme opuchového stavu akútnej pankreatitídy, hemoragickej pankreatonekrózy, tukovej pankreatonekrózy. Chronická pankreatitída môže prebiehať ako nepravá cystická forma, fibróza pankreasu a pseudotumorózna forma zápalu podžalúdkovej žľazy (Hulín, 1996).

Hlavnými príčinami akútnej pankreatitídy bývajú žľčňkové kamene, diétna chyba a dlhodobé nadmerné pitie alkoholu (Jurgoš, Kužela, Hrušovský, 2006).

Ďalšie príčiny sú infekčné choroby, poruchy látkovej premeny tukov, Crohnova choroba, choroby so zvýšenou hladinou vápnika, brušné poranenia, niektoré lieky (estrogény, tetracyklin, furosemid) otravy a iné. Zhruba v 30% prípadov nie je možné určiť príčinu ochorenia (Jurgoš, Kužela, Hrušovský, 2006).

Akútna pankreatitída je náhla brušná príhoda, akútny stav, ktorý je sprevádzaný krutou epigastrickou pásovou bolesťou s rôznym vyžarovaním. Medzi príznaky sa radia: brušná citlivosť, nauzea, vracanie, teplota, tachykardia, hypotenzia, ileus, ikterus.



Priebeh ochorenia je veľmi variabilný, od ľahkých foriem až po ťažké, spojené s početnými komplikáciami až multiorgánovým zlyhaním. Klinická manifestácia je rozdielna a odvíja sa od klinickej formy akútnej pankreatitídy (Jurgoš, Kužela, Hrušovský, 2006).

Ako uvádzajú Jurgoš, Kužela a Hrušovský (2006) vzácne Cullenove znamenie (modravé škrvny periumbilikálne) a Greyovo-Turnerovo znamenie (škrvny v inguinách) sú prognosticky nepriaznivé znaky .

Chronická pankreatitída má často oligosymptomatický priebeh. Hlavným znakom je recidivujúca bolesť, ktorá nie je kolikovitá a môže trvať hodiny až dni. Bolesť brucha sa striedajú s remisiami. Bolesť sa zjaví pol hodinu po jedení a trvá 1-2 hodiny a často spontánne ustúpi. V popredí sú dyspeptické ťažkosti, meteorizmus, hnačky a voluminózne stolice, vzniká maldigescia s poklesom hmotnosti. Malnutícia má príčinu i v zníženom príjme potravy, spôsobenom strachom z bolesti. Vzniká porucha rezorpcie vitamínov A, E, K, ale najmä D. Asi u tretiny pacientov sa vyvinie diabetes, ďalšia tretina má poruchu glukózovej tolerancie. Ikterus vzniká obyčajne po záchvate bolesti, je prechodný, trvá 2–10 dní (Jurgoš, Kužela, Hrušovský, 2006).

Liečba akútnej pankreatitídy si vždy vyžaduje hospitalizáciu na Jednotke intenzívnej starostlivosti. Monitorovanie a liečba chorého spočíva v sledovaní klinického stavu – obehové parametre, príjem a výdaj tekutín, elektrolytov laboratórnych parametrov a v tlmení bolesti. Chorý má zákaz príjmu potravy, ak si to stav vyžaduje má zavedenú nasogastrickú sondu na odsávanie žalúdočného obsahu. Dôležité miesto v liečbe má aj podávanie enterálnej výživy a antibiotík. Chirurgická liečba sa vyžaduje v indikovaných prípadoch, hlavne pri infekcii pankreatickej nekrózy, známkach NBP, sepsy a multiorgánovom zlyhaní (Špičák, 2005). Prognóza ochorenia závisí od včasného rozpoznania a adekvátnej terapie nekrotizujúcej pankreatitídy a jej komplikácií. Najčastejšou príčinou smrti sú septické komplikácie nekrotizujúcej pankreatitídy.

Liečba chronickej pankreatitídy sa delí do troch skupín a to na konzervatívnu, endoskopickú a chirurgickú.

**A) Konzervatívna spočíva** v diétnom obmedzení tukov, ľahko stráviteľnej neдрáždivej strave, podávanej viackrát za deň v menších dávkach a úplnej abstinencii alkoholu. Dôležitú súčasť liečby tvorí aj substitúcia pankreatických enzýmov chránených proti inaktivácií žalúdočnou šťavou a musia sa na mieste pôsobenia rýchlo uvoľniť.

**B) Endoskopická terapia** sa indikuje pri bolestivej forme chronickej pankreatitídy, ktorá nereaguje dostatočne na liečbu konzervatívnu alebo často vedie k recidívam akútnych atakov. Základom endoskopickej liečby je ERCP k posúdeniu prípadnej komunikácie s pankreatickými vývodmi.

**C) Chirurgická terapia** je indikovaná u pacientov so stenózou dvanástnika, s portálnou hypertenziou, u pacientov s fistulami. Vykonávajú sa drenážne alebo resekčné operácie (Dítě, 2005).

„*Chronická pankreatitída je považovaná za liečiteľnú, ale nevyliciteľnú*“ (Jurgoš, Kužela, Hrušovský, 2006, s.555).

Chorí s chronickou pankreatitídou pri pokračujúcom abúze majú pomerne vysokú mortalitu – približne 50 % v priebehu 5-12 rokov. Morbidita je charakterizovaná progredujúcou stratou hmotnosti, deficitom vitamínov a vznikom liekovej závislosti na analgetiká. Pomerne dobrá je prognóza pri zastavení prívodu alkoholu a adekvátnej pankreatickej substitučnej liečbe.

### **1.3.1 Ošetrovateľská starostlivosť pri ochorení pankreatitída**

Medzi hlavné úlohy ošetrovateľskej starostlivosti pri pankreatitíde patria monitorovanie ošetrovateľských požiadaviek pacienta a jeho rodiny a spolu s nimi realizovanie ošetrovateľského procesu v súlade s najnovšími vedeckými poznatkami, normami a právami pacienta.

V posudzovacej fáze ošetrovateľského procesu u pacienta s touto diagnózou hodnotíme bolesť, brušnú citlivosť, nauzeu, vracanie, teplotu, tachykardiu, hypotenziu, peristaltiku, farbu kože, polohu tela, stav výživy, stav vedomostí o liečebnom režime a o životnom štýle, intoleranciu aktivity. Z psychických potrieb hodnotíme strach, úzkosť, bezmocnosť, zhoršenú verbálnu komunikáciu (Vörösová et al., 2011).

Ako ďalej popisuje Vörösová et al. (2011) hlavnými intervenciami sestry sú kontrolovanie životných funkcií, zabezpečenie dvoch vnútrožilových vstupov, odobratie biologického materiálu a podávanie intravenózneho liečby podľa ordinácie lekára. Dôležitou sesterskou intervenciou je manažment bolesti, edukácia o nutnosti a význame zavedenia enterálnej sondy, príprava pomôcok a asistancia pri jej zavádzaní, poskytovanie informácií o užívaní liekov, o rizikových faktoroch a o zmene životosprávy počas hospitalizácie a v domácom prostredí.

## **2 PSYCHO-SOCIÁLNE POTREBY PRI OCHORENIACH GASTROINTESTINÁLNEHO TRAKTU**

Základné psycho-sociálne potreby sú veľmi zložité, pretože vznikajú adaptáciou človeka na prostredie a sociálizáciou spojenou so zmenou prostredia, v ktorom sa človek nachádza.

Tieto potreby sú veľmi špecifické, pretože závisia nielen na individualite osobnosti, ale tiež na prostredí a na tom, čo umožňuje socializáciu človeka, teda výchova, vzdelanie a kultúra.

### **2.1 Potreby**

Potreby ľudí môžu tiež slúžiť ako rámec na posudzovanie pacienta, zoradenie problémov do priorit a na plánovanie ošetrovateľských zásahov (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

Definícia vyjadruje, že ošetrovateľská diagnostika potrieb je základný pilier, o ktorý sa opiera ošetrovateľská prax.

Kooperáciu v ošetrovateľskej starostlivosti tvorí vzťah sestra – pacient - rodina. Podstatou úspešnej kooperácie je zapojenie pacienta a rodiny do procesu starostlivosti. Vyžaduje si aktívnu spoluúčasť a rozhodovanie od všetkých zúčastnených strán.

Ošetrovateľstvo je holistický prístup k človeku nielen v chorobe ale aj v celom jeho bio-psycho-sociálnom smerovaní v rámci prostredia, v ktorom žije.

Z ošetrovateľského hľadiska musí sestra vedieť o potrebách toľko, aby ich vedela rozpoznať, pochopiť a zabezpečiť ich uspokojenie (Farkašová, 2005).

Ako uvádza Janosiková, Daviesová (1999) podľa Maslowa (1970) je človek bytosť s potrebami a dosahuje zriedkakedy stav plného uspokojenia. Akonáhle je jedna potreba uspokojená, postaví sa na jej miesto druhá a potreby pokladá za podmienku existencie človeka a duševného zdravia. Maslow vytvoril hierarchický systém a potreby rozdelil podľa svojej naliehavosti:

1. Fyziologické potreby – základné, najnižšie, najviac súvisiace s poruchou homeostázy
2. Potreba bezpečnosti a istoty – byť fyzicky v bezpečí a mimo ohrozenia
3. Potreba lásky a spolupatričnosti – byť s druhými a byť prijímaný
4. Potreba uznania – byť obdivovaný, uznávaný, mať rešpekt
5. Potreba sebarealizácia – realizácia vlastnej individuality, svojej schopnosti a zámerov.

Poznatky o potrebách môžu poskytnúť rámec pre ošetrovateľský proces a jeho aplikáciu.

**Biologické potreby** zahŕňajú starostlivosť o telo, jeho hygienu, prevenciu preležanín, o príjem potravy a tekutín, o vyprázdňovanie, o spánok a odpočinok, o komfort a pohodlie.

Uspokojovanie **psychických potrieb** je zamerané predovšetkým na odstraňovanie a zmiernovanie bolesti, na predchádzanie a zmiernovanie strachu a úzkosti, na identifikovanie obáv a neistôt z neznámeho a na zabraňovanie straty sebaúcty pri náročných ochoreniach a terapeutických výkonoch, ktoré narúšajú vzhľad tela.

Pri **sociálnych potrebách** sa zameriame na zmiernenie sociálnej izolácie, účinnou komunikáciou a zabezpečením sociálnych kontaktov, na riešenie problémov súvisiacich so stratou zamestnania, starostlivosť pri doliečovaní (Janosiková, Daviesová, 1999).

## 2.2 Strach z pohľadu potrieb

Byť chorý je jednou z najťažších životných skúseností pre každého človeka. Vo chvíli, keď sa dozvie, že je chorý, zmocní sa ho strach. Strach z bolesti, zo straty, z neznáma, je to veľmi náročné. Na druhej strane, dokázať vyrovnať sa s týmto strachom môže viesť k plnohodnotnejšiemu životu a k objaveniu doteraz nepoznanej sily, ktorá sa ukrýva v každom jedincovi. Nekontrolovaný strach je deštruktívny. Je väčším nepriateľom ako ochorenie samotné. Zhoršuje celkovú kvalitu života, spôsobuje zmätok a vedie k rozhodnutiam, ktoré nebývajú na prospech. Strach je jednou z najintenzívnejších ľudských emócií. Vzniká v medzmozgu a je riadený aj hormónmi.

Strach je jednou z reakcií na ohrozenie života. Choroba je ovplyvňovaná strachom a strach ovplyvňuje chorobu. Mení sa podľa priebehu a náročnosti liečby, z jej vedľajších účinkov, nejasnej dĺžky trvania, či neistého efektu. Ťaživé sú aj obavy ako veľmi choroba poznačí pracovný, rodinný život a sociálne postavenie pacienta (Janosiková, Daviesová, 1999).

