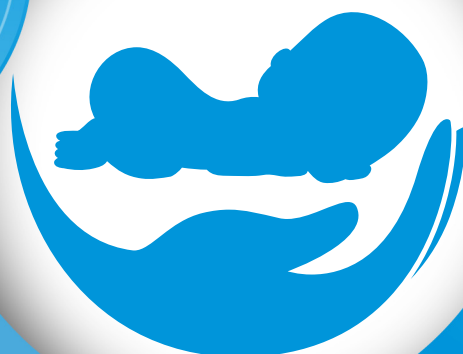


# OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA

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

06  
2016

ISSN 1339-5920



**Slovenská komora sestier  
a pôrodných asistentiek**

# e-časopis Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia

## Predseda redakčnej rady / Editor-in-Chief

PhDr. Lukáš Kober, PhD.  
[casopis.sksapa@gmail.com](mailto: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 Slováková, 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](mailto:sksapa@sksapa.sk)  
[www.sksapa.sk](http://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](http://www.ciBaMed.sk)

## 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. 12. 2016  
Dátum vydania: 31. 12. 2016

Predstavitelia komory na rozporovom konaní tlmočili zásadné pripomienky k spornej vyhláške	10
V Piešťanoch diskutovali najvyšší predstavitelia SK SaPA a Regionálnych komôr	10
SK SaPA žiada ministra zdravotníctva, aby zastavil zlý návrh rozšírenia kompetencií zdravotníckym asistentom	11 - 12
Rozšírenie kompetencií zdravotníckym asistentom prinesie ešte väčší chaos medzi zdravotníkmi	12 - 13
Arogancia prezidenta SOZZaSS Szalaya škodí pacientom	13
Európska federácia sestier vyzýva slovenskú vládu, aby presunom kompetencií na zdravotníckych asistentov neohrozovala pacientov	14 - 15
Vzdelávanie sestier a pokročilé role - Smerovanie k integrovanej starostlivosti	16 - 17
Pokročilá ošetrovateľská prax v Nemecku, Rakúsku a Švajčiarsku	18 - 19
Pokročilá prax v ošetrovatelstve: manažment rán	20 - 22
Špecifiká procesu adaptácie sestier na operačných sálach	23 - 28
Ošetrovanie Bercového vredu v domácom prostredí – kazuistika	29 - 35
Prevenca dekubitov ako priorita a kompetencia sestier v profesionálnom ošetrovatelstve	36 - 39
Plánované konferencie organizované odbornými sekciami SKSaPA a spoluorganizované SKSaPA v roku 2017	40 - 41
Aktivity odborných sekcií SKSaPA	42 - 47
Jednoduchšie využívanie benefitného systému SK SaPA	48

## Suplementum Vedecká recenzovaná časť

Historické mezníky ošetrovateľskej perioperačnej starostlivosti od polovice 20. storočia po súčasnosť: literárny prehľad	49 - 53
Druhy odberovej techniky vo flebotómii a ich vplyv na laboratórnu diagnostiku	54 - 57



**O krok ďalej  
pre zdravie**

PARTNERI

PIELĘGNIARSTWO SPECJALISTYCZNE

*Pismo nowoczesnej pielęgniarce 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**

# Príhovor prezidentky SKSaPA

Vážené kolegyně,  
vážení kolegovia,

*blíži sa koniec roka 2016, keď je čas zhodnotiť, čo uplynulý rok priniesol pre sestry. Rok 2016 bol pre zdravotníctvo ďalším premáreným rokom, keď sa rezort nezdravil, ale naopak je ešte „chorľavejší“ ako rok predtým. Zdravotníci, pacienti, ale aj celá verejnosť vkladala veľké nádeje do nového ministra zdravotníctva Tomáša Druckera, ktorý mal ako krízový manažér zachrániť tento potápajúci sa rezort. Je síce pravda, že zatiaľ je relatívne krátky čas hodnotiť pôsobenie ministra zdravotníctva, ale na druhej strane je potrebné povedať, že už prešlo dostatok času, aby šéf rezortu predstavil jasnú koncepciu vývoja v zdravotníckom sektore, ktorá zabezpečí kvalitnú zdravotnú starostlivosť k spokojnosti pacientov, ale aj zdravotníckych pracovníkov tak, aby sa zastavilo zadlžovanie zdravotníctva a zároveň odliv kvalifikovaného personálu do zahraničia.*

*Sestry a pôrodné asistentky sa na prelome rokov 2015 a 2016 zapojili do hromadných výpovedí, aby upozornili na zlú situáciu v slovenskom zdravotníctve a donútili politikov k tomu, aby sa vážne zaoberali zmenou riadenia zdravotníctva a nastavili systém tak, aby fungoval efektívne nielen pre našich pacientov, ale aj pre zdravotníkov. A za to si treba tieto sestry vážiť, lebo aj za cenu osobných a profesionálnych strát urobili krok, ktorým prišli o prácu, istoty a rodinnú pohodu. Žiaľ, bývalý minister zdravotníctva Viliam Čislák sa snažil túto situáciu zľahčovať a zavádzal verejnosť nepravdivými informáciami o výške plátov sestier, ako aj dobrom fungovaní nemocníc, kde sa sestry do výpovedí zapojili, pričom každému bolo jasné, že to tak nie je. Zdravotníctvo prezentoval ako rezort, v ktorom všetko funguje. Z objektívnych štatistických ukazovateľov domácich aj medzinárodných zdrojov je pritom zrejmé, že slovenské zdravotníctvo vykazuje nízku kvalitu a efektívnosť vzhľadom na finančné zdroje, ktoré doňho nalievame. Rok 2016 sestram priniesol zriadenie Odboru ošetrovateľstva v organizačnej štruktúre MZ SR a vymenovanie riaditeľky tohto odboru - sestry na základe návrhu Komory a sľuby ministra zdravotníctva Tomáša Druckera o tom, že sa bude zaoberať problémami sestier a pôrodných asistentiek.*

*Veľkým mínusom v slovenskom zdravotníctve v roku 2016 boli určite aj pochybné nákupy a prenájmy zdravotníckych zariadení, ako sú kauza predraženého nákupu v bratislavskej Nemocnici sv. Michala, či nákup predražených CT prístrojov žilinským VÚC. Treba taktiež spomenúť rekordnú stratu vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni, zbabraný projekt elektronických zdravotných kariet, či neuveriteľné pôsobenie kliniky maséra Pavla Kostku.*

*A aké priority má Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek v nadchádzajúcom roku 2017? Chceme presvedčiť ministra zdravotníctva, aby sa problémy rezortu riešili systémovo, nie iba čiastkovo. Súčasný medicínsky model starostlivosti je nákladný a neefektívny, zadlžuje systém, do ktorého nalievame stále viac peňazí, avšak výkonnosť nie je uspokojivá, pretože sa rozkrádajú zdroje, pacienti nám zbytočne umierajú, zdravotníci sú nespokojní s ohodnotením a s pracovnými podmienkami, pričom sa od nich očakáva, aby liečili lacnejšie, rýchlejšie a s úsmevom. Prioritou financovania sú nemocnice, pričom ambulantná zložka vrátane agentúr domácej starostlivosti je poddimenzovaná a na chvoste záujmu.*

*Záverom mi v mene členov Rady a Prezídia komory dovoľte čo najsrdečnejšie zaželať pokojné sviatky a všetko dobré do Nového roku 2017.*



**Mgr. Iveta LAZOROVÁ, dipl. p.a.**  
**prezidentka SK SaPA**

## Editoriál

*Vážení čitatelia.*

*Dovoľte mi, aby som svoj posledný tohtoročný editoriál venoval poďakovaniu ľuďom, na ktorých sa hodí jedna zásadná rola sestry, a tou je nositeľka / nositeľ zmien. Možno ide pre niekoho len o teoretickú frázu, ktorú sme počuli počas prednášok. V skutočnosti ide o historický fakt, bez ktorého by dnešné ošetrovatelstvo bolo aj naďalej vnímané ako pomocná profesia pridružená k medicíne, bez vlastnej tváre a perspektívy rozvoja. Takýmito nositeľmi zmien sú aj všetci členovia Redakčnej rady časopisu Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia, ktorí pre Vás vydávame v novej podobe od roku 2014. Skvelý tím ľudí, nositeľov zmien a nových inováčných myšlienok si zaslúži môj osobný rešpekt a úctu. Preto by som sa chcel ako predseda Redakčnej rady poďakovať menovite: PhDr. Andrei Bratovej, PhD., PhDr. Helene Gondárovej - Vyhničkovej, dipl. s., Mgr. Ivane Harvanovej, PhD., Mgr. Jane Lacenovej, Mgr. Ivete Lazorovej, dipl. p. a., PhDr. Milanovi Laurincovi, PhD., dipl. s., PhDr. Libuši Repiskej, PhD., MHA, Mgr. Jane Slovákovej, PhD., PhDr. Dane Zrubcovej, PhD. za ich úsilie, nápady a pochopenie. PhDr. Kataríne Kovalčíkovej za jazykové korektúry a Ing. Petrovi Grejtákovi za grafické spracovanie časopisu.*

*Od čias zakladateľky moderného ošetrovatelstva Florence Nightingale prechádzal náš „nový“ odbor množstvom významných zmien, ktoré boli ovplyvnené spoločenským vnímaním, konfliktmi, rozvojom vedy a techniky, ako aj pokrokom v oblasti medicíny. Zásadné zmeny by sa však neudiali bez sestier, ktoré na základoch nového autonómneho odboru dokázali presadiť názor, že sestra nie je len asistentkou a pomocníčkou lekára, ale ide o vzdelaného a erudovaného zdravotníckeho pracovníka, ktorý sa spolupodieľa na starostlivosti a samostatne dokáže rozhodnúť a ovplyvniť zdravotný stav chorého, či zdravého jedinca, rodiny a komunity. Ak si svoje významné postavenie v ošetrovatelstve uvedomovala Florence Nightingale pred viac ako storočím, a to v časoch, kedy vnímanie sesterskej profesie vlastne neexistovalo, bolo by na čase začať vnímať svoje postavenie v spoločnosti aj v súčasnosti. To, ako sa správame, ako komunikujeme, ako zastávame svoju profesiu v tíme a v spoločnosti sa nám vráti ako bumerang. Ak nie sme spokojní so stavom, v akom sa nachádza náš odbor, je to z veľkej časti aj našou zásluhou. Bez odhodkania, vzájomnej podpory, súdržnosti a tolerancie budeme na zmeny čakať možno ďalších sto rokov.*



*Na záver ďakujem všetkým autorom príspevkov, ktorí obsadili všetky čísla v roku 2016 kvalitnými a pútavými článkami a Vám čitateľom za dôveru, podporu a ochotu listovať stránky nášho spoločného elektronického časopisu. Želám nám všetkým pokojné sviaky a Nový rok 2017 nech je rokom uvedomenia si sily, dôležitosti a nenahraditeľnosti ošetrovatelstva a pôrodnej asistencie na Slovensku.*

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

## Príhovor riaditeľa kancelárie SKSaPA

Vážené kolegyně, vážení kolegovia,

*opäť máme za sebou ďalší a náročný rok plný driny. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek sa Vám aj v tomto období snažila maximálne pomôcť pri riešení Vašich každodenných problémov týkajúcich sa výkonu povolania.*

*V priebehu tohto roka sme okrem iných povinností v prvom rade plnili úlohy, ktoré nám vyplývajú zo zákona. Celkovo sme zhodnotili 9 501 sestier a pôrodných asistentiek. S radosťou môžeme konštatovať, že i napriek tomu, že sústavné vzdelávanie niektoré sestry a pôrodné asistentky vnímajú ako nevyhnutné „zlo“, až 86 % bolo zhodnotených s výsledkom „splnil.“ O tom, že chceme byť bližšie k Vám, svedčí aj úprava portálu pre hodnotenie sústavného vzdelávania, kde pribudla možnosť elektronického hodnotenia. Už nemusíte navštíviť kontaktné miesto, merať niekoľko kilometrov na hodnotenie, ale absolvovať ho môžete priamo z domu, čím si jednak ušetríte čas a v konečnom dôsledku veríme, že aj peniaze.*

*Ďalej chceme upriamiť Vašu pozornosť aj na to, že už tretí rok máte možnosť byť pravidelne v mesačných intervaloch informovaní o našej činnosti cestou Informačného Bulletinu SK SaPA a časopisu Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia, ktoré dostávate do svojich e-mailových schránok. Mnoho informácií získate aj na našej webovej stránke, ktorá ja každý deň aktualizovaná. Tešíme sa, že aj náš Benefitný program cez spoločnosť SK Benefit si získal mnoho našich členov. Veľké uplatnenie v uplynulom roku malo aj právne poradenstvo advokátskou kanceláriou PUCHALLA, SLÁVIK & partners s. r. o., ktoré využilo mnoho sestier a pôrodných asistentiek pri riešení svojich pracovno-právnych problémov.*

*Tešíme sa, že aj v roku 2017 tu budeme môcť byť pre Vás.  
Ďakujeme za Vašu dôveru.*



*PhDr. Milan LAURINC, PhD., dipl. s.  
riaditeľ kancelárie SKSaPA*

## Úvodník k tématickému ohruhu

Milé kolegyně a kolegovia,

úvodné slová môjho príspevku patria múdrym slovám Arthura Schopenhauera, ktorý povedal: „Zdravie nie je všetkým, ale bez zdravia je všetko ničím“.

Chirurgia je vnímaná ako odbor poskytujúci efektívnu - operačnú liečbu. Zostáva stále disciplínou, kde sa vedomosti a zručnosti chirurga kombinujú s predoperačnou a pooperačnou starostlivosťou sestier v prospech pacientov. Každá operácia je však iná a práve v tejto mnohotvárnosti spočíva krása chirurgie. Sestry vnímajú svoj postoj k pacientom po operácii ako poslanie, pri ktorom musia v mnohých prípadoch okrem ošetrovateľskej starostlivosti, tlmenia bolesti, eliminácii diskomfortu a prevencii pooperačných komplikácií podporovať pacienta a zastupovať i psychológa. Neodmysliteľnou súčasťou myslenia chirurgických sestier je v nemalej miere snaha o znižovanie, prevenciu nozokomiálnych nákaz a dodržiavanie hygienicko - epidemiologického režimu pracovísk.

Zo všeobecnej chirurgie sa vyčlenilo mnoho špecializovaných odborov, ktoré majú jedno spoločné: operačné – manuálne alebo inštrumentálne ošetrenie. Proces vznikania užších chirurgických špecializácií nie je ukončený a je ovplyvňovaný novými vedeckými a technickými poznatkami. Na ich rozvoj vplýva neustály legislatívny vývoj, nároky na vedomostnú a vzdelávaciu úroveň personálu a zavádzanie nových postupov v ošetrovatelstve.

Sestry získavaním a hľadaním nových poznatkov v odbore, určovaním ich priorit, správnym zorientovaním sa v ich aplikácii do praxe majú snahu o zabezpečenie kvalitných ošetrovateľských služieb. V ich poskytovaní hľadajú prínos nielen pre pacienta, ale i pre zdravotníckych pracovníkov. Sledovanie odborných vedomostí a účasť na sústavnom vzdelávaní by malo byť pre každú z nás samozrejmé. S rozumným postojom k novým poznatkom a informáciám dokážu byť neodmysliteľnou súčasťou profesionálneho tímu, ktorý kráča za jedným cieľom – zdravý a spokojný pacient.

