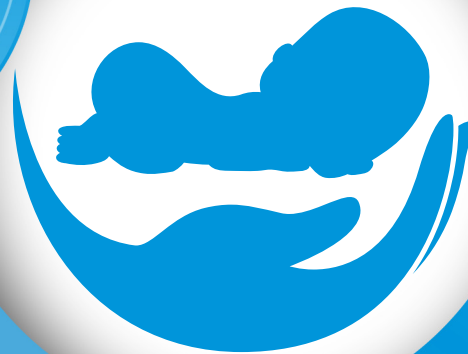


OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA

ČASOPIS SLOVENSKEJ KOMORY SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK
PROFESSIONAL JOURNAL OF NURSING AND MIDWIFERY

04
2016

ISSN 1339-5920



**Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek**

e-časopis Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistenciac

Predseda redakčnej rady / Editor-in-Chief

PhDr. Lukáš Kober, PhD.
casopis.sksapa@gmail.com

Redakčná rada / Editorial Board

PhDr. Andrea Bratová, PhD.
PhDr. Helena Gondárová - Vyhničková, dipl. s.
Mgr. Ivana Harvanová, PhD.
Mgr. Jana Lacenová
Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.
PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.
PhDr. Libuša Repiská, PhD., MHA
Mgr. Jana Slovákova, PhD.
PhDr. Dana Zrubcová, PhD.

Medzinárodná redakčná rada / International Editorial Advisory Board

Prof. dr sci. med. Vida Živanović
Medical College of Professional Studies Belgrade, Serbia
Assoc. Prof. Natalia Shygonska, PhD., RN
Zhytomyr Nursing Institute, Ukrainian scientific and practical journal Master of Nursing, Ukraine
dr n. med. Ewa Molka, RN
Journal of modern nurses and midwives, Poland
MA. Renata Mroczkowska, RN
Journal of modern nurses and midwives, Silesian Center for Heart Diseases in Zabrze, Department of Cardiology, Congenital Heart Diseases and Electrotherapy with the Division of Pediatric Cardiology, Medical University of Silesia in Katowice, Poland
mgr Wojciech Nyklewicz
Journal of modern nurses and midwives, Poland
PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA
Department of Nursing, 2nd Medical Faculty of Charles University, Faculty Hospital Motol, Prague, Czech Republic
PhDr. Renáta Zoubková, RN
University of Ostrava, Department of Intensive Medicine and Forensic Studies, Czech Republic
Andy Gibbs, BSc (Hons), MSc, PGCert, RN
Glasgow Caledonian University, Scotland UK
Dr. Alice Coffey, PhD, M.Ed, BA, RGN, RM, RNT.
Director of Globalisation and Internationalisation / College Lecturer, Leader of Healthy Ageing Research Theme, Catherine McAuley School of Nursing and Midwifery, Brookfield Health Sciences Complex, University College Cork, Cork, Ireland
Josip Božić, MSN, RN, specialists in anesthesia activities
President of the Expert Society for the Suppression of pain (Croatian Nurses Pain Society).
School for Nurses, Zagreb, Croatia
Prof. Oleh Lyubinets, M.D., Ph.D.
Head of Department of Public Health Management, Faculty of Postgraduate Education Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

Vydáva / Published by

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Amurská 71
821 06 Bratislava

Dátum prvého vydania: 28. február 2014
IČO vydavateľa: 37 999 991
Tel. 02/4020 2066, fax. 02/4020 2064
sksapa@sksapa.sk
www.sksapa.sk

Kontrola textu / Text checking

Mgr. Jana Lacenová
PhDr. Katarína Kovalčíková

Grafická úprava / Graphics

Ing. Peter Grejták

Informácie / Informations

Periodicita 6 x ročne
Predplatné na rok 2016 je 6 EUR.
Bezplatný pre členov SKSaPA.
Dostupný na web stránke:
<http://www.sksapa.sk>

Indexácia / Indexation

Bibliographia medica Slovaca

Citačná databáza / Citation database

CiBaMed

Pokyny pre autorov / Instructions for authors

<http://www.sksapa.sk/obsah/ostatne-podsekcie/o-casopise.html>

Redakcia si vyhradzuje právo na formálnu úpravu príspevkov a ich prípadné skrátenie.
Uzavierka čísla: 01. 08. 2016
Dátum vydania: 31. 08. 2016



Nedostatok sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku - budeme zatvárať kliniky a oddelenia?	07 - 08
SK SaPA dúfa, že ministerská sestra vybojuje lepšie podmienky pre sestry a PA	09
SK SaPA: Doterajšie pôsobenie ministra zdravotníctva je dobré, očakávame od neho ďalšie riešenia	09 - 10
Legalizujeme činnosti sestier podľa ich vzdelania, praxe a najnovších vedeckých poznatkov	10 - 11
Sestry sa s ministrom dohodli na zatraktívnení svojho povolania	12
SmartCare (projekt integrovanej starostlivosti) - uznáva sestry ako koordinátorov v integrovanej starostlivosti	13 - 14
Lídri v odboroch medicíny a ošetrovateľstva odsudzujú útoky na zdravotnícky personál v Sýrii	14
Členka Sekcie sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti SKSaPA získala ocenenie „Za humanitu, obetavosť a dobrovoľnú službu II. stupňa“	15 - 16
Florence Nightingaleová – legenda, ktorá celý svoj život obetovala neúnavnej práci s chorými – zomrela 13. augusta 1910	16 - 17
Rozdiely v odmeňovaní medzi mužmi a ženami v povolaní sestra	18 - 19
Tuberkulóza a gravidita	20 - 22
Nozokomiálne nákazy a bezpečnosť pacienta v intenzívnej starostlivosti aj v kontexte spolupráce sestry a lekára	23 - 25
Vysokofrekvenčná dýzová ventilácia a jej využitie pri toalete dýchacích ciest	26 - 29
Plánované významné konferencie organizované odbornými sekciami SKSaPA	30
Recenzia	31

Suplementum Vedecká recenzovaná časť

Etika v intenzívnom ošetrovateľstve z pohľadu sestier	32 - 37
Odvýkanie pacienta od ventilátora – kazuistika	38 - 40
Geriatrickí pacienti a anestézia	41 - 45
Od špecičnog kursa do formalnog obrazovanja sestre anestetičara u Srbiji	46 - 51



**O krok ďalej
pre zdravie**

PARTNERI

PIELĘGNIARSTWO SPECJALISTYCZNE

Pismo nowoczesnej pielęgniarki i położnej

Doprajte pocit zdravej pokožky svojim pacientom

Kozmetika **Menalind® professional**
pre zrelú a citlivú pokožku.



- **Nutriskin Komplex**
Prispieva k lepšej elasticite kože
a podporuje jej regeneráciu.
- **Emulzia voda v oleji**
Zaisťuje dlhodobú a hĺbkovú
hydratáciu pokožky.
- **Vyvážené pH 5,5**
Nedráždi pokožku a udržiava ju zdravú.



 **Inkontinencia**

Pre viac informácií volajte na bezplatnú
linku **0800 100 150** alebo navštívte **www.hartmann.sk**



**O krok ďalej
pre zdravie**

Úvodník

Vážené kolegyne,
vážení kolegovia,

celospoločenský a politický vývoj je tesne spätý aj s aktuálnymi trendami zdravotnej starostlivosti, ktorej súčasťou je aj ošetrovateľská starostlivosť. Demografický vývoj ukazuje na starnutie populácie, čo so sebou prináša nárast ochorení a úrazov, a následne zvýšené nároky na zdravotnú starostlivosť. Vstupom do Európskej únie boli prijaté európske smernice aj ohľadom vzdelávania sestier. Sestra sa stala samostatnou profesionálkou, ktorá spolupracuje s lekárom a ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi, ale i rôznymi inštitúciami. Rozsah jej praxe na Slovensku vymedzuje Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., v ktorej je uvedené, ktoré činnosti sestra vykonáva samostatne na základe ordinácie lekára a v spolupráci s lekárom. Ako profesionálka teda musí vo svojej práci, vykonávanej metódou ošetrovateľského procesu, zosúladiť uvedené činnosti a výkony s požiadavkami praxe. Ukazuje sa, že uvedená vyhláška je v súčasnosti nevyhovujúca, doslova dostáva sestry do právnych pochybení. Absentujú kompetencie sestier špecialistiek reflektujúce na potreby praxe. Z tohto dôvodu je potrebná nová právna úprava kompetencií sestier špecialistiek, v ktorej by sa zohľadnili ich vedomosti a skúsenosti a reflektovali by na aktuálne trendy krajín, ktoré vedia využiť potenciál sestier nielen pri skvalitnení špecializovanej zdravotnej starostlivosti o pacientov, ale aj šetrením finančných zdrojov v systéme. Podľa môjho názoru, ktorý opieram o dlhodobý výskum založený na pozorovaní praxe, je súčasná koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológie a intenzívna medicína nevyhovujúca. Tento legislatívny dokument nerieši mnohé aspekty, ako napr. absenciu trvalej prítomnosti sestry pri intenzívnych lôžkach pacienta, absenciu kvalifikačných predpokladov pre výkon funkcie vedúcej sestry na pracoviskách anestéziológie a intenzívnej medicíny, absenciu hlavného odborníka MZ SR pre anestéziológiu a intenzívnu starostlivosť. Uvedené skutočnosti je potrebné riešiť aj v súlade s postavením ošetrovateľstva v odbore a existujúcou vzdelanostnou úrovňou sestier a pohľadu širšieho kontextu. Paragraf 49, ods. 2, písm. a) zákona NR SR č. 578/2004 Z. z., umožňuje Komore spolupracovať s príslušným orgánom štátnej správy pri výkone dozoru nad dodržiavaním podmienok na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení. Minimálne personálne obsadenie pracovísk nevyvímajúc. Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológie a intenzívna medicína z roku 2007 uvádza, že kontrolu kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológie a intenzívna medicína vykonáva hlavný odborník spolu s krajskými odborníkmi a stavovskými organizáciami, na čo by sme sa chceli v budúcnosti zamerať.



PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.
predseda Sekcie sestier pracujúcich
v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti
riaditeľ kancelárie SKSaPA

Editoriál

Vážené čitateľky, vážení čitatelia.

V závere leta Vám prinášame už štvrté číslo časopisu Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia, ktoré sme tematicky zamerali na špecifická práce sestier v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť.

Klinická sestra špecialistka v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť, tak by sa dal urobiť preklad pozície sestry s pokročilou praxou, ktorá je uznávaným špecialistom v mnohých krajinách západne od nás. Vzhľadom k tomu, že sa lôžková starostlivosť zameriava čoraz viac na liečbu tých najkritickejších chorých, je potrebné, aby sa aj v systéme Slovenského zdravotníctva ujala sestra, ktorá dokáže na základe pokročilej praxe poskytovať a koordinovať starostlivosť kriticky chorým pacientom na klinikách a oddeleniach anestéziológie a intenzívnej starostlivosti. Potreba zmeny vzdelávania sestier špecialistiek a kompetencií nebola nikdy väčšia ako dnes. Tzv. klinická sestra špecialistka môže prevziať vybrané činnosti lekára a naplniť tak úlohu sestry s pokročilou praxou. Práve podpora vzdelávania a výskumu v ošetrovatelstve nám prinesie jedinečnú príležitosť pri jasnom definovaní perspektív a množstva problémov, ktorým čelia sestry. Ošetrovatelstvo je prvou obrannou líniou pre hospitalizovaného pacienta.

Pochopenie a akceptácia vzdelania, skúseností a zručností, nielen odbornou medicínskou spoločnosťou, ale najmä samotnými sestrami, môže viesť k efektívnemu zhodnoteniu výsledkov starostlivosti, ktorú poskytuje sestra, a to kvalitne a nákladovo efektívne.

Ďakujeme autorom príspevkov a Sekcii sestier pracujúcich v odbore anesteziológia a intenzívna starostlivosť pri obsahovom naplnení celého čísla časopisu a zároveň Vás pozývame spolupodieľať sa na príprave piateho čísla, kde by sme chceli dať priestor odborníkom z praxe a výskumu v psychiatrickom ošetrovatelstve.



*PhDr. Lukáš KOBER, PhD.
predseda redakčnej rady*

NEDOSTATOK SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK NA SLOVENSKU BUDEME ZATVÁRAŤ KLINIKY A ODDELENIA?

Bratislava 22. 7. 2016 – V slovenskom zdravotníctve chýbajú tisícky sestier a pôrodných asistentiek, pričom zohnať sestru je problém nielen do ambulancií lekárov, ale aj do niektorých zdravotníckych zariadení. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek opätovne vyzýva kompetentných, aby prestali zatvárať oči nad problémom a začali okamžite riešiť nedostatok sestier a pôrodných asistentiek.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek dlhodobo upozorňovala na nedostatok sestier a pôrodných asistentiek. Problém sa opätovne ukázal teraz, keď najznámejšia a najstaršia nemocnica na Mickiewiczovej ulici v Bratislave ruší jednu z dvoch interných kliník pre chýbajúce sestry na oddelení. „Je absurdné, aby sa nedostatok sestier v 21. storočí riešil zatváraním oddelení namiesto toho, aby sa kompetentní snažili zatraktívniť povolanie sestier a pôrodných asistentiek a celkovo zlepšili ich pracovné podmienky, ktoré by zabezpečili ich stabilizáciu v systéme,“ konštatuje prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., ktorá sa pýta, koľko protestných zhromaždení, „stanovačiek“, hromadných výpovedí, zatvorených oddelení ešte je potrebných, aby si kompetentní uvedomili, že sestry a pôrodné asistentky tento štát potrebuje.

Nedostatkom sestier a pôrodných asistentiek trpí celá Európa, ale Slovenská republika patrí k tým krajinám, kde je najvypuklejší problém. Ako povedala prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., zatiaľ, čo podľa údajov OECD v Nórsku je na 1000 obyvateľov 16,89 sestry, v Nemecku (13,14), v Rakúsku (8,00), v Maďarsku (6,41), v Českej republike (7,93), na Slovensku sa o tisíc obyvateľov v priemere stará len 5,75 sestry.

Zo štatistík SK SaPA vyplýva, že za posledných 8 rokov na Slovensku viac sestier a pôrodných asistentiek ubudlo, ako pribudlo. Ako povedal člen Rady a Prezídia SK SaPA a riaditeľ kancelárie Komory PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., zatiaľ, čo od roku 2009 do súčasnosti zo systému odišlo 6001 sestier a pôrodných asistentiek do starobného dôchodku, SK SaPA za rovnaké obdobie registrovala len 2102 nových sestier a pôrodných asistentiek, ktoré sú absolventkami. „Pritom si treba uvedomiť, že v systéme chýbali ešte ďalšie stovky sestier a pôrodných asistentiek, ktoré boli na materskej a rodičovskej dovolenke, respektíve každoročne odchádzali pracovať do zahraničia,“ vysvetlil PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek podľa prezidenta Regionálnej komory Vysoké Tatry PhDr. Lukáša Kobera, PhD. opakovane upozorňuje konkrétne zdravotnícke zariadenia, vrátane zriaďovateľov na nedodržovanie počtu sestier, ktoré sa majú starať o jednotlivých pacientov. Spätná väzba od nich svedčí o tom, že nie je záujem riešiť uvedený problém.

Rok	Počet sestier v SR	Počet sestier v ČR	Počet sestier v HU	Počet sestier v PL	Počet sestier v GB	Počet sestier v Nórsku	Počet sestier v Rakúsku	Počet sestier v Nemecku
2014	5,75	7,93	6,41	5,24	8,19	16,89	8,00	13,14
2013	5,75	7,99	6,43	5,27	8,18	16,67	7,87	12,96
2012	5,82	8,06	6,32	5,56	8,21	16,53	7,83	12,61
2011	5,94	8,03	6,21	5,28	8,36	16,40	7,78	12,29
2010	6,07	8,10	6,22	5,28	9,52	16,13	7,70	12,16
2009	6,07	8,09	6,21	5,25	9,75	15,93	7,63	12,04

Tabuľka č. 1: Vývoj priemerného počtu sestier na 1000 obyvateľov podľa OECD
Zdroj: OECD

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*	Spolu
absolventi	207	226	271	228	249	364	471	86	2102
dôchodcovia	339	1811	710	908	545	376	855	457	6001
materská / rodičovská dovolenka	12	124	141	201	243	362	618	280	

Tabuľka č. 2: Vývoj odchodu a príchodu sestier a PA do systému zdravotníctva (2009 – 2016)

Zdroj: Register SK SaPA

* Údaj k 30. 5. 2016

Na Slovensku bolo k 31. 5. 2016 celkovo registrovaných 42 415 sestier a pôrodných asistentiek (40 557 sestier a 1851 pôrodných asistentiek), z toho 41 526 žien a 819 mužov. „Najviac sestier je v Bratislavskom kraji (6 410). V Košickom kraji pracuje 5 858 sestier a pôrodných asistentiek, v Prešovskom kraji (5 525), v Žilinskom kraji (5 173), v Banskobystrickom kraji (4 692), Nitrianskom kraji (4 447), a Trenčianskom kraji (3 465). Najmenej sestier a pôrodných asistentiek je v Trnavskom kraji (3 100). Ďalších 3475 sestier nemá vyznačený samosprávny kraj,“ dodal člen Rady a Prezídia SK SaPA a riaditeľ kancelárie Komory PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA) je samosprávna stavovská organizácia s celoslovenskou pôsobnosťou so sídlom v Bratislave, združujúca sestry a pôrodné asistentky. Hlavnou úlohou je obhajovať profesijné, hospodárske a sociálne záujmy členov Komory v zdravotníckych, sociálnych, školských a iných zariadeniach.

TS, SKSaPA



Tlačová konferencia v kancelárii SKSaPA. Zľava PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl.s., Mgr. Iveta Lazorová, dipl.p.a. a PhDr. Lukáš Kober, PhD. (Zdroj: SKSaPA)

SK SAPA DÚFA, ŽE MINISTERSKÁ SESTRA VYBOJUJE LEPŠIE PODMIENKY PRE SESTRY A PA

Bratislava 27. 7. 2016 – Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek víta, že Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky od 15. júna zriadilo odbor ošetrovateľstva, ktorý by mala od 1. augusta viesť ministerská sestra. Komora dúfa, že PhDr. Tatiana Hrindová, PhD. bude mať možnosť robiť potrebné zmeny, ktoré sestry a pôrodné asistentky tak dlho očakávajú.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek dlhodobo upozorňovala na potrebu zriadenia pozície ministerskej sestry s patričnými kompetenciami. Bola to taktiež jedna z troch požiadaviek, ktorú SK SaPA požadovala od nového ministra zdravotníctva Tomáša Druckera. „Sme veľmi radi a vítame túto aktivitu ministerstva, že vyhovel požiadavkám Komory a zriadilo samostatný odbor ošetrovateľstva. Sestry a pôrodné asistentky ako najpočetnejšia skupina zdravotníkov majú konečne manažérske zastúpenie v štruktúre Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. Srdečne gratulujeme kolegyni PhDr. Tatiane Hrindovej, PhD. k pracovnému úspechu a želáme jej veľa síl do jej práce,“ konštatovala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., ktorá dúfa, že minister zdravotníctva SR Tomáš Drucker túto funkciu nezriadil len naoko, ale aj s patričnými kompetenciami a novej ministerskej sestry umožní robiť také zásadné zmeny v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii, ktoré budú pre sestry a pôrodné asistentky prijateľné.

Hlavnou úlohou novej šéfy odboru ošetrovateľstva na MZ SR by mala byť koordinácia metodických riadení a ošetrovateľských postupov, pretože sestry sa v legislatíve od roku 2004 prakticky nikam neposunuli. Podľa prezidentky SK SaPA Mgr. Ivety Lazorovej, dipl. p. a., by ministerská sestra podobne ako v Českej republike mala mať kompetencie vydávať nariadenia, vyhlášky, či podobné legislatívne rámce regulujúce ošetrovateľstvo a pôrodnú asistenciu, pričom by mala dohliadať na zmenu v zdravotníctve. „Pozícia ministerskej sestry nie je ničím novým, lebo už bývalý minister zdravotníctva Tiboš Šagát sa na Konferencii ministrov zdravotníctva v Mníchove v roku 2000 zaviazal, že sestry by mali mať pozíciu ministerskej sestry a mali by sa podieľať na politike štátu v zdravotnej starostlivosti a ošetrovateľstve,“ dodala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

SK SAPA: DOTERAJŠIE PÔSOBENIE MINISTRA ZDRAVOTNÍCTVA JE DOBRÉ, OČAKÁVAME OD NEHO ĎALŠIE RIEŠENIA

Bratislava 2. 8. 2016 – Pôsobenie ministra zdravotníctva Tomáša Druckera počas prvých sto dní vlády Roberta Fica je podľa Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek dobré. Predstavitelia Komory však od šéfa rezortu zdravotníctva už v tomto čase očakávajú prvé návrhy na riešenie nedostatku sestier, či možnosti motivácie, prečo by ľudia mali pracovať v povolani sestry a pôrodná asistentka.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek hodnotí pozitívne, že minister Tomáš Drucker chce diskutovať s predstaviteľmi SK SaPA, čo sa nedá povedať o jeho predchodcovi Viliamovi Čislákovi. Šéf rezortu zdravotníctva prejavil záujem o riešenie problémov týkajúcich sa sestier a pôrodných asistentiek, čo zatiaľ Komora vníma pozitívne pre udržanie dobrých vzťahov. Predstavitelia SK SaPA sa s ministrom zdravotníctva za sto dní stretli už dva krát, pričom ďalšie stretnutia sú naplánované. „Šéf rezortu zdravotníctva si váži zdravotníkov, pričom zatiaľ nás chce počúvať. SK SaPA hodnotí pozitívne, že minister zdravotníctva Tomáš Drucker už za prvých sto dní splnil jednu z troch požiadaviek, ktorú mu predstavitelia sestier a pôrodných asistentiek predložili pri jeho nástupe do funkcie, a to zriadenie odboru ošetrovateľstva v organizačnej štruktúre MZ SR a vymenovanie ministerskej sestry. Taktiež pozitívne vnímame aj to, že ministerská sestra bola vybraná na návrh Komory,“ konštatoval člen Rady a člen Prezídia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek a riaditeľ kancelárie komory PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., ktorý verí, že práve ministerská sestra, by mala byť vhodným mediátorom medzi MZ SR a sestrami čo by mala byť jedna z jej kľúčových úloh.

Predstavitelia SK SaPA sú presvedčení, že minister zdravotníctva Tomáš Drucker má voľné ruky, tak ako verejnosť ubezpečoval premiér Robert Fico. Ako povedala členka Rady a Prezídia SK SaPA Mgr. Zuzana Haladová, už tým, že minister zdravotníctva Tomáš Drucker vymenil viacerých vedúcich zamestnancov MZ SR, šéfa VŠZP, ÚDZS, šéf rezortu zdravotníctva ukázal, že sa nebojí zmien. „Rovnaký prístup by sme očakávali aj pri analyzovaní činnosti a výsledkov manažmentov jednotlivých zdravotníckych zariadení. Ďalej dúfame, že tak ako to deklarovala Vláda SR v svojom programovom vyhlásení pre volebné

obdobie 2016 – 2020, minister umožní predstaviteľom stavovských a odborových organizácií podieľať sa na kontrolnej činnosti v orgánoch Všeobecnej zdravotnej poisťovne a v Úrade pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,“ uviedla členka Rady a Prezídia SK SaPA Mgr. Zuzana Haladová s tým, že predstavitelia Komory sa nevyhýbajú ani spolupráci pri kontrole dodržiavania personálneho zabezpečenia sestier a pôrodných asistentiek v pomere k počtu pacientov v jednotlivých ústav-
ných zdravotníckych zariadeniach, keďže sa domnieva, že kontroly mnohokrát prebiehajú len na papieri.

SK SaPA hodnotí pozitívne to, že minister zdravotníctva Tomáš Drucker sa snaží nájsť finančné zdroje v systéme schvále-
ného rozpočtu, či už formou zlepšenia efektivity nemocníc, spotreby liekov, spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, respektíve fungovania záchraniek a zdravotných poisťovní. Podľa člena Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milana Laurinca, PhD., dipl. s. je však otázne, na aký účel budú tieto ušetrené finančné zdroje určené. Či sa použijú na zvýšenie kvality zdravotnej starostlivosti o občanov, stabilizáciu zdravotníckych pracovníkov, respektíve opätovne sa dostanú mimo systému zdravotníctva k rôznym finančným skupinám. SK SaPA sa domnieva, že zásadné zmeny v zdravotníctve, ktoré verejnosť očakáva, sa nedajú realizovať len na základe konsolidácie existujúcich finančných zdrojov, ale do systému zdravotníctva bude potrebné vyčleniť viac finančných zdrojov, ktoré by sa v konečnom dôsledku mali ukázať na zlepšení zdravotnej starostlivosti v prospech pacienta a pracovných podmienok pre zdravotníkov.

Na druhej strane sestry a pôrodné asistentky od ministra zdravotníctva Tomáša Druckera očakávajú vyššiu aktivitu pri riešení nedostatku zdravotníckych pracovníkov, predovšetkým sestier a pôrodných asistentiek. Člen Rady a člen Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., zdôrazňuje, že je potrebné zvýšiť prestíž a motiváciu zdravotníckych pracovníkov, aby skúsené sestry a pôrodné asistentky neodchádzali do zahraničia a chceli sa starať o slovenských pacientov, a mladí ľudia zase chceli študovať odbor ošetrovateľstvo alebo pôrodná asistancia. Uvedomuje si, že tieto problémy sa nedajú vyriešiť za 100 dní, ale myslí si, že v tomto období už je čas, aby minister predložil svoje návrhy na riešenia. Dobrým príkladom pre neho by mohol byť jeho kolega minister školstva Peter Plavčan, ktorý za 3 mesiace dokázal vybojovať zvýšenie plátov pre učiteľov o 6 percent. „Z ľudského hľadiska by sme od ministra zdravotníctva taktiež očakávali vyšší záujem o osud sestier a pôrodných asistentiek, ktoré ostali po „akcii výpovedí“ bez práce. Ani jedna sestra si nezaslúži byť na ulici a zvlášť v období, keď je sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku nedostatok. Myslíme si, že minister zdravotníctva Tomáš Drucker už dávno mal v tejto veci zakročiť a odvolať riaditeľov nemocníc, ktorí dopustili odchod týchto skúsených sestier z nemocníc a odmietajú ich vziať naspäť len preto, že sa odvážili upozorniť na problém slovenského zdravotníctva. Domnievame sa, že tieto sestry sa zamestnávateľia snažili exemplárne potrestať a nie je im umožnené sa vrátiť k pacientom,“ dodáva člen Rady a člen Prezídia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., ktorý nerozumie tomu, prečo sú stále vo funkcii manažéri, ktorí dopustili zadlženie nemocníc, keď vieme, že zdravotnícke zariadenia dokážu fungovať aj bez dlhov.

LEGALIZUJME ČINNOSTI SESTIER PODĽA ICH VZDELANIA, PRAXE A NAJNOVŠÍCH VEDECKÝCH POZNATKOV

Bratislava 11. 8. 2016 – Znie to neuveriteľne, ale sestry a pôrodné asistentky v súčasnosti robia aj také činnosti, ktoré im nevyplývajú z náplne práce a nemajú ich teda ani zaplatené. V skutočnosti túto prakticky nelegálnu činnosť robia kvôli potrebám zdravotníckych zariadení a oddanosti k pacientovi. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek preto vyzýva tvorcov legislatívy, aby urobili poriadok v kompetenciách zdravotníkov na základe ich vzdelania, praxe a najnovších vedeckovýskumných poznatkov.

