

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

**OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA  
S KRVÁCANÍM Z EZOFAGEÁLNYCH VARIXOV**

**Bakalárska práca**

Študijný program: 7.4.1 Ošetrovateľstvo

Školiace pracovisko: Katedra ošetrovateľstva

Školiteľ: PhDr. Jozefína Mesárošová, PhD.

Nitra 2012

**Stanislava Macková**



Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre  
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva

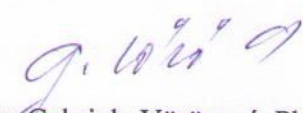
## ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

**Meno a priezvisko študenta:** Stanislava Macková  
**Študijný program:** ošetrovatel'stvo (Jednoodborové štúdium, bakalársky I. st., externá forma)  
**Študijný odbor:** 7.4.1 ošetrovatel'stvo  
**Typ záverečnej práce:** Bakalárska práca  
**Jazyk záverečnej práce:** slovenský

**Názov:** Ošetrovatel'ská starostlivosť o pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov  
**Anotácia:** Ošetrovatel'ská starostlivosť o pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov patrí medzi akútne až urgentné stavy v chirurgickom ošetrovatel'stve. Pre sestru je náročná z hľadiska kritického myslenia a robenia rozhodnutí. Účinný manažment ošetrovania môžu podporiť štandardizované ošetrovatel'ské postupy. Na zmapovanie doterajších postupov v podmienkach jednotky intenzívnej starostlivosti je zameraná problematika práce. Cieľom prieskumu je prostredníctvom metód obsahovej analýzy dokumentov, kazuistík a metódy modelovania analyzovať súčasný stav a vytvoriť algoritmy ošetrovatel'ských postupov v duchu moderného manažmentu v podmienkach jednotky intenzívnej starostlivosti.

**Školiteľ:** PhDr. Jozefína Mesárošová, PhD.  
**Oponent:** PhDr. Miroslava Líšková, PhD.  
**Katedra:** KO - Katedra ošetrovatel'stva  
**Vedúci katedry:** Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.  
**Dátum zadania:** 09.09.2010

**Dátum schválenia:** 11.07.2011

  
Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.  
vedúci/a katedry

## **POĎAKOVANIE**

Chcela by som sa poďakovať všetkým, ktorí mi akýmkoľvek spôsobom pomohli pri spracovaní tejto bakalárskej práce. Veľká vďaka patrí mojej školiteľke PhDr. Jozefíne Mesárošovej, PhD. za odborné vedenie a cenné rady, ktoré mi poskytla pri tvorbe bakalárskej práce. Osobitné poďakovanie patrí môjmu manželovi, synčekovi, rodine a priateľom za podporu, trpezlivosť a pochopenie pri spracovaní mojej bakalárskej práce. Zároveň ďakujem vedeniu a sestram z KAIM – JIS za pomoc pri tvorbe prieskumnej časti práce.

## **ABSTRAKT**

MACKOVÁ, Stanislava: *Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov*. [Bakalárska práca] – Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva; Katedra ošetrovateľstva. – Školiteľ: PhDr. Jozefína Mesárošová, PhD. Stupeň odbornej kvalifikácie: Bakalár (Bc.). – Nitra : FSVaZ, 2012. 80 s.

Bakalárska práca má teoreticko – empirický charakter. Práca prezentuje problematiku ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov. Práca je rozdelená na 6 kapitol. Prvá kapitola zahŕňa anatómiu a fyziológiu pažeráka. V ďalšej kapitole popisuje šok, etiológiu a symptomatológiu krvácania do gastrointestinálneho traktu a krvácanie z ezofageálnych varixov – diagnostiku a liečbu. V tretej kapitole je venovaná pozornosť ošetrovaniu pacienta na jednotke intenzívnej starostlivosti, špecifikám ošetrovania pacienta s ezofageálnymi varixami na jednotke intenzívnej starostlivosti, potrebám pacienta v intenzívnej starostlivosti a kontinuálnemu zvyšovaniu kvality. Štvrtou kapitolou začína prieskum, ktorý sa bol realizovaný od januára 2011 do februára 2012. Cieľom práce bolo zmapovať problematiku ošetrovania pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov a vytvoriť mapu starostlivosti. Na dosiahnutie cieľov autorka využila literárnu metódu, obsahovú analýzu dokumentov a myšlienkový experiment. V piatej časti sú získané výsledky spracované do tabuliek a grafov, doplnené kazuistiky slúžia ako prezentácia pacienta s danou diagnózou. V tejto časti je predstavený návrh mapy starostlivosti, ktorá sa môže použiť u pacientov s krvácaním z ezofageálnych varixov. Jej súčasťou je aj návrh použitia sesterských diagnóz klasifikačného systému NANDA.

### **Kľúčové slová:**

Pažerák. Šok. Krvácanie. Ezofageálne varixy. Diagnostika. Liečba. Prognóza. Ošetrovanie pacienta. Špecifiká ošetrovania. Jednotka intenzívnej starostlivosti. Kontinuálne zvyšovanie kvality. Mapa starostlivosti.

## **ABSTRACT**

MACKOVÁ, Stanislava: *Nursing about the patients with bleeding from oesophageal varixices*. [Bachelor work] - Constantine the Philosopher University of Nitra, Faculty of Social Sciences and Health Care; Institute of Nursing. – Tutor: PhDr. Jozefína Mesárošová, PhD. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). – Nitra : FSVaZ, 2012. 80 p.

Bachelor work has theoretical - empirical character. The work presents problems of nursing about the patients with the bleeding from oesophageal varixices. The work is divided into the six chapters. The first chapter includes anatomy and physiology of oesophageus. The next chapter describes shock, etiology and symptomatology of bleeding into the gastrointestinal tract and the bleeding from oesophageal varixices - diagnostic and treatment. The third chapter is devoted to the nursing of patients at the unit of intensive care, to the specifics of nursing these patients, to the patients' needs and to the continual increasing of quality. The fourth chapter begins by the survey, which was realized from January 2011 to February 2012. The purpose of my bachelor work was to determine problems of nursing patients with the bleeding from oesophageal varixices and to make a map of nursing. To achieve goals the author utilized the literary method, content analysis of documents and experiment of thoughts. The fifth chapter - there are collected information and results presented in charts and graphs. The case studies serve as a presentation of patients with the mentioned diagnose. In this chapter is presented a suggestion of nursing map which can be used for patient with the bleeding from oesophageal varixices. The part of this chapter is also a suggestion for utilizing the system of nursing diagnosis NANDA.

### **Key words:**

Oesophageus. Shock. Bleeding. Oesophageal varixices. Diagnostic. Treatment. Prognostikation. Nursing of patient. Unit intensive care. Continual increasing of quality. Nursing map.

# **OBSAH**

<b>ÚVOD</b>	<b>8</b>
<b>1 ANATÓMIA A FYZIOLOGIA PAŽERÁKA</b>	<b>10</b>
<b>2 ETIOPATOGENÉZA OCHORENIA, DIAGNOSTIKA, LIEČBA A PROGNÓZA</b>	<b>12</b>
2.1 Šok ako komplikácia	12
2.2 Etiológia a symptomatológia krvácania do GIT	15
2.3 Krvácanie z ezofageálnych varixov – diagnostika a liečba	17
<b>3 OŠETROVANIE PACIENTA S EZOFAGEÁLNYMI VARIXAMI</b>	<b>21</b>
3.1 Jednotka intenzívnej starostlivosti	21
3.2 Špecifiká ošetrovania pacienta s ezofageálnymi varixami na JIS	22
3.3 Potreby pacienta v intenzívnej starostlivosti	25
3.4 Kontinuálne zvyšovanie kvality	28
<b>4 PRIESKUM OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S KRVÁCANÍM Z EZOFAGEÁLNYCH VARIXOV</b>	<b>31</b>
4.1 Ciele a otázky prieskumu	31
4.2 Metódy prieskumu	32
<b>5 VÝSLEDKY</b>	<b>34</b>
5.1 Obsahová analýza dokumentov	34
5.2 Kazuistiky	53
5.3 Mapa starostlivosti (návrh)	61
<b>6 DISKUSIA</b>	<b>69</b>
<b>ZÁVER</b>	<b>73</b>

**ZOZNAM BIBLOGRAFICKÝCH ODKAZOV**

**75**

**PRÍLOHY**

**80**

*„ Jediný spôsob ako si uchovať zdravie je jesť, čo nechceš, piť, čo nemáš rád a robiť, čo sa Ti nechce.“*

(Mark Twain)

## ÚVOD

Na konci 20. storočia stúpa počet civilizačných ochorení, medzi ktoré patrí aj krvácanie z gastrointestinálneho traktu. V minulosti sa definovalo ako sezónne ochorenie, súčasný stav je taký, že aj v takzvanom medziobdobí, t.j. v lete a v zime je pomerne veľa pacientov prijímaných na oddelenie s krvácaním. Najčastejšou pridruženou diagnózou krvácania z ezofageálnych varixov je nepochybne abúzus alkoholu. Abúzus alkoholu je nadmerné požívanie alkoholických nápojov a súvisí s pravidelným (denným) pitím, zriedkakedy s epizodickým (nárazovým). Závislosť na alkohole spôsobuje nemalé problémy. Vyraduje členov spoločnosti z pracovného procesu v ich najproduktívnejšom veku, spôsobuje zmeny v manželských a rodinných vzťahoch, psychicky degraduje osobnosť, znižuje inteligenciu a vôľu. Medzi psychologické dôsledky chronického abúzu alkoholu patria poruchy nálad, depresie, úzkosť, agresivita a impulzivnosť. Rozvodovosť, finančné problémy, stratu zodpovednosti, postavenia a autority v rodine, zamestnania a spoločenského postavenia zaraďujeme k sociálnym dôsledkom. Negatívne vplýva aj na organizmus: mozog, obličky a pečeň. Krvácanie z gastrointestinálneho traktu a zvlášť krvácanie z ezofageálnych varixov je jednou z najalarmujúcejších, život ohrozujúcich stavov a komplikáciou ochorenia pečene – cirhózy. U malej časti pacientov je krvácanie primárne, kedy sa príčina nevie zistiť a je vrodené. Väčšinou je však dôsledkom nejakého iného ochorenia. V našich zemepisných šírkach je týmto ochorením práve cirhóza pečene, zriedkavejšie to môžu byť zápal alebo úplné upchatie pečeňových žíl. Významným rizikovým faktorom cirhózy pečene sú práve krvácajúce ezofageálne varixy, priebeh ochorenia je príliš náročný a často pacient napriek intenzívnej starostlivosti a využití všetkých dostupných diagnostických a liečebných metód zomiera v priebehu niekoľkých hodín až dní od objavenia sa krvácania. Práve pre svoj dramatický priebeh sú potrebné pre pacienta s akútnym krvácaním z ezofageálnych varixov veľmi dobré vedomosti, zručnosti, vynaložené úsilie a multidisciplinárny prístup zdravotníckych pracovníkov. Práve tieto dôvody nás viedli k výberu témy bakalárskej práce. Cieľom bolo zmapovať ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov. V úvodnej časti sme sa oboznámili



s anatómiou a fyziológiou pažeráka, etiológiou a symptomatológiou ochorenia, diagnostikou, liečbou a prognózou a ošetrovaním pacienta s ezofageálnymi varixami. Prieskumnými metódami bola literárna metóda, obsahová analýza dokumentov, kvantitatívna a kvalitatívna analýza a myšlienkový experiment. Za multidisciplinárny nástroj riadenia starostlivosti a zároveň ideálny nástroj na neustále zvyšovanie kvality sa pokladá mapa starostlivosti. Je praktickou pomôckou na celých 24 hodín, každý deň očakávanej dĺžky hospitalizácie pacienta s danou diagnózou. Pomáha ušetriť zdroje, zvýšiť efektivitu a zlepšiť výsledky poskytnutej starostlivosti. Zamieriava sa na ciele a potreby danej skupiny pacientov. Vo veľkej miere môže sestram ušetriť čas, kedy by prichádzalo k duplicitným vyšetreniam, krokom, vypracovaniu individuálneho ošetrovateľského plánu alebo k zdĺhavému písaniu záznamov o priebehu starostlivosti. Vymodelovaním mapy starostlivosti chceme zaistiť uspokojovanie potrieb pacienta, ktoré súvisia s krvácaním. Nejedná sa len o zvládnutie telesných potrieb, ale zároveň o pomoc uspokojovať potreby v psychickej, sociálnej a duševnej oblasti.

# 1 ANATÓMIA A FYZIOLOGIA PAŽERÁKA

Pažerák (oesophagus) je trubica dlhá 23 – 27 cm, ktorá nadväzuje na hltan vo výške stavca C6 a dolného okraja hrtana, zostupuje pred chrbticou hrudníkom, vo výške stavca Th10 prechádza cez hiatus oesophagus bránice a vo výške stavca Th11 zaniká vyústením do žalúdka (kardia – miesto žalúdka, kde vstupuje pažerák). Priemer pažeráka je v kľude okolo 1,5 cm. Pri prechode sústa sa môže roziahnuť až na dvojnásobný priemer (Čihák, 2002). Fyziologickou funkciou pažeráka je transportovať potravu a tekutiny do žalúdka a zamedziť návratu obsahu žalúdka naspäť do pažeráka – antirefluxný mechanizmus. Antirefluxný mechanizmus je komplikovaný a účasť má na ňom celkovo osem faktorov. Najdôležitejším je Hissov uhol – uhol medzi pažerákom a fundom žalúdka. Primárna, sekundárna a terciárna peristaltika zabezpečuje transportnú funkciu (Bakoš et al., 2007).

Podľa Krška et al., (2007) sú na pažeráku tri alebo štyri zúženia:

1. Zúženie na jeho začiatku, v mieste kde sa spája s hltanom. Zúženie je podmienené cart. cricoidea a z nej odstupujúcim svalom. Tento sval podmieňuje sliznicou krytý val, ktorý je pokladaný za vlastnú hranicu medzi hltanom a pažerákom. Toto miesto sa označuje aj ako Killiánovo ústie.
2. Nekonštantné zúženie v mieste kríženia s aortou.
3. Zúženie v mieste kríženia s ľavostranným bronchom.
4. Zúženie v hiatus oesophagus bránice 0,5 – 2,5 cm nad úrovňou kardie.

Topograficky sa pažerák rozdeľuje na tri úseky:

1. Prvou časťou je pars cervicalis, kraniálna časť, kde priedušnica zostupuje pred pažerákom a ten je voči nej posunutý ľahko doľava. Pokračovanie retrofaryngového priestoru tvorí riedke väzivo za pažerákom.
2. Pars thoracica je druhá, hrudná časť, ktorá tvorí najdlhší úsek pažeráka prebiehajúci v mediastíne. Pred hrudnou časťou pažeráka je kraniálne priedušnica, ktorá vo výške stavca Th4 – Th5 zaniká rozdelením na dve priedušky- bronchus dexter et sinister. Kaudálne je pažerák viac vľavo, dotýka sa ho hlavne ľavostranný bronchus. V kaudálnom pokračovaní je pred pažerákom perikard so srdcom, na pažerák nalieha ľavá predsieň srdca. Vo výške stavca Th3 sa k pažeráku zľava pridáva aorta a kaudálne pokračuje zostupná aorta za pažerákom, medzi ním a chrbticou, najprv uložená mierne vľavo, potom nad bránicou priamo v strede za pažerákom, ktorý tam pred aortou mieri doľava a vstupuje do hiatus oesophagus bránice.

3. Pars abdominalis je posledný úsek, od priechodu bránice do žalúdka, dlhý 1 – 2 cm. Vpredu je v kontakte s ľavým lalokom pečene a vzadu s bránicou (Čihák, 2002).

Marko et al., (2007) uvádza, že stena pažeráka je zložená zo sliznice, podsliznicového tkaniva, svaloviny a adventície.

Sliznica – *tunica mucosa* – je uložená do pozdĺžnych krkiev, v priečnom reze tvoria hviezdicovitý tvar. Pri roztáhovaní pažeráka prichádza k vyrovnávaniu krkiev. Ostrú hranicu medzi sivobiелou sliznicou pažeráka a ružovou sliznicou žalúdka vytvára zvlhnená línia – *linea serrata*. Počas embryonálneho vývoja prichádza k premene pôvodného cylindrického epitelu pažeráka na odolný viacvrstvý dlaždicovitý epitel.

Podsliznicové tkanivo – *tela submucosa* – riedke väzivo uložené medzi sliznicou a svalovinou pažeráka, ktoré umožňuje rozširovanie pažeráka počas prehĺtania. Tvoria ho mucinózne žlasy (glandulae oesophageae), lymfatické cievy a uzlíky, venózna spleť a nervové vetvenia.

Svalovina pažeráka – *tunica muscularis* – je tvorená vonkajšou longitudinálnou a vnútornou cirkulárnou vrstvou. Obe vrstvy uskutočňujú peristaltické pohyby pažeráka. V hornej tretine je svalovina priečne pruhovaná, v strednej tretine sú priečne pruhované vlákna a v dolnej tretine je už len hladká svalovina.

Vonkajšia vrstva pažeráka- *tunica adventitia* – je tenká väzivová blana, ktorá spája pažerák s okolím.

Pažerák sa nevyznačuje výdatným artériovým, najmä jeho hrudníková časť, nakoľko vetvy artérií vstupujú do steny segmentálne, kolmo na pažerák z jeho lôžka v zadnom mediastíne a ich vzájomné anastomózy sú chudobné. Krčná časť pažeráka je zásobovaná vetvami arteria thyroidea inferior z truncus thyreocephalicis. Pre hrudnú časť sú zdrojom arteriae bronchiales, arteriae intercostales posteriores a rami oesophagei z hrudnej aorty. Brušná časť je zásobená vetvami z arteria phrenica inferior a arteria gastrica sinistra z truncus coeliacus (Marko et al., 2007).

Žily vytvárajú povrchové a submukózne pletence. Krv z pars cervicalis odteká do venae thyroidea inferiores a zároveň priamo do venae brachiocephalica dextra. Krv z pars thoracica prúdi do vena azygos, vena hemiazygos a vena hemiazygos accessoria a nimi do vena cava superior. Krv z pars abdominalis odteká do vena azygos a vena gastrica sinistra a následne do vena portae. Spojenie oblasti vena portae s oblasťou vena cava superior vytvárajú žilové pletence pažeráka (Krška et al., 2007). Pri nahromadení krvi v oblasti vena portae dôjde k rozšíreniu pletenca, vytvoria sa tzv. pažerákové žily, varixy a vzniká ich riskantné pretrhnutie s následným nebezpečným krvácaním (Čihák, 2002).

## 2 ETIOPATOGENÉZA OCHORENIA, DIAGNOSTIKA, LIEČBA A PROGNÓZA

Krvácanie do tráviaceho traktu je závažná, život ohrozujúca situácia. Diagnostické a liečebné postupy sú pri krvácaní podobné, bez ohľadu na to, či sa jedná o krvácanie do hornej alebo dolnej časti tráviaceho traktu. Vždy je najskôr podstatné rýchlo zhodnotiť hemodynamický stav pacienta a zahájiť resuscitáciu. Až keď je stav pacienta stabilizovaný, je možné určiť zdroj krvácania, zastaviť ho a podniknúť preventívne opatrenia na zabránenie opätovného krvácania. Pri určení zdroja krvácania má významnú úlohu včasná endoskopia a poskytnutá endoskopická hemostáza (Bátovský, 2010).

Krvácanie do gastrointestinálneho traktu (ďalej GIT) je jednou z príčin náhlych príhod brušných (ďalej NPB). *„Pod pojmom náhle príhody brušné (NPB) rozumieme akútnu manifestáciu ochorenia v oblasti brucha, ktorá vyžaduje okamžitú diagnostiku a terapiu“* (Bakoš et al., 2007, s.108). Náhly začiatok, rýchly priebeh sú pre túto situáciu charakteristické a väčšinou vyžadujú neodkladný operačný zákrok. Nevyhnutné je určiť diagnózu čo najskôr, pretože pri oneskorenej diagnostike a neskorom nasadení vhodnej liečby hrozí chorému vážne poškodenie zdravia alebo aj smrť. Príznaky sú zvyčajne veľmi príznačné, môžu byť aj úplne diskrétné a niektoré úplne chýbajú (Masár et al., 2009). Jednou z významných komplikácií je šok.

### 2.1 Šok ako komplikácia

Piatym najčastejším stavom ohrozujúcim pacienta na živote je šok (Dobiáš, 2007). Existuje veľká, ale výrazne riziková skupina pacientov s krvácaním z tráviaceho traktu, ktorí sú hospitalizovaní v ťažkom šokovom stave. Marko et al., (2007, s.34) cituje Byrneho (1966), ktorý definoval šok ako: *„syndróm akútnej obehovej insuficiencie s prejavmi tkanivovej ischémie vo významných oblastiach organizmu. Je to dynamicky rozvíjajúci sa proces z náhle porušenej hemodynamickej rovnováhy, vyvolávajúci neurohumorálne, endokrinné a autoregulačné mechanizmy, smerujúce k jej úprave.“*

Formy šoku:

#### 1. Hypovolemický šok

- hemoragický šok – krvná strata pri relatívne malej tkanivovej dezintegrácii,
- traumatický šok – krvná strata s rozsiahlou tkanivovou devastáciou,
- popáleninový šok – úbytok plazmy z popálených plôch,

- hypovolemický, dehydratačný šok – strata vody a elektrolytov,
  - endokrinný šok – Addisonova choroba, zlyhanie nadobličiek, štítnej žľazy.
2. Kardiogénny šok – infarkt, poruchy chlopní, dysrytmie
  3. Septický šok – toxémia, septikémia
  4. Anafylaktický šok – reakcia antigén↔ antilátka, alergia na hmyz, potraviny, lieky
  5. Neurogénny šok – dysregulácia pri transverzálnej miešnej a kmeňovej lézii
  6. Zvláštne formy šoku – embólia pľúcnice pri tromboembolickej chorobe, tukovej, vzduchovej embólii, embólia plodovou vodou ( Masár et al., 2009).

Hypovolemický šok je šok spôsobený stratou tekutín, patrí sem predovšetkým hemoragický šok pri závažnom krvácaní. Reverzibilná fáza šoku je prvá etapa, kedy sa organizmus snaží nahradiť dodávku kyslíka tkanivám vlastnými mechanizmami. Ak sa terapiou neobnoví dodávka kyslíka na perifériu a príčina šoku nie je odstránená, šok sa stáva ireverzibilný a prichádza k smrti. Vplyvom zníženého objemu krvi v krvnom riečisku je aktivovaný sympatikový a nervový systém. Následkom je zvýšenie sily a frekvencie srdcového sťahu, čím sa zvyšuje výdaj srdca. Zároveň sa organizmus snaží zmobilizovať vlastné zdroje tekutín a distribuovať krv do životne dôležitých orgánov (mozog, srdce) na úkor prechodne menej dôležitých ako sú obličky a koža (Bakoš et al., 2007). Opakované vyšetrenie chorého je dôležité pre správne zhodnotenie stavu. *„Klinické prejavy sa rozvíjajú postupne v zákonitom slede a pri korektne vykonávanej liečbe ustupujú v opačnom poradí. Prvou známkou hypovolémie je oligúria, ďalej bledosť, tachykardia, potenie, agitovanosť, smäd, hypotenzia, dyspnoe, zmätenosť, cyanóza, kóma a smrť. Pretože šok je dynamický stav, ktorý sa buď zhoršuje alebo zlepšuje, je dôležité chorého trvale sledovať a hodnotiť ukazovatele...“* (Masár et al., 2009, s.64). Hodnotí sa mentálny stav pacienta, stav pokožky, pulz, kapilárny návrat a krvný tlak.

Klinické delenie hemoragického šoku:

- a) prešokový stav – veľakrát sa neprejaví žiadnymi zmenami alebo len pocitom slabosti, malátnosti, miernou tachykardiou a miernym znížením TK. Jedná sa o stratu 10 % objemu krvi – približne 500 ml krvi.
- b) ľahký šok – prejavuje sa tachykardiou, hypotenziou, slabosťou, spavosťou a kolapsovými stavmi. Hovoríme o ňom pri strate zhruba 20 % krvného objemu – 1000 ml krvi.
- c) stredne ťažký šok – vyznačuje sa tachykardiou – nad 100 – 110 pulzov / min., hypotenziou – pod 90 mmHg, únavou, pocitom sucha v ústach, nepokojom, bledosťou

kože a slizníc. U starších pacientov môže byť prítomná agresivita, dezorientácia. Strata predstavuje približne 1500 ml cirkulujúceho objemu krvi – asi 30 % krvi.

d) ťažký šok – prítomná je tachykardia okolo 120 – 150 pulzov / min., ťažká hypotenzia – pod 70 mmHg. Pacient je somnolentný, bledý, spotený, nepokojný, nesúvisle artikuluje a neadekvátne odpovedá na otázky. Vzniká oligúria až anúria. Strata krvi je približne 2000 ml krvi. V tejto fáze ide ešte o reverzibilný hemoragický šok s vysokým rizikom prechodu do ireverzibilného šoku. Výrazne klesajú možnosti na záchranu pacienta.

e) ireverzibilný šok – pulz je nitkovitý, na periférii nehmatný, výrazná tachykardia – okolo 150 – 160 pulzov / min., pokles krvného tlaku pod 50 mmHg prípadne nemerateľný. Pacient je bledý, spotený, somnolentný až soporózný, neadekvátne reaguje. Má studené, mramorované končatiny, cyanotické pery, je dyspnoický, anurický. Pri pokuse o endoskopické vyšetrenie má trizmus a bráni sa vyšetreniu. Strata krvi predstavuje až 2500 ml t.j. 50 % krvi. V tomto štádiu je vysoká mortalita (Marko et al., 2001). Masár et al., (2009, s. 65 – 66) uvádza, že : „*všeobecný prístup k liečbe šoku možno vyjadriť akronymom VIP – p. s. (very imported person – post scriptum)*

*V – ventilácia (ventilation) – zahrňuje súbor opatrení zameraných na zaistenie priechodnosti dýchacích ciest a adekvátnu ventiláciu;*

*I – infúzie (infusion) – znamenajú liečbu zameranú na doplnenie a stabilizáciu krvného obehu;*

*P – pumpa (pump) – vyjadruje požiadavku zlepšenia srdcového výkonu zvýšením plniaceho tlaku alebo tonizáciou myokardu;*

*p – (pharmacologic treatment) – farmakologická liečba;*

*s – (specific therapy) – špecifická liečba, hlavne chirurgická alebo iné opatrenia podľa primárnej príčiny.“* Rýchla liečba je rozhodujúca pre ďalšiu prognózu pacienta, ktorej cieľom je obnovenie dodávky kyslíka tkanivám a súčasného odstraňovania príčiny šoku. Do stabilizácie stavu musí byť pacient uložený na jednotke intenzívnej starostlivosti (ďalej JIS) za účelom monitorovania životných funkcií. Zavádzajú sa 2 – 3 periférne žily o veľkej objemovej kapacite G14 – G16 u dospelého, prípadne centrálny venózný katéter (ďalej CVK) za účelom aplikácie infúzných roztokov. Odoberá sa krv na určenie krvnej skupinovej príslušnosti, na žiadanke označuje naliehavosť dodania. Dôležitý je monitoring krvného tlaku, pulzovej frekvencie a saturácii O<sub>2</sub> – podáva sa kyslík (4 – 6 l/min.). Pacient musí mať zavedený permanentný katéter a meria sa hodinová diuréza (Bakoš et al., 2007). Podľa Dobiáša et al., (2007) sú už roky vedené diskusie, ktoré doteraz nie sú uzavreté, o najvhodnejších roztokoch pri stratách krvi, o tom, či to majú byť kryštaloidné alebo

koloidné roztoky. Bakoš et al., (2007, s. 44) zastáva názor, že: „stratený objem krvi dopĺňame kryštaloidnými roztokmi. Vhodné sú Ringer laktát, Hartman, menej vhodný fyziologický roztok. Nevhodné sú 5 – 10 % glukózy. Veľkoobjemová infúzia kryštaloidov nie je vhodná pre ich významný únik do interstícia, tvorbu tkanivových edémov a zhoršenie oxygenáciu tkanív. Preto asi po 11 kryštaloidoch je vhodné podať koloidy, ktoré zabezpečujú významnejšie a trvalejšie zväčšenie objemu kolujúcej krvi. Patria sem hydroxyethyl škroby, dextransy, želatíny a z prirodzených koloidov albumín.“ Podávame analgetiká a sedáciu pri neklude pacienta napríklad Diazepam 2 – 10 mg i.v. (Braun, Dormann, 2000). Pri zle vedenej liečbe a protrahovanom šoku dochádza k laktátovej acidóze, zníženiu srdcového výdaja, spotrebovaniu koagulačných faktorov a k smrti pacienta.

