

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBETY, BRATISLAVA, n. o.
DETAŠOVANÉ PRACOVISKO BL. SÁRY SALKAHÁZIOVEJ
ROŽŇAVA**

170407

**OŠETROVATEĽSKÝ PROCES U PACIENTA S
POSTTRAUMATICKOU STRESOVOU PORUCHOU**

BAKALÁRSKA PRÁCA

2020

DOMINIKA CHLADNÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV.
ALŽBETY, BRATISLAVA, n. o.
DETAŠOVANÉ PRACOVISKO BL. SÁRY SALKAHÁZIOVEJ ROŽŇAVA

**OŠETROVATEĽSKÝ PROCES U PACIENTA S
POSTTRAUMATICKOU STRESOVOU PORUCHOU**

BAKALÁRSKA PRÁCA

Študijný program:	Ošetrovateľstvo
Študijný odbor:	Ošetrovateľstvo
Školiace pracovisko:	Detašované pracovisko Bl. Sáry Salkaháziovej Rožňava
Školiteľ záverečnej práce:	Adriana Nemčoková PhDr., PhD.

ROŽŇAVA 2020

DOMINIKA CHLADNÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBETY, n.o. BRATISLAVA
DETAŠOVANÉ PRACOVISKO BL. SÁRY SALKAHÁZIOVEJ ROŽŇAVA

ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

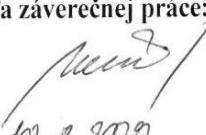
Akademický rok:	2019/2020
Typ záverečnej práce:	Bakalárska
Názov záverečnej práce:	Ošetrovateľský proces u pacienta s posttraumatickou stresovou poruchou.
Meno, priezvisko a tituly študenta:	Dominika Chladná
Študijný program:	Ošetrovateľstvo
Študijný odbor:	Ošetrovateľstvo
Meno, priezvisko a tituly školiteľa:	Adriana Nemčoková PhDr., PhD.
Školiace pracovisko:	Detašované pracovisko Bl. Sáry Salkaházi v Rožňave
Meno, priezvisko a tituly vedúceho školiaceho pracoviska VŠZaSP:	Mária Kilíková prof., PhDr., PhD.

Anotácia:

V teoretickej časti našej práci sa budeme venovať charakteristike pojmu postraumatická stresová porucha, príčinám vzniku ochorenia, aké sú následky a ako ochorenie ovplyvňuje prežívanie pacienta. Následne si v práci priblížime diagnostiku, symptómy a možnosti liečby a v praktickej časti vypracujeme ošetrovateľský proces podľa modelu M. Gordonovej.

Jazyk práce: Slovenský

Vyjadrenie a podpis školiteľa záverečnej práce: **súhlasím / nesúhlasím**

Podpis školiteľa/školiteľky: 

Dátum schválenia zadania: *10.8.2019*

Podpis vedúcej pracoviska: 

Čestné vyhlásenie

Vyhlasujem na svoju česť, že bakalársku prácu na tému „*Ošetrovateľský proces u pacienta s positraumatickou stresovou poruchou*“ som vypracovala samostatne a že som uviedla všetku použitú literatúru.

V Rožňave, dňa

Podpis

Pod'akovanie

Týmto by som sa chcela pod'akovat' mojej školiteľke bakalárskej práce PhDr. Adriane Nemčokovej, PhD. za jej odborné vedenie, metodickú pomoc a cenné rady, ktoré mi poskytla pri jej vypracovaní. Ďalej d'akujem vedeniu Psychiatrickej liečebne Samuela Bluma v Plešivci za umožnenie získania údajov potrebných pre napísanie bakalárskej práce.

ABSTRAKT

CHLADNÁ, Dominika: *Ošetrovateľský proces u pacienta s posttraumatickou stresovou poruchou* [Bakalárska práca]/ Dominika Chladná - Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bratislava. Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaháziovej Rožňava. – Školiteľ bakalárskej práce: PhDr. Adriana Nemčoková PhD. Stupeň odbornej kvalifikácie: Bakalár ošetrovateľstva. – Rožňava : Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaháziovej, 2020. 57 s.

V úvode práce sa zameriavame na teoretické východiská skúmanej problematiky, pričom sa bližšie venujeme posttraumatickej stresovej poruche. Táto sa vyznačuje špecifickou symptomatológiou. Dôležité je preto uskutočniť jej včasné diagnostiku a zabezpečiť efektívne možnosti jej riešenia. Vznikom posttraumatickej stresovej poruchy sú vo zvýšenej miere ohrozené určité skupiny ľudí. Patria medzi nich najmä tí, ktorí prežili psychicky náročnú životnú udalosť a dlhodobo sa s ňou nedokážu vysporiadajú. Jadro práce je tvorené charakterizovaním ošetrovateľskej starostlivosti a jej kvalitatívnej stránke. Využívame poznatky rôznych autorov, ktoré navzájom porovnávame. Popisujeme ošetrovateľský proces a upriamujeme sa na Model funkčného vzorca zdravia zostavený Marjory Gordonovou. V praktickej časti aplikujeme ošetrovateľskú starostlivosť na ženu, ktorá bola obeťou prepadnutia v prostriedku mestskej hromadnej dopravy. Charakterizujeme celý priebeh hospitalizácie v zdravotníckom zariadení a tiež to, čo všetko bolo na nej realizované.

Kľúčové slová: Ošetrovateľský proces. Pacient. Posttraumatická stresová porucha.

ABSTRACT

CHLADNÁ, Dominika. *Nursing process in a patient with post-traumatic stress disorder* [Bachelor thesis]/ Dominika Chladná.- University of Health and Social Works st. Elizabeth in Bratislava. Detached workplace of blessed Sára Salkaházi Rožňava.- Supervisor of the bachelor's thesis: PhDr. Adriana Nemčoková PhD. Level of professional qualification: Bachelor of nursing care. – Rožňava: Detached workplace of blessed Sára Salkaházi, 2020. 57 p.

At the beginning of the thesis we focus on the theoretical background of the researched issue, with a closer attention to post-traumatic stress disorder. This is characterized by a specific symptomatology. It is therefore important to carry out early diagnosis and ensure effective solutions. The emergence of post-traumatic stress disorder is increasingly endangering certain groups of people. These include, in particular, those who have survived a mentally demanding life event and who are unable to deal with it in the long term. The core of the work consists of characterizing nursing care and its qualitative aspects. We use the knowledge of different authors, which we compare with each other. We describe the nursing process and focus on the Model of Functional Health Formula compiled by Marjory Gordon. In the practical part, we apply nursing care to a woman who was a victim of forfeiture in the means of public transport. We characterize the entire course of hospitalization in a medical facility and also what has been done there.

Key words: Nursing process. Patient. Post-traumatic stress disorder.

OBSAH

ZOZNAM SKRATIEK A ZNAČIEK.....	9
ÚVOD.....	10
1 TEORETICKÉ VÝCHODISKA SKÚMANEJ PROBLEMATIKY.....	11
1.1 Posttraumatická stresová porucha.....	12
1.2 Symptomatológia.....	15
1.3 Diagnostika.....	16
1.4 Skupiny osôb ohrozené výskytom posttraumatickej stresovej poruchy.....	18
2 OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ PRI POSTTRAUMATICKEJ STRESOVEJ PORUCHE.....	20
2.1 Špecifická ošetrovateľskej starostlivosti pri posttraumatickej stresovej poruche..	20
2.2 Kvalitatívna stránka ošetrovateľskej starostlivosti.....	21
2.3 Ošetrovateľský proces.....	24
2.4 Marjory Gordonová a Model funkčných vzorcov zdravia.....	26
3 OŠETROVATEĽSKÝ PROCES U PACIENTA TRPIACEHO POSTTRAUMATICKOU STRESOVOU PORUCHOU.....	30
3.1 Kazuistika.....	30
3.2 Anamnéza a identifikačné údaje.....	31
3.3 Posudzovanie potrieb pacientky podľa modelu Marjory Gordonovej.....	33
3.4 Sesterské diagnózy.....	36
3.5 Záverečné vyhodnotenie pacienta.....	48
4 DISKUSIA.....	49
4.1 Odporúčania pre prax.....	53
ZÁVER.....	54
ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV.....	55

ZOZNAM SKRATIEK A ZNAČIEK

Z.z. Zbierka zákonov

č. číslo

P/K pacient/klient

hod. hodina

min. minúta

½ polovica

kg. kilogram

ml. mililiter

TK tlak krvi

P pulz

D dýchanie

TT telesná teplota

°C stupeň celzia

torr. milimeter ortuťového stĺpca označovaný v praxi pri meraní krvného tlaku

ÚVOD

Cieľom bakalárskej práce je analyzovať problematiku ošetrovateľského procesu, ktorý je uplatňovaný pri pacientoch s posttraumatickou stresovou poruchou. K spracovaniu tejto práce využívame analýzu diel viacerých odborníkov, ktorí sa zaoberajú posttraumatickou stresovou poruchou a sú to Brewin, Hoschl, Kosová a Prsko, Latálová, Raboch, Smolík, Vašina a mnohí ďalší. Každý z nich nazeral na túto problematiku z vlastného uhla pohľadu avšak spoločné bolo to, že všetci ju chápali ako závažné ochorenie, ktoré je nevyhnutné bezodkladne riešiť. K spracovaniu textu bakalárskej práce využívame okrem analýzy, aj syntézu, indukciu, dedukciu a zovšeobecnenie. Všetky tieto metódy nám slúžia k tomu, aby sme zo zozbieraných poznatkov vytvorili jeden celok, ktorý sa orientuje na pacienta trpiaceho posttraumatickou stresovou poruchou a jej liečbu.

Prvá kapitola bakalárskej práce je venovaná teoretickým východiskám skúmanej problematiky. Popisujeme, čo je to posttraumatická stresová porucha. Vymedzujeme jej symptomatológiu a teda, na základe akých príznakov ju je možné rozpoznať. V ďalšej časti tejto kapitoly analyzujeme spôsob diagnostiky tohto ochorenia a upriamujeme sa na najviac ohrozené skupiny ľudí, ktoré môže zasiahnuť.

Druhá kapitola práce je zameraná na špecifická ošetrovateľská starostlivosť pri posttraumatickej stresovej poruche, kvalitatívnu stránku ošetrovateľskej starostlivosti, definujeme ošetrovateľský proces, čo je jeho obsahom, o aké činnosti sa jedná a kto ich vykonáva a priblížime si štruktúru Modelu funkčného vzorca zdravia, ako sa využíva, čo sa ním zistuje a biografiu autorky modelu Marjory Gordonovej.

Posledná časť bakalárskej práce je už priamo zameraná na zostavenie ošetrovateľského procesu u pacienta trpiaceho posttraumatickou stresovou poruchou. Venujeme sa kazuistike, anamnéze, aplikujeme Model funkčných vzorcov zdravia na pacientku, pomocou ktorého zistujeme nedostatky v jej bio-psycho-sociálnych potrebách. Rozhodli sme sa venovať pacientke, ktorá zažila traumu pri prerade v prostriedku mestskej hromadnej dopravy. Vymedzujeme, ako prebieha ošetrovateľská starostlivosť u takejto pacientky, čím sa začína, aký je jej priebeh a čo je počas ošetrovateľstva poskytované zo strany sestry.

1 TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ SKÚMANEJ PROBLEMATIKY

Život človeka je ohrozený vznikom akýchkoľvek ochorení. Jedným takýmto môže byť posttraumatická stresová porucha. Práve pri nej možno hovoriť, že je z hľadiska výskytu vnímaná ako druhá najviac objavujúca sa hned po depresiách. Pri posttraumatickej stresovej poruche dochádza k úzkosti (Hoschl et al., 2004).

Po tom, čo človek musel prežiť emočne náročnú situáciu trvá veľmi dlhé obdobie, kym sa mu s ňou podarí vysporiadať. Často sú to mesiace, roky a výnimkou nie je ani omnoho dlhšie časové obdobie. Počas neho v jeho mysli pretrváva neustála spomienka na prežitú udalosť. Môžu to byť však aj živé sny, ktoré sa stále upriamujú na niečo nepríjemné. Každým dňom dochádza akoby k opäťovnému prežívaniu toho istého dejha. V takejto situácii sa človek začína strániť svojho okolia a viac sa uzatvára do seba. Vždy sa snaží vyhýbať čomukoľvek, čo by mu mohlo nepríjemnú skúsenosť znova priblížiť. Prejavuje sa to podráždenosťou a pesimistickým nazeraním na svet (Hoschl et al., 2004).

Ak sa zameriame na výsledky odborníkov čo sa týka posttraumatickej stresovej poruchy získame presvedčenie, že zasahuje predovšetkým dospelých ľudí najmä v Hongkongu alebo v USA. V týchto štátach sa porucha najviac vyskytuje a spôsobuje u človeka značné problémy v jeho každodennom živote. Práve v USA bolo vykonané skúmanie na 6 000 respondentoch a podarilo sa nadobudnúť poznatok, že celoživotná prevalencia tejto poruchy postihuje 10,4 % žien a v prípade mužov je to 5 %. Spomedzi týchto respondentov až 51 % žien a o niečo viac mužov, konkrétnie 61 % malo možnosť prísť do kontaktu s takým stresorom, ktorý sa viaže s kritériami DSM-IV, čo znamená Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition. Jedná sa o psychotraumu. Dôležité je ale povedať, že nie u všetkých týchto respondentov sa naplno prejavila posttraumatická stresová porucha. Boli iba traumatizovaní a podarilo sa im svojpomocne zotaviť. V prípade 17 % mužov sa zistil výskyt intruzívnych spomienok, avšak musíme povedať, že prežitý stresor nevychádzal z charakteristiky psychotraumy, ktorá je uvedená v DSM-IV (American Psychiatric Association, 2010).

V súvislosti s posttraumatickou stresovou poruchou bolo vykonaných viacero štúdií ako napríklad Cusackom, ktorý sa zaoberal taktiež celoživotnou prevalenciou tejto poruchy a dosiahol poznatok, že je to 8 – 14 %. Ďalší výskum organizovaný Bradym a Clarkom

zasa preukázal, že celoživotná prevalencia dosahuje 7 – 10 %. Rovnakej problematike sa venovali aj epidemiologické štúdie a upriamili sa na rôzne skupiny ľudí na základe čoho zistili, že celoživotná prevalencia sa u nich vyskytuje v 3 – 58 % prípadov (Smolík, 2002).

Vedci sa venovali aj štúdiu posttraumatickej stresovej poruchy u vojnových veteránov a došli k poznatku, že ich celoživotná prevalencia je v prípade mužov 30,9 % a v prípade žien je to o čosi menej 26 % (American Psychiatric Association, 2010).