Každý pracovník v zdravotníctve je dôležitým článkom v systéme a mal byť mať aj jasne definované pracovné činnosti, ktoré môže vykonávať na základe svojho pracovného zaradenia. Prax je však taká, že vykonávacie činnosti zdravotníkov sú často krát na hrane zákona pre nedostatočnú legislatívu. „Sestry a pôrodné asistentky sa čoraz častejšie v záujme pacienta dostávajú do situácií, kedy musia prekročiť svoje zákonné právomoci. Myslíme si, že nastal čas, aby sa prehodnotili kompetencie zdravotníkov na základe príslušného vzdelania, praxe a najnovších vedeckovýskumných poznatkov ako aj v súlade s činnosťami sestier v zahraničí,“ konštatovala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., ktorá upozorňuje na nedostatky Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR číslo 364 z roku 2005 o rozsahu ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou a pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. Komora podľa prezidentky SK SaPA Mgr. Ivety Lazorovej, dipl. p. a., chce do návrhu zákona zapracovať iba tie činnosti sestier, ktoré reálne robia aj v súčasnosti, no nie sú vo vyhláške dostatočne zafinancované. Vo viacerých zdravotníckych zariadeniach už teraz sestry špecialistky na základe pokynov nadriadených vykonávajú činnosti, ktoré

zákon povoľuje iba lekárovi. Ako povedal predseda Sekcie sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti a člen Rady a Prezídia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., skúsené sestry vo viacerých nemocniciach cievkujú mužov a deti, zavádzajú a vyberajú kanylu do žily a zo žily pacienta, vyberajú stehy z operačných rán, upravujú dávky kontinuálnych liekov pri liečbe napríklad bolesti a podobne. „Už niekoľko rokov upozorňujeme na to, že v intenzívnej starostlivosti by napríklad sestry špecialistky podľa schválených štandardizovaných postupov a na základe indikácie lekára mohli pomáhať pacientom pri liečbe bolesti a úprave dávok liekov, v chirurgii vyberať stehy pri nekomplikovaných ranách. Sprehľadnenie kompetencií by pomohlo zlegalizovať súčasný stav, nakoľko už teraz také činnosti sestry vykonávajú v spolupráci s lekárom,“ vysvetľuje PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s. Rozšírenie kompetencie ambulantných sestier by podľa SK SaPA mohli v skutočnosti zefektívniť prácu v ambulancii a znížiť čakanie pacienta na vyšetrenie. Členka Rady komory Mgr. Ľubica Husárová si vie predstaviť, že by sestry mohli predpisovať špecializovaný zdravotnícky obväzový materiál (plienky, podložky, inkontinenčné pomôcky, materiál na ošetrovanie rán a podobne), ale aj vybrané lieky a zdravotnícke pomôcky u pacientov, ktorí sú stabilizovaní v dlhodobej starostlivosti praktického lekára alebo špecialistu. Dobrým príkladom je práve Poľská republika, kde sestry od roku 2015 môžu predpisovať lieky a zdravotnícke pomôcky. Sestra pri prvom kontakte s pacientom by mohla odobrať anamnézu, indikovať základné laboratórne a röntgenologické vyšetrenia, zhotoviť EKG a zmerať fyziologické funkcie. Takto pripravený pacient so všetkými hotovými vyšetreniami by bol prenechaný do starostlivosti lekára. Ak by sa sestrám rozšírili kompetencie a štát by dokázal využiť ich potenciál, podľa prezidentky SK SaPA Mgr. Ivety Lazorovej, dipl. p. a., by došlo k skvalitneniu zdravotnej starostlivosti o pacienta, a taktiež by sa ušetrili financie v systéme zdravotnej starostlivosti. „Zároveň by to bola motivácia pre súčasné sestry ostať v systéme, ale aj motivácia pre potenciálnych nových uchádzačov o štúdium odboru ošetrovateľstvo alebo pôrodná asistancia. Samozrejme, že sprehľadnenie odborných činností sestier a pôrodných asistentiek musí ísť súčasne „ruka v ruke“ s úpravou miezd. Keď máme pracovať viac, sme ochotní prevziať za svoje konanie aj patričnú zodpovednosť, a následne si zaslúžime byť aj adekvátne ohodnotení,“ dodáva prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.



Tlačová konferencia v kancelárii SKSaPA. Zľava Mgr. Ľubica Husárová., Mgr. Iveta Lazorová, dipl.p.a. a PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl.s. (Zdroj: SKSaPA)

SESTRY SA S MINISTROM DOHODLI NA ZATRAKTÍVNEŇ SVOJHO POVOLANIA

Bratislava 18. 8. 2016 – Je potrebné prijať čo najrýchlejšie také opatrenia, aby sa v slovenskom zdravotníctve stabilizovala situácia so sestrami a pôrodnými asistentkami a zároveň zatraktívni tieto povolania, aby prácu sestry alebo pôrodnej asistentky chcelo robiť viac mladých ľudí. Na pracovnom stretnutí sa na tom zhodli predstavitelia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek s ministrom zdravotníctva Tomášom Druckerom.

Cieľom pracovného stretnutia s ministrom zdravotníctva Tomášom Druckerom a zástupcami Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek bolo pomenovať kľúčové problémy v ošetrovatelstve. „Veľmi nás teší, že s ministrom zdravotníctva Tomášom Druckerom sme na pracovnom stretnutí dospeli ku konkrétnym záverom. Zástupcovia SK SaPA dostanú priestor pracovať v pracovných skupinách, ktorých hlavným cieľom bude stabilizovať situáciu so sestrami v slovenskom zdravotníctve a zatraktívniť toto povolanie,“ konštatovala po pracovnom stretnutí prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., s tým, že k tejto dohode medzi zástupcami Komory a predstaviteľmi MZ SR prispela aj nová ministerská sestra PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

Predstavitelia SK SaPA s ministrom zdravotníctva Tomášom Druckerom zadefinovali viacero príčin nedostatku sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku, pričom za najkľúčovejšie považujú zlé pracovné podmienky a nedostatočné odmeňovanie. Ako povedala prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., predstavitelia sestier budú so zástupcami MZ SR aktívne participovať na projektoch, ktorých cieľom je zlepšiť sústavné vzdelávanie, aktualizovať špecializačné študijné programy, pomenovať kompetencie, či navrhnúť odmeňovanie podľa zásluhovosti. „Rozšírenie kompetencií vnímame tiež ako jeden z kľúčových motivačných prvkov, aby vzdelaná sestra zotrvala v tomto povolaní, ale aj aby mladí ľudia chceli študovať toto povolanie. Chcel by som zdôrazniť, že najskôr je potrebné pomenovať činnosti, ktoré sestry robia už teraz bez toho, aby na to mali oprávnenie, a až potom sa chceme venovať novým činnostiam, za ktoré by boli sestry odmenené na základe zásluhovosti,“ dodal člen Rady a Prezídia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek PhDr. Milan Laurinc, PhD.

Viac informácií

Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.
prezidentka SK SaPA
tel.: +421 0918 518 178
e-mail: lazorova@sksapa.sk
Amurská 71, 821 06 Bratislava

PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.
člen Rady a Prezídia SK SaPA
tel.: +421 0915 943 571
e-mail: laurinc@sksapa.sk
Amurská 71, 821 06 Bratislava



Pracovné stretnutie na MZ SR. Na snímke za SKSaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl.p.a. (prezidentka), PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl.s. (riaditeľ kancelárie, člen Rady a Prezídia), Mgr. Zuzana Haladová (členka Rady a Prezídia). Za MZ SR JUDr. Ing. Tomáš Drucker (minister zdravotníctva SR), štátni tajomníci MZ SR doc. MUDr. Andrea Kalavská, PhD., MHA a prof. MUDr. Stanislav Špánik, CSc. a riaditeľka odboru ošetrovatelstva na MZ SR PhDr. Tatiana Hrindová, PhD. (Zdroj: SKSaPA)

Správy zo zahraničných partnerských organizácií

Messages from the foreign partner organizations

Európska federácia asociácií sestier (EFN) bola založená v roku 1971. EFN zastupuje viac ako 35 národných asociácií sestier a jej práca má vplyv na každodennú prácu 6 miliónov sestier v celej Európskej únii a Európe. EFN je nezávislý hlas ošetrovateľskej profesie a jej úlohou je posilniť postavenie a výkon povolania sestry v prospech zdravia občanov a záujmov sestier v EÚ a Európe.

EUROPEAN FEDERATION OF NURSES ASSOCIATIONS



EFN Brussels Office
Clos du Parnasse 11a
B-1050 Brussels

Tel. +32 2 512 74 19
Fax +32 2 512 35 50

E-mail efn@efn.be
Web www.efnweb.org

Registration Number
NG00476.356.013

SMARTCARE (PROJEKT INTEGROVANEJ STAROSTLIVOSTI) UZNÁVA SESTRY AKO KOORDINÁTOROV V INTEGROVANEJ STAROSTLIVOSTI

TLAČOVÁ SPRÁVA EFN, 7.7.2016

Cieľom stretnutia v Terste na finálnej konferencii 3-ročného projektu EÚ, bolo zhodnotiť prepojenie ICT procesov a služieb pre zabezpečenie kvalitnej integrovanej starostlivosti v Európe. Partneri SmartCare prezentovali výsledky projektu, a to: výsledky vyhodnotenia služieb SmartCare, pilotný projekt prebiehal v deviatich európskych regiónoch; rozvoj ľudských zdrojov, realizácia a prevádzka akcií prvej línie; sociálno-ekonomické a obchodné aspekty integrovanej starostlivosti; a projekt implementácie integrovaných služieb e-starostlivosti. EFN prispela k týmto výstupom tým, že poskytla model chronickej starostlivosti a riadenie prípadu na základe výberu a odporúčania užívateľov.

Jedným z hlavných problémov, ktorým čelíme pri poskytovaní zdravotnej a sociálnej starostlivosti v Európe je nárast počtu ľudí, ktorí žijú s chronickým ochorením - dôsledkom globálneho starnutia populácie. Ako občania Európy starnú, žijú dlhšie v podmienkach, ktoré si vyžadujú pokračujúci prístup a podporu zdravotníckych a sociálnych služieb. Cieľom zavedenie služieb elektronického zdravotníctva na úrovni EÚ je uľahčiť tento prístup k zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na zemepisnú polohu, alebo inovatívne tele-zdravotníctvo / tele-zdravie a zdravotnícke systémy zamerané na osobu. Okrem toho, prostredníctvom e-zdravotníctva je možné posunúť zameranie starostlivosti smerom na osobu, posilnenie postavenia pacienta, a zaistenie kontinuity starostlivosti cez primárne a sekundárne odvetvia zdravotnej a sociálnej starostlivosti. V tomto procese sú pokyny EÚ prvým krokom vpred. Tieto pokyny, ktoré sú vytvorené na základe už existujúcich a osvedčených postupov medzi európskymi regiónmami, sa vzťahujú na prevenciu, klinickú prax, pokročilé role, integrovanú starostlivosť a elektronické predpisovanie liekov sestrou (ePrescribing). Sestry a sociálni pracovníci so správnymi vedomosťami a zručnosťami tvoria značnú hodnotu a sú dôležitým spojovacím článkom medzi inováciami v technológiách, podporou zdravia a prevenciou ochorení (viď. projekt EFN EÚ ENS4Care).

Integrovaná starostlivosť je spôsob, ako zabezpečiť dosiahnutie optimálnych zdravotných a sociálnych výsledkov u všetkých ľudí žijúcich v Európskej únii. Kľúčovou je podpora rozvoja regionálnej integrovanej starostlivosti. V mnohých krajinách EÚ je integrovaná starostlivosť len v ranných štádiách vývoja. Takáto forma starostlivosti o občanov ešte nie je vnímaná ako tá, ktorá prispeje k udržateľnosti zdravotných a sociálnych systémov. Avšak vnútroštátna legislatíva by mala smerovať k zlúčeniu zdravotnej a sociálnej starostlivosti, vrátane ich rozpočtov. Dobrým príkladom je Fínsko (Eksote, Južná Karelia), kde je osobitná pozornosť venovaná posilneniu zdrojov na podporu nezávislého života seniorov. Sestra hrá v tomto procese dôležitú úlohu. V projekte SmartCare je posúdenie potrebnou službou, ktorej cieľom je analyzovať a identifikovať potreby danej osoby, zameranej na starostlivosť a rôzne služby. Dôležité je zabezpečiť služby tak, aby ich posudzovaná osoba dostala včas. Posúdenie ako servis sa vykonáva ako prvý krok pri každom kontakte pacienta / klienta a sestry s pokročilou praxou. K dispozícii sú 24 hodín denne, 7 dní v týždni počas celého roka, aby bola zabezpečená kontinuita starostlivosti. Primárnym cieľom v starostlivosti o seniorov je umožniť starším osobám žiť vo svojich domovoch tak dlho, ako je to možné.

Na záver môžeme povedať, že v posledných desiatich rokoch Európske inštitúcie a Európska komisia realizovali celý rad iniciatív a krokov zameraných na zlepšenie kvality, bezpečnosti a efektivity poskytovania zdravotnej starostlivosti v Európe, avšak úspech bol premenlivý. Obnovujúci sa dôraz na poskytovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti v komunite znamená vhodne navrhnutý model pre podporu ošetrovateľskej sily, ktorá dokáže zabezpečiť starostlivosť aj na rozhraní zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Toto má zásadný význam pre koordináciu starostlivosti a v podpore zdravia populácie, ktorá je oprávnená a plne zapojená do politického rozhodovania. Európska únia musí ešte viac zapojiť občanov do poprednej línie záujmu.

Viac informácií

Dr Paul De Raeve, *Secretary General of the European Federation of Nurses Associations.*

Email: efn@efn.be - Tel: +32 2 512 74 19 - Web: www.efnweb.eu

MEDZINÁRODNÁ RADA SESTIER (ICN) INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN)

Medzinárodná rada sestier (ICN) je federácia viac ako 130 národných asociácií sestier, ktoré zastupujú milióny sestier na celom svete. Prezентuje sestry a ošetrovateľstvo na medzinárodnej úrovni. ICN sa snaží zabezpečiť kvalitnú starostlivosť pre všetkých a v rámci hlasov globálnych zdravotníckych politik.



International Council of Nurses
Consejo Internacional de Enfermeras
Conseil International des Infirmières

LÍDRI V ODBOROCH MEDICÍNY A OŠETROVATEĽSTVA ODSUDZUJÚ ÚTOKY NA ZDRAVOTNÍCKY PERSONÁL V SÝRII

ŽENEVA, ŠVAJČIARSKO; 17.AUGUSTA 2016 – PREDSTAVITELIA SVETOVÝCH ASOCIÁCIÍ LEKÁROV A SESTIER ODSÚDILI POKRAČUJÚCE NÁSILIE PÁCHANÉ NA ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOCH V SÝRII.

V spoločnom vyhlásení Svetová lekárska asociácia (WMA) a Medzinárodná Rada sestier (ICN) uviedli, že stále a cieleňé útoky na lekárov, sestry, zdravotníckych záchranárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov v Sýrii dosiahli nebývalých rozmerov, ktoré by mali zalarmovať celý svet. Tieto dve organizácie potvrdili svoju podporu rezolúcii OSN (2268), ktorá vyzýva na ukončenie vojnového stavu v Sýrii a rešpektovanie ukončenia paľby na dostatočné obdobie pre poskytnutie humanitárnej pomoci.

Vo svojom vyhlásení uvádzajú: „*My medzinárodná zdravotnícka komunita pokladáme za povinnosť prehovoriť k svetovým predstaviteľom, aby naliehavo presadili prímerie a chránili státisíce nevinných obetí a zabránili krviprelievaniu.*“

Dr. Ardis D. Hoven, predsedníčka WMA, povedala: „*Každodenné správy o násilných incidentoch proti zdravotníckemu personálu, zdravotníckej infraštruktúre a raneným sú ohavné pre svetové spoločenstvo. Zabíjanie lekárov a sestier je hrozivé. Šokujúca pravda je, že lekári a sestry sú cieľmi v tomto ozbrojenom konflikte, a to spôsobom, ktorému je ťažko uveriť.*“

Dr. Frances Hughes, generálna riaditeľka ICN povedala: „*Úcta k zdravotníckym službám je jednou zo základných hodnôt medzinárodného humanitárneho práva a ľudského práva na zdravie. Útoky na sestry, lekárov a zdravotnícke zariadenia v Sýrii a iné národy v konflikte sa musia urýchlene zastaviť, aby sa mohla aj naďalej poskytovať starostlivosť potrebná pre populácie.*“

ICN a WMA už dlhodobo odsudzujú útoky na pracovníkov v zdravotníctve. Obe organizácie podporujú Medzinárodný výbor Červeného kríža (ICRC) – projekt „Zdravotná starostlivosť v ohrození“.

Viac informácií

Lindsey Williamson: media@icn.ch; tel: +41 22 908 0100; fax: +41 22 908 0100

www.icn.ch @ICNurses

Nigel Duncan WMA Public Relations Consultant + 44 (0) 20 8997 3653 (work), + 44 (0) 7984 944 403 (mobile)

nduncan@ndcommunications.co.uk website: www.wma.net Follow WMA twitter: <https://twitter.com/#!/medwma>

Preklad: Lukáš Kober

ČLENKA SEKCIE SESTIER PRACUJÚCICH V ANESTÉZIOLÓGII A INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI SKSAPA ZÍSKALA OCENENIE „ZA HUMANITU, OBETAVOSŤ A DOBROVOLNÚ SLUŽBU II. STUPŇA“

Počas osláv Svetového dňa Červeného kríža a Červeného polmesiaca (8. 5.) v Zrkadlovej sieni Primaciálneho paláca v Bratislave 4. mája si Slovenský Červený kríž (SČK) uctil 27 svojich dlhoročných dobrovoľníkov, spolupracovníkov, jednotlivcov či skupiny ľudí, ktorí svojimi činmi a postojmi voči ľudskému utrpeniu idú príkladom nám ostatným a odovzdal im vyznamenania. Ocenenie Za humanitu, obetavosť a dobrovoľnú službu II. Stupňa si prebrala aj PhDr. Andrea Bratová, PhD., dňa 17.6.2016 v Nitre.

Dobrovoľníckej práci v SČK sa začala PhDr. Andrea Bratová, PhD., venovať už od svojich študentských čias. Je mimoriadne iniciatívnou dobrovoľníčkou, ochotne sa zapája do činnosti územného spolku SČK v Nitre, ale aj do celoslovenských projektov a aktivít SČK. Vďaka jej entuziazmu dokázala získať pre SČK veľa dobrovoľníkov, ktorí majú schopnosť radovať sa z toho, že sú užitoční pre druhých. Už takmer 18 rokov vypomáha ako zdravotný dozor na organizovaných akciách. Je inštruktorkou prvej pomoci. Vynikajúce riadiace a organizačné schopnosti využíva pri organizovaní rôznych súťaží v poskytovaní prvej



Foto 1 PhDr. Andrea Bratová, PhD. (druhá sprava) s ocenením Za humanitu, obetavosť a dobrovoľnú službu II. stupňa. (Foto: archív A. Bratovej)

pomoci. Jednou z najvýznamnejších určite bola práca v organizačnom výbore, mimoriadne vysoko hodnotenom, XXII. ročníku Memoriálu MUDr. Vladimíra Harineka v r. 2014, je delegovaná ako rozhodkyňa na celoslovenské súťaže v poskytovaní prvej pomoci dospelých. V máji 2016 ako riaditeľka súťaže Dni mladých zdravotníkov I.a II. stupňa pripravila pre súťažiacich zaujímavé súťažné stanovišťa vedúce k zvýšeniu ich odbornej pripravenosti, ale pre účastníkov určite mimoriadne zapôsobili aj tie nesúťažné. Vďaka jej schopnosti dokázala pre prácu v červenokrížskom hnutí nadchnúť mladých študentov. Pravidelne organizuje mobilné odbory krvi, v súčasnosti 4 mobilné odbory ročne. Ako členka humanitárnej jednotky sa v minulom roku, a taktiež i v tomto roku, zúčastnila 3-dňového taktického cvičenia Nový Horizont 2015, Nový Horizont 2016, kde v oblasti záchranného tábora zabezpečovala primárnu zdravotnú starostlivosť, odbornú prvú pomoc, stabilizáciu a transport zranených. Vlni sa podieľala na organizačnej príprave Záchrannárskeho behu prežitia, ktorý bol zameraný na prípravu záchrannárskych tímov (psovod, pes a záchrannár), moderovala súťaž, zorganizovala a viedla workshop. Ako inštruktorka na Svetovom dni prvej pomoci v Nitre učila záujemcov na resuscitačných modeloch poskytovať prvú pomoc, a aj vďaka nej sa vlni konal vo viacerých slovenských mestách Európsky deň záchrany života. Nakoľko aktívne pôsobí vo výbore Slovenskej resuscitačnej rady, preto sa snaží aktívne zapájať každoročne 16. októbra všetkých ľudí, ktorí sú ochotní prijať informácie a praktické zručnosti o poskytovaní prvej pomoci. Osobitne významná je jej pedagogická činnosť. Iniciovala vytvorenie dvoch nových miestnych univerzitných spolkov. Študentov pravidelne niekoľko krát ročne zapája do aktivít, kde si študenti môžu vyskúšať viaceré role. Cvičenia, na ktorých sa pravidelne zúčastňujú, sa organizujú na Bratislavskom letisku a vo vojenskom výcvikovom stredisku Lešť. Svoje praktické skúsenosti a odborné zručnosti oduševnene odovzdáva všetkým vekovým kategóriám pre verejnosť, a taktiež i do radov dobrovoľníkov „červenokrížikov“, kde sa snaží venovať mladým vekovým kategóriám.

Aj taká je členka našej sekcie. K udelenému oceneniu gratulujeme.

PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl.s.

PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.

Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti

SKSaPA

FLORENCE NIGHTINGALEOVÁ – LEGENDA, KTORÁ CELÝ SVOJ ŽIVOT OBETOVALA NEÚNAVNEJ PRÁCI S CHORÝMI – ZOMRELA 13. AUGUSTA 1910

Hoci bola prvá polovica 19. storočia (!), Florence Nightingaleová sa dostalo vynikajúceho vzdelania. Budúca reformátorka zdravotníctva získala veľmi slušné vedomosti o filozofii, histórii, klasickej literatúre, hudbe. Vynikala v matematike a štatistike. Učila sa aj cudzie jazyky – latinčinu, gréčtinu, francúzštinu, nemčinu, taliančinu. Zaujímali ju správy o nemocniciach, stále študovala dostupné materiály o verejnom zdravotníctve, o hygiene. Začala navštevovať nemocnice a písať si zápisky o tom, čo tam videla. Získala veľa zaujímavých poznatkov, ktoré podrobne písomne spracovala. Napriek nesúhlasu rodičov začala študovať ošetrovateľstvo. Trvalo desať rokov, kým sa s tým zmierili (1). Časť jej rozsiahlej práce je uvedená nasledne.

V roku 1853 sa stala predstaviteľnou Ústavu pre starostlivosť o choré šľachticné v Londýne. Vďaka nej sa chod tohto zariadenia zmodernizoval. Navrhla výťah, ktorým dopravovali jedlo na určené poschodie, sama vymyslela signalizačné

zariadenie od lôžka pacienta, vďaka nej bola teplá voda dostupná v celej nemocnici. Jej pravidlom bolo jednotlivé choroby separovať, a preto vytvárala pavilóny pre pacientov s rovnakými diagnózami (1, 2).



V októbri 1854 sa vybrala s tridsiatimi ôsmimi sestrami do vojenskej nemocnice v Scutari. Lekári príchodom ošetrovateľiek spočiatku nadšení neboli, keď však videli, ako rýchlo dokázala Nightingaleová meniť neutešené podmienky, sami ju žiadali o pomoc. Trvala na piatich podmienkach: na ochrane zdravého prostredia, čistom vzduchu, funkčných

odpadoch, čistote a svetle. Bola prvá, ktorá oddelila v nemocniciach pacientov podľa jednotlivých diagnóz, ale aj fyzicky chorých od psychiatrických pacientov. Pacientov v ťažkom stave umiestňovala čo najbližšie k miestnosti sestier. To však nebolo všetko. Florence bojovala za práva pacientov, postarala sa aj o sociálne záležitosti. Zaviedla systém, ktorý umožnil, aby vojaci mohli pravidelne posilať peniaze domov svojim rodinám. Pre rekonvalescentov zriadila odpočinkovú miestnosť s čítateľňou, písacími pomôckami, spoločenskými hrami. Prvý krát v histórii tu chorí a ranení vojaci dostávali nemocenské dávky (2). Za pol roka sa vďaka jej opatreniam znížila úmrtnosť vojakov zo šesťdesiat na dve percentá! Medzi pacientmi bola obľúbená, prezývali ju dáma s lampou. „Keď všetci lekári išli spať a ticho a tma sa usadili na tie miľe chorých, vidíte ju osamote s malou lampou v ruke na svojich samotárskych pochôdkach“, napísali noviny Times (1). Vo svojich snahách o zlepšenie verejného zdravotníctva sa nedala zastaviť.

Ako žena to mala síce komplikované, ale nevzdávala sa. Osobne navštívila kráľovnú Viktóriu a princa Alberta a navrhla im vytvorenie komisie pre reformy. Osobne im pripravila písomné podklady. Chýr o nej sa doniesol do sveta a stala sa konzultantkou pre reformu indického vojenského zdravotníctva. Päť rokov tvrdo pracovala, aby sa neutešený stav v tejto krajine zlepšil (1).

V roku 1860 otvorila školu pre ošetrovatelky. Nebola síce prvá na svete, ale jej zameranie a spôsob výučby bol prevratný. S pomocou fondu Nightingale navštevovalo školu i mnoho cudzinek (Dánky, Nemky, Finky, Švédky, Francúzky) (2). V roku 1869 bola spoluzakladateľkou prvej dievčenskej vysokej školy medicíny (1, 3).

Florence Nightingalová bola jednou z najviac publikujúcich žien v histórii vôbec. Napísala viac ako dvesto kníh, článkov, správ a vyše dvanásťtisíc listov. Všetko, čo videla, podrobne zaznamenala a vždy navrhovala riešenia. O jej názory a rady bol záujem.

V roku 1858 (!) publikovala Poznámky o vplyvoch pôsobiacich na zdravie, efektivitu a nemocničnú administratívu v britskej armáde. Tu prvý krát využila štatistiku, grafy a diagramy (2).

Kniha Zápisky o ošetrovatelstve (1859) sa stala alfou a omegou v odbore, pomáhala nielen ošetrovatelkám, ale aj všet-

kým, čo sa starali o chorých. Už vtedy sa po celom svete predalo viac ako milión výtlačkov. V roku 1871, na základe intenzívneho štúdia príčin detskej úmrtnosti, publikovala knihu Zápisky o šestonedeli v nemocnici (2).

Bola iniciátorkou a hlavnou organizátorkou Britskej asociácie sestier (1887) (2, 4).

Nightingaleová ovplyvnila nielen moderné profesionálne ošetrovatelstvo, ale aj štatistiku, prakticky využila grafy a diagramy, zaznávanému povolaniu dokázala vydoberť uznanie. Florence Nightingaleová zomrela 13. augusta 1910 (5).

Zdroje

1. MACHÁČKOVÁ, M. 2010. Život Florence Nightingaleovej bol námetom mnohých filmov. [online]. 2010. [citované 12.05.2016]. Dostupné na: <<http://zivot.cas.sk/clanok/7957/zivot-florence-nightingaleovej-bol-na-metom-mnohych-filmov>>.
2. JAROŠOVÁ, D. 2006. Florence Nightingaleová. [online]. 2006. [citované 12.05.2016]. Dostupné na: <<http://www.nemjbc.cz/cs/o-nas/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2006/kveten-2006/florence-nightingalova.html>>.
3. FLORENCE NIGHTINGALEOVÁ: Žena, ktorá navždy zmenila zdravotníctvo. [online]. 2014. [citované 12.05.2016]. Dostupné na: <[http://webmagazin.teraz.sk/zdravie/florence-nightingaleova-osetrovatel-](http://webmagazin.teraz.sk/zdravie/florence-nightingaleova-osetrovatelstvo/2193-clanok.html)

[stvo/2193-clanok.html](http://webmagazin.teraz.sk/zdravie/florence-nightingaleova-osetrovatelstvo/2193-clanok.html)>.

4. FLORENCE NIGHTINGALE BIOGRAPHY. 2016 [citované 12.05.2016]. Dostupné na: <<http://www.biography.com/people/florence-nightingale-9423539>>.
5. FLORENCE NIGHTINGALE - British Nurse Brought Important Innovations to Medicine. 2015 [citované 12.05.2016]. Dostupné na: <<http://history1800s.about.com/od/majorfigures/p/fnightingale01.htm>>.
6. FLORENCE NIGHTINGALE. 2012. [citované 12.05.2016]. Dostupné na: <<https://nursefish.wordpress.com/florence-nightingale/>>.
7. FLORENCE NIGHTINGALE MUSEUM. 2015. [citované 12.05.2016]. Dostupné na: <<https://lunchbreaktourist.com/2015/10/02/florence-nightingale-museum/>>.

Kontakt na autorov

Mgr. Monika Matejová, dipl. s.

