

**ŠPECIFIKÁ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV
V KRITICKOM STAVE NA ODDELENÍ ANESTÉZIOLÓGIE A INTENZÍVNEJ MEDICÍNY
SPECIFICS OF NURSING CARE FOR PATIENTS IN A CRITICAL CONDITION
THE DEPARTMENT OF ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE MEDICINE**

JANUŠKOVÁ Eva¹, MATIŠÁKOVÁ Iveta²

¹ Svet zdravia Nemocnica Topolčany, a.s., Topolčany

² Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín

ABSTRAKT

Východiská: Intenzívna starostlivosť sa v súčasnosti považuje za veľmi náročný odbor. Je to odbor, ktorý využíva poznatky všetkých špecializovaných odborov ako v oblasti medicíny, tak aj v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti. Náročnosť tohto odboru spočíva v organizácii práce, nepretržitom vzdelávaní sestier a ich ochote k nadobúdaniu nových náročných ošetrovateľských, technických a informačných zručností, potrebných pre poskytnutie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti s dôrazom kladeným na dodržiavanie zásad ošetrovateľského procesu a etických aspektov v intenzívnej starostlivosti.

Ciele: Cieľom výskumu bolo zistiť najčastejšiu príčinu vzniku kritického stavu pacientov v jednotlivých vekových kategóriách so zameraním na pohlavie a mortalitu.

Súbor a metódy: Výskumnú vzorku tvorili všetci pacienti hospitalizovaní na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny v nemocnici v Topolčanoch za obdobie 5 rokov v celkovom počte 983 pacientov. Metódou zberu dát bola analýza dokumentov. Získané údaje sú následne spracované a štatisticky overené pomocou kontingenčných tabuliek.

Výsledky: Existuje priama súvislosť medzi príčinou vzniku kritického stavu, vekom a pohlavím. Mortalitu pacientov priamo ovplyvňuje vek v zmysle stúpania počtu úmrtí so zvyšujúcim sa vekom.

Záver: Príčina vzniku kritického stavu pacientov je v jednotlivých vekových kategóriách iná. Všeobecne podľa ochorení jednotlivých orgánových systémov tvoria najčastejšiu príčinu vzniku kritického stavu ochorenia kardiovaskulárneho systému, avšak na základe skúmania výskytu jednotlivých diagnóz ako príčiny vzniku kritického stavu je to ochorenie akútnej respiračnej insuficiencie. Všeobecne najrizikovejší vek pre vznik kritického stavu je vekové obdobie 65-80 rokov, pričom na základe ochorení jednotlivých orgánových systémov sa u mužov kritický stav vyskytuje vo všetkých prípadoch častejšie ako u žien. Najčastejšia príčina úmrtnosti pacientov z ochorení kardiovaskulárneho systému je srdcové zlyhanie.

Kľúčové slová: Kritický stav. Intenzívna starostlivosť. Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny. Ošetrovateľská starostlivosť

ABSTRACT

Background: Intensive care is currently considered a very demanding union. It is a department that uses the knowledge of all specialized departments, both in medicine and nursing care. The difficulty of this department lies in the organization of work, the continuous education of nurses and their willingness to acquire the new demanding nursing, technical and informa-

tional skills needed to provide quality nursing care with emphasis on the observance of nursing process principles and ethical aspects in intensive care.

Objectives: The aim of the research was to find the most frequent cause of the critical condition of patients in different age categories with a focus on gender and mortality.

Set and Methods: All patients admitted to the department of anesthesiology and intensive care at the Topolčany hospital for 5 years in a total of 983 patients. The method of data collection was document analysis. The data obtained are then processed and statistically verified using contingency tables.

Results: There is a direct link between the cause of the critical condition, age and gender. Patient mortality directly affects the age of patients in terms of a rise in the number of deaths with increasing age.

Conclusion: The most common cause of the critical condition of patients is different in different age categories. Generally, according to the diseases of the individual organ systems, they are the most frequent cause of the critical condition of the cardiovascular disease, but on the basis of examining the occurrence of individual diagnoses as the cause of the critical condition, the disease is acute respiratory insufficiency. Generally, the most severe age for the emergence of a critical condition is the age range of 65-80 years, with the severity of the individual organ systems in men being in all cases more frequent than in women. The most common cause of cardiovascular disease mortality is heart failure.