Výskyt posttraumatickej stresovej poruchy nie je viazaný na žiadne konkrétné vekové obdobie. Môže sa objaviť nielen u dospelých ľudí, ale aj u detí a to najmä vtedy, ak počas svojho života prezili nejakú silne emočnú situáciu s negatívnym charakterom a nedokážu sa s ňou ani v priebehu rokov vyrovnať. Dnes môžeme povedať, že touto poruchou trpia predovšetkým mladí ľudia a to z dôvodu množstva traumatických udalostí, ktoré mohli zažiť. Pri uvažovaní nad situáciu v oblasti výskytu posttraumatickej stresovej poruchy v Nemecku dôjdeme k záveru, že ňou trpia ľudia vo veku 65 rokov a ich prevalencia tejto poruchy sa pohybuje na úrovni 1 – 3 %. Najviac je to u takých ľudí, ktorí boli svedkami rôznych vojnových konfliktov a spomienky na ne si nesú počas celého svojho života (Cusack et al., 2006).

Posttraumatickej stresovej poruche sa venujú rôzne inštitúcie, ktoré sa snažia získať o nej čo najviac poznatkov. Sú to prevažne psychiatri a psychológovia, ktorí sa zameriavajú na liečbu pacientov trpiacich touto poruchou. Orientujú sa na psychotraumatizáciu a vnímajú ju ako príčinu výskytu psychiatrickej poruchy u približne 31,5 % pacientov, ktorí sú umiestnení na psychiatrických klinikách (American Psychiatric Association, 2010). Ešte pred tým, ako sa začne s liečbou posttraumatickej stresovej poruchy je potrebné o nej mať čo najviac informácií a predovšetkým poznať, čo to vlastne táto porucha je, ako vzniká, aký je jej priebeh a podobne.

1.1 Posttraumatická stresová porucha

Pri uvažovaní nad posttraumatickou stresovou poruchou môžeme povedať, že je to určité psychické ochorenie, na riešenie ktorého sú upriamené rôzne diagnostické manuály ako napríklad Medzinárodná klasifikácia chorôb a iné. Spomenutá porucha predstavuje oneskorenú reakciu človeka na to, čo prežil pred dlhším časom. Môže sa jednať o stratu blízkeho človeka, taktiež to môže byť prežitie živelnej katastrofy, poprípade ľažkej

autonehody. Nie je výnimkou ani to, že posttraumatická stresová porucha sa prejaví po tom, čo bol človek svedkom vojenských konfliktov a iných nepokojo. Takéto situácie nechávajú v jeho mysli veľmi trvalé stopy a ľažko sa s nimi dokáže vysporiadať. Mnohokrát k tomu potrebuje pomoc odborníka. Pri záťažovej situácii môžeme hovoriť, že má jednorázový charakter, ako je práve prežitie autonehody. Avšak sú aj také, ktoré sa opakujú dlhšiu dobu a týmito sú spomienky na týranie a podobne (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Hoci náročnú situáciu prežil človek vo svojom dospelom veku, môže na neho zapôsobiť jej vplyv v podobe posttraumatickej stresovej poruchy. Niekedy táto porucha trvá len krátke obdobie, akým je napríklad 10 hodín. Zanecháva však na emočnom prežívaní človeka a tak isto aj na jeho správaní trvalé dopady. V prípade výskytu dlhodobej traumatizácie sa dostavujú podstatne horšie dôsledky pre človeka (Perry, Szalavitz, 2016).

Traumatizáciu je možné členiť na niekoľko skupín. V prvej je zaradená primárna traumatizácia, ktorá vychádza z pôsobenia určitej traumatickej udalosti. Potom je to sekundárna traumatizácia, ktorá je dôsledkom delenia sa s prežitým zážitkom spolu s inými osobami ako je rodina, priatelia a podobne. Na záver hovoríme o terciárnej traumatizácii a táto sa najviac dotýka blízkych ľudí, ktorí sú v pravidelnom kontakte s traumatizovanou osobou, poprípade boli svedkami náročnej udalosti, ktorú musela prežiť. Terciárna traumatizácia môže postihovať najmä policajtov, záchranárov, poprípade sú to terapeuti (Vašina, 2008).

Akýkoľvek stresujúci zážitok zanecháva na človeku značné dôsledky. Potrebné je uviesť niekoľko charakteristických znakov, ktoré sa viažu s posttraumatickou stresovou poruchou. Týmito znakmi sú:

- vnútorná príčina – výskyt posttraumatickej stresovej poruchy je spojený s pocitmi, ktoré mohol človek zažiť v čase, keď bol vystavovaný náročnej situácii. Mohlo sa jednať o dopravnú nehodu, pri ktorej utrpel stratu na živote jeho životný partner alebo deti. S takýmto niečim sa nikto nedokáže jednoducho vysporiadať. Spomienky na túto udalosť si so sebou bude nosiť počas celého života. Sú to najmä pocity bezmocnosti, ktoré ho budú neustále sprevádzat.
- extrémne obavy – tieto nastávajú vtedy, ak dôjde k stresovej situácii, pri ktorej má človek obavy o svojich blízkych, ktorí sa nachádzajú niekde s nim a u ktorých môže očakávať, že dôjde k úmrtiu napríklad aj vplyvom uvádzanej dopravnej nehody.

- bezprostredné ohrozenie života a taktiež zdravia – dochádza k nemu vtedy, ak nastane zrážka osobného automobilu s nákladným a dá sa predpokladať, že bude mať fatálne následky pre účastníkov dopravnej nehody.
- bezmocnosť – človek pozorujúc situáciu okolo seba sa cíti bezmocný a nedokáže si pomôcť. Očakáva, že mu ju poskytne okolie, nakoľko vplyvom traumy, ktorú musel prežiť to sám nezvláda (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Pri porovnávaní klasickej stresovej situácie spolu s traumatickou udalosťou je potrebné sa upriamiť na človeka a jeho pocity, ako sa s jej výskytom vlastne sám vysporiadava. Pri bežnej stresovej situácii je to zvyčajne podstatne ľahšie ako práve pri traumatickej udalosti (Čírtková, Vitoušová, 2007).

Pokiaľ sa bližšie pozrieme na prejavy posttraumatickej stresovej poruchy, potom môžeme spozorovať, že sú v niečom podobné akútnej reakcii na prichádzajúci stres. Človek by sa mal zvyčajne vysporiadať so stresom do určitého času. Sú nim hodiny, dni, možno mesiace. Rozhodne by to nemalo byť časové obdobie dlhšie ako je šest mesiacov, pretože potom je potrebné danú situáciu riešiť za pomoci odborníka. Vážnou poruchou je posttraumatická stresová porucha, ktorej dôsledky pretrvávajú podstatne dlhší čas a spôsobujú zmenu osobnosti človeka, ktorý ňou trpí (Raboch et al., 2006).

Nastáva pri nej opäťovné prežívanie tej istej situácie, ktorá sa vyznačuje traumatickým charakterom, čo vidíme v podobe vynárania stále tých istých spomienok, môže to byť aj flashback, nepríjemné sny, alebo sú to nočné mory. Pri všetkých týchto sa objavujú akoby skutočné pocity, človek znova prežíva tu istú situáciu, ktorú už raz prežil a z toho dôvodu je úplne ochromený a nedokáže viest' pokojný život (Vašina, 2008).

Flashbacky sú vnímané ako kontinuálny škála, kde sa na jednej strane nachádzajú vtieravé spomienky viazané s prežitou traumatickou udalosťou spolu s neurčitými pocitmi a zasa na druhej strane sú epizódy, sprevádzané stratou kontaktu so spoločnosťou na niekoľko minút. Človek nemá schopnosť nejakým spôsobom korigovať vybavovanie nepríjemných spomienok. Vtedy nedokáže vnímať čas, nakoľko plynne iným spôsobom a to vďaka flashbacku. Takto sa vytvára priestor kedykoľvek si znova spomenúť na nejakú traumu a emočne ju prežívať (Brewin, 2015).

Ak u človeka prevládajú sny, ktoré sa intenzívne viažu s jeho prežitou traumou môžeme povedať, že ich výskyt je badateľný kedykoľvek v priebehu spánku. To, aký je obsah týchto snov je veľmi náročné rozpoznať, čo stáže aj prácu odborníkov pri riešení

posttraumatickej stresovej poruchy. Práve tátó porucha zapríčňuje to, že sa človek nedokáže pokojne vyspať. Prejavuje sa v ňom značná afektivita, jeho zmysly sú otupené, je apatický, v emóciách pozorujeme oploštenosť, poprípade je to anhedonickosť. Niekedy je to aj ostražitosť, akou sa prejavuje vo vzťahu k svojmu okoliu. Taktiež to môže byť agresívne správanie, poprípade sa jedná o výskyt panických reakcií na rôzne skutočnosti. Nie je výnimkou ani to, že sa vyhýba kontaktu s ľuďmi a taktiež aj takému miestu, kde sa mu traumatická udalosť stala. V správaní človeka trpiaceho posttraumatickou stresovou poruchou vidíme, že je neprimerane úzkostlivý a nedokáže sa koncentrovať. Okrem uvedeného môže byť zvýšene naklonený k užívaniu drog, k výskytu depresívnych stavov, úzkosti, môže trpieť rôznymi fóbiami, alebo mať samovražedné sklony (Raboch et al., 2006).

Odborníci, upriamujúci sa na liečbu posttraumatickej stresovej poruchy prišli s významným výsledkom čo sa týka tohto ochorenia. Podarilo sa im zistiť, že v dôsledku jeho výskytu dochádza k poškodeniu mozgu a konkrétnie je to prefrontálny lalok a rovnako aj limbický systém. Tieto časti mozgu sú najviac poznačené výskytom posttraumatickej stresovej poruchy. Získavanie stále nových informácií o tejto poruche môže prispieť k jej skoršej diagnostike a zlepšiť výsledky v oblasti liečby. Táto by mala byť efektívnejšia a malo by sa ňou docieliť opäťovné zaradenie človeka do spoločnosti (Di Gangi et al., 2017).

1.2 Symptomatológia

Rozpoznať výskyt posttraumatickej stresovej poruchy je možné prostredníctvom príznakov, čiže symptomov. Tieto sa členia do niekoľkých skupín:

- nadmerné vzrušenie – vychádza predovšetkým z potreby neustále niečo očakávať, pričom sa môže jednať o nejaké potencionálne nebezpečenstvo, alebo je to určité ohrozenie, ktorého sa človek bojí. V uvedenej kategórii symptomov sa nachádzajú také, ako je najmä podráždenosť, výskyt pravidelných porúch spánku, nadmerná fyziologická reaktivita, permanentná úzkosť a prezívanie obáv z čohokoľvek.
- intruzívne príznaky – takéto príznaky sú spájané s opakovaným prezívaním nepríjemnej situácie, pričom hovoríme o flashbacku, poprípade sú to nočné mory, ktoré sa zvyknú vyskytovať. Človek sa neustále snaží vlastnými silami sa nejakým spôsobom vyrovnať s týmito nepríjemnými pocitmi, avšak nedarí sa mu to.

- stážené príznaky – vychádzajú z absolútnej bezmocnosti človeka trpiaceho posttraumatickou stresovou poruchou. Nedokáže žiť v realite, je pod vplyvom anestézie, často paralyzovaný, dochádza v ňom k zmene vnímania. Niekoľko sa však môže prejavovať aj veľmi pokojne, čo ale nie je veľmi časté. Popísanú skutočnosť označujeme ako traumatický trans (Smolík, 2002).

Pri celkovom zhrnutí všetkých symptómov, ktoré sú charakteristické v súvislosti s výskytom posttraumatickej stresovej poruchy by sme mohli vychádzať z hľadiska miery aktivizácie človeka a sú to:

- symptómy viazané sa so zvýšenou aktivitou - v podobe jeho správania, schopnosti prežívať rôzne udalosti alebo sa fyziologicky prejavovať. Sú to výbuchy zlosti, jedná sa aj o zvýšenú tepovú frekvenciu a podobne.
- symptómy spojené so zníženou aktivitou – snaha za každých okolností sa vyhnúť rôznym miestam, poprípade situáciám, ktoré človeku spôsobujú úzkostné stavby.
- symptómy spájajúce sa s neaktivitou – nastáva vnútorné prežívanie zo strany človeka, dostavujú sa nepríjemné vtieravé myšlienky (Perry, Szalavitz, 2016).

1.3 Diagnostika

Len pokial' je včas diagnostikovaná posttraumatická stresová porucha, len vtedy je možné zabezpečiť jej čo najefektívnejšiu liečbu. Potrebné je disponovať vedomosťami o rôznych symptónoch, ktoré sa u človeka vyskytujú a zhodnotiť ich. Takéto zhodnocovanie sa uskutočňuje prostredníctvom vykonávania rozhovoru psychológa, psychiatra alebo terapeuta spolu s pacientom, u ktorého je predpoklad, že takoto poruchou trpí. Využíva sa však aj dotazník, v ktorom sa nachádza niekoľko otázok, viazaných sa s prejavmi ochorenia a na tieto pacient aj odpovedá. Následne sa uskutoční ich zhodnotenie a z neho je zjavné, či naozaj sa u neho prejavujú symptómy posttraumatickej stresovej poruchy, alebo sa skôr jedná o iný typ ochorenia. Využitie vhodných diagnostických nástrojov dokáže včas zachytiť ochorenie a zvoliť tie najvhodnejšie možnosti jeho liečby. Sú situácie, kedy sa symptómy posttraumatickej stresovej poruchy zamieňajú s inými a týmito sú závislosť od užívania psychoaktívnych látok. Ďalej sa jedná o rôzne úzkostné poruchy, akými sú neprimeraná reakcia na prichádzajúci stres, alebo aj panická porucha. Zameniť

symptómy je možné aj s afektívnymi poruchami, ktoré sa prejavujú depresiou. Potom sú to poruchy osobnosti, reprezentované hraničnou poruchou osobnosti. Avšak pri nedôkladnej analýze symptómov, ktoré majú slúžiť k zisteniu výskytu posttraumatickej stresovej poruchy môže dôjsť k ich zámene aj s organickými poruchami a ide o úraz hlavy, vychádzajúci taktiež z výskytu traumatickej udalosti (Látalová et al., 2014).

