

Kvalitne žiť aj po úraze chrbtice

Mária Judičáková

*Klinika úrazovej chirurgie
Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana Prešov*

Abstrakt

Úraz je závažným postihnutím, ktoré mení kvalitu života. V poslednej dobe stúpa počet úrazov, nevynímajúc úrazy chrbtice. Zdravie je významným aspektom kvality života, preto je dôležité získať každého jedinca pre spoluprácu na starostlivosti o svoje zdravie a zlepšovanie kvality života po úraze. Počas hospitalizácie je potrebné pripraviť pacienta na ďalšie prežívanie aj keď so zmeneným zdravotným stavom.

Kľúčové slová: Úraz chrbtice. Kvalita života. Ošetrovateľská starostlivosť. Zlepšovanie kvality života. Rehabilitácia.

Abstract

Injury is a serious handicap which alters quality of life. Recently an increasing number of accidents, including the spinal injury. Health is an important aspect of quality of life, it is important to win over every individual's cooperation in the care of their health and improving quality of life after the accident. During hospitalization, it is necessary to prepare the patient for further survival, albeit with changed health status.

Key words: Spine injury. Quality of life. Nursing care. Improving the quality of life. Rehabilitation.

Úvod

Silná, alebo časovo proťahovaná záťaž zapríčiňuje dekompenzáciu základných homeostatických mechanizmov a bezprostredné ohrozenie života. Úrazy ohrozujú zdravie jednotlivcov, sú príčinou utrpenia, spôsobujú nešťastie pre postihnutého a jeho rodinu. So zreteľom na škody, ktoré úrazy prinášajú pre jednotlivca, povinnosťou každého jednotlivca je zabrániť všetkými možnými prostriedkami úrazom a pri vzniknutých poraneniach usilovať sa o záchranu postihnutých osôb. Úrazy nevznikajú vždy náhodne, môžu ich zapríčiniť rozličné príčiny. Ochrana pred úrazmi preto spočíva v odhalení a v ich odstraňovaní. Vonkajšia udalosť v zmysle pojmu „úraz“ sa nazýva tiež úrazový proces. Najčastejšie to býva nehoda v práci, v priemysle, doprave, domácnosti, a to bez ohľadu na to, či vznikla z nedbalosti alebo pre nepredvídanú okolnosť. Poranenia sú urgentnou záležitosťou, a preto sa musia podobne, ako iné stavy v chirurgii riešiť urgentne. Úrazy hornej krčnej chrbtice tvoria asi 1/3 všetkých poranení krčnej chrbtice. Pri ťažkých poraneniach krčnej chrbtice vzniká strihovým mechanizmom bezprostredne po traume výrazné obmedzenie pohyblivosti krčnej chrbtice. Pretože krčná chrbtica je najviac pohyblivá časť celej

chrbtice, je odlišná svojou stavbou a funkciou. Samotné telo je užšie k pomeru veľkosti stavca a preto je častejšia sublúxácia a luxácia stavcov. Je tu viac miesta ako v hrudnej oblasti, takže miecha má väčšiu možnosť uniknúť ťažkému poraneniu. Ak dôjde k takému úrazu, a ten sa neskončí bezprostredne fatálne, sú postihnuté všetky štyri končatiny a pacient sa stáva quadruplegickým (Vojtaššák, 2004, s.59). Príčinou vzniku poranení hrudnej a driekovej chrbtice bývajú pády z výšky a dopravné úrazy. Poranenia chrbtice vznikajú najčastejšie nepriamym mechanizmom – násilným ohnutím (Judičáková, 2001,). Druhú skupinu tvoria poranenia, ktoré vznikli pôsobením priameho násilia. Sem patria ťažké kontúzie chrbtice i zlomeniny spinálnych výbežkov a oblúkov, ktoré vznikli úderom či pádom ťažkého predmetu na chrbát. V oblasti hrudnej a driekovej chrbtice sú najčastejšie *kompresívne zlomeniny stavcov*. Vznikajú zväčša kombináciou stlačenia a ohnutia chrbta. *Flekčné zlomeniny stavcov* vznikajú pri násilnom ohnutí chrbtice dopredu, kedy sa predná časť vpredu klinovito stlačí a zadné časti sa rozostúpia. Ohybové zlomeniny vznikajú aj nadmerným prehnutím chrbtice dozadu, pritom sa láme telo i oblúk zadnej časti tela, alebo sa láme telo a oblúk, trhá sa medzistavcová platnička. Ak násilie pokračuje, nastáva dislokácia úlomkov do chrbticového kanála. *Kominutívne zlomeniny stavcov* vznikajú podobne ako kompresívne zlomeniny, telo je zlomené na viac úlomkov. *Luxačné zlomeniny stavcov* patria medzi najťažšie poranenia chrbtice. často sú komplikované s poškodením miechy a koreňov (Hudec, 1986, s.522). Pri poškodení miechy má veľký význam základný patologický proces a funkčné dôsledky. Pri kompresii sa vyvíja podľa závažnosti a dĺžky trvania kompresie poškodenie neurónov a nervových dráh. Poškodenie môže byť v ľahšom prípade len fokálne, v ťažšom prípade môže nastať aj **transverzálna lézia miechy** – úplné prerušenie miechy (Hulín, 2005, s. 556).

Kvalita života začína pri diagnostike

Celá prednemocničná a nemocničná starostlivosť je boj s časom. Pri diagnostikovaní každého ochorenia sa postupuje podľa vopred určených, na seba naväzujúcich krokov. Takéto postupné kroky sú aj pri diagnostikovaní poranenia chrbtice. Základnou rtg. metódou je **skiagrafia**, pomocou ktorej sa získava **prehľadná snímka** skeletu a mäkkých častí. **Výpočtová tomografia (CT)** vynikajúco zobrazuje rozsah a smer šírenia patologického procesu v kosti a priľahlých štruktúrach (Varsik, 1997, s. 442). **Cieľom liečby** poranenej chrbtice je obnovenie jej nosnej a pohybovej funkcie vrátane obnovenia funkcie nervových štruktúr je návrat neurologických funkcií, zachovanie či znovu obnovenie stability chrbtice, komfort pacienta, možnosť včasnej fyzickej a sociálnej rehabilitácie.