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny

Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok

fakultná nemocnica

matejovam@uvm.sk

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavská univerzita

Trnava

abratova@gmail.com

PREČO BYŤ ČLENOM V SK SaPA?

právna poradňa



BENEFITIVITY

SK SaPA

INFORMAČNÝ BULLETIN



občianske združenie



OŠETROVATEĽSTVO
A PÔRODNÁ ASISTENCIA

ČASOPIS SLOVENSKEJ KOMORY SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK

ROZDIELY V ODMEŇOVANÍ MEDZI MUŽMI A ŽENAMI V POVOLANÍ SESTRA

THE GENDER PAY GAP BETWEEN MEN AND WOMEN IN THE NURSING PROFESSION

MILAN LAURINC

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Bratislava

Úvod

V súčasnom modernom ošetrovateľstve dochádza k znižovaniu rozdielov v uplatnení mužov a žien v profesii sestera a pôrodná asistentka. Aj napriek tomu, že povolanie sestera je prevažne ženským, čoraz častejšie sa v ňom objavuje aj mužský fenomén. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek k 31. máju 2016 eviduje na Slovensku 42 415 sestier a pôrodných asistentiek (40 557 sestier a 1851 pôrodných asistentiek), z toho 41 526 žien a 819 mužov. V porovnaní s rokom 2014 počet mužov v povolani sestera stúpol o 0,10%, pričom však musíme upozorniť, že napríklad na Malte je ich 40 %, v USA a Veľkej Británii takmer 10%.

Rodová rovnosť a rovnosť príležitosti

Slovenská republika ako jedna z krajín európskeho spoločenstva je viazaná dodržiavaním princípov Európskej únie. Jedným z jej základných princípov je aj presadzovanie rodovej rovnosti a rovnosti príležitosti, ktorých cieľom je umožniť rovnaký vstup pre všetkých do určitého sociálneho a ekonomického prostredia.

Jednou z oblastí, kde sa výrazne prejavuje tento nedostatok, je práve prostredie trhu práce. Ak sa na povolanie sestera v jednotlivých krajinách pozrieme z pohľadu mzdového ohodnotenia, môžeme dospieť k zaujímavým skutočnostiam. I napriek rozdielnemu systému odmeňovania je samozrejmosťou, že v dnešnej dobe sa toto povolanie už nedá vykonávať len z lásky k ľuďom, ale je k tomu potrebná aj finančná motivácia.

Odmeňovanie v povolani sestera na Slovensku

Na Slovensku je odmeňovanie sestier a pôrodných asistentiek bez ohľadu na rodovú príslušnosť viazané

na dodržiavanie zákona NR SR č. 311/2001 Z. z., Zákonníka práce, ďalej § 80ab, zákona NR SR č. 428/2015 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony a zákona NR SR č. 553/2003 Z. z. o odmeňovaní niektorých zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V súčasnosti sestry a pôrodné asistentky majú v ústavných zdravotníckych zariadeniach na Slovensku garantovanú minimálnu mzdu vo výške od 694,98 – 823,68 € / brutto bez rozdielu zriaďovateľa. K tejto mzde im patrí minimálne 25 % príplatok za nadčas, 20 % za nočnú prácu a 50 % za prácu vykonávanú počas štátneho sviatku, ktorý je dňom pracovného pokoja. Minimálna mzda vychádza z odbornej spôsobilosti, ktorú sestera a pôrodná asistentka získala, a či vykonáva certifikované alebo špecializované pracovné činnosti.

Odmeňovanie v povolani sestera v USA

V USA došlo k zvýšeniu pozornosti na odmeňovanie mužov a žien vďaka Hollywoodu. Herečky Jennifer Lawrence a Meryl Streep poukázali na rozdiely v odmeňovaní medzi nimi a ich mužskými kolegami. Na základe analýzy odmeňovania zamestnancov v americkej štúdii výskumníci poukázali na to, že ženy celkovo zarábajú iba 78% toho, čo muži. Tento priemer sa môže meniť na základe príslušnosti k jednotlivým profesiám a regiónom. Na základe týchto skutočností sa dá

na odmeňovanie pozerat' z pohľadu hodinovej, týždennej, mesačnej alebo ročnej mzdy, v závislosti na odvetvie a typ zamestnania. Americkí vedci uvádzajú niekoľko príčin rozdielov v odmeňovaní medzi mužmi a ženami, kde na vrchole tohto zoznamu je diskriminácia zapríčinená samotným zamestnávateľom.

V americkej štúdii zverejnenej začiatkom roku 2015 sa zistilo, že muži v povolani sestera zarábajú v priemere o 5100 \$ (4482€) viac ako ich kolegyne. Toto číslo sa od roku 1988 neznižuje, čo historicky svedčí o tom, že viac ako 25 rokov sú muži v povolani sestera v Amerike schopní priniesť domov viac peňazí ako ženy, a to i napriek rovnakému dosiahnutému vzdelaniu, získaným zručnostiam a povinnostiam. Rozdiel v odmeňovaní mužov a žien v povolani sestera je obzvlášť prekvapujúci vzhľadom na to, že v tomto povolani dominujú práve ženy, pričom mužov je len 7 – 10%. Napriek tomu, že v profesii, kde muži nie sú z historického hľadiska ľahko prijímaní, ženy nedosahujú takú mzdu, ktorá by bola konkurencieschopná s mužmi.

Dôvodov v rozdielnom odmeňovaní môže byť hneď niekoľko. Ženy v povolani sestera v USA si pri výkone svojho povolania vyberajú menej náročný špecializačný odbor a pracujú menej hodín ako ich kolegovia muži. Ženy sú menej pribojné pri vyjednávaní o mzdách, čo sa v neposlednom rade potvrdilo aj na Slovensku pri akcii „výpovede.“ Neuprednostnia kariéru pred svojou rodinou a nemajú záujem o väčšiu zodpovednosť vyplývajúcu zo zvyšovania profesionálneho rastu. Ani jeden z vyššie spomenutých dôvodov by však nemal mať vplyv na rozdiel v odmeňovaní medzi mužmi a ženami v povolani sestera.

Záver

Ak sú aj na Slovensku sestry a pôrodné asistentky presvedčené o nedostatočnom mzdovom ohodnotení a motivácii, mali by bojovať za svoje práva a poukazovať na to napríklad tak, ako to urobili ženy v USA. Je nutné povedať, že aj zamestnávateľia by mali klásť dôraz na odmeňovanie sestier v závislosti od získaného vzdelania, vykonávaných pracovných činností a prijatej zodpovednosti tak, ako to popisuje táto americká štúdia. Určitým riešením by mohlo byť aj využitie mužského fenoménu pri riešení mzdovej politiky a sociálnych istôt sestier a pôrodných asistentiek. Sestry a pôrodné asistentky na Slovensku si musia byť vedomé svojej ceny a vedieť sa „predať.“

Zdroje

1. KOZONĚ, V. 2008. Ošetrovateľská faleristika a rozvoj profesionálneho ošetrovateľstva na Slovensku. In Revue medicíny v praxi, 2008, roč. 6, č. 3, s. 15 – 17. ISSN 1336-202x.
2. ZÁKON NR SR: 311/2001 Z. z., Zákoník práce: 2001: [online]. 2016, [cit. 2016-08-07]. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2001-311>
3. ZÁKON NR SR: 553/2003 Z. z., o odmeňovaní niektorých zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme a o zmene a doplnení niektorých zákonov:2003: [online]. 2016, [cit. 2016-08-07]. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2003-553>
4. ZÁKON NR SR: 428/2015 Z. z. ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z.: o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony: 2015: [online]. 2016, [cit. 2016-08-07]. Dostupné na internete: <http://www.noveaspi.sk/products/lawText/1/85349/1/2>
5. SCRUBS: Are Nurses Immune to the Gender Pay Gap? In. Scrubs. 2016. [cit. 2016-08-06]. Dostupné na internete: <http://scrubsmag.com/are-nurses-immune-to-the-gender-pay-gap/>
6. SK SaPA: Nedostatok sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku – budeme zatvárať kliniky a oddelenia? [online]. 2016, [cit. 2016-08-08]. Dostupné na internete: <http://www.sksapa.sk/obsah/tlacove-spravy-1/prehľad-tlacovych-sprav/tlacova-sprava-nedostatok-sestier-a-porodnych-asistentiek-na-slovensku-budeme-zatvarat-kliniky-oddelenia.html>

Kontakt na autora

PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.
Amurská 71,
821 06 Bratislava
e-mail: laurinc@sksapa.sk

Kurz německého jazyka v Drážďanech pro zdravotní sestry / zdravotní pečovatele

Máte diplom v oboru všeobecná sestra, ale neumíte německy? – Žádný problém!

Podle úrovně znalosti německého jazyka se budete účastnit jazykového kurzu.

V průběhu bezplatného kurzu německého jazyka A2 od nás dostanete finanční podporu 300 € měsíčně. Poplatky spojené s příjezdem do Drážďan Vám uhradíme také.

Po ukončení kurzu A2 s Vámi uzavřeme pracovní smlouvu s 20 hodinovou týdenní pracovní dobou jako ošetrovatelka. Vyděláte si cca 650 € čistého.

Tříkrát týdně se budete nadále zdarma účastnit německého kurzu na úrovni B2. Kurz bude zakončen jazykovou zkouškou, která je nutná k uznání Vašeho diplomu v Německu.

Po uznání diplomu všeobecné zdravotní sestry s Vámi uzavřeme pracovní smlouvu na plný úvazek (cca 35 hodin týdně), vyděláte si cca 1250€ čistého.

Nabízíme Vám

- Ubytování zdarma
- Měsíční jízdenku po Drážďanech
- Bezplatný kurz německého jazyka
- Příplatky za: noční, víkendy, svátky a přesčasy
- Osobní zákaznickou podporu v rodném jazyce
- Cestovní přípojištění/ později zdravotní pojištění v Německu

Naše kontakty jsou Vaší šancí!

✉ BAAndruskivova@personalservice-alpha.cz
Tel.: +49 351 64 75 65 14
www.personalservice-alpha.cz



Ozvěte se nám – tohle je Vaše šance!

Kontaktujte nás od pondělí do pátku od 09:00 do 17:00 hodin. Účast na kurzu je omezená. Začátek kurzu bude stanoven po předešlé domluvě a dle potřeb účastníků.

Vyžadujeme:

- Diplom: Bakalář (Bc.): studijní program ošetrovatelství, obor všeobecná sestra nebo Diplomovaný specialista (DiS.): obor diplomovaná všeobecná sestra



Personal-Service GmbH
Zeitarbeit & Personalvermittlung

Altplauen 1 · 01187 Dresden

VERONIKA BUDZIŇÁKOVÁ

Nemocnica DR. Vojtecha Alexandra v Kežmarku n.o., Gynekologicko pôrodnické oddelenie

Abstrakt

Tuberkulóza (TBC) je chronické infekčné ochorenie s multiorgánovým postihnutím. Väčšinou ide o pľúcnu formu, avšak existujú aj mimopľúcne formy ochorenia. Z tohto vyplýva, že aj tehotná žena môže byť postihnutá týmto infekčným ochorením. Tuberkulóza u tehotných sa stáva opäť aktuálnou a veľmi závažnou otázkou. V článku sa venujeme otázke tuberkulózy v tehotenstve, jej diagnostiky, liečbe a prevencii počas gravidity, ako aj menežovaniu ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodu.

Kľúčové slová

Tuberkulóza. Gravidita. Diagnostika. Liečba tuberkulózy. Ošetrovateľstvo a tuberkulóza.

Abstract

Tuberculosis (TB) is chronic infection disease which may occur in every organ. Most of cases are in the lung but there are another forms of tuberculosis in different organs. Pregnant woman may have any form of this infection disease. Tuberculosis in pregnant women has become an actual topic again. In this presentation we are analyzing the influence of tuberculosis and pregnancy, diagnosis of tuberculosis in pregnancy, therapy and prevention during pregnancy and the role of nursing care.

Key words

Tuberculosis. Pregnancy. Diagnosis. Therapy of Tuberculosis. Nursing Care and Tuberculosis.

Úvod

TBC z celosvetového hľadiska je jedným z najväčších zdravotných problémov ľudstva. V roku 2005 WHO vyhlásila TBC za ohrozenie verejného zdravia. Súčasná svetová globalizácia spôsobuje šírenie TBC aj do štátov, kde bola pod kontrolou. Preto je potrebné zamýšľať sa nad možnosťou pľúcnej alebo mimopľúcnej manifestácie TBC aj v našich podmienkach. Zvlášť v osobitej sfére, akou je obdobie tehotenstva. V minulosti prevládala názor, že tehotenstvo pri aktívnej TBC negatívne ovplyvňuje priebeh choroby a odporúčalo sa tehotenstvo ukončiť. Lekárska mienka o interakcii TBC a gravidity sa od staroveku menila. Neskôr prevládala názor, že zvýšený abdominálny tlak v tehotenstve pomáha uzavrieť TBC dutiny, a tým sa spomaľuje progresia ochorenia. V literatúre pretrvávajú nejednotnosť názorov na otázku vplyvu gravidity a TBC a vplyv TBC na graviditu. Avšak bolo dokázané, že rizikovým obdobím je obdobie po pôrode - šestonedelie. Včasné príznaky TBC sú podobné fyziologickým zmenám v tehotenstve. A to môže znejasniť diagnózu ochorenia. Diagnóza TBC v tehotenstve je veľmi dôležitá nielen z hľadiska matky, ale aj z hľadiska dieťaťa. Neliečená choroba nesie vysoké riziko pre matku aj dieťa. Názory sa rôznia. Na jednej strane skupina autorov popisuje u žien s TBC zvýšenú pôrodnickú patológiu, perinatálnu mortalitu, zvýšenú frekvenciu predčasných pôrodov, zvýšený výskyt VVCH, vysoké % operačného ukončenia pôrodov a zvýšený výskyt spontánnych potratov. Na strane druhej skupina autorov, ktorí

nenašli zvýšené pôrodnické riziko u tehotných žien s TBC ochorením.

Definícia

TBC je infekčné ochorenie spôsobené bacilmi *Mycobacterium tuberculosis*, zriedkavo *Mycobacterium bovis* a *Mycobacterium africanum*. Cieľovým orgánom sú pľúca, ale môžu spôsobiť chorobný proces aj v mimopľúcnych štruktúrach. Z hľadiska orgánového postihnutia sa delí TBC na dve formy: pľúcna TBC – postihuje parenchým pľúc a mimopľúcna TBC (extrapulmonálna), ktorá môže postihnúť všetky orgány ľudského tela. TBC sa stala u gravidnej ženy a v období po narodení dieťaťa aktuálnou a závažnou otázkou. I keď je kongenitálna TBC zriedkavá, vplyvom stúpajúceho počtu ochorení TBC vo svete je potrebné spomenúť aj túto problematiku. Ide o špecifické ochorenie, ktoré je vzhľadom na svoju osobitosť a závažnosť sledované oddelene od ostatných infekčných chorôb. Medzi základné epidemiologické ukazovatele patrí mortalita, incidenciu, prevalencia a riziko infekcie. Význam a dôležitosť týchto ukazovateľov sa mení so závažnosťou epidemiologickej situácie (1).

TBC bola a aj je sociálnou chorobou a pri zhoršení sociálno-ekonomických podmienok dochádza vždy k vzostupu jej výskytu. Podľa odhadu Svetovej zdravotníckej organizácie je infikovaných *M. tuberculosis* 1/3 ľudstva na zemeguli. Príčinou vzostupu incidencie TBC v celosvetovom meradle v súčasnosti je zásluha infekcie HIV (Human Immunodeficiency virus), migrácia z krajín

s vysokou prevalenciou TBC, pretrvávajúca zlá sociálno-ekonomická situácia, populačná explózia, nedostatočná a nekontrolovaná liečba, nárast počtu imunosuprimovaných osôb, multirezistentná TBC a nedostatok antituberkulotík v niektorých štátoch (2).

Klinické príznaky TBC v tehotenstve

Príznaky TBC u tehotných sa zhodujú s príznakmi TBC ako u netehotných. Horúčka – tzv. febris inversa – teploty sú ráno vyššie a večer nižšie, nočné potenie, chudnutie, celková slabosť, nechutenstvo, pokles fyzickej výkonnosti. Príznaky sú nešpecifické a následne sa pridruží kašeľ, niekedy zo začiatku neproduktívny, neskôr s expektoráciou purulentného spúta, hemoptýza – pri poškodení cievnej steny postupujúcou nekrózou alebo v teréne fibróznych postšpecifických zmien, kde býva predovšetkým zmnožené, dilatované a fragilné arteriálne cievne riečisko, bolesti na hrudi pri podráždení pleury alebo únavou interkostálnych svalov, tiež dýchavica pri rozsiahlom postihnutí pľúcneho parenchymu (1).

Extrapulmonálna TBC je tiež pomerne bežná. Najčastejšou formou je lymfadenitída, ktorá nemá nepriaznivý vplyv na matku a plod. Iné formy mimoplúcnej TBC ako črevná, kostná, TBC urogenitálneho traktu, TBC meningitída sú spojené so zvýšenou frekvenciou komplikácií zo strany matky a postihnutia plodu rastovou retardáciou a novorodencov s nízkym Apgar skóre (2). Multirezistentná TBC je spojená taktiež s vyšším rizikom komplikácií u novorodenca a samotným horším priebehom u matky s rozsiahlejším RTG nálezom a dlhším časom konverzie spúta (2). Kongenitálna TBC s možným prenosom na plod a dieťa závisí od epidemiologickej situácie. Spôsob infekcie je dvojaký. Prvou možnosťou je intrauterinná nákaza (kongenitálna), druhý spôsob infek-

cie je aspiračný, kedy počas pôrodu dieťa aspiruje infikovanú plodovú vodu (konnatálna). Výskyt konnatálnej a kongenitálnej TBC je veľmi zriedkavý (2).

Vplyv gravidity na TBC

Rastom gravidity dochádza k patofyziologickým zmenám, ktoré ovplyvňujú priebeh ochorenia a ktoré pri fyziologickej gravidite predstavujú fyziologické zmeny, pri ktorých sa organizmus tehotnej ženy prispôbuje. Zväčšovanie objemu matrice vedie k zmene v postavení bránice (až 4 cm) ako aj hrudného koša, čo vedie k zmene spôsobu dýchania. Následkom týchto zmien expiračného systému dochádza k: Poklesu expiračného rezervného objemu (ERV), Poklesu reziduálneho objemu (RV), Poklesu funkčnej reziduálnej kapacity (FRC). Predstavuje vyššie nároky na metabolizmus. Vyššia produkcia kortikostereoidných hormónov najmä v I. trimestri gravidity. Pokles estrogénov po pôrode. Náhly pokles tlaku na spodné časti pľúc po pôrode a zmena riečiska pľúc po pôrode. Tieto zmeny súvisia aj s časom vzniku TBC ochorenia. To znamená, či tehotnosť nastala u ženy, ktorá má TBC a je liečená antituberkulotikami, či TBC ochorenie sa objavilo počas tehotnosti, alebo ide o TBC s exudatívnou formou a s nebezpečenstvom včasnej generalizácie hematogénnou alebo lymfogénnou cestou, prípadne sa TBC manifestuje v šestonedelí, kedy je nebezpečný lymfohematogénny rozsev podmienený znížením bránice a prestavbou cievneho riečiska pľúc (3).

Vplyv TBC na graviditu

Na základe pozorovaní sa nepotvrdilo, že by aktívna TBC u tehotných, s adekvátnou antituberkulóznou liečbou, nežiaduco ovplyvnila tehotenstvo. S príchodom účinnej chemoterapie sa ukazuje, že TBC nekomplikuje pôrod. Dôležité je poznať vplyv ochorenia a jeho liečby

na plod a novorodenca. Nie je príčinou predčasného pôrodu, nie je zvýšený výskyt spontánnych potratov, komplikácií pri pôrode a anomálii plodu (3).

Diagnostika TBC u tehotných

Rozhodujúcim faktorom v managemente gravidných žien infikovaných TBC mykobaktériami je včasné určenie diagnózy. Diagnóza sa má opierať o podrobnú anamnézu osobnú, rodinnú aj epidemiologickú, teda vyhľadávanie kontaktov, vyhľadávanie tehotných žien v rizikových skupinách alebo v endemických oblastiach a ich prešetrenie TBC testom. V prípade podozrenia na TBC na základe anamnézy treba urobiť tuberkulínový test. Ak je indurácia viac ako 10 mm a sú prítomné klinické príznaky, je na mieste ihneď urobiť rtg snímku pľúc, s krytím abdominálnej oblasti. Ak nie sú prítomné klinické príznaky, s rtg snímkom sa môže počkať až do 12. týždňa tehotenstva, pretože **najväčšie riziko poškodenia plodu hrozí medzi pätnástym dňom a tretím mesiacom tehotenstva**. Tuberkulínový kožný test podľa Mantouxa sa považuje za bezpečný v skríningu TBC infekcie u tehotných. Medzi ďalšie vyšetrovacie metódy patrí bakteriologické vyšetrenie spúta na BK – mikroskopické vyšetrenie je základnou diagnostickou metódou. Klasické kultivačné vyšetrenie je vysoko špecifické. Endoskopické vyšetrenie – sa indikuje podľa nálezu, vyšetrenie nie je potrebné robiť rutinne. Genetické testy – stanovujú DNA a RNA. Histologické vyšetrenie a serologické vyšetrenie (1).

Liečba TBC v tehotenstve

Rozhodnutie pre liečbu TBC v tehotenstve musia zohľadňovať potenciálne riziká pre matku a dieťa vzhľadom na liečbu a benefit pre nich z liečby vyplývajúci. Neliečená TBC predstavuje ďaleko väčšie riziko pre tehotnú ženu a plod ako liečba choroby. V boji proti TBC jednou

zo základných požiadaviek je liečba antituberkulotikami, t.j. chemoterapeutikami a antibiotikami, ktoré spôsobujú zástavu rastu a množenie patogénnych mykobaktérií v organizme chorého. Za účinné lieky dnes považujeme takú kombináciu liekov, u ktorých sa dosahuje negatívizácia u 95 % liečených chorôb. Pri podávaní liekov je potrebné brať do úvahy niekoľko kritérií. V prvom rade liečba v iniciálnej fáze musí byť neprerušovaná, dlhodobá a kombinovaná. V súčasnosti sa používajú krátkodobé liečebné režimy vyžadujúce podávanie baktericídnych antituberkulotík, hlavne rifampicínu, isoniazidu a pyrazinamidu. Tieto preparáty sú schopné v 90 % zničiť vyvolávateľa už v priebehu 7 dní. Antituberkulotiká orientačne delíme na základné: isoniazid, rifampicín, etambutol, pyrazinamid, streptomycín a rezervné: kapreomycín, kanamycín, amikacín, etionamid, viomycín, tiacetazón alebo fluórochinolóny (ciprofloxacín, ofloxacin) a klaritromycín (2).

Pôrod tehotných s TBC

U žien s aktívnou TBC sa doporučuje spontánny pôrod. Vyžaduje izoláciu a zachovanie hygienických pravidiel ako u infekčnej choroby. Opakované tehotenstvá sú možné. Nedoporučuje sa však otehotnenie v dobe aplikácie antituberkulotík vzhľadom k možným nežiaducim účinkom liekov v období embryogenézy do 9. gestačného týždňa. V rámci pôrodu je nutný odber materiálu na vyšetrenie BK z placenty, hlavne ak na nej nachádzame podozrivé miesta, tiež z pupočníkovej krvi a plodovej vody (2).

Profylaxia u tehotných žien

Preventívna liečba isoniazidom je vysoko efektívna a nehrozí teratogénne riziko u tehotných užívajúcich štandardnú dávku, maximálne 300mg/deň po dobu 6-12 mesiacov. Avšak, existuje značné riziko hepatotoxicity, viac v popôrodnom

období. Vzhľadom k tomu je nutná pravidelná kontrola hepatálnych testov. K zabráneniu indukovanej neuropathie treba súbežne užívať Pyridoxin. Odporúča sa, aby u tehotných žien s pozitívnym tuberkulínovým testom a normálnym RTG nálezom na pľúcach, bola liečba isoniazidom odložená až po pôrode. I keď v niektorých situáciách je vhodná isoniazid profylaxia počas tehotenstva. A to v prípade, ak je u žien v anamnéze zdokumentovaná tuberkulóza konverzia v priebehu 2 rokov, ak sú ženy vo fertilmom veku v blízkom kontakte s osobami s aktívnou TBC, alebo ak je žena imunokompromitovaná (HIV pozit.) (2).

Význam ošetrovateľstva v boji proti TBC

V boji proti t TBC hrajú sestry veľmi významnú úlohu. Sú neoddeliteľnou súčasťou zdravotníckeho tímu poskytujúceho starostlivosť pacientom s TBC, ako aj vykonávajúceho preventívnu činnosť zameranú na boj proti TBC vo všetkých fázach ľudského života. Je veľmi dôležité, aby sestry mali potrebné znalosti o všetkom, čo súvisí s TBC – o jej etiológii, patogenéze, epidemiológii, diagnostike a zásadách liečby, o rizikových skupinách osôb ohrozených TBC, ako aj najlepších metódach protituberkulózneho kontroly. Niektoré sestry sa špecializujú na prácu v odbore pneumológia a ftizeológia a pracujú priamo v sfére kontroly TBC a niektoré pracujú v ambulanciách a lôžkových zariadeniach iných odborov vrátane gynekológie a pôrodnictva. Činnosť sestry v procese diagnostiky, liečby a prevencie sa zameriava na spoluprácu s lekárom pri diagnostike a liečbe, zabezpečenie správneho odberu biologického materiálu, vyhľadávanie a vyšetrenie kontaktov, edukáciu pacienta a jeho rodiny, zabezpečenie protiepidemických opatrení (dodržiavanie hygienicko-epidemiologického režimu), kontrolu dodržiavania stanovenej liečby a rozpoznanie jej prípadných

nežiaducich účinkov, podporu a pomoc (psychickú, sociálnu) pacientovi a jeho rodine, revakcináciu (kalmetizácia) a v neposlednom rade vedenie dokumentácie o poskytnutej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti (1). Ošetrovateľstvo zaujíma kľúčovú rolu protagonistu pri posudzovaní a hľadaní problémov a potrieb pacienta, v prevencii, edukácii, ako aj kontrole osôb. Je potrebné využiť potenciál sestier ako najväčšej skupiny profesionálov v zdravotníctve aj v boji proti TBC (4).

Záver

TBC sa stáva aktuálnou otázkou u tehotných s potrebou včasnej diagnostiky, liečby s následnou profylaxiou. Na tomto procese zohráva dôležitú úlohu pri lekárovi aj sestra. A to nie len v ambulantnej starostlivosti, ale aj v ústavnej starostlivosti.

Zdroje

1. SOLOVIČ, I. A KOL. 2010. Tuberkulóza pre prax sestry. 1. Vydanie. Ružomberok: VERBUM, 2010. 218 s. ISBN 978-80-8084-5287-7
2. NEVICKÁ, E. A KOL. 2007. Tuberkulóza u detí. Bratislava: Kancelária WHO na Slovensku, 2007. 219s. ISBN 9780-80-9669632-1-8
3. UHLIARIK, J. A KOL. 1997. Tuberkulóza a tehotnosť, Praktická gynekológia, 4, 1997, č. 2, s. 89-90
4. KOBER, L. 2015. Prowadzenie pacjentów z gruźlicą. Kwestie stygmatyzacji. In: Mrockowska, R., Molka, E. Współczesne pielęgniarsztwo specjalistyczne. Wiedza, kompetencje, praktyka. Bytom: DUX, 2015. s. 25-34. ISBN 978-83-940799-1-8.

Kontakt na autora

Mgr. Veronika Budziňáková
Nemocnica DR. Vojtecha Alexandra
v Kežmarku n.o.
veronika.budzinakova@centrum.sk



Ošetrovateľstvo v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti

Odborné príspevky

Nursing in anesthesiology and in intensive care - professional contributions

NOZOKOMIÁLNE NÁKAZY A BEZPEČNOSŤ PACIENTA V INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI AJ V KONTEXTE SPOLUPRÁCE SESTRY A LEKÁRA

NOSOCOMIAL INFECTIONS AND PATIENT SAFETY
IN INTENSIVE CARE ALSO IN THE CONTEXT OF COOPERATION BETWEEN NURSE AND PHYSICIAN

ANDREA BRATOVÁ^{1,2}, HELENA GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ², MILAN LAURINC^{2,3}

¹ Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

² Sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti SKSaPA

³ NÚSCH, a.s., Detské kardiocentrum, Bratislava

Abstrakt

Efektívna medicínska a ošetrovateľská starostlivosť, vzdelávanie, výchova, výučbové programy pre sestry a zdravotníckych pracovníkov, môžu významne napomôcť k zlepšeniu bezpečnosti, starostlivosti, spolupráce medzi sestrou a lekárom i v prevencii výskytu chýb. Zároveň však môžu významne zlepšiť stav u pacientov, hlavne v intenzívnej starostlivosti. Nesúrodosť spolupráce vedie i k nozokomiálnym nákazám, ktoré predstavujú medicínsko, ekonomicko, spoločenský problém. V oblasti zdravotníctva najviac zasahujú nozokomiálne nákazy pacientov, sestry, lekárov a predstavujú viacero otázok i problémov, vyžadujú rôzne spôsoby ich riešenia a liečby. Kvalita podávaných a získaných informácií pri nozokomiálnych nákazách je jednou z kľúčových úloh v zdravotníctve.