Pri vykonávaní diagnostiky posttraumatickej stresovej poruchy je potrebné mať na zreteli nasledovné zákonitosti:

- stav pretrváva menej ako šest mesiacov po prežití traumatickej udalosti,
- prevláda výskyt vtieravých myšlienok alebo nočných môr,
- dochádza k otopeniu zmyslov a k citovej oploštenosti človeka,
- snaha vyhnúť sa čomukolvek, čo spôsobí opäťovnú spomienku na traumatickú udalosť,
- existencia vegetatívnych porúch, napríklad náklady alebo zmeny správania,
- výskyt flashbackov,
- potreba vyhýbať sa ľuďom,
- nadmerná hyperaktivita,
- neprimeraná bdelosť,
- neschopnosť pokojne zaspáť,
- depresívne stavy,
- neustále myšlienky viazané sa k potrebe vykonania samovraždy (World Health Organisation, 2019).

Posttraumatická stresová porucha sa môže dostaviť v takýchto prípadoch:

- vystavovanie sa nebezpečnej situácií,
- prežitie traumy,
- absolvovanie výpovede o traumatickej udalosti,
- výskyt traumy u niekoho z rodiny alebo známych,
- uvažovanie nad nepríjemnými detailmi, ktoré sa viažu s traumatickou udalosťou. V takýchto prípadoch sa dostavujú vtieravé symptómy ako sú nočné mory, výskyt disociatívnych reakcií, duševná nepohoda a nežiadúca fyziologická reakcia. Človek má potrebu vyhýbať sa takým momentom, ktoré by mu nejakým spôsobom

pripomínali prežitú traumu. Všetko toto sa prejavuje v podobe zmeny nálad, v negatívnom sebahodnotení, v nevhodnej identifikácii príčin traumy a jej dôsledkov, človek je menej aktívny, prevláda v ňom presvedčenie o vlastnej neschopnosti. Okrem uvedeného je to aj podráždenosť, ktorá sa vyskytuje. Dochádza tiež k seba deštruktívному správaniu, k absencii pozornosti, k t'ažkostiam zaspať a k vnútornej nepohode (World Health Organisation, 2019).

1.4 Skupiny osôb ohrozené výskytom posttraumatickej stresovej poruchy

Posttraumatická stresová porucha môže zasiahnuť každého človeka, ktorý v určitej dobe prežil silne traumatizujúci zážitok. Musíme však uviesť určité skupiny osôb, ktoré sú viac ohrozené jej výskytom najmä z týchto dôvodov:

- charakteristika osobnosti, v ktorej prevláda nutkavé astenické alebo neurotické správanie,
- niekto z blízkej rodiny trpel týmto ochorením,
- neustále nazeranie na svet ako na niečo, čo spôsobuje človeku určité ohrozenie v podobe zranenia,
- využívanie nevhodných stratégii zvládania stresu a absencia žiaducej sociálnej podpory od blízkeho okolia (Raboch et al., 2015).

Najviac sú posttraumatickou stresovou poruchou ohrození najmä slobodní alebo rozvedení ľudia, osoby nejakým spôsobom znevýhodnené, poprípade sa jedná o sociálne izolované skupiny populácie (Höschl et al., 2004).

Potrebné je tiež dodať, že posttraumatická stresová porucha častejšie postihuje mladú generáciu a to najmä z takého dôvodu, že sa pravidelne ocítá v situáciách, kedy prežíva stres alebo sú to rôzne traumy, ktoré sprevádzajú ich život. Príčinou výskytu tohto ochorenia je fyzické zranenie, ktoré v nich vyvoláva posttraumatickú stresovú poruchu. Musíme ale dodať, že dôležitú rolu hrajú aj slabšie kognitívne schopnosti človeka, ktoré ho predurčujú k vzniku tejto poruchy (DiGangi et al., 2017).

Spomenieme najviac ohrozené skupiny ľudí a týmito sú osoby nižšieho veku, disponujúce základným vzdelením, zvyčajne sú to muži, vyskytuje a u nich extravерzia a iné faktory. Dôležité je poukázať na vzťah, ktorý sa vytvára medzi obeťou traumy a človekom, ktorý túto traumu vlastne spôsobuje (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Pri vzniku traumy je potrebné zohľadňovať dĺžku viktimizácie, potom je to charakter skutku a teda, či je jednorázový alebo sa už viackrát opakoval, respektíve neustále sa opakuje. Ďalej musíme myslieť aj na mieru ohrozenia života zo strany obete, ako to vlastne ona sama prežíva. Zohľadňuje sa pocit viny a rovnako aj sekundárna viktimizácia (Čírtková, Vitoušová, 2007).

Rizikové faktory smerujúce k vzniku posttraumatickej stresovej poruchy je možné rozčleniť na niekoľko oblastí:

- **Rodinná anamnéza:** podnietiť výskyt posttraumatickej stresovej poruchy môže aj rodinná anamnéza, pri skúmaní ktorej môžu odborníci zistíť, že aj iný člen, poprípade viacerí členovia v príbuzenstve trpeli touto poruchou a preto existuje pre jej vznik určitá predispozícia, vychádzajúca z dedičnosti.
- **Demografické faktory:** porucha sa častejšie vyskytuje u mužov, avšak ženy v súvislosti s ňou prežívajú väčšie utrpenie. Taktiež je potrebné poukázať na rasové predispozície k výskytu poruchy, vzdelanie a podobne.
- **Sociálne faktory:** spôsob života človeka, charakter vzťahov s okolím.
- **Genderové faktory:** jedná sa o sociálno – kultúrne faktory majúce vplyv na výskyt posttraumatickej stresovej poruchy.
- **Faktory spojené s traumatickou udalosťou:** hodnotenie a prežívanie tejto udalosti.
- **Osobnostné faktory:** vnímanie okolitého sveta a hodnotenie javov, ktoré sa v ňom vyskytujú (Friedman et al., 2007).

2 OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ PRI POSTTRAUMATICKEJ STRESOVEJ PORUCHE

Ošetrovateľská starostlivosť má veľký význam v spoločnosti. Dôvodom je to, že mnoho ľudí trpí rôznymi zdravotnými ťažkoťami a na ich liečbu sa uplatňuje práve ošetrovateľská starostlivosť. Nejde výlučne o fyzické poranenia, na ktoré sa využíva. Sú to aj psychické ťažkosti, z ktorými pracuje. Potrebné je uvieziť, že práve tieto sú svojim charakterom špecifické a preto je pri jednotlivých pacientoch potrebné zostaviť individuálny ošetrovateľský proces a tento na nich napokon aj aplikovať. Spomenieme posttraumatickú stresovú poruchu, ktorá je veľmi závažným problémom. Jej liečba je v dôsledku tejto skutočnosti veľmi náročná. Traumy môžu prichádzať z rôznych životných situácií. Môže to byť aj okolnosť, kedy sa niekto stal obeťou trestného činu a túto svoju nepríjemnú skúsenosť si so sebou nesie každý deň vo svojich myšlienkach. Nedokáže sa s ňou vysporiadať a preto je veľmi žiaduce, aby sa rozhodol vyhľadať odborníka a požiadať ho o pomoc. Využíva sa prevažne terapia, ktorá mu má prispieť k postupnému vysporiadaniu sa so zažitou negatívou situáciou. Ošetrovateľstvo rovnako ako iné vedné disciplíny sa vyznačuje bohatou historiou.

2.1 Špecifická ošetrovateľskej starostlivosti pri posttraumatickej stresovej poruche

Ku každému pacientovi je potrebné pristupovať ako ku špecifickej osobnosti, ktorá má určité potreby a tieto je nutné naplniť prostredníctvom ošetrovateľskej starostlivosti (Tomagová, Bóriková et al., 2008).

Ak sa upriamime na pacientov, ktorí prezili nejaký traumatický zážitok musíme povedať, že k nim má sestra pristupovať s náležitou empatiou a snažiť sa vypočuť ich trápenie, ktoré musia prežívať v súvislosti s traumou. Človek, na ktorom bolo spáchané násilie pocítuje voči svojmu okoliu nedôveru a časté obavy. Z toho dôvodu by mala sestra navodiť príjemnú a uvoľnenú atmosféru, v ktorej by mohlo dôjsť k poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti (Kristová, 2009),

Empatický prístup je dôležitý pre všetky profesie. Empatia predstavuje schopnosť vcítania sa do pocitov iného človeka. V prípade ošetrovateľstva je to sestra, ktorá sa snaží pochopiť problémy svojich pacientov a pomôcť im. Má túžbu pomáhať ľuďom a to nielen

tým, že poskytne ošetrenie ich rán, ale dôležité taktiež je aj to, aby bola akýmsi psychológom, ktorému môže pacient vypovedať o všetkom, čo ho ťaží. Preto potom pozorujeme, že mnohé sestry sú pracovne preťažené. Počas svojho pracovného dňa musia vykonávať nielen tie činnosti, ktoré im vychádzajú z ich povolania, ale mali by si dokázať vytvoriť aj terapeutický vzťah s pacientom (Boroňová et al., 2018).

Mnohí pacienti, ktorí prežívajú posttraumatickú stresovú poruchu sú rozrušení, nedokážu sa sústredit' na veci okolo seba, vyhýbajú sa svojmu okoliu alebo nemusia mať záujem spolupracovať pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. V tomto smere je úlohou sestry motivovať ich k tomu, aby dokázali vytvoriť súčinnosť s ošetrujúcim tímom pri riešení problému. Pre viacerých pacientov je veľkým odľahčením ich utrpenia to, ak sa môžu s niekým porozprávať. Takýmto človekom je aj sestra, ktorá je vždy otvorená vzájomnej komunikácie s pacientmi (Gurková et al., 2009).

Rôzne skupiny pacientov majú vlastné záujmy, preferencie a uznávajú odlišné hodnoty. Toto všetko musí sestra akceptovať a v žiadnom prípade nekritizovať pacientove názory alebo postoje. Taktiež ho nesmie obviňovať za situáciu, ktorá sa mu stala. Naopak, mala by byť oporou v náročnej situácii, sprevádzať pacienta počas nevyhnutných vyšetrení, poskytovať mu informácie o úkonoch, ktoré bude musieť podstúpiť. Sestra predstavuje akoby mostík medzi pacientom a lekármi. Jej úlohou je byť pacientovi nápomocná vo všetkom, čo potrebuje. Je to napríklad asistencia pri osobnej hygiene, obliekaní, úprave zovnajška, starostlivosti o izbu pacienta a podobne (Magurová, Majerníková, 2009).

2.2 Kvalitatívna stránka ošetrovateľskej starostlivosti

Presne špecifikovať kvalitu v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti je veľmi náročné. Kvalita predstavuje pre zdravotnícke zariadenie niečo iné a tak isto aj pre pacienta. Pri kvalite nemôžeme hovoriť výlučne o súbore metód alebo aj techník, poprípade to nie sú iba pracovné postupy. Ošetrovateľstvo je chápané ako filozofia, ktorá je prepojená predovšetkým s organizačnou kultúrou. Zohľadňovať je potrebné aj postoje zdravotníkov čo sa týka kvality v ošetrovateľstve. Nesmie sa zabúdať ani na hodnoty alebo ich správanie. K problematike kvality v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti je venovaná vo svete taká pozornosť, že došlo k vytvoreniu organizácie, ktorá sa na ňu bližšie

zameriavala. Táto organizácia je prvá v USA, ktorá bola uznávaná ako autorita definujúca kvalitnú starostlivosť a vytvorila deväť stupňov pri posudzovaní kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Sú to tieto:

- **Dostupnosť starostlivosti:** každý pacient by mal mať vytvorený čo najjednoduchší prístup k poskytovaniu ošetrovateľstva vzhladom na riešenie jeho zdravotných problémov. Medzi takéto patrí aj posttraumatická stresová porucha. Aj napriek tomu, že nejde o navonok poznateľné ochorenie nakoľko je psychického charakteru, aj tento problém je nutné riešiť prostredníctvom poskytovania kvalitného ošetrovateľstva (Farkašová et al., 2005).
- **Primeranosť starostlivosti:** pacientom by mala byť poskytovaná taká forma ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá by bola primeraná k ich zdravotnému stavu. Teda nie je možné uskutočniť ošetrovanie fyzických rán rovnakým spôsobom ako psychické problémy. Vždy je potrebné využiť taký postup, ktorý prinesie želaný výsledok v podobe uzdravenia pacienta.
- **Kontinuita starostlivosti:** ošetrovateľstvo sa musí uskutočňovať pravidelne, ak si to zdravotný stav pacienta vyžaduje. Nemalo by sa stať, že dôjde k prerušeniu, nakoľko by to spôsobilo zhoršenie zdravia. Účelom kontinuálnej ošetrovateľskej starostlivosti je to, aby sa zdravotné problémy neprehlbovali.
- **Efektivita starostlivosti:** každý zdravotný problém musí byť riešený zo strany zdravotníckeho personálu čo najefektívnejšie, aby sa nestalo, že dôjde k jeho zhoršeniu. Pokial' by sa neuplatňovala efektivita v ošetrovateľskej starostlivosti potom by sa mohlo stať, že liečba zdravotného problému by prebiehala dlhodobo a pacient by trpel silnými bolesťami. (Hanzliková et al., 2006).
- **Pôsobivosť starostlivosti:** poslaním zdravotníckeho personálu je poskytovať pacientovi pravdivé informácie o jeho zdravotnom stave. V žiadnom prípade by nemal byť nejakým spôsobom zavádzaný. Taktiež nesmie dôjsť k podceňovaniu alebo naopak k preceňovaniu jeho zdravotného stavu. Pokial' by zdravotnícky personál ubezpečil pacienta o tom, že jeho zdravotný stav nie je vážny, potom by mohol upustiť od preventívnych aktivít a jeho zdravie by sa podstatne zhoršilo. Príkladom je prežívanie posttraumatickej stresovej poruchy. Sestra mu môže poskytnúť informácie, že jeho problém nie je natoľko vážny ako si on sám myslí a

preto nepotrebuje dôkladnú ošetrovateľskú starostlivosť. Nie je to však pravda, keďže aj tento psychický problém a jeho riešenie si vyžaduje náležitú starostlivosť zo strany zdravotníckeho personálu (Líšková, Nádaská et al., 2006).