Key words: Critical condition. Intensive care. Separation of anesthesiology and Intensive Medicine. Nursing care.

ÚVOD

Svetová federácia spoločnosti intenzívnej a kritickej starostlivosti navrhla definíciu intenzívnej starostlivosti: „*Jednotka intenzívnej starostlivosti je organizovaný systém na poskytovanie starostlivosti pre kriticky chorých pacientov, ktorý poskytuje intenzívnu a špecializovanú lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť, zvýšenú kapacitu na monitorovanie a viaceré spôsoby podpory fyziologických orgánov na udržanie života počas obdobia akútnej nedostatčnosti orgánového systému*“ (Marshall, 2017, s. 272).

Intenzívna starostlivosť teda predstavuje najvyššiu formu starostlivosti v systéme, pričom koncep-

cia anestéziologickej a intenzívnej medicíny spočíva v spolupráci s operačnými a neoperačnými odborníkmi zdravotnej starostlivosti pri zabezpečovaní komplexnej zdravotnej starostlivosti v rámci diagnostiky a liečby pri zlyhávaní životne dôležitých orgánov, alebo systémov (Červeňanová, 2012).

Pacient hospitalizovaný na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny trpí pre závažnosť ochorenia mnohými zdrojmi stresu (bolesť, sedácia, množstvo invazívnych zákrokov, chirurgické zákroky, mechanická ventilácia, atď.), čo môže mať vplyv na jeho celkový stav v zmysle ako fyzického, tak aj psychického prežívania. Stresové faktory kritickú starostlivosti vystavujú pacienta riziku vzniku komplikácií, ktoré ani nemusia úplne súvisieť s počiatočným ochorením. Kľúčovú úlohu tu zohrávajú sestry, ktoré vykonávajú klinický dohľad s dôrazom na starostlivosť týkajúcu sa nielen odborných ošetrovateľských činností, ale aj starostlivosť zameranú na zistenie vývoja týchto možných komplikácií. Výsledky zahraničných štúdií ukazujú, že ak je klinický dohľad sestier súčasťou každej činnosti v procese starostlivosti o pacienta, riziko komplikácií sa úspešne zvládne, pričom je dokázané, že existuje vzťah medzi rizikom vzniku komplikácií, ostražitosťou sestier a klinickým sledovaním pacienta (Milhomme, 2017, s. 24-30).

CIEĽ

Cieľom výskumu bolo zistiť najčastejšiu príčinu hospitalizácie pacientov v kritickom stave na OAIM za 5 rokov so zameraním na pohlavie, vek a mortalitu.

SÚBOR

Výskumný súbor tvorili všetci pacienti hospitalizovaní v zdravotníckom zariadení Svet zdravia

Tabuľka 1 Kontingenčná tabuľka počtu pacientov v kritickom stave hospitalizovaných na OAIM s rozdelením na pohlavie a jednotlivé vekové kategórie

Vek	Kritický stav - muži	Kritický stav - ženy	Spolu
19-25	29 (22,14)	10 (16,86)	39
25-45	36 (40,30)	35 (30,70)	71
45-65	197 (170,30)	103 (129,70)	300
65-80	237 (234,44)	176 (178,56)	413
80 a viac	59 (90,82)	101 (69,18)	160
Spolu	558	425	983

Legenda: výsledok chí-kvadrát testu bol $\chi^2 = 41.5237$; počet stupňov voľnosti $df = 4$; p -hodnota testovacieho kritéria $p = 0,0001$. Očakávané počty uvedené v zátvorkách sú číslami s desiatinnými miestami iba pre formálnu presnosť výpočtov