## 2.2 Etiológia a symptomatológia krvácania do GIT

„Krvácanie do tráviaceho traktu je definované ako abnormálna intraluminálna strata krvi zo zdroja v tráviacom trakte“ (Bakoš et al., 2007, s.49). Patrí medzi najdramatickejšie urgentné chirurgické príhody. Približne 80 – 85 % krvácaní do GIT – u reprezentujú krvácania do hornej časti tráviaceho traktu. Incidencia krvácania predstavuje 100 – 200 hospitalizovaných na 100 000 obyvateľov za rok, pomer mužov k ženám je 1,5 : 1, viac ako 30 % pacientov je starších ako 60 rokov. Napriek zdokonaleniu diagnostiky a starostlivosti o pacienta je mortalita posledných 50 rokov konštantná, približne 10 – 20 % (Bakoš, 2008). Medzi známe faktory, ktoré ju zvyšujú patrí recidíva krvácania, vek nad 60 rokov, renálne hepatálne zlyhanie, iná komorbidita, disseminovaná malignita, hypotenzia, hemoragický šok a atypický zdroj krvácania s obmedzenou možnosťou ošetrovania (Marková, 2009). Krvácanie podľa závažnosti delí Bakoš et al., (2007) na akútne krvácanie – jedná sa o masívne krvácanie s odozvou na celkovom stave, pacient je ohrozený bezprostredne na živote. Medzi kritériá akútneho krvácania patrí:

- zvracanie čerstvej a natrávanej krvi alebo odchod čerstvej a natrávanej krvi konečníkom,
- systolický tlak klesá pod 90 mmHg,
- vzostup pulzov nad 110 za minútu,
- hodnota Hb klesla pod 70 g / l,
- hemodynamická instabilita s rozvojom šoku,
- nutné podanie 2 až 5 transfúzných jednotiek,

- oligúria s poklesom hodinovej diurézy pod 50 ml / hod. až anúria,
- celkový klinický stav – prítomná je bledosť, akrocyanóza, nepokoj, poruchy vedomia.

Chronické krvácanie sa prejavuje nejasnými príznakmi ako je slabosť, nevykonnosť a bledosť. Ide o stratu hlavne červenej zložky krvi. Väčšinou sa jedná o krvácanie z dolnej časti tráviaceho traktu.

Rozdelenie krvácania podľa intenzity – množstva straty krvi:

- a) malé krvácanie – jedná sa o stratu 10 – 15 % celkového objemu (500 – 1000 ml krvi)
- b) stredné krvácanie – ide o stratu 20 – 30 % objemu (1000 – 1500 ml krvi). Objavujú sa známky kardiovaskulárnych porúch – hypotenzia a tachykardia.
- c) veľké – masívne krvácanie – strata 30 – 40 % objemu (1500 – 2000 ml krvi). Prítomný je nitkovitý pulz a pokles systolického tlaku pod 80 mmHg. Pri strate 2000 – 2500 ml bez okamžitej náhrady objemu krvi prichádza k ťažkému hemoragickému šoku a smrti (Bakoš, 2008). Najčastejšími zdrojmi krvácania podľa typu patologickej lézie v tráviacom trakte sú: erózie a fisury, vred, ulcus simplex, Mallory – Weissov syndróm, pažerákové varixy, polypy a nádory, zápaly a angiodysplázia (Marko, Molnár, Koreň, 2005).

Klinické prejavy akútneho krvácania:

- Hemateméza – zvracanie čerstvej krvi, ktorá je jasnočervená, tekutá a býva vo väčšom množstve, ak sa jedná o krvácanie z pažeráka. Pri krvácaní zo žalúdka sú prítomné aj koaguló. Vzácnne môže hemateméza vzniknúť, ak pacient prehltnie určité množstvo krvi napr. pri krvácaní z nosa, dutiny ústnej alebo hltanu.
- Melaneméza – zvracanie natrávanej krvi, krv sa pôsobením žalúdočnej kyseliny zmení na tmavohnedú až čiernu a zvratky sú vzhľadom „kávovej usadeniny.“ Takto sa prejaví najčastejšie mierne krvácanie z pažeráka alebo žalúdka.
- Meléna – riedka, čierna, kolomažovitá stolica s typickým zápachom, ktorý vzniká pôsobením bakteriálnej črevnej flóry. Na vznik melény je potrebná strata 100 – 200 ml krvi. Marko et al. (2007, s. 64) delí v praxi melénu na dve podskupiny:
  - „ a) „čerstvá meléna“ – riedka čierna kolomažovitá stolica, ktorá je prejavom najpravdepodobnejšie stavu po aktívnom čerstvom krvácaní alebo práve trvajúcего aktívneho pokračujúceho krvácania
  - b) „stará alebo vyprázdňovacia meléna“ – čierna suchá, už nie riedka kolomažovitá stolica – je najpravdepodobnejšie prejavom zastaveného krvácania, stavom vyprázdňovania sa črevného traktu. “
- Hematochéza – je prítomnosť tmavočervenej krvi v stolici



- Enterorágia – v stolici je prítomná jasnočervená krv , je príznakom krvácania z hrubého čreva alebo konečníka. Môže však byť aj dôsledkom krvácania z horných častí tráviaceho traktu pri zrýchlenej pasáži ako aj pri masívnom krvácaní z vredov alebo pažerákových varixov (Bakoš, 2008).

### 2.3 Krvácanie z ezofageálnych varixov – diagnostika a liečba

Cirhóza pečene je časté a závažné ochorenie, ktoré je príčinou deviatej najvyššej celosvetovej úmrtnosti. Spôsobuje ju každé chronické ochorenie pečene, najčastejšie alkoholová choroba pečene a chronické vírusové hepatitídy. Medzi najzávažnejšie komplikácie portálnej hypertenzie spojenej s cirhózou pečene sa zaraďuje krvácanie z ezofageálnych varixov, hepatálna encefalopatia a ascites (Skladaný, 2003). Ezofageálne varixy sa vyvinú takmer u každého pacienta s cirhózou pečene, zväčšujú sa o 4 – 10 % ročne, krvácajú v jednej tretine prípadov do dvoch rokov od ich diagnostiky a 50 % krváca aspoň raz počas života. Úmrtnosť krvácania z ezofageálnych varixov je 30 – 50 % (Bakoš, 2008). Bátovský (2010) definuje pažerákové varixy z patologicko – anatomického hľadiska ako subepitelové a submukózne žily, funkciou ktorých je odvádzať krv pri portálnej hypertenzii z portálneho riečiska do systémového obehu. Pri odpovedi na otázku, ktoré varixy najčastejšie alebo najskôr krvácajú sa zvažovalo mnoho parametrov. Bátovský (2006, s.203) uvádza zhodu väčšiny autorov na podklade, podľa ktorého: „ *sú na krvácanie disponované veľké nedostatočne epitelizované varixy s čerešňovo – červenými škvrnami lokalizované v blízkosti kardia.*“ Veľkosť varixu je jediným istým predispozičným faktorom krvácania. Krvácanie z ezofageálnych varixov je treťou najčastejšou príčinou hematemézy a melény. Jedná sa o masívne krvácanie, ku ktorému mnohokrát prichádza vo večerných hodinách. Môže sa spontánne zastaviť (asi u 40 – 60 % pacientov), bez liečby sa však recidíva krvácania objavuje v priebehu 3 – 6 dní, u 40 % do 6 týždňov (Bakoš, 2008). Na bližšiu charakteristiku existujú rôzne klasifikácie. V európskych krajinách sa používa Paquetova klasifikácia. Podľa Bakoša (2008, s.27) : „*ako prognostický faktor závažnosti a riziko recidívy krvácania slúži Paquetova klasifikácia pažerákových varixov podľa endoskopického nálezu:*

*Paquet I. – malé mierne elevované presvitajúce cievy*

*Paquet II. – naplnené rozšírené cievne kmene izolované, presahujúce úroveň sliznice*

*Paquet III. – veľké pažerákové varixy splyňujúce, ktoré zaplňajú viac ako 1/3 lúmenu*

*Paquet IV – protrúzie varixov vyplňajúce viac ako polovicu lúmenu. “*

Od Paquetovej klasifikácie sa opúšťa, konferencia v Bavene (v roku 1995) sa uzniesla, že sa majú varixy deliť do dvoch kategórií a to na malé a veľké varixy. Zároveň sa opíše ich vzhľad, počet a dĺžka v pažeráku (Hrušovský, 2008). Dôležité je základné fyzikálne vyšetrenie – 5 P: pohľadom, posluhom, poklopom, pohmatom, per rectum. Okrem odberu anamnestických údajov si všimame celkový klinický stav pacienta, farba kože a slizníc, stav vedomia, poloha a komunikácia s okolím. Pri vyšetrení pozorujeme prítomnosť teleangiektázií, pavúčikové névy, caput medusae a ascitu. Palpačne je potrebné všimnúť si veľkosť a konzistenciu pečene, sleziny a hmatnú rezistenciu.

Liečebné stratégie môžu byť rozdelené nasledovne:

- 1) farmakologická liečba
- 2) endoskopická liečba, balónová tamponáda
- 3) dekompresívna terapia (rádiologická, chirurgická TIPS)
- 4) transplantácia pečene (Bakoš, 2008).

1) Cieľom farmakologickej liečby je zastaviť krvácanie z varixov pomocou zníženia tlaku a krvného toku v ezofageálnych varixoch. Pokladá sa za optimálnu terapiu, pretože sa môže podávať včasne a nepožaduje špeciálne vybavenie, čo nie je možné docieľiť pri endoskopických alebo chirurgických postupoch liečby. *„Ideálny liek by mal byť bezpečný, efektívny, s jednoduchým podávaním, nemal by spôsobovať nežiaduce vedľajšie účinky, pre ktoré by liečba musela byť predčasne ukončená a nemal by rušiť iné liečebné modalities“* (Kužela, Oltman, 2002, s.1). Liečba môže byť zahájená intravenóznym podávaním vazopresínu, nitroglycerínu, somatostatínu alebo jedného z jeho analógov napr. octreotide. Vazopresín, hormón zadného laloku hypofýzy, má významný vplyv na zastavenie krvácania, ale v žiadnej štúdii nebolo preukázané zlepšenie prežívania pacientov (Bakoš, 2008). Koncom 60. rokov bola vyvinutá látka – terlipresin a do praxe bola zavedená pod názvom Remestyp . Olejník (2001, s.38) zastáva názor, že terlipresin: *„patrí k liekom prvej voľby pri farmakologickej hemostáze.“* Terlipresin – Remestyp je originálny československý syntetický analóg vazopresínu, ktorý sa in vivo mení na lyzín – vazopresín. Účinne vplýva na tlak krvi v ezofageálnych varixoch, redukuje tlak krvi v portálnom riečisku o 16 – 35 % a znižuje prietok vo vena azygos priemerne o 32 %. Úspešnosť liečby Remestypom je 75 % (Marko et al., 2007). Má menej vedľajších účinkov na koronárne riečisko ako vazopresín, napriek tomu je potrebná opatrnosť pri podávaní osobám nad 65 rokov, pacientom s ICHS, hypertenziou, srdcovou arytmiou alebo asthma bronchiale (Husová et al., 2001).

2) K vytvoreniu endoskopického pracoviska pri chirurgickej klinike FN Nitra viedli podľa Bakoša, Dubaja (2007, s.43) tieto dôvody: „*dostupnosť a urgentnosť endoskopického vyšetrenia, ktorá často rozhoduje o osude pacienta, stúpajúci trend v incidencii krvácaní do tráviaceho traktu, skutočnosť, že skoro všetci pacienti s krvácaním sú privezení a hospitalizovaní na chirurgickom pracovisku ...*“ V 90% prípadoch je zdroj možné rozpoznať endoskopicky a v 80% dokáže dobrý endoskopista zdroj krvácania ošetriť. Pafko, Kabát, Janík (2006, s.121) zastávajú názor, že: „*pacienti s krvácaním do gastrointestinálneho traktu by mali byť hospitalizovaní tam, kde je nepretžité k dispozícii endoskopická služba!*“ Rozlišujeme urgentnú endoskopiю (do 2 hodín) a akútnu endoskopiю (do 24 hodín). Na základe stavu pacienta sa rozhodne, či sa endoskopia vykoná na JIS alebo na endoskopickom pracovisku. Je vhodné pacienta endoskopovať ak je už dlhšie obehovo stabilizovaný, pokiaľ to nie je možné a krvácanie pokračuje, je potrebné urgentnú endoskopiю vykonať bez odkladu – pričom jeden tím endoskopuje a druhý tím zaisťuje resuscitačnú starostlivosť (Zadák et al., 2007).

Poznáme dve základné techniky na zastavenie krvácania varixov:

- endoskopická skleroterapia,
- endoskopická ligácia varixov.

Endoskopická skleroterapia je používaná od 70. rokov a výrazne pozitívne ovplyvnila liečbu krvácania z ezofageálnych varixov (Krška et al., 2007). Spočíva v aplikácii sklerotizačnej látky do lúmenu varixu (intravarikózne) alebo bezprostredne vedľa cievy (paravarikózne). Endoskop je zavedený do pažeráka a pracovným kanálom je zavedený injektor. Ihlou je aplikovaná látka – najčastejšie 1 % polidokanol alebo etanolamín. Podáva sa 1 – 3 ml na jeden vpich, 5 – 10 ml na jeden varix a 20 – 60 ml na jeden výkon. Úspešnosť v zastavení krvácania je v 75 % – 95 %. Je to najjednoduchšia, dostupná a najlacnejšia metóda. Nevýhodou skleroterapie je značné riziko miestnych a celkových komplikácií: lacerácia varixu, ulcerácia, perforácia pažeráka, pleurálny výpotok, febrílie, mediastinitída (Husová et al., 2001, Husová 2004). Pri endoskopickom naložení ligatúry sa nakladá gumený prúžok okolo varixu. Pri aplikácii je potrebné varix „nasať“ do násadca, ktorý je na konci endoskopu a až potom je možné ligatúru aplikovať, čo je veľmi náročné pri aktívnom krvácaní (Marko et al., 2007). Považuje sa skôr za metódu voľby prevencie rekurentného krvácania u pacientov, ktorí už krváčali. Touto metódou sa redukuje výskyt opakovaného krvácania a zlepšuje prežívanie (Lukáč et al., 2005). Za jednu z univerzálnych metód sa doteraz považovala kompresia miesta krvácania Sengstakenovou – Blakemorovou sondou (ďalej SB).

Nevýhody SB sondy:

- upchatím lúmenu pažeráka vznikne prekážka k fyziologickému prehltaniu slín, možným zatekaním slín do pľúc je spôsobené riziko aspiračnej pneumónie,
- obmedzuje komfort pacientovi aj ošetrovateľskému personálu, pacienti so sondou manipulujú, pričom si niektorí sondu vytiahnu aj s nafúknutými balónikmi,
- premiestnenie sondy do hltana a dutiny ústnej môže mať za následok udusenie sa pacienta,
- pri zavedenej SB sonde je endoskopická diagnostika odložená väčšinou o 24 – 48 hodín (Hubmann et al., 2004).

Sengstakenova – Blakemorova sonda vytvára tlak na subkardiálnu oblasť žalúdka a na krvácajúci varix v oblasti distálnej tretiny pažeráka (Vörösová et al., 2005). Od roku 1990 sa použitie tamponády SB sondou znížilo. V súčasnosti sa indikuje iba u 10 % pacientov, kedy je tamponáda používaná ako dočasné riešenie pri zlyhaní medikamentózneho liečby a endoskopického hemostázy. Efekt má v 85 % prípadov, avšak u väčšiny pacientov príde uvoľnením tamponády k recidíve krvácania. Komplikácie spojené s balónovou tamponádou sú: ruptúra pažeráka, hemoptyza, tracheoezofageálna fistula, nekróza ezofagu, vred ezofagu, bolesť na hrudníku, nauzea a zvracanie.

3) Posledným útočiskom pri zlyhaní konzervatívnej alebo endoskopického liečby je chirurgická intervencia. Operačné prístupy vychádzajú z dvoch všeobecných koncepcií:

- devaskularizácia distálneho ezofagu a proximálneho žalúdka,
- dekompresia vysokotlakového portálneho venózneho systému do nízkotlakového venózneho systému.

TIPS – Transjugulárny intrahepatálny portosystémový shunt, ktorý účinne znižuje portálnu hypertenziu, cieľom je zníženie intravarikózneho tlaku na menej ako 12 mmHg. Zavádza sa rádiologicky alebo chirurgicky. Je považovaný za štandard terapie krvácajúcich ezofageálnych varixov, ktoré nereagujú na farmakologickú a endoskopickú liečbu. Portosystémové spojky – shunty sú ďalšou možnosťou chirurgickej liečby (Bakoš, 2008).

4) Transplantácia pečene je definitívnou liečbou portálnej hypertenzie pri cirhóze pečene a aj liečbou opakovaného, ťažko zvládnuteľného krvácania z ezofageálnych varixov. Podľa Bakoša (2008, s.46): „*hepatálne transplantácie zlepšili síce prognózu, ale ide vo vzťahu k mortalite o liečbu mimoriadne finančne a personálne náročnú*“. V našich podmienkach prevažuje endoskopická hemostáza, farmakoterapia a preventívna dispenzarizácia a sklerotizácia.

### 3 OŠETROVANIE PACIENTA S EZOFAGEÁLNymi VARIXAMI

Diagnóza ezofageálne varixy je veľmi závažný stav, ktorý ohrozuje život pacienta a je potrebné riešiť ho okamžite. Špecifikami je náročný nielen pre pacienta, ale aj pre zdravotnícky personál. Zvládnutím urgentného stavu a stabilizáciou pacienta prispievame k ďalšiemu prežívaniu a kvalite života pacienta s týmto závažným ochorením. Významné zastúpenie má aj dôsledná ošetrovateľská starostlivosť (Klimešová, 2010).

#### 3.1 Jednotka intenzívnej starostlivosti

Jednotka intenzívnej starostlivosti je zameraná na starostlivosť o pacienta s hroziacim alebo už prebiehajúcim zlyhaním jedného alebo viacerých orgánov. Zaisťuje diagnostiku, prevenciu a liečbu multiorgánového zlyhávania nepretržite v ktorúkoľvek dennú alebo nočnú hodinu (Kapounová, 2007). Pacienti profitujú z umiestnenia na JIS poskytujúcej podrobnejšie a kontinuálne sledovanie stavu pacienta, ktoré sa bežne nevykonáva na štandardných oddeleniach. Prístupné sú všetky komplexné vyšetrenia, technologicky pokročilé zobrazovacie techniky a rýchla dostupnosť odborníkov širokého spektra medicínskych disciplín. Podľa Zadáka et al. (2007, s.17): *„každé lôžko intenzívnej starostlivosti musí byť zabezpečené minimálne monitorovacím systémom, zaisteným spôsobom odsávania, rozvodom kyslíka a vzduchu a výstupom pre pripojenie na centrálny rozvoj vákua.“* Lôžko by malo byť prístupné z 3 strán, súčasťou ktorého je efektívne osvetlenie aspoň z 2 strán. Výkonnosť práce zdravotníckeho personálu sa zvyšuje, ak všetky prístroje sú určené vždy pre jedno lôžko a je potrebný minimálny presun prístrojovej techniky od iného lôžka. Dôležitý je dobrý výhľad po celej jednotke intenzívnej starostlivosti a na monitory pri lôžkach z centrálnej časti určenej pre zdravotnícky personál. Výhodné je centrálné monitorovanie. Z psychologického hľadiska je pre pacienta ako aj pre personál veľmi dôležitý dostatočný prístup denného svetla. Sociálne zariadenie (WC, sprcha) by sa malo nachádzať v blízkosti lôžka. V každej miestnosti by malo byť aspoň jedno umývadlo. Na JIS sa prijímajú pacienti z iného zdravotníckeho zariadenia, privezení rýchlou záchrannou službou, z ostatných oddelení nemocnice, prípadne z ambulancie po dohode s vedúcim lekárom JIS alebo lekárom slúžiacim pohotovostnú službu. Kapounová, (2007) zastáva názor, že pri prijímaní majú byť zabezpečené : dýchacie cesty – aplikáciu kyslíka, kontinuálny monitoring základných životných funkcií, invazívne vstupy – periférny žilový katéter, arteriálny katéter, centrálny

venózný katéter, neinvazívne vstupy – nasogastrická sonda (ďalej NGS), permanentný močový katéter (ďalej PMK), odber biologického materiálu na biochemické a bakteriologické vyšetrenie, vstupný hygienický filter, natočenie elektrokardiografu (ďalej EKG), diagnostické vyšetrovacie metódy, konziliárne vyšetrenia a ošetrovateľská a lekárska starostlivosť smerujúca k stabilizácii celkového stavu pacienta. Častou indikáciou prijatia na JIS je požiadavka nepretržitého monitorovania vitálnych funkcií pacienta. Zadák et al., (2007, s.58) uvádza, že: „zbytočné monitorovanie je príťažou pre pacienta, zdrojom dyskomfortu, imobilizácie, komplikácie, zamestnáva personál a zvyšuje náklady.“ Základom monitorovania kardivaskulárneho systému je snímanie krivky EKG, ktorou dohliadame na srdcovú frekvenciu a rytmus, odhaľujeme poruchy a účinky liekov. Používa sa 3 alebo 5 zvodové EKG. Monitorovanie krvného tlaku a pulzu sa prevádza v pravidelných intervaloch (15 minút – 1 až 4 hodiny). Moderné prístroje v nastavených časových intervaloch využívajú princíp oscilometrie. Dôležité je správne priloženie manžety, ktorá je umývateľná a má správnu veľkosť, na rameno pacienta. Na monitorovanie telesnej teploty sa používa digitálny teplomer. Dychová frekvencia sa sníma pomocou elektród EKG (Kapounová, 2007). Pulzová oxymetria (SpO<sub>2</sub>) je transkutánne meraná saturácia kapilárnej krvi kyslíkom. Ide o neinvazívne meranie periférnej oxygenácie. Normálna hodnota je 95 – 100 %, 90 – 94 % predstavuje nevýznamný pokles a < 90 % je významný pokles u zdravých ľudí. Obmedzenia v meraní SpO<sub>2</sub> tvoria stavy spojené s poruchou periférneho prekrvenia a prítomnosť anémie (Zadák et al., 2007). U pacienta, ktorý má zachované spontánne dýchanie je liečebnou metódou kyslíková terapia, úlohou ktorej je zvýšenie prísunu kyslíka tkanivám. Indikuje sa pri hypoxii alebo hypoxémii pri normálnej ventilácii (Kapounová, 2007). Podľa Kozierovej et al., (1995) podávanie kyslíka ordinuje lekár, ktorý zároveň určí špecifickú koncentráciu kyslíka, spôsob podávania a prietok kyslíka v litroch za minútu. V urgentných prípadoch môže zahájiť liečbu kyslíkom sama sestra.