Kľúčové slová

Bezpečnosť. Sestra. Lekár. Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť. Nozokomiálne nákazy.

Abstract

Effective medical and nursing care, education, training programs for nurses and health care professionals can significantly help to improve the safety of care, collaboration between nurses and medical doctors as well as in the prevention of errors. At the same time they can significantly improve the condition of patients, especially in intensive

care. Cooperation heterogeneity leads to nosocomial infections, which signify medical, economic, social problem. In the area of health care, nosocomial infections affect mostly patients, nurses, medical doctors and pose a number of questions and problems, they require different solutions and ways of their treatment. The quality of data and information obtained in a nosocomial infection is one of the key challenges in health care. Area of health care associate infection affect most patients, nurses, doctors and pose a number of questions and problems require different solutions and ways of their treatment. The quality of data and information obtained in a nosocomial infection is one of the key challenges in health care.

Keywords

Safety. Nurse. Medical doctor. Intensive Nursing Care. Nosocomial infections.

Úvod

Mnohé zdravotnícke zariadenia sa riadia vlastnými protokolmi preventívnych opatrení v súlade s medicínou založenou na dôkazoch (EBM – evidence based medicine) pod názvom best practice protocol a edukáciu realizujú formou kontinuálneho viacstupňového preventívneho programu pre lekárov i sestry a zdravotníckych pracovníkov, na všetkých úrovniach vrátane pravidelných odborných previerok, uvádza Rosenthal a kol. (1). Nozokomiálne infekcie predstavujú pri poskytovaní zdravot-

nej starostlivosti nežiaduce účinky v intenzívnej starostlivosti, ktoré sú spojené s zvýšením chorobnosti a úmrtnosti (2). Mnohé organizačné faktory a pracovné podmienky sú spojené s bezpečím pacienta. Jedným z významných aspektov poskytovania zdravotnej starostlivosti je spolupráca sestry s lekárom (3). Zvyšujúci sa priemerný vek pacientov, vyšší počet invazívnych zákrokov, zlepšené prežívanie výrazne nedonosených detí, polytraumatických a kriticky chorých pacientov, pokroky v liečbe onkologických ochorení a iné faktory charakteristické pre modernú medicínu vedú k zvýšenému počtu hospitalizovaných rizikových pacientov, u ktorých je pravdepodobnosť vzniku nozokomiálnej nákazy (NN) vyššia a jej prognóza závažnejšia (4).

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v intenzívnej starostlivosti, vyplýva na základe výskumov (5), vznik ventilátorom asociovanej pneumónie (VAP) a infekcie centrálného žilového riečiska (CLABSIs), sú významne ovplyvnené spolupracou sestry s lekárom. Pre tento účel autorky Boev a Xia (5) vykonali sekundárnu analýzu údajov pochádzajúcich z prieskumu skúseností sestier. Prieskum bol vykonaný na štyroch špecializovaných pracoviskách intenzívnej starostlivosti, v ktorom bolo merané vnímanie pracovných podmienok sestrami. Kompiláciou 5 nástrojov, ktoré hodnotia rôzne aspekty pracovného prostredia, vrátane spolupráce a spokojnosti pri rozhodovaní, boli merané

konkrétne rozmery spolupráce sestier a lekára. V rovnakom období boli tiež odobraté dáta od pacientov ($n = 3610$). Priaznivejšie bola vnímaná spolupráca medzi sestrou a lekárom, kde bol zistený evidentne nižší výskyt oboch CLABSIs a VAP. Konkrétne pri každom zvýšení spolupráce medzi sestrou a lekárom, sa výskyt CLABSIs znížil o 2,98 ($p = 0,005$) a miera VAP sa znížila o 1,13 ($p = 0,005$). Navyše, výsledky vykazovali, že s vyšším podielom sestier, ktoré sú diplomované sestry, so špecializáciou, bakalárske a ešte vyššie vzdelanie; bol 0,44 ($p = 0,02$) a 0,17 ($p = 0,01$), nižší výskyt CLABSIs a VAP, resp. Boev a Xia (5) podporovali predchádzajúce štúdie prepojením efektívnej komunikácie a spolupráce medzi lekármi a sestrami pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v intenzívnej starostlivosti. Prítom ich zistenia naznačujú, že dodatočným počtom sestier so špecializáciou sa zvyšuje možnosť pre bezpečie pacientov. Pôvodné štúdie, ako lekári vnímajú spoluprácu so sestrou, neboli posúdené. Zistenia tejto analýzy však naznačujú, že schopnosť lekárov a sestier spolupracovať ako jednotný tím, má zásadný význam pre zníženie počtu chýb, zlepšenie výsledkov liečby pacienta a optimálnu starostlivosť (5).

Medzinárodné konzorcium pre kontrolu nozokomiálnych infekcií sa rozhodlo uskutočniť multicentrickú medzinárodnú štúdiu s názvom Efektívnosť multidimenzionálneho prístupu k prevencii ventilátorom asociovanej pneumónie, ktorej sa zúčastnilo 14 krajín na 4 kontinentoch. Štúdia trvala 12 rokov a 8 mesiacov od marca 1999 do januára 2011. Základ metodiky tvorilo 6 opatrení. Preventívne opatrenia boli stanovené na podklade odporúčaní Americkej spoločnosti pre epidemiológiu zdravotnej starostlivosti (SHCEA – Society for Health Care Epidemiology of America) a Americkej spoločnosti pre infekčné choroby (IDSA – Infectious Disease Society of America) (6). Výsledkom štúdie, ktorá mala stanovené odporúčania pre starostlivosť o pacientov v 14 bodoch, bolo zníženie incidencie VAP o 55,83% (6).

Zmeniť incidenciu a rozvoj VAP je možné jedine a výlučne zmenou správania, postoja a profesionálneho prístupu per-

sonálu na všetkých úrovniach. Edukácia je prvým krokom k úspešnej prevencii. Implementáciu troch základných prvkov preventívnej stratégie je kontinuálny dlhodobý proces (1). Aj keď sme v posledných rokoch svedkami výrazného medicínskeho pokroku, výskyt NN sa udržiava približne na rovnakej úrovni. V súčasnej dobe sa priemerná incidencia NN v nemocniciach vo vyspelých krajinách pohybuje v rozmedzí 6-8% hospitalizovaných pacientov. Vyšší výskyt nozokomiálnych nákaz sa zisťuje na invazívnych pracoviskách (OAİM, chirurgia, traumatológia, urológia, dialýza a pod.) a na oddeleniach s väčším počtom imunosuprimovaných pacientov (4).

Na Slovensku sú nozokomiálne nákazy a najmä ich oznamovanie tabu, hoci ich sledovanie a hlásenie umožňuje včasne odhaliť hroziaci problém, ktorý môže spôsobiť epidémiu, podstatné náklady a ohroziť pacienta. Prakticky neexistuje zdravotnícke zariadenie, v ktorom by sa NN nevyskytovali. Vynikajúce nemocnice na svete signalizujú výskyt nemocničných infekcií u 5 až 8% hospitalizovaných pacientov, čo je reálne dosiahnuteľné minimum, niektoré naše nemocnice vykazujú menej ako 0,4%, konštatoval docent Maďar (7).

Nozokomiálne prostredie je špecifické a výrazne sa odlišuje od prostredia domáceho, komunitného. Odlišný preto musí byť aj prístup zdravotníckych pracovníkov, dôrazom na najzákladnejšiu metódu prevencie - hygienu rúk počínajúc, manipuláciou s biologickým materiálom a zdravotníckym odpadom končiac. Prevencia nozokomiálnych nákaz však môže byť efektívna len vtedy, keď sú na to vytvorené optimálne podmienky. Až 90 % nozokomiálnych nákaz súvisí s nedostatočnou hygienou rúk (8). „Významnú úlohu v prevencii nozokomiálnych nákaz majú sestry, ktoré prichádzajú do styku s pacientmi najčastejšie. Ich dobrá vôľa však niekedy nestačí. Dávno známym faktom je, že zvýšenie počtu pacientov k počtu sestier prináša rast incidencie nozokomiálnych nákaz. Ak je na oddelení málo sestier, ak sú zahltené prílišnou administratívou, nemajú objektívne čas, aby v rámci prevencie nemocničných nákaz urobili to, čo je potrebné“, vyjadril sa doc. MUDr

Rastislav Maďar, PhD., prezident Slovenskej Spoločnosti prevencie nozokomiálnych nákaz, ktorý pokračuje: „Ak chce vedenie nemocnice ušetriť zbytočné finančné náklady, jednou z hlavných priorit by mala byť pozornosť venovaná prevencii nozokomiálnych nákaz, a to nielen v kontexte platnej legislatívy, ale aj v rámci súčasných nových poznatkov v odbore a tzv. bestpractice“ (7).

Najnovšia legislatívna norma pre personálne zabezpečenie zdravotníckych zariadení nie je naklonená prevencii nozokomiálnych nákaz. Oproti predchádzajúcej, kde na OAİM bolo maximálne 1,5 pacienta na jednu sestru, teraz sú to 2 pacienti na jednu sestru. Bližšie na strane č. 80 dokumentu (9). Sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek dala k návrhu výnosu nesúhlasné pripomienky, podobne sa k problematike vyjadrila aj Slovenská lekárska komora (10). Dôkladným upratovaním zdravotníckeho zariadenia sa odstráni až 80% nečistôt z okolia a pracovných plôch. Dostatočným umývaním rúk a ich dezinfekciou sa zlikviduje 80% patogénnych mikroorganizmov. Správne vykonaná sterilizácia zničí všetky mikroorganizmy (8). Do kampane SaveLives: Clean Your Hands, ktorá je zameraná na edukáciu zdravotníckych pracovníkov, ako si správne umývať a dezinfikovať ruky s následným použitím alkoholových dezinfekčných prípravkov - ako najúčinnější spôsob prevencie šírenia nozokomiálnych nákaz a vzniku rezistencie mikroorganizmov na antibiotiká, boli zapojené mnohé pracoviská (11). V súčasnosti, hlavne vo väčších nemocniciach, sa ukazuje potreba vytvárania pracovných skupín, zaoberajúcich sa problematikou NN. Členom takejto pracovnej skupiny by mal byť kliník (infektológ), epidemiológ, mikrobiológ, sestra pre NN, eventuálne aj ďalší špecialisti podľa charakteru zdravotníckeho zariadenia. Hlavnou úlohou pracovnej skupiny je vytvárať fungujúci systém surveillance, hlásenia NN a na základe vykonaných analýz odporúčať komplexné preventívne a profylaktické opatrenia. Vypracovanie a dôsledné dodržiavanie preventívnych a profylaktických opatrení na zabránenie vzniku NN (12).

Jednoznačne investície do prevencie a profylaxie sú ďaleko menšie ako cena, ktorú platíme za vzniknuté následky, aj keď nie všetkému je možné zabrániť. Preventabilné NN predstavujú len cca 1/3 zo všetkých NN (12).

Záver

Efektívnymi stratégiami, ktoré sú zahrnuté pre kolaboratívne využitie v praxi, musí byť medziodborové vzdelávanie medzi zdravotníckymi zariadeniami a sestrami, absolvovaním simulačného výcviku a maximalizáciu podielu špecializovaných sestier v nemocnici a medzi zdravotníckym personálom (13).

Dôkladná starostlivosť, vzdelávanie, výchova, výučbové programy pre zdravotníckych pracovníkov, môžu značne dopomôcť v prevencii VAP zlepšiť stav u ventilovaných pacientov, takisto i zlepšiť starostlivosti o pacientov (14). Nozokomiálna nákaza je závažný medicínsky, etický, ekonomický a právny problém. V nemalej miere jej prekorenie určuje ďalší osud pacienta, či podľa závažnosti ochorenia prežije, či sa vráti do pôvodného zamestnania, alebo je natoľko oslabený, že sa musí určitý čas liečiť (8).

Pacienti prichádzajú do zdravotníckeho zariadenia s dôverou v zdravotníkov a ich schopnosti, je našou povinnosťou konať tak, aby sme neohrozili ich životy a zdravie (15). Efektívna spolupráca medzi sestrami a lekármi predstavuje zníženie chorobnosti a úmrtnosti, taktiež nákladov na starostlivosť a vznik medicínskych omylov (16).

Zdroje

- ROSENTHAL, V. D. - MAKI, D., G. - JAMULITRAT, S., et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INCC) report data summary for 2003-2008 issued June 2009. In American journal of infection control. ISSN 0196-6553, 2010, roč. 38, č. 2, s. 95-104.e.2
- MANAGEMENT OF ADULTS With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. [online]. 2016. (Citované 3. 8. 2016). Dostupné na: <<http://cid.oxfordjournals.org/content/early/2016/07/06/cid.ciw353.full.pdf+html>>
- ILIOPOULOU, K. European Federation of Critical Care Nursing Associations (EfCCNa): Improving safety through efficient nurse-physician collaboration in Intensive Care. [online]. 2016. [citované 26. 7. 2016]. Dostupné na: <<http://www.esicm.org/news-article/ARTICLE-REVIEW-improving-safety-nurse-physician-collaboration-iliopoulou>>
- SPOLOČNOSŤ PREVENIE NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ (SPNN). [online]. 2014. (Citované 19. 3. 2016). Dostupné na: <<http://www.spnn-sk.estranky.cz/>>
- BOEV, C. - XIA, Y. Nurse-Physician Collaboration and Hospital-Acquired Infections in Critical Care. In Crit Care Nurse. 2015; 35(2):66-72.
- ROSENTHAL, V. - RODRIGUES, D. - ÁLVAREZ, C. - MORENO, C., et al. Effectiveness of multidimensional approach for prevention of ventilator-associated pneumonia in adult intensive care units from 14 developing countries of four continents: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium. In Critical care medicine. ISSN 0090-3493, 2012, roč. 40, č. 12, p. 3121 – 3128.
- NOZOKOMIÁLNE NÁKAZY. [online]. 2010. (Citované 19. 3. 2016). Dostupné na: <http://www.mia.sk/vseobecne_inf/denna_tlac/m_clanok.php?hop=4&dbr=9161>
- SVENTEKOVÁ, S., V spleti baktérií a vírusov. [online]. 2012 (Citované 10.11.2013). Dostupné na: <<http://diagnonline.sk/zdravie-20526/v-spleti-bakterii-a-virusov-616652>>
- VÝNOS Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické ... vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení. 2008.
- PRIPOMIENKY K NÁVRHU VÝNOSU Ministerstva zdravotníctva. 2014. [online]. 2014. (Citované 29. 3. 2014). Dostupné na: <http://www.lekom.sk/upload/legislativny_vybor/2014/Prípomienky_k_navrhu_vyhlaske_MZ_SR_personalne_2_1395839392.pdf>
- AKTIVITY WHO v problematike hygieny rúk Edukačné prednáška ku dňu kampane k posilneniu bezpečnosti pacientov: „First Global Patient Safety Challenge – Clean Care Is Safer Care“. RUVZ Trenčín [online]. 2011. (Citované 10.11.2013). Dostupné na: <<http://www.slideserve.com/tejana/aktivity-who-0bv-problematike-hygieny-r-c3-bak>>
- KRKOŠKA, D. Aktuálna problematika nozokomiálnych nákaz. [online]. 2014. (Citované 29. 3. 2014). Dostupné na: <https://www.google.sk/?gws_rd=ssl#q=Aktu%C3%A1na+problematika+nozokomi%C3%A1lnych+n%C3%A1kaz>
- TANG, C. J. – CHAN, S.W. – ZHOU, W.T. – LIAW, S.Y. Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. In International Nursing Review. 2013; 60(3): 291–302.7.
- BRATOVÁ, A. – BODÁKOVÁ, D. Nozokomiálne pneumónie a ich prevencia. In Sestra – poskytovateľka ošetrovateľskej starostlivosti v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti. Editor: Bratová, A. – Zrubcová, D., Bratislava : Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2015, s. 51 -55, ISBN 978-80-89542-48-2.
- GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H. - LAURINC, M. – BRATOVÁ, A. Nozokomiálna nákaza z pohľadu sestry In Postavenie sestry špecialistky v odbore anesteziológia a intenzívna starostlivosti v 21. storočí Image sestry nositeľky zmien. Editor: Bratová, A. – Zrubcová, D., Krzemińska, S., Bratislava : Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2016, s. 60 – 68, ISBN 978-80-89542-60-4.
- MANOJLOVICH, M. – DECICCO, B. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patient outcomes. In Am J Crit Care. 2007; 16 (6):536-543.

Kontakt na autora

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave,
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Katedra ošetrovateľstva
andrea.bratova@truni.sk

VYSOKOFREKVENČNÁ DÝZOVÁ VENTILÁCIA A JEJ VYUŽITIE PRI TOALETE DÝCHACÍCH CIEST

USE HIGH-FREQUENCY JET VENTILATION AT THE PULMONARY HYGIENE

HELENA GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ¹, MARIÁN BEREŠÍK^{1,2}, ANDREA BRATOVÁ³, OLGA KULICHOVÁ⁴

¹ Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok, FN

² Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita, Ružomberok

³ Fakulta sociálnej práce a zdravotníctva, Trnavská univerzita, Trnava

⁴ Klinika kardiologie, Institut klinické a experimentálnej medicíny, Praha (CZ)

Abstrakt

Umelá ventilácia pľúc má aj nežiaduce účinky a riziká, ktoré je nutné odstrániť alebo aspoň minimalizovať. Okrem všeobecne známych sprievodných účinkov v priebehu dlhodobej UVP jedným z najväznejších problémov je narušenie tzv. samo očistovacej funkcie pľúc (dýchacích ciest). V príspevku prinášame stručný prehľad metód čistenia dýchacích ciest a približujeme úlohu sestry pri čistení dýchacích ciest vysokofrekvenčnou dýzovou ventiláciou.

Kľúčové slová

Sestra. Toaleta dýchacích ciest. Dlhodobá umelá pľúcna ventilácia. Vysokofrekvenčná ventilácia pľúc. Expulzia. Inpulzia.

Abstract

Mechanical ventilation means also undesirable effects and risks those it is necessary to eliminate or at least minimise. Among generally known accessory effects in progress of long-term ALV is damage of self-cleaning function of lungs (airways). In this contribution is brief overview of methods of airways cleaning and there is also role of nurse at cleaning airways by high-frequency bushing ventilation.

Keywords

Nurse. Respiratory toilet. Long-term mechanical ventilation. High frequency jet ventilation. Expulsion. Inpulsion.

Úvod

Umelá ventilácia pľúc (UVP) ako každá podpora vitálnych funkcií má aj nežiaduce účinky a riziká, ktoré je nutné odstrániť alebo aspoň minimalizovať.

Okrem všeobecne známych sprievodných účinkov v priebehu dlhodobej UVP jedným z najväznejších problémov je narušenie tzv. samo očistovacej funkcie pľúc a dýchacích ciest, ktorú môžeme rozdeliť na: fyzikálnu (mechanickú), imunologickú a biochemickú. Pri manažmente UVP ovplyvňujeme hlavne fyzikálne mechanizmy (1).

Faktory vplyvajúce na udržanie dobrej priechodnosti dýchacích ciest (DC):

- Zvlhčovanie a ohrievanie dýchacích plynov. Alveolárny plyn by mal mať 100% relatívnu vlhkosť pri teplote 37 °C.
- Výživa pacienta - má zabezpečiť primeranú hydratáciu a hradenie energetických nárokov organizmu. Malnutícia vedie k atrofii aj DC.
- Mukolýza - skvapalnenie hlienov a zníženie ich viskozity, pokiaľ k takému stavu už došlo, je často nevyhnutným predpokladom k ich odstráneniu z DC odsávaním alebo inou technikou.
- Fyzioterapia - dychová rehabilitácia a mobilizácia. Účinnosť postupu sa zvýši pri súčasnom mechanickom pôsobení na hrudnú stenu – masáže, „vyklepávanie“ hrudníka, vibrácie atď. (2).

Počas UVP dochádza k narušeniu uvedených obranných mechanizmov a to hneď niekoľkými faktormi:

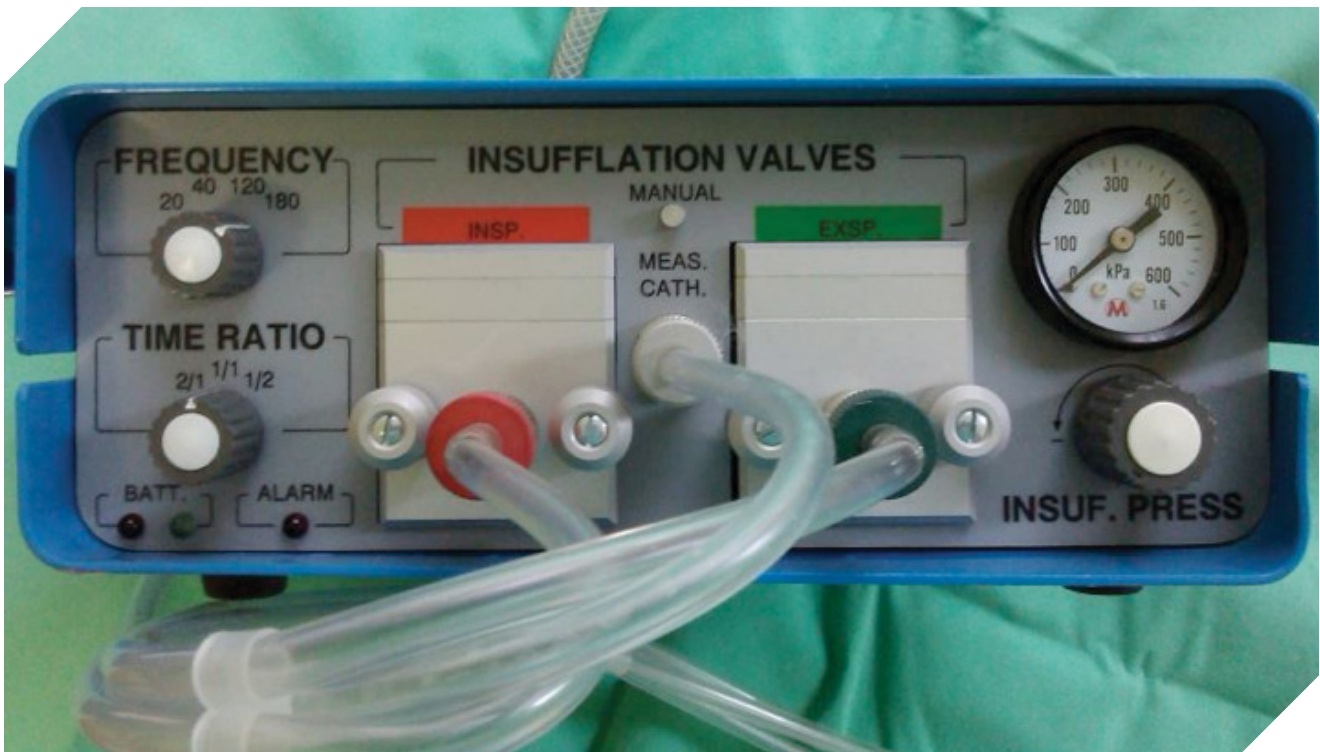
- Endotracheálna alebo tracheostomická kanyla vyraduje z činnosti horné dýchacie cesty.
- Znížená tvorba hlienu: príčinou môže

byť hypovolémia, dehydratácia, hypoxia, nedostatok energetických substrátov pre pohárikové bunky, pôsobenie niektorých liekov. Keďže takýto hlien má vysokú priľnavosť a ťažko sa odsáva, môže sa postupne nalepovať na tracheálnu kanylu a spôsobiť jej mechanickú obštrukciu.

- Zvýšená tvorba hlienu alebo prítomnosť patologického obsahu v DC, k čomu dochádza pri hypervolémii, iritácii bronchiálnej steny dráždivými látkami, pri zápalových procesoch spojených s produkciou veľkého množstva hlienu.
- Veľmi významným faktorom zhoršujúcim drenážnu funkciu pľúc počas UPV je čiastočná alebo úplná strata schopnosti vykašľávať.
- Intubačná alebo tracheostomická kanyla predstavujú cudzie teleso v trachei, ktoré okrem jej zúženia mechanicky prerušuje cestu mukociliárneho transportu.
- Príčinou zlyhania samočistiacich mechanizmov môže byť aj primárne poškodenie bronchiálnej steny, napr. popálenie či poleptanie spojené s výrazným edémom bronchiálnej sliznice a deštrukciou epitelu (2, 3).

Metódy čistenia dýchacích ciest:

- Odstraňovanie spúta predstavuje najdôležitejšiu, ale aj najproblematickejšiu súčasť starostlivosti o DC pacienta, kde sestra zohráva dôležitú rolu.
- Odsávanie - otvoreným a zavretým odsávacím systémom, ktoré je limitované dĺžkou a priemerom odsávacích ciest, takže odsávanie je možné len z veľkých DC (trachea a bronchy). Pri častom opakovaní dochádza k trau-



Obr. 1 Prístroj na vysokofrekvenčnú ventiláciu pľúc Zdroj: autori

matizácii a pri opakovanom odsávaní k závažnému poškodeniu ich sliznice.

- Bronchoskopická dezobštrukcia - cielečné odsávanie hlienov a odstraňovanie hlienových zátek bronchoskopom pod priamou kontrolou zraku.
- Mechanická exsuflácia - arteficiálne podporované expírium, pri ktorom vydychovaný vzduch v zlomku sekundy dosahuje vrcholový prietok cca 7 l/s, pričom dochádza k strhávaniu spúta a jeho pohybu smerom von z pľúc (ako pri kašli) - vyžaduje špeciálny aparát: mechanicky exsuflátor. Do klinickej praxe bola zavedená v 50. rokoch a napriek jej účinnosti a šetrnosti voči tracheálnej sliznici nenašla širšie uplatnenie.
- Perkusívne ventilátory pracujú na princípe vysokofrekvenčnej oscilácie na dychovú krivku ventilátora, pričom, oscilačné kmity s frekvenciou 100 – 300 c/min vibrujú spútom a uľahčujú jeho odstránenie.
- Vysokofrekvenčné stláčanie hrudného koša s použitím mechanickej vysokofrekvenčnej pneumatickej vesty upevnenej na hrudníku pacienta, v ktorej osciluje tlak prenášajúci silu – vibrácie na hrudný kôš. U spontánne dýchajúceho pacienta

môže zlepšovať odstraňovanie hlienov z dýchacích ciest.

- Pneumatické oscilátory počas expíria spontánne dýchajúceho pacienta do odporu rozvírajú prúd plynov. Pri tom sa vibrácie prenášajú do dýchacích ciest a uľahčujú odstraňovanie hlienov.
- Expulzia vysokofrekvenčnou ventiláciou (1, 2).

Metóda čistenia dýchacích ciest vysokofrekvenčnou expulznou ventiláciou pľúc

K pozitívnym účinkom vysokofrekvenčnej dýzovej ventilácie (VFDV) patrí aj to, že dokáže pohybovať pohyblivými telesami (cudzie teleso, hlien, aspirát, aerosol, liečivo) vo vnútri tracheobronchiálneho stromu, pričom tento pohyb je možné programovať. Na pohyblivú obštrukciu pôsobia striedavo dve sily:

pri **inspíriu tzv. impulzná sila (IN)**, ktorá má tendenciu posúvať teleso distálne a v **expíriu tzv. expulzná sila (EX)**, ktorá má tendenciu posúvať teleso proximálne, t. j. von z bronchiálneho stromu (1, 4).

Pri VFDV je programovaný prietok plynov, ako aj čas inspíria a expíria.

Inpulzný a expulzný režim je možné nastaviť zmenou pomeru času inspíria a expíria.

- Ak použijeme **dlhší inspiračný čas** než je expiračný, sila IN bude menšia než EX, **vznikne expulzný efekt** s postupným posunom obštrukcie smerom von z pľúc.
- Naopak, ak bude **dlhší expiračný čas** než inspiračný, sila IN bude väčšia než EX, **vznikne impulzný efekt** s posunom telesa distálne.
- Ak bude **inspiračný a expiračný čas rovnaký**, rovnaké budú aj sily IN a EX, vznikne **neutrálny efekt** a obštrukcia bude kmitať na jednom mieste (2).

Expulzný efekt využívame na očisťovanie pľúc počas dlhodobej UPV, po aspirácii a pod.