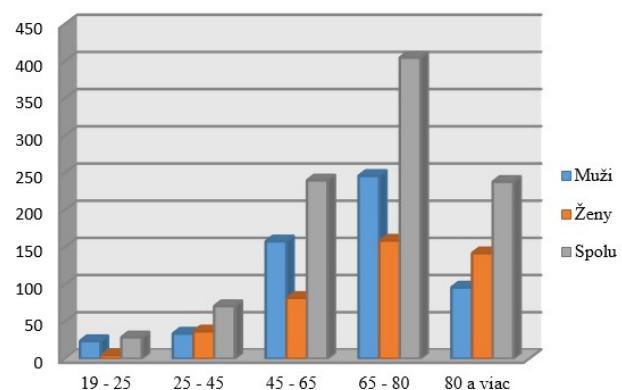
Nemocnica Topoľčany, a.s. na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny, v období od 1.1.2012-1.1.2017, teda za obdobie 5 rokov. Celkový počet pacientov bol 983, z toho 558 (57 %) mužov a 425 (43 %) žien. Všetkých respondentov sme následne priradzovali do skupín podľa jednotlivých vopred stanovených kritérií – pohlavie, vek, príčina vzniku kritického stavu s rozdelením všeobecne podľa jednotlivých orgánových systémov a následne aj podľa výskytu jednotlivých diagnóz a mortalita.

METODIKA

Výskum bol realizovaný metódou analýzy dokumentov s následným spracovaním získaných údajov pomocou tabuliek a grafov. V prípade overovania stanovených nulových hypotéz počas skúmania existencie súvislostí medzi sledovanými javmi sme využili kontingenčné tabuľky založené na výpočte chí-kvadrátového testu alebo Fisherovho exaktného testu. Ak p -hodnota testovacieho kritéria kontingenčnej tabuľky bola menšia ako číselná hodnota 0,05, považovali sme zistené rozdiely v početnostiach oproti očakávaným počtom za nenáhodné a kauzálne súvisiace so sledovaným javom.

VÝSLEDKY

V prvej časti analýzy sme skúmali vzťah medzi vekom pacientov v kritickom stave a pohlavím. Z orientačných výsledkov kontingenčnej tabuľky č. 1 sme medzi skúmanými premennými zistili štatisticky významné rozdiely ($p = 0,0001$) a teda môžeme skonštatovať, že vek pacientov významne vplyva na vznik kritického stavu. Počet pacientov v kritickom stave u oboch pohlaví stúpa so zvyšujúcim sa vekom, pričom maximum výskytu je vo veku 65-80 rokov. Vo veku nad 80 rokov dochádza k prudkému poklesu počtu pacientov u oboch po-



Graf 1 Vek pacientov v kritickom stave

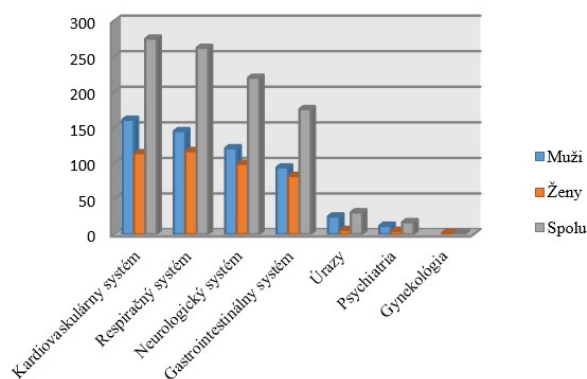
Tabuľka 2 Príčina hospitalizácie pacientov na OAİM za 5 rokov na základe rozdelenia podľa jednotlivých orgánových systémov a pohlavia

Orgánové systémy	Hospitalizácia – Muži		Hospitalizácia – Ženy		Spolu
	n	%	n	%	
Kardiovaskulárny systém	161	58,6	114	41,4	275
Respiračný systém	145	55,3	117	44,7	262
Neurologický systém	121	55,0	99	45,0	220
Gastrointestinálny systém	94	53,4	82	46,6	176
Úrazy	25	80,7	6	19,3	31
Psychiatrická príčina	12	70,6	5	29,4	17
Gynekologická príčina	-	-	2	100,0	2

hlaví. Kritický stav pacientov sa vo všetkých vekových kategóriách okrem veku nad 80 rokov vyskytuje u mužov častejšie, ako u žien.