Strach je pocit znepokojenia z blížiaceho sa zla, negatívny cit, nepríjemná emócia, nepríjemný zážitok s neurovegetatívnym sprievodom, spravidla zblednutím, chvením, zrýchleným dýchaním, búšením srdca, zvýšením krvného tlaku a pohotovosťou k obrane alebo úteku, ide o normálnu reakciu na skutočné nebezpečenstvo alebo

ohrozenie. Strach motivuje k vyhnutiu sa zlu alebo k úteku pred ním. Kde to nie je možné, tam sa často strach mení na agresiu. Prezrádza ho reč tela. Strach sa vyvíja s vekom a postupne sa spája s prežitými skúsenosťami a viacej sa viaže na predstavivosť. Hoci strach je obyčajne predmetne orientovaný, môže vzniknúť aj bez predmetu zo svojho fyzicko-psychického základu (Janosiková, Daviesová, 1999).

### 2.3 Úzkosť z pohľadu potrieb

*„V rámci diferenciálnej diagnostiky je často problematické oddeliť úzkosť od strachu. Reálna, bezprostredná prítomnosť, konkrétnosť a podstata zdroja nebezpečenstva predstavuje základný rozlišujúci znak medzi úzkosťou a strachom“ (Gurková, 2009, s.155)*

Ako ďalej Gurková et al. (2009) uvádza *„úzkosť je reakcia jednotlivca na tušené, očakávané, potencionálne ohrozenie, ktoré nevie presne určiť, špecifikovať. Prejavuje sa prežívaním vnútorného nepokoja, neurčitých obáv, je spojené s výraznou vegetatívnou symptomatológiou“ (Gurková et al., 2009, s.152).*

Spúšťačom úzkosti môžu byť myšlienky, telesné pocity, predstavy, silné emócie. Príčin vzniku úzkosti je viac. Je to hlavne dedičný predpoklad, povaha jedinca a získané skúsenosti. Chápaná je ako ohrozenie, neistota, neúspešnosť alebo ostrý konflikt. Vnútorným spúšťačom môžu byť myšlienky, telesné pocity, predstavy, silné emócie, neprítomnosť zmyslu života. Úzkosť je považovaná za normálnu reakciu na stres. Jej cieľom je mobilizovať obranné sily organizmu. Môže trvať veľmi krátko alebo dlhodobo. Intenzita môže byť rôzna od ľahkého nepokoja až po stav výraznej paniky. Úzkosť je tvorená kognitívnou, somatickou, behaviorálnou a emocionálnou zložkou.

- **kognitívna** – zahrňuje očakávania neurčitého nebezpečia,
- **somatická** – telo sa pripravuje na únik z nebezpečia,
- **behaviorálna** – zahrňuje únik alebo vyhnutie sa zdroju úzkosti,
- **emocionálna** – týka sa pocitu strachu alebo paniky.

Úzkosť sprevádzajú biologické, psychické a kognitívne charakteristiky. Podľa Gurkovej et al. (2009) sa prejavy úzkosti delia na biologické, ku ktorým patria zrýchlené dýchanie, pocit búšenie srdca, návaly tepla a chladu, potenie, silné chvenie alebo triaška, závraty, mdloby, točenie a bolesti hlavy z napätia, nepokoj alebo nespavosť,

podráždenosť, slabosť dolných končatín, pocity na vracanie, trpnutie v prstoch, v chodidlách, kŕče pri dýchaní, brnenie okolo pier, sexuálne problémy.

Gurková et al. (2009) delí charakteristiky úzkosti ešte na psychické emocionálne a psychické kognitívne.

Psychické emocionálne sú vyjadrovanie obáv, vyplývajúcich zo zmeny životnej situácie, vyjadrovanie o prežívaní trápenia a ľútosti, nedostatočná sústredenosť a podráždenosť, strata sebadôvery, vyhýbanie sa kontaktom s ostatnými, pocity neprijemnosti, bezmocnosti a beznádeje, strata záujmu, energie a radosti, nedostatok elánu a motivácie .

Psychické kognitívne sú ego- vzťahnosť, zameranie myšlienok na svoje ja a zníženie rozsahu percepcie, tendencia obviňovať iných, nekoordinované a vyhýbavé správanie. Ďalej je to znížená schopnosť učiť sa, riešiť problémy, robiť rozhodnutia, poruchy pozornosti, koncentrácie, selektivity a stability pozornosti.

Pre posudzovanie úzkosti je mnoho škál. Najčastejšie používanou je Beckova škála úzkosti, ktorá obsahuje 21 zložiek, vzťahujúcich sa na prežívanie intenzity vegetatívnej symptomatológie, kognitívnych a emocionálnych prejavov. Pacienti na štvorbodovej stupnici 0-1-2-3 určujú prítomnosť príslušných ťažkostí (Gurková et al., 2009) .

*Tab. 0 Beckova škála úzkosti (Gurková et al., 2009, s.156)*

Třpnutie alebo mravenčenie	Pocit dusenia
Pocit tepla	Chvenie rúk
Neistota v nohách	Slabosť
Neschopnosť sa uvoľniť	Strach, že sa prestanem ovládať
Strach, že sa stane to najhoršie	Ťažkosti s dýchaním
Závraty, alebo točenie hlavy	Strach, že zomriem
Zrýchlený tlkot srdca	Bojazlivosť
Chvenie	Zlé trávenie, bolesti brucha
Strach	Nevôľnosť
Nervozita	Návaly tepla do tváre
	Potenie nespôsobené teplom

## 2.4 Sociálna izolácia z pohľadu potrieb

Sociálna izolácia je „stav, v ktorom jednotlivec negatívne prežíva nesúlad medzi želanými sociálnymi vzťahmi, prípadne emocionálnou podporou, ktorú by od nich očakával, a tým, čo má v rámci svojho sociálneho prostredia k dispozícii“ (Gurková et al., 2009).

Sociálna izolácia je odlúčenosť jedinca od ostatných ľudí, vedúca k prežívaniu pocitu osamelosti, absencia kontaktov s ľuďmi, najmä s tými, ktorým jedinec pripisuje sociálny význam. Podľa Gurkovej et al. (2009) uvedený stav vzniká ako dôsledok kvalitatívneho a kvantitívneho deficitu v sociálnych vzťahoch a jedinec ho vníma ako stav, ktorý je spôsobený, vynútený inými.

**Sociálna izolácia** znamená vyradenie jedinca zo spoločnosti. Toto vyradenie môže byť dobrovoľné alebo nútené (Hegyi, 2001).

Jedinec sa nemôže zúčastňovať na aktivitách denného života tak, ako by si predstavoval a ako by rodina potrebovala, pretože jeho život je zmenený chorobným procesom. Ťažko znáša zmeny, ktorými sa menia vzťahy medzi členmi rodiny a dochádza k nesúladu vo všetkých sférach rodinného života. Ochorenie člena rodiny môže viesť k zlepšovaniu vzťahov, alebo k ich zhoršovaniu.

Gurková et al. (2009) rozdelila definujúce charakteristiky sociálnej izolácie na biologické a psycho-sociálne.

**Biologické charakteristiky** predstavujú zmeny v stravovacích návykoch - nechut' alebo prejedanie, poruchy spánku – nespavosť alebo nadbytok spánku a zmeny úrovne aktivity, zníženie koncentrácie, únavu.

**Psycho-sociálne charakteristiky** sa prejavujú prežívaním odmietnutia inými, chýbanie pocitu spolupatričnosti, túžbe po väčšom kontakte s inými, neprítomnosťou blízkej podpornej osoby, neistotou a vyhýbaním sa spoločenským kontaktom, vyjadrením týkajúcim sa plniť požiadavky iných, vyjadrením o vlastnej zbytočnosti, hostilným správaním sa k iným, opakovanou realizáciou bezvýznamných činností a vyjadrením o tom, že čas ubieha veľmi pomaly a dni sú nekonečne dlhé.

Nástrojom posúdenia sociálnej izolácie je Lubbenova škála sociálnej siete (Lubben Social Network Scale) alebo Škála vnímania sociálnej opory poskytovanej priateľmi a rodinou (Perceivet Social Support from Friends and family Scale). Lubbenova škála

sociálnej siete obsahuje 10 položiek, ktoré sú rozdelené do 3 subškál – vzťahy s priateľmi (3 položky), rodinné vzťahy (3 položky), podpora, dôvera a spôsob bývania (4 položky) (Gurková et al., 2009).

## 2.5 Zvládanie záťaže z pohľadu potrieb

Zvládanie záťaže (coping) vyjadruje vzťah medzi stresom a emóciami, rôznymi ochoreniami a jeho pohľady v záťažovej situácii či o faktoroch osobnosti, ktoré coping ovplyvňujú.

Coping je snaha vysporiadať sa s niečím obtiažnym, zvládnuť krízu alebo nejaký problém, pod ktorým sa rozumie proces riadenia vonkajších i vnútorných faktorov, ktoré sú človekom v strese hodnotené ako jeho ohrozujúce zdroje (Křivohlavý, 2002).

Křivohlavý (2002, s.152) definuje coping ako *„akúkoľvek snahu riadiť boj s požiadavkami stresovej situácie, ktoré presahujú možnosti postihnutej osoby – bez ohľadu na ich účinnosť alebo hodnotu“*.

Folkmanová a Lazarus (1980) rozdelili coping do úrovni podľa účinku mechanizmu:

1. coping zameraný na zhodnocovanie - pre seba definovať význam situácie, a znovu, inak ho definovať, prehodnotiť.
2. coping zameraný na problém (problém – focused coping) - hľadanie informácií, tvorba riešení, heuristické riešenia.
3. coping zameraný na emócie (emotional – focused coping) - snahu kontrolovať city vo vzťahu k stresoru a pokúsiť sa udržať citovú rovnováhu za pomoci citového „vybitia“ a citovej regulácie.

**Coping zameraný na problém** je aktívna snaha o zmenu súčasného problematického vzťahu, ktorý je zmeniteľný, hľadajú sa riešenia a informácie. Ak sú riešenia efektívne a problém je odstránený, zmena pozitívne ovplyvní nasledujúce hodnotenia a emócie. V prípade neefektívnosti sa situácia môže zmeniť na ohrozujúcu a emócie sa menia z nádeje na smútok a rezignáciu.

**Coping zameraný na emócie** predstavuje emócie, ktoré môžu vzniknúť pri nevyhnutnej zmene podmienok. Objavuje sa, keď sa hodnotí situácia ako nezmeniteľná



a kontrolujú sa city vo vzťahu k stresoru a k udržaniu citovej rovnováhy za pomoci citového "vybitia" a citovej regulácie.

Lazarus a Folkmanová (1980) vytvorili sebahodnotiacu škálu Ways of Coping Checklist (WOC), so 68 položkami, ktoré sa týkajú behaviorálnych a kognitívnych copingových stratégií. V tejto škále nadväzujú na vlastné situačné pojmie copingu. Ide o zoznam copingových stratégií.

### 3 OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ

V súčasnosti sa ošetrovateľská starostlivosť poskytuje metódou ošetrovateľského procesu. Zákon NR SR č. 576/2004 Z.z. definuje ošetrovateľský proces ako systematickú, racionálnu, individualizovanú metódu plánovania, poskytovania a dokumentovania ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie. V súčasnej klinickej praxi absentujú meracie nástroje, ktoré by napomáhali sestram k rozhodovaniu sa o správnosti diagnostického záveru, teda o správnu ošetrovateľskú diagnózu. V zahraničí sa pre efektívnu starostlivosť používajú klasifikačné systémy ošetrovateľstva, ktoré sú východiskom aj v našom prieskume.

#### 3.1 Ošetrovateľský proces ako tradičná metóda ošetrovateľstva

Ošetrovateľský proces určuje aktuálne alebo potencionálne problémy jednotlivca v súvislosti so starostlivosťou o zdravie. Ošetrovateľské činnosti sú zamerané na uspokojenie bio – psycho - sociálnych potrieb. Tento náročný proces prebieha v piatich fázach:

1. Posudzovanie
2. Diagnostika
3. Plánovanie
4. Realizácia
5. Vyhodnotenie

**Posudzovanie** ako prvý a najdôležitejší krok ošetrovateľského procesu pozostáva zo zberu informácií a založenia databázy. Tvoria ju informácie zdravotnej anamnézy, fyzikálneho vyšetrenia, laboratórnych parametrov, údajov od rodiny a podporných osôb, údaje zo zdravotnej dokumentácie a prehľad literatúry.