- **Účinnosť starostlivosti:** ošetrovateľská starostlivosť musí byť poskytovaná takým spôsobom, aby dokázala byť účinná čo sa týka zdravotného problému, ktorý je prostredníctvom nej riešený. Poslaním zdravotníkov je zistiť, aká forma ošetrovateľstva je vhodná u konkrétnego pacienta a tú využiť. Pokiaľ bude rovnaký proces uskutočňovaný u rozdielnych pacientov, nie je možné dosiahnuť účinnosť takejto ošetrovateľskej starostlivosti. Pri niektorých zdravotných problémoch sa musí poskytnúť konkrétna pomoc v podobe obviazania rán. Týka sa to hlavne fyzických bolestí. Avšak pri psychickom utrpení v podobe posttraumatickej stresovej poruchy, z ktorou prichádza pacient za odborníkmi sa vyžaduje liečba prostredníctvom terapie. Jej základom je slovo a láskavý prístup ošetrujúceho personálu (Farkašová et al., 2005).
- **Pohľad pacienta:** pre každého pacienta predstavuje kvalita ošetrovateľskej starostlivosti niečo iné. Pre niektorých je za kvalitu možné označiť profesionálny prístup zdravotníka a odbornosť jeho úkonov, ktoré zabezpečuje v rámci celého ošetrovateľského procesu. Pre iného pacienta to môže byť ľudský prístup, ktorý hodnotí vysoko pozitívne. Nie je dôležité len to, či ošetrujúci personál si všetky svoje činnosti odvedie správne, prihliada sa predovšetkým na jeho ľudský prístup k jednotlivým pacientom.
- **Bezpečnosť prostredia:** pri vykonávaní ošetrovateľskej starostlivosti je veľmi dôležité, aby bolo prostredie sterilné a nedochádzalo k šíreniu rôznych infekcií. To sa týka hlavne ošetrovania fyzických poranení. Naproti tomu psychické ťažkosti si vyžadujú to, aby bolo vyhovujúce prostredie v tom zmysle, aby nikto nemohol počuť o čom sa rozpráva pacient trpiaci posttraumatickou stresovou poruchou s terapeutom. Dôvodom je to, aby nedošlo u iných pacientov k posudzovaniu jeho zdravotného stavu a rovnako tiež aj jeho osobnosti. Mohlo by to v ňom vyvolat' vznik určitej psychickej prekážky a nedokázal by dôverovať terapeutovi, ktorý s ním pracuje (Líšková, Nádaská et al., 2006).
- **Včasnosť starostlivosti:** ošetrovanie pacienta musí byť poskytnuté v čo

najkratšom čase po tom, čo utrpel fyzické či psychické poranenie. Pri fyzických ranách je podstatné, aby nedošlo k ich zhoršeniu v podobe zanesenia infekcie. Naproti tomu pri psychických ťažkostiah je potrebné zabezpečiť, aby sa viac neprehľbovali. Odporúča sa riešiť ich čo najskôr po tom, čo vznikla nejaká trauma. Ak by tomu tak nebolo a človek by nevyhľadal odbornú pomoc, potom by to mohlo výrazne skomplikovať jeho fungovanie v spoločnosti. Nedokázal by žiť v kruhu svojej rodiny, neustále by bol zahľbený do svojich problémov, orientoval by sa na prežitú traumu, každá jeho myšlienka by smerovala knej, nedokázal by si plnohodnotne plniť svoje pracovné úlohy a podobne (Hanzliková et al., 2006).

2.3 Ošetrovateľský proces

Pri ošetrovateľskom procese môžeme hovoriť o nástroji alebo metóde. Je to profesionálne ošetrovateľstvo, poprípade liečebný proces prebiehajúci v rámci medicíny a poskytujúci možnosť vzdelávať sa. Toto všetko je možné označiť za charakteristiky ošetrovateľského procesu. Jeho zárodky sa objavili počas 50. rokov v USA. Vtedy ako prvá sa zaslúžila o začiatky používania pojmu ošetrovateľstvo práve Lídia Hall. Táto naň nazerala ako na proces. S jej tvrdením súhlasíme, keďže ošetrovateľstvo skutočne predstavuje proces, ktorý sa vyznačuje systematickosťou. Jeho úlohou je riešiť problémy človeka prostredníctvom výkonu ošetrovateľských činností. V týchto sú späť také potreby ako je akceptovanie prác každého pacienta a jedná sa o poskytovanie špecifického ošetrenia. Vysvetlíme to ako potrebu pacienta v tom zmysle, že jeho zdravotné problémy je možné riešiť určitým spôsobom. Na rôznych pacientoch nie je možné využiť úplne rovnaké ošetrovateľské úkony. Vždy tam existuje určitá odlišnosť. Táto vychádza zo zložitosti zdravotného stavu a taktiež aj odporúčaní lekára na jeho liečbu (Krišková et al., 2006).

Ošetrovateľský proces tvorí:

- **Posudzovanie:** ide o kompletizáciu, triedenie a overovanie jednotlivých informácií o zdravotnom stave konkrétneho pacienta. Potom nasleduje zisťovanie jeho potrieb a to, akým spôsobom by mali byť naplnené z ošetrovateľskej oblasti. Príkladom je, že pokial' pacient trpí posttraumatickou stresovou poruchou, jeho potreba bude

spočívať v tom, aby sa dokázal znova vrátiť do bežného života. Je to zahlcovanie myslí nepríjemnými spomienkami, ktoré sa viažu na traumatizujúcu udalosť. Veľmi žiaduce je poskytovanie terapeutickej starostlivosti. Táto má docieliť to, aby sa pacient postupne odpútaval od traumy a začal mysliť pozitívne.

- **Diagnostika:** na tejto sa podieľa lekár spolu so sestrou. Jej zámerom je pomôcť pacientovi pri riešení jeho problémov. Využíva na to predovšetkým rozhovor, ktorým sa ho snaží ubezpečiť, že všetky jeho trápenia majú riešenie (Farkašová et al., 2005).
- **Plánovanie:** v rámci neho máme na mysli viacero krokov, v priebehu ktorých si sestra vymedzuje priority a tieto predstavujú ciele. Jedná sa o očakávané výsledky celého ošetrovateľského procesu. Hovoríme tiež o pláne, ktorý slúži pre potreby ošetrovateľskej starostlivosti upriamenej na odstránenie pacientových problémov, akým môže byť aj posttraumatická stresová porucha. Významná je koordinácia celej starostlivosti od zdravotníckych pracovníkov.
- **Realizácia:** pri tomto kroku ide o zavedenie ošetrovateľského plánu do praxe. Vidíme to v takej podobe, že sestra sa neustále snaží získať čo najviac údajov o pacientovi. Tieto následne hodnotí a takto sa usiluje určiť správne východisko vo forme ošetrovateľskej starostlivosti (Vörösová, 2011).
- **Vyhodnotenie:** po ukončení ošetrovateľskej starostlivosti dochádza k jej vyhodnoteniu zo strany pacienta. Ten vyslovuje svoj postoj k tomu, ako bol spokojný s ošetrovateľskou starostlivosťou, ktorá mu bola poskytovaná. Taktiež sestra uvádzá, či sa v dôsledku nej podarilo vyriešiť jeho zdravotný problém a podobne. (Krišková et al., 2006).

Každý jeden postup, ktorý je vykonaný v rámci ošetrovateľskej starostlivosti sa podrobuje dôkladnému kvalitatívному posudzovaniu. Dôraz sa kladie na spokojnosť pacienta s odvedenou ošetrovateľskou starostlivosťou. To, akým spôsobom má byť uskutočňované ošetrovanie vychádza z legislatívy. V nej nájdeme napríklad zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti. Na jeho zavedení sa podieľala Národná rada Slovenskej republiky.

2.4 Marjory Gordonová a Model funkčných vzorcov zdravia

Marjory Gordonová sa narodila v Cleavlande v štáte Ohio. Vyštudovala ošetrovateľstvo v New Yorku. Vo svojej dizertačnej práci sa venovala diagnostike ochorení. Túto svoju prácu obhájila a stala sa z nej neskôr profesorka a zároveň tiež koordinátorka ošetrovateľstva, ktoré bolo poskytované dospelým ľuďom v Massachusetts. Zákratko sa z nej stala tiež prezidentka NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Okrem toho pôsobila aj ako členka, zaradená do Americkej ošetrovateľskej akadémie. Vytvorila ošetrovateľský model s označením „Model funkčného vzorca zdravia“. Tento bol uvedený do praxe v roku 1987 (Sikorová, Bužgová, 2013).

Model funkčných vzorcov zdravia

Uvedený model je zameraný na systematické ošetrovateľstvo, súvisiace s analýzou zdravotného stavu konkrétneho pacienta. Môže sa jednať o rôzne druhy pacientov, ktorým je poskytovaná napríklad primárna, sekundárna, alebo aj terciárna starostlivosť. Vychádza z nasledovných faktorov:

- zdravotný stav
- kvalita života
- získavanie nových schopností
- približovanie sa ľudskému potenciálu

Vedomosti o zdraví pacienta sú veľmi prínosné pre ošetrujúcu sestru, dokáže tak posúdiť funkčnosť správania pacienta a vymedziť konkrétné ošetrovateľské diagnózy (Krišková et al., 2006).

Zmyslom konceptu, ktorý zostavila Gordonová je to, že dokáže utvárať systematickú komunikáciu v rámci celého multidisciplinárneho tímu. Zdravotnícky personál využíva odbornú terminológiu. Hovorí napríklad o funkčnom alebo nefunkčnom zdraví. Potom sa upriamuje na holistické potreby. Poukazuje na ľudské reakcie, venuje sa interakciám a zároveň prostrediu. Avšak ošetrovateľským zámerom je dosiahnutie čo najlepšieho zdravia pacienta a uspokojenie jeho potrieb. Ošetrujúca sestra by mala disponovať:

- potrebnými schopnosťami pre vykonávanie ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta
- základnými jednotkami

- vedomosťou o celi ošetrovateľstva
- uvedomením si vlastnej pracovnej pozície
- upriamením sa na ohnisko zásahu
- zabezpečením intervencie
- zohľadnením možných dôsledkov
- znalosťou metaparadigmatickej koncepcie (Sikorová, Bužgová, 2013).

Koncepcia modelu vychádza z prostredia a taktiež poukázania aj na ľudské zdravie. To predstavuje súhrn bio-psycho-sociálneho pôsobenia. Počas stretnutia s pacientom je úlohou sestry vymedziť funkčnosť vzorca jeho zdravia. Dá sa hovoriť o prínose najmä pre samotné zdravie pacienta, zohľadňovanie holistického prístupu a prehlbovanie ošetrovateľskej teórie. To, čo sa dalo objaviť v teórii je možné neskôr aplikovať do reálneho ošetrovateľstva (Hanzlíková et al., 2006).

V rámci koncepcie, ktorú vytvorila Gordonová sa využívajú vzorce, ktoré sú zamerané na ľudské správanie a prostredníctvom neho je možné napokon zistiť aj ošetrovateľské údaje. Ak sa pozrieme na základnú štruktúru zistíme, že sa v nej nachádza 12 oblastí. Jednotlivé z nich poukazujú na časť zdravia a posúdenie jej funkčnosti. Hovoríme teda o nasledovnej štruktúre modelu, kde je obsiahnuté:

- 1. Vnímanie zdravia – riadenie zdravia:** ide o nazeranie samotného pacienta na vlastný zdravotný stav, prežívanie pohody, starostlivosť o zdravie, pridelovanie hodnoty zdraviu, vyhliadky do budúcnosti. Sestra zhodnocuje to, či bol pacient v blízkej dobe napríklad prechladnutý, či bol prágeneschopným, čo všetko robí pre svoje zdravie a aké aktivity uprednostňuje (Farkašová, 2010).
- 2. Výživa – metabolizmus:** analyzuje sa príjem potravy zo strany pacienta, ale zohľadňujú sa aj tekutiny a to vychádzajúc z metabolickej potreby. Ošetrujúca sestra zistí, ako vyzerá stravovanie pacienta, ktoré jedlá zvyčajne konzumuje a v akých množstvách. Zaujíma ju aj to, či je pacient fajčiarom, alebo či požíva alkoholické nápoje. Posudzuje tiež množstvo vitamínov v jeho organizme (Sikorová, Bužgová, 2013).
- 3. Vylučovanie:** skúma sa spôsob vylučovania pacienta, pravidelnosť, prípadné ťažkosti počas vyprázdnovania, zhodnotenie exkrementov, funkciu črev, výskyt zápachu (Krišková et al., 2006).

- 4. Aktivita – cvičenie:** vymedzenie spôsobu, akým si pacient udržiava svoju kondíciu. Môže to byť cvičenie alebo vykonávanie iných pohybových aktivít. Ošetrujúca sestra sa pýta na základné denné činnosti, ktoré pacient uskutočňuje a definovanie ich kvantity a kvality. Zameriava sa pritom na šport a voľnočasové aktivity. Úlohou sestry je poskytnúť pacientovi informácie o takých činnostach, ktoré majú pre jeho zdravie veľký význam, nakoľko predstavujú príliv životnej sily, poprípade energie. (Hanzlíková et al., 2006).
- 5. Spánok – odpočinok:** zhodnocuje sa kvalita spánku pacienta a tiež priestor venovaný odpočinku a naberaniu nových síl. Sestra zistuje, koľko hodín pacient dokáže spať, aká je jeho životná energia, ako prebieha proces zaspávania, či sa počas spánku zvykne budíť, akým aktivitám sa venuje pred spánkom, či užíva nejaké lieky alebo či je spánok natoľko výdatný, že má dostatok síl na plnenie každodenných povinností (Sikorová, Bužgová, 2013).
- 6. Poznávanie – vnímanie:** posudzuje sa zmyslové vnímanie pacienta a schopnosť jeho poznávania, skúmajú sa aj mentálne funkcie, schopnosť zorientovať sa v priestore, popísanie prípadných bolestí, možnosť neustále sa vzdelávať, uskutočňovať dôležité rozhodnutia. Sestra nadobúda poznatok, aký je pacientov sluch a či nevyužíva nejaké pomôcky na jeho úpravu. Zistujú sa taktiež prípadné zrakové, pamäťové alebo vzdelávacie problémy. Zhodnocuje sa prítomnosť bolesti, v akom mieste sa vyskytuje a akú má intenzitu. Posudzuje sa napríklad komunikačná schopnosť pacienta, vyjadrovanie jeho názorov a podobne (Farkašová, 2010).
- 7. Sebakoncepcia – sebaúcta:** upriamuje sa na emocionalitu pacienta a na to, ako vníma svoj telesný vzhľad. Sestru zaujíma, aký má pacient názor na samého seba, sleduje jeho využívanie neverbálnych prejavov, zaoberá sa udržiavaním očného kontaktu, intenzitou hlasu, rečovými prejavmi a podobne. Pozornosť sa venuje prípadným pocitom strachu, ktoré sa môžu objaviť u pacienta. Okrem toho sa môže jednať o prítomnosť depresií, stavov napätia alebo uvoľnenia (Krišková et al., 2006).
- 8. Plnenie rolí – medziľudské vzťahy:** táto oblasť sa orientuje na spôsob prijatia človeka do spoločenstva a tiež to, ako si dokáže plniť vlastné životné role. Potrebné je venovať sa aj úrovni, na akej udržiava medziľudské vzťahy. Sestra

posudzuje, či pacient je schopný niesť zodpovednosť za vlastné konanie v čase vzniku nejakého zdravotného problému, s ktorým prichádza za odborníkom. Nakoľko v rodine nastávajú niekedy problémy, skúma sa spôsob ich riešenia zo strany pacienta a zohľadňovanie potrieb všetkých členov rodiny. V prípade ochorenia niektorého z členov sa posudzujú reakcie ostatných na túto skutočnosť. Rodina sa zaoberá predovšetkým výchovou detí a utváraním vzťahov, čo zistuje aj ošetrujúca sestra u pacienta. Nadobúda sa poznatok, akú príslušnosť má pacient k spoločenskej skupine, ako často udržiava kontakty s ľuďmi a či sa neuchyľuje do ústrania. Sestra sa upriamuje taktiež na jeho asertivitu alebo pasivity (Sikorová, Bužgová, 2013).