Aj v tomto roku pripravila Sekcia sestier pracujúcich v chirurgických odboroch SKSaPA IX. Celoslovenskú konferenciu sestier pracujúcich v chirurgických odboroch s medzinárodnou účasťou. Uskutočnila sa v dňoch 20. a 21. októbra 2016 v Nových Zámkoch. Poskytla priestor na stretnutie sestrám, ktoré sa pri svojom pracovnom tempe a vyťažení súčasnej doby dokážu stretnúť, pripraviť si a spracovať svoje poznatky v odbore a podeliť sa s nimi na odbornom fóre. Mottom konferencie boli výstižné slová „LABOR VINCIT OMNIA – Úsilie všetko prekoná“.

Možnosti diagnostiky a liečby v chirurgických odboroch sa rozširujú a schopnosti a vedomosti sestier neustále zlepšujú, no je nutné hľadať nielen stratégiu k návratu pacienta na optimálnu úroveň zdravia, ale tiež zabezpečiť pacientovi profesionálny prístup a komfort. SKSaPA má snahu prispieť ku kvalite poskytovania ošetrovateľských služieb. Práve ona je mnohokrát nositeľkou zmien a sprístupnenia aktuálnych informácií všetkým zdravotníkom i širokej verejnosti.



Milí čitatelia, dovoľte mi záverom popriať všetkým požehnané Vianočné sviatky a úspešný a pohodový rok 2017.

**Mgr. Juliana SENIČOVÁ**

predsedníčka Sekcie sestier pracujúcich v chirurgických odboroch SKSaPA



## Príhovor „ministerskej sestry“

Vážené kolegyně, vážení kolegovia,

*odchádzajúci rok 2016 bol pri spätnom pohľade pre slovenské sestry rokom, v ktorom sestry prejavili odhodlanie stať sa aktívnymi partnermi pri riešení otázok týkajúcich sa podmienok poskytovania ošetrovateľskej praxe v Slovenskej republike, a taktiež otázok týkajúcich sa rozvoja vlastnej profesionality sestier. Že sú to témy, ktoré majú hodnotu a význam pre celú spoločnosť, svedčí prejavenie ochoty zo strany predstaviteľov MZ SR viesť so sestrami dialóg. Nie sme vždy spokojné akej intenzity a výsledku, ale napriek tomu dialóg existuje. Použijem myšlienku Dr.h.c. prof. PhDr. Anny Eliášovej, PhD., dekanky Fakulty zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity, ktorá z vlastných dlhoročných skúseností kreovania ošetrovateľstva na Slovensku potvrdila, že zmeny sa dejú postupne, často malými krokmi. Krok za krokom. To, čo je najdôležitejšie pre naplnenie očakávaní, je nezísť z cesty, ktorá vedie k cieľu.*

*Sama som málo trpezlivá, chcela by som méty dosahovať rýchlejšie a posúvať ciele stále vyššie. Pochopila som však, že napriek mojej snahe musím akceptovať realitu času a priestoru. Sme v období významných zmien, ktoré súvisia s prehodnocovaním kompetencií jednotlivých zdravotníckych pracovníkov, optimalizáciou špecializačných študijných programov pre sestry. Rozhodnutia, ktoré je potrebné prijať pri tvorbe týchto materiálov, vyžadujú veľkú zodpovednosť a odvalu. Našťastie existujú sestry, ktoré sú ochotné túto zodpovednosť na seba prevziať a aktívne spolupracujú pri vytváraní návrhov materiálov, aby legislatíva napomáhala uplatňovaniu ošetrovateľstva v praxi. Chcem touto cestou poďakovať členom pracovných skupín pri Odbore ošetrovateľstva MZ SR, členom Rady a odborných sekcií SK SaPA, ale aj mnohým kolegyniam a kolegom z praxe, že sú ochotní poskytnúť svoj čas, odborné vedomosti a skúsenosti pre rozvoj a posun ošetrovateľstva na Slovensku.*

*V závere mi dovoľte zaželať Vám všetkým veľa zdravia, šťastia a úspechov v novom roku 2017. Nech sa nám naďalej darí podporovať sa navzájom pri presadzovaní inovátnych myšlienok do praxe a v ťažkých chvíľach upriamovať našu pozornosť na cieľ, ktorým by mal byť bezpečne ošetrovaný spokojný pacient a jeho rodina.*



*PhDr. Tatiana HRINDOVÁ, PhD.  
Riaditeľka odboru ošetrovateľstva na MZ SR*

# Z činnosti Slovenskej Komory Sestier a Pôrodných Asistentiek

## PREDSTAVITELIA KOMORY NA ROZPOROVOM KONANÍ TLMOČILI ZÁSADNÉ PRIPOMIENKY K SPORNEJ VYHLÁŠKE

12. 12. 2016

Prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. sa spolu s členom Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milanom Laurincom, PhD., dipl. s. v pondelok 12. decembra 2016 na Ministerstve zdravotníctva SR zúčastnili rozporového konania v súvislosti s návrhom Vyhlášky, ktorou Ministerstvo zdravotníctva SR plánuje rozšíriť kompetencie zdravotníckym asistentom. Predstavitelia sestier a pôrodných asistentiek po rokovaní informovali novinárov na novinárskom brífingu ohľadom zásadných pripomienok SK SaPA k tejto spornej Vyhláške.



## V PIEŠŤANOCH DISKUTOVALI NAJVVYŠŠÍ PREDSTAVITELIA SK SAPA A REGIONÁLNYCH KOMÔR

25. 11. 2016

V dňoch 25. – 26.11.2016 sa konalo pracovné stretnutie prezidentov a hospodárov Regionálnych komôr SKSaPA, ktoré viedla prezidentka SKSaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl.p.a. spolu s orgánmi SKSaPA. Rokovanie sa začalo informáciami o činnosti Rady komory, Kancelárii komory a jej využitia. Program a diskusie pokračovali informáciami o kontrole zápisníc z Regionálnych komôr, informácií o Smernici ustanovujúcej výkon činnosti Výborov a financovania odborných sekcií, právne poradenstvo Komory, príprava a vyhodnotenie rozpočtov RK SaPA za rok 2016 a návrhy rozpočtov RK SaPA na rok 2017. Program bol venovaný aj hospodárskemu poriadku, archivácii, účtovníctvu a základom komunikácie s médiami.

Dôležitou súčasťou programu boli informácie o príprave kompetencií sestier a PA špecialistiek, návrh Komory na novelizáciu Vyhlášky MZ SR č. 364/2005 Z.z., či dotazník o pracovných podmienkach sestier a PA na Slovensku.

## SK SAPA ŽIADA MINISTRA ZDRAVOTNÍCTVA, ABY ZASTAVIL ZLÝ NÁVRH ROZŠÍRENIA KOMPETENCIÍ ZDRAVOTNÍCKYM ASISTENTOM

Tlačová správa SKSaPA, 22. 11. 2016

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek k navrhovanej Vyhláške Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa Vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach, vznesla 22 pripomienok, z toho 9 zásadných pripomienok. „V zdravotníctve je prísne určené, kto môže vykonávať aké úkony, aby boli pacienti v bezpečí a chránení, aby nedošlo ešte k väčšiemu poškodeniu zdravia, než je pacient postihnutý. V žiadnej z krajín Európskej únie nepracuje asistent samostatne, vždy je pod dohľadom sestry. Zdravotnícky asistent môže so sestrou/pôrodnou asistentkou spolupracovať, ale nemôže samostatne rozhodovať,“ konštatovala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

Komora ďalej upozorňuje na to, že v prípade, že vstúpi do platnosti navrhovaná Vyhláška, v nemocniciach nebude mať kto robiť základnú ošetrovateľskú starostlivosť, ako je podávanie stravy a tekutín, osobnú hygienickú starostlivosť, či polohovanie pacientov ako prevencia vzniku preležanín. Ako ďalej povedala prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. na základe súčasného znenia Vyhlášky, činnosti, ako je vykonávanie starostlivosti o ústnu dutinu, či podávanie jedla osobám s výnimkou novorodencov, vykonáva zdravotnícky asistent, avšak tieto činnosti z navrhovanej Vyhlášky MZ SR vypadli, čo znamená, že ich od 1. januára 2017 nebude mať kto robiť, respektíve ich budú realizovať sestry.

SK SaPA nesúhlasí s návrhom MZ SR, aby zdravotnícki asistenti samostatne odoberali krv zo žily. Podľa člena Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milana Laurinca, PhD. štátny vzdelávací program v súlade so Spoločným európskym rámcom kľúčových kompetencií, ktorý je základným orientačným nástrojom pre vymedzenie kľúčových kompetencií, zdravotníckym asistentom vymedzil kľúčové kompetencie, medzi ktoré patria požadované zručnosti, ako je spolupráca pri odbere a odosielaní biologického materiálu na vyšetrenie. „Z toho výkonového štandardu však vyplýva, že zdravotnícky asistent by nemal sám odoberať krv zo žily na vyšetrenie, ale spolupracovať pri odbere krvi. V mnohých prípadoch sa po odbere krvi na vyšetrenie častokrát následne podávajú infúzne preparáty, alebo výživa do žily, aby bol pacient čo najmenej traumatizovaný, a preto odber krvi zdravotníckym asistentom v praxi nemá opodstatnenie. V tejto súvislosti je nutné poukázať na náročnosť odberu krvi u rizikových skupín pacientov, ako sú napríklad obézni pacienti, podvýživení a onkologickí pacienti a pacienti v terminálnom štádiu,“ povedal člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD.

Komora čiastočne súhlasí s tým, aby zdravotnícki asistenti mohli aplikovať lieky inhalačne, ale nesúhlasí s ich podávaním do svalu. „V súvislosti so štátnym vzdelávacím programom zdravotnícky asistent samostatne môže aplikovať lieky inhalačne. Aj napriek tomu, že obsahový štandard štátneho vzdelávacieho programu povoľuje zdravotníckym asistentom aplikovať injekcie do svalu, upozorňujeme na ohrozenie bezpečnosti pacienta. V tomto bode sa vôbec nepopisuje, o aké liečivo ide. Nejedná sa len o technické zvládnutie výkonu, ale aj o prevzatie zodpovednosti za prípadné komplikácie. V uvedenom paragrafovom znení chýba výkon ako príprava liekov. Zdravotnícky pracovník, ktorý pripravuje liek k podaniu, by ich mal priamo aj aplikovať a niesť za to zodpovednosť. Alebo sa touto zmenou Vyhlášky myslí, že liečivo pripraví sestra a podá ho zdravotnícky asistent? Podávanie liekov si vyžaduje odborné vedomosti o účinkoch liekov, vrátane nežiaducich. V prípade olejovitých látok, liekov s pomalým vstrebávaním môže kedykoľvek dôjsť ku nepredvídaným komplikáciám, ako je alergická reakcia až zapálenie miesta vpichu, ktoré zdravotnícky asistent nemusí odhadnúť vzhľadom na to, že mu chýbajú dostatočné teoretické vedomosti z farmakológie,“ objasňuje člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD. SK SaPA čiastočne súhlasí s návrhom MZ SR, že zdravotnícky asistent môže odsávať sekréty z horných dýchacích ciest, ale za predpokladu, že pacient nemá zaistené dýchacie cesty, čiže nemá zaistené dýchacie cesty kanylou. V prípade odsávania dýchacích ciest u pacientov so zaistenými dýchacími cestami (napr. intubáciou), by podľa členky Rady SK SaPA Mgr. Zuzany Haladovej mohlo dôjsť k nebezpečenstvu dislokácie napr. kanyly na dýchanie, narušeniu a traumatizácii sliznice dutiny ústnej u kriticky chorých, pacientov s mnohými ochoreniami a starých pacientov, podráždeniu nervus vagus s vyvolaním poruchy srdcového rytmu, atď. „Odsávanie sekrétov z horných dýchacích ciest vyžaduje zabezpečenie a udržiavanie priechodnosti dýchacích ciest, prevenciu infekcie a pod. Tento výkon je špecifický a vysoko náročný a okrem iného si vyžaduje aj monitorovanie bolesti, atď.,“ vysvetľuje členka Rady SK SaPA Mgr. Zuzana Haladová.

V súčasnom znení Vyhlášky taktiež bolo uvedené, že zdravotnícky asistent môže vykonávať činnosti v zdravotníckom zariadení a zariadení sociálnych služieb na základe koordinácie sestrou u osôb od 18 rokov veku. Ministerstvo zdravotníctva SR však navrhuje znížiť vekovú hranicu na 15 rokov, s čím SK SaPA nesúhlasí. „Zdravotnícky asistent v súlade so svojim

študijným programom nemá dostatok vedomosti v starostlivosti o dieťa. Je nevhodné a riskantné posúvať odborné činnosti zdravotníckeho asistenta na nižšie vekové kategórie. Vzhľadom na to, že u sestier existuje štúdium prehĺbujúce si odborné vedomosti v špecializačnom študijnom programe ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii je nepochopiteľné a nebezpečné, aby zdravotnícky asistent vykonával odborné činnosti vymenované v § 4b, ods. (3) u detí do 18 roku života,“ vysvetlil člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD.

V prípade, že navrhované kompetencie zdravotníckym asistentom budú rozšírené, SK SaPA navrhuje bližšie vyšpecifikovať a upraviť, akým spôsobom by malo dôjsť k preškoleniu zdravotníckych asistentov, kto je spôsobilý toto preškolenie vykonať, aby mala dĺžka preškolenia najmenej 80 hodín primerane rozdelených na teoretickú časť a na praktickú časť. “V navrhovanej Vyhláške v súčasnosti nie je jasne definované, čo má obsahovať 40 hodinový kurz, a taktiež nie je jasne definované rozdelenie na teoretickú a praktickú časť. Je otázne, či bude takýto 40 hodinový kurz postačujúci. Vo vyučovacom procese do roku 2013 neboli v študijnom programe dostatočne pokryté teoretické vedomosti jednotlivých predmetov na získanie odborných vedomostí pre praktickú realizáciu navrhovaných výkonov. Nejde predsa len o osvojenie si mechanických zručností pri odbere krvi a aplikácii injekcií. Tieto dva výkony so sebou prinášajú aj množstvo komplikácií v prípade neodbornej realizácie výkonu, čo môže mať za následok ohrozenie bezpečnosti pacienta. Keďže ide aj o podávanie liečiv, je otázne, do akej miery budú mať zdravotnícki asistenti zvládnutú farmakológiu. V neposlednom rade je veľmi dôležité vyšpecifikovať, kto sa bude podieľať na praktickej výučbe vyššie spomínaných výkonov mimo laboratórnych podmienok. Vyučujúci vzdelávajúci zdravotníckych asistentov v praxi pri lôžku pacienta majú mnohokrát zrušenú alebo pozastavenú registráciu, teda nevykonávajú povolanie sestry. V prípade, ak vykonávajú činnosti pri lôžku pacienta, mali by byť registrovaní podľa platnej legislatívy v SK SaPA, čo však Stredné zdravotnícke školy nevyžadujú,” dodala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

## ROZŠÍRENIE KOMPETENCIÍ ZDRAVOTNÍCKYM ASISTENTOM PRINESIE EŠTE VÄČŠÍ CHAOS MEDZI ZDRAVOTNÍKMI

**Tlačová správa SKSaPA, 08. 11. 2016**

Navrhovaná úprava kompetencií zdravotníckych asistentov medzi zdravotníkmi spôsobí ešte väčší chaos, ako je v súčasnosti, pričom nevyrieši ich nedostatok. Upozorňuje na to Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek s tým, že sa pokojne môže stať, že v nemocniciach nebude mať kto robiť základnú ošetrovateľskú starostlivosť, ako je podávanie stravy a tekutín, osobnú hygienickú starostlivosť či polohovanie pacientov ako prevencia vzniku preležanín.