**Diagnostika** druhý krok ošetrovateľského procesu je uvedená vo Vyhláske č. 306/2005 Z.z., ustanovuje zoznam sesterských diagnóz ako klinický záver o odpovedi pacienta, rodiny či komunity na skutočné alebo potencionálne problémy. Je to analyticko-syntetický proces, ktorý si vyžaduje od sestry objektivitu, kritické myslenie a robenie rozhodnutí.

Tento krok procesu je v našej práci najdôležitejším z pohľadu výskumu. V rámci diagnostiky sa opierame o možnosti objektívneho posúdenia pacientových problémov, konkrétne v oblasti psycho-sociálnej.

Hlavnou problematikou sú meracie škály, ktoré v súčasnej klinickej praxi absentujú, najmä pre psycho-sociálne problémy, preto v ďalších častiach predstavujeme klasifikačné systémy ošetrovateľstva, ktoré ponúkajú možnosti správnej diagnostiky prostredníctvom použitia klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva.

**Plánovanie** sa v treťom kroku popisuje ako štandard, norma, model, ktorý opisuje stav pacienta tak, akoby už problém nemal. Plánovanie určuje priority podľa závažnosti vysokej, strednej a nízkej úrovne a podľa času na dlhodobé, strednodobé a krátkodobé. Vytyčuje ciele pacienta, plánuje ošetrovateľské stratégie a zahŕňa ošetrovateľské ciele v pláne ošetrovateľskej starostlivosti. Prevencia a eliminácia problémov pacienta je cieľ, ktorým sa dosahuje zmena na jeho ceste za zdravím.

**Realizáciu** určuje Vyhláška č. 364/2005 a v nej ošetrovateľskú starostlivosť poskytuje sestra so svojimi kompetenciami. Činnosti, ktoré vykonáva môžu byť závislé, nezávislé alebo súčinné. Realizačný proces zahŕňa opätovné posúdenie stavu pacienta a validizáciu plánu ošetrovateľskej starostlivosti.

**Vyhodnotenie** je posledným krokom ošetrovateľského procesu, ktorý zisťuje dosiahnutie cieľov pacienta a ošetrovateľskej starostlivosti. Podľa vyhodnotenia ošetrovateľských zásahov sa proces považuje za splnený, čiastočne splnený alebo nesplnený (Farkašová, 2005).

### **3.2 Klasifikačné systémy ošetrovateľstva – nové trendy v ošetrovateľskej diagnostike**

Vörösová et al. (2007) uvádza vyjadrenie Dr. Goosena na medzinárodnej konferencii v Paríži v roku 2002, kde zdôraznil potrebu rozvoja jednotného ošetrovateľského jazyka, jeho utriedenie a klasifikáciu a je výzvou pre sestry na celom svete.

Počiatky klasifikačných systémov používaných v ošetrovateľstve sa v ucelenej podobe objavujú v 70-tych rokoch 20. storočia. Krišková et al. (2006) popisuje základné ošetrovateľské systémy. K popisovaným patrí aj **NANDA – klasifikačný systém sesterských diagnóz** (The North American Nursing Diagnosis Association), **NIC – klasifikačný systém sesterských činností** (Nursing Interventions Classifications) a **NOC – klasifikačný systém výsledkov ošetrovateľstva** (Nursing Outcomes Classification).

### 3.2.1 Klasifikačný systém ošetrovateľských diagnóz

**NANDA taxonómia I.** bola postavená na štruktúre deviatich vzorcov ľudských reakcií (výmena, komunikácia, vzťahy, výber, ocenenie, pohyb, vnímanie, vedenie a cítenie). Jej zakladateľkami v roku 1982 boli autorky Callista Royová, Margaret Newmanová, Martha Rogersová, Dorothea Oremová a Imogene Kingová. Vzhľadom k tomu, že klinickým zisťovaním bola konštatovaná nízka miera praktickej použiteľnosti štruktúry terminológie NANDA taxonómia I., vznikla v roku 2000 **NANDA taxonómia II.**, ktorá vychádza z teórie „Funkčných vzorcov zdravia“ (Functional Health Patterns – FHP) M. Gordonovej a predstavuje štruktúru trinástich diagnostických domén. Tak vznikla vyššia verzia klasifikácie diagnostických pojmov (Marečková, Jarošová, 2005).

V roku 2002 bola NANDA premenovaná na **NANDA International (NANDA-I)** (Vörösová et al., 2007). Podľa NANDA taxonómia II. patria vybrané diagnostické kategórie do nasledovnej štruktúry: 9. Doména – Zvládanie - tolerancia stresu, Trieda 2.

Diagnostickú kategóriu Úzkosť definuje Ackley a Ladwig (2008) ako neurčitý nepokojný pocit diskomfortu alebo strachu sprevádzaný samovoľnými reakciami (zdroj často nešpecifikovaný alebo neznámy pre jedinca); pocit obáv zapríčinený anticipáciou nebezpečenstva. Je to výstražný signál, ktorý upozorňuje na hroziace nebezpečenstvo a umožňuje jedincovi vykonať opatrenia na zaoberanie sa s hrozbou. K definícii určuje definujúce charakteristiky, ktoré delí na behaviorálne, afektívne, fyziologické, sympatikové, parasympatikové a kognitívne a rizikové faktory, teda stavy, pri ktorých sa úzkosť môže u pacientov vyskytovať.

Pre diagnostickú kategóriu Neefektívne zvládanie Ackley a Ladwig (2008) uvádzajú, že sa jedná o neschopnosť vyhodnocovať platné vyhodnotenie stresorov, nesprávny výber uskutočňovaných reakcií alebo neschopnosť používať dostupné zdroje. K definícii určuje definujúce charakteristiky a rizikové faktory rovnako ako pre diagnostickú kategóriu Úzkosť.

NANDA-I je systém, ktorý je uznávaný ako klasifikačný systém ošetrovateľskej profesie a je touto profesiou uznaný ako oblasť záujmu vo vzdelávaní, praxi a výskume. Používa všeobecný systematický postup pri štandardizácii terminológie a informácií, podobne ako iné odbory. Taxonomická štruktúra klasifikačného systému NANDA-I pomocou svojho diagnostického jazyka je nápomocná pri implementácii ďalšieho

klasifikačného systému využiteľného sestrou pri skvalitňovaní ošetrovania pacienta, a to klasifikačného systému ošetrovateľských intervencií NIC (Holmanová et al., 2008).

### **3.2.2 Klasifikačný systém ošetrovateľských intervencií**

**Klasifikácia ošetrovateľských intervencií NIC** je súhrnná štandardizovaná klasifikácia intervencií, ktorú sestry uskutočňujú. Je používaná v klinickej dokumentácii, komunikácii počas uskutočňovanej starostlivosti, integrácii dátových systémov a súborov, efektívnom výskume, v produktivite miery hodnotenia kompetencií, v nahrádzaní a tvorení učebného plánu. Klasifikácia zahŕňa intervencie, ktoré sestry robia pre pacienta (Vörösová et al., 2007).

Autorky Bulechek, Butcher, McCloskey Dochterman (2008, s. 321) uvádzajú: *„Intervencia je definovaná ako akákoľvek liečba založená na klinickom rozhodovaní a vedomostiach, ktorú sestra uskutočňuje na zlepšenie pacientových/klientových výsledkov.“*

Ošetrovateľské intervencie NIC zahŕňajú fyziologickú aj psychologickú oblasť, liečbu, prevenciu a podporu zdravia a priame i nepriame činnosti. Väčšina intervencií sa používa individuálne, ale mnohé je možné použiť v rodinách a komunitách. Každá intervencia je popísaná menom, definíciou, aktivitami na poskytnutie starostlivosti a pozadím (Bulechek, Butcher, McCloskey Dochterman, 2008).

Ako ďalej uvádzajú Bulechek, Butcher, McCloskey Dochterman (2008) je vhodné použiť pre implementáciu klasifikácie NIC spojenie s NANDA na uľahčenie rozhodovania podporovaného týmto diagnostickým jazykom a taxonomickou štruktúrou na pomoc užívateľovi (sestre) zvoliť si intervenciu. Mnohé agentúry ošetrovateľskej starostlivosti si osvojili NIC pre použitie v štandardoch, plánoch starostlivosti, hodnotení kompetencií a v ošetrovateľských informačných systémoch. Programy ošetrovateľskej edukácie požívajú NIC na vytvorenie plánu a identifikáciu kompetencií sestry.

### **3.2.3 Klasifikačný systém výsledkov ošetrovateľstva**

**Klasifikačný systém výsledkov ošetrovateľstva NOC** sa zaoberá dokumentovaním vykonaných činností a zároveň zaznamenaním výstupov, ktoré sleduje v zmysle

zvyšovania kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a pôsobenia ošetrovateľstva prostredníctvom sestier na zdravie ľudí (Vörösová et al., 2007).

**Organizačne-formálnu klasifikáciu** tvorí názov, hlavný a položkový číselný kód, súbor ukazovateľov, definícia, hodnotiaci škála a jej súbor ukazovateľov, ako aj odkazy na zdroje odbornej literatúry. **Funkčnú klasifikáciu systému** v roku 2008 tvorí 7 domén, 31 tried, 385 výsledkov a podtriedy. Každý súbor je zložený z jednotlivých výsledkov, ktoré sú predmetom a prostriedkom merania, hodnotenia. Daný súbor je v súlade s obsahom danej definície, má stabilne usporiadaný vnútorný systém a je doplnený hodnotiacou stupnicou. Základom pre zostavenie uceleného systému, ktorý tvoria všetky súbory jednotlivých výsledkov sa stala filozofia zdravia podľa M. Gordonovej (Moorhead et al., 2008).

NOC poskytuje jeden profesionálny jazyk, ktorý sestry môžu používať na identifikáciu a hodnotenie účinkov ošetrovateľských intervencií. Výsledkové údaje umožnia sestram zúčastňovať sa kolegiálneho vzťahu v interdisciplinárnom tíme a vyvíjať znalosti nevyhnutné pre zlepšovanie ošetrovateľskej praxe (Moorhead et al., 2008).

Vörösová et al. (2007) uvádza, že čas pre vyhodnocovanie výsledkov si minimálne vyžaduje, aby sa meranie uskutočnilo na začiatku a na konci starostlivosti. Ďalej uvádza, že dilemou sa stáva subjektivita používaných škál, pretože škálové stupnice nie sú špecificky definované pre každý ukazovateľ a výsledok, sestra musí urobiť úsudok o zdravotnom stave pacienta. Rovnaký úsudok používa sestra pri vyhodnocovaní dosiahnutia cieľa.

Krišková et al. (2006) charakterizuje klasifikáciu NOC ako doplnkovú k NANDA-I a klasifikácii NIC. Klasifikácia NOC poskytuje jazyk pre krok hodnotenia ošetrovateľského procesu.

Pre diagnostickú kategóriu Úzkosť je z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva ponúkaná škála NOC – Úroveň úzkosti. Pre diagnostickú kategóriu Neefektívne zvládanie záťaže sú uvádzané viaceré škály NOC – Akceptácia: zdravotný stav, Adaptácia na fyzické postihnutie, Zvládanie záťaže, Osobná odolnosť a iné. Na základe posúdenia jednotlivých ukazovateľov je pre naše podmienky praxe a prieskumu najviac použiteľná škála NOC – Zvládanie záťaže.

## **4 PRIESKUM OŠETROVATELSKEJ DIAGNOSTIKY PSYCHICKÝCH POTRIEB U PACIENTOV S OCHORENAMI GASTROINTESTINÁLNEHO TRAKTU**

Problematika psychických potrieb je z hľadiska súčasnej klinickej praxe veľa prediskutovanou témou. Vychádzajúc z ošetrovateľstva ako vednej disciplíny, ktorá sa zaoberá nielen biologickou stránkou pacienta, ale aj jeho psychologickou stránkou sme si vytvorili teoretické východiská. Po vytvorení teoretických východísk sme si určili výskumný problém. Vyskytujú sa u pacientov s gastrointestinálnym ochorením psychické problémy?