Úrazy v oblasti krčnej chrbtice sa liečia zvyčajne nechirurgicky, extenziou a objímkou krku (minerva), ktorá znemožňuje pohyb hlavou a fixuje dosiahnuté postavenie chrbtice. Využíva sa

extenzia pomocou kovovej svorky upevnenej na lebke chorého. Svorky rozličnej technickej konštrukcie pripomínajú kliešte, ktoré svojimi čeľusťami zachytia o kosť lebky. Za zámkom kliešti cez kladku sa zavesí závažie tvoriace 1/10 hmotnosti chorého. Aby sa ťah Crutchfieldovej svorky cez kladku zvýšil, nakloní sa celé lôžko do proti ťahu. Operácia je vždy potrebná vtedy, keď je miecha celkom prerušená. U poranení chrbtice v hrudníkovom a driekovom segmente liečba sa poskytuje podľa závažnosti poranenia. Je buď konzervatívna, spočívajúca v kľude na posteli počas 6 – 8 týždňov, alebo operačná (Judičáková, 2005).

Rozhodnutie medzi dvomi základnými variantmi liečby – konzervatívnou a operačnou – je založené na existencii v podstate empirických indikácií k operačnej liečbe. Indikačných kritérií je nepreberné množstvo. **Neurologické** – zhoršenie sa a progresia príznakov; **morfológické** – všetky typy čerstvých, nestabilných poranení s kompletným neurologickým deficitom, otvorené poranenia, čerstvé bilaterálne luxácie aj bez neurologického deficitu. U pacienta s akútnym poranením chrbtice je neurologické vyšetrenie jedným zo základných vyšetrení. Je potrebné zrealizovať ho čo najskôr po prijatí pacienta do nemocnice – má určiť či a prípadne do akej miery bola poškodená miecha; má určiť výšku poranenia miechy na segmentálnej úrovni, čo je dôležité pre ciele vyšetrenie chrbtice na rtg., CT, či MRI; má odhaliť prípadné súčasné poranenie mozgu. Opakované neurologické vyšetrenie v neskoršom období po úraze sa zameriava na posúdenie dynamiky neurologických zmien, operačného výsledku, zhodnotenie celkového rozsahu poškodenia miechy po ústupe spinálneho šoku na vertikálnej a horizontálnej úrovni.

Farmakoterapia má svoje špecifiká. Dominantnou indikáciou je včasná aplikácia **kortikosteroidov** hneď po úraze. Podľa výsledkov štúdie NASCIS I – III (National Acute Spinal Cord Injury Study) treba pri všetkých poraneniach chrbtice (nie koreňov) podávať **metylprednizolón** v dávke 30 mg/kg hmotnosti každé 4 hodiny počas 24 hodín, pričom prvá dávka sa aplikuje čo najskôr po úraze. Účinky dlhšieho dávkovania neboli dokázané. **Antikoagulanciá** sú aplikované ako prevencia či terapia hlbokoj žilovej trombózy. S aplikáciou sa začína hneď po prijatí do nemocnice. **Antiagreganciá** zabraňujú tvorbe trombov. Pozitívne ovplyvňujú reologické vlastnosti krvi. U pacientov s poranením miechy je preventívne podávanie **antacid**, ktorých účinok spočíva v neutralizácii kyseliny chlorovodíkovej. Významnou terapeutickou skupinou u pacienta s poranením chrbtice sú **myorelaxanciá**., **antibiotiká**. Najčastejšie sa vyskytujú infekcie močových ciest, dekubity, bronchopneumónie. Pri liečbe dekubitov a infekciách močového mechúra sú využívané **antiseptiká** a **dezinficienciá**. Vzhľadom k častej agresívnej antibiotickej a inej liečbe spinálneho pacienta sú indikované **hepatoprotektíva**, pre svoj priaznivý účinok na metabolizmus pečenevej bunky. Tetra – a paraplegický pacient je najčastejšie vystavený dlhodobému podávaniu

laxancii. Ani vhodné zloženie stravy často neprináša žiaduci účinok. Preto pri aplikácii je potrebné pamätať aj na vedľajšie nežiaduce účinky. (Malý, 1999, s. 301 – 303).

Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť zlepšuje kvalitu života po úraze chrbtice

Život si môžeme predstaviť ako po sebe nasledujúce situácie realizované v určitej časovej postupnosti, na ktoré sú ľudia pripravení. Chorého človeka však choroba vytrhne z bežného každodenného života (Novotná, 2006, s. 143). Komunikácia s pacientom pri akútnom prijme má určité špecifiká. Mnohokrát sú to pacienti privezení rovno z ulice, sú ustráchaní, v šoku, často si nevedia spomenúť na okolnosti úrazu. Pre účelnosť komunikácie je rovnako dôležité prispôbiť komunikáciu a prostredie, v ktorom sa práve pohybujeme, osobám, s ktorými komunikujeme. Prostredníctvom verbálnej a neverbálnej komunikácie sa snažíme pacienta upokojiť, spýtame sa kedy a kde ho to najviac bolí, či mu zabrali analgetiká, snažíme sa zabezpečiť a udržať vyhovujúcu polohu (Poláková, 2005, s. 240). Pacient prichádzajúci do zdravotníckeho zariadenia je vystavený pôsobeniu stresových činiteľov, ktorých prekonanie je pre neho veľkou záťažou. Prvotnou prekážkou je jeho samotný úraz, ktorý ho do značnej miery psychicky mení a pacient sa zmieta medzi apatiou a agresivitou s rôznymi medzistupňami. Vzťah sestry k pacientovi je veľmi významný – sestra s ním trávi veľa času v priamom kontakte. Kontakt s pacientom musí byť v prvom rade individuálny a je nevyhnutné brať do úvahy jeho vzdelanostnú úroveň, inteligenciu a sociálne prostredie, z ktorého prišiel (Slaninková, 2005, s. 19). Telesné postihnutie alebo úraz pripravujú pre človeka náročnejšie životné situácie. Takéto životné situácie prinášajú však zvýšené nároky na prispôbenie a následkom toho i určité špecifické nebezpečenstvo pre psychiku postihnutého jedinca (Matějček, 2001, s.7). V súčasnosti osobitne vystupujú do popredia *psychické problémy* človeka našich čias – rýchle tempo zmien civilizácie kladie nadmerné nároky na prispôbovanie sa, na adaptačné schopnosti a zvyšuje tak výskyt neurotických a tzv. psychosomatických porúch; vzrastá napätie (tenzia) a úzkosť; ochudobňuje sa sila a hĺbka medziľudských vzťahov; preskupuje sa hodnotový systém; (Kondáš, 1985, s. 15).