### **3.2 Špecifiká ošetrovania pacienta s ezofageálnymi varixami na JIS**

U akútne krvácajúceho pacienta s nejasným zdrojom krvácania je vždy pred endoskopiou nutné zavedenie nasogastrickej sondy (ďalej NGS) a uskutočnenie výplachu žalúdka. Výplach je vhodné vykonať chladeným fyziologickým roztokom s prípadným pridaním Exacylu. Neraz je problém lokalizovať zdroj krvácania, hlavne pri prítomnom hemoragickom šoku. Chladený roztok okrem zriedenia žalúdočného obsahu pôsobí svojim chladom aj vazokonstrikčne, odsatie krvi a koagúl prispieva k urýchleniu

a k presnosti endoskopie, nakoľko pri plnom žalúdku krvi a krvných koagúl je veľmi sťažená viditeľnosť (Marko et al., 2007). Každá zdravotná sestra by mala vedieť zaviesť NGS. Na JIS by mali byť aspoň 3 sondy rôznych veľkostí pripravené k okamžitému použitiu, teda zamrazené. Sestra ozrejmí pacientovi, ak to jeho zdravotný stav dovoľuje, postup a význam zavedenia NGS. Následne ho uloží do Fowlerovej polohy, vyšetrí pacientovi nosové dierky a overí si, či nie sú v nose prekážky, deformity alebo poranenia. Vysvetlí mu metodiku správneho dýchania a prehĺtania sondy počas zavádzania (hlboký nádych – prehltnutie – výdych). Sestra si oblečie sterilné rukavice a pred výkonom si určí dĺžku zavedenia sondy zmeraním vzdialenosti od špičky nosa k ušnému lalôčiku a po koniec sterna. Prostriedkom na lokálne znecitlivenie natrie koniec NGS. Následne koniec sondy vloží do nosovej dierky a vyzve pacienta k miernemu zakloneniu hlavy a sondu zavádza pozdĺž spodiny nosovej dierky. Po zavedení sondy nosom ho poprosí, aby predklonil hlavu a správne dýchal a prehltal. Pri každom prehltnutí sa sonda posúva o 5 – 10 cm. Overí si, či sa sonda v hrdle nestáča, ak áno, vyťahuje NGS dovtedy, kým sa nevyrovná a pokračuje v zavádzaní (Kontrová, Záčeková, Hulková et al., 2005). Ak je pacient dušný alebo je prítomné dráždenie ku kašľu, sonda je v trachee a treba ju okamžite vytiahnuť (Braun, Dormann, 2000). Niektorým pacientom pomáha pri zavádzaní sondy popíjať malé množstvo tekutín. Polohu NGS kontrolujeme RTG alebo aspiráciou žalúdočného obsahu. Ak sa v sonde neobjaví žalúdočný obsah urobíme posluchovej kontrolu a to tak, že do sondy aplikujeme Jannetovou striekačkou 10 – 30 ml vzduchu a na oblasť žalúdka priložíme fonendoskop. Ak počujeme charakteristický zvuk vstrekaného vzduchu, sonda je zavedená správne. *„V praxi je stále ešte možné stretnúť sa s kontrolou polohy sondy ponorením jej konca pod vodnú hladinu, kedy sú pozorované unikajúce bublinky vzduchu, ktoré majú svedčiť o chybnom zavedení do pľúc“* (Kapounová, 2007, s.65). Avšak koniec sondy môže byť zakliesnený v drobnom bronchiole, čo môže zabrániť unikaniu vzduchu, preto sa tento postup neodporúča. Po skontrolovaní správneho zavedenia NGS fixujeme leukoplastom alebo tkaničkou a výkon zaznamenáme do ošetrovateľskej dokumentácie. Podľa Marka et al., (2007) pri predpoklade krvácania z ezofageálnych varixov sa zavádza SB sonda, pred jej zavedením je potrebné zrevidovať celistvosť oboch balónikov, následne sa sonda zavádza nosom alebo ústami a ako prvý sa nafúkne žalúdočný balónik, potom sa za mierneho ťahu za sondu plní pažerákový balónik. Tlak sa kontroluje každú hodinu (predpísaný tlak je v rozmedzí 20 – 40 mm Hg). Podstatné je dobre fixovať sondu k čelu pacienta alebo pomocou ortopedickej trakcie o váhe maximálne 0,5 kg. Bakoš (2008, s.44) uvádza, že: *„je potrebné každé štyri hodiny na 15*

*minút pažerákový balónik vypustiť ako prevenciu tlakovej nekrózy a nenechávať sondu na mieste viac ako 24 – 48 hodín.*“ Balóniky je nevyhnutné plniť vzduchom, nie vodou, aby váhou tekutiny nedochádzalo k ich deformácii a tým k tvorbe otlakových vredov (Zadák et al., 2007). Kapounová (2007, s. 288) uvádza, že: *„v blízkosti lôžka musia byť nožnice – v prípade dusenia pacienta z dôvodu vniknutia žalúdočného balónika do pažeráka je potrebné celú sondu okamžite prestrihnúť a vytiahnuť.*“ Nikdy nevypúšťame len žalúdočný balónik a ani ho nevypúšťame ako prvý – napätie by sondu ťahalo hore, čo by zapríčinilo poškodenie pažeráka a dusenie pacienta. Lekár pri odstraňovaní SB sondy vypustí vždy najskôr pažerákový balónik a po 8 – 24 hodinách môže byť vypustený aj žalúdočný balónik a následne môže byť sonda odstránená. Podľa Mikšovej, Froňkovej, Zajíčkovej (2006) endoskopické vyšetrenie pri krvácaní z ezofageálnych varixov sa vykonáva za účelom diagnostickým, kedy sa prevádza tzv. urgentné vyšetrenie bez prípravy pacienta alebo za účelom terapeutickým – zastavenie krvácania. Krišková et al., (2006) uvádza, že úlohou sestry pred endoskopickým vyšetrením je oboznámiť pacienta s výkonom z ošetrovateľského hľadiska a upozorniť ho na nepríjemné pocity v súvislosti so zavádzaním fibroskopu. Pri liečebných výkonoch môže vyšetrenie trvať až 60 minút. Zistí alergiu na podávané lieky alebo anestetiká. Vysvetlí pacientovi význam správneho dýchania počas zavádzania fibroskopu (nádych – prehltnúť – výdych). Vyzve pacienta, aby si vybral zubnú náhradu, ak ju používa a zložil náhrdelník. Podľa Kontrovej, Záčekovej, Hulkovej et al., (2005, s. 189): *„sestra pripraví všetky potrebné pomôcky na výkon, účelne ich umiestni na dosah ruky a pre prípad potreby pripraví protišokovú súpravu a pomôcky na podávanie kyslíka.*“ Pacienta uloží do polohy v ľahu na ľavom boku, pred znečistením slinami, vývratkami alebo krvou chráni odev pacienta plátennou podložkou a pod hlavu mu podloží buničitú vatu. Aplikuje lokálne anestetikum, eventuálne iné lieky podľa ordinácie lekára. Oblečie si jednorázové rukavice a vloží pacientovi medzi zuby náustok, ktorý zabráni prípadnému poškodeniu fibroskopu zubami. Počas výkonu sleduje celkový stav pacienta, udržiava nepretržitý verbálny a neverbálny kontakt, vyzýva ho k správnej metodike dýchania a prehĺtania tubusu. Počas vyšetrenia plní ordinácie lekára. Pri ukončení vyšetrenia podloží štvorec buničitej vaty pod tubus pred plynulým vytiahnutím fibroskopu, vyberie z ústnej dutiny náustok, poskytne pacientovi buničitú vatu na utretie úst. Po výkone sa monitorujú fyziologické funkcie – náhle zníženie krvného tlaku a zrýchlený pulz signalizujú možné krvácanie. Sleduje subjektívne pocity a objektívne príznaky (bolesť vyžarujúca do šije môže signalizovať perforáciu pažeráka). Výkon a všetky potrebné údaje zapíše do dokumentácie a zabezpečí dekontamináciu fibroskopu



a ostatných pomôcok (Krišková et al., 2006, Kontrová, Záčeková, Hulková et al., 2005).

Intervencie sestry pri krvácaní z ezofageálnych varixov sú nasledovné:

- a) Uloženie pacienta do Fowlerovej polohy a kontrola základných životných funkcií.
- b) Zabezpečenie dvoch periférnych i.v. kanýl a odber krvi na krvnú skupinu a Rh faktor, krvný obraz, hemokoagulačné vyšetrenie, pečenevé testy, elektrolyty, kreatinín, glykémiu na základe ordinácií lekára
- c) Aplikácia intravenózných tekutín podľa ordinácie lekára, zaistenie transfúzných prípravkov.
- d) Podávanie kyslíka podľa ordinácie lekára.
- e) Príprava pomôcok a asistencia pri zavádzaní SB sondy

V následnej starostlivosti monitorovať fyziologické funkcie a laboratórne výsledky podľa ordinácie lekára. Sledovať objektívne a subjektívne prejavy pretrvávajúcej anémie. Zvláštnu pozornosť je potrebné venovať emocionálnemu stavu pacienta a jeho rodiny, ktorá je zvyčajne vystrašená z masívneho krvácania. Ako prevenciu opätovného krvácania odporučiť vyvarovať sa aktivitám, ktoré zvyšujú vnútrobrušný tlak (tlak pri defekácii, dvíhanie ťažkých bremien, úporný kašeľ) vylúčenie alkoholu, kofeínu a jedál dráždiacich sliznicu pažeráka (Poledníková, 2011). „*Rovnako ako sa neustále vyvíja zdravotný stav pacienta, vyvíjajú sa neustále jeho potreby a nároky na ošetrovateľskú starostlivosť*“ (Kapounová, 2007, s. 21). Sestra má s pacientom ďaleko bližší vzťah ako lekár, pacient je na jej starostlivosti závislý a je dôležité, aby sestra dôkladne chápala všetky jeho potreby, trpezlivo ho vypočula, poradila mu a nielen niečo prikazovala a zakazovala.

### **3.3 Potreby pacienta v intenzívnej starostlivosti**

Potreba je príznak nedostatku, chýbania niečoho, odstránenie čoho je žiadané. Je niečím, čo ľudská bytosť nutne potrebuje pre svoj život a vývoj. Trachtová et al., (2001, s. 13) cituje Maslowa, ktorý uvádza, že: „*človek je bytosť s potrebami a dosahuje zriedkakedy stav plnšieho uspokojenia, okrem krátkej doby. Hneď ako je jedna potreba uspokojená, stavia sa na jej miesto druhá. Pre ľudskú bytosť je v celom jej živote charakteristické, že prakticky stále niečo vyžaduje.*“ Nedostatok niečoho vplýva zároveň na psychickú činnosť človeka – pozornosť, myslenie, emócie a tým sa vytvára vzorec správania sa jednotlivca.

„*Ošetrovateľstvo uprednostňuje psychologické poňatie pojmu potreba a poníma ju ako stav organizmu charakterizovaný napätím – dynamickou silou vzniknutou z nedostatku alebo nadbytkom – smerujúci k obnoveniu homeostázy...*“ (Tomagová, Bóriková et al., 2008, s. 14). Potreby sa rozdeľujú na primárne a sekundárne. Primárne potreby sa zhodujú

s fyziologickými podmienkami organizmu a ich uspokojovanie je nevyhnutné pre život. Majú cyklický charakter a ich uspokojovanie je tiež väčšinou návykovo cyklické s určitým stereotypom saturácie. Patrí sem potreba vzduchu, potravy, tekutiny, vylučovania odpadových látok, konštantnej teploty, spánku a odpočinku, aktivity a bezpečia. Sekundárne potreby nemajú súvis s existenciou jednotlivca. Ich uspokojovanie vnáša pohodu a vedie k rozvoju osobnosti, pokiaľ ich frustrácia môže byť príčinou porúch správania. Patria sem psychické potreby - opatera, pomoc, bezpečie, istota, emocionálny kontakt, úcta, láska, sebaúcta ..., sociálne potreby – sociálny kontakt, komunikácia, informovanosť, sebarealizácia, kultúrne potreby... a duchovné potreby – hodnotový systém, ciele života, zmysluplnosť existencie, utrpenia, smrti, rešpektovanie viery, prijímanie sviatostí. Potreby sú dynamické, ich vývoj sa mení z hľadiska kvantity aj kvality. Mali by byť vo všeobecnosti uspokojené, ale uspokojenie niektorých z nich môže byť dočasne odložené. Každý jednotlivec na základe svojich priorít uspokojuje svoje potreby. Opakovane neuspokojená potreba môže vyústiť do nerovnováhy, z ktorej môže vzniknúť choroba. Florence Nightingaleová kládla dôraz v starostlivosti o pacienta na sústredenie sa na jeho základné potreby, nie na chorobu. Tomagová, Bóriková et al., (2008, s. 17) charakterizujú chorobu ako: „*negatívny zásah do života, a tým aj do motivácie pacienta. Často bráni v uspokojovaní potrieb (frustruje, deprivuje), modifikuje spôsob ich uspokojenia. Treba vziať do úvahy rôzne okolnosti a špecifické situácie, v ktorých choroba vzniká...*“ Počas choroby preto možno potreby deliť na potreby, ktoré sa chorobou nemenia; potreby, ktoré sa chorobou modifikujú a potreby, ktoré chorobou vznikli. Sestra napomáha pacientovi pri uspokojovaní potrieb na fyzickej úrovni a súčasne sa prioritne zameriava na uspokojenie potrieb prežitia. Každým dňom uzdravovania sa pacienta prichádza k zníženiu potreby pomoci a pacient sa orientuje aj na uspokojovanie potrieb na vyšších úrovniach. Kapounová (2007) uvádza, že k najčastejším potrebám pacienta na JIS patrí dýchanie, výživa, vyprázdňovanie, sebaopatera a psychická vyrovnanosť. Potreba dýchania sa zaraďuje medzi základné biologické potreby a je základom ľudskej existencie. Uspokojovanie tejto potreby si človek neuvedomuje, dýcha automaticky. Neuspokojenie potreby kyslíka má dramatický priebeh a človek je ohrozený na živote. Existuje vzťah medzi fyziológiou dýchania a psychikou. Pri úzkosti alebo strachu zo smrti môže človek trpieť pocitom nedostatku vzduchu. Pri poruche dýchania je potrebná ošetrovateľská starostlivosť, pomoc a pochopenie (Trachtová et al., 2001). Ďalšou potrebou, ktorú je potrebné uspokojovať je potreba výživy. Prijem potravy je základnou primárnou biologickou potrebou, ktorý je reakciou na potrebu výživy. Existencia a kvalita života je

podmienená adekvátnou výživou. Prijímaná potrava vplýva na zdravotný stav, výkonnosť, reprodukciu pracovnej sily, dĺžku života aj osobnú pohodu. Prijímaním potravy sa zabezpečuje optimálny stav organizmu vo všetkých jeho potrebách a dodáva sa energia a všetky potrebné látky pre obnovu, znovuvýstavbu tkanív a ich bezchybné fungovanie. Emocionálny stav má vplyv na príjem potravy, najmä prítomnosť negatívnych emócií. Stres a depresia spôsobujú, že niektorí jednotlivci prijímajú nadmerné množstvo potravy a niektorí absolútne neprijímajú jedlo (Tomagová, Bóriková, 2008). Úlohou sestry u pacienta na JIS je uspokojovať aj potrebu vyprázdňovania. Vyprázdňovanie je základnou biologickou potrebou človeka a zároveň fyziologickou funkciou organizmu. Pri ošetrovateľskej anamnéze by sa mala sestra správať diskkrétne, citlivo a s rešpektom. Každý človek má spôsob uspokojovania tejto potreby individuálny. Citlivý prístup je potrebný hlavne k pacientom pripútaným na lôžko, kde je zabezpečenie intimity a rešpektovanie hanby problematické, nakoľko každý človek má iné nároky na intimitu a diskretnosť. „*Nedostatočné uspokojenie potreby alebo neuspokojenie potreby vyprázdňovania je sprevádzané somatickými ťažkosťami – bolesťou, nafukovaním, pocitom plnosti...*“ (Trachtová et al., 2011, s. 95). Z psychického hľadiska je potom u pacienta prítomné napätie, nervozita, úzkosť alebo strach. Tomagová, Bóriková et al., (2008, s. 114) charakterizujú sebaopateru ako: „*súbor praktických aktivít jednotlivca, pravidelné a zautomatizované vykonávanie každodenných sebaobslužných aktivít...*“ Ich účelom je udržanie života, zdravia a pohody (hygiena, obliekanie, výživa, vyprázdňovanie). V literatúre sa s pojmom sebaopatera opisuje aj pojem sebestačnosť, ktorý je vyjadrením miery nezávislosti a závislosti jednotlivca pri uskutočňovaní denných aktivít. Sebestačnosť pacienta sa hodnotí Barthelovej testom základných denných aktivít. Podľa Kapounovej (2007) chorému človeku by sestra mala napomáhať iba pri tých aktivitách, ktoré nie je schopný vykonať sám. Je vhodná podpora jeho nezávislosti a motivácia, ktorá najskôr prichádza od sestry, ale postupne vychádza z prianí a potrieb pacienta. Pri uspokojovaní potreby psychickej vyrovnanosti si zdravotnícky personál nie vždy dostatočne uvedomuje, že pacient je vystavený neznámemu prostrediu, kolektívu cudzích ľudí, slabosti, nespavosti, bolesti ako aj neprijemným spolupacientom a iným obmedzeniam, ktoré sú v intenzívnej starostlivosti potrebné. Pacientovou reakciou na tieto situácie často býva agresivita, úzkosť, zmätenosť a iné poruchy správania. K psychickej pohode pacienta prispejeme udržaním alebo zlepšením sebestačnosti, odstránením či minimalizovaním bolesti, komunikáciou a zabezpečením dostatočného odpočinku a spánku. U chorého človeka je potreba spánku väčšia ako u zdravého (Kapounová, 2007). Podľa Trachtovej et

al., (2001, s. 69): „*problémy so spánkom patria medzi najčastejšie sťažnosti chorých. Príčinou môže byť samotný fakt hospitalizácie, ďalej zmena prostredia, nedostatok súkromia, intimity, klúdu.*“ Autorky ďalej uvádzajú, že obavy, neistota, stres a úzkosť narúšajú pohodu a vedú k nedostatočnému uspokojeniu tejto potreby. U pacienta hospitalizovaného na JIS by mala sestra vytvárať aj pocity istoty a bezpečia. Súvisia s prežitím jedinca, s pudom sebazáchovy a snahe vyhnúť sa ohrozeniu. Maslow opisuje potrebu istoty ako „balík potrieb“, ktorý sa stáva aktuálnym až po uspokojení fyziologických potrieb. O pocit bezpečia prichádza pacient počas hospitalizácie, pri nedostatku informácií o svojom zdravotnom stave, pri obavách z diagnostických alebo terapeutickým výkonov alebo pri nedôvere k zdravotníckemu personálu. Správne jednanie a správanie sestry prispieva k odstráneniu alebo zníženiu neistoty, strachu a úzkosti. Potrebná je jasná a zrozumiteľná komunikácia. Podávané informácie by mali byť zohľadnené veku, úrovni vzdelania a predchádzajúcim skúsenostiam s hospitalizáciou. Veľmi záleží na pozorovacích a komunikačných schopnostiach sestry, nakoľko pacienti často vyjadrujú pocit neistoty, strachu alebo úzkosti neverbálne. „*Empatický, naozajstný prístup k pacientovi je predpokladom k identifikácii problémov v tejto oblasti a následnej pomoci*“ (Trachtová et al., 2001, s. 153).

### **3.4 Kontinuálne zvyšovanie kvality**

Moderné ošetrovatelstvo má za cieľ zabezpečovať kvalitnú, vedecky fundovanú a vysoko humánnu starostlivosť. Jedná sa o kontinuálny proces (Mankovecká, 2003). Kvalita nie je len súbor metód, techník a pracovných postupov, ale v modernom kontexte je vnímaná ako filozofia, ktorá úzko súvisí s organizačnou kultúrou. Závisí od hodnôt, správania sa a postojoch zamestnancov. Škrľa, Škrlová (2003, s. 36) citujú Palmera, ktorý definuje kvalitu unikátnym spôsobom: „*robiť správne veci správne, na správnom mieste a so správnymi ľuďmi.*“ Kvalita podľa WHO je stupeň dokonalosti starostlivosti vo vzťahu k úrovni vedomostí a technologického rozvoja. Gladkij et al., (2003, s.289) zastáva názor, že: „*systém kvality teda zahŕňa celý proces tvorby postupov, zber informácií, stanovenie štandardov a hodnotenie výsledkov toho, čo v zdravotníctve organizujeme ako zdravotnú starostlivosť a zdravotnícke služby.*“ Veľa zdravotníckych zariadení sa zaoberá zvýšením kvality starostlivosti o pacienta, pričom motívy sú rôzne. Kvalitná starostlivosť sa odzrkadľuje spokojnosťou pacientov a znížením prevádzkových nákladov (Mesárošová, Hazuchová, 2006). Sklenková (2004, s.8) cituje Gladkija (1999), ktorý za kvalitnú starostlivosť považuje takú starostlivosť, ktorá je: „*účinná vzhľadom na zdravotný stav*

*pacienta; pacientom pozitívne prijatá a adekvátne z hľadiska najlepšieho možného využitia zdrojov.*“ Kvalitnou starostlivosťou nazývajú autorky takú starostlivosť, ktorá je adekvátne okamžitému stavu pacienta, má pre neho prínos, je efektívna, presne dokumentovaná a ohľaduplná k pacientovi. Docenenie jej významu v komplexnej starostlivosti o pacienta musí byť samozrejmosťou zvyšovania kvality v zdravotníctve (Kilíková, Nemčoková, 2006). Proces neustáleho zvyšovania kvality je zložený zo štyroch fáz, ktoré sa opakujú. Kilíková, Nemčoková (2006, s. 25) citujú Madara (2004): „*plánuj – vypracuje sa plán aktivít potrebných na zlepšenie; urob – naplánované činnosti sa realizujú; prekontroluj – monitorovanie a analyzovanie dosiahnutých výsledkov; pokračuj – reaguje na dosiahnuté výsledky a vykonajú sa vhodné úpravy.*“ Za kontinuálne zvyšovanie kvality (ďalej KZK) sa pokladá systematické a dôsledné využívanie niekoľkých všeobecných princípov a odskúšaných nástrojov kvality v rámci celej nemocnice. Neodmysliteľná je účasť všetkých zamestnancov na tomto programe. Pracovisko, ktoré má zavedený program KZK podporuje uspokojovanie potrieb pacienta s čo najmenším úsilím, najnižšími nákladmi na potrebné zdroje a požitím štruktúrovaných procesov (Mesárošová, Hazuchová, 2006). Medzi štyri dôležité elementy programu KZK patrí metodológia, nástroje, techniky a výučba. Nástroje, ktoré sú úspešné sa nazývajú aj „skupinové nástroje riešenia problémov“. Patrí k nim Paretova analýza, Ishikawov diagram, histogram, multivoting, vývojový diagram (flowchart), kontrolný diagram, diagram príbuzenských vzťahov „afinity chart“, analýza prečo/preto, graf trendov, čiarkové karty, benchmarking ako aj špecifické nástroje kvality pre zabezpečenie klinickej praxe (Škrla, Škrlóvá, 2003). Mesárošová, Hazuchová (2006) zaraďujú medzi skupinové nástroje riešenia aj analýzu vplyvov, Occamove kritériá a cieľené rozhovory (focus groups). V klinickej praxi sa odporúča použiť špecifické nástroje kvality – klinické návody a mapy starostlivosti. Klinické návody (clinical practice guidelines) sa využívajú najmä vo forme algoritmov a poskytujú lekárom logický prístup. „*Mapy starostlivosti predstavujú racionálny a elegantný prístup k problému rapídne a nekontrolovateľne narastajúcich nákladov*“ (Mesárošová, Hazuchová, 2006, s. 21). Mapy starostlivosti vznikli v 80. rokoch minulého storočia v USA a Kanade na podklade požiadavky lekárov a riaditeľov nemocníc sprehľadniť zdravotnícku starostlivosť a ekonomické možnosti nemocnice a stali sa súčasťou riadenej starostlivosti (managed care). „*Mapa starostlivosti je tabuľka, diagram vytvorený pre špecifickú diagnózu alebo procedúru. Na každý deň očakávanej hospitalizácie je rozpracovaný plán, ktorý navrhuje akcie v dimenziách lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti*“ (Vörösová, Boledovičová, 2004, s. V). Je pomôckou pri

poskytovaní starostlivosti počas 24 hodín, každý deň očakávanej hospitalizácie. Hlavnou výhodou mapy starostlivosti je, že umožňuje sestram a ostatným členom multidisciplinárneho tímu načasovať ošetrovateľské intervencie za účelom dosiahnutia špecifických cieľov a potrieb. Obsah máp starostlivosti je vopred určený a zakladá sa na skúsenostiach, ošetrovateľských štandardoch starostlivosti, literatúre, odporúčaných postupoch a smerniciach odborných organizácií. Mapa starostlivosti ihneď upozorní členov tímu, ak nie je dosiahnutý očakávaný výsledok. Vtedy sa jedná o „odchýlku“, ktorú treba okamžite vyhodnotiť a riešiť. Na vzniknutej odchýlke môže mať podiel nielen pacient, ale aj rodina, nemocnica, systém alebo aj sestra alebo lekár. (Škrla, Škrlová, 2003). Mapy starostlivosti sa aplikujú na jasnú diagnózu a v prípade, že proces poskytovanej starostlivosti je rutinný. *„Pomocou mapy znázorníme a rozdelíme do menších celkov navrhnutú metódu starostlivosti a ošetrovania pri konkrétnej diagnóze podľa špecifických kategórií (medikácia, procedúry, diéta, pohybový režim, diagnostika, výučba, plánované prepustenie)“* (Mesárošová, Hazuchová, 2006, s.21). Významom máp starostlivosti je, že pomáhajú sestram robiť ich prácu rýchlejšie, lacnejšie, kvalitnejšie, účelnejšie a efektívnejšie. Pomáhajú ušetriť zdroje, zvýšiť efektivitu a zlepšiť výsledky poskytnutej starostlivosti. Zameriavajú sa na ciele a potreby danej skupiny pacientov. Vo veľkej miere šetria sestram čas, kedy by prichádzalo k duplicitným vyšetreniam, krokom, vypracovávaníu individuálneho ošetrovateľského plánu alebo k zdĺhavému písaniu záznamov o priebehu starostlivosti. Podľa Škrlu, Škrlovej (2003) Od máp starostlivosti sa očakáva zníženie nákladov na lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť; zlepšenia kvality a kontinuity starostlivosti; zameranie sa na výsledky práce; lepšiu koordináciu multidisciplinárneho tímu; odstránenie variability z procesu starostlivosti; rýchle reakcie a intervencie na odchýlky od plánovaného priebehu liečby; liečbu a intervencie v rámci možností zdravotníckeho zariadenia, avšak so zaistením maximálnej kvality. Vörösová, Boledovičová (2004, s. V) zastávajú názor, že: *mapy starostlivosti sa stávajú dôležitým nástrojom sestier, sú založené na vedeckých poznatkoch, osobných vedomostiach a skúsenostiach, algoritmoch, kultúre, tradíciách, etike, ekonomických možnostiach, intuícii, výskume a nádeji.* “

## 4 PRIESKUM OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S KRVÁCANÍM Z EZOFAGEÁLNYCH VARIXOV

K prieskumu tohto problému ma viedlo to, že pracujem na oddelení s pacientmi s danou diagnózou, cieľom bolo zhodnotiť ošetrovateľskú starostlivosť a vytvoriť nástroj KZK pre dôslednejšie a kvalitnejšie poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý si toto život ohrozujúce ochorenie vyžaduje.

### 4.1 Ciele a otázky prieskumu

Predmetom bakalárskej práce bola ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov. V priebehu tvorby prieskumného problému sme si kládli viaceré problémové otázky: Využívajú sa nástroje KZK v ošetrovateľskej starostlivosti? Je potrebné vytvoriť takýto nástroj pre rizikovú skupinu pacientov s krvácaním z ezofageálnych varixov?

Na základe preštudovania literatúry a prieskumov, ktoré sa v predmetnej problematike realizovali sme stanovili **hlavný cieľ** prieskumu: Zmapovať problematiku ošetrovania pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov a vytvoriť mapu starostlivosti.