Impulzný efekt je možné využiť na podávanie niektorých liekov, napr. mukolytík, lokálnych anestetík, kortikoidov a pod. (2, 4).

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti pri laváži a expulzii.

Prioritné sesterské diagnózy stanovené pred výkonom:

- D 122 Neschopnosť udržiavania spontánneho dýchania
- D 121 Neúčinné čistenie dýchacích ciest
- D 124 Riziko hypoxie
- K 117 Riziko krvácania
- B 110 Akútna bolesť
- I 120 Infekcia
- I 121 Riziko vzniku infekcie

Plánovanie výkonu:

- Príprava pomôcok (vrátane expulzného setu), prístroja pre VFDV (vrátane multidýzového generátora tlaku – MGT), liekov.
- Spolupráca s lekárom pri laváži a expulzii.
- Dodržanie zvýšeného hygienicko-epidemiologického režimu.
- Dekontaminácia, dezinfekcia a sterilizácia materiálu, pomôcok a prístroja.
- Dokumentovanie ošetrovateľskej starostlivosti počas výkonu.

Spolupráca sestry s lekárom pri realizácii výkonu:

Pred výkonom zabezpečíme potrebný monitoring vitálnych funkcií pacienta, skompletizujeme potrebné zariadenie (ventilátor pre VFDV + dýzy + konektory + spojky + expulzný set).

Po začatí VFDV vypustíme tesniacu manžetu endotracheálnej (ET) kanyly z dôvodu pretlaku v dýchacích cestách a umožnenia prechádzania hlienov do hypofaryngu a úst pacienta!

- V prípade, že hlieny nie sú viskózne, prepne pacienta z klasického ventilátora na vysokofrekvenčný, a začíname neutrálnym režimom s $Ti : Te = 1 : 1$, frekvenciou 120/min a pohonným tlakom $P_{in} = 160 \pm 20$ kPa - po dobu 1 minúty. Následne prepne na expulzný režim ($Ti : Te = 2 : 1$). Takto aplikujeme expulziu 1 – 3 x za sebou, 3 – 4 x denne.
- Ak sú hlieny viskózne, v tom prípade 30 – 60 minút pred plánovanou expulziou aplikujeme pacientovi nebulizáciu mukolytík. A následne cez VFDV v impulznom režime ($Ti : Te = 1 : 2$) lavážnym ventilom aplikujeme lavážny roztok - aqua pro inj., prípadne aj s mukolytikom, po dobu 2 minút.



Obr. 2 Multidýzový generátor tlaku – MGT, Zdroj: (5)



Obr. 3 Druhy expulzných setov Zdroj: autori

Po impulzii pacienta prepne na expulzný režim ($Ti : Te = 2 : 1$) do vtedy, kým sa do hypofaryngu a úst dostávajú hlieny (cca 5 – 15 minút).

- U pacientov s aspiráciou začíname s expulziou, aby aspirát nebol zanesený do hlbších častí pľúc a následne robíme laváž.
 - Pred ukončením expulzie pri kyslej aspirácii podávame impulziu ($Ti : Te = 1 : 2$), prípadne lekár ordinuje hydrokortizon 100 mg v 5 aqua pro inj.
 - Pri aspirácii krvi lavážujeme aqua pro inj.
 - V prípade potreby lokálnej anestézie aplikujeme 1 – 2 ml 0,5 % Marcainu.
- Počas expulzie sa tvorí infekčný aerosol, čo vyžaduje používanie ochranných prostriedkov (maska, čiapka, rukavice) personálu. V rámci ochrany personálu je potrebné pre expulziu používať „expulzný set“, ktorý odvádza infekčný aerosol do atmosféry cez bakteriálny filter.

Sestra po dokončení výkonu zabezpečí dekontamináciu infekčného materiálu, dezinfekciu a sterilizáciu prí-

strojov a pomôcok. Vedie zdravotnú dokumentáciu v rozsahu ošetrovateľskej praxe.

Sestra sa v rámci holistického prístupu venuje všetkým bio-psycho-sociálnym potrebám pacienta.

Diskusia

VFDV sme znížili potrebu odsávania z dýchacích ciest. Pre dostatočne priechodné dýchacie cesty je potrebné zabezpečiť primeranú hydratáciu, zvlhčovanie a ohrievanie plynov, podávanie mukolytických prípravkov, fyzioterapiu (polohová drenáž a vyklepávanie hrudníka).

Odsávanie, ktoré zaberá značnú časť starostlivosti sestry o pacienta v resuscitačnej a intenzívnej starostlivosti, aj naďalej ostáva základným spôsobom odstraňovania spúta. Nie je tomu inak ani na našej klinike. Jeho hlavnou nevýhodou je, ako uvádza aj Ševčík (6), riziko zavlečenia infekcie do DC a traumatizácia ich sliznice ako u každého opakovaného inštrumentálneho zákroku.

Záver

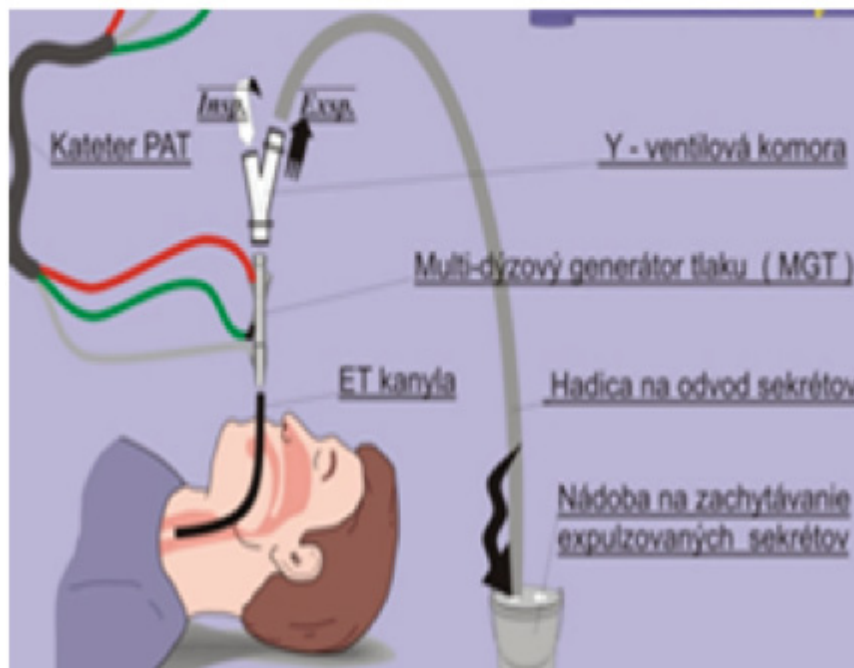
Na záver treba zdôrazniť, že VFDV - programovateľný pohyb cudzích telies v dýchacích cestách, t. j. impulzný a expulzný efekt, podstatne zmenila starostlivosť o dlhodobo ventilovaných pacientov. Ale je to len jeden z prostriedkov, ktorý môže byť užitočný pri toalete dýchacích ciest (1).

Zdroje

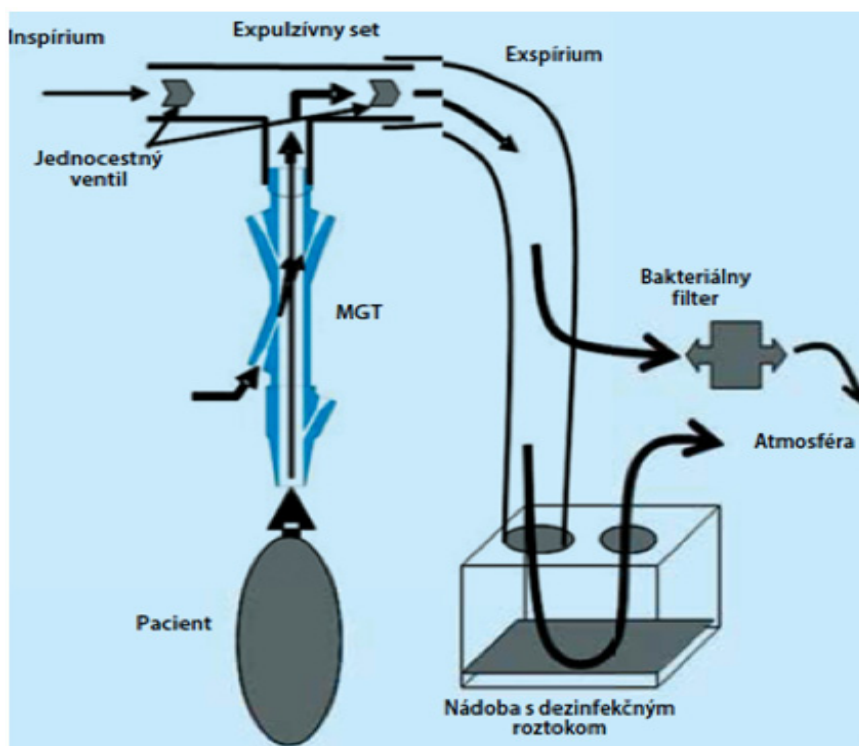
1. Török, P.: *Teoretické a klinické základy vysokofrekvenčnej dýzovej ventilácie*. Ing. Martin Farkaš, KD Osveta, 2013. ISBN 978-80-8063-408-7
2. Hermely, A, et al.: *Neinvasívna toaleta dýchacích ciest aplikáciou expulzného efektu VFDV (Vysokofrekvenšnej dýzovej ventilácie pľúc)* [online]. [cit. 02-05-2016]. Dostupné na http://www.aimcasopis.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6178&magazine_id=18
3. Elizabeth J., McCarthy: *High frequency ventilation: Physiological mechanisms, methodology and clinical applications* [online]. [cit. 02-05-2016]. Dostupné na: https://www.aana.com/newsandjournal/Documents/high_frequency_0485_p135.pdf
4. Ritacca, F. V., Stewart T. E.: *Clinical review: High-frequency oscillatory ventilation in adults – a review of the literature and practical applications* [online]. [cit. 02-06-2016]. Dostupné na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC270711/>
5. Kalas, L.: *Vysokofrekvenčná dýzová ventilácia (VFDV) ventilátormi PARRAVENT* [online]. [cit. 02-06-2016]. Dostupné na: <http://www.kalas.sk/urgentna-medicina/vyrobky/vysokofrekvencne-plucne-ventilatory/>
6. Ševčík, P., Černý, V., Vítovec, J.: *Intenzivní medicína*. Galén, Praha 2003. ISBN 80-7262-203-X

Kontakt na autora

PhDr. Helena Gondárová -
- Vyhničková, dipl. s.
helenagondar1@centrum.sk




Obr. 4 Toaleta dýchacích ciest VFDV, Zdroj: (5)



Obr. 5 Prepojenie expulzného setu na MGT a spojenie s nádobou s dezinfekčným roztokom alebo bakteriálnym filtrom Zdroj: (2)

PLÁNOVANÉ KONFERENCIE ORGANIZOVANÉ ODBORNÝMI SEKCIAMI SKSaPA

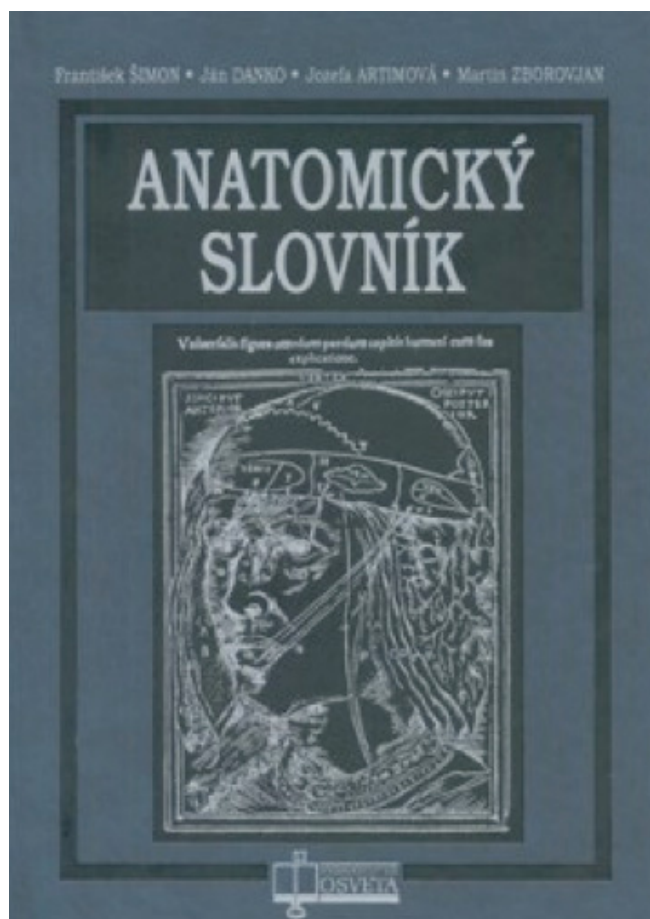
Podrobnejšie informácie o všetkých plánovaných aktivitách sústavného vzdelávania nájdete na stránkach:
www.sksapa.sk a <https://portal.sksapa.sk>

Kedy	Kde	O čo ide...	Logo organizátora
02. - 03. 09. 2016	Ružomberok	XIII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb s medzinárodnou účasťou	
23. - 24. 09. 2016	Nový Smokovec, Vysoké Tatry	Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia v procese zmien. Celoslovenská konferencia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek s medzinárodnou účasťou	
24. 09. 2016	Poprad	Podtatranská konferencia ambulantných lekárov a sestier 2016	
30. 09. - 01.10. 2016	Bratislava	VIII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v oftalmológii s medzinárodnou účasťou	
07. - 08. 10. 2016	Trnava	XIX. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v ORL s medzinárodnou účasťou	
07. - 08. 10. 2016	Banská Bystrica	VII. Celoslovenská konferencia geriatrických sestier s medzinárodnou účasťou	
07. - 08. 10. 2016	Šamorín - Čílistov	Slovenské dentálne dni 2016	
14. 10. 2016	Banská Bystrica	VII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v dermatovenerológii	
15. 10. 2016	Starý Smokovec, Vysoké Tatry	XXXVII. Výročná konferencia SS VPL	
21. - 22. 10. 2016	Liptovský Ján	V. Celoslovenská konferencia sekcie manažmentu v ošetrovatelstve	

ŠIMON, František – DANKO, Ján – ARTIMOVÁ, Jozefa – ZBOROVJAN, Martin: Anatomický slovník. Martin: Osveta 2015. 360 s. ISBN 978-80-8063-443-8.

Pre lekárov, veterinárov, zdravotníckych pracovníkov a študentov medicíny a nelekárskych zdravotníckych odborov a farmácie, ako i pre všetkých záujemcov o anatomickú terminológiu je určený atypický anatomický slovník, ktorý v minulom roku vydalo slovenské vydavateľstvo Osveta. Slovník, na ktorý odborná verejnosť už dlhšie čakala, je totiž vlastníkom hneď troch špecifik: prvým je autorský kolektív, v ktorom sú až traja jeho členovia klasickí filológovia: František Šimon stojí na čele Katedry romanistiky a klasickej filológie na Univerzite P. J. Šafárika v Košiciach, Jozefa Artimová pôsobí v centre jazykového vzdelávania na Masarykovej univerzite v Brne, Martin Zborovjan vyučuje na Univerzite veterinárneho lekárstva a farmácie v Košiciach; rovnakú afiliáciu má aj štvrtý spoluautor, lekár Ján Danko, vedúci Katedry anatómie, histórie a fyziológie.

Druhým špecifikom recenzovanej publikácie je spôsob slovníkového zápisu, ktorý prevyšuje obvyklý rámec slovníkových príručiek, a v neposlednom rade je pozitívom zaradenie stručného gramatického prehľadu v závere. Zámerom autorov, ktorí na tomto unikátnom slovníku pracovali viac rokov, bolo vyzdvihnúť filologickú stránku odbornej anatomickej terminológie a cez etymologické a historické súvislosti napomôcť k hlbšiemu pochopeniu anatomickej nomenklatúry.



Informácie v slovníku sú obsiahnuté v troch hlavných častiach: terminologickej, gramatickej a historickej. Okrem latinského slova a jeho slovenského ekvivalentu je pripojený význam, údaj o tom, či ide o výraz z humánnej alebo veterinárnej medicíny, historicky prvý výskyt s odkazom na autora, príp. synonymum alebo opozitum. Originálnou je práve historická časť, ktorá sa uvádza v podobných príručkách zriedka, a používateľ by sa len namáhavo dopátral pôvodu názvov štruktúr.

Autori na začiatok zaradili návod na použitie, čím čitateľovi sympaticky uľahčili orientáciu v publikácii. Stručná gramatika latinského jazyka dáva príležitosť študentom i odborníkom z praxe kedykoľvek si overiť správnosť výslovnosti, flexiu latinských (aj gréckych) podstatných či prídavných mien, stupňovanie, základné informácie o číslovkách a predložkách, o spôsobe vytvárania odborných výrazov a ďalších, pre mnohých problematických gramatických pravidlách. Kladnou stránkou tejto časti je nepochybne jej systematickosť a stručnosť, evidentne reflektujúca dlhoročné pedagogické skúsenosti autorského tímu.

Vedecký kredit slovníka zvyšuje bohatý zoznam použitej a odporúčanej literatúry, rozdelenej na primárnu literatúru, nomenklatúry, slovníky a časť varia. Po informáciách dychtivým používateľom tak priamo ponúka možnosť ďalšieho vzdelávania. Preto nám zostáva len veriť, že taká užitočná príručka, akým Anatomický slovník je, si nájde aj patričný okruh priaznivcov u odbornej i laickej verejnosti.

Erika Juríková, Ľubica Ilievová

ETIKA V INTENZÍVOM OŠETROVATEĽSTVE Z POHLĎADU SESTIER

ETHICS IN INTENSIVE NURSING FROM THE PERSPEKTIVE OF NURSES

IVANA ONDREJKOVÁ, HELENA GONDÁROVÁ – VYHNIČKOVÁ

KAIM, ÚVN SNP Ružomberok, FN

Abstrakt

Cieľom práce bolo zistiť skúsenosti a názory sestier na problematiku dodržiavania etických princípov a noriem u pacientov vyžadujúcich intenzívnu starostlivosť. Výskumu sa zúčastnilo 122 sestier pracujúcich v rôznych nemocniciach na Slovensku. 55,3% sestier poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť na OAIM (Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny) a 46,7% na JIS (Jednotka intenzívnej starostlivosti). Kvantitatívny výskum bol realizovaný pomocou dotazníka, ktorý bol rozdelený na dve časti. Prvú časť tvorili kategorizačné položky a druhú časť tvorilo 15 otázok zameraných na ciele práce a stanovené hypotézy. Na vyhodnotenie zozbieraných dát bol použitý Studentov nepárovým dvojvýberovým t – test na hypotézu 1 a hypotézu 2; 3 a 4 boli vyhodnotené jednovýberovým t – testom. Analýza záverov výskumu ukázala, že dodržiavanie etických noriem a princípov pri poskytovaní intenzívnej starostlivosti je obtiažne, čo súvisí najmä s chýbajúcou legislatívou v oblasti autonómie pacienta. Odborná verejnosť v spolupráci so stavovskými organizáciami a ich jednotlivými sekciami sestier a lekárov by mali vytvoriť dostatok priestoru na verejnú diskusiu a vytvorenie tlaku na prijatie potrebných legislatívnych krokov v oblasti uplatňovania autonómie pacienta, čo by viedlo k zvyšovaniu kvality poskytovanej ošetrovateľskej

starostlivosti v súlade s etickými normami a princípmi.

Kľúčové slová

Autonómia pacienta. Etické normy a princípy. Intenzívna starostlivosť. Sestra.

Abstract

Objective of this thesis is to determine the experiences and opinions of nurses about the issue of observance of ethical principles and standards for patients requiring intensive care. Participants were 122 nurses working in various hospitals in Slovakia. 55.3% of nurses provide nursing care at the Anesthesiology and Critical Care unit and 46.7% in the ICU. Quantitative research was conducted through a questionnaire, which was divided into two parts. The first part consisted of categorized entries, and the second part consisted of 15 questions focusing on job objectives and hypotheses. Student's unpaired two-samples t -test was used to evaluate the collected data for the hypothesis 1 and hypothesis 2. One-sample t -test was used to evaluate the collected data for the hypothesis 3 and hypothesis 4. Analysis of research findings showed that adherence to ethical standards and principles in the provision of intensive care is difficult, related primarily to the absence of legislation in the field of patient autonomy. Professional public in coo-

peration with professional organizations and their respective sections nurses and doctors should create enough space for public discussion and create pressure to take the necessary legislative steps in the field of application of the autonomy of the patient, which would lead to improving the quality of nursing care in accordance with ethical standards and principles.

Keywords

Ethical standards and principles. Intensive care. Nurse. The patient's autonomy.

Úvod

Tak, ako dochádza k zvyšovaniu kvality poskytovanej ošetrovateľskej a medicínskej starostlivosti o pacienta v ohrození života, sa čoraz častejšie dostáva do popredia otázka kvality života pacienta po zvládnutí akútneho stavu. Vďaka pokroku v oblasti farmakológie, materiálne – technickému pokroku v oblasti intenzívnej starostlivosti, stúpa počet pacientov, ktorí tieto akútne stavy prežijú, avšak s takými zdravotnými následkami a postihnutiami, že kvalita ich života je otázna. Spolu s rozvojom ošetrovateľstva sa začalo častejšie používať aj slovné spojenie ošetrovateľská etika alebo etika v ošetrovateľstve. Slovenská legislatíva pozná pojem zdravotnícka etika a ten zahŕňa profesijnú etiku nie len sestier, ale aj ostatných zdravotní-

nych pracovníkov. Ošetrovateľská etika je teda súčasťou zdravotníckej etiky. V zahraničí je ustálený pojem „nursing ethics“. Toto slovné spojenie zahŕňa všetky problémy v oblasti ošetrovateľských aktivít a taktiež všetkých zdravotníckych pracovníkov (1). Lekárska etika a ošetrovateľská etika by mali byť vzájomne prepojené a morálne normy, morálna zodpovednosť a správanie sa jednotlivých členov zdravotníckeho tímu by malo byť vo vzájomnom súlade (1). Špecializovaná ošetrovateľská starostlivosť je súčasťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a je zameraná na vysoko odborné ošetrovateľské činnosti vo vymedzených užších špecializovaných odboroch (2). S novými možnosťami sa ale vynárajú aj nové etické problémy a to hlavne v otázkach o konci života človeka, dôstojnosti pri umieraní a uplatňovaní autonómie pacienta. Kým v niektorých vyspelých krajinách sú tieto etické otázky ošetrené legislatívne, u nás je táto téma v úzadí a neexistuje vhodná legislatíva, ktorá by zabezpečovala ochranu práv pacientov v oblasti autonómie. Rozhodovanie o postupe v liečbe zostáva na lekároch a tí by mali rozhodnúť tak, aby to bolo v prospech pacienta a v súlade s etickými normami a princípmi (3). Etické normy a princípy úzko súvisia s etickými hodnotami. Morálna norma je „nepísané pravidlo“, ktoré je platné pre určitú skupinu ľudí, jej dodržiavanie je ovplyvnené rôznymi faktormi, ako sú výchova, tradície, charakterové vlastnosti jednotlivca, jeho vierovyznanie a pod. Etické normy v ošetrovatelstve vychádzajú zo všeobecných alebo tzv. základných morálnych hodnôt, ktoré sa odvíjajú od rozoznávania medzi dobrom a zlom. Morálne hodnoty sú špecifické, pretože nás nútia konať v súlade s tým, čo cítime. Úlohou etiky je preto snažiť sa zaviesť ur-

čité postupy pri riešení morálnych problémov a zároveň umožniť človeku zachovať sa mravne a v súlade so svojimi hodnotami a povinnosťami (4). Etické princípy v ošetrovatelstve by mali patriť medzi základné znalosti zdravotníckych pracovníkov a mali by byť pre nich záväznou normou, ktorá ovplyvňuje ich profesionálne správanie k pacientom, ale aj k ostatným členom ošetrovateľského tímu (5).

Základné etické princípy v zdravotníctve

- Princíp prospešnosti (beneficencia) - konať a podporovať dobro, duševnú pohodu, robiť všetko v prospech pacienta a pomáhať mu uskutočňovať jeho prania. Môže to znamenať aj nezostať nečinným.
- Princíp nepoškodiť (non-maleficencia) - vylúčiť akékoľvek úmyselné i neúmyselné poškodenie, ublíženie alebo usmrtenie.
- Princíp autonómie - rešpektovať rozhodnutie pacienta a jeho právo na sebaurčenie, rešpektovanie jeho osobných etických zásad a jeho hodnôt a presvedčenie.
- Princíp spravodlivosti (justicia) - rovnosť v zaobchádzaní so všetkými ľuďmi, nerobiť rozdiely medzi pacientmi, poskytovať zdravotnú starostlivosť každému, kto ju potrebuje, bez rozdielu a diskriminácie.

Medzi ďalšie etické princípy patria *pravdovravnosť (veracita)* - záväzok hovoriť iným pravdu, nepoužívať klamstvo, *dôveryhodnosť* - rešpektovať dôvernú povahu informácií o pacientovi, dodržiavanie mlčanlivosti, *porozumenie a tolerancia* - pochopenie, empatia, schopnosť akceptovať iný názor, nehodnotiť a neodsudzovať pacienta za jeho rozhodnutia a názory, *rešpektovanie klienta* - oceniť iných, ich práva a zodpoved-

nosť, *transparentnosť* - konať na základe všeobecne známych etických štandardov, ktoré akceptujú všetci zainteresovaní, konečnosť (*finalita – definitívnosť*) - konať spôsobom, ktorý môže mať prioritu pred požiadavkami zákona, náboženstva a spoločenských zvyklostí (4).

Materiál a metodika

Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť skúsenosti a názory sestier na problematiku dodržiavania etických princípov a noriem u pacientov vyžadujúcich intenzívnu starostlivosť. Jednotlivé čiastkové ciele zahŕňali zmapovanie rozsahu vedomostí sestier o danej problematike, zistiť ich názory a postoje, zistiť faktory a prekážky, ktoré ovplyvňujú dodržiavanie etických noriem a princípov, ale aj zapojenie príbuzných a sestier do rozhodovacích procesov pri zmene intenzívnej liečby a liečbu paliatívnu.

Výskumný súbor tvorilo 122 respondentov. Výber súboru respondentov bol zámerný. Dotazník bol určený pre sestry pracujúce na Jednotkách intenzívnej starostlivosti a Oddeleniach anestéziológie a intenzívnej medicíny v Slovenskej republike. Anonymný dotazník bol distribuovaný jednotlivým sestram výlučne prostredníctvom odkazu (linku) na elektronický internetový dotazník Survio vlastnej konštrukcie. Odkaz (link) bol rozposlaný súkromnou emailovou poštou a súkromnou poštou prostredníctvom sociálnej siete Facebook a skupiny Občianske združenie pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek. Zber údajov prebiehal od februára do apríla 2016. Zozbierané údaje z dotazníkov boli štatisticky spracované a vyhodnotené pomocou Studentovho t – testu. Hypotéza 1 nepárovým dvojitým výberovým t – testom a hypotézy 2-4 jednovýberovým t – testom.

Výsledky

Z kategorizačných položiek vyplýva, že najpočetnejšiu skupinu respondentov (63,1%) tvorili sestry vo veku 30-50 rokov. Špecializačné štúdium ukončilo 61,5% sestier, 55,7% sestier ukončilo vysokoškolské vzdelanie I. stupňa, 33,6% respondentov malo ukončené vysokoškolské štúdium II. stupňa a 10,7% respondentov má ukončené stredoškolské štúdium s maturitou.

Vo výskume boli stanovené a testované štyri hypotézy (H).

H1 Predpokladáme, že sestry s vysokoškolským vzdelaním budú mať lepšie vedomosti o etických normách a princípoch ako sestry so stredoškolským vzdelaním.

H1 sa potvrdila, z dotazníka získaných dát sme štatisticky vyhodnotili, že sestry s vysokoškolským vzdelaním majú významne vyššie vedomosti o etických normách a princípoch ako sestry s dosiahnutým nižším vzdelaním ($p = 0.019$, Cohen $d=0.586$).

H2 Predpokladáme, že sestry vyjadria prevažne taký názor, že dodržiavanie etických noriem a princípov pri poskytovaní intenzívnej starostlivosti, je sťažené v oblasti autonómie, poskytovania informácií, komunikácie.