Realizácia ošetrovateľských činností si vyžaduje rámec, ktorý je základnou podpornou štruktúrou a vychádza zo špecifického prístupu ku pacientovi (Hanzlíková, 2002, s. 77). Ošetrovateľstvo patrí medzi aplikované vedné disciplíny. Vzťah medzi pacientom a zdravotníkom je osobitným druhom medziľudského vzťahu. Ak sa v ňom, čo i nechtiac, neúmerne zdôrazní vzťah závislosti, vyvolá to mnoho osobných problémov i konfliktov, na ktorých má svoj podiel aj izolácia od vonkajšieho a najmä rodinného prostredia a minimalizácia kultúrnych a sociálnych podnetov. Chorí sa neraz neobávajú následkov choroby, ale toho, čo ich čaká pri vyšetrení a liečení v zložitom systéme zdravotníckych služieb, obávajú sa hospitalizácie (Kondáš, 1985, s. 194).

Za kritérium posudzovania kvality života z pohľadu ošetrovateľstva môžeme považovať sebaopateru, ktorou sa zaoberá Oremovej model. Tento model je jednou z filozofii ošetrovateľstva. **Objasňuje starostlivosť o seba pri napĺňaní ľudských potrieb.** Poukazuje na to, že špecifickým záujmom ošetrovateľstva je uspokojenie potrieb človeka mobilizovaním starostlivosti o seba na podklade ľudskej prirodzenosti. Neschopnosť postarať sa o seba je spravidla spojená s chorobou alebo handikepom. Oremová dospela k záveru, že ošetrovateľská starostlivosť je nevyhnutná u osôb neschopných zabezpečiť si priebežnú starostlivosť o seba v rozsahu a kvalite, ktoré vyžaduje zdravotný stav.

Dôležitou a nevyhnutnou podmienkou starostlivosti o seba je existencia určitých schopností, vôle a podmienok u jedinca. Jedinec, ktorý si uvedomuje požiadavky na starostlivosť, musí mať vyvinutú schopnosť postarať sa o seba. Týka sa to aktivít, ktoré sú predpokladom na starostlivosť o seba, pričom je dôležité, aby vedel – *prečo sa má o seba starať; rozhodnúť sa, ako bude starostlivosť vykonávať; predstaviť si, čo pre to musí urobiť.* Má vrodené a získané schopnosti starať sa o seba, musí však byť schopný regulovať svoje správanie a vedieť – odhadnúť primerané aktivity; rozhodovať o týchto aktivitách; starať sa o seba (realizovať starostlivosť).

Subjekt, ktorý sa stará o seba, musí byť schopný identifikovať vlastné potreby, plánovať, realizovať a vyhodnocovať starostlivosť o seba. Starostlivosť o seba je konkrétne správanie, ktoré človek realizuje v prospech svojej existencie, zdravého vývoja a zdravia. Ide o realizáciu činností zameraných na seba alebo na okolie s cieľom sebaregulácie v záujme vlastného života a zdravia. Týka sa to súčasného správania ľudí v starostlivosti o seba, t. j. čo robia pre svoju zdravú existenciu. Deficit starostlivosti o seba je dôvodom na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Ošetrovanie predstavuje komplex schopností na vykonávanie ošetrovateľských činností. Sestra by mala byť schopná diagnostikovať, plánovať, realizovať a hodnotiť ošetrovateľské činnosti pri uspokojovaní potrieb pacienta s deficitom starostlivosti o seba. Ošetrovateľský systém plní dve úlohy – buď sestra riadi samostatnú starostlivosť pacienta, to znamená, že sa pokúsi zlepšiť stav ošetrovaného, alebo zabezpečí starostlivosť na základe požiadaviek ošetrovaného, ktorý nie je schopný alebo nemôže vykonávať túto činnosť sám. (Farkašová, 2005, s. 74 – 79).

Ošetrujúci sa veľmi často stretávajú s pacientmi s úrazom chrbtice a miechy – paraplégiou, ktorá je spojená s veľkým množstvom ošetrovateľských problémov, a preto je starostlivosť o takto chorých mimoriadne náročná. Potrebná je dokonalá interakcia a komunikácia medzi pacientom – lekárom – sestrou – fyzioterapeutom, pretože len pri ich súhre možno dosiahnuť pozoruhodné výsledky.

Dôležité je vykonávať hygienickú starostlivosť podľa individuálnych potrieb pacienta – nepoužívať horúcu vodu, prípadne drsné hygienické pomôcky, vymieňať osobnú a posteľnú

bielizeň, minimalizovať kontakt s vlhkosťou spôsobenou inkontinenciou, defekáciou, potením venovať zvýšenú pozornosť starostlivosti o kožu po defekácii (Kubicová, 2000, s. 58).