SK SaPA považuje za neštandardné to, že sestry sa o obsahu navrhovanej úpravy Vyhlášky dozvedeli až z médií napriek tomu, že Ministerstvo zdravotníctva SR opakovane zdôrazňovalo, že s predstaviteľmi sestier a pôrodných asistentiek spolupracuje. „Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v nemocničných zariadeniach, v ambulanciách, ale aj v zariadeniach sociálnych služieb je dôležitou súčasťou zdravotnej starostlivosti, je časovo, ale aj odborne náročný. Navrhovaná úprava Vyhlášky však nedáva jasnú odpoveď, či teda asistent je a naďalej bude podriadený sestre, alebo bude pracovať samostatne v rozsahu svojich kompetencií,“ konštatovala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., ktorá vidí za úpravou Vyhlášky ambície niektorých zdravotníckych škôl, ktoré potrebujú naplniť počty študentov. Ako ďalej povedala prezidentka SK SaPA Mgr. I. Lazorová, dipl. p.a, návrh úpravy Vyhlášky, ktorou MZ SR plánuje rozšíriť kompetencie zdravotníckych asistentov, v prvom rade vnesie ešte väčší chaos do kompetencií zdravotníckych pracovníkov. Upravená Vyhláška zároveň nevyrieši nedostatok zdravotníckych pracovníkov, na ktorých leží najväčšia záťaž spojená so zabezpečením základných ošetrovateľských potrieb pacientov, ako sú hygiena, polohovanie, prebaľovanie či kŕmenie. A práve na tieto náročné a často vykonávané činnosti potrebuje sestra ľudí do tímu.

Člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s. je prekvapený z toho, prečo Ministerstvo zdravotníctva SR chce začať rozširovať kompetencie práve u zdravotníckych pracovníkov, keďže koncepčným riešením by malo byť stanovenie kompetencií všetkých zdravotníckych pracovníkov alebo v úvode aspoň tých, ktorých pracovné činnosti na seba nadväzujú. „Návrh Vyhlášky nerieši degradáciu zdravotníckych asistentov na sanitárov v niektorých zdravotníckych zariadeniach, čo spôsobuje väčší problém v systéme ako samotné činnosti stanovené Vyhláškou. SK SaPA dlhodobo upozorňuje MZ SR, že činnosti, ktoré sa dostali do návrhu Vyhlášky MZ SR, ktorou sa menia kompetencie zdravotníckeho asistenta, nezaťažujú sestry tak, ako činnosti súvisiace so základnou ošetrovateľskou starostlivosťou v dôsledku nedostatku „pomocného“ personálu,“ dodal člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., ktorý žiada tvorcov zákona, aby rozšírenie kompetencií zdravotníckych pracovníkov riešili súčasne s úpravou kompetencií sestier, nakoľko tento komplexný problém sa nedá oddeliť.

(Zdroj: Tlačové správy SKSaPA, [www.sksapa.sk](http://www.sksapa.sk))

Viac informácií:

*Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.*  
prezidentka SKSaPA  
tel.: +421 0918 518 178  
e-mail: [lazorova@sksapa.sk](mailto:lazorova@sksapa.sk)  
Amurská 71, 821 06 Bratislava

*PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.*  
člen Rady a Prezídia SKSaPA  
tel.: +421 0915 943 571  
e-mail: [laurinc@sksapa.sk](mailto:laurinc@sksapa.sk)  
Amurská 71, 821 06 Bratislava

## AROGANCIA PREZIDENTA SOZZASS SZALAYA ŠKODÍ PACIENTOM



OZ SaPA  
Odborové združenie sestier a  
pôrodných asistentiek

### Tlačová správa OZSaPA, 21. 12. 2016

Počas včerajšieho rokovania zdravotníckej tripartity som ako predsedníčka Odborového združenia sestier a pôrodných asistentiek (OZ SaPA) požiadala ako prejav dobrej vôle pred Vianocami o prijatie Odborového združenia do oficiálneho tripartitného, sociálneho dialógu. Moja požiadavka vychádzala zo skutočnosti, že ako odborové zastúpenie sestier vie naša organizácia konštruktívne prispieť k dialógu o zvyšovaní kvality starostlivosti o pacientov na Slovensku.

Táto prosba bola však zo strany predsedu Slovenského odborového zväzu zdravotníctva a sociálnych služieb (SOZZaSS) A. Szalaya odmietnutá. A. Szalay pritom svoj postoj v diskusii odôvodnil tým, že aj deti si na Vianoce žiadajú darčeky, avšak nie všetky môžu dostať.



Hrubá arogancia, z ktorej reakcia predsedu SOZZaSS vyplývala, svedčí nielen o absolútnom nepochopení legitímnych požiadaviek, ktorými sa odborové zastúpenie sestier snaží vytvoriť čo najlepšie predpoklady pre zvyšovanie kvality starostlivosti o pacientov, ale aj o ľudskej stránke tohto človeka.

Napriek tomuto postoj, vyjadreného vskutku zarážajúcim „argumentom“, bude Odborové združenie sestier a pôrodných asistentiek naďalej nastoľovať požiadavky, vedúce k zlepšovaniu podmienok práce sestier v nemocniciach. Je totiž štatisticky preukázané, že lepšie podmienky práce a vyšší počet sestier vedie k zvyšovaniu kvality zdravotnej starostlivosti o pacientov a k vyššiemu počtu zachránených životov.

Proti nášmu vstupu do tripartity neboli ani minister zdravotníctva SR Tomáš Drucker, ani prezident Asociácie štátnych nemocníc Slovenska a poslanec NR SR J. Valocký. Na záver by sme chceli poďakovať predsedovi LOZ Petrovi Visolajskému za podporu.

Viac informácií:

*Mgr. Monika Kavecká, MHA, MPH*  
Predsedníčka OZSaPA  
e-mail: [ozsapa.sk@gmail.com](mailto:ozsapa.sk@gmail.com)

# 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](mailto:efn@efn.be)  
Web [www.efnweb.org](http://www.efnweb.org)

Registration Number  
NGO0476.356.013

## EURÓPSKA FEDERÁCIA SESTIER VYZÝVA SLOVENSKÚ VLÁDU, ABY PRESUNOM KOMPETENCIÍ NA ZDRAVOTNÍCKYCH ASISTENTOV NEOHROZOVALA PACIENTOV

Bratislava 25. 11. 2016 – Európska federácia sestier vyzýva vládu Slovenskej republiky, aby dodržiavala európske smernice a nevystavovala pacientov zbytočnému riziku. V 21. storočí je podľa EFN neprijateľné z čisto ekonomických dôvodov prideliť vysokú úroveň kompetencií sestier zdravotníckym asistentom s nižším stupňom vzdelania.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek prijala list z Európskej federácie sestier (EFN), ktorá je znepokojená návrhom Vyhlášky, ktorou Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky chce umožniť zdravotníckym asistentom vykonávať činnosti, ktoré doteraz vykonávali sestry. Vďaka revidovanej Smernici 2005/36/EC o vzájomnom uznávaní odborných kvalifikácií, všeobecné sestry v celej EÚ sú vzdelávané na vyššom stupni, aby mohli plniť úlohy efektívne a s vysokými štandardmi bezpečnosti a kvality starostlivosti o pacientov. „Pre ochranu bezpečnosti pacienta a zvyšovanie kvality starostlivosti musia členské štáty EÚ investovať do ošetrovateľstva ako profesie tým, že implementujú Článok 31 Smernice a jeho osem kompetencií do učebných osnov v odbore ošetrovateľstvo. **Slovensko sa však chystá opačným smerom, externým zabezpečením odborných pracovných činností sestier nižšie kvalifikovanými pracovníkmi, ako je napríklad aplikácia lieku do svalu, odber krvi zo žily, odsávanie z horných dýchacích ciest, atď., čo je pre EFN neprijateľné!**“ uviedol generálny sekretár Európskej federácie sestier Paul De Raeve, ktorý upozorňuje ministra zdravotníctva Tomáša Druckera na to, že slovenská vláda podporila v roku 2013 rokovania k Smernici 2013/55/EÚ, ktoré mali byť implementované už od 18. januára 2016, a preto by nemala degradovať ošetrovateľstvo.

Ako ďalej uviedol generálny sekretár EFN Paul De Raeve, v 21. storočí je neprijateľné prideliť vysokú úroveň kompetencií, ktoré majú právne dôsledky, na ľudí s nižším stupňom vzdelania, ako sú zdravotnícki asistenti, pracovníci podporujúcich proces starostlivosti, čisto z ekonomických dôvodov. „S novou Vyhláškou, ktorú Ministerstvo zdravotníctva navrhuje, a teda nechať zdravotníckych asistentov - pracovníkov s nižším dosiahnutým vzdelaním, vykonávať odborné pracovné činnosti sestier, slovenská vláda ignoruje bezpečnosť pacientov a znehodnocuje kvalitu poskytovanej starostlivosti! Existujú jasné dôkazy o tom, že slovenská vláda prijíma zlé rozhodnutia, pretože korelácia medzi čím vyšším vzdelaním a nižšou mierou úmrtnosti pacientov bola jasne preukázaná,“ dodal generálny sekretár EFN Paul De Raeve, ktorý žiada slovenskú vládu, aby vytvárala zdravotnú politiku založenú na dôkazoch a nevystavovala pacientov riziku.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek k navrhovanej Vyhláške Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa Vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach, vznesla 22 pripomienok, z toho 9 zásadných pripomienok. Predstavitelia sestier opakovane tvorcov legislatívy upozornili na to, že navrhovaná úprava prinesie viac chaosu medzi zdravotníkmi, ohrozí poskytovanú zdravotnú starostlivosť a celkovo nevyrieši problém s nedostatkom zdravotníkov. Ako povedala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., v žiadnej z krajín Európskej únie nerobí zdravotnícky asistent samostatne, ale vždy je pod dohľadom a koordináciou sestry. V zdravotníctve je podľa nej dôsledne určené, kto môže vykonávať aké úkony, aby boli pacienti v bezpečí a chránení, aby nedošlo ešte k väčšiemu poškodeniu zdravia, než je pacient postihnutý. „Slovenské sestry podporila Európska federácia sestier, ktorá reprezentuje viac ako 36 národných asociácií sestier a jej práca má vplyv na každodennú prácu 6 miliónov sestier v celej Európskej únii a Európe,“ dodal člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., ktorý verí, že minister zdravotníctva Tomáš Drucker nakoniec spornú Vyhlášku pod vplyvom odborných argumentov, a nie tlaku záujmových skupín, stiahne.

Preložené z tlačovej správy EFN:

EFN support to Slovak Nurses, 21.11.2016

Viac informácií: Dr Paul De Raeve, Secretary General of the European Federation of Nurses Associations.

Email: [efn@efn.be](mailto:efn@efn.be) - Tel: +32 2 512 74 19 - Web: [www.efnweb.eu](http://www.efnweb.eu)

Preklad: Lukáš Kober

## 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.



**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**

#### 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!**

✉ [BAndruskivova@personalservice-alpha.cz](mailto:BAndruskivova@personalservice-alpha.cz)

Tel.: +49 351 64 75 65 14

[www.personalservice-alpha.cz](http://www.personalservice-alpha.cz)



Altplauen 1 · 01187 Dresden

### VZDELÁVANIE SESTIER A POKROČILÉ ROLE SMEROVANIE K INTEGROVANEJ STAROSTLIVOSTI

NURSING EDUCATION AND ADVANCED ROLES - MOVING TOWARDS INTEGRATED CARE

#### PAUL DE RAEVE

European Federation of Nurses Associations – EFN

Téma prezentovaná na konferencii „Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia v procese zmien“

Drahí kolegovia,  
je pre mňa potešením, že sa dnes pripájam k diskusii na tému kompetencie a vzdelávania v oblasti ošetrovatelstva, čo je téma, ktorá bola hlavným politickým programom EFN od svojho založenia, a to najmä v posledných niekoľkých rokoch.

Bruselský úrad Európskej federácie asociácií sestier (EFN) bol založený v roku 1996 s cieľom byť bližšie k rozhodovacej právomoci EÚ. Od roku 1971 EFN zastupuje národné asociácie sestier. Dnes EFN tvoria národné asociácie sestier zo všetkých členských štátov a ďalších európskych štátov, ktoré predstavujú viac ako tri milióny sestier v 35 rôznych krajinách. Cieľom EFN je zabezpečiť, aby pacienti a sestry hrali ústrednú úlohu v sociálnej a zdravotnej politike na európskej úrovni, ako aj na úrovni členských štátov.

Keď sa hovorí o vzdelávaní sestier, je mimoriadne dôležitá Smernica 2005/36 ES o vzájomnom uznávaní odborných kvalifikácií. Súčasná smernica v znení neskorších predpisov v roku 2013 (implementovaná v januári 2016) vychádza z kombinácie sektorových smerníc, kde sú stanovené predpisy, podľa ktorých odborníci, vrátane sestier všeobecnej starostlivosti, ktorí boli vzdelávaní a vyškolení v jednom členskom štáte, mohli získať registráciu na výkon povolania v inom členskom štáte.

V roku 2002 Európska komisia navrhla, aby sa všetky sektorové a všeobecné smernice mohli sústrediť do jedného rámca. Smernica 2005/36 / ES

bola vytvorená po napätej politickej diskusii medzi Európskou komisiou, Európskou radou a Európskym parlamentom medzi rokmi 2002 a 2005. Členovia EFN boli preto veľmi znepokojení tým, že európske inštitúcie by mohli rozriediť minimálne požiadavky rovnováhy - 4600 hodín teórie / praxe - čo by viedlo k nižším požiadavkám na kvalifikáciu registrovanej sestry všeobecnej starostlivosti. Po troch rokoch aktívneho lobovania na národnej i európskej úrovni bola nová smernica schválená v Európskom parlamente v septembri 2005.

Smernica 2005/36 / ES nahradí všetky sektorové smernice a zapracováva príslušnú judikatúru EÚ. Došlo k zjednodušeniu a konsolidácii existujúcich pravidiel a postupov. EFN sa domnieva, že táto harmonizovaná smernica zaručuje lepšiu ochranu verejného záujmu a verejného zdravia pri voľnom pohybe služieb a chráni právnu požiadavku na získanie vstupného povolenia, ktoré sa týka príslušných právnych predpisov EÚ. Smernica okrem toho právne zaisťuje vstup siedmych odvetvových profesií, umožňuje byť aktívnym (napr. predkladanie a návrhy legislatívnych zmien) a reaktívnym (reagovať na žiadosti Komisie a členských štátov na veľmi špecifické témy, akou je napr. implementácia ošetrovateľských kompetencií v právnych predpisoch EÚ).