Táto hypotéza sa potvrdila. Zo zozbieraných dát a ich štatistickým vyhodnotením sme zistili, že úroveň dodržiavania etických noriem a princípov sú v tejto oblasti signifikantne nižšie než 50% ($p < 0.001$, Glass $d=0.383$). Len tretina (36,9%) sestier sa vyjadrila, že pokiaľ svoju vôľu pacient vyjadrí aj pred svedkami (príbuzní, zdravotnícki pracovníci), jeho pranie je rešpektované a zadokumentované. Z týchto výsledkov vyplýva, že autonómia pacienta, jeho vôľa a právo rozhodnúť o sebe nie je rešpektované.

H3 Predpokladáme, že sestry boli konfrontované so situáciou, keď sa nové postupy v intenzívnej liečbe a technické možnosti dostali do predia pred etickým prístupom k pacientovi.

Hypotéza 3 sa potvrdila. Úroveň etického prístupu uvádzaná sestrami je signifikantne nižšia než 50% ($p < 0.001$, Glass $d=0.604$). S využitím všetkých dostupných technických a liečebných postupov aj u pacientov s nepriaznivou prognózou alebo pacientov v terminálnom štádiu sa počas svojej praxe veľmi často stretlo 11,5% sestier, často 29,5% sestier, občas 39,3% sestier, niekedy 17,2% sestier a nikdy 2,5% sestier.

H4 Predpokladáme, že sestry a príbuzní nekompetentných pacientov vyžadujúcich intenzívnu starostlivosť, nie sú zapojení do rozhodovacích procesov pri zmene intenzívnej liečby na liečbu paliatívnu.

Hypotéza 4 sa potvrdila. Predpoklad, že sestry a príbuzní nie sú zapojení do rozhodovacích procesov ohľadom starostlivosti o pacienta bol správny. Zapojenie sestier do rozhodovania je signifikantne menšie než 50% ($p < 0.001$, Glass $d=0.822$). Zapojenie príbuzných nie je významne nižšie než 50%. Až 58,2% sestier uviedlo, že na ich pracovisku sú príbuzní nekompetentného pacienta zapojení do rozhodovacích procesov, ale konečné rozhodnutie je na lekároch, 23% sestier sa vyjadrilo, že do rozhodovacích procesov sú zapojené len sestry s dlhšou praxou, 21,3% odpovedalo, že sú zapojené len sestry vo vedúcich funkciách a len 4,1% sestier si myslí, že do rozhodovania sú zapojení všetci zdravotnícki pracovníci.

Diskusia

Z nášho výskumu vyplýva, že väčšina respondentov (62,1%) poznalo základné etické normy a princípy, čo nekorešponduje s výsledkami

výskumu Křivkovej (4, s.46) z Čiech, ktorá naopak vyslovuje názor, že: „Respondenti neznajú základní principy moderné etiky v zdravotníctví“. „Je patrné, že respondenti byli seznámeni v průběhu svého studia či praxe s etickými kódexy a pociťují při péči o pacienta etické problémy, avšak etiku chápou jako obecnou, těžko uchopitelnou teorii, která neříká nic konkrétního.“ Výskumom sme zistili že 20,5% sestier nepozná a 40,2% si myslí, že etický kódex sestier nie je v Slovenskej republike súčasťou legislatívy. O tom, že Slovenská spoločnosť anesteziológie a intenzívnej medicíny vydala v roku 2014 Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na liečbu paliatívnu, nemalo vedomosť až 57,4% sestier a 18% odpovedalo, že sa nevedia k spomínanej otázke vyjadriť. Pritom tieto odporúčania veľmi úzko súvisia s dodržiavaním etických noriem a princípov, ako sa totiž v prijatom dokumente píše: „Cieľom tohto dokumentu je formulovať postup pri rozhodovaní o zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u terminálnych pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať, klásť dôraz na ochranu ľudskej dôstojnosti terminálneho pacienta a v maximálnej možnej miere odstrániť jeho fyzické a psychické utrpenie. Zabezpečiť čo najviac informácií o dokumentovanom alebo predpokladanom vyjadrení vôle terminálneho pacienta, ktorý svoju vôľu aktuálne nie je schopný vyjadriť. Etické dilemy pri intenzívnej starostlivosti riešiť predovšetkým v záujme terminálneho pacienta a s prihliadnutím na okolnosti vychádzať v ústrety pacientovej vôle“(6, s. 1).

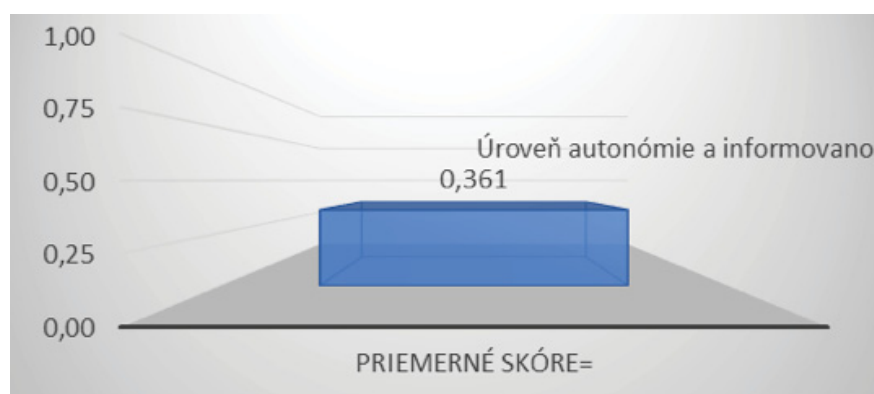
Etické dilemy pri poskytovaní intenzívnej starostlivosti vznikajú najmä v oblasti uplatňovania a rešpektovania autonómie pacienta. Súvisí to s kritickým stavom pacienta, poruchou vedomia, poruchou hybnosti

alebo neschopnosti verbálnej komunikácie, ale aj s tým, že na Slovensku nie je autonómia legislatívne ošetrovaná a neexistuje možnosť vyjadriť svoju vôľu počas života tak, aby bola právne záväzná a dodržaná zdravotníckymi pracovníkmi. Jediná legislatívna možnosť ako vyjadriť svoju vôľu, je informovaný súhlas alebo nesúhlas pacienta, zároveň je pacient týmto spôsobom zahrnutý do rozhodovacích procesov o zdravotnej starostlivosti, ktorá mu bude poskytovaná. Rozhodnutiu pacienta musí predchádzať dôsledné poučenie a informovanie pacienta, ktoré je zakotvené v zákone 576/2004 Z. Z., § 6. Súhlasíme s vyjadrením Mačeka, že každé rozhodnutie človeka je výsledkom správnych informácií a osobného postoja (3). Ako tvrdí Parižková (2, s. 19): „Uplatnění principu autonomie, t.j. respekt k rozhodnutí nemocného (pokud je takového rozhodnutí schopen) by mělo být za všech okolností preferováno, u nemocných v intenzivní péči je však možnost využití tohoto principu výrazně omezena.“ Nedostatočné poskytovanie poučenia a informovanie pacienta sa nám potvrdilo v Hypotéze 2, kde sa sestry vyjadrili, že dodržiavanie etických noriem a princípov je sťažené a nedostatočné v oblasti poskytovania informácií a autonómie. Tieto výsledky korešpondujú s výsledkami výskumu Křivkovej, kde 30,2% sestier považovalo za najčastejší etický problém s ktorým sa stretávajú, informovanie pacienta s poruchou vedomia, 23,1% respondentov považuje za najzávažnejší etický problém zachovanie ľudskej dôstojnosti (4).

Jednou z ďalších oblastí, ktorou sme sa zaoberali a ktorá spadá do etických noriem a princípov, je princíp prospešnosti, ale aj zachovanie dôstojnosti pacienta. Pri overovaní Hypotézy 3, ktorá sa potvrdila,

priemerné skóre	0,361
odchýlka	0,364
počet	122
Test	
t	-4,23
p	0,000
Veľkosť efektu	0,383

Tab. 1 Úroveň autonómie a informovanosti



Graf 1 Úroveň autonómie a informovanosti

priemerné skóre	0,361
odchýlka	0,364
počet	122
Test	
t	-4,23
p	0,000
Veľkosť efektu	0,383

Tab. 2 Úroveň etického prístupu

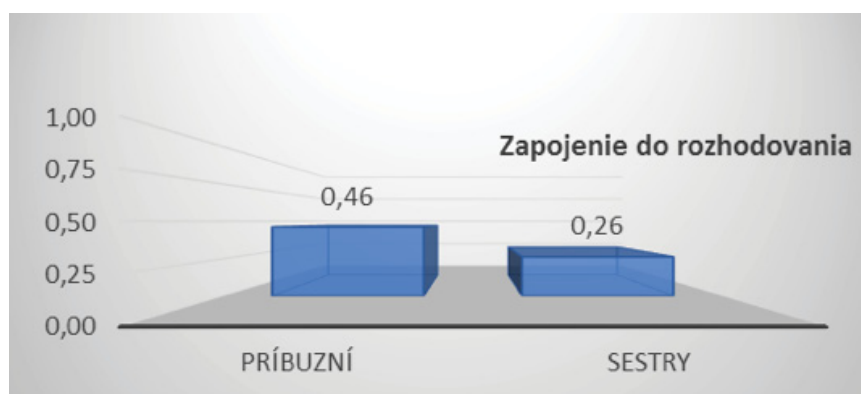


Graf 2 Úroveň etického prístupu

sme zistili, že dochádza k situáciám, keď etický prístup k pacientovi zostáva v úzadí a do popredia sa dostáva využitie všetkých liečebných a technických možností aj u pacientov s nepriaznivou prognózou. Z výsledkov dotazníka vyplýva, že sestry sú konfrontované s týmito situáciami, ktoré vedú k predĺžovaniu umierania pacienta a považujú to za zásah do jeho dôstojnosti. Súhlasíme s tým, že poskytovaná starostlivosť nie je v súlade s princípom prospešnosti (beneficie), touto témou sa zaoberá vo svojej knihe aj Maček, podľa ktorého: „Hranica pre lekárov je stanovená profesionálne, je daná medicínsky a ľudsky. Medicínsky vykonať pre pacienta všetko, čo je možné a zmysluplné. Strach lekárov z právnych postihov, agresívnych príbuzných a médií posúva túto hranicu v rámci pudu sebazáchovy často ešte ďalej, do úrovne alibizmu, medicíny bez zmyslu, liečebného cieľa a predĺžovania utrpenia. Ľudsky stanovená hranica síce existuje, ale koho už u nás v čase nadradenosti zákonov a pravidiel nad zdravým rozumom zaujíma ľudskosť“ (3, s.10). Výsledky nášho výskumu sú v súlade so zisteniami Pařízkovej, ktorá vo svojej práci píše: „Ve vlastní praxi se s vysazením léčby v naší studii setkalo pouze polovina dotázaných, což odpovídá i stavu klinické praxe na odděleních ARO/JIP vyjádřené jednodenní studií ... Takto nízký počet lékařů, kteří se s postupy omezené terapie na ARO/JIP setkali oproti narůstajícím číslům z ostatních evropských zemí či USA, lze vysvětlit s největší pravděpodobností nízkou edukací v této oblasti, nutností změny dosud uznávané „filosofie intenzivní medicíny“ i veřejnosti „léčit všechny za všech okolností všemi prostředky“ spolu s obavami nad převzetím zodpovědnosti za takto závažné rozhodnutí“ (2, s. 261). Oproti ostat-

Zapojenie do rozhodovania	Príbuzní	Sestry	
priemerné skóre	0,46	0,26	
odchýlka	0,32	0,29	
počet	122	122	
Test	Zapojenie príbuzných	Zapojenie sestier	
t	-1,26	-9,08	
p	0,104	0,000	
Veľkosť efektu	-	0,822	
Pomocný výpočet			
1	0,000	0,025	TRUE
2	0,104	0,05	FALSE

Tab. 3 Zapojenie príbuzných a sestier do rozhodovania



Graf 3 Zapojenie príbuzných a sestier do rozhodovania

ným európskym krajinám, kde 38% pacientov, ktorí zomreli, mali ordinované buď nerozširovanie liečby, alebo bola liečba vysadená (2). V USA lekári až v 80% ordinovali vysadenie liečby (2). Podobné výsledky zistila vo svojom výskume Křivková, kde zachovanie ľudskej dôstojnosti u pacientov dlhodobo hospitalizovaných na OAIM alebo JIS považuje za druhý najzávažnejší etický problém 24,5% sestier, hneď za problémom poskytovania informácií pacientom s poruchou vedomia (4). **Hypotéza 4**, ktorá zisťovala zapojenie sestier príbuzných pacientov do rozhodovacích procesov sa potvrdila a teda preukázala, že sestry nie sú zapojené do rozhodovacích

procesov v rámci zdravotníckeho tímu. Až 51,6% sestier sa vyjadrilo, že rozhodnutie o zmene intenzívnej liečby a na liečbu paliatívnu je výlučne na lekároch. Vo Francúzku sú sestry zapojené do rozhodovacích procesov v 54% a vo Veľkej Británii až v 85%. Približne rovnaká situácia ako u nás je v Taliansku, kde sú sestry do rozhodovacích procesov zapojené len v 12% a v Španielsku a Portugalsku nie sú zapojené vôbec, ale o obmedzení liečby sú informované (5). Podľa výsledkov štúdie Ethicus study v severných krajinách je súčasťou rozhodovacích procesov až 95,8%, v strednej Európe 70,2% a v južných krajinách len 60,7% sestier (7). Rodinní príslušníci

sú podľa nášho výskumu častejšie zapojení do rozhodovacích procesov oproti sestram, ale napriek tomu z výsledkov vyplýva, že len v 17,2% je ich pranie rešpektované a v 58,2% sestier uviedlo, že príbuzní sú zapojení, ale konečné rozhodnutie je na lekároch. Podľa Pařízkovej pri nezhode názorov na liečbu medzi lekármi a príbuznými jedna tretina lekárov rešpektuje pranie rodiny, jedna tretina toto pranie nerešpektuje a posledná tretina ich rešpektuje čiastočne (2). V Yapovej štúdií v 62% pri nesúhlase rodiny s názorom lekára sa pristupuje len k obmedzeniu liečby a v 9% sa názor rodiny nerešpektuje (8). V milánskej štúdií v 60,8% sa rešpektuje pranie rodiny a len v 4,3% nie je pranie rodiny rešpektované (9).

Záver

Dodržiavanie etických noriem a princípov je aktuálna téma, ktorou sa čoraz častejšie začína zaoberať aj odborná verejnosť. S pokrokom, ktorý sa týka aj medicíny, sa neustále posúvajú hranice a možnosti, ako udržať pacienta pri živote, ale pacient by mal mať možnosť rozhodnúť, kde sú jeho vlastné hranice, čo je pre neho ešte prijateľné a čo už nie. Pri poskytovaní intenzívnej starostlivosti, keď je vyjadrenie pacienta k danej situácii nemožné alebo výrazne obmedzené, by pri dodržiavaní etických noriem a princípov výrazne pomohlo, keby sme poznali vôľu pacienta, či už by ju písomne vyjadril sám, alebo by poveril osobu, ktorá by bola oprávnená rozhodovať za neho v súlade s jeho vôľou. Legislatívne ošetrenie tejto problematiky, podľa vzoru iných krajín EÚ by výrazne posilnilo pozíciu pacienta a odbremenilo zdravotníckych pracovníkov od etických dilem a morálneho distresu, ktoré vznikajú pri intenzívnej starostlivosti. Týmto výskumom bolo preukázané, že sú

prítomné značné rezervy v dodržiavaní etických noriem a princípov vo viacerých oblastiach, ako sú autonómia pacienta, nedostatočná komunikácia a informovanosť pacienta a príbuzných, zachovanie dôstojnosti pacienta. Ak chceme poskytovať kvalitnú starostlivosť musíme sa zaoberať pacientom aj v kontexte s etickými princípmi.

Zdroje

1. BILASOVÁ, V. a kol. 2008. Etika a medicína. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej Univerzity. 2008. 58 s. ISBN 978-80-8068-809-7.
2. PAŘÍZKOVÁ, R. 2008. Rozhodovací procesy a kvalita života u nemocných v intenzívnej péči. *Dizertačná práca*. Plzeň: LFP UK, 2008. 48 s.
3. MAČEK, B. 2014. Konečná stanica, vystupovať! Vyd.: [Bratislav Maček](#), 2014. 60 s. ISBN: 9788097168629.
4. KŘIVKOVÁ, J. 2013. Etické otázky ošetrovateľskej péče u pacientů na dlhodobé umělé plicní ventilaci. *Diplomová práca*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. [online]. 2013. [citované 10.2.2016]. Dostupné na: https://theses.cz/id/1rzlqj/Kivkov_diplomov_prce.pdf.
5. WUNCH, H., HARRISON, D.A., HARVEY, S., ROWAN, K. 2005. End-of-lifedecisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. *Intensive Care Medicine*. 2005, 31, p. 823-831. ISSN: 0342-4642.
6. ODPORÚČANIE POSTUPU PRI ZMENE INTENZÍVNEJ LIEČBY NA PALIATÍVNU LIEČBU A STAROSTLIVOSŤ U DOSPELÝCH PACIENTOV, KTORÍ NIE SÚ SCHOPNÍ O SEBE ROZHODOVAŤ V TERMINÁLNEJ FÁZE

OCHORENIA. 2014. [online]. 2014. [citované 10.2.2016]. Dostupné na: http://www.ssaim.sk/documents/EoL-AIM_2014.pdf.

7. BENBENISHTY, J., GANZ, F.D., LIPPET, A., BULOW, H.H., WENBERG, E., HENDERSON, B., SVANTESSON, M., BARAS, M., PHELAN, D., MAIA, P., SPRUNG, C.L. 2006. Nurse involvement in end-of-life decision-making: the ETHICUS study. *Intensive Care Medicine*. 2006, 32, p. 129-132. ISSN: 0342-4642.
8. YAP, H.Y. 2004. *Ethical attitudes of intensivists in Hong Kong: questionnaire survey*. In: Hong Kong Med J, 2004. 10 (4), p. 244-250. ISSN: 1024-2708
9. GIANNINI, A., PESSINA, A., TACCHI, E.M. 2003. End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting. *Intensive Care Medicine*. 2003. 29 (11), p. 1902-10. ISSN: 0342-4642.

Kontakt na autorov

Mgr. Ivana Ondřejková

ivanaondrejkov@gmail.com

PhDr. Helena Gondárová -

- Vyhničková, dipl. s.

helenagondar1@centrum.sk

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny

Ústredná vojenská nemocnica

Ružomberok SNP

Fakultná nemocnica

VIERA KORMANÍKOVÁ, MÁRIA PČOLKOVÁ

Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny, Ľubovnianska nemocnica n. o, Stará Ľubovňa

Abstrakt

Pacient sa z rôznych príčin dostane na oddelenie intenzívnej starostlivosti. Vo väčšine prípadov mu je poskytovaná aj umelá pľúcna ventilácia. Po zvládnutí obdobia, kedy pacient nie je schopný sám dýchať prichádza obdobie, kedy treba pacienta odvykať od umelej pľúcnej ventilácie. Aj toto obdobie je náročné – nielen pre pacienta ale i ošetrojúci personál. Prinášame naše skúsenosti s odvykaním pacienta od dýchacieho prístroja.

Kľúčové slová

Umelá pľúcna ventilácia. Pacient. Odvykanie.

Abstract

For patients are many reason to receive intensive care. In most cases there is also used mechanical ventilation. After period when the patient is unable to breathe by himself, coming weaning patients from mechanical ventilation. And this period is difficult - not only for the patient but also for the nursing staff. We would like to present our experience with weaning patients from mechanical ventilation.

Keywords

Mechanical ventilation. Intensive care. Weaning from mechanical ventilation.

Umelá pľúcna ventilácia (UPV) je mechanický spôsob dýchania, ktorý umožňuje pomocou ventilátora podporiť alebo nahradiť spontánne dýchanie pacienta. Cieľom UPV je podpora výmeny dýchacích plynov v pľúcach, zníženie práce dýchacích

svalov, ovplyvnenie dychových objemov pľúc, zvládnutie hypoxémie, dychovej tiesne a respiračnej acidózy. Problematikou UPV je i odvykanie pacienta od ventilátora, ktorá tvorí u niektorých pacientov až 40% celkovej doby UPV. Predlžovanie ventilačnej podpory ohrozuje pacienta radou komplikácií, ale i predlžovaním pobytu na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny (OAIM). Pri odvykaní od ventilátora má nezastupiteľné miesto rehabilitácia (1, 2).

Odvykanie od ventilátora:

- Dôležitá je dobrá komunikácia v rámci multidisciplinárneho tímu, ktorý zahŕňa lekárov, fyzioterapeutov a sestry.
- Po komplexnom fyzioterapeutickom vyšetrení tím vypracuje rehabilitačný plán.
- Počas rehabilitácie sledujeme základné životné funkcie pacienta - EKG zmeny, krvný tlak (TK), počet pulzov (P), hodnoty saturácie kyslíkom (SatO₂), vzostup telesnej teploty (TT), počet dychov (D), minútový objem (MV) a hodnotíme charakter dýchania.
- Ďalej sledujeme celkový stav pacienta, ako je únava, psychika, zmätenosť, farba kože a prekrvenie akrálnych častí tela. Všetko zaznamenávame do *Zdravotného záznamu pre OAIM a JIS*. Medzi akceptovateľné parametre zahŕňame srdcovú frekvenciu nižšiu ako 110/min v pokoji, stredný arteriálny tlak krvi medzi 60 a 110 mmHg a podiel vdychovaného kyslíka menší ako 0,6 (1).

Pomocou respiračnej fyzioterapie (RFT) môžeme zlepšiť dýchanie, aktivovať dýchacie svaly, navodzovať správny dychový stereotyp, ovplyvňovať ventilačné parametre, zvyšovať pružnosť hrudníka, predchádzať zápalom dýchacích ciest, vykonávať nácvik efektívneho kašľa... (1).

Kritériá, pri ktorých sa ustupuje od rehabilitácie:

- Hypoxémia s opakovanou desaturáciou pod 88%, alebo ak sa u pacienta objavia ťažkosti s dýchaním.
- Hypotenzia (pokles systolického krvného tlaku o viac ako 10 mmHg oproti východiskovému stavu) alebo pri hypertenznej reakcii na cvičenie (ak má systolický krvný tlak hodnoty vyššie ako 250 mmHg a diastolický krvný tlak vyšší ako 115 mmHg).
- Komorové tachykardie - arytmie iné ako trvalé komorové tachykardie, supraventrikulárne tachykardie, alebo bradyarytmie (1, 3).

Spolupráca sestry a fyzioterapeuta:

- Sestra podľa potreby pred samotnou rehabilitáciou odsaje hlien z dýchacích ciest pacienta.
- V spolupráci s asistentom a fyzioterapeutom uloží pacienta do požadovanej polohy.
- Skontroluje správnosť naloženia monitorovacích EKG elektród.
- Na požiadanie fyzioterapeuta upraví polohu monitora a ventilátora.
- Spolupracuje s fyzioterapeutom.
- Po ukončení rehabilitácie ponechá pacienta vo vodorovnej polohe počas doby, ktorú určí fyzioterapeut (3, 4).



Obr. 1 Pacient na UPV pred zahájením dychovej rehabilitácie
(Zdroj: autori)



Obr. 2 Pomocou respiračnej fyzioterapie (RFT) môžeme zlepšiť dýchanie, aktivovať dýchacie svaly, navodzovať správny dychový stereotyp, ovplyvňovať ventilačné parametre, zvyšovať pružnosť hrudníka, predchádzať zápalom dýchacích ciest, vykonávať nácvik efektívneho kašľa.
(Zdroj: autori)

Kazuistika

Základné údaje o pacientovi: 69 - ročný pacient, vdovec, žijúci sám, sledovaný pneumológom pre chronickú obštrukčnú pľúcnu chorobu (CHOPCH) gold III-IV, echokardiografia (ECHO): trikuspidálna regurgitácia III. stupňa s ťažkou pľúcnou hypertenziou. Pacient preložený z Jednotky intenzívnej starostlivosti (JIS) interného oddelenia pre respiračné zlyhanie po akútnej exacerbácii CHOPCH. Stav zvládnutý neinvazívnou ventiláciou (NIV), po piatich dňoch preložený na špecializované pracovisko vo Vyšných Hágoch na doriešenie stavu. Ďalšia (druhá) hospitalizácia na našom pracovisku - po preložení pacienta z Národného ústavu tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy, kde bol hospitalizovaný sedem dní s neistou prognózou pri ťažkom poškodení pľúc za účelom weaningu (odstavenia) od UPV.

Pri prijatí: pacient s tracheostómiou, poruchou vedomia, napojený na podporujúcu ventiláciu. Inspiračný tlak (Pin): 22 cm H₂O, pozitívny endexpiračný tlak (PEEP): 8 cm H₂O, frakcia kyslíka (FiO₂): 0,5.

Vitálne funkcie: tlak krvi (TK): 100/60 mmHg, pulz (P): 96/min, dych (D): 22/min, saturácia periférnej krvi kyslíkom (SpO₂): 89%, telesná teplota (TT): 35.6 0C.

Laboratórny nález v acidobazickej rovnováhe (ABR): Parciálny tlak oxidu uhličitého (pCO₂): 10,56 kPa, parciálny tlak kyslíka (pO₂): 6,8 kPa.

Liečba: bez katecholamínovej podpory, pokračujeme v analgosedácii, nastavenej antibiotickej (ATB) a antimykotickej liečbe.

Prioritné sesterské diagnózy:

D 122 Neschopnosť udržiavania spontánneho dýchania

D 121 Neúčinné čistenie dýchacích ciest

D 124 Riziko hypoxie

I 121 Riziko vzniku infekcie

2. deň: Znížená dávka analgosedácie,

UPV: režim Pressure support (PS) s inspiračným tlakom (Pinsp): 30 cm H₂O,

PEEP: 8 cm H₂O, FiO₂: 0,4.

Vitálne funkcie: TK: 140/80 mmHg, P: 110/min, TT: 36.5 0C, D: 28/min, SpO₂: 90%.

Privolaný konziliárny lekár z oddelenia fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie (FBLR), ktorý indikoval pasívne cvičenie a reflexnú dychovú rehabilitáciu.

Následne zahájená dychová rehabilitácia Vojtovou metódou s aktívnou odpoveďou pacienta.

Počas cvičenia dochádza k vzostupu SpO₂ až na 97 %, zníženiu hyperventilácie (20/min), zvýšeniu dychových objemov.

Laboratórny nález: v ABR z arteriálnej krvi: p CO₂: 10,73; p O₂: 12,58.

Následne tri dni je pacient na podpornej ventilácii s postupným znižovaním Pinsp až na 8 cm H₂O, FiO₂: 0,35, PEEP: 8 cm H₂O.

6. deň: zmena režimu na spontánne dýchanie s tlakovou podporou (Spont PA) – tlaková podpora (PA): 30% .

8. deň: pacient prevedený na spontánnu ventiláciu počas RDT a v priebehu dňa (na 3 hodiny). Aplikácia zvlhčeného a ohriateho O₂: 2 l/min. cez hydro – trach II HME.

9. – 10. deň: u pacienta počas dňa predlžujeme čas spontánnej ventilácie, zaraďujeme vertikalizáciu pacienta. V nočných hodinách je potrebná UPV: tlaková podpora (PA).

Od 11. dňa RDT pacient dýcha spontánne bez pomoci ventilátora, nedesaturuje, subjektívne sa cíti dobre.

Po štyroch dňoch úplného spontánneho dýchania preložený v stabilizovanom stave na JIS interného oddelenia.

V súčasnosti pacient žije sám, je sebestačný, bez sociálnej izolácie, o čom sa pravidelne presvedčame pri výmene tracheostomickej kanyly.

Záver

Netvrdíme že táto metóda je univerzálna, no naše viac ako 10 ročné skúsenosti úzkej spolupráce z FBLR priniesli už mnohé pozitívne výsledky.

Zdroje

1. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. 2003. *Intenzivní medicína*. Galén, Praha 2003. ISBN 80-7262-203-X.
2. LARSEN, R. et al. 1998. *Anestézie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 936 s. ISBN 80-7169-179-8.
3. WEANING FROM MECHANICAL VENTILATION [online]. 2015. [cit. 02-06-2016]. Dostupné na: <http://lifeinthefastlane.com/cc/weaning-from-mechanical-ventilation/>
4. KONTROVÁ, L. et al. 2005. *Štandardy v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-198-0.

Kontakt na autorov

Mgr. Viera Kormaniková

vierkakor@gmail.com

PhDr. Mária Pčolková, dipl. s.

Oddelenie anestéziológie

a intenzívnej medicíny

Ľubovnianska nemocnica n. o.