Polohovanie, prípadne akákoľvek zmena polohy je potrebná. Cieľom polohovania je - *odstránenie bolesti* – pacient je napolohovaný v úľavovej polohe, kde má najmenšie bolesti, *prevencia vzniku kontraktúr svalov a šliach* – u stavov so svalovou nerovnováhou. Niektoré svaly majú tendenciu sa sťahovať, a preto je potrebné ich pravidelné natáhanie, *ako prevencia vzniku dekubitov*. Polohovanie sa robí v ľahu (pomocou vankúšov, dláh, obväzov) a polohuje sa v strednom postavení kĺbov. „*Sestra motivuje a podporuje pacienta k aktívnym pohybom v rámci denných samoobslužných činnosti*“ (Polhorská, 2006).

Koža pri dlhotrvajúcej imobilite atrofuje, mení sa jej pevnosť, štruktúra pokožky, postupne dochádza ku zníženiu kožného turgoru. U ležiacich chorých dochádza k zmenám pri vyprázdňovaní – retencia moča, inkontinencia moču. Neschopnosť udržať stolicu, či moč, znižuje obranyschopnosť pokožky a vedie k podráždeniu kože. Pôsobením moču a stolice sa narúšajú povrchové vrstvy kože – dochádza k jej zmäkčovaniu alebo rozkladu povrchových vrstiev pokožky. Takto porušená koža je menej odolná voči mechanickým vplyvom. Pri nesprávnej či nedostatočnej hygiene sa na nej množia baktérie, ktoré môžu viesť k infekciám, či zápalom. „*Nedostatočná či nesprávna hygiena tak môže byť priamou príčinou vzniku dekubitov*“ (Martinický, 2007, s. 24).

Poranenie ktorejkoľvek časti nervového systému má za následok nekontrolovaný odtok moču – inkontinenciu. Niekedy sa človek nemôže vymočiť ani pri nadmernom naplnení močového mechúra. Tento stav sprevádzaný nepríjemnými až bolestivými pocitmi, označujeme ako retenciu moču. Informácie získava sestra rozhovorom s pacientom, kontrolou záznamov týkajúcich sa vyprázdňovania moču. Informuje sa o bežnom spôsobe vyprázdňovania, jeho frekvenciu, zisťuje prípadne problémy. Následne vykonáva intervencie zamerané na starostlivosť o inkontinentného, starostlivosť o kožu, tiež o permanentný katéter, ktorý má pacient zavedený. Pri poraneniach chrbtice s léziou miechy je robený tréning močového mechúra., ktorý spočíva vo vyprázdňovaní močového mechúra v pravidelnom časovom intervale. Z rozhovoru s pacientom hodnotí jeho pocity, úpravu, prípadne zmiernenie poruchy močenia a zvládnutia starostlivosti pri inkontinencii moču (Mikšová, 2002, s. 40, 57). Inkontinencia stolice – strata kontroly defekácie sa všeobecne spája s narušením funkcie análnych zvieračov, či ich inervácie. Býva tomu u neuromuskulárnych poranení, pri úrazoch panvy. Hodnotenie sebestačnosti v oblasti vyprázdňovania vykonáva sestra v rámci ošetrovateľskej anamnézy a je súčasťou skríningového vyšetrenia pacienta. Úroveň sebaopatery vychádza z možnosti pohybovať sa. Človek bez pohybového obmedzenia je schopný sám dôjsť na toaletu, zoblíct sa. V dôsledku ochorenia, úrazu, sa stáva čiastočne alebo celkovo nesebestačným v oblasti vyprázdňovania. Pri vyprázdňovaní stolice je vhodné zabezpečiť súkromie, vhodnú výživu a tekutiny, zabezpečiť polohovanie a primerané cvičenia, sledovať frekvenciu

defekácie, farbu, konzistenciu stolice, kontrolovať liečbu, ktorú pacient užíva. Je tiež dôležité zaznamenať čas inkontinencie, vykonať starostlivú hygienu, výmenu pradla, ak je to potrebné.

Výživa ovplyvňuje nielen duševnú pohodu a zdravie, spôsob stravovania sa podieľa na celkovom zdravotnom stave človeka. Výživa je biologickou, primárnou potrebou človeka, je predpokladom fungovania homeostázy organizmu, dá sa povedať, že je aj predpokladom k zachovaniu života. U pacientov s poruchou príjmu stravy sestra vykonáva intervencie zamerané na sledovanie laboratórnych vyšetrení, dodržiavanie diétného režimu, spolupracuje na tvorbe nutričného programu, sleduje vznik edémov, kontroluje stav pokožky, stará sa o dutinu ústnu. Dbá však na vyjadrenie pacienta, napr. hodnotí uspokojovanie potreby výživy vážením laboratórnymi výsledkami, ale nemocný sám cíti potrebu výživy ako neuspokojenú (vzhľadom na zloženie stravy, časové rozvrhnutie jedla, prostredia, v ktorom sa stravuje a pod.) (Trachtová, 1999, s. 16).

Spánok a odpočinok sú základným predpokladom zdravia, u každého jedinca sú individuálne. Potreba spánku je ovplyvnená dennou aktivitou. Informácie získavame od pacienta, zisťujeme anamnézu spánku, typ, jeho dĺžku a kvalitu, prípadne užívanie hypnotík alebo sedatív. Sestry vykonávajú intervencie, na konci ktorých má pacient kvalitný spánok, prípadne spí aspoň 6 hodín a keď sa zobudí cíti sa odpočínutý (Zajíčková, 2002, s. 65).