Precizovaním a špecifikovaním hlavného cieľa sme dospeli k nasledovným **čiasťovým cieľom**:

C1: Štatisticky vyhodnotiť údaje podieľajúce sa a súvisiace so vznikom akútneho krvácania z ezofageálnych varixov.

C2: Zistiť, ktoré kritické cesty v starostlivosti o pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov sú aktuálne na sledovanej vzorke respondentov.

C3: Vytvoriť mapu starostlivosti u pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov hospitalizovaného na KAİM – JIS pre skvalitnenie ošetrovateľskej starostlivosti.

### Prieskumné otázky

Na základe praktických skúseností a preštudovaním literatúry zaoberajúcou sa danou problematikou sme si stanovili tieto otázky:

O1:

Aké je pohlavie, vek, sociálne prostredie a pridružené ochorenia u pacientov s krvácaním z ezofageálnych varixov?

O2:

Ktorými spôsobmi bola zvládnutá liečba u pacientov s krvácaním z ezofageálnych varixov?

O3:

Využívajú sa nástroje KZK v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov na KAIM – JIS?

## 4.2 Metodika prieskumu

### Výberový súbor

Základným súborom prieskumu boli všetci pacienti hospitalizovaní na KAIM – JIS vo Fakultnej nemocnici v Nitre s lekárskou diagnózou ezofageálne varixy za rok 2011. Výber respondentov bol zámerný a limitovaný počtom hospitalizovaných pacientov s touto diagnózou. Vzorku tvorilo 18 respondentov (n = 18).

### Metódy

**Literárnou metódou** sme získali prehľad o riešenej problematike a vytvorenie teoretických východísk. Hlavnou metódou prieskumnej časti práce bola **obsahová analýza dokumentov** – chorobopisy a ošetrovateľská dokumentácia. Získané informácie sa pričínili k podrobnejšiemu poznaniu daného ochorenia, diagnostiky, liečby a súvisiacich ošetrovateľských zásahov. Preštudovaním zdravotných záznamov pacientov, ktorí boli od januára 2011 do decembra 2011 hospitalizovaní na KAIM – JIS s diagnózou krvácanie z ezofageálnych varixov sme nadobudli informácie o počte hospitalizovaných pacientov, veku, pohlaví, sociálnych podmienkach, priemernej dĺžke hospitalizácie, najčastejšom pridruženom ochorení pri danej diagnóze a diagnostických a ošetrovateľských metódach počas hospitalizácie. Ďalšou metódou praktickej časti bolo vytvorenie **kazuistík** ako prezentácia pacientov s krvácaním z ezofageálnych varixov. Dôležitou metódou bola **metóda myšlienkového experimentu**, prostredníctvom ktorej sme na základe získaných údajov z obsahovej analýzy dokumentov vypracovali návrh mapy starostlivosti na priemerný počet dní hospitalizácie pacientov na KAIM – JIS s krvácaním z ezofageálnych varixov. Súčasne sme vytvorili návrh ošetrovateľských diagnóz Nanda- International taxonómia II. 2009 – 2011.



## **Plán prieskumu**

Prieskum sme realizovali vo Fakultnej nemocnici v Nitre na Klinike anesteziológie a intenzívnej medicíny – JIS so súhlasom námestníčky pre ošetrovateľstvo Mgr. Angeliky Bahíkovej, so súhlasom etickej komisie (Príloha A) a vedúcej sestry kliniky Bc. Slavomíry Zentkovej v období január 2011 až február 2012. Prieskumnú vzorku tvorili pacienti hospitalizovaní na KAIM – JIS za rok 2011. Literárna metóda nám pomohla pri získaní teoretických poznatkov dôležitých pre prieskum. Prostredníctvom nej sme spracovali teoretické východiská a prenikli hlbšie do danej problematiky. Po vypracovaní teoretickej časti sme si vytýčili ciele, zostavili otázky, na ktoré sme hľadali odpoveď pri študovaní zdravotných záznamov pacientov. Následne sme zhromaždené údaje štatistickou metódou spracovali, aplikovali do tabuliek a grafov a vyhodnotili. Pomocou kauzistickej metódy sme prenikli hlbšie do problematiky hospitalizovaných respondentov na KAIM – JIS s akútnym krvácaním z ezofageálnych varixov. Na základe údajov získaných z obsahovej analýzy a kazuistík sme vymodelovali mapu starostlivosti pre danú rizikovú skupinu pacientov a priemerný počet dní hospitalizácie, súčasťou ktorej je aj návrh použitia ošetrovateľských diagnóz Nanda- International taxonómia II. 2009 – 2011.

## 5 VÝSLEDKY

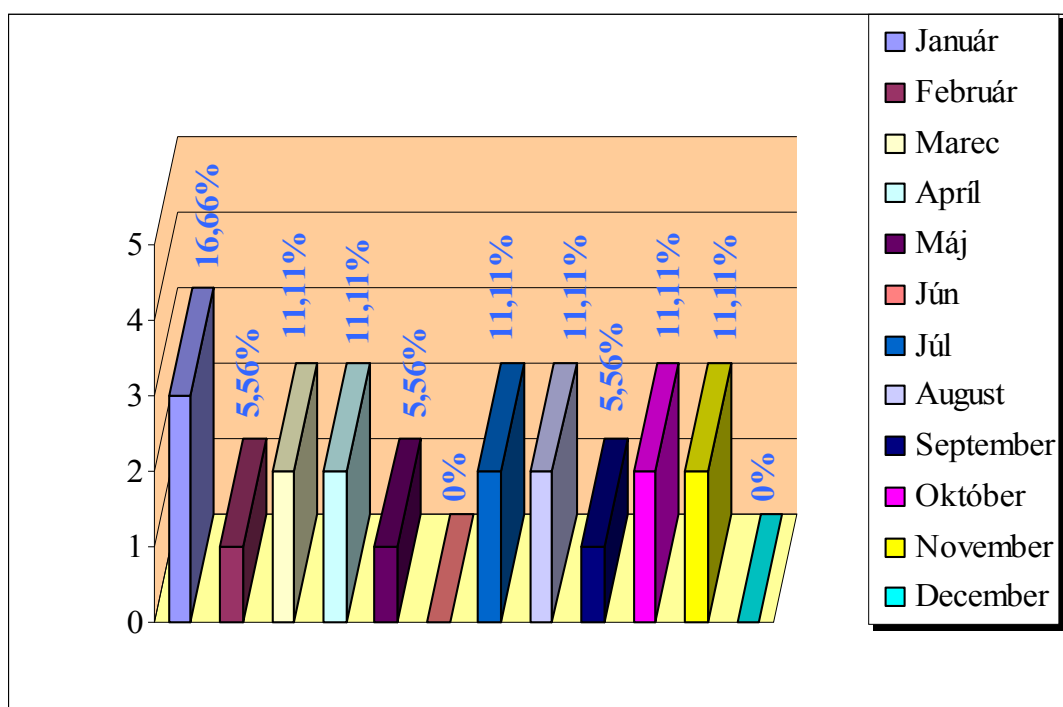
Výsledky prieskumu sme získali na základe obsahovej analýzy dokumentov, kazuistík a návrhom mapy starostlivosti.

### 5.1 Obsahová analýza dokumentov

#### Počet pacientov za mesiac počas roku 2011

Tabuľka 1 Počet pacientov za mesiac počas roku 2011

Počet prijatých pacientov za mesiac počas roku 2011	n	%
Január	3	16,66
Február	1	5,56
Marec	2	11,11
Apríl	2	11,11
Máj	1	5,56
Jún	0	0
Júl	2	11,11
August	2	11,11
September	1	5,56
Október	2	11,11
November	2	11,11
December	0	0
<b>Spolu</b>	<b>18</b>	<b>100</b>



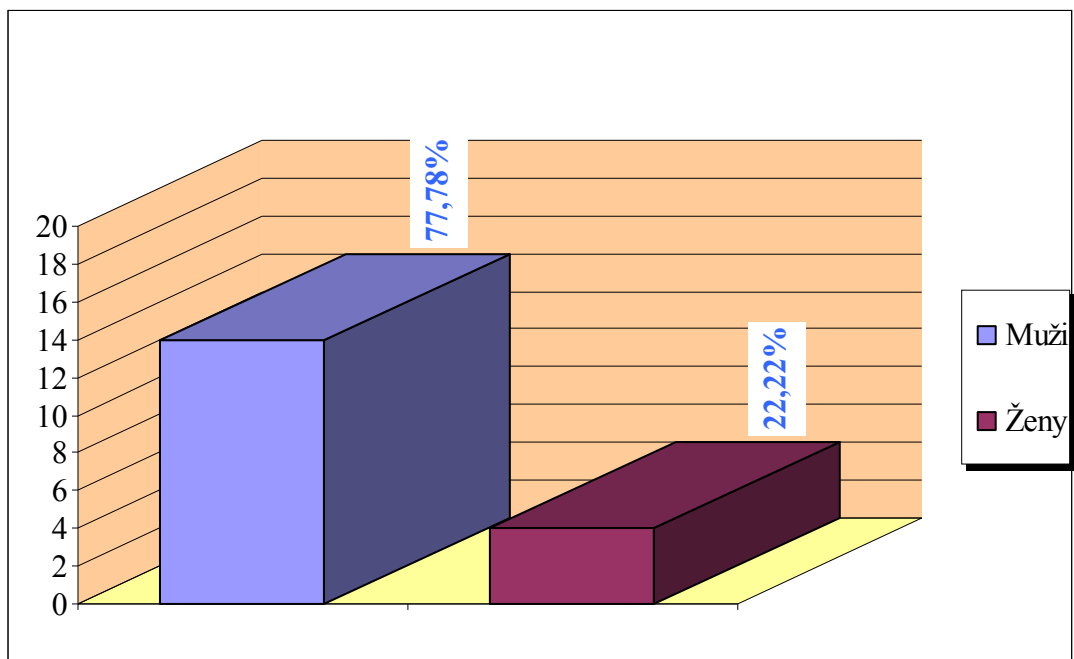
Graf 1 Počet prijatých pacientov za mesiac počas roku 2011

Zistili sme, že počas roku 2011 bolo na KAIM – JIS prijatých celkom  $n = 18$  pacientov (100%) s lekárskou diagnózou ezofageálne varixy. V mesiaci január 3 pacienti  $n = 3$  (16,66%), vo februári 1 pacient  $n = 1$  (5,56%), v marci 2 pacienti  $n = 2$  (11,11%), v apríli 2 pacienti  $n = 2$  (11,11%), v máji 1 pacient  $n = 1$  (5,56%), v júli 2 pacienti  $n = 2$  (11,11%), v auguste 2 pacienti  $n = 2$  (11,11%), v septembri 1 pacient  $n = 1$  (5,56%), v októbri 2 pacienti  $n = 2$  (11,11%), v novembri 2 pacienti  $n = 2$  (11,11%). V priebehu mesiaca jún a december nebol prijatý žiadny pacient  $n = 0$  (0%).

### Charakteristika pacientov podľa pohlavia

Tabuľka 2 Charakteristika pacientov podľa pohlavia

Pohlavie pacientov	n	%
Muži	14	77,78
Ženy	4	22,22
Spolu	18	100



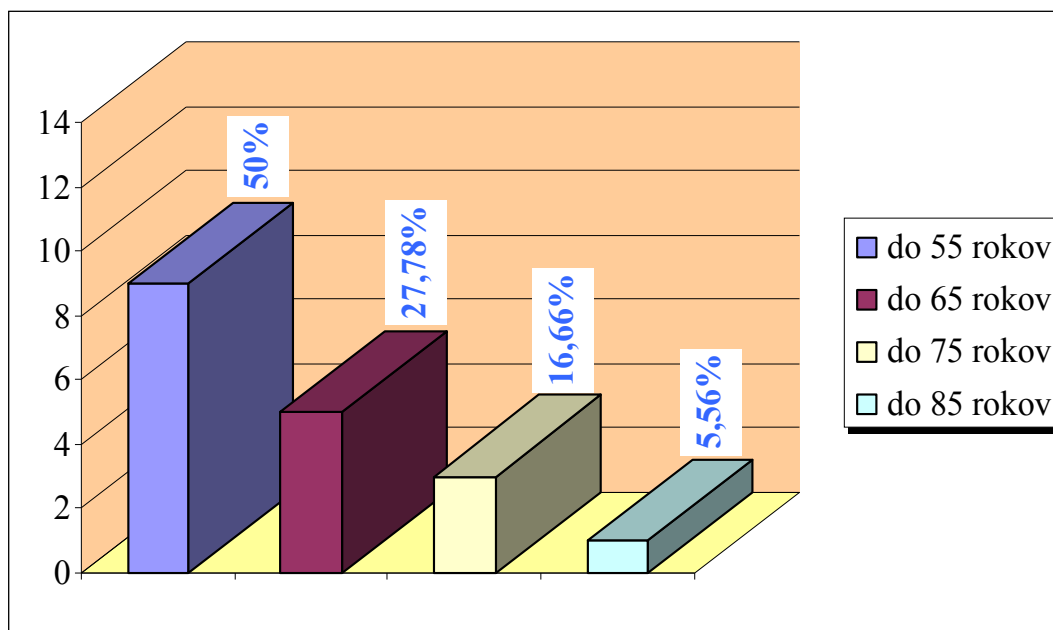
Graf 2 Pohlavie pacientov

Z celkového počtu pacientov  $n = 18$  (100%) sme zistili, že bolo prijatých 14 mužov  $n = 14$  (77,78%) a 4 ženy  $n = 4$  (22,22%).

### Charakteristika pacientov podľa veku

Tabuľka 3 Charakteristika pacientov podľa veku

Vek pacientov	n	%
do 55 rokov	9	50
do 65 rokov	5	27,78
do 75 rokov	3	16,66
do 85 rokov	1	5,56
<b>Spolu</b>	<b>18</b>	<b>100</b>



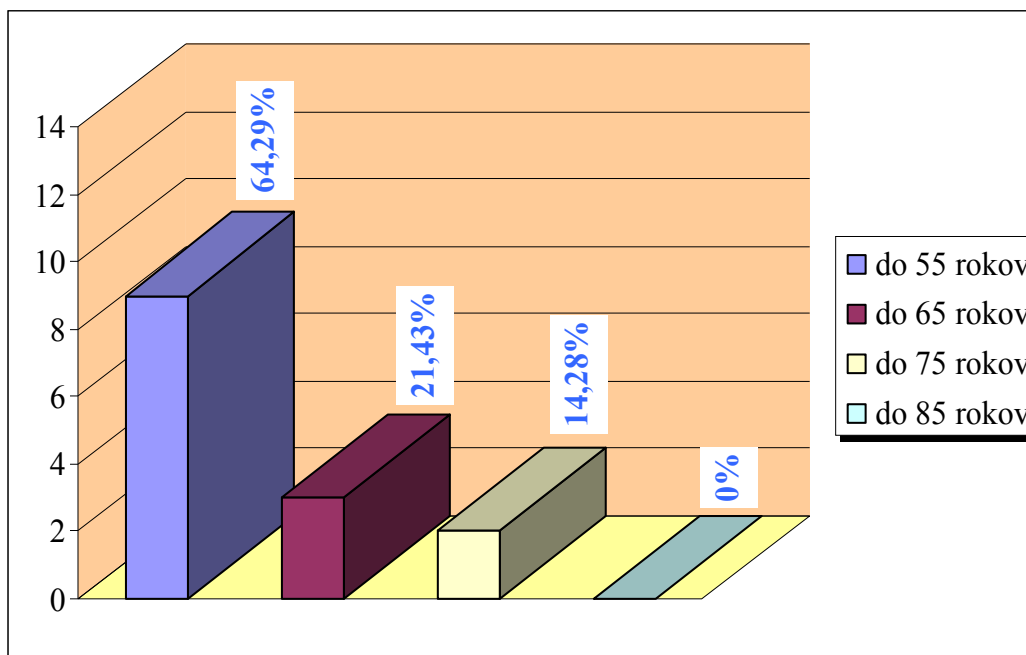
*Graf 3 Vek pacientov*

Zistili sme, že z celkového počtu hospitalizovaných pacientov  $n = 18$  (100%) vo veku do 55 rokov bolo 9 pacientov  $n = 9$  (50%), do 65 rokov mali 5 pacienti  $n = 5$  (27,78%), do 75 rokov boli 3 pacienti  $n = 3$  (16,66%) a do 85 rokov mal 1 pacient  $n = 1$  (5,56%).

### **Vek prijatých mužov**

*Tabuľka 4 Vek mužov*

Vek prijatých mužov	n	%
do 55 rokov	9	64,29
do 65 rokov	3	21,43
do 75 rokov	2	14,28
do 85 rokov	0	0
<b>Spolu</b>	<b>14</b>	<b>100</b>



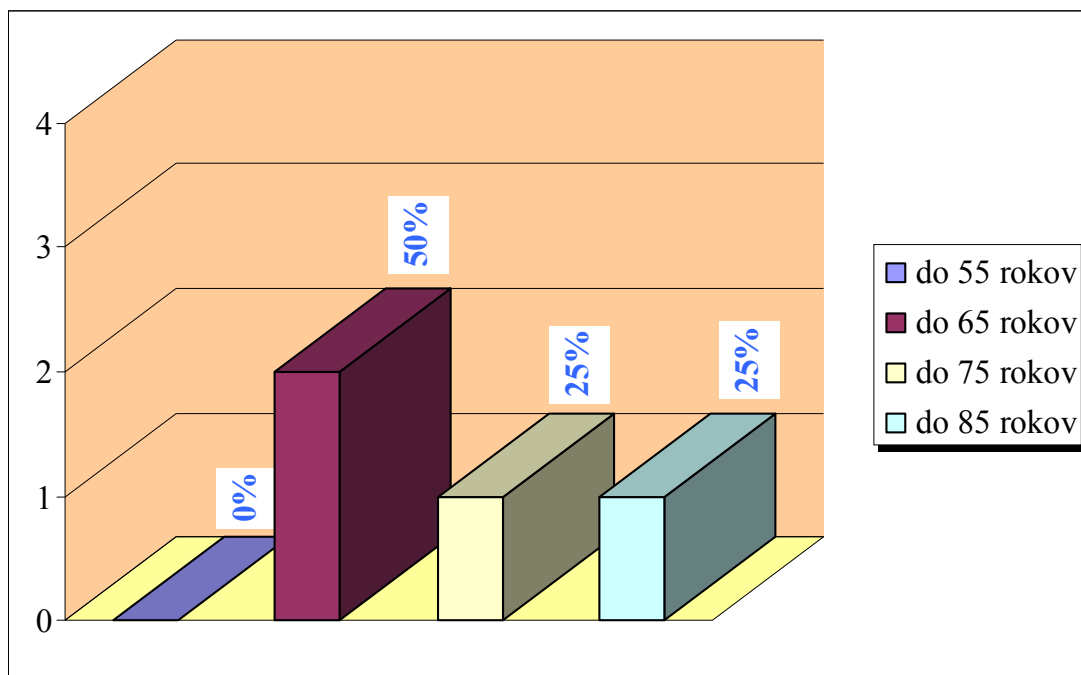
Graf 4 Vek prijatých mužov

Zistili sme, že z celkového počtu prijatých mužov  $n = 14$  (100%) bolo vo veku do 55 rokov 9 mužov  $n = 9$  (64,29%), do 65 rokov mali 3 muži  $n = 3$  (21,43%), vo veku do 75 rokov boli hospitalizovaní 2 muži  $n = 2$  (14,28%) a do 85 rokov nebol hospitalizovaný žiadny muž  $n = 0$  (0%).

### Vek prijatých žien

Tabuľka 5 Vek žien

Vek prijatých žien	n	%
do 55 rokov	0	0
do 65 rokov	2	50
do 75 rokov	1	25
do 85 rokov	1	25
<b>Spolu</b>	<b>4</b>	<b>100</b>



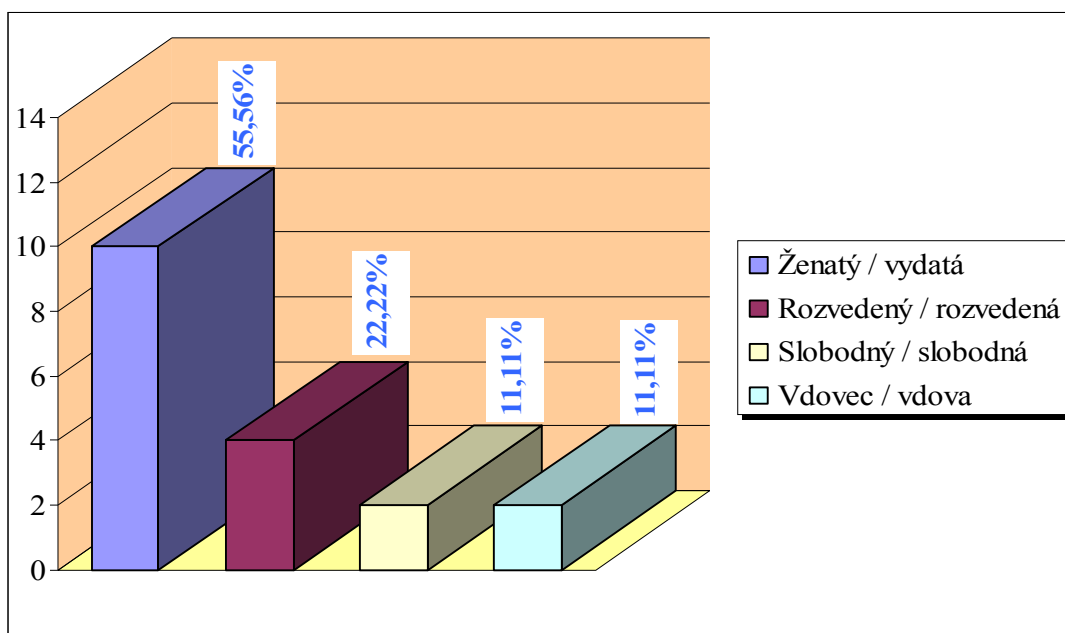
Graf 5 Vek prijatých žien

Zistili sme, že z celkového počtu hospitalizovaných žien  $n = 4$  (100%) vo veku do 55 rokov nebola hospitalizovaná žiadna žena  $n = 0$  (0%), vo veku do 65 rokov boli 2 ženy  $n = 2$  (50%), do 75 rokov mala 1 žena  $n = 1$  (25%) a do 85 rokov bola hospitalizovaná 1 žena  $n = 1$  (25%).

### Charakteristika pacientov podľa rodinného stavu

Tabuľka 6 Charakteristika pacientov podľa rodinného stavu

Rodinný stav	n	%
Ženatý / vydatá	10	55,56
Rozvedený / rozvedená	4	22,22
Slobodný / slobodná	2	11,11
Vdovec / vdova	2	11,11
<b>Spolu</b>	<b>18</b>	<b>100</b>



Graf 6 Rodinný stav pacientov

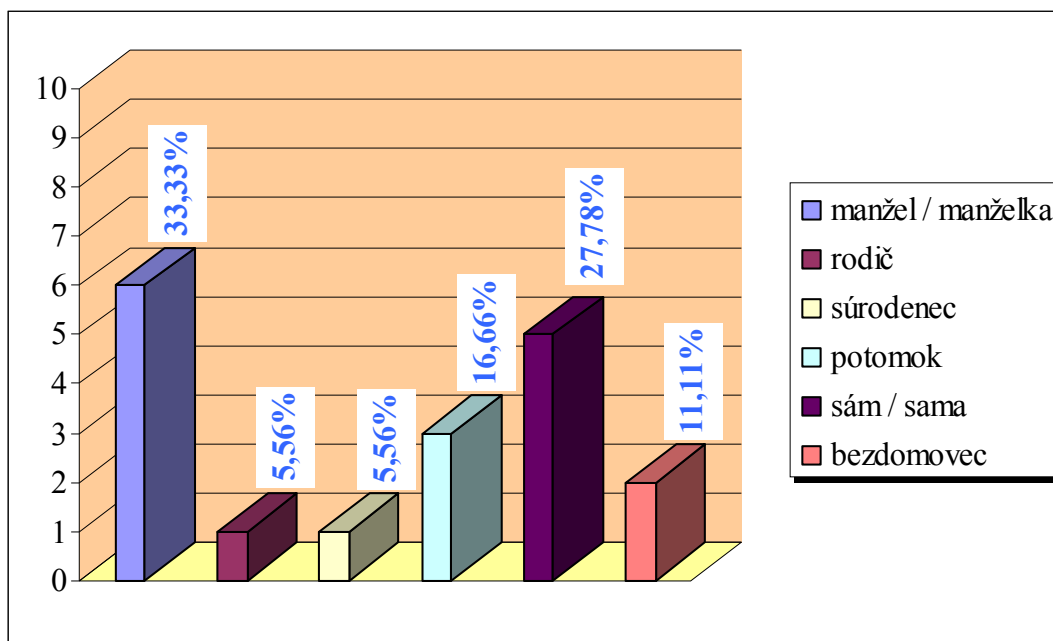
Zistili sme, že z celkového počtu hospitalizovaných pacientov  $n = 18$  (100%) 10 pacientov uviedlo rodinný stav ženatý / vydatá  $n = 10$  (55,56%), stav rozvedený / rozvedená mali 4 pacienti  $n = 4$  (22,22%), slobodný/ slobodná boli 2 pacienti  $n = 2$  (11,11%) a rodinný stav vdovec /vdova uviedli 2 pacienti  $n = 2$  (11,11%).