V ďalšej časti analýzy sme sa zamerali na sledovanie súvislosti medzi pohlavím a príčinou vzniku kritického stavu pacientov podľa ochorení jednotlivých orgánových systémov. Zistili sme, že mužské pohlavie má vo všetkých príčinách vzniku kritického stavu väčšie zastúpenie, ako ženské. Ako môžeme vidieť v tabuľke č. 2 všeobecne najčastejšou príčinou vzniku kritického stavu sú ochorenia kardiovaskulárneho systému, v poradí druhou najčastejšou príčinou sú ochorenia respiračného systému, tretiu najčastejšiu príčinu tvoria ochorenia neurologického systému, v poradí štvrté nasledujú ochorenia gastrointestinálneho systému. V poradí piata príčina vzniku kritického stavu s podstatne nižším počtom pacientov sú úrazy, následne psychiatrická príčina a na poslednom siedmom mieste je to gynekologická príčina.

V ďalšej časti analýzy sme skúmali existenciu súvislosti medzi vekom a príčinou vzniku kritického stavu pacientov (so zameraním na ochorenia kardiovaskulárneho, respiračného, neurologického a gastrointestinálneho systému). Z výsledkov uvedených v kontingenčnej tabuľke č. 3 vyplýva, že existuje súvislosť medzi vekom pacientov a príčinou vzniku kritického stavu ($p = 0,00001$). Aj napriek tomu, že podľa očakávaných výsledkov štatistického overenia by mali byť najčastejšou príčinou vzniku kritického stavu vo všetkých vekových kategóriách ochorenia kardiovaskulárneho systému, v skutočnosti je na základe reálnych výsledkov počtu pacientov najčastejšia príčina vzniku kritického stavu v každej vekovej kategórii iná. Vo veku 19-25 rokov sú všeobecne najčastejšou príčinou vzniku kritického stavu ochorenia respiračného systému. Vo veku 25-45 rokov sú najčastejšou príčinou vzniku

**Graf 2** Príčina hospitalizácie pacientov na OAİM za 5 rokov na základe jednotlivých orgánových systémov s rozdelením na pohlavie

ku kritického stavu ochorenia neurologického systému. Vo veku 45-65 rokov majú najvyšší reálny počet pacientov neurologické ochorenia. Najčastejšiu príčinu vzniku kritického stavu vo veku 65-80 rokov tvoria poruchy respiračného systému. Vo veku nad 80 rokov tvoria najčastejšiu príčinu vzniku kritického stavu ochorenia kardiovaskulárneho systému.

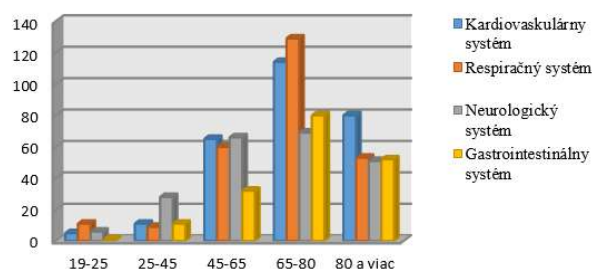
Napriek tomu, že najčastejšou príčinou vzniku kritického stavu všeobecne sú ochorenia kardiovaskulárneho systému, môžeme na základe výsledkov uvedených v tabuľke č. 4, ktorá obsahuje všetkých pacientov rozdelených na základe ochorení jednotlivých orgánových systémov a tie následne podľa samostatných diagnóz vidieť, že najčastejšie vyskytujúca sa diagnóza ako príčina vzniku kritického stavu pacientov je akútna respiračná insuficiencia s počtom 247 pacientov.

Následne porucha vedomia s počtom 113 pacientov, v poradí tretia najčastejšia príčina vzniku kritického stavu sú šokové stavy s počtom 103 pacientov, štvrtá najčastejšia príčina je srdcové zlyhanie s počtom 87 pacientov. V celku vysoký počet

Tabuľka 3 Kontingenčná tabuľka vekového zastúpenia pacientov hospitalizovaných na OAIM s rozdelením na najčastejšie príčiny vzniku kritického stavu, podľa jednotlivých orgánových systémov

Vek	Kardiovaskulárny systém	Respiračný systém	Neurologický systém	Gastrointestinálny systém	Spolu
19-25	5 (6,78)	11 (6,46)	6 (5,42)	1 (4,34)	23
25-45	11 (17,39)	9 (16,57)	28 (13,91)	11 (11,13)	59
45-65	65 (65,73)	60 (62,62)	66 (52,58)	32 (42,07)	223
65-80	114 (115,54)	129 (110,08)	69 (92,43)	80 (73,95)	392
80 a viac	80 (69,56)	53 (66,27)	51 (55,65)	52 (44,52)	236
Spolu	275	262	220	176	933