Rehabilitácia – s jej jednotlivými stupňami – s príslušnými polohovými a pohybovými prvkami s psychologickou intervenciou, dokonalou ošetrovateľskou starostlivosťou – určuje konečný efekt liečby. „*Rehabilitácia je veľmi dôležitá intervencia, ktorá je však ohraničená časom a rozsahom*“ (Čejko, 1994, s. 198). Cieľom liečby hlavne u pacientov s priečnou léziou miechy je prevencia respiračných, obehových komplikácií, prevencia straty pohyblivosti vo všetkých kĺboch, zlepšenie svalovej sily u čiastočne postihnutých svalov. Treba venovať pozornosť reedukácii dýchania. Mimoriadne dôležité, hlavne pre prevenciu preležanín, kontraktúr, zmiernenie spasticity je správne polohovanie pacienta. Určujúcim faktorom pri polohovaní je výšková lokalizácia lézie (Rondiková, 1998, s. 244).

V rámci ošetrovateľského procesu sestra môže aplikovať **psychologický prístup**, predstavuje využívanie psychologických prostriedkov na vytvorenie primeranej pracovnej atmosféry, ktorá je potrebná na komunikáciu a vytvorenie vzťahu medzi sestrou a pacientom. Psychoterapeutickým pôsobením sestra *ovplyvňuje* u pacienta - nežiaduce psychické stavy – úzkosť, napätie, smutnú náladu, osobnosť – posilňuje pozitívnosť reakcií, spevňuje jej jednotlivé časti, orientáciu v samom sebe – robí spoločníka pri hľadaní miesta v prežívaní, kde sa aktuálne pacient v chorobe nachádza, učenie – podporuje schopnosť rozhodovať sa v súlade s vlastnými potrebami, možnosťami a s ohľadom na druhých ľudí (vyhýbanie sa konfliktom a napätiu v sociálnej oblasti) (Kristová, 2002, s. 141 – 142).

Kvalita života súčasného človeka

„je veľmi subjektívna a veľmi individuálna – predstavuje rôzne veci pre rôznych ľudí a v rôznom čase“ (Šimová, 2005,) a môžeme ju odvodzovať od určitých vonkajších, objektívnych okolností a situácií, ktoré determinujú život človeka (handicap, ochorenie, krízová situácia), no predovšetkým od toho, ako určité životné zmeny prežíva, zvyznamňuje, akú hodnotu im pripisuje. Ďalej je dôležité zistiť, k čomu ho tieto zmeny motivujú, ako korešpondujú s jeho životnými potrebami, ako prispievajú k rozvoju či dezintegrácii jeho osobnosti (Nemečková, 2004, s.69 – 70).

Zdravie je jedným zo základných predpokladov šťastného a tvorivého života jednotlivcov a prostredníctvom nich aj spoločnosti. Je výsledkom pôsobenia viacerých činiteľov kladne ovplyvňujúcich život, teda pôsobenia hospodárskych, sociálnych i zdravotníckych opatrení, ktorými spoločnosť chráni a priamo alebo nepriamo upevňuje zdravie svojich občanov. Zdravie je chápané ako jedna zo základných a najdôležitejších životných hodnôt, ako prejav života, sústavný, dynamický proces. Život a zdravie predstavujú pre jednotlivca, pre jeho rodinu často konkrétne ťažko alebo vôbec nemerateľné, ale ničím nenahraditeľné hodnoty. Dosiahnutie pozitívneho zdravia je dlhodobým cieľom komplexných preventívnych snáh a opatrení spoločnosti.. Pozitívne zdravie prispieva k životnej pohode ľudí, k ich potrebnej pracovnej výkonnosti, k predĺženiu aktívneho života. Choroba – protipól zdravia – je chápaná ako prejav mikroskopickej alebo hrubej poruchy štruktúry buniek a tkanív, ktorý je sprevádzaný zmenami. Je to súhrn reakcii organizmu na poruchy rovnováhy medzi organizmom a prostredím (Rovný, 1994, s.16). Človek sa správa k neurotickým podnetom a situáciám aktívne, bráni sa im, určitým spôsobom ich spracúva a prežíva, v istom zmysle sa spolu zúčastňuje na vzniku a rozvoji svojej neurózy. Po druhé, ľudská neuróza vzniká v reálnych, postupne sa narúšajúcich vzťahoch a ich narušenosť ju ďalej udržiava. Po tretie, u ľudí spôsobí neuróza až neschopnosť alebo neprimeranosť spôsobu obrany proti konfliktom, strachu a iným neurotickým činiteľom. Jednou z najvýznamnejších príčin neuróz sú konflikty, zážitky rozporného a nezlučiteľného konania a medziľudské konfliktné situácie. S psychotraumou nevie človek bojovať; musí prebolieť, odznieť alebo psychoterapeuticky sa odreagovať. Naproti tomu konflikty sa väčšinou dajú riešiť, najmä v čase, keď vznikajú, no vtedy sa ich význam podceňuje. Ak sa konfliktná situácia vyrieši, neuróza sa nerozvinie (Kondáš, 1985.).

Žiadny organizmus nežije izolovane, ale v každom okamihu svojho života sa nachádza v nejakom prostredí, s ktorým je v neustálom vzťahu. Je svojim prostredím ovplyvňovaný a sám ho ovplyvňuje. Človek tu nie je nijakou výnimkou. Žije tiež vždy v určitých životných podmienkach, pritom sa im prispôsobuje, pretvára ich alebo si vytvára podmienky nové (Matějček, 2001, s. 12).

Z psychologického hľadiska by životné prostredie nielenže nemalo vytvárať konflikty, ale malo by poskytovať príležitosť na odreagovanie, nemalo by ďalej zaťažovať, ale poskytovať predpoklady pre obnovenie fyzických a psychických síl po práci. Životné prostredie vplýva na človeka sústavne

a dlhodobo a istým dielom sa spolu zúčastňuje na formovaní osobnosti, na charaktere medziľudských vzťahov i na duševnej vyrovnanosti (Kondáš, 1985, s. 109 – 112).