Stará Ľubovňa

ANDREA BRATOVÁ¹, ADRIANA BENKOVÁ²

¹ Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

² Univerzitná nemocnica s poliklinikou Milosrdní bratia, Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny, Bratislava

Abstrakt

Hlavným cieľom prieskumu našej práce bolo overiť informovanosť geriatrických pacientov o anestézii, ich spokojnosť s prístupom zdravotníckeho personálu a zistiť vplyv rodiny na ich psychickú pohodu. Potrebné informácie sme získali dotazníkom vlastnej konštrukcie. Našimi respondentmi boli pacienti v seniorskom veku hospitalizovaní za účelom podstúpenia niektorého druhu anestézie na Gynekologicko-pôrodnicej a Chirurgickej klinike Fakultnej nemocnice Trnava. Prieskumnú vzorku tvorilo spolu 40 respondentov. Z výsledkov nášho prieskumu vyplýva, že 65% respondentov je spokojných s množstvom informácií, ktoré im boli poskytnuté a 87,5% ich pokladá za zrozumiteľné. Pozitívnu skúsenosť s komunikáciou medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom malo 50% a neutrálnu 37,5% respondentov. Získané informácie mali na pacientov prevažne upokojujúci vplyv (55% respondentov), ale u niektorých aj zvýšili strach (15% respondentov). Naším prieskumom sme zistili, že rodina zohráva veľkú úlohu na psychickú pohodu seniorov počas hospitalizácie. Až 85% respondentov uviedlo, že podpora zo strany rodiny u nich zmiernila obavy z podstúpenia anestézie. Z našej práce vyplýva, že informácie o anestézii sú pre väčšinu pacientov dôležité a rovnako dôležitý je pre nich aj prístup zdravotníckych pracovníkov, ktorí im tieto informácie podávajú a nemenej dôležitá je pre nich aj psychická podpora zo strany rodiny.

Kľúčové slová

Geriatrický pacient. Anestézia.

Informovanosť. Podpora. Spokojnosť. Ošetrovateľská starostlivosť.

Abstract

The main course of the survey of our thesis was to validate geriatric patients awareness of anaesthesia, their satisfaction with attitude of medical personnel and to determine the impact of their families on their mental comfort. Necessary informations were obtained by a questionnaire of our own construction. Our respondents were patients in senior age hospitalized in order to undergo a certain type of anaesthesia on Gynaecologic-obstetric and Surgical clinic of University hospital in Trnava. Survey sample was made of 40 respondents. From survey results 65% of respondents were satisfied with the amount of information that had been given to them and 87,5 % of them considers them to be clear. Positive experience with communication between medical employee and patient had 50% and neutral 37,5 % of respondents. Obtained data had mostly calming influence on patients (55% of respondents), however in some of them it aroused feelings of fear (15% of respondents). Through our survey we determined that family has a great impact on seniors' mental well-being during hospitalization. 85% of respondents stated that support from their families reduced their worries of undergoing anaesthesia. In conclusion, our research shows that information about anaesthesia are for the most of the patients just as important as the attitude of medical employees, who provide them with these informations and psychological support from family is equally important for them.

Key words

Geriatric patient. Anaesthesia. Awareness. Support. Satisfaction. Nursing care.

Úvod

Starnutie populácie je jav, ktorému sa nemožno vyhnúť a nepostihuje len Slovensko ale je celosvetovým problémom. S narastajúcou dĺžkou života populácie sú kladené aj väčšie nároky na zdravotnú starostlivosť. Vďaka neustálym pokrokom v medicíne vek už nie je kontraindikáciou pre mnohé výkony, ako tomu bolo v minulosti. Každoročne sa zlepšuje technické a priestorové vybavenie zdravotníckych zariadení, prichádzajú nové metódy a trendy v lekárskej ako aj ošetrovateľskej starostlivosti a vďaka tomu stúpa kvalita starostlivosti o geriatrických pacientov (1). Anestéziológia je relatívne nový medicínsky odbor, nakoľko najväčší rozmach bol zaznamenaný až v druhej polovici 19. storočia. Odvtedy vývoj neustále napreduje a zdokonaľuje sa (2). Anestézia prináša pre seniorov omnoho vyššie riziko morbidity aj mortality ako pre mladších pacientov. V spojení s operačným výkonom predstavuje pre organizmus extrémnu záťaž a preto je dôležité všetky postupy prispôbiť fyziologickým zmenám, ktoré sa vyskytujú u pacientov vo vyššom veku. Ak nejde o akútny výkon, je dôležité pokúsiť sa zlepšiť celkový stav seniorov počas predoperačnej prípravy a tým znížiť operačné riziko (3). Po absolvovaní operácie sú geriatrickí pacienti často prijatí na jednotku intenzívnej starostlivosti alebo, ak je ich stav vážny, aj na kliniku anestéziológie a intenzívnej starostlivosti. Po stabilizácii ich

stavu sú zväčša preložený na bežné oddelenie. Veľkú úlohu v starostlivosti o pacienta po operácii zohráva práve sestra (4).

Metodika

Našu prieskumnú vzorku tvorilo 40 geriatrických pacientov vo veku 65 rokov a viac, ktorí boli hospitalizovaní na gynekologicko-pôrodníckej alebo chirurgickej klinike vo FN Trnava za účelom podstúpenia niektorého druhu anestézie a boli ochotní odpovedať na naše otázky. Výsledky z oboch kliník sme vyhodnotili a navzájom porovnali. Pacienti, ktorí odmietli odpovedať na otázky v našom dotazníku boli vyradení z prieskumnej vzorky. Limitom nášho prieskumu bol nedostatok respondentov pre pozastavenú činnosť operačných sál z dôvodu nedostatku personálu na gynekologicko-pôrodníckej klinike. Pomocou dotazníka vlastnej konštrukcie sme získali potrebné empirické údaje. Náš dotazník pozostával z 18 otázok a demografických údajov, vďaka ktorým sme boli schopní zodpovedať nami určené ciele prieskumu. Dotazníkové položky boli väčšinou uzatvoreného typu, kde si pacienti mohli vyberať z viacerých možností. Pacientov sme upozornili, že dotazník je anonymný a nami získané údaje budú použité len na prieskumné účely našej práce. Cieľom našej práce bolo priblížiť

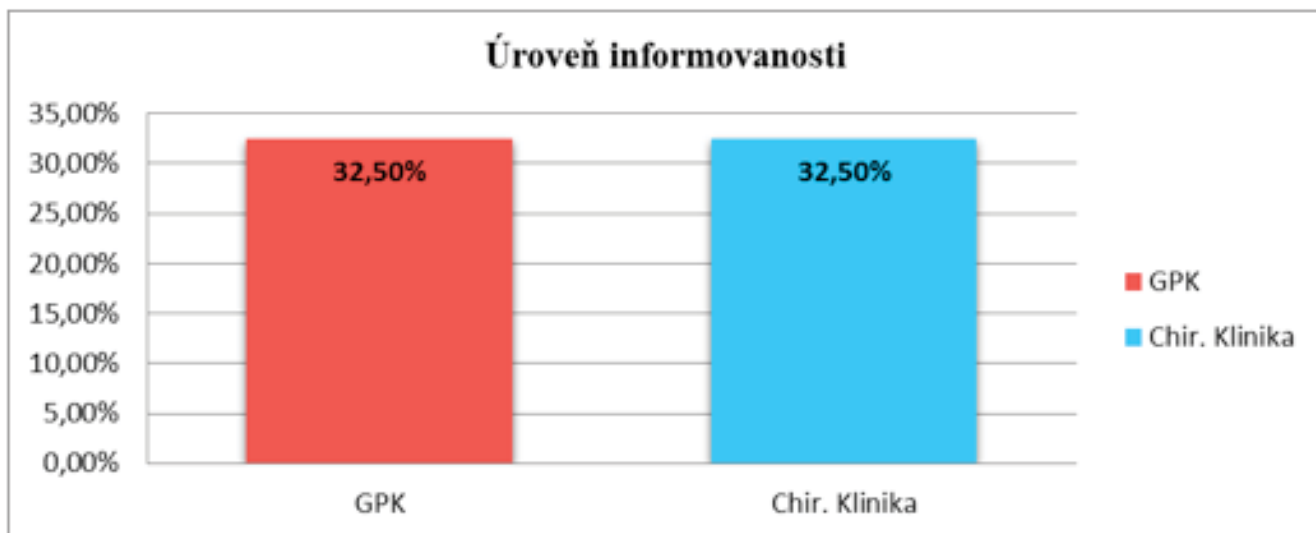
problematiku geriatrických pacientov a anestézie. Hlavným cieľom prieskumu bolo overiť informovanosť geriatrických pacientov o anestézii. Na dosiahnutie odpovede na hlavný cieľ nášho prieskumu sme si stanovili štyri čiastkové ciele. Ku každému z cieľov sme si stanovili jednu prieskumnú otázku. Snažili sme sa zistiť úroveň informovanosti geriatrických pacientov o anestézii, vplyv získaných informácií na celkový stav pacientov, vplyv zdravotníckych pracovníkov na ich informovanosť a vplyv rodinných príslušníkov na ich psychickú pohodu. Výber súboru respondentov bol zámerný a cieleň, s každým respondentom, ktorý súhlasil s vyplnením dotazníka, sme ho vyplňali osobne. Súbor tvorili geriatrickí pacienti hospitalizovaní na gynekologicko-pôrodníckej a chirurgickej klinike Fakultnej nemocnice v Trnave. Ďalšou podmienkou na zaradenie do výskumnej vzorky bolo podstúpenie niektorého druhu anestézie počas hospitalizácie. Celkový súbor respondentov tvorilo $n = 40$ (100%) respondentov, z toho bolo $n = 20$ (50%) respondentov z gynekologicko-pôrodníckej a $n = 20$ (50%) respondentov z chirurgickej kliniky FN Trnava.

Diskusia

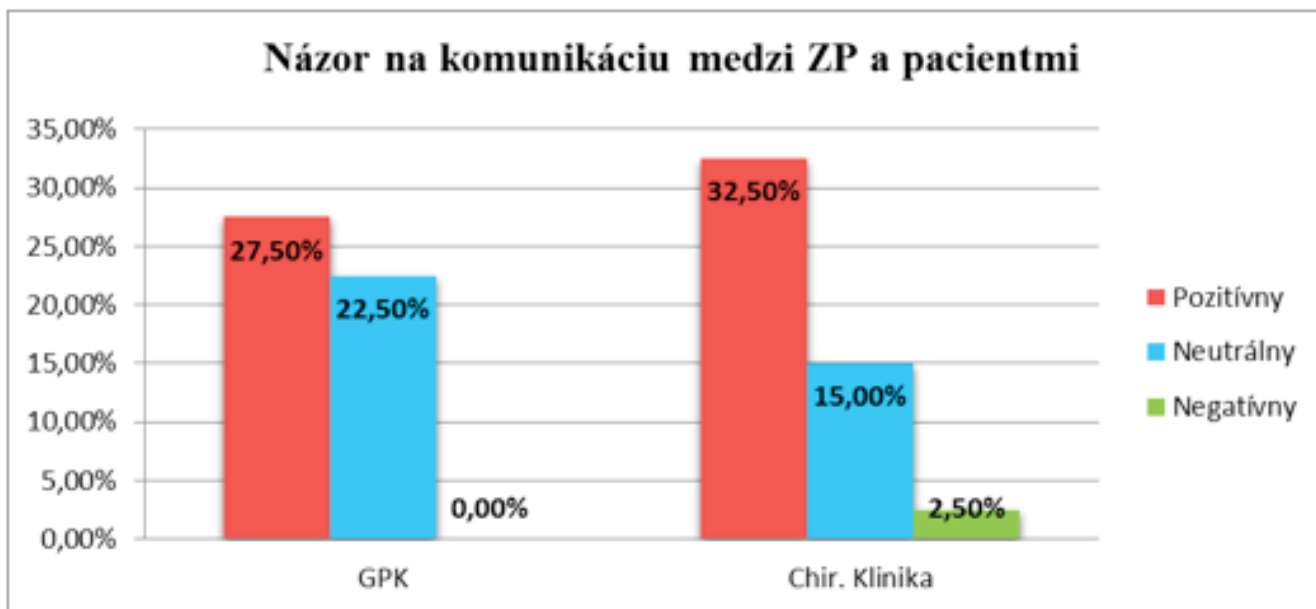
Zisťovali sme, či existuje rozdiel v úrovni informovanosti geriatrických

pacientov o anestézii medzi gynekologicko-pôrodníckou a chirurgickou klinikou. Na gynekologicko-pôrodníckej aj chirurgickej klinike bola úroveň informovanosti 32,50%, celková úroveň informovanosti dosiahla hodnotu 65%.

Pre porovnanie uvádzame výsledky výskumu, ktorý bol vykonaný medzi Fakultnou nemocnicou v Nitre a súkromným zdravotníckym zariadením v Piešťanoch. Cieľom výskumu bolo poukázať na vplyv nedostatku vedomostí o anestézii na stav pacientov. Spokojnosť s poskytnutými informáciami a ich dostatok vyjadrovalo $n = 79$ (79%) respondentov z FN Nitra a $n = 46$ (92%) respondentov zo súkromného zariadenia v Piešťanoch (4). Ďalej sme zisťovali, či boli pre seniorov poskytnuté informácie dostatočne jasné a zrozumiteľné. Pre respondentov z gynekologicko-pôrodníckej kliniky boli poskytnuté informácie jasné pre $n = 17$ (42,5%) respondentov a nejasné boli len pre $n = 3$ (7,5%) respondentov. Z chirurgickej kliniky boli informácie jasné pre $n = 18$ (45%) respondentov a nejasné pre $n = 2$ (5%) respondentov. Dokopy boli informácie jasné $n = 35$ (87,5%) respondentom a nejasné pre $n = 5$ (12,5%) respondentov. Rozdiel medzi klinikami bol v $n = 1$ (2,5%) respondentovi. V Českej republike, vo Fa-



Graf 1: Úroveň informovanosti respondentov.



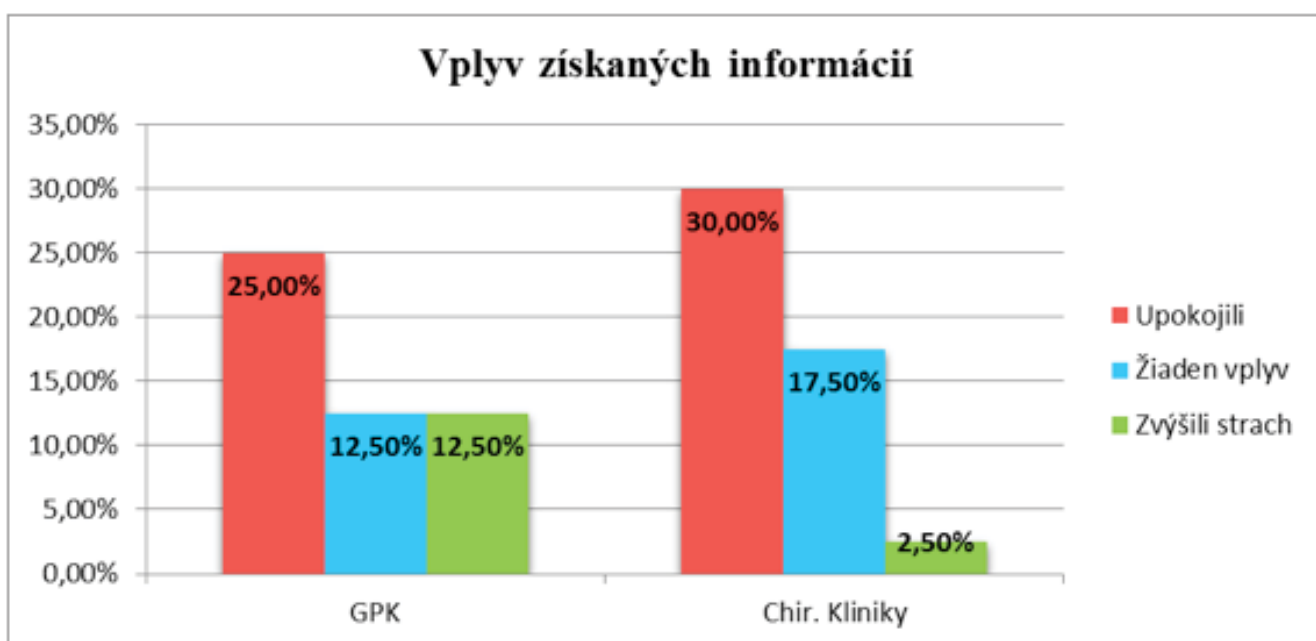
Graf 2: Názor na komunikáciu medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientmi.

kultnej nemocnici Brno, bol realizovaný podobný prieskum Šuvadovej (5). V prieskume zistili, že pre 107 (86,3%) respondentov z celkového počtu 124 respondentov boli poskytnuté informácie dostatočne jasné a zrozumiteľné a len pre 17 (13,7%) respondentov boli viac zrozumiteľné, ale obsahovali príliš veľa odborných výrazov (5). Konštatujeme, že **neexistuje významný rozdiel** v úrovni informovanosti geriatrických pacientov o anestézii medzi gynekologicko-pôrodnickou a chirurgickou klinikou FN Trnava. Úroveň informovanosti vyšla

na oboch klinikách rovnaká a zrozumiteľnosť informácií pre seniorov sa taktiež výrazne neodlišovala. Ďalej sme zisťovali, či existuje rozdiel vplyvu prístupu zdravotníckeho personálu na informovanosť geriatrických pacientov na gynekologicko-pôrodnickej a chirurgickej klinike FN Trnava. Pozitívny názor na komunikáciu medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientmi malo $n = 11$ (27,5%) respondentov z gynekologicko-pôrodnickej kliniky a $n = 13$ (32,5%) respondentov z chirurgickej kliniky. Celkovo malo pozitívny názor $n = 24$ (60%) respon-

dentov. Neutrálny názor malo $n = 9$ (22,5%) respondentov z gynekologicko-pôrodnickej kliniky a $n = 6$ (15%) respondentov z chirurgickej kliniky. Len $n = 1$ (2,5%) respondent z chirurgickej kliniky mal negatívny názor na komunikáciu medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientmi.

Z výskumu realizovaného v USA ďalej vyplýva, že vzťah medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom, ktorý je založený na vzájomnej dôvere, efektívnej komunikácii a vzájomnej dohode na spôsobe liečby pozitívne



Graf 3: Vplyv získaných informácií.

Zmiernenie obáv z anestézie po kontakte s príbuznými



Graf 4: Zmiernenie obáv z anestézie po kontakte s príbuznými.

ovplyvňuje vývoj zdravotného stavu, spokojnosť pacientov a dokonca môže znížiť náklady na liečbu (6). Pacientom z oboch kliník boli informácie najčastejšie poskytnuté počas návštevy anestéziológa a to v $n = 24$ (60%) prípadoch. Viac času a priestoru na informovanie sa o anestézii počas návštevy anestéziológa malo $n = 16$ (40%) respondentov z gynekologicko-pôrodnicej kliniky a $n = 15$ (37,5%) respondentov z chirurgickej kliniky. Už počas hospitalizácie na oddelení malo priestor na detailnejšie informovanie sa o anestézii $n = 14$ (35%) respondentov z gynekologicko-pôrodnicej kliniky a $n = 15$ (37,5%) respondentov z chirurgickej kliniky. Konštatujeme, že **existuje rozdiel** vo vplyve prístupu zdravotníckych pracovníkov na informovanosť geriatrických pacientov o anestézii. Na chirurgickej klinike mali pacienti viac pozitívnych skúseností ako na gynekologicko-pôrodnicej klinike, kde sa pozitívne skúsenosti takmer rovnali s neutrálnymi (rozdiel $n = 2$ respondenti, čo predstavuje 5%). Ďalej sme zisťovali, či existuje rozdiel vplyvu získaných informácií na celkový stav geriatrických pacientov na gynekologicko-pôrodnicej a chirurgickej klinike FN Trnava. Zistili sme, že podané

informácie upokojili $n = 10$ (25%) respondentov z gynekologicko-pôrodnicej kliniky a $n = 12$ (30%) z chirurgickej kliniky. Celkovo mali podané informácie upokojujúci účinok na $n = 22$ (55%) respondentov. Podané informácie naopak zvýšili strach u $n = 5$ (12,5%) respondentov z gynekologicko-pôrodnicej kliniky a u $n = 1$ (2,5%) respondenta z chirurgickej kliniky. Získané informácie mali aj neutrálny vplyv na seniorov. Konkrétne na $n = 5$ (12,5%) respondentov z gynekologicko-pôrodnicej kliniky a na $n = 7$ (17,5%) respondentov z chirurgickej kliniky.

Prieskum, ktorý bol vykonaný vo Fakultnej nemocnici Bohunice v Brne, zameraný na informovanosť pacientov o anestézii pred operačným výkonom ukázal, že 77 z 96 (80,21%) opýtaných respondentov uviedlo zmiernenie strachu a obáv z anestézie po rozhovore s anestéziológom (7). Aj v Španielsku bol zrealizovaný výskum, ktorý posudzoval úzkosť pacientov a ich rodinných príslušníkov pred operačným zákrokom. Štúdie sa zúčastnilo 1260 respondentov a výsledky ukázali, že obavy pacientov môžu byť ovplyvnené zvýšeným alebo zníženým množstvom poskyt-

nutých informácií o operácii (8). U pacientov z oboch kliník sme sa ďalej dotazovali, aký je ich názor na informovanie pacientov pred anestéziou. Na oboch klinikách sa respondenti zhodli, že je dôležité informovať pacientov pred anestéziou. Na gynekologicko-pôrodnicej klinike sa tak vyjadriilo $n = 18$ (45%) a na chirurgickej klinike $n = 17$ (42,5%) respondentov, čo spolu predstavuje **87,5%** opýtaných respondentov. Konštatujeme, že medzi gynekologicko-pôrodnickou a chirurgickou klinikou **existuje rozdiel** vo vplyve získaných informácií o anestézii na celkový stav geriatrických pacientov. Zatiaľ čo na chirurgickej klinike prevažovalo zníženie strachu z anestézie po podaní informácií, tak na gynekologicko-pôrodnicej klinike podané informácie okrem zníženia strachu mali aj opačný účinok na pacientov a strach u nich zvýšili. Okrem toho sme zisťovali, či existuje rozdiel vo vplyve podpory zo strany rodiny na psychickú pohodu geriatrických pacientov na gynekologicko-pôrodnicej a chirurgickej klinike FN Trnava. Obavy s podstúpenia anestézie vyjadriilo $n = 15$ (37,5%) respondentov z gynekologicko-pôrodnicej klinika a $n = 14$ (35%) respondentov z chirurgickej kliniky. U niektorých podstú-

penie anestézie vyvolalo väčší strach a u niektorých o niečo menší ale pre 72,5% opýtaných respondentov je to predsa len stresujúca udalosť. V takýchto chvíľach je pre pacientov veľmi významná aj podpora zo strany rodiny. Potvrdil to aj náš prieskum, nakoľko pre n = 17 (42,5%) respondentov z gynekologicko-pôrodnicej kliniky a rovnako pre n = 17 (42,5%) respondentov z chirurgickej kliniky uviedlo, že podpora zo strany rodiny zmierňuje ich strach a obavy z podstupenia anestézie.

Kontakt s príbuznými má okrem zmiernenia obáv aj mnoho ďalších pozitívnych účinkov na hospitalizovaných pacientov. Dokazuje to aj výskum vykonaný v USA, kde zisťovali, aký vplyv majú členovia rodiny na celkový stav hospitalizovaných pacientov na jednotkách intenzívnej starostlivosti. Celkovo bol výskum realizovaný na 36 rôznych rodinách v rokoch 2006 až 2010. Z výsledkov vyplýva, že okrem upokojujúceho efektu na psychiku pacientov mala podpora príbuzných vplyv aj na ich fyzický stav (9). Konštatujeme, že **neexistuje rozdiel** medzi gynekologicko-pôrodnickou a chirurgickou klinikou vo vplyve rodinných príslušníkov na psychickú pohodu geriatrických pacientov. Zistili sme, že podpora zo strany rodiny je rovnako dôležitá pre pacientov z oboch kliník.

Záver

Z výsledkov nášho prieskumu môžeme konštatovať, že informácie o anestézii sú pre pacientov dôležité, ale rovnako dôležitý je pre nich aj prístup zdravotníckych pracovníkov, ktorí im tieto informácie podávajú. Väčšina pacientov má pozitívnu skúsenosť s prístupom zdravotníckeho personálu, našli sa aj pacienti, ktorí mali neutrálnu skúsenosť a veľmi malé percento pacientov uviedlo aj negatívnu skúsenosť. Aj napriek tomu mala väčšina pacientov pre nich dostačujúce množstvo informácií a aj

ich pokladali za jasné a zrozumiteľné. Zaujímalo nás, aký dopad majú nadobudnuté vedomosti o anestézii na psychický stav seniorov. Väčšina respondentov uviedla, že informácie ich upokojili, avšak nemalý podiel respondentov uviedol, že informácie na nich nemali žiaden vplyv. Našli sa však aj respondenti, u ktorých získané informácie zvýšili strach a obavy. Zistili sme, že veľký dopad na psychickú pohodu seniorov pred absolvovaním anestézie má kontakt s príbuznými. Uviedli, že kontakt s príbuznými im napomáha pri znížení obáv z absolvovania z anestézie, a že podpora zo strany rodiny je pre nich veľmi dôležitá. „Zdravotnícky pracovník je povinný, ako vyplýva z mnohých legislatívnych noriem, poskytovať pacientovi kvalitnú a bezpečnú zdravotnú starostlivosť“ (10). A efektívna informovanosť a komunikácia k tomu prispieva.

Zdroje

1. ŽELEZKOVOVÁ, J. – KASALICKÝ, M. *Intenzívna starostlivosť v geriatrickej praxi*. Prvé vydanie, Trnava : Typi Universitas Tyrnaviensis, 2015, 88 s., ISBN 978-808082-913-1.
2. MÁLEK, J. Rozdelení anestézie a základní pojmy In Málek, J. – Dvořák, A., In *Základy anesteziologie*. Praha : 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2009, 5-7.
3. SEIDLOVÁ, D. a kol. Anesteziologická problematika v geriatrickej praxi In Matějovská Kubešová, H. et al. 2009, *Akutní stavy v geriatrickej praxi*. Semily : Galén 2009, s. 41-49. ISBN 978-80-7262-620-5.
4. BRATOVÁ, A. – MURGÁŠ, J. Bezpečnosť pacientů při anestézii In Sestra. [online]. 2011, no. 7 [cit. 2016-02-13]. Dostupné na internete: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bezpecnost-pacientu-pri-anestezii-460972#> ISSN 1210-0404.
5. ŠUVADOVÁ, L. *Informovanost*

pacienta o anestézii před plánovaným operačním výkonem : bakalárska práca. Brno : Masarykova univerzita, 2011. 85 s.

6. BERTRAM, K. D. Improving Communication Between Patients and Health Professionals In *Product Management Today*. 1999 March. p. 27-32.
7. ŘÍHOVÁ, M. *Informovanost pacienta o anestézii před operačním výkonem* : bakalárska práca. Brno : Masarykova univerzita, 2006. 92 s.
8. LOBATO, C.F.R. ed al., National multicentric survey on the fears of patients towards surgery. In *Cirurgia espanola*. [online]. 2015, vol. 93, no. 3, [cit. 2016-0213]. Dostupné na internete: [http://www.elsevier.es/es-revista-cirurgia-espanola-36-pdfS0009-739X\(14\)00300-5S100](http://www.elsevier.es/es-revista-cirurgia-espanola-36-pdfS0009-739X(14)00300-5S100). ISSN 0009-739X.
9. KOUROSH, P. et al. *Connecting Hospitalized Patients with Their Families: Case Series and Commentary* [online]. 2011, vol. 2011, [cit. 2016-02-13]. Dostupné na internete: <http://www.hindawi.com/journals/ijta/2011/804254/#B14> Article ID 804254.
10. GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H. Personálne zabezpečenie vedenia anestézie, Kompetencie v rámci anestetického tímu. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia. Supplementum*. [online]. 2014, no. 5, s. 39. [cit. 2016-07-16]. Dostupné na internete: <http://www.sksapa.sk/casopis/0514/#p=39>

Kontakt na autora

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Katedra ošetrovateľstva
andrea.bratova@truni.sk

OD SPECIFIČNOG KURSA DO FORMALNOG OBRAZOVANJA SESTRE ANESTETIČARA U SRBIJI

FROM SPECIFIC COURSE TO FORMAL EDUCATION OF NURSE - ANESTHETIST IN SERBIA

SVETOMIR ĐURĐEVIĆ^{1,2}, NEGRA TERZIĆ²

¹ Clinical Center of Serbia, Centre for Anesthesiology and resuscitation, Clinic for General Surgery - First Surgical Clinic, Belgrade, Serbia

² Belgrade College of Medicine Higher Education Institution for Applied Studies in Medicine, Belgrade, Serbia

Abstract

Show the benefits and importance of formal education of specialists nurse anesthetist in relation to the nurse - anesthetists who earn their name as well as knowledge gained through years of work in operating rooms, passing through different courses, the situations in which they need to manage and through which they learn what is the job of anesthetist. Of course, always one question arises: "What is the job of anesthetist?", "Who is the anesthetist?" No one knew for sure the answer to this questions, until the arrival of formal education, which opened a new chapter in a nursing profession in Serbia. Professional title specialist nurse anesthetist carries with it great responsibility, which must be justified both through specialized studies and through work, where they will show their competences, all the potential and confirm why the nurse anesthetist in the world occupies a leading position in the nursing profession. Without education there is no progress in any profession, which implying that education is one of the pillars on which is based every community, society and globally the whole world.