- 9. Reprodukcia – sexualita:** zhodnocuje sa sexuálny život pacienta a jeho kvalita. Môže sa objaviť poznatok hovoriaci o problémoch v tejto oblasti. Analyzuje sa napríklad reprodukčné obdobie, ktoré sa vyskytuje u ženy a zisťuje sa prítomnosť nejakých problémov. Sestru zaujíma to, či pacientka užíva antikoncepciu, ako prebieha jej menštruácia a či sa vyznačuje pravidelnosťou alebo nie. Taktiež sa pýta na množstvo narodených detí, poprípade komplikácie pri pôrode. Čo sa týka mužov, ktorí sa stávajú pacientmi a prichádzajú do kontaktu s ošetrujúcou sestrou, pri nich sa zistuje prítomnosť pohlavných chorôb alebo ťažkostí súvisiacich s prostatou (Farkašová, 2010).
- 10. Prispôsobenie sa - zvládanie stresu:** odhalujú sa najdôležitejšie zmeny, ktoré sa udiali v pacientovom živote v priebehu predoších rokoch. Skúma sa reakcia na tieto zmeny, či ich pacient dokázal tolerovať a akým spôsobom sa k nim postavil. Zisťuje sa, či nedošlo k zhoršeniu jeho integrity, ako sa mu darí zvládať prichádzajúci stres, či je mu poskytovaná podpora od rodiny, aké sú jeho schopnosti vysporiadať sa s každodennými situáciami. Sestru zaujíma to, ako dokáže pacient riešiť stresové situácie (Hanzlíková et al., 2006).
- 11. Hodnotová orientácia - viera životné hodnoty:** analyzuje sa vnímanie hodnôt, náboženské vyznanie a vieru.
- 12. Iné:** ide o poznatky, ktoré nie sú zaradené do vyššie spomenutých oblastí (Sikorová, Bužgová, 2013).

3 OŠETROVATEĽSKÝ PROCES U PACIENTA TRPIACEHO POSTTRAUMATICKOU STRESOVOU PORUCHOU

Ošetrovateľský proces je systematická metóda poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Cieľom je zhodnotiť aktuálne a potencionálne problémy a stanoviť ciele poskytnutia ošetrovateľskej starostlivosti na dosiahnutie čo najlepšieho zdravia pacienta a uspokojenie jeho potrieb (Krišková et al., 2006).

3.1 Kazuistika

Vo večerných hodinách dňa 5.9.2019 bola v mestskej hromadnej doprave prepadnutá 65-ročná žena troma mladými mužmi. Akurát sa vracala z nákupov ako sa jej táto nepríjemná situácia stala. Mladí muži ju udreli päťami do tváre. Počas prepadnutia stratila na niekoľko minút vedomie. Okrem fyzického útoku sa stala aj obeťou krádeže, kedy jej bola odcudzená hotovosť spolu s mobilným telefónom. Pomoc jej poskytli cestujúci, ktorí sa v rovnakom čase prepravovali v dopravnom prostriedku. Privolali políciu a lekársku pomoc. Po príchode záchranárov jej boli ošetrené povrchové rany a napokon bola prevezená aj do nemocnice s podozrením na otras mozgu.

Aj s odstupom dvoch mesiacov si staršia žena neustále spomína na traumu, ktorú v ten deň prežila. Od tohto okamihu má strach chodievať sama počas tmy kdekoľvek po meste. Ľuďom prestala dôverovať a má problém pustiť do bytu hoci aj poštára. Každý deň uvažuje nad tým, prečo práve na nej bol spáchaný tento skutok. Je toho názoru, že nebola dostatočne opatrná. Celá situácia sa podpísala v negatívnom svetle na jej povahových vlastnostiach. Okolie na nej pozoruje ustavičnú podozrievavosť, nedôveru voči mladým mužom. Manžel a syn si neraz všimli, že je myšlienkami niekde inde. Aj napriek tomu, že sa s ňou rozprávajú ona ich nepočúva a hľadí kdesi do neznáma. Čažkosti má aj so spánkom, pretože akonáhle čo i len na pár minút zaspí, okamžite sa jej vybaví spomienka na ten deň, kedy sa stala obeťou prepadnutia. Zvykne sa u nej vyskytovať panika, ak cestuje aj s manželom v dopravnom prostriedku a vidí v blízkosti mladých ľudí. Vždy si myslí, že sú pre ňu potencionálnym rizikom a že jej budú chcieť fyzicky ublížiť a okradnúť ju o majetok.

3.2 Anamnéza a identifikačné údaje

Rodinná anamnéza

Rodičia prepadnutej ženy zomreli pomerne v mladom veku. Jej matka zomrela v čase, kedy mala iba 15 rokov a dôvodom smrti bola rakovina. Otec skonal počas vysokoškolského štúdia, ktoré vtedy ešte absolvovala. Bolo to konkrétnie počas štúdia predposledného ročníka. Danú udalosť veľmi ťažko niesla. V blízkej ani v širšej rodine pacientky sa nevyskytoval ani jeden prípad nejakej psychiatrickej choroby, čiže nebola to ani posttraumatická stresová porucha.

Osobná anamnéza

Pacientka je v dlhodobej starostlivosti internej ambulancie. Už od svojich 30 rokoch je liečená na srdcovú arytmiu. Pravidelne užíva lieky. Okrem tejto zdravotnej komplikácie má problémy aj so zrakom, nakoľko v dôsledku pracovnej činnosti, ktorú vykonávala vo svojom zamestnaní došlo k poškodeniu ľavého oka a to zostało funkčné iba na 20 %. Po tom, čo prežila prepadnutie nemôže spávať, nepomáhajú jej už takmer vôbec ani predpísané lieky, stráni sa ľudí, je neprimerane podozrievavá voči okoliu. Ustavične si kontroluje či má pri sebe osobné doklady a peňaženku. V každej chvíli, ak zistí, že sa v jej blízkosti nachádzajú mladí ľudia je vo veľkom strese. Objavujú sa u nej úzkostné stavby. Manžel ju presvedčil, aby vyhľadala odborníka a sám ju k nemu aj sprevádzal. Ubezpečil ju v tom, že všetko bude v poriadku. Po vstupnom vyšetrení na psychiatrickej ambulancii ošetrujúci lekár usúdil, že najprv bude určité obdobie užívať lieky a ak sa jej stav nezlepší, dôjde k hospitalizácii. Najprv bolo možné pozorovať, že sa začína znova vraciať do bežného života. Potom ale nastal nejaký zlom a opäťovne sa jej nepríjemné stavby vrátili. To bolo podnetom pre jej manžela aby ju spolu so synom odviezli do psychiatrickej liečebne, kde bola dlhšie obdobie aj hospitalizovaná na otvorenom oddelení.

Farmakologická anamnéza

Pacientka užíva lieky na srdcovú arytmiu a v dôsledku zažitej traumy jej lekár na psychiatrickej ambulancii predpísal aj lieky na upokojenie, ktoré užíva pravidelne.

Identifikačné údaje:

Meno pacientky: K.S.

Vek: 65 rokov

Pohlavie: žena

Rodinný stav: vydatá

Bydlisko: Košice

Vzdelanie: stredoškolské s maturitou

Zamestnanie: dôchodkyňa

Kontaktná osoba: manžel

Oddelenie: Pavilón II.B psychiatrická liečebňa Samuela Bluma v Plešivci

Dátum prijatia: 7.11.2019

Fyziologické funkcie:

TK: 135/85 torr.

P: 75 za minútu

D: 18 za minútu

TT: 36,6 °C

Stav pacientky pri prijatí:

Pri vedomí, orientovaná v osobe, čase aj priestore správne, udržuje očný kontakt, komunikačné prejavy v norme, na otázky odpovedá adekvátnie, badateľná menšia nervozita, spolupráca dobrá, sluchové problémy nezistené, zistené poruchy zraku, hlavne v oblasti ľavého oka používa kompenzačné pomôcky – okuliare, ústna dutina bez patologických zmien, hygienický stav primeraný. Upraveného zovňajšku, čisté osobné šatstvo, chôdza je vzpriamená, koža čistá, bez lézie, dolné končatiny bez kŕčových žíl, opuchov, edémov. Výška 166 centimetrov, váha 65 kilogramov

3.3 Posudzovanie potrieb pacientky podľa modelu Marjory Gordonovej

Posúdenie dvanásťich vzorcov zdravia pri príjme uľahčuje sestre rozoznať, či sa jedná o funkčné spávanie, alebo dysfunkčné správanie. Dysfunkčný vzorec je prejavom aktuálneho ochorenia, alebo môže byť znakom potencionálneho problému. Ak sa potvrdí dysfunkčný vzorec, sestra musí stanoviť ošetrovateľskú diagnózu a pokračovať v ďalších krokoch ošetrovateľského procesu (Pavlíková, 2006).

Vnímanie zdravia

Pacientka sa vyjadrila, že jej najväčšou prioritou je to, aby sa cítila v psychickej pohode a dokázala bezproblémovo fungovať v rámci rodinného života. To znamená, že by sa chcela plnohodnotne venovať svojmu manželovi, synovi a vnúčatám, chodievať do prírody a navštěvovať divadlo. Pacientka je abstinéntkou a nefajčiarkou, neužíva žiadne drogy. Dôvodom, prečo došlo k zhoršeniu jej psychického stavu je to, že prežila traumatickú udalosť v podobe prepadnutia v prostriedku mestskej hromadnej dopravy.

Výživa a metabolismus

Pacientka sa snaží jest' pravidelne 3 krát denne, ale v posledných dňoch má menšiu chut' do jedla, nejedáva toľko ako kedysi, aj si všimla na sebe, že schudla asi 5 kilogramov v posledných mesiacoch. Od kedy si prešla ťažkými chvíľami nemá veľmi chut' do jedla, aj keď niečo zje, nie je jej dobre. Udáva nevoľnosti po jedle. Počas dňa dodržiava pitný režim a vypije približne 2 litre vody. Oblubuje bylinkové čaje, stopercentné ovocné džúsy a podobne. Na jej koži sa nenachádzajú žiadne opuchy.

Vylučovanie

Návštevu toalety zvláda pacientka sama, nepotrebuje žiadnu pomoc. Udáva fyziologickú a pravidelnú stolicu 1 krát za deň. Jej moč je v norme a nevyskytujú sa v ňom žiadne patologické znaky. Potová frekvencia je primeraná.

Aktivita a cvičenie

Pacientka je už na dôchodku. Rada sa podieľa na kultúrnom živote v podobe návštevy divadla. K jej záľubám patria prechádzky v prírode, trávenie času s vnúčatami a

občas si zájde aj na jógu. Vo svojom veku si dokáže upratať vlastnú domácnosť, navari, operie, postará sa o záhradku. Radosť jej robí aj malý psík, ktorého s manželom dostali od syna, aby im spríjemňoval voľné chvíle. S týmto psíkom potom chodievajú na prechádzky. Dokáže sa sama pohybovať a je úplne sebestačná.

Spánok a odpočinok

Niekedy sa u nej prejavuje úzkosť, v dôsledku ktorej má aj problémy so spánkom. Aj po 8 hodinovom spánku sa stále cíti byť unavená. Spánok má sprevádzaný nočnými morami, a často sa v noci budí. Hypnotiká takmer vôbec neužíva, výnimkou je iba silné emočné vybočenie, kedy ich užije. Počas dňa nemá potrebu pospať si. Jej najväčším relaxom je starostlivosť o psíka, menšie práce v záhradke, zväčša je to polievanie kvetov a kochanie sa ich krásou. Veľmi rada si prečíta zaujímavú knihu.

Poznávanie a vnímanie

Pacientka sa dokáže pohotovo zorientovať v priestore, jej sluch je v dobrom stave, so zrakom je to horšie. Vedomie je zachované a komunikácia bez problémov. Netrpí žiadnymi výpadkami pamäte. Je vždy otvorená možnosti niečo nové sa naučiť aj prostredníctvom čítania odborne zameraných kníh. Dokáže sa rozhodovať samostatne a dať najavo aj svoj postoj k danej skutočnosti.

Sebakoncepcia a sebaúcta

Pacientka nazerá sama na seba ako na optimistku, ktorá sa teší z každého nového dňa. V určitom momente, kedy bola obeťou prepadnutia tomu tak nebolo. Sú situácie, kedy ju zastihnú obavy z toho, že ju niekto znova násilne ohrozí a niekedy sa cíti nepokojne v blízkosti mladíkov. No nemá pocit, že by bola na tom až tak zle psychicky, len sa cíti istejšia v blízkosti manžela.

Plnenie rolí a medziľudské vzťahy

Pacientka žije v dlhoročnom manželskom zväzku, z ktorého pochádza jeden dospelý syn. Syn má vlastnú rodinu a chodieva za rodičmi pravidelne počas víkendov spolu s vnúčatami. O rodinnom zázemí je možné povedať, že je vyhovujúce, nevyskytujú sa v ňom žiadne významné problémy. Členovia rodiny sa aktívne zaujímajú o zdravotný

stav matky. Navštevujú ju, volajú si takmer každý deň, pýtajú sa jej ako sa cíti a podobne. Vzťah pacientky voči okoliu je nestály. Niekedy je až neprimerane komunikatívna, inokedy sa utiahne do vlastného sveta a nemá túžbu komunikovať s nikým. Uzatvára sa do seba.