Ochorenie a s ním súvisiace okolnosti pôsobia ako stresory. Konfrontácia pacienta so stresorom determinuje emocionálne alebo behaviorálne reakcie, nastupujú negatívne emócie, dochádza k úzkosti a k výskytu iných psychických, či sociálnych potrieb, ktoré negatívne pôsobia na proces starostlivosti a liečby, teda celkovo môže ovplyvňovať stav pacienta, vývoj a následky ochorenia. Redukcia potrieb vychádzajúcich nielen z biologického, ale aj psycho-sociálneho aspektu ľudského života je dôležitou intervenciou v starostlivosti.

Na základe bližšieho poznania problematiky pristupujeme k formulácii viacerých výskumných otázok. Vyskytuje sa u pacientov s gastrointestinálnym ochorením úzkosť? Ako pacienti s gastrointestinálnym ochorením zvládajú záťaž? Existujú rozdiely vo výskyte úzkosti a vo zvládaní záťaže u týchto pacientov aj vzhľadom k existujúcim faktorom ako sú napríklad vek, pohlavie, prvá alebo opakovaná hospitalizácia, príp. lekárska diagnóza?

### **4.1 Ciele a hypotézy**

Predmetom prieskumu je problematika psychických potrieb pacientov s ochoreniami GITu. V súčasnej klinickej praxi sa sestry pri ošetrovateľskej diagnostike môžu opierať len o zoznam sesterských diagnóz vo Vyhláske MZ SR 311/2007.Z.z.. Pre možnosti objektivizovania vyskytujúcich sa problémov pacienta sú ponúkané meracie nástroje, ktoré sa vo väčšej miere používajú na posudzovanie biologických potrieb (napr. Barthelov test, škála na hodnotenie rizika pádu, škály na prevenciu vzniku dekubitov ai.). Pre hodnotenie psycho-sociálnych potrieb v súčasnej klinickej praxi absentujú meracie nástroje. Preto diagnostika psycho-sociálnych problémov býva u pacientov

prehliadaná a neriešená, s čím môže následne súvisieť aj neúspech liečby, nespolupráca pacienta alebo nespokojnosť pacienta s liečbou a so starostlivosťou.

Na základe štúdia mnohých štúdií a publikácií sme si stanovili **hlavný cieľ** prieskumu: Zhodnotiť výskyt vybraných psychických problémov u pacientov s ochoreniami GITu.

Z hlavného cieľa špecifikujeme nasledovné **čiasťkové ciele**:

**C 1:** Zhodnotiť úroveň úzkosti u pacientov s ochoreniami GITu vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, k veku a pohlaviu pacienta.

**C 2:** Zhodnotiť zvládanie záťaže u pacientov s ochoreniami GITu vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, k veku a pohlaviu pacienta.

Gastrointestinálne ochorenia patria medzi ochorenia, ktorých priebeh je veľmi nešpecifický a nepredvídateľný. Pacient nemá istotu v tom, ako bude ochorenie pokračovať aj pri dodržiavaní všetkých odporúčaných liečebných opatrení. Pri zhoršení stavu si pacienti v priebehu niekoľkých hodín vyžadujú hospitalizáciu. Toto sú všetko súvisiace faktory, pri ktorých môže byť narušené zvládanie záťaže a môže sa vyskytovať úzkosť. Zo súvisiacich faktorov definovaných podľa Ackley a Ladwig (2008) pre neefektívne zvládanie záťaže vyberáme: nedostatočná príležitosť pripraviť sa na zmeny, neistota a vysoký stupeň ohrozenia. Pre diagnostickú kategóriu Úzkosť uvedené súvisiace faktory podľa Ackley a Ladwig (2008) vyberáme pre pacientov s gastrointestinálnymi problémami nasledovné faktory: hrozba smrti, hrozba: ekonomická situácia, prostredie, zdravotný stav, fungovanie rolí, neuspokojené potreby, neuvedomelý konflikt ohľadne základných hodnôt, situačná kríza, stres, zmena v prostredí, zmena zdravotného stavu a fungovanie role.

Na základe poznania problematiky gastrointestinálnych ochorení a holistického prístupu ošetrovateľstva ako aj poznania súvisiacich faktorov ošetrovateľských kategórií Úzkosť a Neefektívne zvládania záťaže stanovujeme nasledovné výskumné otázky:

### **Výskumné otázky**

**VO1:** Existujú rozdiely v úrovni úzkosti vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, k veku a pohlaviu pacienta?

**VO2:** Existujú rozdiely vo zvládaní záťaže u pacientov s ochoreniami GITu vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, k veku a pohlaviu pacienta?



## 4.2 Metódy

### Výberový súbor

Výberový súbor tvorilo  $n = 40$  respondentov. Zaradujúcimi kritériami respondentov do výberového súboru bolo ochorenie GITu, konkrétne lekárska diagnóza Cirhóza pečene, Pankreatitída a Pažerákové varixy. Ďalším zo zaradujúcich kritérií bola prvá alebo opakovaná hospitalizácia, informovaný súhlas pacienta s prieskumom, komunikatívnosť a ochota pacienta spolupracovať.

### Metódy zberu dát

**Literárna metóda** nám umožnila získanie teoretických východísk k problematike ochorení GITu a moderných trendov ošetrovateľstva v diagnostike psycho-sociálnych potrieb. Popisovaná metóda bola základom k vytvoreniu teoretických východísk k danej problematike.

**Pozorovanie** – prostredníctvom vybraných súborov z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva sme získavali údaje od pacientov k pozorovaniu prejavov úzkosti a zvládania záťaže. Pozorovanie prejavov úzkosti sme uskutočňovali vybraným súborom NOC - Úroveň úzkosti (príloha A) a pozorovanie prejavov zvládania záťaže sme uskutočnili vybraným súborom NOC – Zvládanie záťaže (príloha B). Jednotlivé súbory obsahujú ukazovatele, merateľné na päťstupňovej Likertovej škále, ktorá vyjadruje úroveň úzkosti a mieru zvládania záťaže.

### Plán prieskumu

Ide o exploračný (zistujúci) prieskum, v ktorom sa zameriavame na zisťovania úrovne úzkosti a zvládania záťaže u pacientov s ochorením gastrointestinálneho traktu. Zároveň v prieskume zisťujeme rozdiely v sledovaných premenných (úzkosť a zvládanie záťaže) vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie a veku pacienta. Prieskum sme realizovali na Internej klinike vo FN v Nitre so súhlasom námestníčky pre ošetrovateľstvo Mgr. Bahíkovej, v časovom období od septembra 2011 do marca 2012. Pri tvorbe teoretických východísk vznikli výskumné otázky, následne sme si stanovili ciele a výskumné otázky prieskumu, výberový súbor a metódy zberu dát. Po získaní dát sme pristúpili k matematickému spracovaniu dát, použili sme deskriptívnu štatistiku,

získané výsledky prezentujeme cez absolútnu početnosť (n), relatívnu početnosť (%) a cez aritmetický priemer (AM). Uvádzame aj smerodajnú odchýlku. Pre zhodnotenie štatisticky významných rozdielov na základe vypočítaných hodnôt (AM) používame Studentov t- test. Z výsledku t-testu pre dva závislé výbery (Paired Samples Test) prezentujeme priemer rozdielov Mean (AM), testovacie kritérium (t) a dosiahnutú signifikanciu (p). Dosiahnutú hodnotu pravdepodobnosti (p-hodnotu) porovnáваме s vopred stanovenou hladinou významnosti ( $\alpha = 0,05$ ). Ak je výsledná hodnota nižšia, výsledok je štatisticky významný (Sollár, Ritomský, 2002).

## 5 VÝSLEDKY

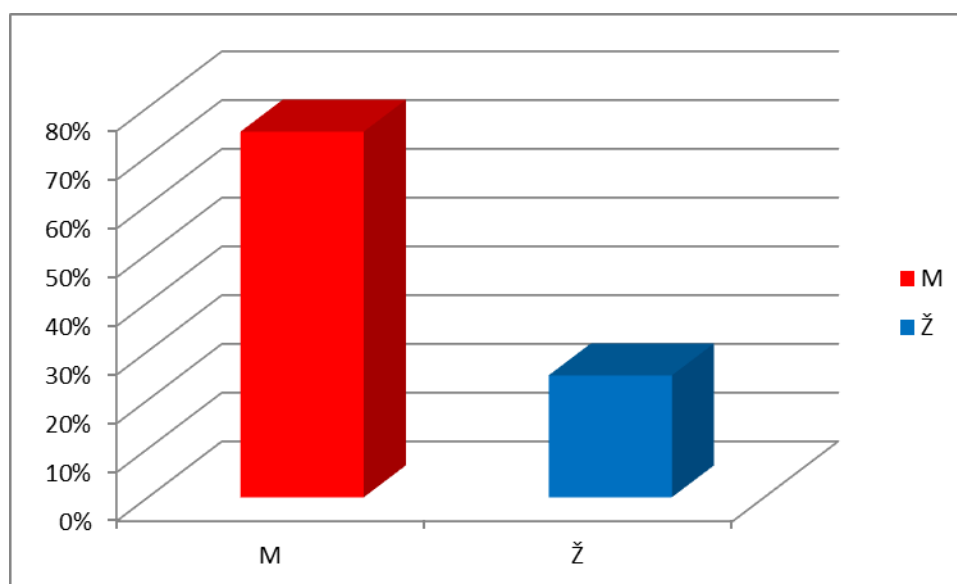
Výsledky prieskumu predstavujeme v dvoch ucelených častiach podľa stanovených hypotéz. V prvej časti prezentujeme výskyt úzkosti u pacientov s ochoreniami GIT-u vzhľadom k lekárskej diagnóze, typu hospitalizácie, veku a pohlaviu pacientov. V druhej časti prezentujeme zvládanie záťaže u pacientov s ochoreniami rovnako vzhľadom k lekárskej diagnóze, typu hospitalizácie, veku a pohlaviu pacientov.

### 5.1 Demografické údaje respondentov

Prvá tabuľka predstavuje pohlavie respondentov vo výberovom súbore. Všetci respondenti boli zaradení do výberového súboru na základe zaraďujúceho kritéria - ochorenie gastrointestinálneho traktu. Výberový súbor tvorilo  $n = 40$  (100 %) respondentov, z toho  $n = 30$  (75 %) mužov a  $n = 10$  (25 %) žien (tabuľka 1, graf 1).

Tabuľka 1 Pohlavie respondentov

	<b>n</b>	<b>%</b>
Muži	30	75
Ženy	10	25
<b>Spolu</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

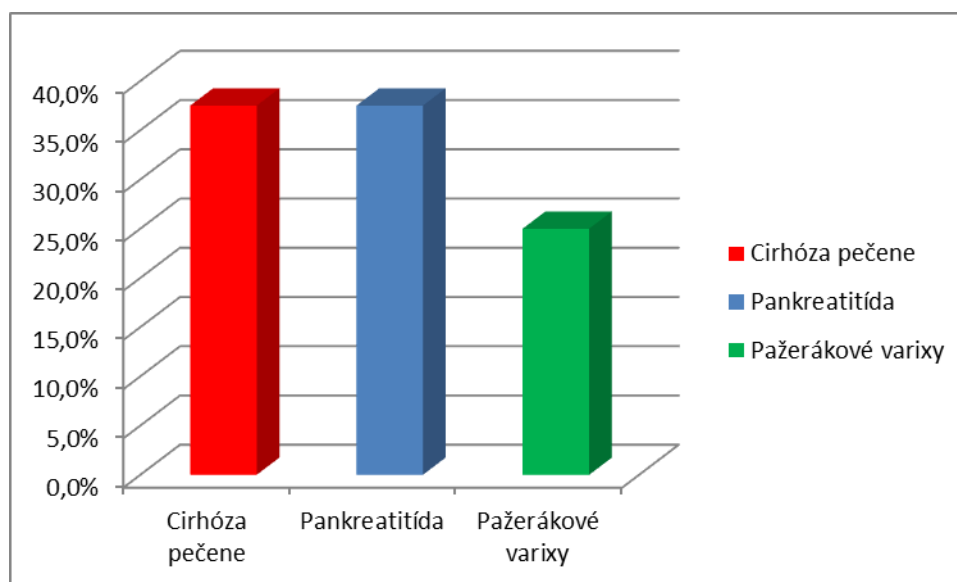


Graf 1 Pohlavie respondentov

Ďalšou položkou hodnotenia výberového súboru bola lekárska diagnóza, vzhľadom k zaradujúcemu kritériu tzn. ochorenie gastrointestinálneho traktu. Z celkového počtu  $n = 40$  (100 %) respondentov s ochoreniami gastrointestinálneho traktu bola  $n = 15$  (37,5 %) lekárska diagnóza Cirhóza pečene,  $n = 15$  (37,5 %) lekárska diagnóza Pankreatitída,  $n = 10$  (25 %) lekárska diagnóza Pažerákové varixy (tabuľka 2, graf 2).