## Bývanie

Tabuľka 7 Bývanie

Bývanie	n	%
manžel / manželka	6	33,33
rodič	1	5,56
súrodeneč	1	5,56
potomok	3	16,66
sám / sama	5	27,78
bezdomovec	2	11,11
<b>Spolu</b>	<b>18</b>	<b>100</b>





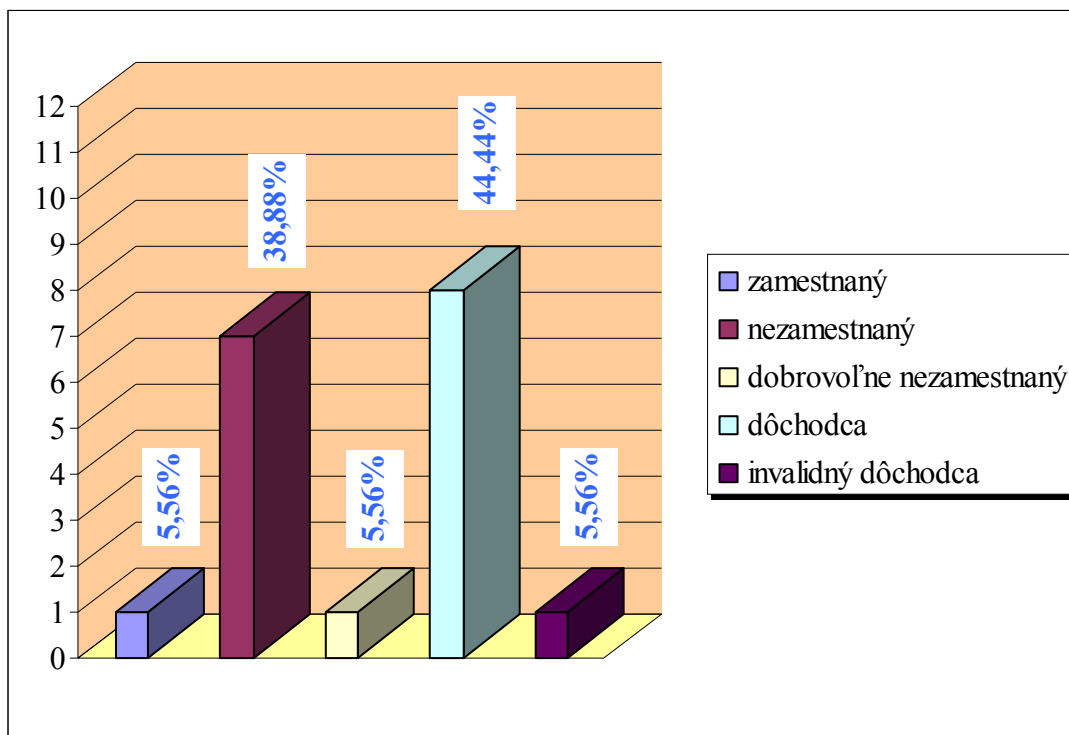
Graf 7 Bývanie

Z celkového počtu pacientov  $n = 18$  (100%) sme zistili, že 6 pacientov  $n = 6$  (33,33%) býva s manželom / manželkou, 1 pacient  $n = 1$  (5,56%) býva s rodičom, 1 pacient  $n = 1$  (5,56%) býva so súrodencom, s potomkom bývajú 3 pacienti  $n = 3$  (16,66%), 5 pacientov  $n = 5$  (27,78%) uviedlo, že býva sám / sama a 2 pacienti  $n = 2$  (11,11%) boli bezdomovci.

### Pracovný pomer

Tabuľka 8 Pracovný pomer

Pracovný pomer	n	%
zamestnaný	1	5,56
nezamestnaný	7	38,88
dobrovoľne nezamestnaný	1	5,56
dôchodca	8	44,44
invalidný dôchodca	1	5,56
<b>Spolu</b>	<b>18</b>	<b>100</b>



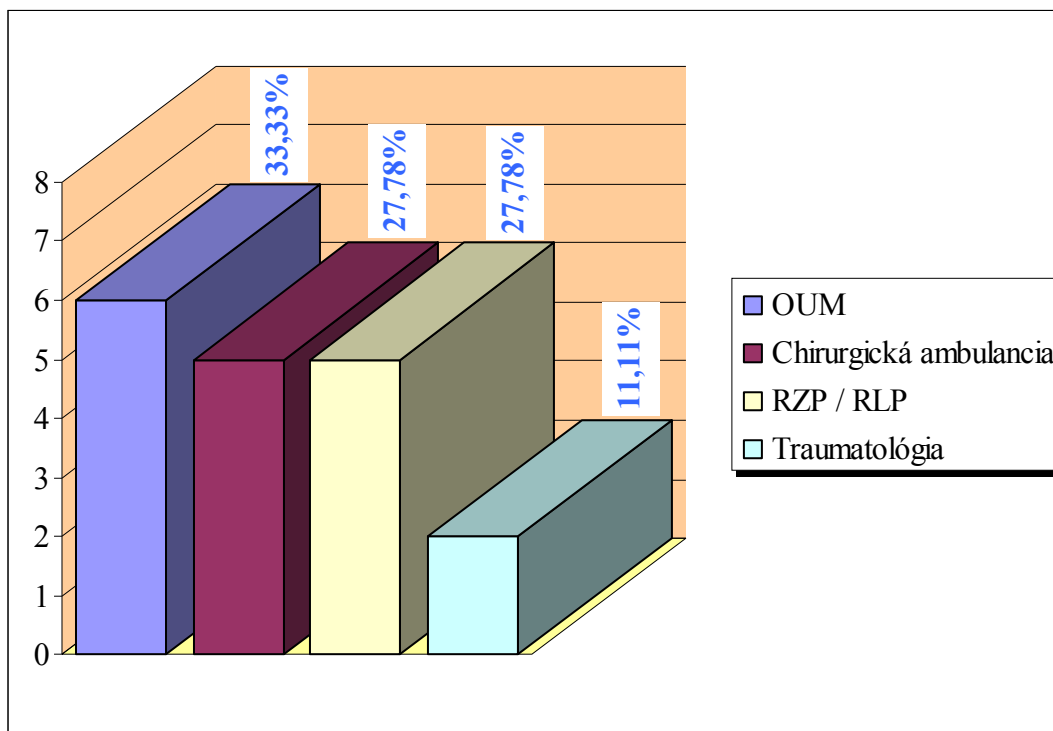
Graf 8 Pracovný pomer pacientov

Zistili sme, že z celkového počtu pacientov  $n = 18$  (100%) bol 1 pacient zamestnaný  $n = 1$  (5,56%), 7 pacientov  $n = 7$  (38,88%) bolo nezamestnaných, 1 pacient  $n = 1$  (5,56%) uviedol, že je dobrovoľne nezamestnaný, 8 pacientov  $n = 8$  (44,44%) bolo dôchodcov a 1 pacient  $n = 1$  (5,56%) bol invalidný dôchodca.

### Charakteristika pacientov podľa predchádzajúceho ošetrovania

Tabuľka 9 Charakteristika pacientov podľa predchádzajúceho ošetrovania

Predchádzajúce ošetrovanie	n	%
OUM	6	33,33
Chirurgická ambulancia	5	27,78
RZP / RLP	5	27,78
Traumatológia	2	11,11
<b>Spolu</b>	<b>18</b>	<b>100</b>



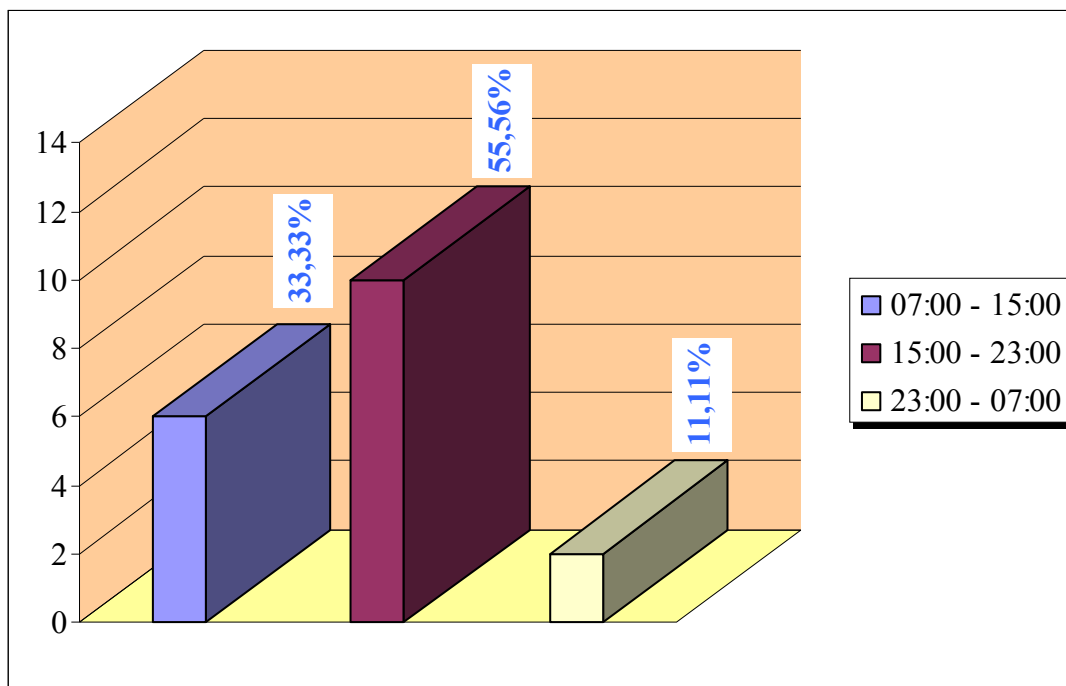
Graf 9 Predchádzajúce ošetrenie

Z celkového počtu pacientov  $n = 18$  (100%) bolo 6 pacientov  $n = 6$  (33,33%) vyšetrených na OUM, 5 pacientov  $n = 5$  (27,78%) bolo vyšetrených na chirurgickej ambulancii, privezených RZP bolo 5 pacientov  $n = 5$  (27,78%) a 2 pacienti boli preložený z traumatologického oddelenia  $n = 2$  (11,11%).

### Hodina prijatia

Tabuľka 10 Hodina prijatia

Hodina prijatia na KAIM - JIS	n	%
07:00 - 15:00	6	33,33
15:00 - 23:00	10	55,56
23:00 - 07:00	2	11,11
<b>Spolu</b>	<b>18</b>	<b>100</b>



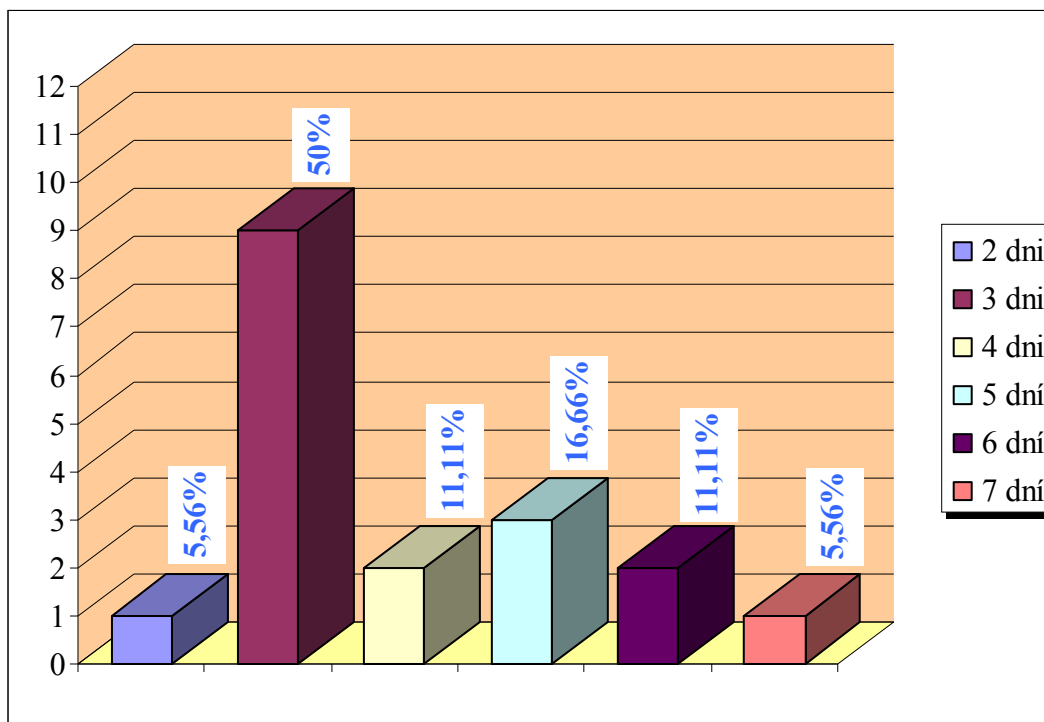
*Graf 10* Hodina prijatia

Zistili sme, že z celkového počtu pacientov  $n = 18$  (100%) bolo 6 pacientov  $n = 6$  (33,33%) prijatých v čase od 07:00 hod. do 15:00 hod., od 15:00 hod. do 23:00 bolo prijatých 10 pacientov  $n = 10$  (55,56%) a 2 pacienti  $n = 2$  (11,11%) boli prijatí v čase od 23:00 hod. do 07:00 hod.

### Dĺžka trvania hospitalizácie

*Tabuľka 11* Dĺžka trvania hospitalizácie

Dĺžka hospitalizácie	n	%
2 dni	1	5,56
3 dni	9	50
4 dni	2	11,11
5 dní	3	16,66
6 dní	2	11,11
7 dní	1	5,56
<b>Spolu</b>	<b>18</b>	<b>100</b>



Graf 11 Dĺžka trvania hospitalizácie

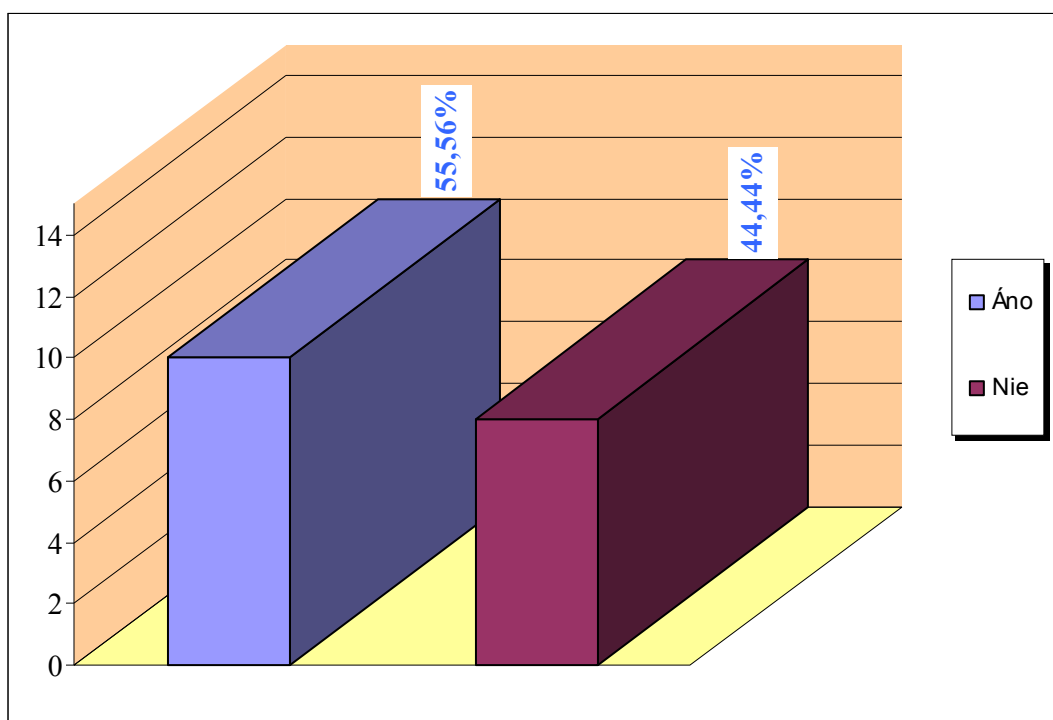
Z celkového počtu pacientov  $n = 18$  (100%) u 1 pacienta  $n = 1$  (5,56%) trvala hospitalizácia 2 dni, 3 dni bolo hospitalizovaných 9 pacientov  $n = 9$  (50%), 2 pacienti  $n = 2$  (11,11%) boli hospitalizovaní 4 dni, 3 pacienti  $n = 3$  (16,66%) 5 dní, 2 pacienti  $n = 2$  (11,11%) 6 dní a u 1 pacienta  $n = 1$  (5,56%) trvala hospitalizácia 7 dní.

Z predošlých hodnôt sme vypočítali medián  $\tilde{x} = 4,5$ . Podľa tohto výsledku sme vypracovali mapu starostlivosti na priemernú dĺžku hospitalizácie pacienta na KAIM – JIS.

### Prítomnosť hemoragického šoku pri príjme

Tabuľka 12 Prítomnosť hemoragického šoku pri príjme

Hemoragický šok	n	%
Áno	10	55,56
Nie	8	44,44
<b>Spolu</b>	<b>18</b>	<b>100</b>



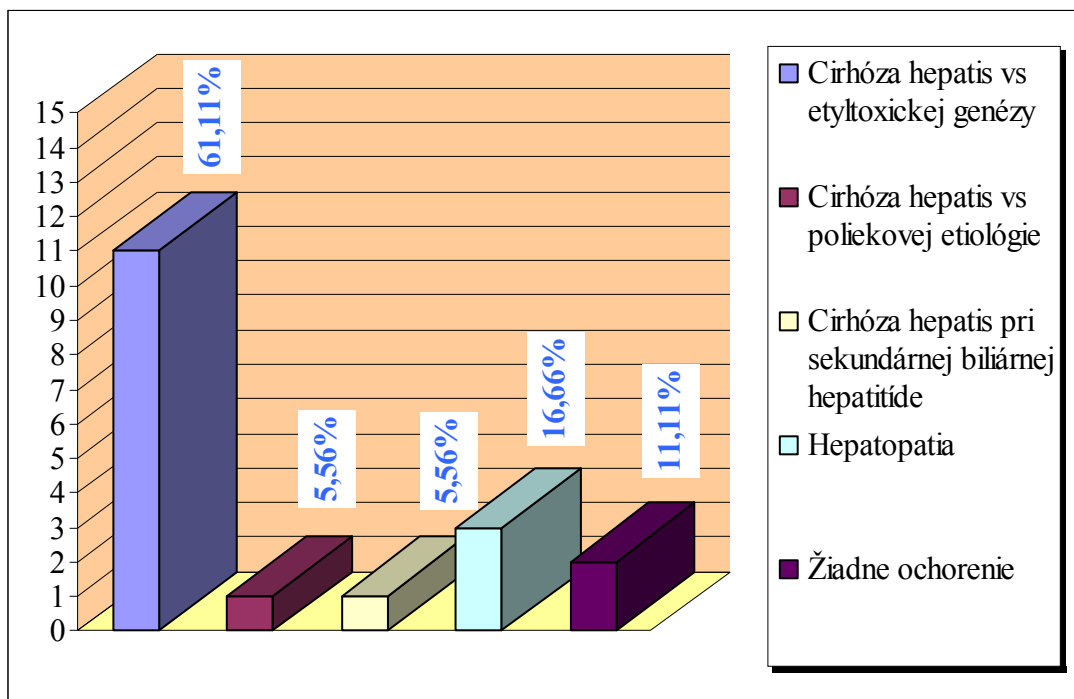
Graf 12 Hemoragický šok

Zistili sme, že z celkového počtu pacientov  $n = 18$  (100%) bolo v hemoragickom šoku prijatých 10 pacientov  $n = 10$  (55,56%), u 9 pacientov  $n = 9$  (44,44%) neboli prítomné známky hemoragického šoku.

### Ochorenie pečene

Tabuľka 13 Ochorenie pečene

Ochorenie pečene	n	%
Cirhóza hepatis vs etyltoxickej genézy	11	61,11
Cirhóza hepatis vs poliekovej etiológie	1	5,56
Cirhóza hepatis pri sekundárnej biliárnej hepatitíde	1	5,56
Hepatopatia	3	16,66
Žiadne ochorenie	2	11,11
<b>Spolu</b>	<b>18</b>	<b>100</b>



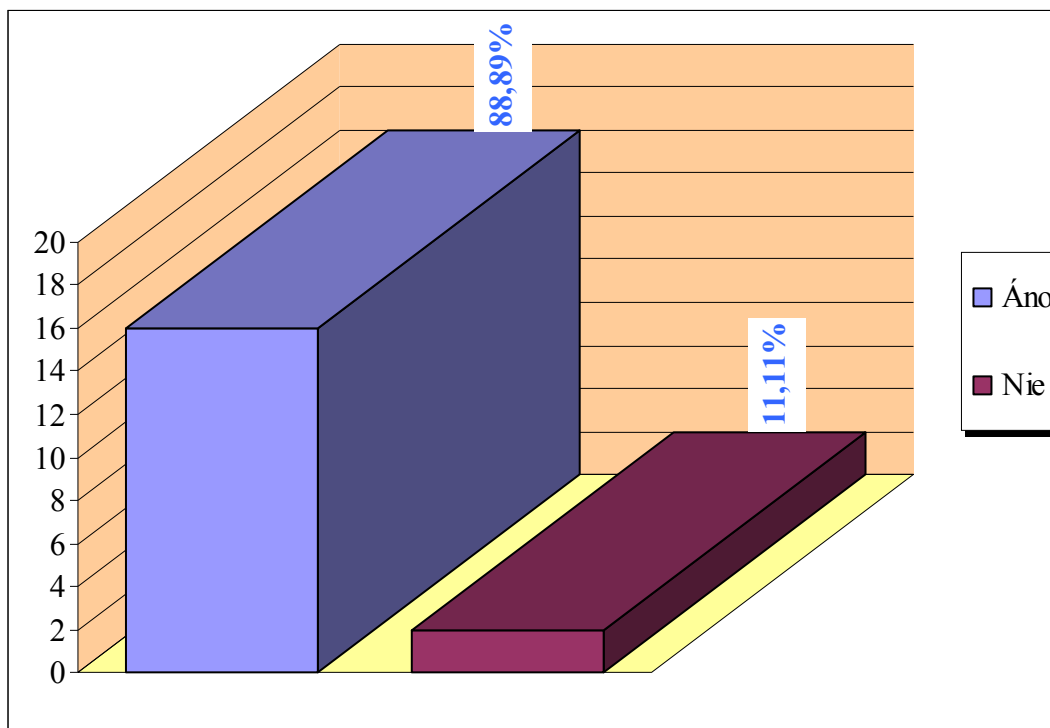
Graf 13 Ochorenie pečene

Z celkového počtu pacientov  $n = 18$  (100%) malo 11 pacientov  $n = 11$  (61,11%) cirhózu hepatis vs etyltoxickej genézy, 1 pacient  $n = 1$  (5,56%) trpel cirhózou hepatis vs polievkovej etiológie, u 1 pacienta  $n = 1$  (5,56%) bola prítomná cirhóza hepatis pri sekundárnej biliárnej hepatitíde, hepatopatiou trpeli 3 pacienti  $n = 3$  (16,66%) a u 2 pacientov  $n = 2$  (11,11%) nebolo prítomné žiadne ochorenie pečene.

### Abúzus alkoholu

Tabuľka 14 Abúzus alkoholu

Abúzus alkoholu	n	%
Áno	16	88,89
Nie	2	11,11
<b>Spolu</b>	<b>18</b>	<b>100</b>



Graf 14 Abúzus alkoholu

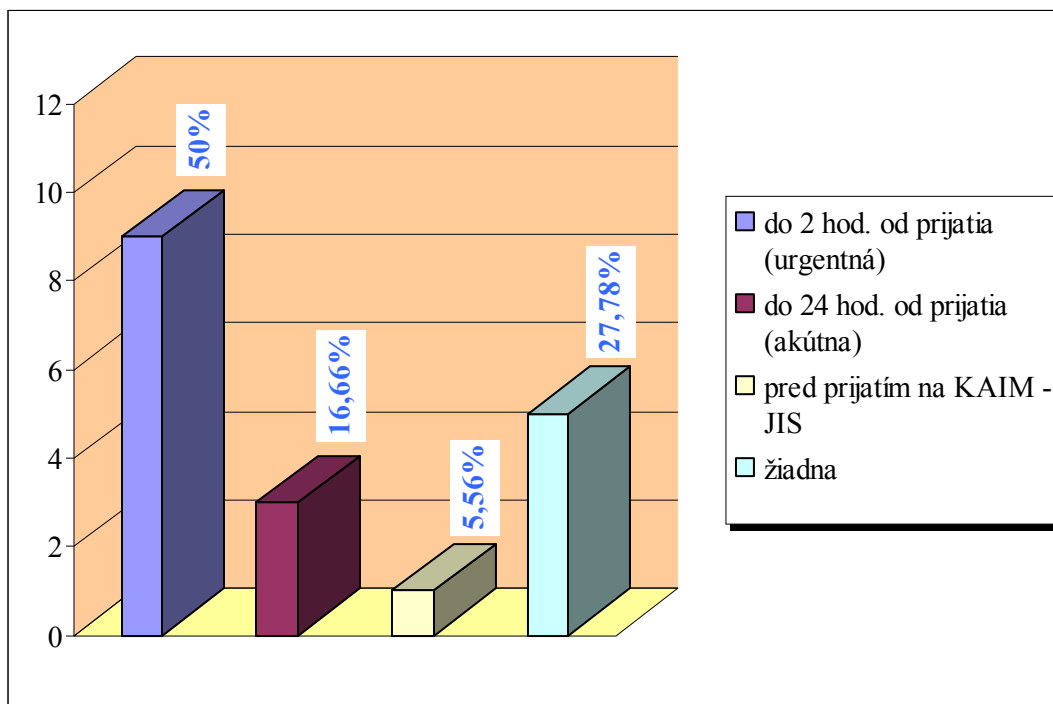
Zistili sme, že z celkového počtu pacientov  $n = 18$  (100%) bola súčasne prítomná diagnóza abúzus alkoholu u 16 pacientov  $n = 16$  (88,89%) a 2 pacienti  $n = 2$  (11,11%) netrpeli touto diagnózou.