Reprodukcia a sexualita

S manželom majú veľmi pekný vzťah, ale sexuálne už spolu nežijú, no v mladosti bol ich život pestrý. Majú spolu jedného zdravého dospelého syna. Menštruáciu mala naposledy asi pred 17 rokmi, vždy pravidelnú.

Prispôsobenie sa a zvládanie stresu

Po tom, čo staršia žena mala možnosť prežiť traumatickú udalosť v mestskej hromadnej doprave u nej pozorovala, že nie všetku prichádzajúcu záťaž dokáže zvládnuť úplne v poriadku. V niektorých momentoch na ňu reaguje veľmi nevyspytateľne, zväčša sú to úzkostné stavy, strach, obavy, upodozrievanie blízkych. So stresom sa vyrovnáva za pomoci manžela a syna. Títo sa ju snažia rozptýliť spoločnými aktivitami, aby tak odpútali jej myšlienky od zlých udalostí. Vždy si s manželom ráno a na obed vypijú kávu a zhrnú udalosti z celého dňa.

Hodnotová orientácia – viera, životné hodnoty

Staršia pani je kresťanského vierovyznania. Nenavštevuje však kostoly, a nevyžaduje bohoslužby. V jej živote je veľmi dôležité zdravie, či už vlastné alebo celej rodiny.

Iné

Pacientka si je vedomá zmeny vo svojom správaní vplyvom prežitej traumy na jej psychické zdravie, ale kladie personálu otázky priamo na posttraumatickú stresovú poruchu, o ktorej by mala rada zodpovedané otázky, a bola viacej informovaná o jej poruche a prejavoch. Zaujíma ju jej ochorenie a chce byť o ňom čo najviac informovaná.

3.4 Sesterské diagnózy

Na základe posúdenia potrieb pacientky podľa koncepčného modelu Marjory Gordonovej v 12 funkčných vzorcoch zdravia, sme stanovili aktuálne a potencionálne sesterské diagnózy podľa vyhlášky 306/2005.

Aktuálne sesterské diagnózy:

- 1. E 100 - Nedostatok informácií o posttraumatickej stresovej poruche v súvislosti s novo diagnostikovaným ochorením prejavujúci sa verbalizáciou pacientky, častým kladením otázok zdravotníckemu a dožadovaním sa odpovedí.**
- 2. P 103 – Zmenený psychický stav** v súvislosti s prežitou traumou, prejavujúci sa pravidelnými výkyvmi nálad, upodozrievaním blízkych a uzatváraním sa do seba.
- 3. P 111 – Strach** v súvislosti s prepadnutím mladíkmi prejavujúci sa verbalizáciou strachu, bojazlivým výrazom v tvári, neustálymi obavami ohrozenia a vyhýbaním sa mladistvým osobám.
- 4. P 112 – Úzkosť** v súvislosti s prežitou stresovou situáciou, prejavujúca sa vnútorným nepokojom, nepríjemným pocitom a stratou istoty bez prítomnosti blízkej osoby.
- 5. S 140- Narušený spánok** v súvislosti so základným ochorením, prejavujúci sa stáženým zaspávaním, častým prebúdzaním sa počas spánku a prežívaním nočných môr.
- 6. V 122 Zmenená výživa – menší príjem ako telesná potreba** v súvislosti s neschopnosťou prijímať výživné látky zo psychických dôvodov, prejavujúca sa poklesom telesnej hmotnosti, odporom k jedlu a nevoľnosťou po jedle.

Potencionálne sesterské diagnózy:

- 1. I 111 Riziko sociálnej izolácie** v súvislosti s napadnutím vo verejnem dopravnom prostriedku.
- 2. P 104 Riziko zmeny psychického stavu** v súvislosti s prežitou traumatickou situáciou

Sesterská diagnóza č. 1.

E 100 - Nedostatok informácií o posttraumatickej stresovej poruche v súvislosti s novo diagnostikovaným ochorením prejavujúci sa verbalizáciou pacientky, častým kladením otázok zdravotníckemu a dožadovaním sa odpovedí.

Ciel: Pacientka nadobudne informácie o posttraumatickej stresovej poruche.

Výsledné kritériá:

- P/K si vytvorí dôveru k sestre do 1 hod.
- P/K sa aktívne zapája do rozhovoru a kladie otázky do 30 min.
- P/K prejavuje pozitívny vzťah k spolupráci do 1 hod.
- P/K rozumie pojem posttraumatická stresová porucha do 1 hod.
- P/K má informácie o jeho základnom ochorení do 3 hod.
- P/K pozná príznaky posttraumatickej stresovej poruchy do 30 min.

Intervencie:

- Zabezpečiť vhodné prostredie na rozhovor
- Získať si dôveru pacientky
- Zhodnotiť schopnosť spolupráce
- Používať výrazy, ktorým pacientka rozumie
- Zvolať primeraný spôsob komunikácie s pacientkou
- Zistiť kvantitu a kvalitu informácií pacientky o ochorení a možných komplikáciách
- Poskytnúť pacientke edukačný materiál tykajúci sa jej základného ochorenia
- Vyzvať pacientku, aby interpretovala získané informácie
- Zabezpečiť dostatok priestoru na rozhovor.
- Záznam do dokumentácie

Realizácia:

7.11.2019

14:00 hod. – Prevedený rozhovor s pacientkou osamote na izbe, na základe často kladených otázok o svojom základnom ochorení, zo strany pacientky. Položila som pacientke otázky na zistenie kvality informácií, ktoré má, a poskytla som jej edukačný materiál o posttraumatickej stresovej poruche, vysvetlila som jej čo to znamená, čo to spôsobuje a ako sa prejavuje. Následne som vyzvala pacientku, aby mi interpretovala získané informácie. Odporučila som jej si edukačný materiál prečítať, a ak by mala ďalšie otázky, budem sa jej ešte venovať neskôr.

16:00 hod. – Kontrola pacientky, zistenie, či edukačnému materiálu pochopila, pacientka mi položila zopár otázok, ktoré ju ešte zaujímali, otázky boli zodpovedané, pacientka verbalizovala nadobudnutie dostatočných informácií o jej základnom ochorení.

Podpis sestry

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Už viem čo znamená moje ochorenie a ako sa prejavuje. Budem to už vedieť vysvetliť aj mojej rodine“

Objektívne: „Cieľ sa splnil. Potreby pacientky boli zabezpečené, nadobudla informácie o posttraumatickej stresovej poruche, ktorým porozumela.“

Sesterská diagnóza č.2.

P 103 – Zmenený psychický stav v súvislosti s prežitou traumou, prejavujúci sa pravidelnými výkyvmi nálad, upodozrievaním blízkych a uzatváraním sa do seba.

Cieľ: Pacientka si zlepší svoj psychický stav.

Výsledné kritériá:

- P/K dodržuje liečebný režim ihned>.
- P/K je poučený o nutnosti liečby svojho ochorenia ihned.
- P/K aktívne spolupracuje s ošetrovateľským personálom do 2 hodín.

- P/K vyjadruje svoje pocity ošetrovateľskému personálu do 3 hodín.
- P/K sa zúčastňuje na terapeutických aktivitách do 3 hodín.
- P/K má záujem o komunikáciu so spolupatientmi do 5 hodín.
- P/K má zvýšenú psychickú pohodu do 6 hodín.

Intervencie:

- Oboznámiť pacienta s liečebným režimom.
- Poučiť pacienta o nutnosti liečby jeho ochorenia.
- Nabádať pacienta na komunikáciu s ošetrovateľským personálom
- Zapojiť pacienta do terapeutických aktivít.
- Viesť pacienta k spolupráci s ostatnými patientmi.
- Zabezpečiť pacientovi psychickú pohodu.
- Realizovať s pacientom rozhovor o jeho pocitoch a problémoch.

Realizácia:

7.11.2019

9:00 hod. – Prevedený rozhovor s pacientkou, poučená o liečebnom režime a o potrebe jeho dodržiavania. Oboznámenie pacientky o nutnosti liečby jej ochorenia.

10:00 hod. – Zapojenie pacientky do terapeutických aktivít, vedená k spolupráci so spolupatientmi.

12:00 hod. – Podanie ordinovaných liekov, zjedla pod dohľadom sestry.

13:00 hod. – Prevedený rozhovor s pacientkou o potrebe aktívneho zapájania sa do aktivít a komunikácie s personálom, pre zlepšenie jej psychického stavu. Pacientka verbalizuje, že jej je lepšie osamote.

14:00 hod. – Zapojená do poobedňajšej terapii so psychológom, kde nadväzuje terapeutický vzťah a vyjadruje svoje pocity.

15:0 hod. – Pacientka spolupracuje s ošetrovateľským personálom, ale nevytvára si

priateľské vzťahy medzi pacientmi, trávi voľný čas na izbe, prítomná negatívna nálada.

16:00 hod. – Pacientke zabezpečená psychická pohoda na oddelení, vytvorené vhodné podmienky pre návštevy, aby mohla byť bola v pravidelnom kontakte s blízkymi.

Podpis sestry

Vyhodnotenie:

Subjektívne: , Na terapeutických aktivitách sa zúčastňujem, ale veľmi sa mi nechce mimo nich zhovárať s inými pacientmi, je mi lepšie, keď som sama.“

Objektívne: „Ciel sa splnil čiastočne, pacientka dodržuje liečebný režim ale vyhľadáva samotu, a tým neprispieva k zlepšeniu svojho psychického stavu. Odporúčame pokračovať v naplánovaných intervenciach.“

Sesterská diagnóza č.3.

P 111 – Strach v súvislosti s prepadnutím mladíkmi prejavujúci sa verbalizáciou strachu, bojazlivým výrazom v tvári, neustálymi obavami ohrozenia a vyhýbaním sa mladistvým osobám.

Ciel: Pacientka dosiahne zmiernenie strachu.

Výsledné kritériá:

- P/K prijíma a toleruje liečbu podľa ordinácie lekára.
- P/K dodržiava liečebný režim ihned’.
- P/K je informovaná o ošetrovateľskom postupe do 10 min.
- P/K aktívne spolupracuje podľa ošetrovateľského postupu do 30 min.
- P/K je edukovaná o efektívnom zvládaní strachu pomocou komunikácie do 2 hod.
- P/K otvorene komunikuje s ošetrovateľským personálom o svojich pocitoch do 3 hod.

Intervencie:

- Povzbudzovať pacientku k vyjadreniu pocitov a názorov.
- Využívať terapeutickú komunikáciu.

- Zabezpečiť emocionálny komfort úpravou prostredia.
- Informovať o vhodných relaxačných aktivitách.
- Umožniť kontakt s podpornými osobami a rodinou.
- Byť pacientke neustále k dispozícii.

Realizácia:

8.11.2019

6:30hod. – Prevedená úprava lôžka a prostredia na izbe pacientky.

7:00hod. – Podané ranné lieky podľa ordinácie lekára – užila pod dohľadom sestry.

8:00hod. – Prevedený rozhovor s pacientkou na izbe, informovaná o využívaní relaxačných aktivítach (pohybové cvičenia – jóga, prechádzka po čerstvom vzduchu, kreslenie, čítanie)

10:00hod. – Prevedený rozhovor s pacientkou o dôležitosti vzájomnej komunikácie s ošetrujúcim personálom. Vyzvaná vhodným spôsobom, aby sa nebála sa zdôveriť so svojimi pocitmi a našla dôveru v ošetrujúcej sestre.

12:00hod. – Podané obedňajšie lieky podľa ordinácie lekára – užila pod dohľadom sestry.

13:00hod. - Pacientka sa stravovala v jedálni s ostatnými pacientmi, zjedla $\frac{3}{4}$ porcie.

14:00hod. - Prevedený rozhovor s pacientkou o jej pocitoch, otvorené komunikuje a zdôveruje sa o svojich pocitoch s ošetrujúcou sestrou.

15:00hod. - Pacientka mala návštenu manžela.

16:00hod. – Pacientka verbalizuje, že sa medzi ostatnými pacientami cíti dobre, upokojuje ju komunikácia s ľuďmi a cíti sa mimo ohrozenia.

Podpis sestry

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Som rada, že sú tu všetci na mňa takí milí, nepociťujem už strach, cítim sa tu v bezpečí.“

Objektívne: „Ciel' sa podarilo splniť, pacientke boli zabezpečené jej potreby, verbalizuje ústup a zmiernenie strachu.“

Sesterská diagnóza č.4.

P 112 – Úzkosť v súvislosti s prežitou stresovou situáciou, prejavujúca sa vnútorným nepokojom, nepríjemným pocitom a stratou istoty bez prítomnosti blízkej osoby.

Ciel: Pacientka si eliminuje úzkosť na minimum.

Výsledné kritériá:

- P/K prijíma a toleruje liečbu ordinovanú lekárom ihned.
- P/K je informovaná o ošetrovateľských postupoch a liečebnom režime do 10 min.
- P/K aktívne komunikuje so sestrou o svojich obavách do 30 min.
- P/K je oboznámená s možnosťami odstránenia ťažkostí do 30 min.
- P/K má zaistené pokojné prostredie počas celej hospitalizácie.
- P/K sa zapája do spoločenských aktivít počas celej hospitalizácie.
- P/K prijíma rodinné návštevy počas celej hospitalizácie.

Intervencie:

- Informovať pacientku o ošetrovateľských postupoch a liečebnom režime.
- Viesť rozhovor s pacientkou o jej obavách.
- Oboznámiť pacientku s možnosťami odstránenia ťažkostí.
- Zaistiť pokojné prostredie.
- Zapájať pacientku do spoločenských aktivít so spolupacientmi.
- Vytvoriť podmienky pre pravidelné návštevy.

Realizácia:

9.11.2019

13:00 hod. – Pacientka informovaná o ošetrovateľských postupoch a liečebnom režime.

13:30 hod. – Prevedený rozhovor o obavách pacientky, na otázky odpovedala, že cíti vnútorný nepokoj a necíti sa bezpečne bez blízkej osoby, najradšej by bola s manželom.

14:00 hod. – Zaistené pokojné prostredie, a odpútanie pozornosti od obáv, odprevadenie pacientky do spoločenskej miestnosti, kde je zapojená do spoločenských aktivít.

15:00 hod. – Návšteva manžel, odprevadení na vhodné miesto, kde bude zachované ich súkromie.

17:00 hod. – Prevedený rozhovor, pacientka nepociťuje nepokoj, je rada, že ju môže každý deň navštevovať manžel.