Smernica 2005/36 / ES v znení Smernice 2013/55 / EÚ je kľúčom k politickej aj odbornej diskusii o vzdelávaní sestier. Modernizáciu Smernice 2005/36 / EÚ predchádzal mimoriadne silný proces lobingu EFN, ktorá hlasno

zastupovala sestry a ošetrovateľskú profesiu. Smernica stanovuje minimálne požiadavky pre vzdelávanie sestier a zahŕňa osem kľúčových zručností, ktoré majú sestry získať v priebehu štúdia. Dôležitým aspektom tejto smernice je, že študenti ošetrovatelstva by mali byť zdatní, kvalifikovaní a schopní viesť a organizovať ošetrovateľskú starostlivosť. Okrem toho sa od kvalifikovaných sestier vyžaduje mať plnú zodpovednosť za svoju prax a výsledky svojej práce. To predstavuje základ pre úspešné systémové zmeny, ktoré možno rozvíjať ďalej na európskej úrovni. Smernica tiež stanovuje kľúčové zručnosti sestier v rámci systému zdravotnej starostlivosti, ako je koučovanie, vedenie a vyhodnocovanie výsledkov starostlivosti.

Kľúčové zručnosti sú:

- „Spôsobilosť samostatne diagnostikovať ošetrovateľskú starostlivosť, aplikovať požadované aktuálne teoretické i klinické vedomosti, ako aj plánovať, organizovať a realizovať ošetrovateľskú starostlivosť pri liečbe pacientov na základe vedomostí a zručností získaných v súlade s bodmi (a), (b) a (c) odseku 6 s cieľom zlepšiť odbornú prax;
- spôsobilosť efektívne pracovať spoločne s ostatnými odborníkmi v zdravotníctve, vrátane účasti na praktickom výcviku zdravotníckeho personálu na základe vedomostí a zručností získaných v súlade s bodmi (d) a (e) odseku 6;
- spôsobilosť na posilnenie postavenia jednotlivca, rodiny a skupiny voči zdravému životnému štýlu, starostlivosť o seba na základe



- vedomostí a zručností získaných v súlade s bodmi (a) a (b) odseku 6;
- d) spôsobilosť samostatne zahájiť okamžité opatrenia na ochranu života a vykonávať opatrenia v krízových situáciách a počas katastrof;
  - e) e) spôsobilosť samostatne poradiť, poučiť a podporiť jednotlivcov, ktorí potrebujú starostlivosť;
  - f) spôsobilosť samostatne zabezpečiť kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti a posúdiť ju;
  - g) spôsobilosť komunikovať komplexne a profesionálne, spolupracovať s príslušníkmi iných profesií v zdravotníctve;
  - h) spôsobilosť na analýzu kvality starostlivosti s cieľom zlepšiť svoju vlastnú odbornú prax ako sestry všeobecnej starostlivosti“.

Schválená zmodernizovaná smernica je hlavným ohniskom EFN na zabezpečenie transponovania všetkých zmien do vnútroštátnych právnych predpisov v každom členskom štáte. Aktualizácia prílohy V sa stala novou prioritou v tejto oblasti, a preto členovia EFN založili pracovnú skupinu, ktorá sa zaoberala kompetenciami. Výsledkom pracovnej skupiny je tzv. EFN kompetenčný rámec, ktorý spája všeobecné právomoci uvádzané v smernici ku konkrétnym študijným výsledkom. Výsledkom je, že každý členský štát a každá škola, ktorá postupuje pri aktualizácii vzdelávacích osnov v súlade s týmto kompetenčným rámcom, spĺňa požiadavky smernice.

EFN v súvislosti s presadzovaním aktualizácie prílohy V Smernice 2005/35 / ES pre vzdelávanie sestier všeobecnej starostlivosti, ktorá je zahrnutá v prílohe V, siaha až do roku 1977. 8 vyššie popísaných kompetencií pôvodne neboli pre prílohu V zohľadnené. Práve prepojenie súčasného článku 31 s prílohou V v rámci delegovaného aktu je jednou z kľúčových priorit EFN.

Popri tejto smernici a vzhľadom na nepretržitý vývoj elektronických aplikácií napojených na zdravotníctvo, je potrebné vychovávať a trénovať zdravot-

níkov a aplikovať mHealth do kažodennej praxe. Rozvoj e-zručností musí byť základom pri vzdelávaní sestier. Študenti ošetrovateľstva, ktorí začali študovať bakalársky stupeň v roku 2016, sú oboznamovaní s mobilnými zariadeniami a aplikáciami. Sestry hrajú kľúčovú úlohu pri zvyšovaní zdravotnej gramotnosti, pričom veľká časť populácie si uvedomuje výhody a následky používania zdravotníckych technológií.

Táto výzva môže byť dosiahnutá vývojom pokynov založených na dôkazoch v ošetrovateľstve a sociálnej starostlivosti pri využívaní služieb elektronického zdravotníctva. Projekt ENS4Care je dobrým príkladom, ktorý obsahuje databázu viac ako 120 osvedčených postupov v oblasti elektronického zdravotníctva a služieb poskytovaných sestrami a pracovníkmi v sociálnej starostlivosti. A to v oblastiach prevencie, chronickej obštrukčnej choroby pľúc, pokročilých rolí, kontinuity starostlivosti a elektronickej preskripcie, ktorú vedie sestra. Tieto pokyny dávajú návod sestram a sociálnym pracovníkom vykonať primerané rozhodnutia s cieľom viesť a podporiť pacientov k využívaniu mHealth.

Pokročilé role sú považované za cestu vpred s cieľom zlepšiť prístup k starostlivosti a dosiahnuť pozitívne výsledky u pacienta, obmedziť náklady súvisiace s poskytovateľmi a zlepšiť nábor zamestnancov prostredníctvom vylepšených možností kariérneho postupu. Sestram sú často pridelené role koordinátorov starostlivosti, a to v zmysle, že ako prostredník medzi odborníkmi zdravotnej a sociálnej starostlivosti zodpovedá za samotného pacienta v jeho sociálnom prostredí (neformálne ošetrovateľstvo, sociálni pracovníci, rodina atď.) Vďaka tejto role majú sestry lepší prehľad o celej liečbe pacienta, čo má osobitný význam v starostlivosti o seniorov. V súvislosti s integrovanou a komunitnou starostlivosťou nie lekári, ale sestry sú tie, ktoré majú lepší prehľad a celkovej liečbe pacienta v domácom prostredí. Činnosť prípadového manažéra a predpisovanie liekov je taktiež jed-

nou z pokročilých rolí sestry. Dobrým príkladom je Španielsko, kde sestry prostredníctvom platformy e-Health predpisujú lieky.

Záverom možno povedať, že problémy a ich riešenia v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti sú známe. Je to starnutie obyvateľstva a neustále komplikovanejšie procedúry, ktoré si vyžadujú odborné znalosti. Je potrebné vrátiť starostlivosť späť do komunity a udržať integráciu zdravotnej a sociálnej starostlivosti v prednej línii. Umožní to zefektívnenie výdavkov, zníženie zbytočnej byrokracie a výsledkom bude orientácia na ekosystémy kvality a bezpečnosti, čo povedie k hodnotám na báze systému zdravotnej a sociálnej starostlivosti, v ktorom systém nebude sestry vyháňať od pacienta, ale podporí ich. Ak chceme dosiahnuť a podporiť tieto zmeny, potrebujeme vysoko kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov s pokročilými úlohami, potrebnými zručnosťami a znalosťami na podporu ich úloh a zodpovednosti.

Dr Paul De Raeve

*EFN Secretary General*

*September 2016*

*Clos du Parnasse, 11A 1050 Brussels Belgium*

*Tel.: +32 2 512 74 19*

*Fax: +32 2 512 35 50*

*Email: [efn@efn.be](mailto:efn@efn.be)*

*Web: [www.efnweb.be](http://www.efnweb.be)*

*Twitter: @EFNBrussels*

*Facebook.com/EFNBrussels*

## Zdroje

ENS4Care (2015) [ENS4Care: Evidence Based Guidelines for Nurses and Social Care Workers for the deployment of eHealth services.](#)

World Health Federation (2015) [Heart Age Calculator.](#)

Preklad originálneho textu:

Lukáš Kober

## Preambula

Na základe demografických a epidemiologických trendov nastáva vo všetkých troch krajinách (Nemecko, Rakúsko, Švajčiarsko) prelom v zdravotnej starostlivosti, ktorý si vyžaduje nové štruktúry a koncepty starostlivosti. Očakáva sa masívny nárast chronických ochorení a polymorbidity, pre ktoré bude musieť čeliť náš zdravotný systém jeho pretvoreniu. Súčasné štruktúry, primárne upriamené na akútne zdravotné problémy, sa musia po novom upriamiť na vývoj konceptov starostlivosti, zameraných na chronické ochorenia a potrebu dlhoročnej starostlivosti, ktoré budú zavedené plošne (OECD, 2011).

Tieto trendy sú podnetom k tomu, aby sa odhalila významná rola ošetrovateľskej starostlivosti v meniacej sa zdravotnej starostlivosti, a k tomu, aby sa definoval spoločný postoj k pokročilej a prehĺbenej odbornej ošetrovateľskej starostlivosti v nemecky hovoriacich krajinách.

Definícia zahŕňa práve diskutovaný opis profesionálnej ošetrovateľskej starostlivosti pre nemecky hovoriace krajiny: „Profesionálne ošetrovanie zahŕňa vlastnú starostlivosť a opateru, samostatne alebo v spolupráci s inými odborníkmi, o ľudí všetkých vekových skupín, o rodiny alebo spolunažívajúce spoločnosti, ako aj skupiny a sociálne komunity, či chorých alebo zdravých, vo všetkých životných situáciách. Ošetrovateľská starostlivosť zahŕňa podporu zdravia, prevenciu vzniku ochorení a starostlivosť a opateru o chorých, hendikepovaných a zomierajúcich ľudí. Ďalšími kľúčovými úlohami ošetrovateľstva sú vnímanie záujmov a potrieb, vytváranie bezpečného prostredia, výskum, spolupráca pri vytváraní zdravotnej politiky, ako aj manažment zdravotníctva a vzdelávanie.“<sup>14</sup> Stavajúc na tomto základe vznikla nadriadená definícia a opis pokročilej a prehĺbenej odbornej ošetrovateľskej starostlivosti v zmysle Pokročilej ošetrovateľskej praxe (z ang. - Advanced nursing practice), ktoré sa principiálne orientujú na definíciu Medzinárodnej rady sestier (ICN) a na Model pokročilej ošetrovateľskej praxe (ANP Modell)

od Anny B. Hamricovej<sup>2</sup>, plne si uvedomujúc, že v súčasnosti v jednotlivých krajinách ešte nie všetky parametre definície môžu byť splnené, a definícia teda zahŕňa prinajmenšom čiastočne aj perspektívny pohľad.

## Definícia

Sestra odborníčka s pokročilou ošetrovateľskou praxou - APN (z ang. - Advanced practice nurse) - je odborníčka v odbore ošetrovateľstvo<sup>3</sup>, ktorá získala odborné znalosti, schopnosti rozhodovať pri komplexných skutočnostiach a klinické kompetencie pre pokročilú ošetrovateľskú prax. Charakteristika kompetencií bola ovplyvnená kontextom a/alebo podmienkami príslušnej krajiny, v ktorej jej vykonávanie bolo povolené. Magisterský titul z odboru ošetrovateľstvo je tu základným predpokladom<sup>4</sup>.

## Označenie

Ako názov povolania sa má v týchto troch krajinách ukotviť pomenovanie „Sestra odborníčka s pokročilou ošetrovateľskou praxou/Sestra odborník s pokročilou ošetrovateľskou praxou“. Použitie tohto označenia povolania malo byť v zmysle zaistenia kvality viazané na registráciu. Registrovanie by mohlo byť – tam, kde ešte neexistuje žiadny štátny register alebo žiadna samospráva - prevzaté z profesijných združení nemecky hovoriacich krajín, ktoré majú zastúpenie v Medzinárodnej rade sestier. Podmienkou pre uznanie a registráciu „sestry s pokročilou ošetrovateľskou praxou“ je magisterský titul z odboru ošetrovateľstvo (minimálne 90 ECTS – Európskeho kreditného transferového systému) so zameraním na APN (pokročilú ošetrovateľskú prax), v ktorom sa pripraví na prehĺbenú, pokročilú ošetrovateľskú prax.

## Zosúladenie vzdelávania

Kvalifikácia „sestier s pokročilou ošetrovateľskou praxou“ sa vykonáva perspektívne v po sebe naväzujúcom magisterskom programe, ktorý sa orientuje na Bologna systematiku, a kde je základným predpokladom bakalársky titul z ošetrovateľstva a minimálne dva roky pracovných skúseností v ošetrovateľskej

praxi. Profily študijných programov, špecifických pre jednotlivé krajiny pre „sestry s pokročilou ošetrovateľskou praxou“, sú vo vývoji a zosúladení vzdelávacích profilov pre nemecky hovoriacu oblasť. Vyžaduje si to dlhší proces prechodu, pričom umiestnenie pregraduálneho vzdelávania v ošetrovateľstve vo vzdelávacom systéme príslušnej krajiny nadobúda dôležitý význam.

Zatiaľ, čo vo Švajčiarsku vzdelávanie v ošetrovateľstve v poslednom desaťročí presídlilo vo zvýšenej miere do vysokého školstva, je tento vývoj v Rakúsku zákonne ukotvený len od roku 2008 a v Nemecku v tomto smere diskusný proces tvorcov ešte nie je uzavretý. To má za následok, že v Rakúsku a Nemecku „sestry s pokročilou ošetrovateľskou praxou“ sú v súčasnej dobe kvalifikované v bakalárskych programoch, a iba vo Švajčiarsku je práve v súčasnosti už požadované dosiahnutie magisterského titulu.

## Zosúladenie odbornej praxe a oblastí využitia pre sestry s pokročilou praxou v ošetrovateľstve – APN

Pre roly „sestier s pokročilou ošetrovateľskou praxou“ sú vždy podľa umiestnenia v zdravotnom systéme možné rôzne orientácie, kde konfigurácia rolí vždy slúži ako záruka kvalitatívne dobrej zdravotnej starostlivosti obyvateľstva.