Je mnoho nevšedného vo všedných dňoch v rodine. Aj vo všednom sa nájde dosť nevšedného. Veď napokon každý deň v rodine prebieha na pozadí niečoho nevšedného, čo má vyššiu hodnotu – je to naša rodina, náš domov, denne sem prichádzame a je nám dobre. Tu čerpáme sily do novej práce a je nám tu dobre. Rytmus práce a odpočinku je intímne spojený prahom všedných dní v rodine. Dnes človek neprichádza domov iba odpočívať. Alebo s neistotou, či zasýti svoj hlad. Verí, že nasýti svoj citový hlad, že pookreje a obnoví svoju duševnú vyrovnanosť, ak zhon moderného života, každodenné stresy alebo veľmi náročné situácie vychýlili ručičky tejto rovnováhy. Chce doma načerpať a obnoviť svoju energiu. Zdanlivo všedné rodinné prostredie je zároveň primárnym modelom domova a už tým má stále miesto v hodnotovom systéme človeka. Predstavuje kus súkromia, porozumenia i dôvernosti. Je nielen modelom medziľudských vzťahov, malo by byť aj naplnením očakávania, že tieto vzťahy sú úplne spoľahlivé, že ich charakterizuje plná dôvera, priateľsky úprimná komunikácia, citová blízkosť, bezprostrednosť a citová ozvena. Námaha, starosti, záťaž, ba i choroba sa oveľa ľahšie znášajú pri dobrom rodinnom zázemí.

Každý z nás žije a vyvíja sa predovšetkým v interpersonálnych (medziľudských) vzťahoch k ľuďom, s ktorými sa dobre pozná a ktorí sú mu osobne blízki. Ďalej žijeme vo vzťahoch k väčším skupinám, do ktorých patríme, ako škola, pracovný kolektív alebo iná organizácia. Spoločnosť na nás pôsobí na každom kroku a určuje, ako sa budeme vyvíjať po celý život. Poskytuje nám k tomu určité možnosti (Řičan, 1990, s. 27 – 28). Podobne ako pracovné sociálne vzťahy nie sú nám ľahostajné ani užšie medziľudské vzťahy vo forme nezištného priateľstva a najmä dobrého rodinného „zázemia“. Ideálne by bolo, keby aj manželské vzťahy mali charakter priateľstva. Častosť stretnutí je pre ozajstných priateľov menej podstatná ako presvedčenie o trvácnosti ich vzťahu, viera, že náš priateľ nesklame a že náš vzťah má rozmer budúcnosti. Cena dobrého priateľa je nepopierateľne veľká.

V posledných rokoch stúpa záujem o sledovanie a hodnotenie kvality života najmä u neurochirurgických, kardiologických, onkologických, psychiatrických i geriatrických pacientov, a to z viacerých hľadísk :

- A. Sledovanie vplyvu choroby a jej následkov na kvalitu života;
- B. Sledovanie vplyvu diagnostických a terapeutických intervencií na kvalitu života;
- C. Hodnotenie efektivity rehabilitačnej liečby (Rodan, 1994, s. 194 – 198).

Indikátory kvality života podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO)

1. Fyzické zdravie – od neho závisí energia, únava, bolesť a diskomfort, spánok a rozvoj.
2. Psychologické zdravie – vyjadruje image, negatívne a pozitívne city, sebahodnotenie, spôsob myslenia, učenie, pozornosť (sústredenosť)

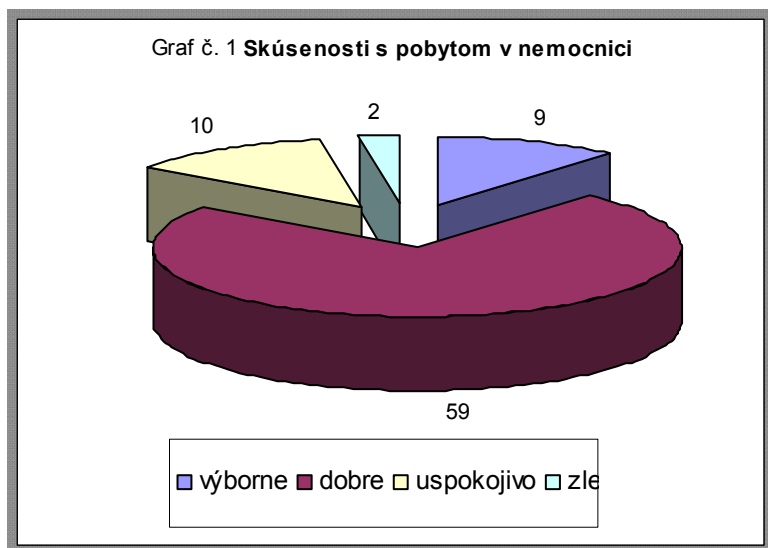
3. Úroveň nezávislosti: pohyb, denné aktivity, pracovná kapacita, závislosť na liekoch

4. Sociálne vzťahy – osobné vzťahy, sociálna opora, sexuálna aktivita

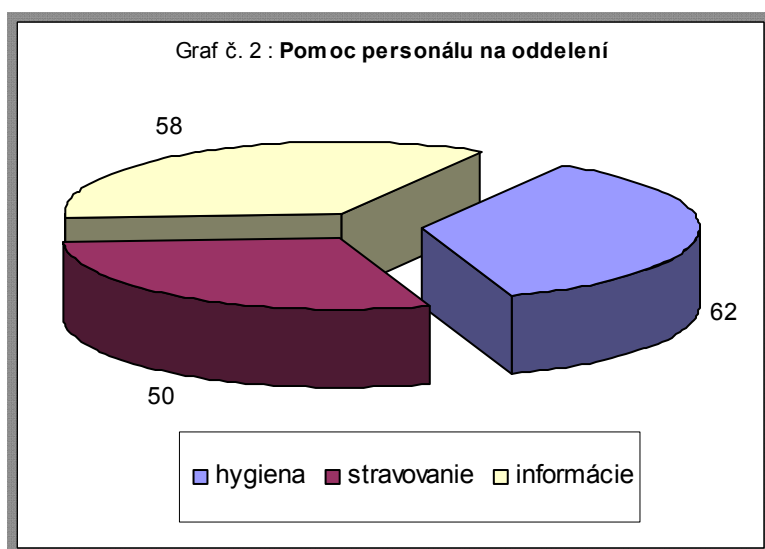
5. Prostredie – prístup k finančným zdrojom, sloboda, bezpečie, zdravé prostredie a sociálna starostlivosť, domov, prístup k informáciám, účasť na rekreácií, cestovanie, fyzické prostredie