Tabuľka 2 Lekárske diagnózy respondentov

	n	%
Cirhóza pečene	15	37,5
Pankreatitída	15	37,5
Pažerákové varixy	10	25
<b>Spolu</b>	<b>40</b>	<b>100</b>



Graf 2 Lekárske diagnózy respondentov

## 5.2 Rozdiely v úrovni úzkosti vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, veku a pohlaviu pacienta

V tejto časti prezentujeme výsledky vzťahujúce sa pre hodnotenie úrovne úzkosti u pacientov s ochoreniami gastrointestinálneho traktu, teda pre vyhodnotenie VO 1.

Tabuľka 3 a graf 3 predstavujú aritmetický priemer v úrovni úzkosti vzhľadom k lekárskej diagnóze. Úroveň úzkosti u pacientov s lekárskou diagnózou cirhóza pečene má  $AM = 2,91$  ( $SD = 0,59$ ), úroveň úzkosti u pacientov s lekárskou diagnózou

Pankreatitída je v hodnote AM = 3,07 (SD = 0,72) a úroveň úzkosti u pacientov s lekárskou diagnózou Pažerákové varixy je v hodnote AM = 2,71 (SD = 0,32).

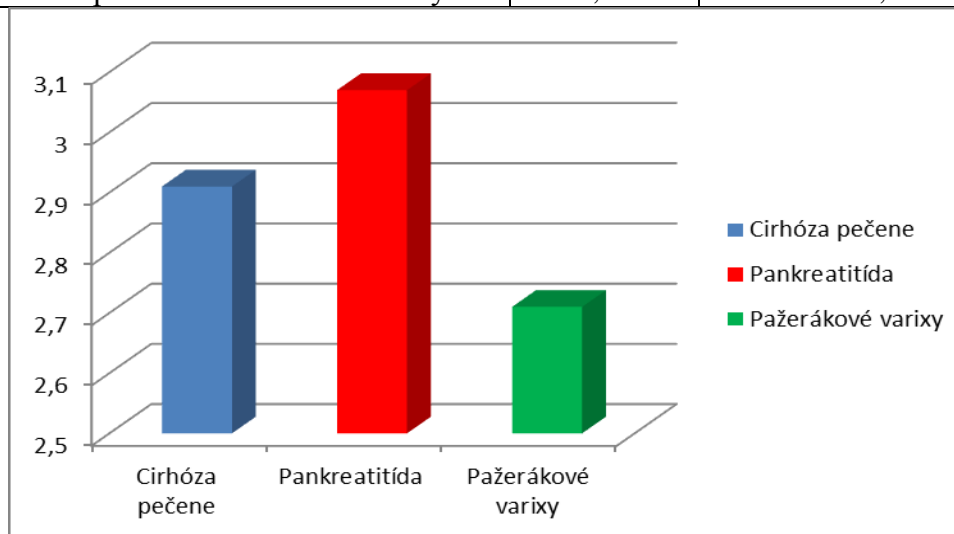
Tabuľka 3 Aritmetický priemer v úrovni úzkosti vzhľadom k lekárskej diagnóze

	AM	SD
Cirhóza pečene	2,91	0,59
Pankreatitída	3,07	0,72
Pažerákové varixy	2,71	0,32

V ďalšej časti predstavujeme štatistický rozdiel v úrovni úzkosti vzhľadom k lekárskej diagnóze. Rozdiel v úrovni úzkosti medzi lekárskou diagnózou cirhóza pečene a pankreatitída nadobúda hodnotu  $t = 0,63$ ,  $p = 0,27$ , medzi lekárskou diagnózou pankreatitída a pažerákové varixy nadobúda hodnotu  $t = 0,97$ ,  $p = 0,17$ , medzi lekárskou diagnózou cirhóza pečene a pažerákové varixy nadobúda hodnotu  $t = 1,45$ ,  $p = 0,08$  (tabuľka 4).

Tabuľka 4 Štatistický rozdiel v úrovni úzkosti vzhľadom k lekárskej diagnóze

	t- test	p – hodnota
Cirhóza pečene - Pankreatitída	0,63	0,27
Pankreatitída – Pažerákové varixy	0,97	0,17
Cirhóza pečene - Pažerákové varixy	1,45	0,08

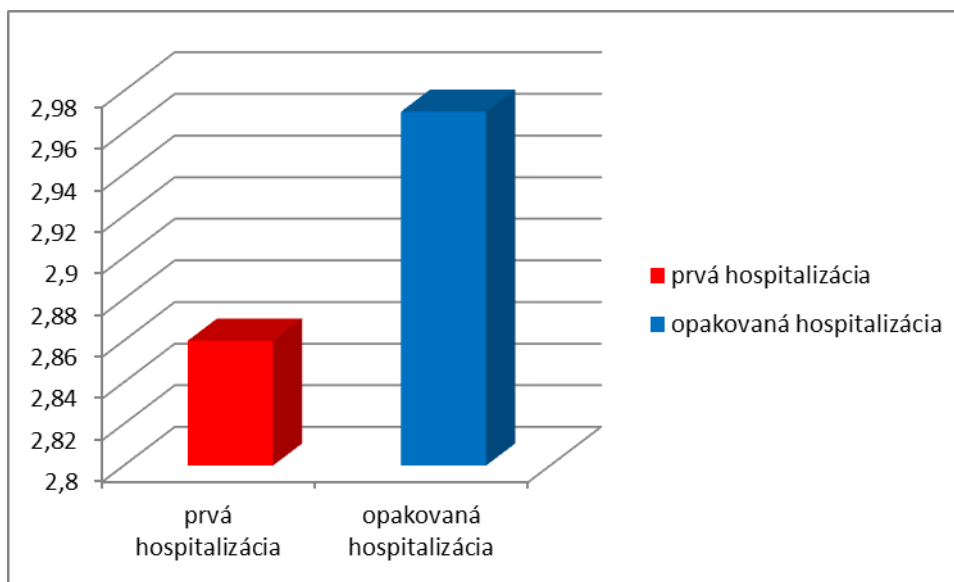


Graf 3 Aritmetický priemer v úrovni úzkosti vzhľadom k lekárskej diagnóze

Ďalšie výsledky predstavujú zistenia k výskytu úrovne úzkosti u pacientov s ochoreniami gastrointestinálneho traktu vzhľadom k typu hospitalizácie, konkrétne či sa jednalo o prvú hospitalizáciu alebo opakovanú hospitalizáciu (tabuľka 5, graf 4). Pri prvej hospitalizácii je AM = 2,86, SD = 0,44, pri opakovanej hospitalizácii je AM = 2,97 a SD = 0,97. Štatisticky nadobúdajú výsledky hodnotu  $t = 0,58$  a  $p = 0,28$ .

Tabuľka 5 Aritmetický priemer a štatisticky významný rozdiel v úrovni úzkosti vzhľadom k typu hospitalizácie

	AM	SD	t-test	p - hodnota
<b>prvá hospitalizácia</b>	2,86	0,44	0,58	0,28
<b>opakovaná hospitalizácia</b>	2,97	0,71		

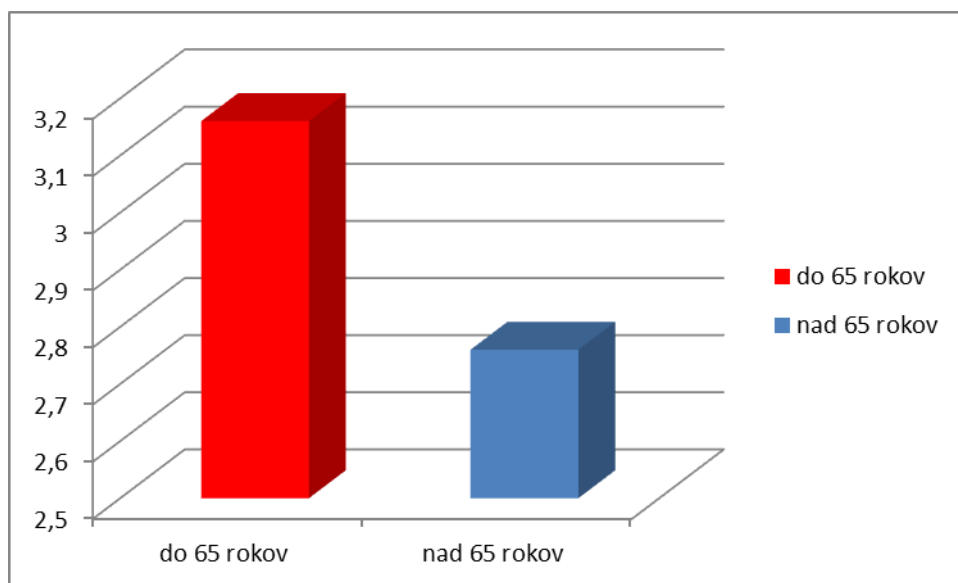


Graf 4 Aritmetický priemer v úrovni úzkosti vzhľadom k typu hospitalizácie

Ďalšie výsledky predstavujú zistenia úrovne úzkosti u pacientov s ochoreniami gastrointestinálneho traktu vzhľadom k veku pacienta (tabuľka 6, graf 5). V prvej vekovej skupine pacientov do 65 rokov je AM = 3,16, SD = 0,68 a v druhej vekovej skupine nad 65 rokov je AM = 2,76 a SD = 0,48. Štatisticky nadobúdajú výsledky hodnotu  $t = 2,15$  a  $p = 0,02$ .

Tabuľka 6 Aritmetický priemer a štatisticky významný rozdiel v úrovni úzkosti vzhľadom k veku pacienta

	AM	SD	t-test	p - hodnota
<b>do 65 rokov</b>	3,16	0,68	2,15	0,02
<b>nad 65 rokov</b>	2,76	0,48		

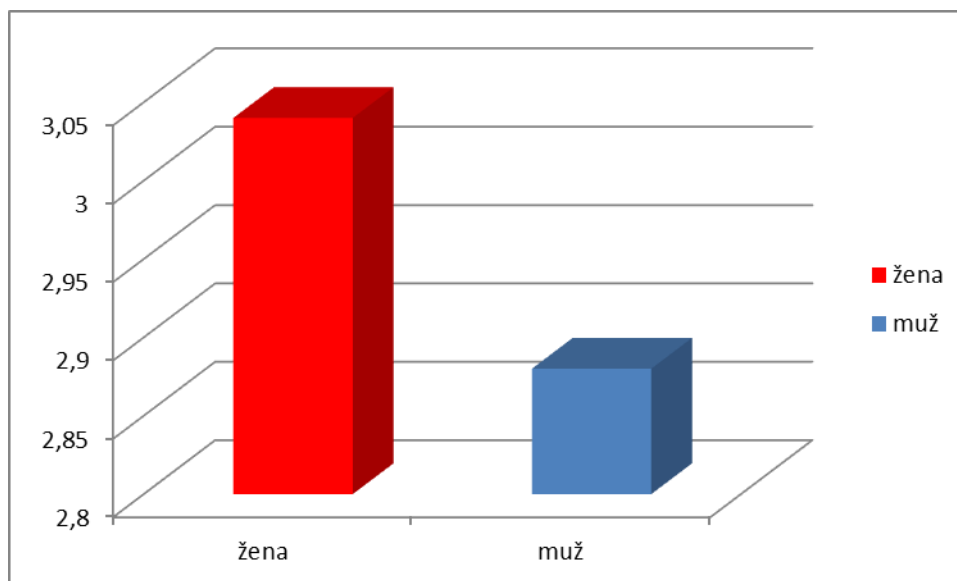


Graf 5 Aritmetický priemer v úrovni úzkosti vzhľadom k veku

Posledné zistenia v tejto oblasti predstavujú zistenia úrovne úzkosti u pacientov s ochoreniami gastrointestinálneho traktu vzhľadom k ich pohlaviu (tabuľka 7, graf 6). U mužov úroveň úzkosti nadobúda hodnotu AM = 2,868, SD = 0,59 a u žien je AM = 3,04 a SD = 0,63. Štatisticky nadobúdajú výsledky hodnotu  $t = 0,75$ ,  $p = 0,23$ .