### Realizácia GFS vyšetrenia

Tabuľka 15 Realizácia GFS vyšetrenia

Realizácia GFS	n	%
do 2 hod. od prijatia (urgentná)	9	50
do 24 hod. od prijatia (akútna)	3	16,66
pred prijatím na KAIM - JIS	1	5,56
žiadna	5	27,78
<b>Spolu</b>	<b>18</b>	<b>100</b>





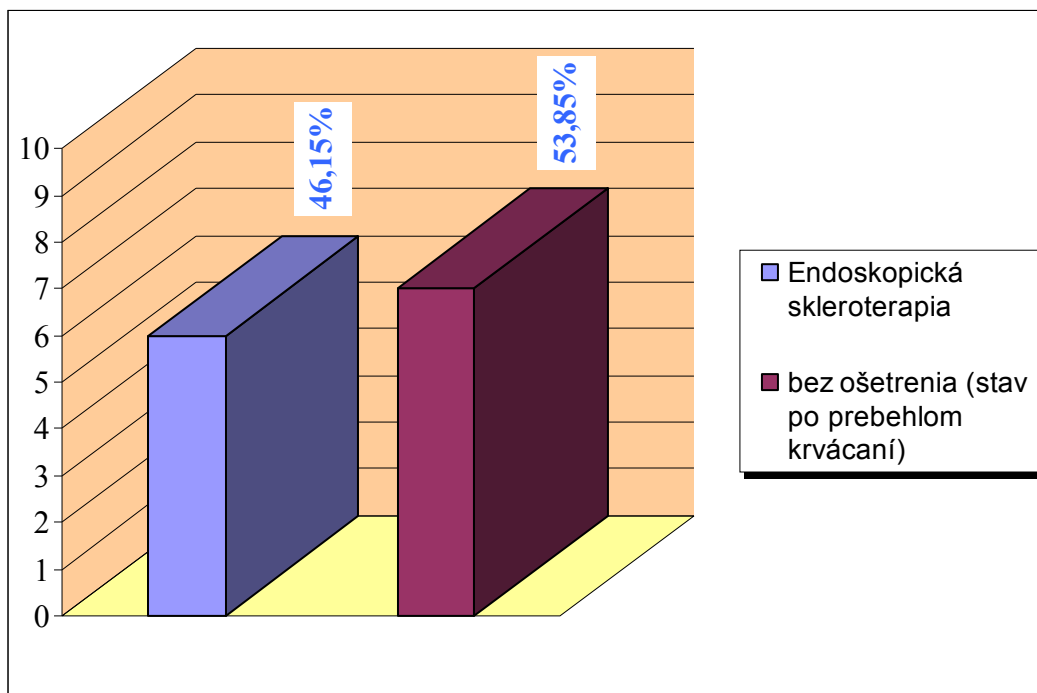
Graf 15 Realizácia GFS vyšetrenia

Z celkového počtu pacientov  $n = 18$  (100%) u 9 pacientov  $n = 9$  (50%) bola vykonaná urgentná GFS do 2 hodín od prijatia, akútna GFS do 24 hodín u 3 pacientov  $n = 3$  (16,66%), 1 pacient  $n = 1$  (5,56%) mal uskutočnené GFS vyšetrenie pred prijatím na KAIM – JIS a 5 pacientov  $n = 5$  (27,78%) neabsolvovalo GFS vyšetrenie.

### Ošetrovanie počas GFS vyšetrenia

Tabuľka 16 Ošetrovanie počas GFS vyšetrenia

Terapeutické riešenie počas GFS	n	%
endoskopická skleroterapia	6	46,15
bez ošetrovania (stav po prebehnom krvácaní)	7	53,85
<b>Spolu</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



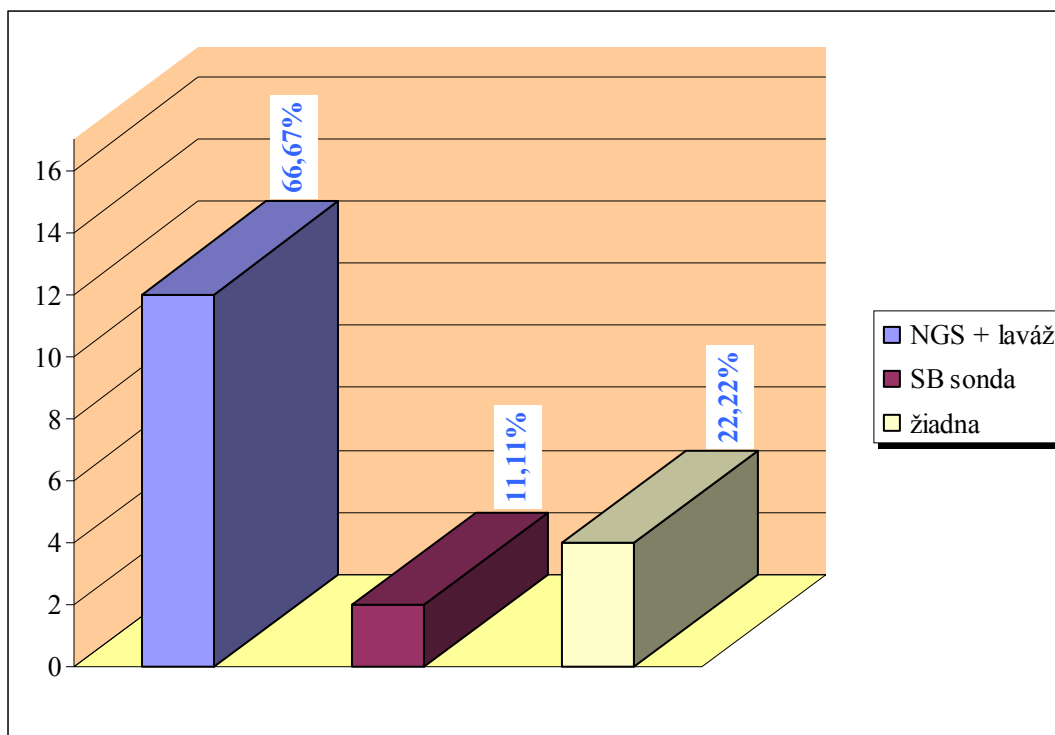
Graf 16 Ošetrenie počas GFS vyšetrenia

Zistili sme, že z celkového počtu pacientov, ktorým bolo vykonané GFS vyšetrenie  $n = 13$  (100%) u 6 pacientov  $n = 6$  (46,15%) bola urobená endoskopická skleroterapia a bez ošetrenia bola GFS ukončená v 7 prípadoch  $n = 7$  (53,85%).

### Typ zavedenej sondy pri príjme

Tabuľka 17 Typ sondy

Typ sondy	n	%
NGS + laváž	12	66,67
SB sonda	2	11,11
žiadna	4	22,22
<b>Spolu</b>	<b>18</b>	<b>100</b>



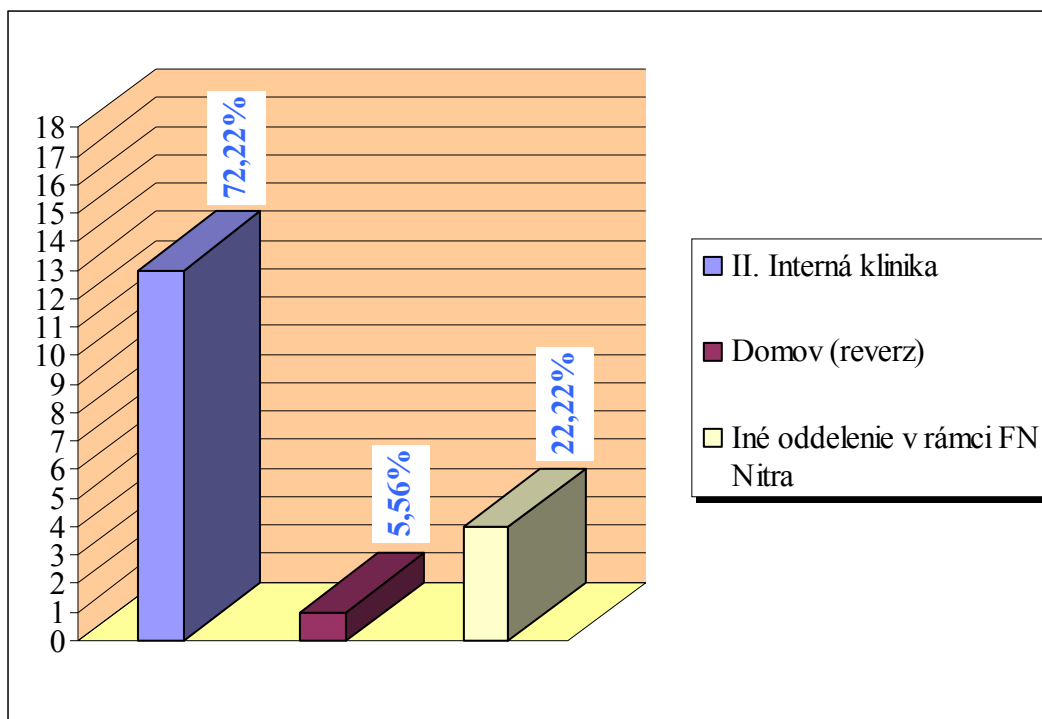
Graf 17 Typ sondy

Z celkového počtu pacientov  $n = 18$  (100%) bola pri prijme zavedená NGS a vykonaná laváž 12 pacientom  $n = 12$  (66,67%), 2 pacientom  $n = 2$  (11,11%) bola zavedená SB sonda a žiadna sonda nebola zavedená 4 pacientom  $n = 4$  (22,22%).

### Preloženie pacienta a následná ošetrovateľská starostlivosť

Tabuľka 18 Preloženie pacienta a následná ošetrovateľská starostlivosť

Preloženie pacienta a následná ošetrovateľská starostlivosť	n	%
II. Interná klinika	13	72,22
Domov (reverz)	1	5,56
Iné oddelenie v rámci FN Nitra	4	22,22
<b>Spolu</b>	<b>18</b>	<b>100</b>



Graf 18 Preloženie pacienta a následná ošetrovateľská starostlivosť

Zistili sme, že z celkového počtu pacientov  $n = 18$  (100%) boli 13 pacienti  $n = 13$  (72,22%) preložený na II. Internú kliniku (JIS, oddelenie muži, ženy, MJ – metabolická jednotka), 1 pacient  $n = 1$  (5,56%) podpísal reverz a bol prepustený do domov, na iné oddelenia v rámci FN Nitra (KAIM, Kardiocentrum – JIS, doliečovacie oddelenie, traumatologické oddelenie) boli preložený 4 pacienti  $n = 4$  (22,22%).

## 5.2 Kazuistiky

### Kazuistika 1

#### Anamnéza:

Pán D.L., 53 ročný, privezený RZP o 8:10 hod. na chirurgickú príjmovú ambulanciu. Podľa záznamu RZP a údajov získaných od dcéry má od včera večera melenóznou riedku stolicu a prítomnú čerstvú krv v stolici. Cíti sa slabý, točí sa mu hlava, pociťuje opakované závraty. Pred príchodom RZP doma skolaboval, v bezvedomí nebol. Včera pil víno. Vyšetrený na chirurgickej ambulancii, kde zistené, že pred týždňom bol prepustený z Internej kliniky po elektívnej sklerotizácii varixov pažeráka (2.sedenie). Vzhľadom na cirkulačnú instabilitu pacient po dohovore so službukonajúcou lekárkou odoslaný na príjem KAIM-JIS.

**Osobná anamnéza (OA):** Zrak má normálny, sluch dobrý. So spánkom problémy nemá. Za posledné 3 mesiace pacient schudol asi 3 kg, chuť do jedla má zníženú. Problémy s vyprázdňovaním neudáva, stolicu má pravidelne 1 x denne. Operovaný nebol.

**Rodinná anamnéza (RA):** Bez pozoruhodností, otec zomrel na NCMP, matka sa lieči na vysoký krvný tlak, brat zdravý. Má dve deti, neliečia sa na žiadne ochorenie.

**Pracovná anamnéza (PA):** Je zamestnaný, pracovné prostredie a podmienky sú vyhovujúce.

**Sociálna anamnéza (SA):** Rozvedený, žije v byte s dcérou, s druhou dcérou, ktorá má vlastnú rodinu sa navštevujú pravidelne. Je katolíckeho vyznania, medzi jeho záľuby patrí pestovanie ovocných stromov v záhrade u mamy, sledovanie televízie a posedenie so známymi. Sociálne zázemie je vyhovujúce.

**Lieková anamnéza (LA):** Podľa poslednej dokumentácie užíva: Verospiron, Furon, Talliton, Essentiale forte, Helicid, Kanavit, Acidum Filicum, Sorbifer, Durules.

**Alergologická anamnéza (AA):** Alergiu na lieky a potraviny neudáva.

**Abúzy:** Alkohol požíval pravidelne každý deň, posledné 3 mesiace abstinoval. Včera exces alkoholu, pacient priznáva, že vypil len deci vína, podľa dcéry vypil väčšie množstvo. Je fajčiar, denne 10 – 15 cigariet.

#### Katamnéza a analýza:

**Lekárske diagnózy:** K 92.2 Melena, Varices ezofagealis Paquet II.- stp. elektívnej sklerotizácii, Cirhóza pečene v.s. etyltoxickej genézy, Syndróm portálnej hypertenzie, hepatosplenomegália, ascites, Kongrestívna astrungastropathia, Cholecystolithiasis, Abúzus etylalkoholu v anamnéze.

**Laboratórne vyšetrenia:** Krvný obraz: Leukocyty - WBC  $7.4 \times 10^9/l$ , Erytrocyty- RBC  $3.10 \times 10^{12}/l$ , Hemoglobín - HGB 95.0 g/l, Hematokrit - HCT 0.285, Trombocyty- PLT  $124.000 \times 10^9/l$ , Quickov test: PT-INR 1.19, PT 74.5 %, APTT: APTT- sekundy 33.5 sek., PFBG 2.78. Biochemické vyšetrenie krvi: glukóza 6.0 mmol/l, Nátrium- Na 137.4 mmol/l, Kálium – K 4.40 mmol/l, Chloridy – Cl 104.0 mmol/l, Bilirubín celkový – BIT 18.0 umol/l, Bilirubín konjugovaný – BID 4.8 umol/l, AST 0.51 ukat/l, ALT 0.28 ukat/l, GMT 3.98 ukat/l, ALP 2.04 ukat/l, Amylázy – AMS 0.81 ukat/l.

Pacient prijatý na oddelenie KAIM – JIS o 08:30 hod. Privezený na ležiacom vozíku v pyžame a papučiach, hygienický stav primeraný, čistý. Pri vedomí, orientovaný v osobe, čase, priestore, spolupracuje, na otázky odpovedá adekvátne. Uložený do postele, napojený na monitor, sledované vitálne funkcie á ½ hodinu, pri prijatí TK: 110 / 70 Torr, P: 80 / min., saturácia O<sub>2</sub>: 98 %, TT: 37 ° C. Vyšetrený službukonajúcou lekárkou, podpísal informovaný súhlas s hospitalizáciou a navrhnutým diagnosticko- liečebným postupom, bol informovaný o charte práv pacienta. Má strach a obavy, z toho, čo sa bude diať. „Však som si dal len deci vína a znovu sa to celé začalo“. Mal zavedenú 2x periférnu i.v. kanylu, odobratá krv na laboratórne vyšetrenia – krvný obraz, hemokoagulačné vyšetrenie a biochemické vyšetrenie a krv na určenie krvnej skupiny. Poslaná žiadanka na objednanie 4 erytrocytových más (ďalej EM) na CITO!. Zahájená infúzna terapia + podané hemostyptiká podľa ordinácie lekára. Konzultovaný chirurg, následne sestrou zavedená NGS sonda a vykonaná laváž chladeným fyziologickým roztokom 500 ml, v zbernom sáčku prítomná čerstvá krv a koagulá, produkcia do NGS sledovaná. Zavedený permanentný močový katéter (ďalej PK), odteká číry moč. Sledované množstvo moču a špecifická hmotnosť moču á 6 hodín. Na základe výsledkov laboratórnych vyšetrení , hodnota Hb: 95 g/l podaná 1x EM – stiekla bez reakcie. Od prijatia mal pacient 3x melénu, poumývaný na lôžku zdravotnou asistentkou. O 11:30 hod. pacient prevezený na gastrofibroskopickú ambulanciu, kde vykonaná akútna gastrofibroskopia s nálezom Varixy pažeráka Paquet II, hemoragický varix so striekajúcim krvácaním v kardii na č.9, dosiahnutá iba redukcia krvácania opichom aethoxysklerolom. Pacient počas vyšetrenia nespolupracoval, bol nepokojný, mykal sa, opakovane si vytŕhal prístroj. O 12:00 hod. po privezení na JIS odobratý kontrolný KO a krv na hemokoagulačné vyšetrenie. Mal 2x enterorágiu, hygienická starostlivosť urobená na lôžku. Gastroenterológ odporúča zaviesť SB sondu. Pred zavedením sestra skontrolovala funkčnosť SB sondy, pripravila potrebné pomôcky na výkon a asistovala chirurgovi, ktorý SB sondu zavádzal. Lekár vysvetlil pacientovi nutnosť spolupráce pri tomto výkone. Žalúdočný balónik bol nafúknutý na 140

ml vzduchu, ezofageálny balónik 80 ml vzduchu. Po zavedení SB sonda fixovaná a daná na ťah 0,5 kg do rána. Hodnota Hb: 89 g/l podané 2x EM a 2x čerstvá zmrazená plazma (ďalej ČZP), súčasne doobjednané 3x EM. Pacient nekludný, dezorientovaný, schádza dolu z postele, odpája sa z monitoru, je nutná fixácia horných končatín a podanie sedácie, následne podaná kontinuálna sedácia na 24 hodín podľa ordinácie lekára. SB sonda odvádza čerstvú krv a koagulá, prevedená laváž fyziologickým roztokom 500 ml, vymenené zberné vrečko. TK, P monitorovaný á 1 hod., sledované vedomie – je pri vedomí, dezorientovaný v čase a priestore, vykrikuje a je slovne agresívny na zdravotnícky personál. Po stečení transfúzných prípravkov odobratý KO. Mal 1x enterorágiu, poumývaný na posteli. O 18 hod. urobená večerná toaleta na lôžku, výsledok KO uspokojivý (Hb: 96 g/l). Do SB sondy od výmeny zberného vrečka nepribúda. Počas noci dezorientovaný, nepokojný, nahlas vykrikoval, chcel ísť domov, budil tým ostatných pacientov, spal málo. „Chcem ísť domov, daj mi to všetko preč..., čo na mňa kukáš...heš“. Fyziologické funkcie monitorované, stabilizované. Infúzna terapia aplikovaná podľa ordinácie lekára. V noci stolicu nemal, nekrvácal, diuréza dostatočná. 2. deň hospitalizácie urobená ranná toaleta na lôžku. Pacient mierne dezorientovaný, cíti sa nevyspatý, iné ťažkosti neudával. „Som nevyspatý, ale ináč mi je dobre“. Na základe výsledkov laboratórnych vyšetrení odobratých ráno o 5:00 hod., podané 2x ČZP, naordinovaná infúzna terapia podaná. Mal chirurgické konzílium, SB sonda bez prímеси čerstvej krvi, ťah zrušený. Pacient TK, P stabilizovaný, FF sledované a zaznamenávané á 2 hod. O 12:00 hod. orientovaný, mal na návšteve dcéru, s ktorou býva. „Potešil som sa, že za mnou prišla na návštevu, ona mi je veľkou oporou...“. Popoludní vypustený ezofageálny balónik, žalúdočný ponechaný nafúknutý, produkcia SB sondy naďalej sledovaná. Mal 1x melénu, hygienická starostlivosť zabezpečená na lôžku. O 17:00 hod. odobratý kontrolný KO (Hb: 82 g/l), výsledok nahlásený službukonajúcemu lekárovi, ordinuje podať 1x EM – stiekla bez reakcie. Urobená večerná toaleta. O 19:00 hod. vysadená kontinuálna sedácia, pacient kludný, orientovaný v osobe, čase, priestore. V noci pokojný, cítil sa dobre, bol bez prejavov krvácania, spal. Fyziologické funkcie stabilizované. SB sonda produkuje číry žalúdočný obsah. 3. deň hospitalizácie pri ranej toalete sedel na posteli, sám sa poumýval. Ráno o 05:30 hod. (Hb: 87 g/l) podaná 1x EM, stiekla bez reakcie. Mal chirurgické konzílium, chirurg odporúča zníženie dávok hemostyptík a dohodnúť preklad na II. Internú kliniku. Infúzna terapia podaná podľa ordinácie lekára, mal skorigované dávky hemostyptík. Kludný, spolupracuje, cíti sa dobre. SB sonda ponechaná, ezofageálny balónik vyfúknutý, žalúdočný ponechaný nafúknutý 140 ml, odvádza žalúdočný obsah bez

prímеси krvi, PK ponechaný, močí dostatočne, počas hospitalizácie forsírovaná diuréza diuretikami. Na pravej hornej končatine 2x periférna i.v. kanyla, funkčné, bez prejavov flebitídy. Koža čistá, neporušená, bez dekubitov. V Krvnej banke (ďalej KB) má k dispozícii 2 objednané EM. Cirkulačne stabilizovaný, bez teploty. Po dohovore preložený na II. Internú kliniku. S pacientom preložená zdravotná dokumentácia, lekárska prepúšťacia správa, ošetrovateľský protokol o preklade pacienta a osobné veci.

### **Diskusia:**

Ošetrovateľská starostlivosť bola poskytovaná na základe ordinácií lekára, nakoľko pacient bol prijatý na oddelenie v život ohrozujúcom stave. Sestry počas hospitalizácie vykonali tieto nezávislé ošetrovateľské činnosti: rannú a večernú toaletu, efektívnu hygienickú starostlivosť o kožu a dutinu ústnu, zaistili pacientovi súkromie pri vykonávaní hygienickej starostlivosti, polohovanie pacienta, prevenciu vzniku dekubitov, kontrolu a ošetrovanie periférnych i.v. kanýl, starostlivosť o NGS, SB sondu a PK a ich funkčnosť, sledovanie bilancie tekutín, sledovanie a zaznamenávanie vracania, odpad do NGS a SB sondy, vyprázdňovanie stolice (meléna, enterorágia), všímali si príznaky hemoragického šoku (celková slabosť, potenie, poruchy vedomia, zmeny hodnôt vitálnych funkcií), pozorovali príznaky úzkosti, nepokoja a slabosti u pacienta, zabezpečovali klud na lôžku, vysvetlili pacientovi každý nový výkon v rámci liečebného plánu. Zo závislých ošetrovateľských činností sestry vykonávali: monitoring vitálnych funkcií (TK, P, TT, saturácia O<sub>2</sub>), sledovanie stavu vedomia a zreníc, zavedenie periférnej i.v. kanyly, odber biologického materiálu, podávanie i.v. terapii a náhradných roztokov podľa ordinácie lekára, monitoring účinku liekov a možné alergické reakcie, príprava pomôcok a asistencia pri podávaní krvných a plazmatických derivátov, zavedenie NGS a vykonanie laváže, príprava pomôcok a asistencia pri zavádzaní PK, SB sondy, zabezpečenie konziliárnych vyšetrení. Súčinné ošetrovateľské činnosti: príprava pacienta a asistencia pri GFS vyšetrení, asistencia pri chirurgickom konzíliu.

### **Výsledky:**

Daný stav bol zvládnutý aj na základe včasnej diagnostiky a liečbe. Poskytnutá ošetrovateľská starostlivosť výrazne prispela k zvládnutiu akútneho stavu pacienta. V stabilizovanom stave bol pacient po 3 dňoch hospitalizácie preložený na doriešenie zdravotného stavu na II. Internú kliniku.



## Kazuistika 2

### Anamnéza:

Pán K.Z., 64 ročný, privezený RZP o 01:20 hod. na oddelenie urgentnej medicíny (ďalej OUM). Dnes okolo 22:00 mu zostalo zle od žalúdka, následne vracal asi 3 x čerstvú aj zrazenú krv v celkom množstve cca 1500 ml. Čiernu stolicu nespozoroval. Pacient udáva, že pred 3 týždňami mu pripuchlo brucho a vybehol pruh na pravej strane. Pred týždňom ožltol. Na OUM mal odobratý vstupný súbor laboratórnych vyšetrení a urobený RTG snímok brucha. Po dohovore so službukonajúcou lekárkou a chirurgom odoslaný k hospitalizácii na KAIM – JIS za účelom ďalšej terapie.

**Osobná anamnéza (OA):** Na sledované ochorenie sa nelieči, lieky trvalo neberie. Zrak dobrý, pri čítaní používa okuliare. Sluch zhoršený, počuje horšie na pravé ucho. So spánkom problémy nemá, občas sa v noci budí na močenie. Chuť do jedla má dobrú, neschudol. Stolica v norme, v poslednej dobe menej močí. Operovaný nebol.

**Rodinná anamnéza (RA):** Bez pozoruhodností, otec zomrel na IM, matka zomrela na starobu, brat sa lieči na cukrovku. Má jedného syna, je zdravý.

**Pracovná anamnéza (PA):** Dôchodca, predtým pracoval ako kurič.

**Sociálna anamnéza (SA):** Rozvedený, žije sám, so synom sa stretáva málo, nakoľko pracuje v zahraničí. Sociálne zázemie je dobré.

**Lieková anamnéza (LA):** Lieky trvalo neberie.

**Alergologická anamnéza (AA):** Alergiu na lieky a potraviny neudáva.

**Abúzy:** Alkohol priznáva denne niekoľko rokov v množstve 3 – 5 dcl tvrdého alkoholu. Exfajčiar asi 3 roky, predtým 20 cigariet denne.

### Katamnéza a analýza:

**Lekárske diagnózy:** K 92.2 Hemateméza, Anémia stredne ťažkého stupňa, Ascites, Ikterus v.s. pri novozistenej cirhóze heparu, aktuálne dekompenzovaná, Chronický etylizmus, Exnikotinizmus, Hernia inguin. l. dx.

**Laboratórne vyšetrenia:** Krvný obraz: Leukocyty - WBC  $7.8 \times 10^9/l$ , Erytrocyty- RBC  $2.68 \times 10^{12}/l$ , Hemoglobín - HGB 94.0 g/l, Hematokrit - HCT 0.272, Trombocyty- PLT  $126.000 \times 10^9/l$ , Quickov test: PT-INR 1.60, PT 45.5 %, APTT: APTT- sekundy 29.3 sek., PFBG 1.40. Biochemické vyšetrenie krvi: glukóza 7.73 mmol/l, Nátrium- Na 137.3 mmol/l, Kálium – K 4.62 mmol/l, Chloridy – Cl 103.0 mmol/l, Bilirubín celkový – BIT 117.1 umol/l, Bilirubín konjugovaný – BID 54.2 umol/l, AST 2.78 ukat/l, ALT 0.90 ukat/l, Amylázy – AMS 1.28 ukat/l, Urea 75.9 mmol/l, Albumín 21.5 g/l, CRP 18.98 mg/l, Kalcium 1.94 mmol/l.

Pacient prijatý na oddelenie KAIM – JIS o 02:25 hod., privezený na ležiacom vozíku, v čistom civilnom oblečení, hygienický stav dobrý. Pri plnom vedomí, orientovaný v osobe, čase, priestore, komunikuje, spolupracuje. Uložený do postele, napojený na monitor, sledované vitálne funkcie á ½ hodinu, pri prijatí tlak krvi: 90 / 60 Torr, P: 102 / min., Saturácia O<sub>2</sub>: 97 %, TT: 36,8 °C. Vyšetrený službukonajúcou lekárkou, podpísal informovaný súhlas s hospitalizáciou a navrhnutým diagnosticko- liečebným postupom, informovaný o charte práv pacienta. Pacient pôsobí vystrašene, je to jeho prvá hospitalizácia v nemocnici.