Medzinárodne sa zaviedli mnohé role pod zastrešením konceptu APN. Konfigurácia role „sestier s pokročilou ošetrovateľskou praxou“ sa môže podľa zodpovednosti v priamej klinickej praxi u pacientov a podľa oblastí pôsobnosti líšiť<sup>5, 6, 7, 8</sup>. „Sestry s pokročilou ošetrovateľskou praxou“ môžu ošetrovať špecifickú populáciu pacientov s komplexnými ošetrovateľskými potrebami a disponovať špecifickými odbornými znalosťami v tejto oblasti. Sú zodpovedné za rozvoj klinických smerníc a noriem v ich odbore. Disponujú schopnosťou poradiť sestrám z ich odbornej oblasti a zároveň prevziať rolu vykonávateľa zmeny. Tieto funkcie slúžia k udržateľnému zabezpečeniu efektivity a účinnosti, continuity, kvality a bezpečnosti poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

„Sestry s pokročilou ošetrovateľskou praxou“ môžu popri bežných ošetrovateľských činnostiach ponúknuť aj intervencie, ktoré dodnes patrili do lekárskeho poľa pôsobnosti. Týmto intervenciami by sa mohli riešiť zdravotné ťažkosti, ktoré vykazujú vysokú incidenciu a prevalenciu. Sú odborné v stave, kedy - ako súčasť ich úloh – dokážu vykonávať vymedzené lekárske úkony, predpisovať niektoré vybrané lieky, respektíve dané predpisy prispôbovať, tak ako aj vykonávať diagnostické testy a aj ich interpretovať. Prevzatie vymedzených lekárskeho úkonov nemá nahrádzať lekára, ale má byť doplnujúce a v závislosti na kontexte rozšíreného ošetrovateľského zásahu. V žiadnom prípade nie je v politike povolania vytýčeným cieľom ošetrovateľských odborných združení prostredníctvom kvalifikácie „sestier s pokročilou ošetrovateľskou praxou“ vykompenzovať nedostatok lekárov v oblastiach so slabými štruktúrami.

Sestry odborníčky s pokročilou ošetrovateľskou praxou spolupracujú v rámci jednej organizácie zdravotnej starostlivosti (nemocnica, ambulancia, domáca starostlivosť, ústav) s inými odborníkmi a multidisciplinárnymi tímami. Pripájajú sa k ošetrovateľským rodinným príslušníkom a ďalším podporným systémom. Majú dôležitú úlohu pri podpore zdravotnej gramotnosti a môžu byť tiež využité vo vysoko technických podmienkach alebo v podpore zdravia a prevencii. Zosúladenie oblastí využitia „sestier odborníčok s pokročilou ošetrovateľskou praxou“ v odbornej praxi v nemecky hovoriacich krajinách je kvôli rozdielnym systémom sociálneho poistenia a spôsobom financovania zdravotnej starostlivosti možná len podmienčne. Avšak aj napriek tomu môže byť prostredníctvom opisu kompetenčných profilov, respektíve profilov rolí „sestier odborníčok s pokročilou ošetrovateľskou praxou“, nájdený medzinárodný konsenzus pre výkon povolania v nemecky hovoriacich krajinách.

### Harmonizácia predpisov

Pre zachovanie odborného titulu je nevyhnutné pravidelné potvrdenie o sústavnom vzdelávaní na základe noriem aktívneho profesijného registra, respektíve profesijných nariadení a potvrdenie o pravidelnej priamej klinickej praxi. Rola sestry odborníčky s pokročilou

ošetrovateľskou praxou musí vychádzať z nasledujúcich základov a jej titul musí byť chránený:

**Bezpečnosť pacientov:** Čím rozsiahlejšie kompetencie a právomoci odborník v zdravotníctve má, tým nevyhnutnejšie sú nástroje na zaistenie bezpečnosti pacientov a predchádzanie ich poškodeniu.

**Efektivita:** V budúcnosti bude menej odborníkov v ošetrovateľstve zvládať viac a komplexnejšie úlohy. Na to, aby sa aj v budúcnosti mohla zabezpečiť kvalitatívne vysoko postavená zdravotná starostlivosť pre všetkých, musí byť každý jednotlivý odborník v ošetrovateľstve vzdelaný najlepšie, ako je to možné.

**Kvalita:** Práca sestier odborníčok s pokročilou ošetrovateľskou praxou je veľmi náročná. Obzvlášť v starostlivosti a poradenskej činnosti u ľudí s mnohonásobnými ochoreniami je potrebné mať veľmi vysoké a aktuálne odborné znalosti. Pravidelné potvrdenie o zodpovedajúcom ďalšom vzdelávaní, kompetenciách a praktických skúsenostiach zaručuje kvalitu výkonu.

### Financovanie

Popri prispôbení zákonných podmienok a štruktúr je vytvorenie pravidiel odmeňovania nevyhnutným predpokladom pre úspešné široké implementovanie role „sestier odborníčok s pokročilou ošetrovateľskou praxou“ v rozličných podmienkach.

### Prechodné opatrenia

Odborníci v ošetrovateľstve, ktorí získali kompetencie iným spôsobom, ako je spôsob kvalifikácie opísaný v rámcovom dokumente, môžu v zmysle prechodného opatrenia na vyrovnanie stupňa kompetencií, kompetenčného profilu a aktuálneho výkonu povolania dosiahnuť rovnocennosť. To zodpovedá špecifikám regulácie v príslušnej krajine.

### Zdroje

1. Offizielle, von Berufsverbänden Deutschlands, Österreichs und der Schweiz konzertierte Übersetzung der Definition des ICN auf <http://www.sbk-asi.ch/>
2. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. (2004) 3rd Ed. Advanced Nursing Practice: An integrative Approach. Philadelphia: Saunders. Graphische Darstellung im Anhang 1
3. Registrierte Pflegefachpersonen sind Personen, die eine Pflegeausbildung

abgeschlossen haben. Sie sind berechtigt, in ihrem Land den Pflegeberuf auszuüben (vgl. ICN-Statuten, Art. 6). In der Schweiz sind dies Pflegefachfrauen und -männer, in Österreich Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger, Diplomierte Kinderkrankenschwester/-pfleger, Diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger; in Deutschland Altenpfleger/-innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen.

4. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. (2004) 3rd Ed. Advanced Nursing Practice: An integrative Approach. Philadelphia: Saunders. Graphische Darstellung im Anhang 1
5. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. (2004) 3rd Ed. Advanced Nursing Practice: An integrative Approach. Philadelphia: Saunders. Graphische Darstellung im Anhang 1
6. Schober M, Affara F. (2008). Advanced Nursing Practice (ANP). Bern: Huber
7. SBK Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Institut universitaire de formation et de recherche en soins IUFERS CHUV, Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VfP, SBK IG Swiss ANP: Eckpunktepapier Advanced Nursing Practice (ANP) 2012
8. DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2011): Advanced Nursing Practice. Pflgerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung

### Kontakt

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Bundesverband e.V.

Alt-Moabit 91, 10559 Berlin

[dbfk@dbfk.de](mailto:dbfk@dbfk.de), [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)

Wilhelminenstraße 91/IIIe, 1160 Wien

[office@oegkv.at](mailto:office@oegkv.at), <http://www.oegkv.at/>

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK – ASI)

Postfach 8124, 3001 Bern

[info@sbk-asi.ch](mailto:info@sbk-asi.ch), <http://www.sbk-asi.ch/>

Preklad z originálneho textu:

František Naňo

# Ošetrovateľstvo v chirurgických odboroch - Odborné príspevky

## Surgical nursing - Professional contributions

### POKROČILÁ PRAX V OŠETROVATEĽSTVE: MANAŽMENT RÁN

#### ADVANCED PRACTICE IN NURSING: WOUND MANAGEMENT

**BEÁTA GREŠŠ HALÁSZ, ĽUBOMÍRA TKÁČOVÁ**

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

#### Abstrakt

Pokročilá prax v ošetrovateľstve je považovaná za novodobú rolu sestier. Jej uplatnenie zahŕňa širokú škálu zameraní a špecializácií. V neposlednom rade je to aj špecializácia súvisiaca s manažmentom rán. V mnohých krajinách sa pokročilá registrovaná prax sestier so špecializáciou na manažment rán uplatňuje. Je to rola uplatňujúca najnovšie trendy v technológiách a vede zohľadňujúca socio-ekonomické a demografické podmienky súčasnosti. Podmienky pre certifikáciu sú určované v závislosti od legislatívy a podmienok danej krajiny. Odborníci však uvádzajú, že obsah kurzov a podmienky certifikácie nie sú jednotné, čo je situácia v neprospech pacienta. Pokročilá prax sestier v oblasti manažmentu rán je veľmi komplexná, vyžadujúca expertízu vo vedomostiach, zručnostiach, rozhodovaní, vodcovstve, mentorstve, edukácii, výskume v oblasti špecializácie a schopnosti v implementácii praxe založenej na dôkazoch. Uplatnenie role v primárnej až kvartérnej starostlivosti jednotlivcom, rodinám, komunitám prináša pozitívne výsledky pre spoločnosť.

#### Kľúčové slová

Pokročilá prax v ošetrovateľstve. Manažment rán. Certifikácia. Vzdelanie.

#### Abstract

Advanced nursing practice is a modern role of nurses. It covers a wide range of specializations. It also includes wound management. Advanced practice registered nurses with wound management specialization is known in many countries. The role includes the latest

trends in technology and science, considering the present socio-economic and demographical conditions. The terms of certification are determined by the legislation and conditions of the country. However, experts argue that the content of courses and certification conditions are not uniform, which is a situation detrimental to the patient. Advanced practice nursing in wound management is very complex and requires expertise in knowledge, skills, decision making, leadership, mentoring, educating, research in the field of specialization and skills in implementation of evidence-based practice. Implementation of the role within primary to quaternary care to individuals, families, communities brings positive results for the society.

#### Key words

Advanced Practice in Nursing. Wound Management. Certification. Education.

#### Úvod

Expanzia, rast a chápanie konceptu pokročilej praxe v ošetrovateľstve prechádza komplexným vývojovým procesom od čias jej existencie až dodnes. Jej vývoj priniesol mnoho mylných výkladov koncepcie role a nedorozumení týkajúcich sa toho, čo pokročilá prax vlastne je, čo pre pacienta/klienta prináša a pod. Vývoj pokročilej praxe v ošetrovateľstve ukázal aj to, akým pomalým tempom reagovali zdravotné systémy, organizácie a iné príbuzné profesie z hľadiska tradičných prístupov k zdravotnej starostlivosti na globálne zmeny. Napriek všetkému pokročilá prax v poslednej dekáde expanduje a je považovaná za budú-

nosť ošetrovateľskej profesie. Sestry naďalej zdokonaľujú svoje technické a praktické zručnosti, preto odpoveďou je aj štandardizácia vzdelávania a registrácia, v mnohých krajinách dosahovaná postupne (1).

#### Definícia

##### pokročilej praxe a jej regulácia

Pokročilú prax v ošetrovateľstve však treba chápať ako stupeň expertízy, nie len ako rolu alebo titul. Zahŕňa štyri kľúčové elementy: pokročilú klinickú/profesionálnu prax, pomoc pri výučbe, vodcovstvo/manažment, a výskum (1).

Definícia pokročilej praxe sa taktiež vyvíjala postupne, pretože ju nebolo jednoduché dôkladne popísať z hľadiska na jej vývoj a chápanie. Existuje mnoho definícií; väčšinou sa viažu ku konkrétnym krajinám. Uvádzame všeobecnú definíciu medzinárodnej rady sestier (ICN) z roku 2002, ktorá definovala sestru s pokročilou praxou ako „registrovanú sestru so získanými odbornými znalosťami, s komplexnými rozhodovacími schopnosťami a klinickými kompetenciami pre expandovanú prax, ktorej charakteristiky sú dané kontextom a/alebo krajinou, v ktorej je oprávnený/-á vykonávať povolanie. Odporúčaná úroveň akademického vzdelania je magisterské vzdelanie.“ (2). Rozsah pokročilej praxe je odporúčaný ICN z roku 2009. Sestra s pokročilou praxou má právo diagnostikovať, povolenie predpisovať liečivá a liečbu, povolenie prijímať pacientov/klientov do nemocnice a odporúčať ich k iným odborníkom, právo používať a obhajovať názov „sestra- praktička/sestra s pokročilou praxou“ (resp. oficiálne

uznané názvy pre sestry uplatňujúce sa v rolách pokročilej praxe). Legislatívna alebo iná forma regulačného mechanizmu je špecifická pre sestry s pokročilou praxou (2). Pre všetky atribúty spojené s expertízou a výkonom pokročilej praxe vyplývajú aj základné podmienky pre registráciu, ktoré ICN odporúča: prax v oblasti minimálne 5 rokov a vzdelanie minimálne druhostupňové vysokoškolské (Mgr.). V súčasnosti mnohé organizácie zaoberajúce sa odporúčaniami pre pokročilú prax a jej reguláciu diskutujú o minimálnom doktorskom vzdelaní (Doctor of Nursing Practice- DNP) (3).

### Kategórie pokročilej praxe

- a) **sestra praktička (Nurse Practitioner- NP)** má dôležitú úlohu pri zbere údajov a anamnézy pacienta/klienta, komplexnom fyzikálnom vyšetrení, diagnostike a liečbe akútnych a chronických ochorení, realizuje sa v oblasti imunizácie, preskripcie a manažmentu medikamentózneho liečby, objednávanie a interpretácie laboratórnych testov a radiologických vyšetrení, a tiež v oblasti edukácie a poradenstva pacientom/klientom.
- b) **sestra- klinická špecialistka (Clinical Nurse Specialist- CNS)** sa uplatňuje v zariadeniach, kde manažuje akútne a chronické ochorenia, vytvára programy zlepšovania kvality starostlivosti so zameraním na oblasť špecializácie a uplatňuje sa ako mentor, výskumník a konzultant.
- c) **sestra- pôrodná asistentka (Nurse-Midwife- NM)** poskytuje primárnu starostlivosť ženám, pričom vykonáva určené gynekologické vyšetrenia v rámci prevencie ochorení, predčasných a rizikových pôrodov, realizuje sa v oblasti poradenstva v súvislosti s plánovaným rodičovstvom, uplatňuje sa v prenatálnej a neonatálnej starostlivosti, pôsobí v nemocniciach, pôrodných centrách, komunitných klinikách, ale aj v domácnostiach pri domácich pôrodoch.
- d) **anestéziologická sestra (Nurse Anesthetist- NA)** sa realizuje pri administrácii anestézie, pri starostlivosti pred a po chirurgickom, terapeutickom, diagnostickom a gy-

nekologicko- pôrodnickom zákroku, uplatňuje sa pri manažmente bolesti, pôsobí na operačných sálach, chirurgických ambulanciách a centrách, stomatologických ambulanciách a pod.(4).

### Sestra s pokročilou praxou v oblasti manažmentu rán

Posúdenie je proces zhromažďovania a analýzy dát, ktoré sa vykonáva pomocou pozorovania, rozhovoru a hodnotenia (5). Posudzovanie a ošetrovanie pacientov s ranami sú tradične základnými výkonmi ošetrovateľskej praxe. Zahŕňajú výmenu obväzov, kontrolu a prevenciu infekcií, kontrolu výživy, mobility, hygieny a komfortu. V prvom rade sú to sestry, ktoré sa po stáročia podieľajú na starostlivosti a pacientov s ranami v rámci primárnej až kvartérnej starostlivosti, akútnej až paliatívnej starostlivosti, v nemocničných zariadeniach, či komunitnej starostlivosti, od tradičnej gázovej až po génovú liečbu a pod. Zmeny v demografii, technológiách, vede, politike, ekonomike a sociálnej oblasti však prinášajú nároky a požiadavky na vedomosti a zručnosti sestier a ich pokročilosť v ošetrovateľskej praxi aj v súvislosti s manažmentom rán. Tieto požiadavky viedli ku kreovaniu profesijných organizácií definujúcich špecifické kompetencie, podmienky pre vzdelávanie, prax a podmienok certifikácie určujúcej špecializáciu ošetrovateľstva v oblasti manažmentu rán (6).