6. Spiritualita – osobná viera a presvedčenia, hodnotová orientácia (Šimová, 2000).

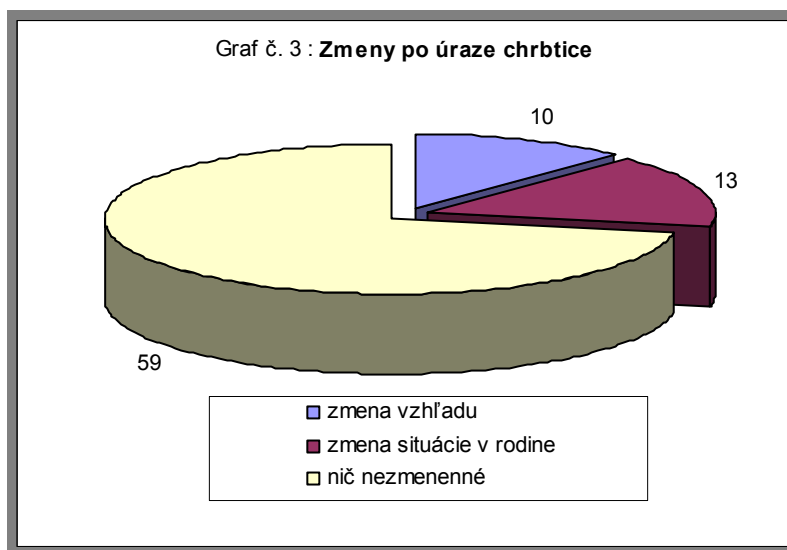
Prístup personálu pri ošetrovateľskej starostlivosti hodnotili respondenti, výsledok je znázornený v grafe č. 1.



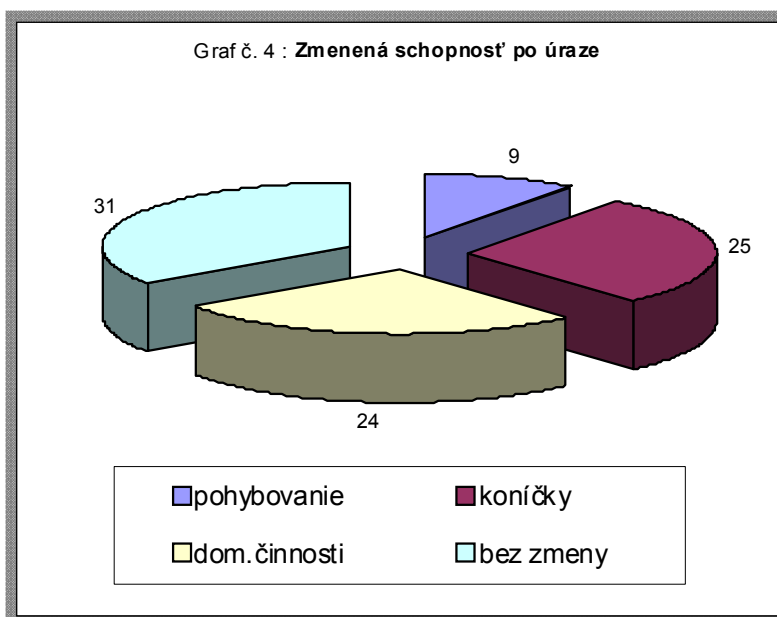
Najviac personál poskytol pomoc pri hygiene a kladne bolo hodnotené aj podávanie informácií, vid' graf č. 2. V niektorých prípadoch boli pacienti edukovaní, ako vykonávať správne činnosti spojené so sebaopaterou, patrí sem aj stravovanie. V prvých dňoch hospitalizácie museli nabrat' zručnosti, aby dokázali na tak malom priestore ako je nemocničná posteľ prežiť niektorí 42, iní 10 – 12 dní. Toľko približne, ak nenastanú komplikácie, trvá konzervatívna a operačná forma liečenia.



Ako hodnotili respondenti zmeny po úraze chrbtice vidíme na grafe č. 3.



V niektorých prípadoch, ktoré môžu byť ovplyvnené úrazom rôzneho charakteru má človek pocit, že je ním obmedzovaný. My sme sa pýtali na zmenu, ktorá nastala po úraze. Odpovede respondentov sú v grafe č. 4



Záver

Pri hospitalizácii má personál na pamäti kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá je začiatkom kvalitného prežívania. Poskytuje pacientom pomoc pri uspokojovaní potrieb počas hospitalizácie, využíva edukáciu na zlepšenie komfortu pacientov. Využíva spätnú väzbu, aby si overil, či informáciám pacient porozumel. Svojim prístupom sestra nabáda pacienta k starostlivosti o svoje zdravie.