Podpis sestry

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Veľmi ma teší, že za mnou môže chodiť každý deň môj manžel. Nepociťujem úzkosť ak je tu pokoj, potom som pokojná aj ja a nemám stres.“

Objektívne: „Cieľ sa splnil. Pacientke boli zabezpečené jej potreby, verbalizuje zníženie nepokoja a elimináciu úzkosti.“

Sesterská diagnóza č.5.

S 140- Narušený spánok v súvislosti so základným ochorením, prejavujúci sa stŕaženým zaspávaním, častým prebúdzaním sa počas spánku a prežívaním nočných môr.

Cieľ: Pacientka si zlepší kvalitu spánku.

Výsledné kritéria:

- P/K edukovaná o príčinách narušeného spánku do 10 min.
- P/K pozná príčiny narušeného spánku do 20 min.
- P/K má zabezpečené ticho a klúč na izbe pred spaním do 30 min.
- P/K zaspí po uložení sa do posteľ do 30 min.
- P/K spí nepretržite bez prebúdzania sa do 12 hod.
- P/K sa prebúdza oddýchnutá po 6 hodinovom spánku.
- P/K verbalizuje kvalitu spánku do 24 hod.

Intervencie:

- Edukovať pacientku o príčinách narušeného spánku.
- Vyzvať pacientku aby interpretovala získané informácie.
- Monitorovať pacientku počas spánku.

- Zaznamenať priebeh spánku do dokumentácie.
- Zabezpečiť pacientke tiché a pokojné prostredie na izbe.
- Sledovať pacientku po prebudení.
- Zistiť od pacientky kvalitu spánku.

Realizácia:

10.11.2019

18:30 hod. – Prevedený rozhovor s pacientkou o príčinách narušeného spánku (pred spánkom veľa nejest', vyprázdnit' sa, vyvetrať si izbu, zjest' ordinované večerné lieky, upraviť si pohodlné lôžko, upokojiť sa a myslieť na niečo pozitívne).

18:45 hod. – Príprava večerných liekov pre pacientku

19:00 hod. – Pacientke podané večerné lieky – zjedla pod dohľadom sestry.

20:30 hod. – Zabezpečené ticho a kľud na izbe.

21:00 hod. – Kontrola pacientky na izbe, večerná toaleta prevedená, leží na lôžku.

21:30 hod. – Pacientka upozornená na nočný kľud na oddelení, vypnuté svetlá.

22:00 hod. – Kontrola pacientky na izbe, spí.

00:00 hod. – Prevedená nočná kontrola na izbe, pacientka reaguje na otvorenie dverí otvorením očí a pretočením sa na druhý bok.

11.11.2019

2:00 hod. – Kontrola pacientky na izbe – nespí, verbalizuje, že nevie spať.

5:00 hod. – Pacientka pri nočných kontrolách spala prerusované.

7:00 hod. – Prevedený rozhovor s pacientkou, pacientka verbalizuje, že cez noc nedobre spala, mala nočné mory a často sa budila.

Podpis sestry

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Túto noc som nevedela spať, budili ma nočné mory o mojej traumatickej spomienke, stále ma to prenasleduje.“

Objektívne: „Ciel' sa nepodarilo splniť. Pacientka verbalizuje časté prebúdzanie sa a prežívanie nočných môr. Počas služby si nezlepšila spánok, odporúčame pokračovať v naplánovaných intervenciach.“

Sesterská diagnóza č. 6.

V 122 Zmenená výživa – menší príjem ako telesná potreba v súvislosti s neschopnosťou prijímať výživné látky zo psychických dôvodov, prejavujúca sa poklesom telesnej hmotnosti, odporom k jedlu a nevoľnosťou po jedle.

Ciel: Pacientka si zlepší príjem stravy.

Výsledné kritéria:

- P/K prijíma a toleruje stanovenú diétu ihneď.
- P/K toleruje podávanie stravy ráno, na obed a večer ihneď.
- P/K prijíma minimálne $\frac{1}{2}$ porcie na raňajky, obed aj večeru ihneď.
- P/K si udržiava telesnú hmotnosť počas hospitalizácie.
- P/K pozná dôležitosť prijímania dostatočných živín do tela do 1 hod.

Intervencie:

- Zistiť telesnú hmotnosť pacientky.
- Pravidelne sledovať telesnú hmotnosť a zaznamenávať ju do dokumentácie.
- Stanoviť individuálnu diétu pre pacientku.
- Zaistiť pravidelný príjem stravy.
- Nabádať pacientku, aby jedla častejšie v menších dávkach.
- Sledovať množstvo a čo pacientka zjedla a vypila a zaznamenať to do dokumentácie.
- Informovať pacientku o potrebe zvýšenia živín do tela.

Realizácia:

11.11.2019

6:30 hod. – Váženie pacientky – hmotnosť 75kg.

6:50 hod. – Naordinovaná diéta a poučenie pacientky o jej dodržiavaní.

7:50 hod. – Podané raňajky, zjedla $\frac{1}{2}$ porcie chleba s maslom a so šunkou a vypila 250ml. čaju. Hydratovaná.

8:30 hod. – Prevedený rozhovor, o potrebe prijímania stravy častejšie v menších dávkach

a dostatočného množstva živín do tela.

10:00 hod. – Pacientka zjedla na desiatu jeden banán.

12:30 hod. – Pacientke podaný obed, zjedla $\frac{1}{2}$ porcie mäsa s ryžou, $\frac{1}{2}$ porcie zeleninovej polievky a vypila 250ml. čaju. Hydratovaná.

15:00 hod. – Pacientka zjedla na olovrant jeden jahodový jogurt.

17:30 hod. – Podaná večera, pacientka zjedla $\frac{1}{2}$ porcie chlieb s párikom a vypila 250ml. čaju.

Podpis sestry

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Viem, že by som mala jest' viac, aj sa budem snažiť, len ide to pomaly.“

Objektívne: „Ciel' sa podarilo splniť čiastočne. Pacientka zjedla $\frac{1}{2}$ porcie na raňajky, obed aj večeru. Okrem toho zjedla aj desiatu a olovrant, ale verbalizuje, že jej zatial' menej stačí, ale časom sa to zlepší. Odporúčam pokračovať v naplánovaných intervenciach.“

Potencionálna sesterská diagnóza č.1.

I 111 Riziko sociálnej izolácie v súvislosti s napadnutím vo verejnom dopravnom prostriedku.

Ciel': Pacientka sa prirodzene pohybuje po oddelení medzi ostatnými pacientmi.

Výsledné kritérium:

- P/K aktívne komunikuje s personálom a ostatnými pacientmi počas celej hospitalizácie.
- P/K má kontakt s okolím do 1 hod.
- P/K sa aktívne zapája do spoločenských aktivít s pacientmi na oddelení do 3 hod.
- P/K sa neuzatvára do seba do 1 hod.
- P/K nemá pocit ohrozenia v spoločnosti cudzích ľudí do 3 hod.

Intervencie:

- Nabádať pacientku na kontakt s okolím.
- Vytvoriť si u pacientky dôveru.
- Poukázať na dôležitosť komunikácie s ľuďmi.
- Previest' rozhovor s pacientkou o jej pocitoch v spoločnosti.
- Ukázať pacientke spoločenskú miestnosť so spolupacientami.
- Preukázať empatiu.

Realizácia:

12.11.2019

9:00 hod. – Na základe spozorovaného neprirodzeného správania pacientky na chodbe, prevedený rozhovor s pacientkou na izbe. Kládla som jej otázky, ako sa cíti v spoločnosti iných pacientov. Verbalizuje nepohodlný pocit, pocit neistoty a ohrozenia. Ubezpečila som ju, že tu sa môže cítiť v bezpečí, a že sme jej stále k dispozícii.

9:30 hod. – Pacientka odprevadená do spoločenskej miestnosti, kde sa nachádzajú ostatní pacienti. Poukázala som na dôležitosť komunikácie s nimi a budovaní si vzťahu.

10:30 hod. – Kontrola pacientky v spoločenskej miestnosti – komunikatívna so spolupacientmi, aktívne sa zapája do aktivít.

11:00 hod. – Prevedený opakovaný rozhovor s pacientkou. Verbalizuje, že sa medzi nimi cíti lepšie a necíti sa byť medzi nimi ohrozená.

Podpis sestry

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Cítim sa lepšie, keď sa s nimi môžem vzájomne rozprávať o problémoch a pocitoch, a vedieť, že nie som v tom sama.“

Objektívne: „Ciel' sa splnil. Pacientka sa prirodzene pohybuje po oddelení medzi ostatnými pacientmi a aktívne sa s nimi zapája do aktivít.“

3.5 Záverečné zhodnotenie pacientky

Prežitie traumatickej udalosti je pre každého človeka veľmi náročnou životnou skúsenosťou. Takouto je aj prepadnutie v prostriedku mestskej hromadnej dopravy. Zvyčajne sa stávajú obeťami páchateľov ľudia vo vyššom veku a to z dôvodu, že sú zraniteľní a nedokážu sa ubrániť. To bol prípad aj staršej ženy, ktorej bola poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť. Táto žena cestovala vo večerných hodinách v mestskej hromadnej doprave a priamo tam sa stala obeťou agresora. Zdravotníkov jej privolali spolucestujúci, ktorí videli čo sa stalo a chceli jej pomôcť.

Táto žena mala možnosť prežiť niečo traumatizujúce, na čo nedokázala zabudnúť ani počas niekoľko mesiacov od skutku. Dôvodom bola agresivita, ktorej bola vystavená neznámym človekom. Uvedená skutočnosť u nej vyvolala vznik posttraumatickej stresovej poruchy.

Patientka bola hospitalizovaná v psychiatrickej liečebni, kde bola prijatá na základe zhoršeného psychického stavu. U patientky sme posudzovali potreby podľa modelu Marjory Gordonovej v 12 funkčných vzorcoch zdravia, kde sme zistili deficit a následne sme stanovili sesterské diagnózy, ktoré boli zamerané na zlepšenie jeho funkčných vzorcov zdravia. Zostavili sme ošetrovateľský plán, v ktorom sme sa zamerali na oblasť vedomostí, v ktorej sa nám podarilo spolu s aktívou spoluprácou patientky dosiahnuť želané výsledky. Ďalej na psychickú oblasť patientky, kde sa nám podarilo uspokojiť jej psychické potreby. Zamerali sme sa na zlepšenie spánku, čo sa nám nepodarilo úplne splniť, keďže patientka trpí ťažkými spánkovými poruchami, ktoré si vyžadujú dlhšie trvanie na dosiahnutie uspokojenia potreby. A v oblasti výživy sa nám cieľ podarilo iba čiastočne splniť, pretože si patientka vyžaduje viacéj času.

Počas hospitalizácie patientku pravidelne navštievoval jej manžel, čo jej nesmierne dopomáhalo k zlepšeniu psychického stavu, aktívne sa o ňu zaujímal a podporoval ju. Po ukončení hospitalizácie sa patientka vráti naspäť do domáceho prostredia, kde ale bude musieť navštevovať pravidelne svojho psychiatra.

4 DISKUSIA

V našej práci sme sa rozhodli riešiť problematiku ošetrovateľského procesu pri posttraumatickej stresovej poruche. Zvolili sme si kvalitatívnu metódu. Podľa Modelu funkčného vzorca zdravia Marjory Gordonovej, sme získali informácie o aktuálnych a potencionálnych potrebách pacientky, ktorá bola obeťou napadnutia v prostriedku mestskej hromadnej dopravy, a následne sme sa snažili ich uspokojiť.

Posttraumatická stresová porucha je veľmi závažný stav, ktorý postihuje človeka. Tento stav je spôsobený vznikom náročnej životnej situácie. Zvyčajne sú to neočakávané javy, ktoré sa objavia u človek a s ktorými sa nedokáže vlastnými silami vysporiadat'. To bol aj prípad pacientky, na ktorej sme aplikovali ošetrovateľský proces. Jednalo sa o staršiu ženu, ktorá sa stala obeťou prepadnutia mladými mužmi počas svojej cesty v prostriedku mestskej hromadnej dopravy.

Najhoršie človek prežíva násilie, ktoré voči nemu vyvinie niekto pre neho cudzí. S takýmto stavom sa potom nedokáže dlhodobo vysporiadat'. Najhoršie je to vtedy, ak nie je účinná ani pomoc a opora zo strany najbližších. Niečo takéto sme pozorovali aj u staršej ženy, ktorá žila v spoločnej domácnosti so svojim manželom. Ani jeho psychická podpora jej nebola dostatočné nápomocná k tomu, aby sa dokázala vyrovnať s prežitou traumou. To bolo pohnútkou k tomu, že bola hospitalizovaná v psychiatrickej liečebni. V nej sa o ňu staral ošetrovateľský tím.

Počas zotrvenia v liečebni absolvovala niekoľko psychologických sedení, počas ktorých jej poskytovala asistenciu sestra. Bola jej nablízku vždy, ak niečo potrebovala. Starala sa o jej pohodlie, upravovala jej izbu, prostredie a pomáhala jej pri zvládaní stresu prostredníctvom neustálej komunikácie. Taktiež jej poskytovala všetky informácie o liečebných postupoch, ktoré musela dodržiavať. Z toho usudzujeme, že práca sestry je veľmi náročná a vyžaduje si mnoho profesionality a ľudský prístup.

V praktickej časti sme sa zamerali na popísanie anamnézy pacientky, pričom sme charakterizovali rodinnú, osobnú a farmakologickú anamnézu. Týmto sme chceli poukázať na rôzne stránky jej života. Staršia žena sa inak správala v pokojných situáciach, kedy nebola ohrozená jej bezpečnosť ako práve po zrealizovaní útoku. Prežitie traumy človeka výrazne mení, vidieť to najmä na jeho správaní sa voči okoliu, kedy je zvýšene podráždený, podozrievavý, má strach chodievať do spoločnosti cudzích ľudí a podobne.

Záujmy takéto človeka sa výrazne menia, nakoľko sa vždy orientuje iba na svoje utrpenie a to, čo napĺňalo jeho život pred udalosťou sa akosi dostáva do úzadia.