Legenda: výsledok chí-kvadrát testu bol $\chi^2 = 47,8922$; počet stupňov voľnosti $df = 12$; p -hodnota testovacieho kritéria $p = 0,00001$. Očakávané počty uvedené v zátvorkách sú číslami s desatinnými miestami iba pre formálnu presnosť výpočtov

**Graf 3** Vekové zastúpenie pacientov hospitalizovaných na OAIM s rozdelením na najčastejšie príčiny vzniku kritického stavu podľa jednotlivých orgánových systémov

pacientov v kritickom stave je príčinou cievnej mozgovej príhody s počtom pacientov 60 a v poradí šiestu najčastejšiu príčinu tvoria onkologické ochorenia v počte 42 pacientov. Všetky výsledky týkajúce sa počtu pacientov rozdelených na základe diagnóz, ako príčiny vzniku kritického stavu obsahuje tabuľka č. 4. Zaujímavým zistením je, že počet mužov v kritickom stave príčinou akejkoľvek diagnózy je vždy vyšší, okrem zápalových ochorení gastrointestinálneho traktu a septického stavu, kedy je vyšší počet žien.

V ďalšej časti analýzy sme sa zamerali na výskyt mortality pacientov hospitalizovaných na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny. Pri skúmaní existencie súvislosti medzi mortalitou a vekom sme všetkých respondentov v celkovom počte 247 úmrtí, z toho mužov bolo 136 (55 %) a žien 111 (45 %) rozdelili do troch vekových období a to vek 19-65 – obdobie dospelosti (60 úmrtí), vek 65-80 – obdobie staroby (90 úmrtí) a vek nad 80 rokov – obdobie dlhovekosti (95 úmrtí), ako je uvedené v kontingenčnej tabuľke č. 5. Z štatisticky významných výsledkov ($p = 0,012168$) vyplýva, že existuje súvislosť medzi mortalitou pacientov v kritickom stave a vekom. Okrem zistenia, že vek pacientov v kritickom stave významne vplýva na úmrtnosť môžeme po-

Tabuľka 4 Počet pacientov hospitalizovaných na OAIM za obdobie 5 rokov s rozdelením podľa príčiny vzniku kritického stavu na jednotlivé diagnózy

Orgánové systémy	Jednotlivé diagnózy	Muži	Ženy	Spolu
Respiračný	Akútna respiračná insuficiencia	136	111	247
	Dyspnoe	9	6	15
Kardio-vaskulárny	Šokové stavy	54	49	103
	Srdcové zlyhanie	54	33	87
	Poruchy rytmu	29	12	41
	Edém pľúc	19	16	35
	Infarkt myokardu	4	4	8
	Pľúcna embólia	1	0	1
Neurologický	Porucha vedomia	61	52	113
	Cievna mozgová príhoda	31	29	60
	Epilepsia	16	14	30
	Edém mozgu	13	4	17
Gastro-intestinálny	Onkologické ochorenia	24	18	42
	Krvácanie	22	16	38
	Zápalové ochorenia	18	19	37
	Ileus	14	11	25
	Septický stav	10	12	22
	Hepato-renálne zlyhanie	6	6	12
Úrazy	Viacpočetné poranenia	22	6	28
	Popáleniny	3	0	3
Psychiatrické príčiny	Otravy	10	5	15
	Obesenie	2	0	2
Gynekologický	Mimomaternicová tehotnosť	0	2	2

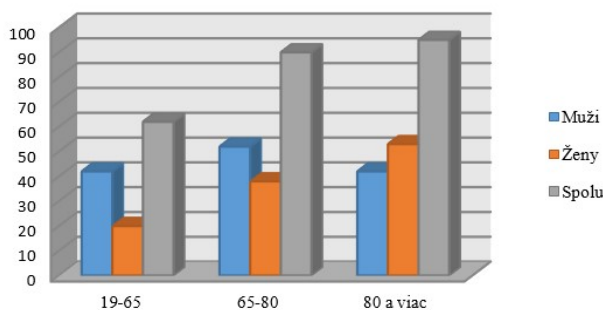
dotknúť aj fakt, že zatiaľ čo v období dospelosti a staroby je reálny počet úmrtnosti pacientov mužského pohlavia výrazne vyšší, v období dlhovekosti je naopak vyšší reálny počet úmrtnosti žien.