Literatúra

- 1 FARKAŠOVÁ, D., a kol. 2005. *Ošetrovatelstvo – teória*. Martin : Osveta 2005. 215 s. ISBN 80 – 8063 – 182 – 4.
- 2 HANZLÍKOVÁ, A., a kol. 2002. *Úloha ošetrovatelstva v ochrane komunitného zdravia 1*. Bratislava : UK 2002. 175 s. ISBN 80 – 223 – 1533 – 8.
- 3 HUDEC, I., a kol. 1986. *Úrazová chirurgia*. Martin : Osveta 1986. 872 s. 70 – 096 – 86.
- 4 HULÍN, I., a kol. 2005. *Patofyziológia a klinická fyziológia*. Bratislava : SAP 2005. 593 s. ISBN 80 – 89104 – 66 – 5
- 5 JUDIČÁKOVÁ, M. 2001. *Štandardizované postupy pri ošetrovaní pacientov s úrazom chrbtice*. Absolventská práca Prešov 2002 85 s.
- 6 JUDIČÁKOVÁ, M., 2005. *Ošetrovatel'ský proces u pacienta s úrazom chrbtice*. Bakalárska práca Ružomberok 2005.
- 7 KONDÁŠ, O., 1985. *Psychohygienu všedného dňa*. Martin : Osveta 1985. 248 s. 70 – 103 – 85
- 8 KUBICOVÁ, Ľ., a kol. 2000. *Chirurgické ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta 2000. 120 s. ISBN 80 – 8063 – 049 – 6.
- 9 MALÝ, M., 1999 *Poranenie miechy a chrbtice*, Bratislava Bonus Real s. r. o. 1999, 528 s. ISBN 80 – 968205 – 6 – 7
- 10 MARTINICKÝ, D., 2007. *Inkontinencia a hrozba vzniku dekubitov*. In *Sestra a lekár v praxi*. 2007 č. 1 – 2. Bratislava SANOMA MAGAZINES SLOVAKIA s. r. o ISSN 1335 – 9444.
- 11 MATĚJČEK, Z., 2001. *Psychologie nemocných a zdravotne postihovaných dětí*. Jinočany : NAKLADATELSTVÍ H+H, 2001. 145 s. ISBN 80 – 86022 – 92 – 7
- 12 MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M., 2000. *Kapitoly z ošetrovatel'ské péče I*. Valašské Meziříčí : NALIOS 2000. 97 s.
- 13 NEMČEKOVÁ, M., a kol. 2004. *Práva pacientov*. Martin : Osveta 2004. 213 s. ISBN 80 – 8063 – 162 – X.
- 14 NOVOTNÁ, E., MODRANSKÁ, K., 2006. *Kvalita života ľudí po úraze kostrového systému*. In *Revue ošetrovatel'stva a laboratórných metodík*. roč. XII. 3/2006. Bratislava : SLS ISSN 1335 – 5090
- 15 POLÁKOVÁ, M., 2005. *Komunikácia s pacientom pri akútnom príjme*. In *Revue ošetrovatel'stva a laboratórných metodík*. Roč. XI. 4/2005. Bratislava : SLS 2005. ISSN 1335 – 5090.
- 16 POLHORSKÁ, M., BOLEDOVIČOVÁ, M., 2006. *Súčinné intervencie sestry a fyzioterapeuta v starostlivosti o dlhodobu chorého a imobilného pacienta*. In *Ošetrovatel'ský obzor* Odborný časopis MZ a SZU v Bratislave roč. III. 2/2006. Bratislava : HERBA spol. s. r. o ISSN 1336 – 5606.
- 17 RODAN, P., 1994. *Význam sledovania kvality života v rehabilitácii*. In *Rehabilitácia 4 XXVII /1994* vyd. Bratislava : LIEČREH Gúth s. r. o 1994. ISSN 0375 – 0922.
- 18 RONDÍKOVÁ, D., 1998. *Chirurgické riešenie priečných lézií miechy*. In *Rehabilitácia*. XXXI/1998. Bratislava : LIEČREH Gúth s. r. o 1998. ISSN 0375 – 0922.
- 19 ROVNÝ, I., 1994. *Preventívne lekárstvo*. Martin : Osveta 1994. 272 s. ISBN 80 – 217 – 0574 – 4.
- 20 ŘIČAN P., 1990. *Cesta životem*. Praha : Panoráma 1990. s. 435 ISBN 80 – 7038 – 078 – 0.
- 21 SLANINKOVÁ, E., 2005. *Psychologické aspekty prvého kontaktu pacienta s nemocničným prostredím*. In *Revue ošetrovatel'stva a laboratórných metodík*. Roč. XI. 1/2005. Bratislava : SLS Slovenská republika 2005. ISSN 1335 – 5090.
- 22 SLANINKOVÁ, E., 2005. *Úlohy sestry v procese adaptácie pacienta na zmenený zdravotný stav a na prijatie choroby*. In *Revue ošetrovatel'stva a laboratórných metodík*. Roč. XI. 2/2005. Bratislava : SLS 2005. ISSN 1335 – 5090.
- 23 ŠIMOVÁ, E., 2005. *Kvalita života seniorov*. In *Psychologické dimenzie kvality života* Editor : Džuka J. doc. PHDr. CSc, [http:// www.pulib.sk/elpub/FF/Dzuka3/index.htm](http://www.pulib.sk/elpub/FF/Dzuka3/index.htm)
citované 16. 02. 07

- 24 TRACHTOVÁ, E., a kol. 1999.** *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy.* Brno : IDVPZ s. ISBN 80 – 7013 – 285 –X.
- 25 VARSÍK, P., ČERNÁČEK, J., a kol. 1997.** *Neurológia 1.* Bratislava: LUFEMA s. r. o 1997. 648 s. ISBN 80 – 966972 – 8 – 5.
- 26 VOJTAŠÁK, J., 2004.** *Traumatológia pohybového aparátu.* Bratislava : SAP 2004. ISBN 80 – 89104 – 47 -9.

Kontaktná adresa autora: Mgr. Mária Judičáková
KUCH FN sP J.A. Reimana
Hollého 14
080 01 Prešov
judicakova@fnsppresov.sk