Staršia žena, ktorá sa rada zdržiavala v spoločnosti ľudí sa ich zrazu začala strániť. Zmenili sa aj jej vzťahy k najbližším, kedy boli poznateľné ťažkosti v komunikácii. Dopolnila vždy veselá a optimisticky naladená osoba sa stala uzavretou do samej seba. Nechodievala nikam zo svojho domu. Jej manžel a syn sa o ňu začali báť. Preto sa potom rozhodli, že spolu s ňou navštívia odborníkov, aby im pomohli riešiť tento problém. Bolo to veľmi správne, keďže nie všetko, čo počas svojho života zažijeme si dokážeme aj svojpomocne vyriešiť. Sú isté situácie, ktoré človek dokáže zdolať prostredníctvom sily svojej osobnosti. Avšak prežitie traumy, akou je prepadnutie pred množstvom ľudí je niečo celkom iné. Človek prirodzene očakáva, že pokial sa zdržiava pri veľkej skupine ľudí, nič sa mu nemôže stať. To isté si myslala aj staršia žena a preto potom danú situáciu veľmi ťažko zvládala. Zmenilo sa jej nazeranie na celú spoločnosť a pocíťovala neustále obavy, ak sa okolo nej objavili mladí muži, keďže bola v napätí, či sa jej znova niečo nemôže stať a či nebude obeťou ich útoku.

Počas hospitalizácie pacientky sestra začala hodnotiť jej aktuálny stav a na základe toho potom rozhodla, aké úkony budú na nej realizované. Upriamila sa na zhodnotenie jej stavu a zistilo sa, že nemá dostať informáciu o tom, čo bude musieť absolvovať, kvôli jej novovzniknutej chorobe. Tento problém bol riešený takým spôsobom, že jej sestra poskytla informácie o posttraumatickej stresovej poruche a nasledovnom liečebnom postupe, aký ju čaká počas jej liečenia. Vysvetlila jej, ako bude prebiehať bežný deň, kedy sa uskutočňujú vizity, terapeutické aktivity, upresnila jej čas podávania liekov a stravy a tiež to, aké dôležité je dodržiavanie liečebného režimu. Takto získala pacientka dostať informáciu a jej obavy z neznámeho boli potlačené.

Sestra sa musela zameriť aj na odstránenie psychických zmien, ktoré sa začali prejavovať u pacientky. Tieto zmeny boli vyvolané prežitou traumatickou udalosťou. Práve tátu dokáže podstatne zmeniť doposiaľ zaužívané zvyklosti. Človek sa stane akoby celkom inou osobnosťou, ktorej správanie sa začne odlišovať od toho predošlého. Vidieť to aj na povahе, kedy to, čo by za normálnych okolností bolo prežívané pokojne sa zrazu stane neprekonateľnou prekážkou. Príkladom je cesta v prostriedku mestskej hromadnej dopravy. Staršia žena ju využívala pravidelne, ale ten deň ju výrazne zmenil, respektíve to, čo sa počas neho udialo. Žena bola obeťou útoku a preto začala pocíťovať veľké obavy, ak

mala využiť prostriedok mestskej hromadnej dopravy. To vyústilo do takého stavu, že prestala chodievať medzi ľudí a viac sa upriamila iba na samú seba. Zostávala často doma, nezaujímala sa ani o spoločenské podujatia.

Spomienky na stresujúcu udalosť sa človeku vracajú aj s odstupu času. To sa vyskytovalo aj u pacientky, ktorá mala narušený spánok. Tomuto problému sa sestra venovala intenzívne, ale žiaľ, stav pacientky si vyžaduje dlhší čas na priebeh vyriešenia tohto problému. Často sa stáva, že nepríjemné myšlienky sa vracajú aj vtedy, ak by sme na ne chceli rýchlo zabudnúť. Dôvodom je ich charakter. Zvyčajne ide o spomienky na niečo veľmi nepríjemné, čo človeka sužuje a práve preto staršia žena trpela prežívaním nočných môr. Strach a úzkosť boli ďalším prejavom prežitej traumy, ktoré sa u nej preukázali. Agresívne správanie je prežívané veľmi ťažko, pretože obet uvažuje nad tým, prečo sa agresor zameral práve na ňu a či ho niečím nevyprovokovala. Ide teda o obviňovanie samého seba z udalosti, ktorá sa udiala a ktorá nemá rozumné vysvetlenie. Potrebné je ale mať na pamäti, že agresori si vyberajú ten typ obetí o ktorých sú presvedčení, že sa nedokážu brániť a tým pádom hoci voči nim vyvinú agresivitu, oni aj tak nič neurobia a budú iba mlčky trpieť. Veľkým problémom je to najmä pre starších ľudí, o ktorých sa z médií dozvedáme, že boli obetami rôznych násilných skutkov. Vždy sa iba rieši konkrétny čin, málokedy sa pozornosť ubera na človeka, ktorý bol v dôsledku neho vlastne poškodený. Neskúma sa tiež, ako sa s celou situáciou v priebehu času vyrovnal a či mu nevznikli nejaké psychické problémy.

V našej práci sme zistili, aké dôležité je hodnotenie psychického stavu pacientky pri uspokojovaní jej potrieb a poukázali sme na fakt, že sestra musí pri dosiahnutí týchto cieľov využívať najviac empatický a profesionálny prístup. Ako uvádzia vo svojom diele Komunikácia v ošetrovateľstve Kristová (2009) sestra má pacientov motivovať k ich spolupráci, v záujme zlepšenia si svojho psychického stavu. Sestra by mala mať komunikačné schopnosti a otvorené komunikovať o pocitoch, prežívania emócií a problémoch, ktoré pacienta trápia. Vytvárať si terapeutický vzťah, v ktorom je veľmi dôležitá dôvera, vedieť pacienta upokojiť v ťažkých situáciách a uistíť ho, že sme tu pre neho. Na tieto činnosti sme poukazovali aj v našej práci. Raboch (2006) vo svojom diele definuje posttraumatickú stresovú poruchu takto: „*Postižený opakovaně prožívá katastrofickou událost ve snech či fantaziích, vyhýba se situácím a místum, ve kterých se zážitek přihodil. Jeho afektivita se stane otupělou, vyhaslou, ztráci zájem o své předchozí*

aktivity, cíti se být odcizen lidem. Pociťuje úzkost, trpí poruchami spánku, koncentrace, je nadmerně ostražitý, má sklon k útekovým, panickým, či agresivním reakcím.“ Tieto informácie sme uvádzali aj v našej práci. Pavlíková (2006) vo svojom diele opisuje ako sestrám lepšie pomáha pri ošetrovateľskej starostlivosti využitie koncepčných modelov a následná realizácia ošetrovateľského procesu u pacienta čo sa zhoduje s našimi poznatkami v práci: „Pomáhají sestrám lépe pochopit souvislosti zjištěných problému, snadněji plánovat ošetřovatelskou péči i zajišťovat výsledky intervencí. Proto se v praxi ošetřovatelské teorie a modely používají ve spojitosti s ošetřovatelským procesem.“

Cieľom našej práce bolo zamerať sa na ošetrovateľský proces priamo na pacientku trpiacou posttraumatickou stresovou poruchou, a možnosti využitia koncepčného modelu Marjory Gordonovej. Zistili sme, že tento model môžeme aplikovať pri tejto poruche a dokážeme ním uspokojiť potreby pacientky.

4.1 Odporučania pre prax

Pre sestry:

- Účasť na odborných seminároch o posttraumatickej stresovej poruche pre lepšiu znalosť práce s takýmito pacientmi.
- Navrhnuť rôzne inovatívne možnosti liečby posttraumatických stresových porúch prostredníctvom terapeutických činností.
- Minimalizovať administratívnu zát'až pre kvalitnejšiu starostlivosť o pacienta v praxi.
- Zlepšiť komunikačné techniky, nabádať pacientov, aby otvorene rozprávali o svojich emóciách a pocitoch.
- Uplatňovať u pacienta holistický prístup.
- Zameriať sa na kvalitné posúdenie psychického stavu pacienta a pravidelne hodnotiť jeho aktuálne a potencionálne problémy.
- Edukovať pacientov a príbuzných o nutnosti vytvárania vhodných podmienok pre život v domácom prostredí, bez nadmernej stresovej zát'aže.
- Zabezpečiť pacientom zvyšovanie vedomostí o negatívnych dôsledkoch prežívania posttraumatickej stresovej poruchy prostredníctvom letákov alebo brožúrok.
- Poučiť pacientov o dôležitosti vyhľadania odborníka v prípade vzniku relapsu ochorenia.

ZÁVER

Život človeka je nevyspytateľný a nikdy nemôžeme ani len tušiť, čo si pre nás pripraví. Nikto nie je úplne imúnny voči vzniku neočakávaných udalostí. Tieto môžu mať rôzny charakter. Môže sa jednať v tom lepšom prípade o pozitívne udalosti a zasa v tom horšom je to napríklad agresívne správanie, namierené od cudzieho človeka. S týmto sa najčastejšie stretávajú ľudia vyššieho veku. Dôvodom, prečo si ich páchatel' vyberie je skutočnosť, že pre neho predstavujú ľahkú korist' a je si vedomí toho, že sa nedokážu ubrániť pred fyzickým útokom.

Človek, ktorý je takémuto správaniu vystavený si celú udalosť a jej priebeh pamätá aj s odstupom určitého času. Vzniká teda u neho posttraumatická stresová porucha. S touto sa sám nedokáže vysporiadať a často ani s pomocou svojich blízkych a priateľov. V takomto prípade je zverený do rúk odborníkov, ktorí majú skúsenosti s liečbou spomenutých stavov a teda vedia, ako k takémuto pacientovi pristupovať.

V mnohých prípadoch je nevyhnutné, okrem vymedzenia farmakologickej liečby, poskytovanie psychoterapie. Jej cieľom je pravidelným kontaktom pacienta spolu s odborníkom postupne odbúravať napätie, ventilovať pocity, rozprávať o tom čo ho najviac ťaží a hľadať spoločne možnosti, ako sa nepríjemným myšlienкам upierajúcim sa na traumatickú udalosť čo najskôr zbaviť, alebo ich aspoň minimalizovať.

Práca s pacientom trpiacim posttraumatickou stresovou poruchou je veľmi náročná, pretože fyzické rany sa dokážu skôr zahojiť ako tie na ľudskej duši. Psychické dôsledky traumatickej udalosti zostávajú v mysli človeka dlhodobo a preto je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti veľmi dôležité. Bez nej by sa človek nedokázal vyrovnať s tým, čo musel zažiť a neustále by sa upíeral na hrôzy dňa, kedy sa mu to stalo. Najhoršie je to v prípade žien, ktoré mohli zažiť nejaké násilie, pretože prežívajú neustály strach niekam ísť, sú toho názoru, že kdekoľvek na nich môže niekto zaútočiť.

Prínosom tejto práce pre verejnosť je to, že sa bližšie oboznámi s tým, čo predstavuje posttraumatická stresová porucha, ako sa prejavuje, čo je jej spúšťačom a ako prebieha jej liečba. Okrem toho môže pre ľudí slúžiť ako poznatok, ako by mali postupovať, ak sa u nich objaví posttraumatická stresová porucha a teda, že by ju mali rozhodne riešiť za pomoci odborníkov a neuchyľovať sa do samoty.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition. Text Revision. DSM-IV-TR. APA Arlington, 2000/2010, 943 s.

BOROŇOVÁ, J. 2018. *Vybrané témy z ošetrovateľskej problematiky*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis. 2018. 320 s. ISBN 978-80-568-0170-3.

BREWIN, CH. 2015. Re-experiencing traumatic events in PTSD: new avenues in research on intrusive memories and flashbacks. European Journal of Psychotraumatology, vol. 6.

CUSACK, K. J. et al. 2006. *Unrecognized trauma and PTSD among public mental health consumers with chronic and severe mental illness*. Community Mental Health Journal, 2006, p. 487–500.

ČÍRTKOVÁ, L. - VITOUŠOVÁ, P. 2007. *Pomoc obětem a svědkům trestných činů*. Praha: Portál, 2007. 191 s . ISBN: 978-80-247-2014-2.

DIGANGI J. A. et al. 2017. Affective and cognitive correlates of PTSD: Electrocortical processing of threat and perseverative errors on the WCST in combat-related PTSD. *Progress in Neuropsychopharmacology*, vol. 75, no. 7, p. 63-69.

FARKAŠOVÁ, D. 2010. *História ošetrovateľstva*. Martin: Osveta, 2010. 170 s. ISBN: 9788080633325.

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

FRIEDMAN, M. et al. 2007. *Handbook of PTSD: science and practice*. New York: Guilford press.

GURKOVÁ, E. et al. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta, 2009. 244 s. ISBN: 978-80-8063-308-0.

HANZLÍKOVÁ, A. et al., 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2006. 279 s. ISBN: 80-8063-213-8.

HOSCHL, C. et al. 2004. *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2004. 883 s. ISBN: 80-900130-7-4.

KRISTOVÁ, J. 2009. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. 3. upravené a doplnené vydanie. Bratislava: Osveta, 2009. 182 s. ISBN: 978-80-8063-160-4.

KRIŠKOVÁ, A. et al. 2006. *Ošetrovateľské techniky. Metodika sesterských činností*. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN: 80-8063-202-2.

LATÁLOVÁ, K. et al. 2014. Posttraumatická stresová porucha. *Praktický Lékař*, 94 (4), 172–176 s.

LÍŠKOVÁ, M., NÁDASKÁ, I. et al. 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva*. Martin: Osveta, 2006. 69 s. ISBN: 80-8063-216-2.

MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. Bratislava: Osveta, 2009. 156 s. ISBN: 978-80-8063-326-4.

PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s. 33-102. ISBN 80-247-1211-3.

PERRY, B. D., SZALAVITZ, M. 2016. *Chlapec, kterého chovali jako psa*. Praha: Portál, 2016. 253 s. ISBN: 978-80-262-1112-9.

RABOCH, J. et al. 2006. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. 263 s. ISBN: 978-051-1366-246.

RAHN, E., MAHNKOPF, A. 2000. *Psychiatrie*. Praha: Grada, 2000. 466 s. ISBN: 80-7169-964-0.

SIKOROVÁ, L., BUŽGOVÁ, R. 2013. *Family environment of hospitalized children*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. 1. world congress of children and youth health behaviors, 2013.

SMOLÍK, P. 2002. *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nozologie. Diagnostika*. Praha: MAXDORF, 2002. 506 s. ISBN: 80-200-0073-9.

TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. et al., 2008. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2008. 198 s. ISBN: 978-80-8063-270-0.

VAŠINA, L. 2008. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2008. 331 s. ISBN: 978-80-87182-00-0.

VOROSOVÁ, G. 2011. *Ošetrovateľský proces v internom ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2011. 240 s. ISBN: 978-80-8063-358-5.

VYHLÁŠKA Ministerstva zdravotníctva SR č. 306/2005 Z.z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.

WORLD HEALTH ORGANISATION, 2019. *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize*. [online]. Dátum citovania [2019-11-30]. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-crke>