Proces hojenia rán je obrovským medicínskym, ošetrovateľským a ekonomickým problémom, ktorému je potrebné venovať náležitú pozornosť (7). Historicky, špecializácia manažmentu rán sa začala formovať v päťdesiatych rokoch v súvislosti s potrebami pacientov so stómiou v rámci intestinálnych a urologických ochorení. Dr. Rupert Turnbull (chirurg špecializujúci sa na kolorektálnu chirurgiu) z Cleavelandskej Kliniky a pacientka Norma Gill priniesli myšlienku a zriadili špecializovaný vzdelávací program v roku 1961, ktorého expanziou v roku 1968 vznikla dnes známa spoločnosť sestier pre rany, stómie a kontinenciu - Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN), s cieľom podporovať

vzdelávanie, kliniku a výskum v oblasti pokročilej špecializačnej praxe ranového manažmentu (8).

WOCN spoločnosť spolu s WOCNCB (Wound, Ostomy and Continence Nursing Certification Board) výborom pre certifikáciu založeného v roku 1978 vydalo vyše 7 600 certifikátov pre sestry na celom svete. Výbor v priebehu rokov sledoval vývoj pokročilého ošetrovateľstva a jeho úlohou bolo zachytiť jeho expanziu a zodpovednosť v oblasti pokročilej praxe - manažmentu rán. V roku 2012 bola zahájená certifikácia pre registrované sestry s pokročilou praxou (Advanced Practice Registered Nurse- APRN), konkrétne Sestru- praktičku ( NP) a Sestru- klinickú špecialistku (CNS). Skúšky validujú pokročilé špecializačné vedomosti a spôsobilosť v troch špecializačných oblastiach - rany, stómie, kontinencia (prípadne troj-špecializácia).

Podmienky pre získanie certifikátu:

- Vlastniť licenciu ako registrovaná sestra a/alebo licenciu sestry s pokročilou praxou
- Ukončené magisterské alebo vyššie vzdelanie pre možnosť stať sa sestrou s pokročilou praxou
- Absolvovaný buď akreditovaný vzdelávací program (WOC- wound, ostomy and/or continence- rany, stómie, kontinencia), alebo prax v oblasti špecializácie podľa požiadaviek WOCNBN v priebehu piatich rokov

Certifikácia sa obnovuje každých päť rokov.

Mnohé štúdie preukázali opodstatnosť a nezastupiteľnú úlohu certifikovaných sestier s pokročilou praxou v špecializácii manažmentu rán (9). Vzhľadom na bezpečnosť a pozitívne výsledky pre pacientov/klientov, ale aj pracovné príležitosti pre samotné sestry s takouto špecializáciou, ich počet v nemocniciach, špecializovaných centrách, domácej či ambulantnej starostlivosti rastie. Mnohé organizácie ponúkajú certifikáty pre sestry. V porovnaní s WOCN certifikátom tieto ale nevyžadujú predpísané pravidelné hodnotenie klinickej spôsobilosti. Manažment rán v si vyžaduje najvyšší stupeň klinickej expertízy, expertízy v rozhodovaní

a vodcovstva v súčasnom systéme zdravotníctva, ktorú nie je možné dosiahnuť v krátkom čase s minimálnou prípravou pre prax (8).

Hlavné kompetencie sestry s pokročilou praxou spočívajú v niekoľkých kľúčových oblastiach: výskum, vodcovstvo, požiadavky na kvalitu, prax, informatika a technológie, postupy, výchova k zdraviu, etika, autonómia a nezávislá prax. Poskytuje služby spojené s týmito kompetenciami v rámci priamej starostlivosti, konzultácií, rozhodovania, konzultácií a kolaborácii. Sestra uplatňuje vysoký stupeň expertízy v posudzovaní, diagnostike a liečbe u jednotlivcov, rodín alebo komunit v spojitosti s aktuálnymi a potenciálnymi zdravotnými problémami, má nezastupiteľnú úlohu pri prevencii ochorení a poranení, podpore wellness a zabezpečení komfortu (3).

Chronické rany vďaka svojej multifaktoriálnej etiológii predstavujú ošetrovateľský problém, ktorý obvykle presahuje odborné vedomosti, diagnostické a terapeutické možnosti jednej klinickej disciplíny a vyžaduje multidisciplinárny prístup (10). Vzhľadom k tomu, že ošetrovanie rán má hlboké korene v ošetrovateľskej praxi, spolupráca a zdieľanie vedomostí a zručností s inými členmi tímu vytvára príležitosti, ale často aj dilemu. V spojitosti s týmto môže najviac trpieť pacient. Cieľom je prekonať nedostatky, čo je možné dosiahnuť implementáciou pokročilej praxe certifikovaných sestier so špecializáciou v oblasti manažmentu rán, ktorých kompetenciami sú preskripcia, holistický prístup, pokročilé schopnosti posudzovať, expertízne zručnosti a vedomosti a legitímna certifikácia. Zameranie role je poskytovať bezpečné, zdroje šetriace služby čo najvyššieho stupňa expertízy (11). WOC- APRN sú klinickí experti v prvej línii, ktorí sa zaoberajú problémami, ako sú preležaniny, nehojace sa chronické rany, infekcie močového systému a operačných rán v rámci kolaborácie so sestrami, lekármi, pedikérmi, fyzioterapeutmi, nutričnými poradcami a pod. (8).

Na klinikách pre manažment rán, v nemocničných, či primárnych zariadeniach, ošetrovateľských domovoch,

WOC- APRN rieši prípady zahrňujúce manažment chronických rán, pričom objednáva obväzový materiál, liečbu, diagnostické testy, vykonáva debridement rán a aplikuje produkty bioinžinierstva (náhrady tkanív). Ďalej konzultuje s odborníkmi - sestrami, lekármi, plastickými chirurgmi, špecialistami z oblasti ranových infekcií pri osteomyelitidách a pod. Jej úlohou je tiež edukovať pacientov/klientov v rôznych oblastiach, ako napríklad pacientov s diabetickou nohou, poskytuje poradenstvo pacientom s vredmi predkolenia o stratégiách starostlivosti o samých seba využívaním dôkazov najnovších výskumov. WOC- APRN sestra participuje na výskumoch s firemnými partnermi a mentoruje sestry o stratégiách starostlivosti o rany (8).

### Konklúzia

Ošetrovanie rán je ovplyvnené komplexným vývojom vedy, technológií, socio - ekonomiky, demografie, ako aj chorobnosti populácie. Ošetrovateľstvo sa novým trendom musí, ako aj iné vedy, neustále prispôbovať. Vymedzenie rolí ošetrovateľstva v súvislosti so vzdelaním, licencovaním a certifikáciou má potenciál posilniť spoluprácu s odborníkmi v rámci tímu zameraného na manažment rán s hlavným zámerom, a to dosiahnuť čo najlepšie výsledky pre pacientov. Implementáciou pokročilej praxe v ošetrovateľstve so špecializáciou v manažmente rán a jej jasne stanovenými minimálnymi požiadavkami pre autonómnu prax sa stáva veľmi zaujímavou víziou budúcnosti, tak pre samotné sestry, ako aj pre pacientov.

### Zdroje

1. BARTON, T. D.- ALLAN, D. 2015. *Advanced Nursing Practice: Changing Healthcare in a Changing World*. London: Palgrave, 2015. 306 s. ISBN 978-0-230-37813-1.
2. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. 2009. *Nursing Matters: Fact Sheet. Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics*, Switzerland: Geneva, 2009 [online]. [cit. 2016-05-11] Dostupné na internete: <[http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/1b\\_FS-NP-APN.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-NP-APN.pdf)>.

3. HAMRIC A.B., HANSON Ch. B., TRACY M. F., O'GRADY E. T. 2014. *Advanced Practice Nursing: The Integrative Approach*, 5th edn., Missouri: Elsevier Health Sciences, 2014. 726 s. ISBN: 978-1-4557-3980-6.
4. MEZEY, M. D.- MCGIVERN, D. O.- SULLIVAN- MARX, E. M. 2010. *Nurse Practitioners: The Evolution and Future of Advanced Practice*, 5th edn., New York: Springer Pub, 2010. 485 s. ISBN: 978-0-8261-1822-6.
5. MARTINKOVÁ, J. 2015. Fyzikálne posúdenie pacienta vo vyššom veku. In: X. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2015. - ISBN 978-80-89542-47-5. - CD-ROM; S. 21.
6. BEITZ, J. M. 2000. Specialty practice, advanced practice and WOC nursing: current professional issues and future opportunities. In *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2000. vol. 27(1), 55-64 pgs.
7. BALOGOVÁ, E., BOROŇOVÁ, J. 2014. Vplyv výživy na priebeh hojenia rán. In *Florence*. 2014. roč. X. č. 12, s. 6-9. ISSN 1801-464X.
8. CORBETT, L. Q. 2012. Wound Care Nursing: Professional Issues and Opportunities. In *Advances in Wound Care*. 2012. vol. 1(5): 189-193 pgs.
9. ZULKOWSKI, K, AYELLO, E. A, WEEXLER, S. 2007. Certification and education: do they affect pressure ulcer knowledge in nursing? In *Advances in Skin Wound Care*. 2007. vol. 20(1), 34-38 pgs.
10. BALOGOVÁ, E., BRAMUŠKOVÁ, J., BOROŇOVÁ, J. 2012. Význam výživy při hojení akutních a chronických ran. In *Sestra*. 2012. roč. 22, č.3, s.52-53. ISSN 1210-0404.
11. JANKOWSKI, I. M. 2010. Matching patient safety goals to the nursing specialty: using wound, ostomy, continence nursing services. In *Journal of Nursing Adm*. 2010. vol. 40 (1), 26-31 pgs.

### Kontakt

PhDr. Beáta Grešš Halász  
doktorandka, asistentka Katedry ošetrovateľstva  
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava  
e-mail: [beahalasz@yahoo.com](mailto:beahalasz@yahoo.com)



ILDIKÓ KISOVÁ<sup>1,3</sup>, LÍVIA KOLLÁROVÁ<sup>2,3</sup>, ZUZANA BYSTRICKÁ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> FN sP Nové Zámky, Oddelenie centrálnych operačných sál, Nové Zámky

<sup>2</sup> FZaSP sv. Ladislava Nové Zámky, VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave

<sup>3</sup> Sekcia sestier pracujúcich v chirurgických odboroch, SK SaPA

### Abstrakt

Predkladaný príspevok sa zameriava na špecifiká procesu adaptácie sestier na operačných sálach. Jeho cieľom je priblížiť teoretické aspekty a východiská skúmanej problematiky, identifikovať odborný, kontinuálny a postupný proces adaptácie a poskytovania teoretických informácií. Proces adaptácie podmieňujú praktické činnosti, prijímanie rád a pomoci od starších kolegýň, ale v neposlednom rade aj štúdium teoretických poznatkov z odbornej literatúry. Adaptácia sestier pri nástupe do klinickej praxe má veľký význam pre skvalitňovanie intraoperačnej ošetrovateľskej starostlivosti. Operačné sestry, ktoré sú odborne pripravené po teoretickej aj praktickej stránke, môžu poskytovať kvalitnú intraoperačnú starostlivosť. Takýto výkon povolania znamená pre operačnú sestru vysokú mieru zodpovednosti, ktorej prevzatie umožňuje zrealizovať autonómiu a odbornosť ošetrovateľstva v praxi.

### Kľúčové slová

Intraoperačná starostlivosť. Operačná sestra. Manažment. Adaptácia. Štandard.

### Abstract

The article focuses on the specifics of the adaptation process of nurses in operating theatres. Its aim is to present the theoretical aspects and background to the research problems, identify the professional, continual and gradual process of adaptation and provide theoretical information. The adaptation process assumes practical activities, receiving advice and help from older colleagues, last but not least, studying the theoretical knowledge from professional literature. The

adaptation of nurses entering to clinical practice has a great importance for the improvement of intraoperative nursing care. Surgical nurses, who are professionally prepared in both theoretical and practical terms, can provide high-quality intraoperative care. Such a performance in the profession of the operating nurse means a high degree of responsibility, which allows the nurse to make a real assumption of autonomy and professionalism in nursing practice.

### Key words

Intraoperative care. Surgical nurse. Management. Adaptation. Standard.

### Úvod

Inštrumentovanie pri operácii patrí medzi vysoko kvalifikované práce. Hlavným poslaním operačnej sestry je inštrumentovanie a aktívna účasť na operáciách. Počas poskytovania intraoperačnej ošetrovateľskej starostlivosti sa od operačnej sestry očakáva veľká dávka odbornosti, sebaovládanie, pohotové vystupovanie, rýchle a presné plnenie úloh, ktoré získava zaškolením a praxou. Novoprijatá sestra sa musí zoznámiť so svojim pracoviskom a pochopiť jeho zmysel a účel, aby pracovala s porozumením, svedomite a naplnila jeho poslanie. Podmienkou úspechu a spokojnosti je dobrá profesionálna adaptácia.

Umenie získať, udržať a využívať schopných pracovníkov je v manažmente jedným z atribútov úspechu. Lepiešová (8) uvádza, že riadenie rozvoja personálnej štruktúry je veľmi dôležitou súčasťou stratégie organizácie, ktoré sa niekedy vyčleňuje do samostatného útvaru riadenia ľudských zdrojov. „Riadenie ľudských zdrojov

chápeme ako strategický a logicky premyslený prístup k riadeniu toho najcennejšieho, čo zdravotnícka organizácia má – ľudí, ktorí v nej pracujú, a ktorí individuálne aj kolektívne prispievajú k dosahovaniu jej cieľov“ (3). Cieľom takého riadenia je nájsť správneho zamestnanca pre danú prácu, poveriť ho správnou náplňou práce, zodpovednosťami a zároveň poskytovať všetkým pracovníkom konkrétne odmeny na udržanie ich produktivity. Kilíková, Jakušová (6) uvádzajú, že koordinácia správania ošetrovateľského personálu, interpersonálna komunikácia, výber členov ošetrovateľského tímu, plánovanie personálnych zmien, rozmiestnenie a adaptácia pracovných síl, sú relevantnou súčasťou manažmentu ľudských zdrojov. Manažment ľudských zdrojov v ošetrovateľstve znamená plánovanie zamestnancov a ich získavanie, nábor, výber a rozmiestnenie, organizáciu práce zamestnancov, riadenie procesu vzdelávania a rozvoja zamestnancov, riadenie profesionálnej kariéry, hodnotenie pracovného výkonu zamestnancov, odmeňovanie zamestnancov, motiváciu, kolektívne vyjednávania a starostlivosť o pracovné podmienky (6).

Manažérka ošetrovateľstva v rámci manažmentu ľudských zdrojov participuje na takých aktivitách, ako sú personálny marketing, personálna stratégia a plánovanie, personálna činnosť, sociálny konsenzus a kariérne postupy.

### Charakteristika činností sestier v operačnej sále

„Charakter práce v operačných sálach si vyžaduje zvláštne opatrenia a prísnu, uvedomelú disciplínu“, ako to uvádza Huťan (5).