Tabuľka 7 Aritmetický priemer a štatisticky významný rozdiel v úrovni úzkosti vzhľadom k pohlaviu pacienta

	AM	SD	t-test	p - hodnota
<b>žena</b>	3,04	0,63	0,75	0,23
<b>muž</b>	2,88	0,59		



Graf 6 Aritmetický priemer v úrovni úzkosti vzhľadom k pohlaviu

### 5.3 Rozdiely vo zvládaní záťaže vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, veku a pohlaviu pacienta

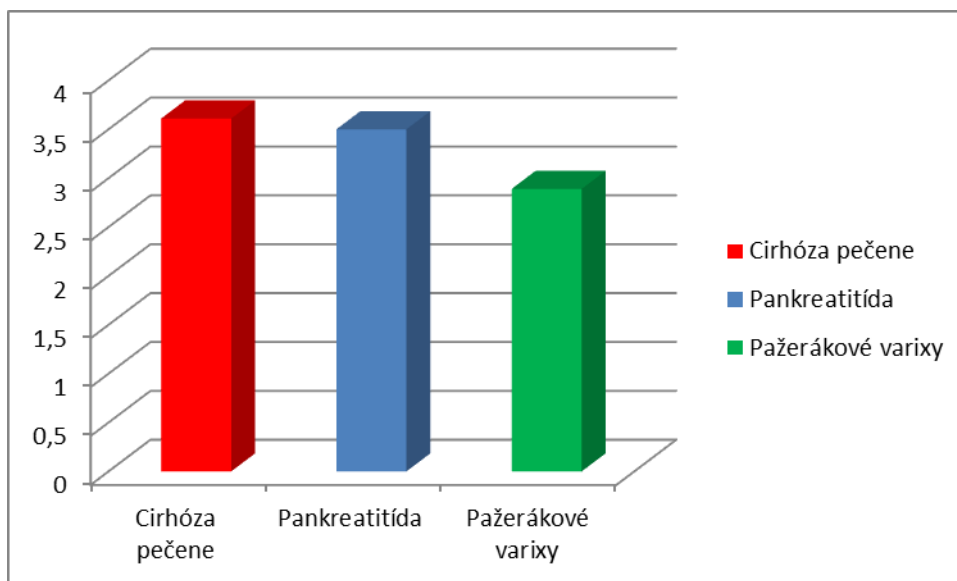
V druhej časti výsledkov prezentujeme výsledky vzťahujúce sa pre hodnotenie zvládania záťaže u pacientov s ochoreniami gastrointestinálneho traktu. Zistenia sa vzťahujú pre vyhodnotenie VO 2.

Tabuľka 8 a graf 7 predstavujú aritmetický priemer vo zvládaní záťaže vzhľadom k lekárskej diagnóze. Zvládanie záťaže u pacientov s lekárskou diagnózou cirhóza pečene má AM = 3,61 (SD = 0,79), u pacientov s lekárskou diagnózou Pankreatitída je AM = 3,50 (SD = 0,68) a u pacientov s lekárskou diagnózou Pažerákové varixy je AM = 2,89 (SD = 0,61).

Tabuľka 8 Aritmetický priemer vo zvládaní záťaže vzhľadom k lekárskej diagnóze

	AM	SD
Cirhóza pečene	3,61	0,79
Pankreatitída	3,50	0,68
Pažerákové varixy	2,89	0,61





Graf 7 Aritmetický priemer vo zvládaní záťaže vzhľadom k lekárskej diagnóze

V ďalšej časti predstavujeme štatistický rozdiel vo zvládaní záťaže u pacientov s ochorením gastrointestinálneho traktu k lekárskej diagnóze. Rozdiel vo zvládaní záťaže medzi lekárskou diagnózou cirhóza pečene a pankreatitída nadobúda hodnotu  $t = 0,39$ ,  $p = 0,35$ , medzi lekárskou diagnózou pankreatitída a pažerákové varixy nadobúda hodnotu  $t = 2,44$ ,  $p = 0,01$ , medzi lekárskou diagnózou cirhóza pečene a pažerákové varixy nadobúda hodnotu  $t = 2,31$ ,  $p = 0,02$  (tabuľka 9).

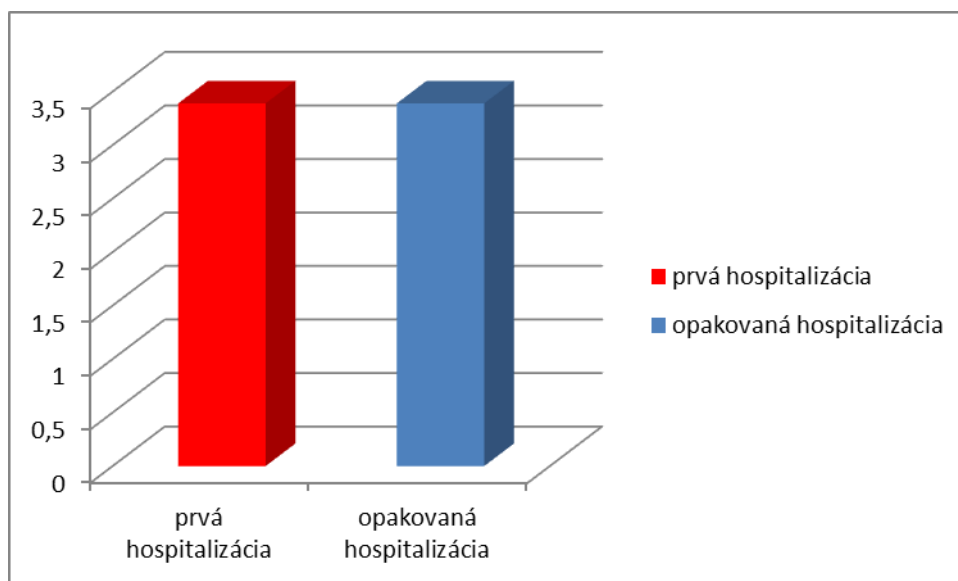
Tabuľka 9 Štatistický rozdiel vo zvládaní záťaže vzhľadom k lekárskej diagnóze

	t- test	p - hodnota
Cirhóza pečene - Pankreatitída	2,39	0,03
Pankreatitída – Pažerákové varixy	2,44	0,01
Cirhóza pečene - Pažerákové varixy	2,31	0,02

Nasledovné výsledky predstavujú zistenia zvládania záťaže u pacientov s ochoreniami gastrointestinálneho traktu vzhľadom k typu hospitalizácie – prvá alebo opakovaná hospitalizácia (tabuľka 10, graf 9). Pri prvej hospitalizácii je  $AM = 3,39$ ,  $SD = 0,73$ , pri opakovanej hospitalizácii je  $AM = 3,39$  a  $SD = 0,79$ . Štatisticky nadobúdajú výsledky hodnotu  $t = 0,01$  a  $p = 0,50$ .

Tabuľka 10 Aritmetický priemer a štatisticky významný rozdiel vo zvládaní záťaže vzhľadom k typu hospitalizácie

	AM	SD	t-test	p - hodnota
<b>prvá hospitalizácia</b>	3,39	0,73	0,01	0,50
<b>opakovaná hospitalizácia</b>	3,39	0,79		

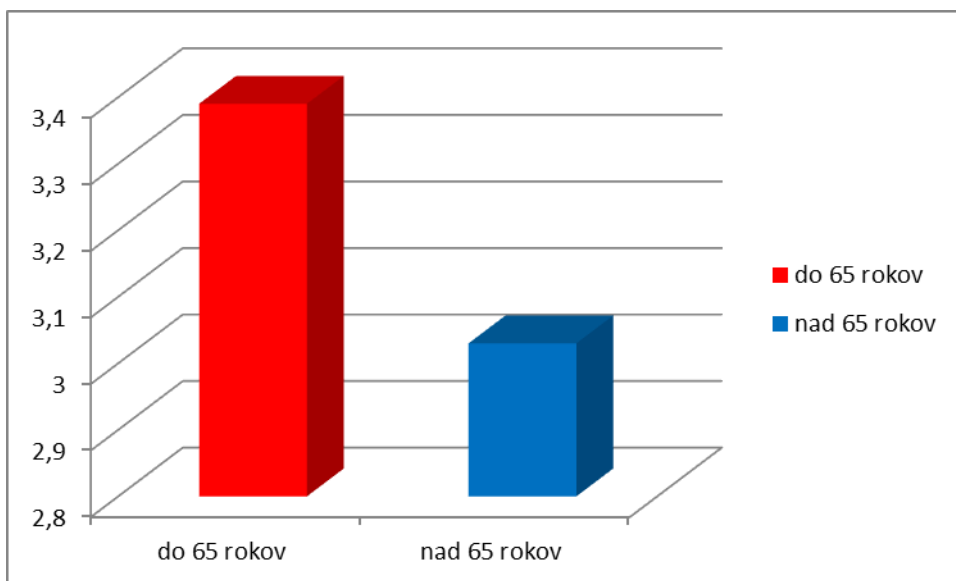


Graf 8 Aritmetický priemer vo zvládaní záťaže vzhľadom k typu hospitalizácie

Ďalšie výsledky predstavujú zistenia zvládania záťaže u pacientov s ochoreniami gastrointestinálneho traktu vzhľadom k veku pacienta (tabuľka 11, graf 10). V prvej vekovej skupine pacientov do 65 rokov je AM = 3,39, SD = 0,50 a v druhej vekovej skupine nad 65 rokov je AM = 3,03 a SD = 0,68. Štatisticky nadobúdajú výsledky hodnotu  $t = 4,56$  a  $p < 0,001$ .

Tabuľka 11 Aritmetický priemer a štatisticky významný rozdiel vo zvládaní záťaže vzhľadom k veku pacienta

	AM	SD	t-test	p - hodnota
<b>do 65 rokov</b>	3,39	0,50	4,56	< 0,001
<b>nad 65 rokov</b>	3,03	0,68		

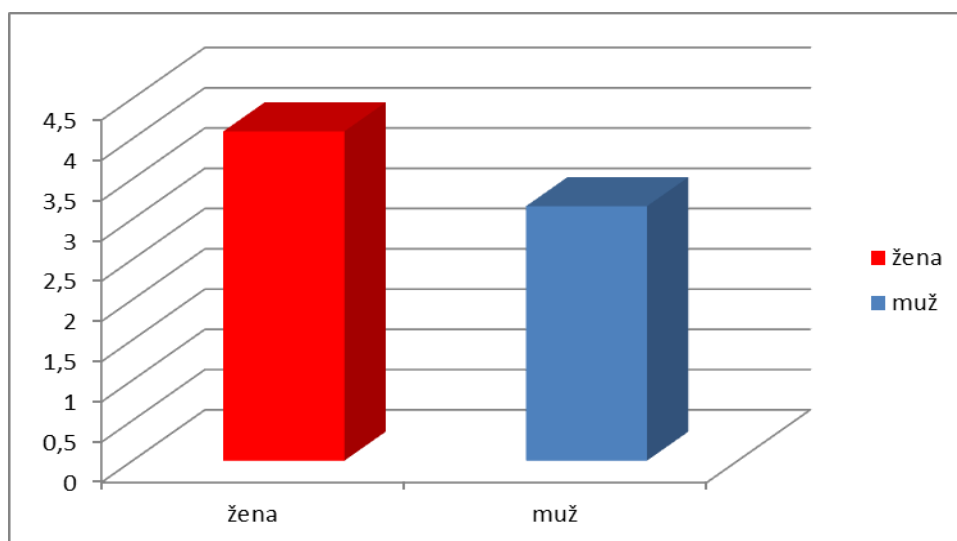


*Graf 9* Aritmetický priemer vo zvládaní záťaže vzhľadom k veku

Posledné zistenia vo zvládaní záťaže u pacientov s ochoreniami gastrointestinálneho traktu sú vzhľadom k pohlaviu pacientov (tabuľka 12, graf 11). U mužov je zvládanie záťaže v hodnote AM = 3,16, SD = 0,69 a u žien je AM = 4,09 a SD = 0,42. Štatisticky výsledky nadobúdajú hodnotu  $t = 3,95$ ,  $p = < 0,001$ .