Pri skúmaní súvislosti medzi mortalitou pacientov v kritickom stave a príčinou mortality sme zistili, že z celkového počtu 247 úmrtí tvoria najčastejšiu príčinu úmrtia pacientov ochorenia kardiovasku-

Tabuľka 5 Kontingenčná tabuľka mortality pacientov v jednotlivých vekových obdobiach s rozdelením na pohlavie

Vek	Mortalita muži	Mortalita ženy	Spolu
19-65	42 (34,14)	20 (27,86)	62
65-80	52 (49,55)	38 (40,45)	90
80 a viac	42 (52,31)	53 (42,69)	95
Spolu	136	111	247

Legenda: výsledok chí-kvadrát testu bol $\chi^2 = 8,8179$; počet stupňov voľnosti $df = 2$; p -hodnota testovacieho kritéria $p = 0,012168$. Očakávané počty uvedené v zátvorkách sú číslami s desiatinnými miestami iba pre formálnu presnosť výpočtov

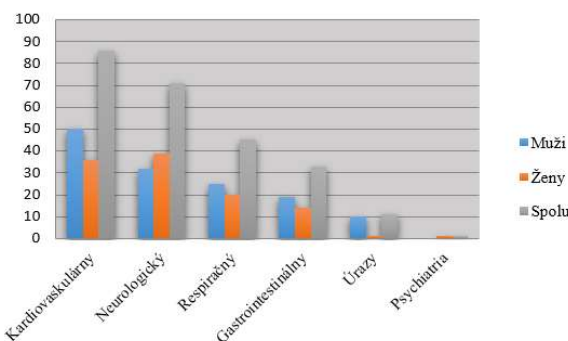
**Graf 4** Mortalita pacientov s rozdelením na pohlavie a jednotlivé vekové obdobia

lárneho systému v celkovom počte 86 (34,82 %) pacientov, z toho 50 mužov a 36 žien. Druhú najčastejšiu príčinu úmrtnosti pacientov v kritickom stave tvoria ochorenia neurologického systému v celkovom počte 71 (28,74 %) pacientov z toho 32 mužov a 39 žien. Tretiu, počtom podstatne nižšiu príčinu úmrtnosti pacientov tvoria ochorenia respiračného systému v celkovom počte 45 (18,22 %) pacientov, z toho je 25 mužov a 20 žien. Štvrtú najčastejšiu príčinu úmrtnosti pacientov na OAIM tvoria ochorenia gastrointestinálneho traktu v celkovom počte 33 (13,36 %) pacientov, z toho je 19 mužov a 14 žien. Posledné dve príčiny úmrtnosti pacientov v kritickom stave sú podstatne nižšieho počtu výskytu a to príčina úmrtia následkom úrazu v celkovom počte 11 pacientov (4,45 %), z toho je 10 mužov a 1 žena a úmrtie psychiatrickej príčiny, teda následkom samovražedného pokusu v celkovom počte úmrtí 1 žena (0,40 %). Počet mužov je na základe akejkoľvek príčiny úmrtia vždy vyšší, okrem mortality príčinou ochorenia neurologického systému, kedy je vyšší počet žien.

Na základe doterajších výsledkov uvedených vyššie sme zistili, že najčastejšiu príčinu úmrtí pacientov hospitalizovaných na OAIM tvoria ochore-

Tabuľka 6 Výskyt mortality u pacientov hospitalizovaných na OAIM v súvislosti s príčinou vzniku kritického stavu s rozdelením na pohlavie

Príčina mortality podľa orgánových systémov	Muži	Ženy	Spolu (n)	%
Kardiovaskulárny s.	50	36	86	34,82
Neurologický s.	32	39	71	28,74
Respiračný s.	25	20	45	18,22
Gastrointestinálny s.	19	14	33	13,36
Úrazy	10	1	11	4,45
Psychiatria	0	1	1	0,40
Spolu	136	111	247	100,00