„Operačná sála je dnes miestom, v ktorého magickom prostredí sú inštrumentárky nenahraditeľnými, tichými a spoľahlivými sprievodkyňami chorých i chirurgov“ (2). Operačné sestry v rámci intraoperačnej starostlivosti vykonávajú odborné činnosti súvisiace s prípravou a vykonaním operácie, inštrumentujú pri operáciách, zabezpečujú technický a pohotovostný stav prístrojov a nástrojov a hygienickú prevádzku v operačnej sále.

Rámcovo činnosti operačnej sestry možno rozdeliť do troch pracovných oblastí: vlastné inštrumentovanie, obslužné práce a činnosti súvisiace so zabezpečením sterilného materiálu. Z toho sa odvíjajú tri roly operačnej sestry:

- inštrumentárka – sterilne oblečená,
- obsluhujúca sestra,
- sestra zabezpečujúca sterilizáciu.

Atribútmi práce operačnej sestry sú predovšetkým poznatky o podmienkach, prostriedkoch, metódach, postupoch a organizácii inštrumentovania v operačných sálach. Vedomosti z anatómie, fyziológie a dobrý prehľad v chorobách, medicínske poznatky o operačných výkonoch v jednotlivých chirurgických odboroch, manuálna zručnosť, kritické myslenie, ako aj spoločenskovedné poznatky, sú predpokladom pre holistické chápanie a akceptovanie chorého (5). Relevantnou podmienkou úspešnosti a spokojnosti v tomto povolání je dobrá profesionálna adaptácia. Mažárová (9) vo svojej publikácii uvádza predpokladané vlastnosti osobnosti operačnej sestry, ktorými sa musí vyznačovať:

- psychická a sociálna zrelosť,
- samostatnosť a pohotovosť v myslení, konaní a v rozhodovaní,
- rozvinuté morálne vlastnosti,
- vysoká miera zodpovednosti za vykonanú prácu,
- zmysel pre prácu v tíme,
- schopnosť organizovať, usmerňovať a prispôbovať systém práce aktuálnym potrebám,
- potreba študovať odbornú literatúru a rozvíjať svoje zručnosti.

### Adaptácia nového pracovníka a kvalita výkonu

Vybrať, správne zaradiť na pracovisko sestru a zabezpečiť dobrú adaptáciu na podmienky sesterskej práce i pracovného kolektívu, patria k najdôležitejším činnostiam vedúcej sestry, ako to uvádzajú aj Hadašová a Rusnáková (4). Proces zaraďovania prebieha cyklicky a má niekoľko fáz :

- zoznámenie sa so zamestnancom, s jeho možnosťami a predpokladmi pracovného výkonu,
- zoznámenie sestry s pracovným tímom a jej zaradenie do pracovného tímu,
- informovanie sestry o charaktere práce, o pracovných úlohách a pracovných podmienkach,
- vysvetlenie práce a úloh,
- uvedenie sestry do práce (8).

Zaradenie sestry na pracovisko je rozhodujúcou fázou adaptačného cyklu, jej priebeh je determinovaný charakterom pracoviska, druhom pracovnej činnosti, mierou a typom doterajšej praxe a skúsenosťami. Najvýznamnejšou časťou profesionálnej socializácie sestry je prvý rok praxe. „Tento úsek formovania sestry je závislý aj od disproporcie medzi získanou odbornou výbavou, očakávaniami a požiadavkami reálnej praxe, významne naň však pôsobí aj osobnosť profesionálov, ktorí sa stanú sprievodcami začínajúcej sestry“ (4).

Operačnou sestrou (inštrumentárkou) sa sestra nestane podpísaním pracovnej zmluvy, tým len potvrdí nástup na krásnu, ale ťažkú a zodpovednú cestu do školy operačnej sestry, tvrdí Mažárová (9) vo svojej publikácii. Názory operačných sestier sa zhodujú v tom, že operačnou sestrou sa jednoducho nemožno stať rýchlo, nie je to ani mesiac, ani rok, spodnou hranicou sú tri roky.

Cieľom zaškoľovania sestier na centrálnych operačných sálach je využitie procesu adaptácie na zvládnutie základných a špeciálnych pracovných postupov, pripraviť sestru na samostatné poskytovanie intraoperačnej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré je zodpo-

vedajúce jej dosiahnutému štádiu odbornej prípravy a zákonným normám. Predmetom zaškoľovania je viesť sestru k zodpovednosti a profesionálnemu výkonu intraoperačnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Každá nová nastupujúca sestra by mala absolvovať:

- nástupnú prax v prípade absolventiek,
- adaptačný proces, keď sa jedná o sestru s predchádzajúcou praxou.

Zaškoľovanie operačných sestier podľa Wichsovej (10) by malo prebiehať podľa vytvoreného plánu, ktorý môže byť priebežne revidovaný a upravený podľa individuálnych potrieb zaškoľovanej sestry, má byť pravidelne kontrolované a hodnotené vedúcou sestrou, eventuálne primárom operačných sál. Zaškoľovanie sestry na operačných sálach je kontinuálny a postupný proces, prebieha v dvoch rovinách, a to v teoretickej a praktickej. Teoretické vedomosti sú relevantnými zložkami praktických činností. Navzájom sa korelujú a determinujú prácu operačnej sestry.

### Rola sestry – mentorky v adaptačnom procese

V adaptačnom procese sestier, ako to uvádzajú Hadašová a Rusnáková (4), významnú úlohu zohráva sestra školiteľka – mentorka, ktorá svojím prístupom, osobnostnými predpokladmi a správaním môže výrazne ovplyvniť vzťah k práci, k pracovnému prostrediu i formovanie osobnosti mladej sestry. Sestra - mentorka poskytuje sestre praktické ukážky a teoretické rady bezprostredne pri jednotlivých intraoperačných postupoch. Vedúce sestry operačných sál z týchto dôvodov by mali určiť sestru – mentorku, ktorá má byť pre svoju novú kolegyňu supervízorkou, odpovedať na jej otázky, ale aj pomáhať pri riešení problémov vzniknutých počas poskytovania intraoperačnej starostlivosti. „Termínom mentor v gréckej mytológii nazývali osobu, ktorá bola staršia, múdra, vedela poradiť, postarať sa o druhého a bola mu priateľom“ (1). Botíková (1) vo svojej práci charakterizuje mentora nasledovne:



- je odborníkom vo svojej praxi,
- má príslušné odborné vedomosti,
- systematicky si udržiava svoju klinickú spôsobilosť,
- má komunikačné, organizačné a motivačné schopnosti.

Cieľom mentoringu je podporiť adaptáciu pracovníka na nové prostredie, podporiť jeho profesionálny rast, stimulovať rozvoj osobnosti v súlade s hodnotami profesie, prekonať bariéry z neznámeho prostredia a osvojiť si organizačnú kultúru zdravotníckeho zariadenia.

Pracovná náplň operačnej sestry je úplne odlišná od pracovnej náplne sestier pracujúcich pri lôžku pacien-

ta. Jej špecifickosť spočíva v tom, že psychická záťaž prevyšuje fyzické zaťaženie. Sestra si musí osvojiť mnoho operačných postupov a vyznať sa v mnohých odboroch medicíny.

„Pri tejto ťažkej práci je nutné, aby sestra našla harmóniu medzi prácou a emočným prežívaním, nakoľko počas plnenia povinností, ktoré súvisia s jej pracovným zaradením, nastávajú chvíle, kedy sa operačný výkon môže zmeniť na boj o život pacienta“ (7).

### Záver

Práca sestry na operačnej sále je nádherná, ale predovšetkým náročná. Podmienkou úspešnosti a spokojnosti

v tomto povolání je dobrá profesionálna adaptácia. Operačná sestra je dôležitým členom operačného tímu, svojím vzdelaním, správaním a postojom vo veľkej miere ovplyvňuje pracovnú pohodu v operačnej sále a napomáha hladkému priebehu operačného výkonu.

Skúsenosti potvrdzujú, že sestra, ktorá svojimi teoretickými znalosťami, praktickými zručnosťami a primeranými psychickými a fyzickými vlastnosťami dokáže zaistiť plynulý priebeh operácie, má v operačnom tíme svoje nezaštupiteľné miesto.

## Procesuálny štandard zaškolenia sestier na centrálnych operačných sálach

<b>Téma štandardu:</b>	štandard vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v kategórii sestra
<b>Podtéma štandardu:</b>	zaškoľovanie novoprijatého sesterského personálu na centrálne operačné sály, štandardizácia práce, zabezpečenie poskytovania kvalitnej intraoperačnej ošetrovateľskej starostlivosti
<b>Charakteristika štandardu:</b>	procesuálny štandard zaškoľovania sestier
<b>Cieľ:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prijímať a zaraďovať novoprijatú sestru do pracovného pomeru,</li> <li>• zabezpečiť odborný, súvislý a postupný priebeh praktického zaškoľovania a poskytovania teoretických informácií súvisiacich s prípravou a vykonaním operácie,</li> <li>• zabraňovať komplikáciám v procese zaškoľovania,</li> <li>• upravovať proces zaškoľovania individuálne podľa potrieb a schopností novoprijatej sestry,</li> <li>• určiť dĺžku trvania procesu zaškoľovania,</li> <li>• naučiť sestru pracovať v súlade s aktuálnymi platnými ošetrovateľskými štandardmi,</li> <li>• poukázať na dôležitosť tímovej spolupráce v intraoperačnej starostlivosti,</li> <li>• implementovať získané vedomosti a praktické zručnosti,</li> <li>• poukázať na obsahovú úroveň potrebných vedomostí z úseku intraoperačnej starostlivosti pred absolvovaním špecializačného štúdia inštrumentovanie v operačnej sále,</li> <li>• zaradiť sestru do služby.</li> </ul>
<b>Skupina starostlivosti:</b>	novoprijatá sestra pracujúca na centrálnych operačných sálach
<b>Dátum zavedenia:</b>	
<b>Dátum kontroly:</b>	priebežne, pravidelne
<b>Kontrolu vykonal:</b>	manažéri ošetrovateľstva
<b>Podpis zodpovedného pracovníka:</b>	vedúca sestra COS

### Kritéria štruktúry

Š1	<b>Pracovníci:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• primár oddelenia</li> <li>• vedúca sestra so špecializáciou</li> <li>• tím operačných sestier so špecializáciou</li> </ul>
Š2	<b>Prostredie:</b> centrálne operačné sály
Š3	<b>Pomôcky:</b> štandardné vybavenie pracoviska
Š4	<b>Dokumentácia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zákony týkajúce sa zdravotnej starostlivosti,</li> <li>• smernice a príkazy organizácie,</li> <li>• náplň práce,</li> <li>• zdravotná / ošetrovateľská dokumentácia,</li> <li>• štandardy ošetrovateľských postupov,</li> <li>• odborná literatúra.</li> </ul>

Š5	<p><b>Požiadavky na organizáciu práce:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• predstavenie nového pracovníka pracovnému kolektívu,</li> <li>• informovanie sestry o charaktere práce, o pracovných úlohách a pracovných podmienkach,</li> <li>• zaradenie sestry do pracovnej skupiny,</li> <li>• dĺžka trvania procesu zaškoľovania jeden rok v dennej prevádzke, pod odborným dohľadom tímu sestier so špecializáciou inštrumentovanie v operačnej sále, z toho: <ul style="list-style-type: none"> <li>» jeden mesiac so zaradením sestry do sterilizačky,</li> <li>» prehodnotenie vedomostí – ústna odpoveď a praktická skúška – za prítomnosti vedúcej sestry a tímu sestier - špecialistiek centrálnych operačných sál,</li> <li>» štyri mesiace so zaradením sestry na operačnú sálu ako obiehajúca sestra,</li> <li>» kontinuálne prehodnotenie vedomostí – ústna odpoveď a praktická skúška - za prítomnosti vedúcej sestry a tímu sestier - špecialistiek centrálnych operačných sál,</li> <li>» päť mesiacov so zaradením sestry na operačnú sálu ako inštrumentárka,</li> <li>» kontinuálne prehodnotenie vedomostí – ústna odpoveď a praktická skúška - za prítomnosti vedúcej sestry a tímu sestier - špecialistiek centrálnych operačných sál,</li> <li>» po roku odbornej praxe prehodnotenie vedomostí – ústna odpoveď a praktická skúška - za prítomnosti manažmentu centrálnych operačných sál,</li> <li>» po splnení podmienok postupné zaradenie sestry do zmennosti.</li> </ul> </li> </ul>
----	--

Kritéria procesu	
P1	Vedúca sestra sa zoznamuje so sestrou, s jej možnosťami a predpokladmi pracovného výkonu.
P2	Vedúca sestra predstavuje sestru pracovnému kolektívu.
P3	Vedúca sestra informuje sestru o charaktere práce, o pracovných úlohách a pracovných podmienkach, poukazuje na možnosti ďalšieho odborného rastu.
P4	Vedúca sestra oboznámi sestru s organizačnou štruktúrou zdravotníckeho zariadenia a oddelenia, s pracovným a prevádzkovým poriadkom oddelenia a s hygienicko – epidemiologickým režimom v operačnej sále.
P5	Vedúca sestra oboznámi sestru s aktuálnymi právnymi predpismi v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti aj so sankciami vyplývajúcimi z nedodržania právnych noriem.
P6	Vedúca sestra vykonáva druhostupňové zaškolenie sestry o ochrane zdravia pri práci a požiarnej ochrany.
P7	Vedúca sestra poskytne sestru zoznam doporučenej odbornej literatúry v odbore inštrumentovanie v operačnej sále.
P8	Vedúca sestra v spolupráci s tímom sestier – špecialistiek za účasti sestry vypracuje individuálny návrh na proces zaškoľovania.
P9	Vedúca sestra deleguje tím sestier – špecialistiek s vedením sestry.
P10	Vedúca sestra zaraďuje sestru na jeden mesiac vykonávať činnosti, súvisiace so zabezpečením sterilizácie.
P11	<p>Sestra postupne a priebežne získava potrebné teoretické vedomosti a praktické zručnosti súvisiace s dezinfekciou a sterilizáciou:*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• priebežná príprava a sterilizácia nástrojov a pomôcok v autoklávoch,</li> <li>• fyzikálna sterilizácia,</li> <li>• chemická sterilizácia,</li> <li>• obalové materiály,</li> <li>• dezinfekčné prostriedky,</li> <li>• spôsoby kontroly účinnosti sterilizačných prístrojov,</li> <li>• kontrola sterility prístrojov a nástrojov,</li> <li>• odovzdávanie a preberanie sterilného materiálu z oddelenia centrálnej sterilizácie a jeho evidencia.</li> </ul>
P12	<p>Sestra získava, potrebné vedomosti študovaním odbornej literatúry, z vypracovaných lokálnych štandardov, z poskytnutých praktických ukážok a teoretických rád od tímu sestier – špecialistiek:*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• o rozložení operačného traktu,</li> <li>• o prístrojoch používaných na operačnom trakte,</li> <li>• o hygienicko – epidemiologickom režime v operačnej sále.</li> </ul>
P13	Tím sestier – špecialistiek a vedúca sestra kontinuálne preverujú vedomosti sestry ev. dopĺňajú informácie ktoré sú dôležité z pohľadu kvality výkonu.
P14	Vedúca sestra po splnení podmienok na samostatný výkon v súvislosti so zabezpečením sterilizácie zadeľuje sestru na operačné sály.