*Tabuľka 12* Aritmetický priemer a štatisticky významný rozdiel vo zvládaní záťaže vzhľadom k pohlaviu pacienta

	AM	SD	t-test	p - hodnota
žena	4,09	0,42	3,95	< 0,001
muž	3,16	0,69		



*Graf 10* Aritmetický priemer vo zvládaní záťaže vzhľadom k pohlaviu

## 6 DISKUSIA

Podľa charakterizovania ošetrovateľskej starostlivosti Janosikovou, Daviesovou (1999), že dôležitou úlohou je uspokojovanie psychických potrieb, sme sa prieskumom zamerali najmä na diagnostikovanie vybraných psychických problémov, konkrétne výskyt úzkosti a neefektívne zvládanie záťaže. Na základe správnej diagnostiky môže sestra túto dôležitú úlohu týkajúcu sa uspokojovania psychických potrieb uskutočňovať. Táto úloha zahŕňa aj predchádzanie a zmiernovanie úzkosti, na identifikovanie obáv a neistôt z neznáameho a na zabraňovanie straty sebaúcty pri náročných ochoreniach. Na základe získaných výsledkov prieskumu v tejto časti práce predstavujeme problematiku výskytu úzkosti a zvládania záťaže u pacientov s gastrointestinálnym ochorením.

### **6.1 Úroveň úzkosti u pacientov s ochoreniami GIT-u vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, veku a pohlaviu pacienta**

Prvou výskumnou otázkou sme zisťovali, či existujú rozdiely v úrovni úzkosti vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, k veku pacienta a k pohlaviu. Na základe tvrdenia Ackley a Ladwig (2008) pri situáciách ako sú hrozba smrti, zmena ekonomickej situácie vplyvom ochorenia a v dôsledku opakovaných častých hospitalizácií, z dôvodu pôsobenia nemocničného prostredia, zmeny zdravotného stavu, narušenia rolí, neuspokojených potrieb, stresu a ešte ďalších faktorov sme vnímali výskyt úzkosti u pacientov s gastrointestinálnym ochorením za veľmi potencionálny. Nezaujímalí sme sa iba o výskyt úzkosti vo všeobecnosti vzhľadom k ochoreniam gastrointestinálneho traktu, ale z hľadiska výskytu úzkosti podľa jednotlivých lekárskejších diagnóz. Zistili sme, že AM úzkosti u pacientov s cirhózou pečene bol 2,91, u pacientov s pankreatitídou 3,07 a u pacientov s pažerákovými varixami 2,71 (tab.3, graf 3). Na základe vypočítaného AM môžeme konštatovať, že nami sledované lekárske diagnózy spadajúce do ochorení gastrointestinálneho traktu vykazovali na Likertovej škále strednú úroveň úzkosti. Štatistickým spracovaním sme zistili, že neexistuje štatisticky významný rozdiel iba medzi úrovňou úzkosti u pacientov s cirhózou pečene a úrovňou úzkosti u pacientov s pažerákových varixami vzhľadom k lekárskej diagnóze (tab.4).

V ďalšej časti prieskumu sme hodnotili úroveň úzkosti vzhľadom k typu hospitalizácie. Vychádzali sme z poznania ochorení gastrointestinálneho traktu, nakoľko ide

o ochorenia, ktoré si vyžadujú opakovanú hospitalizáciu. Zaujímalo nás, či typ hospitalizácie, resp. prvá alebo opakovaná hospitalizácia má vplyv na úroveň úzkosti u pacientov s gastrointestinálnym ochorením. Zistili sme, že pri prvej hospitalizácii je AM 2,86, pri opakovanej hospitalizácii je AM 2,97 (tab. 5, graf 4). Podľa Likertovej škály tieto zistenia predstavujú úroveň 3, čo znamená strednú úroveň úzkosti. Štatistickým spracovaním výsledkov sme nezistili štatisticky významný rozdiel medzi úrovňou úzkosti u pacientov s gastrointestinálnym ochorením a typom hospitalizácie, teda vzhľadom k prvej a opakovanej hospitalizácii (tab. 5).

Podľa definície Gurkovej et al. (2009) príčin vzniku úzkosti je viac. Zaujala nás príčina dotýkajúca sa získaných skúseností a vzniku úzkosti. Pre danú príčinu nás zaujímalo, či vek, ktorý môže súvisieť so skúsenosťami ovplyvňuje úroveň úzkosti. Respondentov sme rozdelili do 2 vekových skupín, a to do 65 rokov a nad 65 rokov. V prvej vekovej skupine respondentov do 65 rokov nadobúdal AM hodnotu 3,16, v druhej vekovej skupine nad 65 rokov AM nadobúdal hodnotu 2,76 (tab. 6, graf 5). Na Likertovej škále ide o strednú úroveň úzkosti. Prostredníctvom Studentovho T - testu sme zistili štatisticky významný rozdiel v úrovni úzkosti vzhľadom k veku (tab. č.6).

Ďalším spúšťačom úzkosti môžu byť myšlienky, telesné pocity, predstavy, silné emócie (Gurková et al., 2009). Na základe týchto definícií sme si mysleli, že telesné pocity, predstavy a silné emócie sú iné u mužov a u žien. Z uvedeného dôvodu nás zaujímali rozdiely v úrovni úzkosti vzhľadom k pohlaviu respondentov. U žien bola hodnota AM 3,04 a u mužov bola hodnota AM 2,88 (tab. 7, graf 6). Na Likertovej škále to znamenalo hodnotu 3, čiže strednú úroveň úzkosti. Prostredníctvom Studentovho T - testu sme nezistili štatisticky významný rozdiel v úrovni úzkosti vzhľadom k pohlaviu (tab. č.7).

Na základe zistení môžeme konštatovať, že rozdiely v úrovni úzkosti u pacientov s gastrointestinálnym ochorením sa vyskytujú len vzhľadom k veku pacientov. Neexistujú štatisticky významné rozdiely v úrovni úzkosti vzhľadom k lekárskej diagnóze, pohlaviu pacientov ani k typu hospitalizácie.

## **6.2 Zvládanie záťaže u pacientov s ochoreniami GIT-u vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, veku a pohlaviu pacienta**

Podľa uvedenia Ackley a Ladwig (2008) (2009) nedostatočná príležitosť pripraviť sa na zmeny, neistota a vysoký stupeň ohrozenia sú súvisiace faktory, pri ktorých sa môže vyskytovať neefektívne zvládanie záťaže. Vplyvom gastrointestinálneho ochorenia sa môžu vyskytovať tieto súvisiace faktory, čo znamená, že je aj veľká pravdepodobnosť vzniku neefektívneho zvládania záťaže ako problému, resp. ošetrovateľskej diagnózy.

Křivohlavý (2002) uvádza, že zvládanie záťaže (coping) vyjadruje vzťah medzi stresom a emóciami vplyvom rôznych ochorení.

Coping je snaha vysporiadať sa s niečím obtiažnym, zvládnuť krízu alebo nejaký problém, pod ktorým sa rozumie proces riadenia vonkajších i vnútorných faktorov, ktoré sú človekom v strese hodnotené ako ohrozujúce jeho zdroje (Křivohlavý, 2002).

Na základe uvedených skutočností nás zaujímalo aké je zvládanie záťaže u pacientov s gastrointestinálnym ochorením. Rovnako ako aj pri výskyte úzkosti, aj pri tejto diagnostickej doméne nás zaujímal vplyv lekárskej diagnózy, typu hospitalizácie, veku a pohlavia pacienta. Zvládanie záťaže u pacientov s lekárskou diagnózou cirhóza pečene bol v hodnote AM 3,61, pri lekárskej diagnóze pankreatitída predstavoval AM 3,50 a pri lekárskej diagnóze pažerákové varixy bola hodnota AM 2,89 (tab.8, graf 7). Na Likertovej škále predstavujú pri ochorení cirhóza pečene a pankreatitída úroveň 4, čo je často preukázateľný stupeň zvládania záťaže, pri ochorení pažerákové varixy to bol stupeň 3, čo znamená niekedy preukázaný stupeň zvládania záťaže. Zo zistení by sme mohli konštatovať, že u pacientov s lekárskou diagnózou cirhóza pečene a pankreatitída majú menšie riziko vzniku neefektívneho zvládania záťaže ako u pacientov s pažerákovými varixami. Táto skutočnosť môže súvisieť aj s prejavmi ochorenia, najmä s možnosťou rozsiahleho krvácania pri pažerákových varixoch, ktoré môže bezprostredne ohroziť život pacienta. Prostredníctvom Studentovho T-testu sme zistili štatisticky významný rozdiel v zvládaní záťaže u pacientov s gastrointestinálnym ochorením vzhľadom k lekárskej diagnóze a to medzi všetkými vybranými lekárskejšími diagnózami (tab. 9).

Následne sme zisťovali rozdiely v zvládaní záťaže vzhľadom k typu hospitalizácie, teda pri prvej hospitalizácii a pri opakovaných hospitalizáciách. Vzhľadom k tomu sme sa domnievali, že stres z opakovanej hospitalizácie spôsobí rozdiely aj v zvládaní záťaže.

Pri prvej hospitalizácii bol AM 3,39, pri opakovanej hospitalizácii bol rovnako AM 3,39. Podľa Likertovej škály predstavuje AM hodnotu 3, čo znamená pri oboch niekedy preukázané zvládanie záťaže (tab. 10, graf 9). To vykazuje, že v zvládaní záťaže u pacientov s gastrointestinálnym ochorením vzhľadom k typu hospitalizácie neexistuje štatisticky významný rozdiel (tab. 10).

Zaujímal nás aj vplyv veku na zvládanie ochorenia. Vychádzali sme z konštatovania Křivohlavého (2002), že zvládanie záťaže je proces riadenia vonkajších i vnútorných faktorov, ktoré sú človekom v strese hodnotené ako ohrozujúce jeho zdroje. Opierali sme o poznanie vekových odlišností. Domnievali sme sa, že proces zvládania a mobilizácia vnútorných síl sa bude líšiť vzhľadom k veku.

V prvej vekovej skupine do 65 rokov hodnota AM bola 3,39, a v druhej vekovej skupine nad 65 rokov bol AM 3,03 (tab. 11, graf 10). Na Likertovej škále znázornila hodnota úroveň 3, niekedy preukázané zvládanie záťaže. Prostredníctvom Studentovho T- testu sme zistili štatisticky významný rozdiel aj napriek tomu, že po zaokrúhlení majú rovnakú hodnotu (tab.11).

Poslednou skutočnosťou, ktorú sme prieskumom chceli zistiť bol vplyv pohlavia na zvládanie záťaže. U žien hodnota AM bola 4,09 a u mužov AM bolo 3,16 (tab. 12, graf 11). Na Likertovej škále to znamenalo u žien úroveň 4 - často preukázané zvládanie a u mužov úroveň 3, čiže niekedy preukázané zvládanie záťaže. Zistili sme aj štatisticky významný rozdiel.

Na základe našich zistení môžeme konštatovať, vysloviť záver, že v o zvládaní záťaže u pacientov s gastrointestinálnym ochorením môžu byť rozdiely vzhľadom k lekárskej diagnóze, veku a pohlaviu pacienta. Ďalšie zistenia nám vyjadrili, že vplyvom typu hospitalizácie neexistujú štatisticky významné rozdiely v zvládaní záťaže u pacientov s gastrointestinálnym ochorením.