Key words

Curriculum. Specialists nurse anesthetist. Informal education. Anesthesia. Competences. Study.

Uvod

Obrazovanje i edukacija sestara predstavlja preduslov za uspešan razvoj sestričke profesije. Sistemskim izučavanjem područija zdravstvene nege, kao i praćenjem savremenih tokova sestričke doktrine, vremenom se ra-

zvijalo i usavršavalo školovanje medicinskih sestara iz različitih oblasti.

Sistem školovanje medicinskih sestara u Srbiji sastoji se iz dva nivoa stručnog obrazovanja. Nakon završene osnovne škole u trajanju od 8 godina (sa 15 godina života), polazi se u srednju medicinsku školu u trajanju od 4 godine, čijim završetkom se stiče naziv "medicinska sestra". Upisivanjem visoke zdravstvene škole strukovnih studija u trajanju od 3 godine (VI semestara - 180 ECTS), pošto uspešno polože sve ispite kao i završni ispit iz određenog predmeta, stiču naziv "strukovna medicinska sestra". Plan obrazovanja u srednjim školama bazira se na sticanju teorijskog znanja i usvajanju veština. Visoko obrazovanje medicinskih sestara u Srbiji zasniva se na njihovom daljem profesionalnom usavršavanju. Obrazovni i vaspitni zadaci nastave omogućuju studentu da obnovi postojeća i usvoji nova znanja iz oblasti medicine, zdravstvene nege, psiholoških i pedagoških nauka što dovodi do daljeg razvoja sestričstva i usvajanja pozitivnih stavova prema profesiji (1). Era anestezije koja je podrazumevala samo monitoring osnovnih vitalnih parametara je prošlost. Napredovanje medicine, primena savremenih metoda lečenja, sve veća prisutnost informacionih sistema i tehnologija što je od posebnog značaja u hirurgiji, uslovljava i razvoj drugih grana medicine, pre sve anestezije. Danas je nemoguće zamisliti uvod u anesteziju bez kompleksnog aparata za anesteziju sa širokom paletom parametara, novih medikamentata, savremenog monitoringa, aparata za termoregulaciju i brzu nadoknadu

volumena kao i drugih tehnoloških uređaja, što zahteva veliko znanje i stručnost zaposlenih.

Sistem obrazovanja Istorijat obrazovanja medicinskih sestara

Školovanje kod nas ima dugu tradiciju. Skoro istovremeno, sa otvaranjem Visoke medicinske škole (za obrazovanje lekara) u Beogradu je otvorena i škola za obrazovanje sestara. Tada se tražilo da kandidatkinje za upis u školu imaju najmanje četiri razreda gimnazije i da nisu mlađe od 18 godina. Smatrano je da kandidatkinje treba **svesno** da se opredele za ulazak u tako delikatnu profesiju

Škola u Beogradu je radila po ugledu ne engleske škole, pa su prve sestre/nastavnice bile Engleskinje. Diplomirane sestre ove škole, iako ih je bilo relativno malo, dale su značajan doprinos stvaranju zdravstvene zaštite kod nas i postavile su temelje za obrazovanje medicinskih sestara u periodu posle Drugog svetskog rata. U prvim godinama posle rata nastaje ekspanzija medicinskih škola širom Jugoslavije. U većim školama dolazi i do otvaranje drugih profila, kao što su sanitarni (1958/59. godine), fizio i radni terapeut (1964), radiološki (1974), dijetetičar-nutricionista (1987.), zubni tehničari (1990), a nešto kasnije laboratorijski (1995) (2,3).

U ovom periodu bilo je dosta reformi i sitnih promena, ali je nažalost, do danas zadržano pravilo da se u škole za medicinske sestre upisuju kandidati sa završenom osnovnom školom i sa 15 godina života iako je jasno da je to

suviše rano za ovakvu plemenitu i zahtevnu profesiju.

Viša medicinska škola u Beogradu otvorena je 1958. godine. Imala je dva odseka, odsek medicinskih sestara i odsek sanitarnih tehničara. Od integracije sa školom Jugoslovenskog crvenog krsta, ova škola je ostala jedina viša škola za obrazovanje sestara u Srbiji sve do 1997. godine kada dolazi do otvaranja i Više medicinske škole u Čupriji.

Prve škole za medicinske sestre trajale su tri godine, a škola Jugoslovenskog crvenog krsta 3 godine i 6 meseci (7 semestara). Što znači da je nedostajala samo jedna godina, odnosno semestar, zbog koga se nije mogao postići fakultetski nivo obrazovanja.

Profil *sestre - anestezičara* u vidu formalnog obrazovanja u Srbiji nikada nije postojao. Vrlo teško se može reći, koji su razlozi za to. S obzirom da je anesteziologija jedna od najmlađih medicinskih nauka, u Srbiji kao i u većini zemalja sveta, sestre su vodile anesteziju (4). U početku nije postojala specifična obuka. Za rad u operacionoj sali, birale su sestre sa dugogodišnjim iskustvom (minimum 10 godina) iz jedinica intenzivne nege sa veoma izraženim manuelnim sposobnostima, pri čemu su hirurzi ordinirali lekamente, a sestre su pratile vitalne parametre pacijenta, obavestavale lekare o eventualnim promenama, intubirale

pacijenta, pružale preoperativnu, perioperativnu i postoperativnu negu.

Prvi tragovi o obuci *sestre - anestezičara* datiraju iz 1971 godine, koji su ujedno povezani i sa pojavom specijalizacija za lekare. Usavršavanje sestara iz polja anestezije počinje u Kliničkom centru Srbije na Klinici za digestivnu hirurgiju - Prva hirurška klinika, gde su se usavršavale sestre za potrebe tadašnje čitave države. Interesovanje nije bilo veliko. Na žalost, sami detalji o obuci odnosno o planu usavršavanja sestara iz polja anestezije ne postoje, osim statičkih podataka tj. broju sestara koje su završile obuku kao i broju anesteziologa koji su završili specijalizaciju u periodu od 1971 - 1985 godine (5).

Sadašnje obrazovanje medicinskih sestara

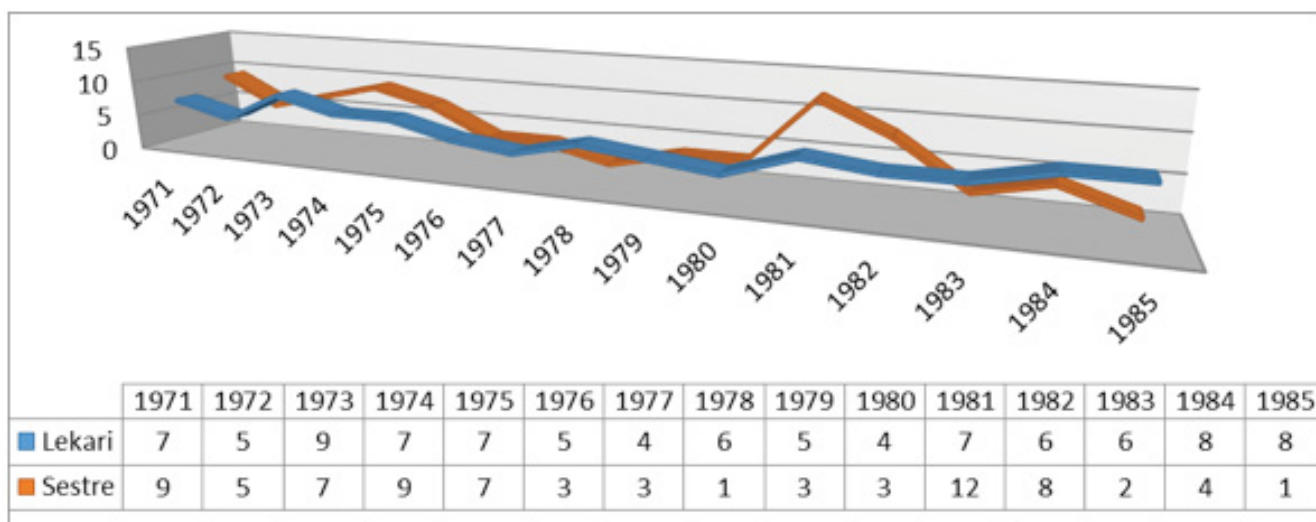
*Medicinske sestre u Srbiji, školuju se na dva nivoa - srednjem i višem. Po završetku srednje škole dobija se stručni naziv **medicinska sestra-tehničar**, a po završetku više medicinske škole, stručni naziv viša **medicinska sestra-tehničar**.*

2005. godine u Skupštini Republike Srbije usvojen je novi Zakon o visokom obrazovanju, koji je usaglašen s principima Bolonjskog procesa, koji je počeo sa primenom već naredne školske godine. Po Bolonjskoj deklaraciji, više medicinske škole su dobile naziv **Visoka zdravstvena škola strukovnih**

studija, a stručni naziv posle završenog školovanja, koje traje 3 godine (6 semestara), je **strukovna medicinska sestra (180 ECTS)**.

Visoka zdravstvena škola je poslednji nivo obrazovanja sestara sve do 2010 godine i zato su mnoge medicinske sestre, završile jedan od fakulteta iz područija graničnih nauka (pedagogiju, psihologiju, defektologiju, organizacione nauke i druge).

U našoj zemlji ima oko 60. 000 medicinskih sestara sa srednjom stručnom spremom i 6. 500 sa višim ili visokim obrazovanjem, što je oko 11% od ukupnog broja, dok je zakonski minimum u zemljama Evropske unije 30%. Posle završetka više odnosno visoke medicinske škole strukovnih studija, sestre nisu imale mogućnosti za dalje obrazovanje (6). Usled nastavka započetih reformi i podizanja nivoa kvaliteta obrazovanja medicinskih sestara, 2010. godine su akreditovani studijski programi **drugog stepena** obrazovanja – **specijalističke strukovne studije** (prvi ciklus + 60 ECTS) iz različitih oblasti. Specijalističke strukovne studije traju 1 godinu (2 semestra). Pravo upisa imaju svi studenti nakon završenih studija prvog stepena odgovarajućih oblasti. Nakon završenih specijalističkih studija, stiče se stručni naziv **specijalista medicinska sestra** iz odgovarajuće oblasti. Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu akreditovala je sledeće specijalističke



Grafikon 1: Broj sestara i lekara na usavršavanju iz anestezije

EQF Level	EHEA Framework (Bologna)	Serbian national qualifications framework				ECTS
		Academic studies		Applied studies		
8	3 rd cycle	Doctoral VA-3	Specialization VA-2b			180
7	2 nd cycle	Master VA-2a		Medicine VA-2a	Specialization VS-2	120-60
6	1 st cycle	Bachelor 3yr VA-1a	Bachelor 4yr VA-1b	Integrated VA-2a	Bachelor VS-1	180-240
						0

Grafikon 2: Sistem školovanja u Srbiji

smerove: Specijalista strukovna medicinska sestra (SSMS) - oblast Klinička nega, SSMS - oblast Metodika nastave, SSMS - oblast Javno zdravlje, SSMS - oblast Anestezija i Reanimacija, SSMS - oblast Instrumentiranje u opearacionoj sali, SSMS - oblast Nega starih, SSMS - Zdravstvena nega u psihijatriji).

Sa akreditacijom specijalističkih strukovnih studija 2013. godine, prvi put u Srbiji, nastaje i *formalno obrazovanje* za sestre - *anestetičare* (7,8). Na visokoj medicinskoj školi u Čupriji u periodu od 2004-2006. godine postojao je smer za obrazovanje anestetičara u okviru starog sistema školovanja u trajanju od 6 semestara, koji nije ispunjavao principe Bolonjske deklaracije (9). Njenim stupanjem na snagu,

smer nije prošao akreditaciju.

Specijalističke strukovne studije, za sada su poslednji stepen obrazovanja koje sestra može da završi u Srbiji. Postoje indicije da će sestrama biti omogućeno i dalje obrazovanje u vidu master specijalističkih studija, ali plan akreditacije master studija je tek u izradi.

Obrazovanje sestre anestetičara u Srbiji

Obrazovanje predstavlja dinamičan proces kojim se proizvode, usvajaju i usavršavaju individualna znanja i veštine. Sa aspekta modernog društva, obrazovanje se deli na tri osnovne forme:

1. *Formalno,*
2. *Neformalno i*
3. *Informalno obrazovanje.*

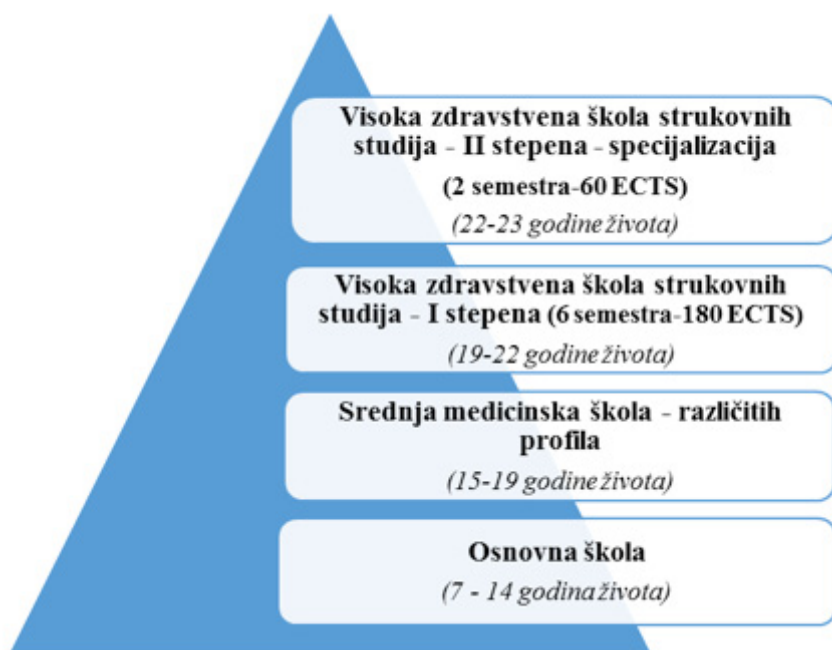
Poslednja dva oblika obrazovanja su jedina i bila zastupljena u procesu treninga sestre-anestetičara.

Neformalno i informalno obrazovanje su imala svoje prednosti ali i svoje nedostatke (Figura 1).

Kada se ovo sagleda, dolazi se do zaključka da kvalitet, predanost, interesovanje, kao i znanje novozaposlenog zavisi isključivo od njegove lične motivacije za usavršavanjem, odnosno sticanjem novih znanja, veština, želje za uklapanjem u novo radno okruženje (9). Ukoliko dolaze sa sličnog ili nekog drugog radnog mesta, na posao anestetičara, bez empirijskog znanja

Prednosti	Nedostaci
Brzo uklapanje u radno okruženje	Izražen "iskustveni" ego
Korišćenje već stečenog iskustva	Teško usvajanje novih znanja
Usavršavanje manuelnih sposobnosti	Stečene navike koje su ne primenljive u službi
Shvatanje ozbljnosti posla	Otpor pri usvajanju tuđih stavova i ideja
Lako prenošenje iskustva	Nedostatak želje za daljim usavršavanjem

Figura 1



Grafikon 3: Sistem obrazovanja medicinskih sestara u Srbiji

i formalnog obrazovanja o anesteziji, ne može se odrediti koji je nivo njihovog znanja, a samim tim i pretpostaviti koliko je potrebno uložiti vremena i truda kako bi se novozaposleni obučio. Ovim principom se sve opet svodi na obuku tj. na neformalni ili informalni oblik obrazovanja iz koga ni "učenic" ni "učitelj" ne mogu dokazati koje su kompetence stečene tokom obuke.

Znanje zahteva kontinuirano ulaganje u njegove kapacitete, stručnim i novim informacijama, koje samo formalno obrazovanje može obezbediti, jer je jedino referentno u opisu kompetenci naročito za posao koji je usko specijalizovan i specifičan.

U skladu sa Bolonjskim sistemom obrazovanja, kao i sve većom potrebom za stručnim osobljem sestrinske profesije iz oblasti anestezije i reanimacije u Srbiji, visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu je prva koja je identifikovala ovaj problem i rešila ga tako što je sastavila plan i program specijalizacije (7), akreditovala smer i postala jedina visoka zdravstvena škola strukovnih studija na području Balkana koja obrazuje **specijaliste strukovne anestezičare**.

U početku je postojala inicijativa da se smer za anestezičare oformi pri prvom ciklusu visokog obrazovanja. Studiranje bi trajalo 3 godine (6 semestra). Kandidati koji bi imali pravo konkursa, morali bi imati završenu srednju medicinsku školu odgovarajućeg usmerenja. Imali bi pravo konkursa nakon završenog srednjeg obrazovanja i navršenih 19 godina života. Obzirom da je posao anestezičara jedan od najodgovornijih i sve obuhvatnijih poslova sestrinske profesije, usko specijalizovan, vrlo delikatan i kao takav zahteva najviši stepen znanja, manualnih veština i kompetenci (10, 11). Osvrnuvši se na sve ovo, došlo se do zaključka da se smer za anestezičare oformi u drugom ciklusu visokog obrazovanja - **specijalističke strukovne studije**, kako bi se studenti sa velikim predznanjem i dovoljno godina života svesno opredelili, sagledavši sve benefite i mane ovog zanimanja, za profesiju specijaliste strukovnog anestezičara.

Specijalista strukovni anestezičar - Ciljevi studijskog programa -

Opšti cilj programa strukovnih specijalističkih studija iz oblasti anestezije i reanimacije za sticanje znanja i reanimacije za sticanje znanja specijalista strukovni anestezičar, je visoko specijalističko obrazovanje strukovnih medicinskih sestara u oblasti sekun-

darne i tercijarne zdravstvene zaštite predviđene standardima u kliničkoj praksi u okviru opšte i specijalne anestezije i reanimacije u proceni stanja, dijagnostici, premedikaciji, lečenju i nezi.

Opšti ciljevi se baziraju na preporukama:

- WHO Europe Critical Care - Nursing Curriculum,
- Nacional Association of Clinical Nurse Specialist (NACNS) ,
- Position Statement on Post - registration Critical Care Nursing Education with in Europe,
- Position Statement on work force requirements with in European Critical Care Nursing 2007,
- Standars for Acute and Critical Care Nursing Practiceatal,
- European federation of critical care nursing associations (EfCCNa),
- British Association of Critiacal Care Nurses (BACCN),
- World Federation of Critiacal Care Nurses (WFCCN),
- Udruženje anestezičara Srbije, Udruženje medicinskih sestara intezivnih nega, anestezije i reanimacije Srbije, Udruženje anestezije, reanimacije i transfuzije (ART), Društvo intezivista Srbije, International Federation of nurse anestetist (IFNA).

Osnovni cilj studijskog programa je sticanje znanja i veština u oblasti standarda anestezije i reanimacije. Zasniva se na sticanju znanja i razvijanju veština, kreiranju i izvršavanju aktivnosti procedura opšte i specijalne anestezije u okviru bolnica, klinika, instituta (12).

Posebni ciljevi odnose se na sticanje specijalizovanih znanja i veština iz oblasti koje su predviđene planom specijalizacije i programskim sadržajima predloženih predmeta, a prema standardima anesteziološke nauke i zdravstvene nege.

Program specijalizacije

Ciljevi programa su definisani na osnovu potreba za kvalifikovani rad u okviru polja teorijskog i praktičnog rada sestara koje će sve više preuzimati deo samostalne odgovornosti i preduzimati odgovorne poslove u standardima anesteziološke nege u odeljenju službe anestezije i reanimacije. Uz implementaciju procesa zdravstvene nege kao jednog od metoda rada u anesteziji i reanimacije doprinosi se podizanju kvaliteta zdravstvene zaštite korisnika i njihove satisfakcije negom i lečenjem u bolničkim uslovima i drugih metoda istraživanja u procesu rada sa bolesnicima u kliničkoj praksi (13). Nakon ostvarenih ciljeva medicinske sestre - specijalisti u oblasti anestezije i reanimacije biće osposobljeni po principima doktrine zdravstvene zaštite, poštujući etički kodeks.

Na osnovu realizacije ciljeva studijskog programa medicinska sestra - specijalista treba da:

I. Posедуje znanja iz oblasti medicine i zdravstvene nege, i dr. nauka kao i relevantna znanja potrebna za obavljanje profesije:

- Ovlada veštinama sestrinske prakse koji se odnose na sprovođenje veština podučavanja i učenja, organizovanja i sprovođenja zdravstvene nege u oblastima anestezije i reanimacije, u ustanovama sekundarne i tercijalne zdravstvene zaštite (14);
- Ima usvojene stavove i profesionalno ponašanje koje se manifestuje spremnošću da se zadaci sprovode odgovorno u skladu sa visokim standardima sestrinske prakse;
- Radi na unapređenju sopstvene profesije.

II. Ima izgrađen sistem vrednosti u odnosu na etičke dimenzije i dileme struke u smislu poštovanja volje, izgrađen stav o čuvanju profesionalne tajne, prava i potreba bolesnika, uz primenu načela jednakosti i jednostavnosti.

Kompetencije diplomiranih studenata Opšte kompetencije

Opšte kompetencije koje studenti stiču u stručnoj delatnosti u oblasti anestezije i reanimacije su:

- Sposobnost da pravilno procene i analiziraju stanje, sintetizuju prikupljene podatke, predvide moguće posledice i adekvatno rešavaju probleme u okviru anestezioloških procedura i zdravstvene nege u okviru anestezije i reanimacije;
- Uključuju se u timski rad po konceptu jedinstvene i kontinuirane zdravstvene nege u službi anestezije i reanimacije;
- Primenjuju znanja i veštine predviđene standardima u kliničkoj praksi u okviru anestezije i reanimacije;
- Razvijaju profesionalnost, samostalnost, odgovornost prema radu i primenjuju timski način rada.

Specifične kompetencije

Savladvanjem ovog studijskog programa studenti stiču sledeće predmetno specifične kompetencije na osnovu ishoda učenja (4):

- Izvođenje i učestvovanje u preanesteziološkom intervjuu kao i u psihofizičkoj proceni;
- Evaluacija prikupljenih informacija o bolesniku iz istorije bolesti, fizikalnog pregleda, laboratorijskih analiza radioloških i drugih ispitivanja kao i identifikacija relevantnih problema;
- Pripremanje i sprovođenje plana anesteziološke nege;
- Sprovođenje za ASA 1 i ASA 2 (procena mentalnog statusa bolesnika - kategorisnje bolesnika na osnovu njihovog opšteg stanja) samostalno i uz supervizora u primeni opšte ili regionalne anestezije za širok spektar hirurških i drugih terapijskih i dijagnostičnih postupaka;
- Procenjivanje podataka prikupljenih upotrebom invazivne i neinvazivne dijagnostike i monitoringa;
- Prepoznavanje i pravilno reagovanje na eventualne komplikacije koje se dešavaju u toku anestezije;
- Pravilnu procenu stanja i primenu

anestetičarskih aktivnosti u ranom postoperativnom periodu;

- Aktivno učestvovanje u timu za zbrinjavanje vitalno ugrožene osobe, u timu za KPCR, respiratorne potpore i drugim hitnim stanjima (7,8);
- Vođenje medicinske dokumentacije o pružanju zdravstvenih usluga u službi anestezije i reanimacije.

Osposobljenost na osnovu ishoda učenja

- Osposobljenost za primenu standardnih terapijskih i reanimacionih postupaka kod kardiopulmonalno-cerebralne reanimacije;
- Osposobljenost za komunikaciju i zdravstveno vaspitni rad sa bolesnikom u preoperativnom i postoperativnom toku (15);
- Osposobljenost iz oblasti kliničke transfuziologije i kliničke farmakologije;
- Osposobljenost za prevenciju infekcija kod dijagnostičkih i terapijskih postupaka u bolničkim uslovima na temeljima nacionalnih i internacionalnih smernica;
- Osposobljenost za komunikaciju i zdravstveno vaspitni rad sa obolelima, članovima porodice ili pratnjom vitalno ugroženog pacijenta;
- Samostalnog u analizi i realizaciji istraživanja postojeće prakse iz delokruga rada medicinske sestre u anesteziji i reanimaciji.

Zaključak

Bez obrazovanja, nema ni napretka u bilo kojoj profesiji, što implicira da je obrazovanje jedan od stubova na kojima se zasniva svaka zajednica, društvo odnosno, globalno gledano, ceo svet.

Značaj obrazovanog anestetičara ogleda se kroz sve standardizovane procedure koje obavlja u preoperativnom, perioperativnom i postoperativnom toku, kao i kroz njegova znanja iz oblasti anestezije, transfuzije, infektivnih bolesti i njihove prevencije, kardiopulmo-cerebralne reanimaci-

je, opšte i specijalne farmakologije i drugih oblasti medicine. Prolazeći sistemom formalnog obrazovaja dolazi u posed specifičnih manuelnih veština i sposobnosti. Stvara se kreativnost, samosvesnost, odlična moć planiranja procedure i realizacije istih, a sve u cilju što bržeg i što kvalitetnijeg rada, sa akcentom da su ponekada i sekunde presudne u ishodu.

Naziv, specijalista strukovni anestetičar nosi sa sobom veliku odgovornost, koja mora biti opravdana, kako kroz specijalističke studije, tako i kroz rad, gde će pokazati svoje kompetencije, sav potencijal i potvrditi zašto sestra – anestetičar u svetu zauzima lidersku poziciju u sestrijskoj profesiji.

Literatura

1. Tijanić M., Đuranović D., Rudić B., Milović Lj.; Zdravstvena nega i savremeno sestinstvo; Naučna, 2002.
2. Lazarević A.; 50 godina rada Visoke zdravstvene škole strukovnih studija u Beogradu; Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu; Beograd, 2008.
3. Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu; O ljudima je reč...; Vojna štamparija, Beograd, 2012.
4. John J. Nagelhout, Karen L. Plaus, Nurse Anesthesia, Fifth Edition.
5. Interna dokumentacija Kliničkog centra Srbije, Odeljenja anestezije i reanimacije na Klinici za digestivnu hirurgiju, Beograd, 1971.
6. Milović Lj.; Organizacija zdravstvene nege sa menadžmentom; Naučna, Beograd, 2003.
7. Terzić N.; Zdravstvena nega u hirurgiji; Drugo Izdanje, Beograd, 2013.
8. Stojiljković J., Stojiljković A., Itov D.; Zdravstvena nega u hirurgiji; Alters Books, Beograd, 2014.
9. Stamenović M.; Zdravstveno vaspitanje; Naučna, Beograd, 2004.
10. John F. Butterworth, David C. Mokey, John D. Wasnick, Morgan & Mikhail's clinical Anesthesiology, Fifth Edition.
11. Kekuš D. i Bošković S.; Katalog znanja i veština; Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, Beograd, 2008.
12. Kalezić N.; Inicijalni tretman urgentnih stanja u medicini; Medicinski fakultet; Beograd; 2013.
13. Dougherty L., Lister S.; The Royal Marsden Manual of Clinical Nursing Procedures - 9th Edition.
14. Ranković-Vasiljević R., Stojanović-Jovanović B., Terzić-Marković D.; Metodika i Organizacija zdravstvene nege; Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu; Beograd, 2015.
15. Kekuš D.; Komunikacije u profesionalnoj praksi zdravstvenih radnika; Drugo dopunjeno izdanje, Beograd, 2010.

Kontakt na autora

Svetomir Đurđević, BSN,
specialist RN anaesthetist
Klinički Centar Srbije,
Centar za anesteziologiju
i reanimatologiju,
Klinika za digestivnu hirurgiju -
Prva hirurška klinika
svetomirts@gmail.com
Prof. PhD Negra Terzić
Visoka zdravstvena škola
strukovnih studija
negraterzic@hotmail.com

Tu može byť Vaša
reklama

viac na
www.sksapa.sk