„Doma mi začalo byť nevoľno, bolo mi zle, myslel som si, že mi niečo zaťažilo žalúdok a zrazu som začal vracať krv. Len krv...Potom sa to zopakovalo, tak som si zavolať pomoc“. Na ľavej HK má zavedenú 2 x periférnu i.v. kanylu a 1 x na pravej HK – funkčné. Odobratá krv na laboratórne vyšetrenia – krvný obraz, hemokoagulačné vyšetrenie a biochemické vyšetrenie, krv na určenie krvnej skupiny. Poslaná žiadanka na objednanie 3 EM na CITO!. Zahájená infúzna terapia + podľa ordinácie lekára podané hemostyptiká. Zavedený permanentný PK, odteká slamovožltý moč. Sledované množstvo moču a špecifická hmotnosť moču. Sťažuje sa na nevoľnosť, vyvrátil čerstvú krv s koagulami cca 400 ml. Konzultovaný chirurg ordinuje zaviesť NGS sondu a vykonať laváž chladeným fyziologickým roztokom. Sestra upovedomila pacienta o nutnosti zavedenia NGS, počas zavádzania spolupracoval. Následne vykonaná laváž 1500 ml fyziologického roztoku. V zbernom sáčku prítomná čerstvá krv a koagulá, produkcia do NGS sledovaná. O 04:10 vykonané urgentné GFS vyšetrenie so záverom: Axiálna hiatová hernia s ťažkou refluxnou ezofagitídou, Varices oesophageales Paquet I.- II. t.č. bez aktívneho krvácania, Erozívna gastrophatia. Počas vyšetrenia pacient spolupracoval, bol kľudný. Službukonajúci gastroenterológ odporúča konzervatívny postup liečby. Na základe výsledkov laboratórných vyšetrení (Hb: 94 g/l) mal podané 2x EM a 1x ČZP – stiekli bez reakcie, zároveň doobjednané 3x EM. Mal 1x melénu – bol poumývaný na lôžku. Od prijatia pacient vymočil len 30 ml moču, diuréza forsírovaná diuretikami. Do rána cirkulačne stabilizovaný, fyziologické funkcie sledované a zaznamenávané á ½ hodinu. Kontakt s pacientom dobrý, orientovaný, spolupracuje so zdravotníckym personálom. 2. ošetrovací deň bola ranná toaleta vykonaná na lôžku, výsledky krvi (Hb: 96 g/l) uspokojivé, aplikovaná infúzna terapia podľa ordinácie lekára. O 07:00 hod. mal chirurgické konzílium, stav pacienta stabilizovaný, bez známk pokračujúceho krvácania. O 09:00 hod. vracal čerstvú krv cca 250 ml a vzápätí znovu cca 250 ml. Súčasne si pýtal podložnú misu, mal malé množstvo melény – hygienická starostlivosť vykonaná na lôžku.

Konzultovaný chirurg doporučuje zopakovanie GFS vyšetrenia. Pacient bledý, spotený, pretrvávajúca hypotenzia a tachykardia. Prinesené 2x EM a 2x ČZP, ktoré tiekli aj počas vyšetrenia. O 10:10 urobené GFS vyšetrenie, pri ktorom zistený Malloryho – Weissov syndróm s hemoragickou fissurou na č. 6, lokálna hemostáza adrenalinom len parciálna, hemoklip sa vzhľadom k lokálnym pomerom nedá naložiť. Na odporúčenie gastroenterológa opätovne sestra zaviedla NGS a urobila laváž 500ml fyziologického roztoku. Po stečení EM a ČZP odobratý KO (Hb: 79 g/l) znovu prinesené a podané 2x EM a 2x ČZP, v KB doobjednané 2x EM. Popoludní pacient pri vedomí, orientovaný, kľudný. „Som len vysilený, unavený a chce sa mi spať, inak sa mám dobre...“ Pospával, návštevu nemal. Sledovaná produkcia do NGS, odvádza tmavočervenú krv zriedenú lavážovou tekutinou. Močí cez PK – diuréza dostatočná. Mal 1x melénu, bol poumývaný. O 17:00 hod. odobratý kontrolný KO, hemokoagulačné a krv na biochemické vyšetrenie (Hb: 100 g/l) – výsledok videl službukonajúci lekár. O 18:00 hod. vykonaná večerná toaleta, pacientovi upravené lôžko. Sestra na základe ordinácií chirurga zrealizovala laváž NGS 500 ml vody a na záver aplikovala 200 ml vody s jednou ampulkou Remestypu. Dve hodiny po laváži NGS odvádza zelenkastý žalúdočný obsah bez prímеси krvi. Opakovane malé množstvá melény – pacient aktívne spolupracoval pri hygienickej starostlivosti na lôžku. Počas noci bez prejavov krvácania, melénu nemal, ťažkosti neudával. TK, P monitorovaný á 1 hod., stabilizovaný, znížená diuréza – doordinované infúzne roztoky a diuretiká podané. O 23:00 hod. odobratý kontrolný KO (Hb: 109 g/l) výsledok nahlásený lekárovi. Spal celú noc. 3. deň hospitalizácie uskutočnená ranná toaleta na lôžku. Ráno Hb 108 g/l. Na základe výsledkov hemokoagulačných parametrov odobratých o 05:00 hod. podaná 1x ČZP – stiekla bez reakcie. Pacient pri vedomí, orientovaný, cirkulačne stabilizovaný, TK, P, vedomie sledované á 1 hod. Sledovaná produkcia NGS, odvádza číry žalúdočný obsah. Znížená diuréza, podané diuretiká podľa ordinácie lekára. Mal 1x hneďú stolicu. O 07:00 a o 14:00 hod. mal chirurgické konzílium, pacient je bez známok aktívneho krvácania. O 15:00 hod. udáva: „Sestrička je mi zle, asi budem vracat’...“ 3x v krátkych intervaloch vracal popri NGS čerstvú krv, celkový objem cca 400ml, v NGS sa po vracaní objavila čerstvá krv, ohlásená službukonajúca lekárka, konzultovaný chirurg a lekár, ktorý mal GFS príslužbu. TK: 80/40 Torr, P: 122 / minútu, pacient bledý, spotený, odobratá krv na KO, hemokoagulačné a biochemické vyšetrenie. O 15:45 hod. vykonané GFS vyšetrenie na gastrofibroskopickej ambulancii. Na začiatku GFS dochádza náhle k zástave dýchania a cirkulácie, prítomná lekárka KAIM zahajuje KPR, po asi 10 minútach obnovená cirkulácia, ordinovaná terapia počas resuscitácie podaná. Zrealizované GFS

vyšetrenie, zdroj krvácania opichnutý adrenalínom a zavedená SB sonda. Pred zavedením sestra skontrolovala funkčnosť SB sondy, pripravila potrebné pomôcky na výkon a asistovala lekárovi. Žalúdočný balónik bol nafúknutý na 140 ml vzduchu, ezofageálny balónik 80 ml vzduchu. Po zavedení SB sonda fixovaná. O 16:45 hod. pacient s obnovenou cirkuláciou preložený na KAIM. S pacientom preložená zdravotná dokumentácia, lekárska prepúšťacia správa, ošetrovateľský protokol o preklade pacienta a osobné veci. V KB má objednané 2x EM.

### **Diskusia:**

Počas hospitalizácie vykonali sestry tieto nezávislé ošetrovateľské činnosti: rannú a večernú toaletu, efektívnu hygienickú starostlivosť o kožu a dutinu ústnu, zaistili pacientovi súkromie pri vykonávaní hygienickej starostlivosti, polohovanie pacienta, prevenciu vzniku dekubitov, kontrolu a ošetrovanie periférnych i.v. kanýľ, starostlivosť o NGS a PK a ich funkčnosť, sledovanie bilancie tekutín, sledovanie a zaznamenávanie vracania, odpad z NGS, vyprázdňovanie stolice (meléna, enterorágia), všimli si príznaky hemoragického šoku (celková slabosť, potenie, poruchy vedomia, zmeny hodnôt vitálnych funkcií), pozorovali príznaky úzkosti, nepokoja a slabosti u pacienta, zabezpečovali klud na lôžku, vysvetlili pacientovi každý nový výkon v rámci liečebného plánu. Zo závislých ošetrovateľských činností sestry vykonávali: monitoring vitálnych funkcií (TK, P, TT, saturácia O<sub>2</sub>), sledovanie stavu vedomia a zreníc, odber biologického materiálu, podávanie i.v. terapií a náhradných roztokov podľa ordinácie lekára, monitoring účinku liekov a možné alergické reakcie, príprava pomôcok a asistencia pri podávaní krvných a plazmatických derivátoch, zavedenie NGS a vykonanie laváže, príprava pomôcok a asistencia pri zavádzaní PK, SB sondy, zabezpečenie konziliárnych vyšetrení. Súčinné ošetrovateľské činnosti: príprava pacienta a asistencia pri GFS vyšetrení, asistencia pri chirurgickom konzíliu, asistencia pri KPR.

### **Výsledky:**

Pacient zaintubovaný a s obnovenou cirkuláciou transportovaný priamo z GFS ambulancie na KAIM odd. Masívne krvácanie z ezofageálnych varixov je pre lekárov studnicou mnohých ponaučení a neraz i sklamaní, čoho príkladom je aj tento pacient, ktorý napriek všetkým dostupným diagnostickým a liečebným postupom a podanej kvalitnej medikamentózneho terapie na ďalší deň v skorých ranných hodinách exitoval. Lekári a zdravotnícky personál vynaložili maximálne úsilie na stabilizovanie zdravotného stavu a záchranu života, ale neúspešne.

### 5.3 Mapa starostlivosti (návrh)

**MKCH 10: I 85.0 - Kľčové žily pažeráka – ezofageálne varixy s krvácaním**

**Zdravotnícke zariadenie:** Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny – JIS

**Priemerná dĺžka hospitalizácie na KAİM – JIS :** 5 dní

Cieľ klinickej starostlivosti Kritická cesta	1. deň hospitalizácie	2. deň hospitalizácie
<b>Konzultácie / sledovanie lekárom</b>	→ Informovaný súhlas pacienta podľa stavu vedomia / rodiny → Informácie o diagnostike, liečbe, prognóze – Lekár → Chirurgické konzílium Podľa potreby konzíliá: → Interné → Hematologické → Psychiatrické	→ Informácie o zdravotnom stave pacientovi / rodine → Chirurgické konzílium Podľa potreby konzíliá: → Interné → Hematologické → Psychiatrické
<b>Diagnostika: Vyšetrenia / Laboratórne testy</b>	Podľa ordinácie lekára: Laboratórne testy: → KO, hemokoagulačné vyšetrenie, biochemické vyšetrenie krvi a moču, arteriálny astrup (ABR), krv na určenie krvnej skupiny + objednávka erytrocytových más, glykemický profil → RTG hrudníka → natočenie EKG záznamu → GFS vyšetrenie → podľa laboratórnych výsledkov : interné vyšetrenie, hematologické vyšetrenie	Podľa ordinácie lekára: Laboratórne testy: → KO, hemokoagulačné vyšetrenie, biochemické vyšetrenie krvi a moču, objednávka erytrocytových más, glykemický profil → GFS vyšetrenie pri pretrvávajúcom krvácaní
<b>Medikácie</b>	Podľa ordinácie lekára: → rehydratácia → protišoková terapia → infundabiliá: F 1/1, 10 % G, Plasmalyte, Voluven, Ringer roztok → vazopresorikum: Remestyp → antihemoragikum, hemostatikum: Dicynone → antikoagulans, antifibrinolytikum: Pamba → inhibítory protónovej pumpy: Helicid → vitamíny: B, C, K	ako v 1. deň

	<p>→ náhrada minerálnych prvkov – draslík: Kálium chloratum 7,5%</p> <p>→ elektrolyty: Natrium chloratum 10%</p> <p>→ antiemetikum, prokinetikum, metoklopramid: Degan</p> <p>→ antipsychotikum, anxiolyticum, antikonvulzívum: Diazepam</p> <p>→ psychofarmakum, atypické neuroleptikum: Tiapridal</p> <p>→ neuroleptikum: Haloperidol</p> <p>→ diuretiká: Furosemid</p> <p>→ analgetikum, antipyreticum: Novalgin</p> <p>→ roztoky ovplyvňujúce elektrolytovú rovnováhu: calcium gluconicum 10%</p> <p>→ podávanie transfúzných prípravkov a mrazenej plazmy podľa výsledkov KO a hemokoagulačného vyšetrenia</p> <p>→ aplikácia kyslíka</p>	
<b>Monitoring / sledovanie</b>	<p>→ EKG monitoring</p> <p>→ sledovanie a zaznamenávanie hodnôt tlaku krvi, pulzu, dychu, telesnej teploty, saturácie Hb O<sub>2</sub> á ½ - 1 hod. alebo podľa stavu</p> <p>→ sledovanie stavu vedomia a orientácia</p> <p>→ monitoring bolesti a jej intenzitu</p>	<p>→ ako v 1. deň</p> <p>→ sledovanie a zaznamenávanie hodnôt tlaku krvi, pulzu, dychu, telesnej teploty, saturácie Hb O<sub>2</sub> á 2 hod. alebo podľa stavu</p>
<b>Výživa / diéta</b>	<p>→ hladovka ( D: O/S) + parenterálna výživa</p> <p>→ starostlivosť o dutinu ústnu</p>	<p>→ ako v 1. deň</p>
<b>Procedúry / výkony</b>	<p>→ príjem pacienta na odd. lekárom a sestrou</p> <p>→ zber anamnestických údajov podľa stavu od pacienta príp. od prítomných rodinných príslušníkov</p> <p>→ zavedenie periférnej i.v. kanyly - minimálne dve resp. asistencia pri zavádzaní centrálného venózneho katétra (CVK)</p> <p>→ kontrolný RTG hrudníka po zavedení CVK s podanou kontrastnou látkou</p> <p>→ zavedenie NGS a vykonanie laváže žalúdka chladeným</p>	<p>→ hygienická starostlivosť</p> <p>→ ranná a večerná toaleta na posteli</p> <p>→ kontrola okolia a funkčnosti invazívnych vstupov, kanylácie, PK, NGS, SB sondy</p> <p>→ sledovanie odpadu z NGS, SB sondy a ich funkčnosť</p> <p>→ zrušenie ťahu SB sondy, vyfúknutie pažerákového balóniku podľa ordinácie lekára</p> <p>→ sledovanie</p>

	<p>fyziologickým roztokom</p> <p>→ kontrola funkčnosti SB sondy, príprava pomôcok a asistancia pri zavádzaní SB sondy</p> <p>→ sledovanie odpadu z NGS, SB sondy a ich funkčnosť</p> <p>→ zavedenie alebo asistancia pri zavádzaní PK</p> <p>→ sledovanie bilancie tekutín</p> <p>→ sledovanie a zaznamenávanie nauzey, množstva a vzhľadu zvratkov</p> <p>→ príprava a asistancia pri podávaní trnsfúzných prípravkov a mrazenej plazmy</p> <p>→ zabezpečenie proti pádu príp. možnému úrazu</p> <p>→ celkový kúpeľ na posteli</p>	<p>a zaznamenávanie nauzey, množstva a vzhľadu zvratkov</p> <p>→ sledovanie bilancie tekutín</p> <p>→ polohovanie pacienta – prevencia vzniku dekubitov</p> <p>→ zabezpečenie proti pádu príp. možnému úrazu</p>
<b>Vyprázdňovanie</b>	<p>→ sledovanie vracania – prítomnosť čerstvej krvi a koagúl, natrávenej krvi</p> <p>→ kontrola funkčnosti PK</p> <p>→ sledovanie diurézy a špecifickej hmotnosti moču á 6 hod. alebo podľa stavu</p> <p>→ sledovanie stolice za účelom odsledovania krvácania – meléna, enterorágia</p>	<p>→ ako v 1. deň</p>
<b>Aktivita/ pohyblivosť</b>	<p>→ prísny pokoj na posteli</p> <p>→ pasívna rehabilitácia</p> <p>→ zabezpečenie proti pádu príp. možnému úrazu (bočnice)</p> <p>→ zabezpečenie pomôcok uľahčujúcich pohyb na posteli (hrazdička, uzdička)</p>	<p>→ ako v 1.deň</p> <p>→ vyklepkávanie hrudníka</p> <p>→ masáž</p>
<b>Edukácia</b>	<p>→ poučiť pacienta o nutnosti dodržiavať pokyny lekárov a ostatných členov zdravotníckeho tímu</p> <p>→ poučiť pacienta o nutnej spolupráci so zdravotníckym personálom</p> <p>→ poučiť pacienta, aby sa vystríhal činnostiam, ktoré zvyšujú vnútrobrušný tlak (tlak pri defekácii, úporný kašeľ, dvíhanie ťažkých bremien)</p>	<p>→ ako v 1. deň</p>

	→ vysvetliť pacientovi každý nový výkon v rámci liečebného plánu a odpovedať na prípadné otázky	
<b>Plánované prepustenie</b>	–	–

<b>Sesterská diagnostika NANDA II.</b>	
<b>1. deň hospitalizácie</b>	<b>2.deň hospitalizácie</b>
<b>00099</b> Neefektívna podpora zdravia	ako v 1. deň +
<b>00078</b> Neefektívny manažment vlastného zdravia	<b>00028</b> Riziko deficitu telesných tekutín
<b>00002</b> Nedostatočná výživa- menší príjem ako telesná potreba	<b>00206</b> Riziko krvácania
<b>00103</b> Narušené prehltanie	<b>00109</b> Deficit sebaopatery pri obliekaní / úprave zovňajšku
<b>00178</b> Riziko narušenej funkcie pečene	<b>00073</b> Poškodzujúce zvládanie záťaže rodinou
<b>00179</b> Riziko nestability hladiny glykémie	
<b>00027</b> Deficit telesných tekutín	
<b>00025</b> Riziko nevyváženého objemu tekutín	
<b>00195</b> Riziko elektronickej nerovnováhy	
<b>00016</b> Narušené vyprázdňovanie moču	
<b>00030</b> Narušená výmena plynov	
<b>00198</b> Narušený spánok	
<b>00096</b> Spánková deprivácia	
<b>00091</b> Narušená pohyblivosť na lôžku	
<b>00029</b> Znížený srdcový výdaj	
<b>00024</b> Neefektívne prekrvenie tkanív: kardiopulmonálne	
<b>00202</b> Riziko neefektívnej gastrointestinálnej perfúzie	
<b>00203</b> Riziko neefektívnej renálnej perfúzie	
<b>00205</b> Riziko šoku	
<b>00108</b> Deficit sebaopatery pri kúpaní / hygiene	
<b>00110</b> Deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní	
<b>00126</b> Deficit vedomostí pacienta / rodiny o ochorení, diagnostike a liečbe	
<b>00128</b> Akútna zmätenosť	



00173	Riziko akútnej zmätenosti	
00051	Zhoršená verbálna komunikácia	
00125	Bezmocnosť	
00152	Riziko bezmocnosti	
00060	Prerušný život rodiny	
00063	Dysfunkčný život rodiny: alkoholizmus	
00055	Neefektívne vykonávanie roly	
00052	Narušená sociálna interakcia	
00146	Úzkosť	
00147	Úzkosť zo smrti	
00074	Zhoršené zvládanie záťaže rodinou	
00004	Riziko infekcie	
00045	Narušená sliznica ústnej dutiny	
00039	Riziko aspirácie	
00155	Riziko pádu	
00038	Riziko úrazu	
00047	Riziko narušenia kožnej integrity	
00138	Riziko násilia voči iným	
00005	Riziko nerovnováhy telesnej teploty	
00132	Akútna bolesť	
00134	Nauzea	
00053	Sociálna izolácia	

<b>Cieľ klinickej starostlivosti Kritická cesta</b>	<b>3. deň hospitalizácie</b>	<b>4.-5. deň hospitalizácie</b>
<b>Konzultácie / sledovanie lekárom</b>	→ ako v 2. deň → Priebežné podávanie informácií o zdravotnom stave pacientovi / rodine – Lekár → Informovanie pacienta / rodiny o ďalšej liečbe, prognóze a zvažovania prekladu na iné odd. – Lekár → Chirurgické konzílium	→ ako v 3. deň → pred prekladom pacienta chirurgické konzílium
<b>Diagnostika: Vyšetrenia / Laboratórne testy</b>	Podľa ordinácie lekára: Laboratórne testy: → KO, hemokoagulačné vyšetrenie, biochemické vyšetrenie krvi a moču, objednávka erytrocytových mäs, glykemický profil → GFS vyšetrenie pri pretrvávajúcom krvácaní	→ ako v 3. deň resp. kontrola laboratórnych parametrov, ktoré sú mimo normy podľa ordinácie lekára → kontrolné GFS vyšetrenie pred prekladom pacienta

<b>Medikácie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ ako v 1. deň</li> <li>→ postupné znižovanie alebo redukcia dávok Remestypu podľa ordinácie lekára</li> </ul>	→ ako v 3. deň
<b>Monitoring / sledovanie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ EKG monitoring</li> <li>→ sledovanie a zaznamenávanie hodnôt tlaku krvi, pulzu, dychu, telesnej teploty, saturácie Hb O<sub>2</sub> á 2 hod. alebo podľa stavu</li> <li>→ sledovanie stavu vedomia a orientácia</li> </ul>	→ ako v 3. deň
<b>Výživa / diéta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ parenterálna výživa +</li> <li>→ pokus o príjem tekutín v obmedzenom množstve podľa stavu pacienta a ordinácie lekára: D: O/A do 200 ml, max. do 500 ml</li> <li>→ starostlivosť o dutinu ústnu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ ako v 3. deň +</li> <li>→ príjem tekutín D: O/A v neobmedzenom množstve podľa stavu pacienta a ordinácie lekára</li> </ul>
<b>Procedúry / výkony</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ hygienická starostlivosť</li> <li>→ ranná a večerná toaleta na posteli</li> <li>→ kontrola okolia a funkčnosti invazívnych vstupov, kanylácie, PK, NGS, SB sondy</li> <li>→ sledovanie odpadu z NGS, SB sondy a ich funkčnosť</li> <li>→ odstránenie NSG, SB sondy podľa ordinácie lekára a stavu pacienta</li> <li>→ sledovanie bilancie tekutín</li> <li>→ polohovanie pacienta – prevencia vzniku dekubitov</li> <li>→ zabezpečenie proti pádu príp. možnému úrazu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ ako v 3. deň</li> <li>→ pomoc pri hygienickej starostlivosti</li> </ul>
<b>Vyprázdňovanie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ sledovanie vracania – prítomnosť čerstvej krvi a koagúl, natrávenej krvi</li> <li>→ kontrola funkčnosti PK</li> <li>→ sledovanie diurézy a špecifickej hmotnosti moču á 6 hod. alebo podľa stavu</li> <li>→ sledovanie stolice za účelom odsledovania krvácania – meléna, enterorágia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ ako v 3. deň</li> <li>→ možnosť zrušenia PK pri spolupráci pacienta</li> </ul>
<b>Aktivita / pohyblivosť</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ pasívna / aktívna RHB</li> <li>→ dychové cvičenia</li> <li>→ posadzovanie na posteli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ ako v 3. deň</li> <li>→ postupná vertikalizácia podľa stavu pacienta</li> </ul>

<b>Edukácia</b>	→ ako v 1. deň → podľa stavu vedomia a orientácie rozhovor s pacientom o správnej životospráve, pitnom režime, o vhodnosti absolútneho vylúčenia abúзов (alkohol, cigarety)	→ podľa stavu vedomia a orientácie rozhovor s pacientom o správnej životospráve (obmedziť alebo vylúčiť z jedálneho korenistého, pikantného jedla), pitnom režime, vhodnosti striktnej doživotnej abstinencie a obmedzenia alebo vylúčenia fajčenia → odporúčania: - návšteva psychológa, psychiatra - upovedomiť pacienta na možnosť liečby ambulantne alebo v psychiatrickej liečebni po prepustení do domácej ošetrovateľskej starostlivosti → možnosť navštevovať klub abstinentov
<b>Plánované prepustenie</b>	→ zisťovanie možností následnej ošetrovateľskej starostlivosti	→ potvrdenie následnej ošetrovateľskej starostlivosti → odovzdanie pacienta a zdravotnej dokumentácie kompetentnej osobe

<b>Sesterská diagnostika NANDA II.</b>	
<b>3. deň hospitalizácie</b>	<b>4.- 5. deň hospitalizácie</b>
<b>00099</b> Neefektívna podpora zdravia	ako v 3. deň +
<b>00078</b> Neefektívny manažment vlastného zdravia	<b>00163</b> Ochota zlepšiť výživu
<b>00002</b> Nedostatočná výživa- menší príjem ako telesná potreba	<b>00206</b> Riziko krvácania
<b>00103</b> Narušené prehltnutie	<b>00182</b> Ochota zlepšiť sebaopateru
<b>00178</b> Riziko narušenej funkcie pečene	<b>00097</b> Nedostatok záujmových aktivít
<b>00179</b> Riziko nestability hladiny glykémie	<b>00094</b> Riziko intolerancie aktivity
<b>00027</b> Deficit telesných tekutín	<b>00102</b> Deficit sebaopateru pri stravovaní
<b>00025</b> Riziko nevyváženého objemu tekutín	<b>00157</b> Ochota zlepšiť komunikáciu
<b>00195</b> Riziko elektronickej nerovnováhy	<b>00054</b> Riziko osamelosti
<b>00016</b> Narušené vyprázdňovanie moču	<b>00067</b> Riziko duchovnej tiesne
<b>00030</b> Narušená výmena plynov	
<b>00198</b> Narušený spánok	

<b>00096</b> Spánková deprivácia	
<b>00091</b> Narušená pohyblivosť na lôžku	
<b>00029</b> Znížený srdcový výdaj	
<b>00024</b> Neefektívne prekrvenie tkanív: kardiopulmonálne	
<b>00202</b> Riziko neefektívnej gastrointestinálnej perfúzie	
<b>00203</b> Riziko neefektívnej renálnej perfúzie	
<b>00205</b> Riziko šoku	
<b>00108</b> Deficit sebaopatery pri kúpaní / hygiene	
<b>00110</b> Deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní	
<b>00126</b> Deficit vedomostí pacienta / rodiny o ochorení, diagnostike a liečbe	
<b>00128</b> Akútna zmätenosť	
<b>00173</b> Riziko akútnej zmätenosti	
<b>00051</b> Zhoršená verbálna komunikácia	
<b>00125</b> Bezmocnosť	
<b>00152</b> Riziko bezmocnosti	
<b>00060</b> Prerušovaný život rodiny	
<b>00063</b> Dysfunkčný život rodiny: alkoholizmus	
<b>00055</b> Neefektívne vykonávanie roly	
<b>00052</b> Narušená sociálna interakcia	
<b>00146</b> Úzkosť	
<b>00147</b> Úzkosť zo smrti	
<b>00074</b> Zhoršené zvládanie záťaže rodinou	
<b>00004</b> Riziko infekcie	
<b>00045</b> Narušená sliznica ústnej dutiny	
<b>00039</b> Riziko aspirácie	
<b>00155</b> Riziko pádu	
<b>00038</b> Riziko úrazu	
<b>00047</b> Riziko narušenia kožnej integrity	
<b>00138</b> Riziko násillia voči iným	
<b>00005</b> Riziko nerovnováhy telesnej teploty	
<b>00132</b> Akútna bolesť	
<b>00134</b> Nauzea	
<b>00053</b> Sociálna izolácia	

## 6 DISKUSIA

Cieľom bakalárskej práce bolo zmapovať problematiku ošetrovania pacienta s akútnym krvácaním z ezofageálnych varixov. Ošetrovateľská starostlivosť o týchto pacientov je veľmi náročná pre celý multidisciplinárny tím, vyžaduje veľmi dobré vedomosti, zručnosti, profesionálny prístup a obrovskú dávku empatie k pacientovi ako i k jeho rodine. V priebehu našej prieskumnej činnosti sme hľadali odpovede na nami položené prieskumné otázky. Prieskumnú vzorku tvorili 18 pacienti, ktorí boli hospitalizovaní na KAİM – JIS od januára 2011 do decembra 2011 s diagnózou Ezofageálne varixy s krvácaním. Za mesiac január  $n = 3$  (16,66) a v priebehu mesiaca jún a december nebol prijatý žiadny pacient  $n = 0$  (0%). Marko et al., (2007, s.58) uvádza, že: „*Už dlhší čas sa neprejavuje sezónnosť krvácania.*“, čo sa nám potvrdilo v grafe 1, nakoľko počas roku 2011 bol počet prijatých pacientov za mesiac približne rovnaký alebo s malými odchýlkami.