**Graf 5** Výskyt mortality u pacientov hospitalizovaných na OAIM v súvislosti s príčinou vzniku kritického stavu**Tabuľka 7** Príčina mortality pacientov na OAIM so zameraním na ochorenia kardiovaskulárneho systému

Príčina mortality	Mortalita (n)	Mortalita (%)
Srdcové zlyhanie	37	43,02
Šokové stavy	35	40,70
Porucha rytmu	5	5,81
Edém pľúc	5	5,51
Infarkt myokardu	4	4,65
Spolu	86	100,00

nia kardiovaskulárneho systému. V poslednej časti analýzy sme skúmali najčastejšiu diagnózu z ochorenia kardiovaskulárneho systému, ako príčinu úmrtnosti pacientov v kritickom stave. Z výsledkov uvedených v tabuľke č. 7 môžeme konštatovať, že najčastejšou príčinou mortality pacientov v kritickom stave tvorí z ochorenia kardiovaskulárneho systému diagnóza srdcové zlyhanie v počte 37 úmrtí (43,02 %) z celkového počtu 86.

DISKUSIA

Intenzívna starostlivosť sa vyznačuje mimoriadnou náročnosťou odboru v zmysle stále zvyšujúcej sa informačnej a technickej náročnosti s nutnosťou komunikácie medzi viacerými medicínskymi od-

bormi, ale taktiež potrebou ovládania množstva znalostí a zručností z ostatných medicínskych odborov, ktoré musia sestry pracujúce na OAIM vedieť využiť pre poskytnutie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, postavenej na zodpovednosti a spoľahlivosti, ktorá je sprevádzaná mnohými emocionálnymi vplyvmi a pôsobením dlhodobého stresu (Bartůnek, Jurásková, 2016).

Ošetrovateľská starostlivosť v intenzívnej medicíne poskytuje pacientovi v kritickom stave vždy komplexnú a individuálnu starostlivosť, pretože je poskytovaná danému pacientovi v danej chvíli, v najväčšej možnej miere (Kapounová, 2010).

Sestry pracujúce v intenzívnej starostlivosti spolupracujú s multidisciplinárnym tímom zdravotníckych pracovníkov. Cieľom multidisciplinárneho prístupu je poskytnutie efektívnej starostlivosti založenej na holistickom prístupe, ktorý sa snaží rešpektovať človeka ako celok a teda starostlivosť sa vzťahuje nielen na pacientove fyzické potreby, ale taktiež na biologickú, psychickú, sociálnu a duševnú dimenziu osobnosti (Kolektív autorů, 2008). Špecifické aspekty práce sestry v intenzívnej starostlivosti spočívajú najmä v odbornom, intenzívnom a nepretržitom sledovaní stavu pacienta prostredníctvom pravidelných fyzikálnych vyšetrení a monitorovania prístrojovou technikou. Na základe zistení musí byť sestra schopná vyvodit' závery, posúdiť v akej situácii má zakročiť sama a kedy je nutné informovať o zmene stavu lekára (Vörösová, 2005). Výsledky zahraničných štúdií predstavujú klinický dohľad sestier vykonávaný na oddeleniach intenzívnej starostlivosti ako proces, v ktorom sestry, pacienti, rodina a vyšší odborný zdravotnícky personál úzko spolupracujú s cieľom včasného odhalenia a zvládania rizika vzniku nových komplikácií (Milhomme, 2017).

Hlavným cieľom tohto výskumu bolo zistiť najčastejšiu príčinu hospitalizácie pacientov v kritickom stave na OAIM za obdobie 5 rokov so zameraním na pohlavie, vek a úspešnosť liečby. Z celkového počtu 983 hospitalizovaných pacientov na OAIM bolo mužov viac ako žien, pričom na základe potvrdenia existencie súvislosti medzi vekom pacientov a vznikom kritického stavu sme zistili, že riziko vzniku kritického stavu rastie so stúpajúcim vekom. Ak sa zameriame na pohlavie, z výsledkov môžeme skonštatovať, že muži sú ohrození vznikom kritického stavu vo všetkých vekových kategóriách viac ako ženy, okrem vekového obdobia nad

80 rokov, kedy sú vznikom kritického stavu ohrozené viac ženy.