## **Odporúčania pre prax**

Na základe zistení prieskumu odporúčame:

- zlepšiť diagnostikovanie psycho-sociálnych potrieb v súčasnej klinickej praxi,
- pomáhať sestram k objektivizovaniu psycho-sociálnych potrieb poskytnutím škál, resp. meracích nástrojov,
- podporovať uskutočňovanie intervencií na elimináciu, resp. redukciu psychických potrieb u pacientov,
- uskutočňovať školenia sestier k hodnoteniu psycho-sociálnych potrieb v spolupráci so psychológmi,
- podporovať viac multidisciplinaritu tímu v starostlivosti,
- zakomponovávať klasifikačné systémy do systému starostlivosti,
- uľahčiť sestram dokumentovanie ošetrovateľskej starostlivosti, napríklad prostredníctvom elektronizácie.



## ZÁVER

Pacienti a verejnosc' hodnotia profesionalitu sestier podľa ich správania, prejavov a spôsobov komunikácie. V súčasnosti vyjadrujú skôr nespokojnosť s poskytovanou starostlivosťou, a to najmä z dôvodu, že nie je docenovaná ich psycho-sociálna oblasť. Počas hospitalizácie im chýbajú informácie, nerešpektuje sa ich súkromie a majú pocit, že sestry a lekári nemajú na nich čas. Sestry sa dostávajú často do vnútorného konfliktu, nakoľko vedia, že pacienti od nich potrebujú vypočutie, povzbudenie, na ktoré ale v súčasnosti nezostáva čas. Sestra sa venuje najmä ordináciám lekára, príp. dokumentovaniu a iným rovnako dôležitým činnostiam. Pacient ako prijímateľ starostlivosti vyjadruje nízku kvalitu starostlivosti napriek tomu, že mu je poskytnuté profesionálne prevedenie výkonov, ale potrebuje viac. Preto sme sa v prieskume zamerali na skúmanie psychických potrieb pacientov s gastrointestinálnym ochorením.

Predmetom prieskumu je problematika psychických potrieb pacientov s gastrointestinálnymi ochoreniami. Hlavným cieľom prieskumu je zhodnotiť výskyt vybraných psychických problémov u pacientov s gastrointestinálnymi ochoreniami. Ďalej sme chceme zhodnotiť úroveň úzkosti a zhodnotiť zvládanie záťaže u pacientov s ochoreniami GIT-u vzhľadom k lekárskej diagnóze, k typu hospitalizácie, k veku a k pohlaviu pacientov. Výberový súbor tvorili pacienti s lekárskou diagnózou Cirhóza pečene, Pankreatitída a Pažerákové varixy. Hlavnou metódou prieskumu bolo pozorovanie prostredníctvom vybraných súborov z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC - Úroveň úzkosti a Zvládanie záťaže.

Na základe zistení môžeme konštatovať, že rozdiely v úrovni úzkosti u pacientov s gastrointestinálnym ochorením sa vyskytujú len vzhľadom k veku pacientov. Neexistujú štatisticky významné rozdiely v úrovni úzkosti vzhľadom k lekárskej diagnóze, pohlaviu pacientov ani k typu hospitalizácie. Pri zvládaní záťaže môžeme vysloviť záver, že môžu byť rozdiely vzhľadom k lekárskej diagnóze, veku a pohlaviu pacienta. Ďalšie zistenia nám vyjadrili, že vplyvom typu hospitalizácie neexistujú štatisticky významné rozdiely v zvládaní záťaže u pacientov s gastrointestinálnym ochorením.

Poznanie problematiky vybraných psychických problémov u pacientov s gastrointestinálnym ochorením sme aspoň čiastočne načrtli dôležitosť tejto témy. Je vhodné si uvedomiť ako tieto stavy môžu vo veľkej a významnej miere môžu

ovplyvňovať celkový stav pacienta, liečbu ako aj celkovú starostlivosť. Sestry pre implementovanie intervencií aj pre oblasť psychických potrieb potrebujú pomôcť najskôr správne tieto potreby diagnostikovať, preto je vhodné poskytovať im meracie nástroje pre efektívne a objektívne hodnotenie. Ako efektívne nástroje, v ktorých sa spája ošetrovateľská diagnostika s aplikáciou ošetrovateľských intervencií a následným sledovaním ich efektivity cez ošetrovateľský systém výsledkov sa javia klasifikačné systémy NANDA, NIC a NOC. Tieto systémy prispievajú ku kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ACKLEY, B. J., LADWIG G. B. 2008. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence – Based Guide to Planning Care*. 8th Edition, Missouri : Mosby, Inc., 2008. 937 p. ISBN 978-0-323-05192-7.

BÁRTLOVÁ, S. – MATULAY, S. 2009. *Sociológia zdraví, nemoci a rodiny. Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin : Osveta, 2009, ISBN 978-80-8063-306-6.

BÓRIKOVÁ, I. - FURKOVÁ, A. 2003. Posudzovacie, hodnotiace a meracie škály a techniky v ošetrovateľskej praxi. In ŽIAKOVÁ, K. et al. 2003. *Ošetrovateľstvo vo vnútornom lekárstve*. 1.vyd., Martin: Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského, 2003. s. 31-32. ISBN 80-88866-28-6.

BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K., GURKOVÁ, E. 2009. Meranie a merací nástroj. In ŽIAKOVÁ, K. et al. 2009. *Ošetrovateľstvo: teória a vedecký výskum*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2009. s. 222-225. ISBN 80-8063-304-2.

BULECHEK, G. M, BUTCHER, H.K., McCLOSKEY DOCHTERMAN, J. 2008. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th Edition, Missouri U.S.A.: Mosby, Inc., 2008. 938 p. ISBN 978-0-323-05340-2.

ČESKA, R. 2010. *Interna 2010*. 1.vydanie, Praha: Triton, 2010, 876 s. ISBN 978-80-7387-423-0.

DÍTĚ, P. a kol. 2005. *Akútní stavy v gastroenterologii*. Praha : Vydavatel'stvo Galén, 2005. 288 s. ISBN 80-7184-745-3.

FARKAŠOVÁ, D. et al., 2005. *Ošetrovateľstvo - teória*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.

FOLKMANOVÁ, S. - LAZARUS, R.S. 1980. Zvládanie stresu – coping. In KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychológia nemoci*. Praha : Grada, 2002. 208 s. ISBN 80-247-017.

KLUCHO, J. 2009. Cirhóza pečene. [cit. 2011-12-05]. Dostupné na internete: [www.gastroenterolog.com](http://www.gastroenterolog.com)

GURKOVÁ, E. a kol. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. 1.vyd. Martin: Vydavatel'stvo Osveta, 2009. 244 s. ISBN 978-80-8063-308-0.

- HEGYI, L. 2001. Sociálna izolácia. Sociálnoekonomický stres – najrozšírenejší z geriatrických sociálnych syndrémov. In HEGYI, L., KRAJČÍK, L. 2000. *Geriatría pre praktického lekára*. 1. vyd. Bratislava : Herba, 2000. 99-100 s. ISBN 80-89171-36-2.
- HOLMANOVÁ E. et al. 2008. Problematika ošetrovateľskej diagnostiky v odbornej literatúre. In BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch II.* Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008. s. 21-25. ISBN 978-80-7368-499-0.
- HULÍN, I. et al. 1996. Patofyziológia gastrointestinálního traktu. In Hulín, I. - Ďuriš, I. a kol. 1996. *Patofyziológia*. Bratislava: Slovak Academic Press s. 532. ISBN 80-85665-62-X.
- JANOSIKOVÁ, E., H. - DAVIESOVÁ, J., L. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 1999, ISBN 80-8063-017-8 , s.551.
- JURGOŠ, Ľ. - KUŽELA, L. - HRUŠOVSKÝ, Š. 2006. *Gastroenterológia*. : vydavateľstvo Veda, 2006. ISBN 978-80-2408-936, s. 633.
- KEIL, R. a kol. 2006. *Gastroskopia*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2006, 173 s. ISBN 80-7345-106-9.
- KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ, G. - OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1, 2*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. 1460 s. ISBN 80-217-0528-0.
- KRIŠKOVÁ, A. et al. 2006. *Ošetrovateľské techniky*. 2. prepracované a doplnené vydanie. Martin : Osveta. 2006, 780 s. ISBN 80-8063-202-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci* Praha : Grada, 2002. 208 s. ISBN 80-247-017.
- LUKÁŠ, K. a kol. 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
- MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. 2005. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovateľského procesu*. 2. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociálna fakulta, 2005. 86 s. ISBN 80-7368-058-08.
- MOORHEAD, S. et al. 2008. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*.4th Edition, Missouri U.S.A. : Mosby, Inc., 2008. 912 p. ISBN 978-0-323-05408-9.

SOLLÁR, T., RITOMSKÝ, A. 2002. *Aplikácia štatistiky v sociálnom výskume*. Nitra : Univerzita Konštantína Filozofa. 2002. 155 s. ISBN 80-8050-508-2.

ŠPIČÁK, J. 2005. Akutní pankreatitida. In Dítě P. et al. 2005. *Akutní stavy v gastroenterologii*. Praha: Galén 2005, s. 69-98. ISBN 80-7184-745-3.

VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2011. *Ošetrovateľský proces v internom ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2011. 240 s. ISBN 978-80-8063-358-5.

VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2007. 113 s. ISBN 978-80-8063-242-7.

VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY č. 306/2005 Z. z., ktorou sa stanovuje zoznam sesterských diagnóz.

VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY č. 470/2006, ktorou sa mení vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.

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

## **PRÍLOHY**

Príloha A Vybraný klasifikačný súbor NOC – Úroveň úzkosti

Príloha B Vybraný klasifikačný súbor NOC – Zvládanie záťaže

## Vybraný súbor NOC - Úroveň úzkosti

Úroveň	Závažná 1	Podstatná 2	Stredná 3	Mierna 4	Žiadna 5
<b>UKAZOVATELE:</b>					
121101					
121102					
121103					
121104					
121105					
121106					
121107					
121108					
121109					
121110					
121111					
121112					
121113					
121114					
121115					
121116					
121117					
121118					
121119					
121120					
121121					
121122					
121123					
121124					
121125					
121126					
121127					
121128					
121129					
121130					
121131					

**Zdroj:** MOORHEAD, S. et al. 2008. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*.4th Edition, Missouri U.S.A. : Mosby, Inc., 2008. s. 332.

## Vybraný súbor NOC- Zvládanie záťaže

Úroveň	Nikdy nepreukázaný	Zriedka preukázaný	Niekedy preukázaný	Často preukázaný	Vždy preukázaný
	1	2	3	4	5
<b>UKAZOVATELE:</b>					
160601	Uplatňuje zodpovednosť v procese rozhodovania				
160602	Preukazuje vlastné riadenie procesu				
160603	Vyžaduje informácie				
160604	Definuje dostupné podmienky				
160605	Špecifikuje preferencie výsledkov				
160606	Identifikuje priority výsledkov				
160607	Identifikuje prekážky, ktoré bránia dosiahnutiu želaného výsledku				
160608	Využíva techniky riešenia problému k dosiahnutiu želaných výsledkov				
160609	Prejavuje záujem podieľať sa na procese rozhodovania				
160610	Identifikuje dostupné podporné systémy potrebné k dosiahnutiu želaných výsledkov				
160611	Vyhľadáva služby, ktoré vedú k dosiahnutiu výsledkov				
160612	Vyjednáva o preferenciách týkajúcich sa starostlivosti o zdravie				
160613	Sleduje prekážky brániace dosiahnutiu výsledkov				
160614	Určuje stupeň konečného výsledku zdravotnej starostlivosti				
160615	Hodnotí spokojnosť s výsledkami zdravotnej starostlivosti				
160616	Iné (špecifikujte).....				

**Zdroj:** MOORHEAD, S. et al. 2008. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4th Edition, Missouri U.S.A. : Mosby, Inc., 2008. s. 335.