Pomocou obsahovej analýzy dokumentov – zdravotnej dokumentácie, chorobopisov a ošetrovateľských záznamov sme hľadali odpoveď na prieskumnú otázku **O1: „Aká je pohlavie, vek, sociálne prostredie a pridružené ochorenia u pacientov s krvácaním z ezofageálnych varixov?“** Po dôslednom preštudovaní, spracovaní a vyhodnotení nadobudnutých údajov sme sa dozvedeli, že bolo prijatých  $n = 14$  (77,78%) mužov a  $n = 4$  (22,22%) žien. Muži tvorili až  $\frac{3}{4}$  hospitalizovaných pacientov. Graf 3 nám znázorňuje vek všetkých pacientov bez ohľadu na pohlavie. Vo veku do 55 rokov bolo  $n = 9$  (50%), do 65 rokov  $n = 5$  (27,78%), do 75 rokov  $n = 3$  (16,66%) a do 85 rokov  $n = 1$  (5,56%). Pre zaujímavosť sme vyhodnotili vek pacientov podľa pohlavia, ktorý uvádzame v grafe 4 a 5. Do 55 rokov malo  $n = 9$  (64,29%) mužov, pričom zo žien nebola v tejto vekovej hranici prijatá žiadna  $n = 0$  (0%), do 85 rokov nemal žiadny muž  $n = 0$  (0%) a z hospitalizovaných žien  $n = 1$  (25%). Z výsledkov prieskumu dedukujeme, že u mužov sa toto ochorenie manifestuje v oveľa skoršom veku a častejšie ako u žien. V grafoch 6 a 7 zobrazujeme rodinný stav a bývanie pacientov. Zistili sme, že napriek tomu, že  $n = 10$  (55,56%) uviedlo rodinný stav ženatý / vydatá, z toho len  $n = 6$  (33,33%) býva s manželom / manželkou, 5 pacientov  $n = 5$  (27,78%) uviedlo, že býva sám / sama a 2 pacienti  $n = 2$  (11,11%) boli bezdomovci. Až u 66,67% pacientov boli manželské alebo rodinné pomery rozhárané, väčšina z nich žije s príbuznými, ktorí im poskytli „strechu nad hlavou“ alebo sa svojím životným štýlom a vlastnými chybami stali ľuďmi bez domova. Pri ďalšom spracovaní sme

zistili, že v pracovnom pomere, ktorý zobrazuje graf 8 bol zamestnaný iba 1 pacient  $n = 1$  (5,56%),  $n = 7$  (38,88%) bolo nezamestnaných,  $n = 1$  (5,56%) uviedol, že je dobrovoľne nezamestnaný,  $n = 8$  (44,44%) bolo dôchodcov a  $n = 1$  (5,56%) bol invalidný dôchodca. Napriek tomu, že 77,78% pacientov bolo v produktívnom veku, zamestnaný bol len 1 pacient (5,56%). Vo väčšine prípadov pacienti prišli o prácu alebo si prácu nedokázali nájsť, prípadne udržať kvôli nadmernému požívaniu alkoholických nápojov, čo malo zároveň aj celkový dopad na normálne fungovanie rodiny. Požívaním alkoholu pred a počas práce sa porušuje Zákonník práce a iné zákonné predpisy. Podľa Krška et al., (2007, s.139): „*V anamnestických údajoch sa zameriavame predovšetkým na abúzus alkoholu, možnosť chronického ochorenia pečene...*“ Zistili sme, že u  $n = 11$  (61,11%) bola cirhóza hepatis vs etyltoxickej genézy, u  $n = 1$  (5,56%) cirhóza hepatis vs polievkovej etiológie,  $n = 1$  (5,56%) cirhóza hepatis pri sekundárnej biliárnej hepatitíde, hepatopatiou trpeli  $n = 3$  (16,66%) a žiadne ochorenie pečene nebolo prítomné u  $n = 2$  (11,11%), graf 13 nám potvrdil, že cirhóza je konečná etapa chronických ochorení pečene, príčinou vzniku je najčastejšie alkoholová choroba pečene a chronické vírusové hepatitídy. U pacientov s cirhózou je často prítomné katastrofálne krvácanie z pažerákových varixov (Skladany, 2003). Graf 14 zobrazuje prítomnosť diagnózy abúzus alkoholu. U  $n = 16$  (88,89%) bola prítomná diagnóza abúzus alkoholu a  $n = 2$  (11,11%) netrpeli touto diagnózou. Alkoholik ničí svoju rodinu nielen ekonomicky a morálne, ale je taktiež pre svoje deti zlým príkladom a jeho závislosť je príčinou rozpadu rodiny a rozvodu. Cieľ 1 sa nám podarilo splniť.

Druhá otázka **O2: „Ktorými spôsobmi bola zvládnutá liečba u pacientov s krvácaním z ezofageálnych varixov?“** V grafe 9 zobrazujeme predošlé ošetrenie pacientov pred prijatím na KAIM – JIS. Vyšetrených na OUM  $n = 6$  (33,33%),  $n = 5$  (27,78%) bolo vyšetrených na chirurgickej ambulancii, privezených RZP bolo  $n = 5$  (27,78%) a 2 pacienti boli preložený z traumatologického oddelenia  $n = 2$  (11,11%). Bakoš (2008) hovorí, že v prípade ezofageálnych varixov sa jedná o masívne krvácanie, ku ktorému mnohokrát prichádza vo večerných hodinách. Zistili sme, že od 15:00 hod. do 23:00 bolo prijatých  $n = 10$  (55,56%) a  $n = 2$  (11,11%) boli prijatí v čase od 23:00 hod. do 07:00 hod., graf 10. V grafe 12 vyobrazujeme prítomnosť hemoragického šoku pri prijatí pacienta, pričom šokový stav bol konštatovaný ťažkou anémiou (Hb menej ako 80 g/l), hypotenziou (systolický krvný tlak pod 100 mm Hg), tachykardiou (nad 100 pulzov/min) a kolapsovými stavmi. V hemoragickom šoku bolo prijatých 10 pacientov  $n = 10$  (55,56%), u 9 pacientov  $n = 9$  (44,44%) neboli prítomné známky hemoragického šoku pri prijatí. Ďalej nás

zaujímala realizácia GFS vyšetrenia u pacientov. Graf 15 znázorňuje, že u n = 9 (50%) bola vykonaná urgentná GFS do 2 hodín od prijatia, akútnu GFS do 24 hodín absolvovalo n = 3 (16,66%), n = 1 (5,56%) mal uskutočnené GFS vyšetrenie pred prijatím na KAIM – JIS a u n = 5 (27,78%) nebolo potrebné GFS vyšetrenie. „*Urgentná endoskopia v službe alebo endoskopia do 24 hodín od prijatia do nemocnice spojená s adekvátnou terapeutickou intervenciou znižuje počet recidív, morbiditu aj mortalitu...*“ (Hrušovský, 2002, s.622). Zistovali sme, aký typ ošetrenia bol vykonaný počas GFS vyšetrenia. Celkovo 13 pacientov absolvovalo GFS vyšetrenie, z toho u n = 6 (46,15%) bola urobená endoskopická skleroterapia a bez ošetrenia bola GFS ukončená u n = 7 (53,85%). V grafe 17 zobrazujeme typ sondy, ktorá bola zavedená pri prijíme pacientovi. Zavedená NGS a vykonaná laváž bola u n = 12 (66,67%), 2 pacientom n = 2 (11,11%) bola zavedená SB sonda a bez akejkoľvek sondy boli n = 4 (22,22%). Marko et al., (2007, s.68) zastáva názor: „*Vždy pred endoskopiou u akútne krvácajúceho pacienta je potrebné zaviesť nasogastrickú sondu a vykonať výplach žalúdka, aby počas endoskopie bolo čo najmenej krvi a koagúl v dutine žalúdka.*“. Potvrdilo sa nám aj zavedenie SB sondy, v našom prípade bola zavedená u n = 2 (11,11%). Bakoš (2008, s.43 – 44) hovorí, že zavedenie SB sondy: „*V súčasnosti je indikované iba u 10% pacientov, u ktorých krvácanie nie je možné kontrolovať endoskopicky.*“ Zaujímalo nás, kam boli prelození a následne poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť pacientom hospitalizovaných na KAIM – JIS. Na II. Internú kliniku (JIS, oddelenie muži, ženy, MJ – metabolická jednotka) boli prelození 13 pacienti n = 13 (72,22%), n = 1 (5,56%) podpísal reverz a bol prepustený do domácej ošetrovateľskej starostlivosti, na iné oddelenia v rámci FN Nitra (KAIM, Kardiocentrum – JIS, doliečovací oddelenie, traumatologické oddelenie) boli prelození n = 4 (22,22%), graf 18. V tomto grafe nás zaujal pacient, ktorý sa rozhodol pre ukončenie liečby a hospitalizácie a napriek opakovaným upozorneniam a poučení o možných rizikách a aj následkoch smrti, pri plnom vedomí podpísal zrušenie písomného informovaného súhlasu s liečbou a odišiel z oddelenia. Jednalo sa pána, ktorý je bezdomovec a žije na ulici. Cieľ 2 sme splnili. Tretia otázka prieskumu **O3** znela: „**Využívajú sa nástroje KZK v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov na KAIM – JIS?**“ Zistili sme, že nie je vypracovaný žiadny nástroj KZK pre ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov, preto sme sa rozhodli vypracovať mapu starostlivosti (návrh) ako metódu riadenej starostlivosti pre vybranú rizikovú skupinu pacientov s diagnózou I 85.0 - Kľčové žily pažeráka – ezofageálne varixy s krvácaním a plánujeme ju verifikovať na KAIM – JIS. Pre vypracovanie mapy starostlivosti bolo

potrebné vedieť priemerný počet dní hospitalizácie. V grafe 11 zobrazujeme dĺžku hospitalizácie pacientov v roku 2011. Z celkového počtu pacientov  $n = 18$  (100%) u  $n = 1$  (5,56%) trvala hospitalizácia 2 dni, 3 dni bolo hospitalizovaných  $n = 9$  (50%),  $n = 2$  (11,11%) boli hospitalizovaní 4 dni,  $n = 3$  (16,66%) 5 dní,  $n = 2$  (11,11%) 6 dní a u  $n = 1$  (5,56%) trvala hospitalizácia 7 dní.

Z predošlých hodnôt sme vypočítali medián  $\tilde{x} = 4,5$ . Mapa starostlivosti bola vytvorená na 5 dní, čo bola priemerná dĺžka hospitalizácie a má pomôcť sestram poskytnúť komplexný náhľad na postup pri ošetrovaní pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov. V bakalárskej práci sme uviedli 2 kazuistiky, ktoré slúžia ako prezentácia pacientov s touto diagnózou. Cieľ 3 sa nám podarilo splniť.

### **Odporúčania pre prax:**

Na základe výsledkov prieskumu navrhujeme:

1. Podporovať kontinuálne vzdelávanie sestier a klásť dôraz na potrebu teoretického prehĺbovania vedomostí o nových trendoch riadenia ošetrovateľskej starostlivosti účasťou na konferenciách, seminároch, kurzoch a odborných stážach.
2. Vytvoriť priestor na sebarealizáciu sestier zapojením sestier do tvorby nástrojov KZK ako pomôcok na skvalitnenie a sprehľadnenie ošetrovateľskej starostlivosti.
3. Vypracovať a zaviesť mapy starostlivosti do praxe s prihliadnutím na konkrétne podmienky oddelenia alebo kliniky.
4. Vypracovať mapy starostlivosti na rôznorodé klinické diagnózy rizikových skupín pacientov, ktoré môžeme na klinických pracoviskách identifikovať.
5. Zabezpečiť dostupnosť kvalitných informačných technológií pre skvalitnenie zdravotnej dokumentácie a ošetrovateľských záznamov.



## ZÁVER

V bakalárskej práci sme sa zaoberali témou ošetrovania pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov. Diagnóza krvácanie z ezofageálnych varixov je považovaná za urgentný stav, ktorý ohrozuje pacienta bezprostredne na živote. Na zvládnutí akútneho stavu a stabilizácii pacienta sa významnou mierou podieľa včasná diagnostika, adekvátne liečba a kvalitná ošetrovateľská starostlivosť. V súčasnej dobe sa oveľa viac zdravotníckych zariadení sústreďuje na zvýšenie kvality starostlivosti o pacienta. V modernej medicíne a ošetrovatelstve sú to práve klinické návody a mapy starostlivosti, ktoré je vhodné vypracovať a uplatniť v praxi ako nástroje, prostredníctvom ktorých sa kontrolujú náklady a zlepšuje kvalita. Sú vytvorené na základe vedeckých poznatkov, osobných vedomostiach a skúsenostiach, algoritmoch, kultúre, tradíciách, výskume a ekonomických možnostiach. Pomocou nich sestry vykonávajú prácu účelne, rýchlejšie, kvalitnejšie a efektívnejšie. Vzniká tým priestor pre sestru na dôkladnejšie uspokojovanie nielen telesných potrieb, ale aj psychologických, sociálnych a duchovných.

Predmetom práce bolo problematika ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov. Dostať sa hlbšie do danej problematiky nám umožnila preštudovaná literatúra a odborné časopisy, ktoré sú uvedené v zozname bibliografických odkazov.

Cieľom práce bolo zmapovať problematiku ošetrovania pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov a vytvoriť návrh mapy starostlivosti. Prieskumnú vzorku tvorili pacienti, ktorí boli hospitalizovaní na KAİM – JIS počas roku 2011 s danou diagnózou. Boli sme limitovaní počtom prijatých pacientov, celkovo ich bolo 18 počas celej doby skúmania. Ako hlavnú metódu sme si zvolili obsahovú analýzu dokumentov – chorobopisov a ošetrovateľskej dokumentácie, čím sme získali informácie o počte hospitalizovaných pacientov, veku, pohlaví, sociálnych podmienkach, priemernej dĺžke hospitalizácie, najčastejšom pridruženom ochorení pri danej diagnóze a diagnostických a ošetrovateľských metódach počas hospitalizácie. Zhromaždené údaje sme štatistickou metódou – výpočtom početnosti absolútnych a relatívnych čísel - spracovali, aplikovali do tabuliek a grafov a vyhodnotili, čím sa nám ciele 1, 2 splnili. Dospeli sme k tomu, že danou diagnózou trpí podstatne viac mužov ako žien, zároveň u mužov sa prejavuje toto ochorenie v oveľa mladšom veku ako u žien. Veľký vplyv majú práve sociálne podmienky na pacienta, ktoré v skoro 90% ovplyvňuje pridružená diagnóza a tou je abúzus alkoholu.

Ako jednu z kritických ciest nami vytvorenej mapy starostlivosti sme vybrali aj edukáciu. Myslíme si, že zaujatím vhodného postoja k pacientovi a poskytnutím informácií o možnostiach liečby zo závislosti k alkoholu prispejeme k zlepšeniu situácie a zdravotného stavu pacienta. Na základe získaných údajov z obsahovej analýzy dokumentov sme metódou modelovania a myšlienkového experimentu vypracovali návrh mapy starostlivosti na priemerný počet dní pacientov hospitalizovaných na KAIM – JIS s krvácaním z ezofageálnych varixov. Zároveň sme vytvorili návrh ošetrovateľských diagnóz Nanda- International taxonómia II. 2009 – 2011. Používaním navrhnutej mapy starostlivosti sa eliminuje variabilita z procesu starostlivosti, neefektívne disponovanie s finančnými zdrojmi a následná redukcia nákladov na celkovú starostlivosť. Je potrebná, pretože napomáha k ušetreniu zdrojov, zvýšeniu efektivity a zlepšeniu kvality starostlivosti. Cieľ 3 sme splnili. Vytvorením dvoch kazuistík sme prezentovali pacientov s diagnózou krvácanie z ezofageálnych varixov. Hlavný cieľ bakalárskej práce bol splnený.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BAKOŠ, E. 2008. *Diagnostický a terapeutický algoritmus pri krvácaniach do tráviaceho traktu – súčasné trendy*. Nitra : Univerzita Konštantína Filozofa Nitra, 2008. ISBN 978-80-8094-368-4.

BAKOŠ, E. et al. 2007. *Chirurgia – základy všeobecnej chirurgie*. Nitra : UKF Nitra a Fakultná nemocnica Nitra, 2007. ISBN 978-80-8094-242-7.

BAKOŠ, E., DUBAJ, M. 2007. Naše skúsenosti v diagnostike a liečbe akútnych krvácaní do hornej časti zažívacieho traktu. In *Úrazová a intenzívna medicína*. ISSN 1337-0820, 2007, roč. 2, č. 1, s. 43 – 46.

BÁTOVSKÝ, M. 2006. Akútne varikózne krvácanie – Diagnostika a terapia. In *Gastroenterológia pre prax*. ISSN 1336–1473, 2006, roč. 5, č. 4, s. 203 – 206.

BÁTOVSKÝ, M. 2010. Diagnostika a liečba krvácania do gastrointestinálneho traktu. In *Interná medicína*. ISSN 1335-8359, 2010, roč. 10, č.11, s. 531 – 533.

BRAUN, J., DORMANN, A. 2000. *Vademecum lékaře*. 3 . vyd. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-86257-10-X.

ČIHÁK, R. 2002. *Anatomie 2*. 2.vyd. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0143-X.

DOBIÁŠ, V. et al. 2007. *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin : Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-255-7.

DOBIÁŠ, V. 2007. *Urgentná zdravotná starostlivosť*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-244-1.

GLADKIJ, I. et al. 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno : Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.

HRUŠOVSKÝ, Š. 2008. Endoskopia pažerákových varixov. In *Lekársky obzor*. ISSN 0457-4214, 2008, roč. LVII, č.3, s. 133-135.

HUBMANN, R. et al. 2004. Použitie ezofágového stentu – prvé skúsenosti v liečbe krvácajúcich varixov pažeráka. In *Lekársky obzor*. ISSN 0457-4214, 2004, roč. LIII, č.12, s. 458 - 461.

HUSOVÁ, L. 2001. Akutní krvácení do horní části trávicí trubice – Terapie I. In *Interní medicína pro praxi* [online]. 2001, č. 2, s. 71 – 74. [citované 20.10.2011]. Dostupné na internete: < <http://www.internimedica.cz/artkey/int-200102-0005.php>> ISSN 1803-5256.

HUSOVÁ, L. 2004. Diagnostika a terapie akutního krvácení do horní části trávicí trubice. In *Interní medicína pro praxi* [online]. 2004, č.6, s. 305 – 308. [citované 17.10.2011]. Dostupné na internete: <<http://www.internimedica.cz/artkey/int-200406-0004.php>>. ISSN 1803-5256.

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

KILÍKOVÁ, M., NEMČOKOVÁ, A. 2006. Manažment kvality ošetrovateľskej starostlivosti. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. V, č. 7 - 8 , s. 24 – 25.

KILÍKOVÁ, M., NEMČOKOVÁ, A. 2006. Manažment kvality ošetrovateľskej starostlivosti. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. V, č. 9 - 10 , s. 22 – 23.

KLIMEŠOVÁ, S. 2010. Ošetrovanie pacienta s pažerákovými varixami. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2010, č. 7 – 8, s. 31 – 33.

KONTROVÁ, L., ZÁČEKOVÁ, M., HULKOVÁ, V. 2005. *Štandardy v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2005. ISBN 80-8063-198-0.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo 2*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.

KRIŠKOVÁ, A. et al. 2006. *Ošetrovateľské techniky – metodika sesterských činností*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2006. ISBN 80-8063-202-2.

KRŠKA, Z., ZAVORAL, M. et al. 2007. *Krváčení do gastrointestinálneho traktu*. 1.vyd. Praha : Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-994-8.

KUTNOHORSKÁ, J. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUŽELA, L., OLTMAN, M. 2002. Farmakologická liečba krvácajúcich pažerákových varixov. In *Lekárske listy / Príloha zdravotníckych novín*. ISSN 1335-4477, 2002, č. 12, s. 1 – 2.

LUKÁČ, Ľ. et al. 2005. Endoskopická ligácia v liečbe pažerákových varixov. In *Interná medicína*. ISSN 1335–8359, 2005, roč. 5, č. 7 - 8, s. 414.

MANKOVECKÁ, M. 2003. Štandardy ošetrovateľskej starostlivosti. In *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1336-183002-04, 2003, roč. I, č. 4, s. 4 – 5.

MARKO, Ľ., MOLNÁR, P., KOREŇ, R. 2005. Praktický manažment pacienta s krvácaním do tráviaceho traktu. In *Miniinvazívna chirurgia a endoskopia chirurgia súčasnosti* [online]. 2005, roč. II, č.2, s. 41 – 46. [citované 15.10.2011]. Dostupné na internete: <<http://laparo.laparoskopia.info/?cat=5>>. ISSN 1336-6572.

MARKO, Ľ., MORAVEC, R., NEORAL, Č. et al. 2007. *Chirurgia pažeráka a žalúdka minulosť a miniinvazívna chirurgia a endoskopia súčasnosti*. 1.vyd. Trenčín Zlatovce : Merkantil, 2007. ISBN 978-80-969813-3-5.

MARKO, Ľ. et al. 2001. *Praktický manažment pacienta s krvácaním do tráviaceho traktu*. Banská Bystrica : Marko, 2001. ISBN 80-968076-1-7.

MARKOVÁ, A. 2009. Seminár o riešení krvácania z GIT-u a použití stentov Martin, 2009 In *Miniinvazívna chirurgia a endoskopia chirurgia súčasnosti*. ISSN 1336-6572, 2009, roč. XIII, č. II, s. 51 – 53.

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

MESÁROŠOVÁ, J., HANZUCHOVÁ, E. 2006. Mapy starostlivosti ako špecifický nástroj kvality. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. V, č. 1 -2 , s. 20 -22.

MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče II*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1443-4.

NANDA International. 2010. *Ošetrovateľské diagnózy – definície a klasifikácie 2009 – 2011*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.

OLEJNÍK, J. 2001. História a súčasnosť terlipresínu [Remestyp] pri krvácaní z tráviaceho traktu. In *Slovenský chirurg*. ISSN 1335-2954, 2001, roč. IV, s. 38

PAFKO, P., KABÁT, J., JANÍK, V. 2006. *Náhlé príhody břišní*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-0981-3.

POLEDNÍKOVÁ, E., 2011. Ošetrovateľský proces pri pažerákových varixoch. In VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2011. *Ošetrovateľský proces v internom ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2011. ISBN 978-80-8063-358-5.

SKLADANÝ, Ľ. 2003. Komplexná starostlivosť o pacienta s cirhózou pečene. In *Interná medicína*. ISSN 1335–8359, 2003, roč. 3, č. 5, s. 304 – 310.

SKLENKOVÁ, M. 2004. Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a jej hodnotenie. In *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia*. ISSN 1336-183X, 2004, roč. II., č. 3, s. 8 -9.

ŠKRLA, P., ŠKRTLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovateľský management*. Praha : Advent Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. et al. 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-270-0.

TRACHTOVÁ, E. et al. 2001. *Potreby nemocného v ošetrovatelském procese*. 2. vyd. Brno : Inštitút pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Břně, 2001. ISBN 80-7013-324-8.

VÖRÖSOVÁ, G., BOLEDOVIČOVÁ, M. 2004. Mapy starostlivosti a ich prínos pre sestru. In *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1336-183X, 2004, roč. II., č. 6, s. V - VI.

VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2005. *Interné ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2005. ISBN 80-8063-192-1.

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

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

ZADÁK, Z. et al. 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha : Grada, 2007. ISBN 802472099X.

## PRÍLOHY

Príloha A Vyhovenie žiadosti o povolenie uskutočnenia prieskumu

**Etická komisia pri Fakultnej nemocnici Nitra, Špitálska 6, PP41C, 950 01 Nitra**  
Tel.č.037/6545927, e-mail:etickakomisia@fnnitra.sk

Stanislava Macková  
Novomeského 65  
949 11 Nitra

**Vec: Vyjadrenie k žiadosti o umožnenie prieskumu vo FN Nitra.**

Na základe Vašej žiadosti o umožnenie prieskumu v súvislosti s vypracovaním bakalárskej práce na tému „ Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s krvácaním z ezofageálnych varixov “ súhlasíme s vykonaním uvedeného prieskumu na KAIM - JIS vo FN Nitra.

Zároveň žiadame aby bola dodržaná ochrana osobných údajov, mlčanlivosť, dodržiavať hygienický režim, rešpektovať slobodné rozhodnutie sestry/pacienta zúčastniť sa na výskume. Žiadame jeden výtlačok práce odovzdať do knižnice Fakultnej nemocnice Nitra.

Etická komisia pri FN Nitra pracuje podľa požiadaviek ICH GCP 135/95 a príslušnej platnej národnej legislatívy.

FAKULTNÁ NEMOCNICA NITRA  
ETICKÁ KOMISIA  
Špitálska 6, PP 41 C  
950 01 NITRA

  
PharmDr. Mária Göböová  
predseda EK pri FN Nitra