Súvislosť existuje aj medzi príčinou vzniku kritického stavu a pohlavím, pričom mužov je na základe akejkoľvek príčiny s rozdelením podľa ochorenia orgánových systémov vždy viac, ako žien. Najčastejšiu príčinu vzniku kritického stavu všeobecne tvoria ochorenia kardiovaskulárneho systému.

Okrem faktu, že ochorenia kardiovaskulárneho systému tvoria všeobecne najčastejšiu príčinu vzniku kritického stavu, sme pri rozdelení pacientov podľa jednotlivých diagnóz aj ostatných orgánových systémov zistili, že najčastejšiu príčinu vzniku kritického stavu tvorí diagnóza akútna respiračná insuficiencia. Pri rozdelení pacientov podľa jednotlivých diagnóz so zameraním na pohlavie sme zistili, že počet mužov je vždy vyšší, okrem dvoch skupín ochorení a to zápalové ochorenia orgánov gastrointestinálneho traktu a celkovej sepsy, kedy je vyšší počet žien.

Pri skúmaní súvislosti medzi príčinou vzniku kritického stavu a vekom pacientov sa dozvedáme, že v každej vekovej kategórii zvlášť je najčastejšia príčina vzniku kritického stavu iná a teda pacienti v jednotlivých vekových kategóriách sú ohrození vznikom kritického stavu ochoreniami iných orgánových systémov.

Na základe potvrdenia existencie súvislosti medzi mortalitou, pohlavím a vekom sa na základe výsledkov dozvedáme, že úmrtnosť mužov je vyššia ako úmrtnosť žien, pričom počet úmrtí stúpa so zvyšujúcim sa vekom pacientov. Najčastejšou príčinou mortality sú ochorenia kardiovaskulárneho systému s najvyšším počtom pacientov s diagnózou srdcové zlyhanie.

ZÁVER

Na základe štatisticky významných existujúcich súvislostí medzi príčinou vzniku kritického stavu, pohlavím a vekom pacientov, ktoré sme potvrdili vykonaním vlastného výskumu môžeme skonštatovať, že najčastejšou príčinou vzniku kritického stavu sú ochorenia kardiovaskulárneho systému s dokázanou súvislosťou s vekom pacientov a to v zmysle stúpania rizika vzniku kritického stavu so zvyšujúcim sa vekom. Z štatistických výsledkov sa očakávalo, že kardiovaskulárne ochorenia sú najčastejšou príčinou vzniku kritického stavu vo všetkých vekových kategóriách, avšak prostredníctvom nášho výskumu sme zistili, že v každej vekovej ka-

tegórii je najčastejšia príčina vzniku kritického stavu iná. Preto by pacienti nemali podceňovať akékoľvek ochorenie aj v mladšom veku s dôrazom na pohlavie, pretože za zmienku stojí aj fakt, že mužské pohlavie je ohrozené vznikom kritického stavu akejkoľvek príčiny a vo všetkých vekových obdobiach viac ako ženské, okrem veku nad 80 rokov a ochorení zápalového charakteru, kedy je vyšší počet žien.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

MARSHALL, J. C. – BOSCO, L., et. al., 2017.

What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *In Journal of Critical Care*. ISSN 0883-9441, 2017, vol. 37, p. 270-276.

MILHOMME, D. – GAGNON, J. – LECHASSEUR, K., 2017.

The clinical surveillance process as carried out by expert nurses in a critical care context: A theoretical explanation. *In Intensive and Critical Care Nursing*. ISSN 0964-3397, 2017, vol. 44, p. 24-30.

KAPOUNOVÁ, G., 2010. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

BARTŮNEK, P. – JURÁSKOVÁ, D. – HEČZKOVÁ, J., et. al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

KOLEKTÍV AUTORŮ, 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2.

ČERVEŇANOVÁ E. – OPRŠALOVÁ, G., 2012. *Ošetrovatel'ské štandardy v intenzivnej starostlivosti*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2013. 85 s. ISBN 978-80-8063-372-1.

VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2005. *Interné ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 198 s. ISBN 80-8063-192-1.

MOORE, T. – WOODROW, P., 2004. *High dependency nursing care. Observation Intervention Support*: Routledge, 2004. 400 s. ISBN 04-152-6755-2.