P15	<p>Sestra na operačnej sále postupne získava teoretické vedomosti a praktické zručnosti súvisiace s obslužnými činnosťami:*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• organizácia a prevádzka operačného dňa,</li> <li>• pomoc pri polohovaní pacienta,</li> <li>• asistovanie operačnému tímu pri obliekaní sterilných plášťov,</li> <li>• otváranie sterilných materiálov pre inštrumentárku podľa zásady asepsy,</li> <li>• dopĺňanie potrebného sterilného materiálu inštrumentárke,</li> <li>• vedenie príslušnej dokumentácie,</li> <li>• príprava bioptického materiálu na transport do laboratória,</li> <li>• príprava materiálu na operačné výkony,</li> <li>• obsluhovanie zložitej prístrojovej techniky,</li> <li>• dohľad nad udržiavaním poriadku v operačnej sále,</li> <li>• starostlivosť o nástroje,</li> <li>• uchovanie sterilných nástrojov v pohotovosti,</li> <li>• prenášanie sterilných nástrojov na operáciu,</li> <li>• ošetrovanie a dezinfekcia použitých nástrojov.</li> </ul>
P16	<p>Sestra získava potrebné vedomosti študovaním odbornej literatúry, z vypracovaných lokálnych štandardov z poskytnutých praktických ukážok a teoretických rád od tímu sestier – špecialistiek:*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• o operačnej bielizni, materiáloch a pomôckach,</li> <li>• o liekoch v operačnej sále,</li> <li>• o organizácii práce a prevádzke operačnej sály,</li> <li>• o zásadách ochrany a bezpečnosti práce v operačnej sále.</li> </ul>
P17	Tím sestier – špecialistiek a vedúca sestra kontinuálne preverujú vedomosti sestry ev. dopĺňajú informácie, ktoré sú dôležité z pohľadu kvality výkonu.
P18	Vedúca sestra po splnení podmienok na samostatný výkon obslužných činností zaraduje sestru na operačné sály ako inštrumentárku.
P19	<p>Sestra na operačnej sále postupne získava teoretické vedomosti a praktické zručnosti súvisiace s prípravou a vykonaním operácie :*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• umývanie rúk na operáciu,</li> <li>• oblečenie do sterilného plášťa,</li> <li>• príprava sterilných stolíkov,</li> <li>• nástroje v operačnej sále,</li> <li>• príprava inštrumentária, operačných potrieb a pomôcok,</li> <li>• príprava operačného poľa,</li> <li>• rúškovanie operovaného,</li> <li>• umiestnenie operačnej skupiny, dohovor s operujúcim,</li> <li>• úprava nástrojov a pomôcok pred podaním,</li> <li>• podávanie a spätné preberanie nástrojov,</li> <li>• počítanie rúšok,</li> <li>• vlastné inštrumentovanie,</li> <li>• rúškovanie v operačnej rane,</li> <li>• prenikanie tkanivami,</li> <li>• zastavenie krvácania,</li> <li>• sušenie, zvlažovanie a výplach rany,</li> <li>• roztváranie a osvetľovanie rany,</li> <li>• uchopenie a držanie tkanív,</li> <li>• spájanie tkanív,</li> <li>• krytie operačnej rany,</li> <li>• počítanie gázového materiálu, ihl, inštrumentov</li> <li>• odkladanie použitých nástrojov.</li> </ul>
P20	<p>Sestra kontinuálne dopĺňa teoretické vedomosti:*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• z anatómie a fyziológie človeka,</li> <li>• o šijacom a podväzovom materiáli,</li> <li>• o šijacích ihlách,</li> <li>• o nástrojoch v operačnej sále,</li> <li>• z preventívneho lekárstva,</li> <li>• o zásadách inštrumentovania,</li> <li>• o inštrumentačnej technike,</li> <li>• o peroperačných a pooperačných komplikáciách,</li> <li>• z anestézie a intenzívnej medicíny,</li> <li>• o operačných výkonoch v chirurgických odboroch.</li> </ul>
P21	Tím sestier – špecialistiek a vedúca sestra pravidelne preverujú vedomosti sestry ev. dopĺňajú informácie, ktoré sú dôležité z pohľadu kvality výkonu. Modifikujú proces zaškolenia individuálne podľa potrieb a schopností sestry.
P22	Tím sestier - špecialistiek a vedúca sestra upozorňujú sestru na možné riziká alebo nedostatky v činnostiach.
P23	Tím sestier - špecialistiek naučí sestru pracovať v súlade s aktuálne platnými ošetrovateľskými štandardmi.

P24	Vedúca sestra využíva faktory motivácie súvisiace s výkonom povolania.
P25	Vedúca sestra včas rozpozná faktory, ktoré podmieňujú vznik konfliktov a zameriava sa na ich prevenciu.
P26	Po roku odbornej praxe manažment operačných sál prehodnotí vedomosti a praktické zručnosti sestry.
P27	Vedúca sestra po splnení podmienok zaraďuje sestru do zmennosti.
P28	Sestra kontinuálne zvyšuje svoju odbornú úroveň so zameraním na absolvovanie špecializačného štúdia inštrumentovanie v operačnej sále.
P29	Sestra do absolvovania špecializačného štúdia bude pracovať pod dohľadom tímu sestier – špecialistiek a vedúcej sestry.
Kritéria výsledku	
V1	Sestra má informácie o charaktere práce, o pracovných úlohách a pracovných podmienkach.
V2	Sestra je oboznámená s organizačnou štruktúrou zdravotníckeho zariadenia a oddelenia, s pracovným a prevádzkovým poriadkom oddelenia a s hygienicko – epidemiologickým režimom v operačnej sále.
V3	Sestra má informácie o legislatívnych normách upravujúcich zdravotnú starostlivosť aj o sankciách vyplývajúcich z nedodržania právnych noriem.
V4	Sestra má informácie o dostupnej odbornej literatúre v odbore inštrumentovanie v operačnej sále.
V5	Tím sestier – špecialistiek je poverený vedením sestry počas procesu zaškoľovania.
V6	Sestra sa aktívne zapája do teoretického a praktického procesu zaškoľovania.
V7	Sestra využíva všetky dostupné zdroje na získanie teoretických vedomostí a praktických zručností.
V8	Vedomosti sestry sú pravidelne a kontinuálne preverované tímom sestier – špecialistiek a vedúcou sestrou.
V9	Vedúca sestra a tím sestier – špecialistiek revidujú ev. modifikujú proces zaškoľovania podľa potrieb a schopností sestry.
V10	Sestra dodržiava zásady tímovej práce na centrálnych operačných sálach.
V11	Sestra realizuje pracovné postupy, činnosti v súlade s aktuálne platnými ošetrovateľskými štandardmi.
V12	Sestra po prehodnotení vedomostí a praktických zručností je zaradená do zmennosti.
V13	Sestra kontinuálne zvyšuje svoju odbornú úroveň so zameraním na absolvovanie špecializačného štúdia inštrumentovanie v operačnej sále.
V14	Sestra do absolvovania špecializačného štúdia pracuje pod dohľadom tímu sestier – špecialistiek a vedúcej sestry.

\*Podľa vypracovaného lokálneho štandardu k aktuálnemu výkonu

## Zdroje

1. BOTÍKOVÁ, A. a kol. 2009. *Manuál pre mentorky v ošetrovatelstve*. Trnava: TYPI UNIVERSITATIS TYR-NAVIENSIS, 2009. 178 s. ISBN 978 – 80 – 8082 – 253 – 8.
2. DUDA, M. 2000. *Práce sestry na operačnej sále*. Praha: Grada, 2000. 392 s. ISBN 80 – 7169 – 642 – 0.
3. ĎURIŠ, T. 2000. *Riadenie ľudských zdrojov v zdravotníctve*. www.nspnz.sk (FTP server, dokument). 60 s.
4. HADAŠOVÁ, L. – RUSNÁKOVÁ, R. 2007. Adaptácia nového pracovníka a kvalita výkonu. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335 – 9444, 2007, roč. IV., č. 11 – 12, s. 24.
5. Huťan, M. 1997. *Inštrumentovanie v operačnej sále*. Martin: Osveta, 1997. 411 s. ISBN 80 – 217 – 0466 – 7.
6. KILÍKOVÁ, M. – JAKUŠOVÁ, V. 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008. 148 s. ISBN 978 – 80 – 8063 – 290 – 8.
7. KOVÁČ, P. 2013. *Psychická záťaž sestier pracujúcich na operačnej sále : diplomová práca*. Trnava : FZ a SP TU Trnava, 2013. 85 s.
8. LEPIEŠOVÁ, E. a kol. 1996. *Manažment v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 1996. 145 s. ISBN 80 – 217 – 0352 – 0.
9. MAŽÁRYOVÁ, M. 2005. Popolušky v operačných sálach. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335 – 9444, 2005, roč. IV., č. 1, s. 16 – 17.
10. WICHSOVÁ, J. – PŘÍKRYL, P. – POKORNÁ, R. – BITTNEROVÁ, Z. 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3754 – 6.

## Kontakt

- <sup>1</sup>Mgr. Ildikó Kisová  
[ildiko.kisova@gmail.com](mailto:ildiko.kisova@gmail.com)  
<sup>2</sup>PhDr. Lívia Kollárová, PhD.  
[livia.kollar@gmail.com](mailto:livia.kollar@gmail.com)  
<sup>2</sup>PhDr. Zuzana Bystrická  
[zuzana.bystricka@azet.sk](mailto:zuzana.bystricka@azet.sk)

ANNA SEMAŇÁKOVÁ<sup>1</sup>, ANDREA ŠEVČOVIČOVÁ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zariadenie pre seniorov a Zariadenie opatrovateľskej služby, Kežmarok

<sup>2</sup> VŠZaSP sv. Alžbety, Detašované pracovisko Rožňava

### Abstrakt

Prítomnosť chronickej rany predstavuje pre pacienta a okolie značný diskomfort v podobe prítomnej bolesti, zápachu, mokvania. Pri ošetrovaní rany v domácom prostredí môže dôjsť k narušeniu role, narušeným vzťahom v rodine a sociálnej izolácii. V kazuistike prezentujeme prípad pacientky, ktorej vlastné samoošetrovanie Bercového vredu v domácich podmienkach vyústilo do hospitalizácie. Po jej ukončení bola prostredníctvom sestry z agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti zahájena ošetrovateľská starostlivosť v domácom prostredí pacientky. Počas 92 - dňového sledovania hojenia ošetrovanej chronickej rany nedošlo k vymiznutiu defektu. Po 40 dňoch však pacientka uvádzala zníženie bolesti na Malzcekovej škále o 1 až 2 stupne. Ďalším problémom bolo narušenie kožnej integrity, a s tým súvisiaca prítomnosť zápachu. Edukácia o možnostiach liečby, význame dodržiavania kompresívnej terapie a opatrení na predchádzanie vzniku infekcie, zvýšila informovanosť pacientky a podporila záujem rodinných príslušníkov.

### Kľúčové slová

Chronická rana. Hojenie rany. Ošetrovanie Bercového vredu. Kazuistika.

### Abstract

Presence of a chronic wound presents for the patient and his/her environment a considerable discomfort in the form of everpresent pain, foul odor, gastrostaxis. When the wound is treated in domestic environment, there can occur impaired roles, impaired relationships in family and so-

cial isolation. The casuistic presents a case of a female patient whose self-treatment of varicose ulcer in domestic environment has lead into hospitalization. After it has been finished, nursing care in the patient's domestic environment has been initiated with the help of a nurse from the agency of domestic care. During 92 days-long observation of healing of the treated chronic wound the defect has not dissapeared. However, after 40 days the patient has specified a decrease of pain on Malzcek scale in 1 to 2 degrees. Disturbance of skin integrity and the accompanying presence of foul odor has been presented as another problem. Education about the possibilities of treatment, complying with the compressive therapy and precautions to prevent infection bursts have increased the patient's awareness and supported the interest of members of the family.

### Key words

Chronic wound. Healing of wound. Treatment of varicose ulcer. Casuistic.

### Úvod

Ranu môžeme z chirurgického hľadiska definovať ako porušenie integrity telesného krytu, sliznice alebo povrchu orgánu (1). Akútne rany vznikajú najčastejšie dôsledkom pôsobenia vonkajšej sily (2). Za chronickú alebo sekundárne sa hojacu ranu označujeme ranu, ktorá aj napriek adekvátnej liečbe a dostupnej terapii nevykazuje tendenciu zahojiť sa. Vhodnejší termín nahrádzajúci chronickú ranu je nehojaca sa rana, ktorá nie je limitovaná dobou hojenia (3).

Bercov vred je chronické ochorenie, charakteristické stratou kožného tkaniva do rôznej hĺbky podkožia, ktoré často recidivuje. Príčiny vzniku sú rôzne, ale u viac ako 80 % je príčina venózna (4). Lokálne hojenie a liečba, a s tým spojený výber terapeutických prostriedkov sa odvíja od aktuálneho stavu rany. Príprava rany má byť dynamická a vyvíjajúca sa procedúra, ktorá je založená na presnej identifikácii rany, zhodnotení všetkých potenciálnych faktorov brániacich hojeniu a v neposlednom rade na osobitnom prístupe k pacientovi a v manažmente bolesti (5). Priebeh samotného ochorenia je okrem celkových a miestnych faktorov výrazne ovplyvnený aj funkčným stavom cievneho systému dolných končatín. Bercové vrede postihujú najmä staršie vekové skupiny od 70 do 80 rokov. Väčšie riziko vzniku ochorenia je u osôb s dedičnou predispozíciou, po zápale hlbokého žilového systému, pri nedostatku pohybu a obezite, hormonálnej liečbe a vyššom počte tehotenstiev (4,6).

### Proces hojenia rany

Samotný proces hojenia rany prebieha v niekoľkých fázach, ktoré sa prelínajú a nadväzujú na seba. Po narušení tkanivovej integrity sa začína úvodná fáza hojenia, ktorá trvá 2 - 3 dni. Skladá sa z troch hlavných mechanizmov: hemostázy, zápalu a bunkovej migrácie. Pomocou trombocytov a koagulačných faktorov sa zastavuje krvácanie a súbežne prebieha tvorba fibrínu. Táto fáza sa vyznačuje snahou odstrániť z miesta rany nežiaduce zložky. V rane často vzniká nekróza, ktorú je nutné odstrániť. V prípade traumatickej rany

trvá zápalová fáza 3 dni od poranenia, u nehojacej sa rany sa interval predlžuje. Interval predlžuje aj nízka saturácia kyslíka v tkanivách a nedostatok potrebných živín. Exsudatívna fáza je zároveň aj prvou fázou čistenia rany (7,5).

**Granulačnú fázu** charakterizuje novotvorba ciev a výstavba granulačného tkaniva, ktoré je základom pre ďalšiu fázu epitelizácie. Nové kapiláry prerastajú smerom k miestu poranenia, vytvárajú anastomózy (spojenie ciev), a tak zaisťujú prietok krvi v rane. Spolu s kapilármi prestupujú do rany aj fibroblasty, ktoré postupne vytvárajú kolagén a premostujú tak ranu (5,8). Prejavom pokračujúceho hojenia je zväčšovanie granulácií, zmena ich farby na lososovo červenú, vytvorenie lesklého a vlhkého povrchu. Granulačná fáza začína približne v štvrtý deň, s maximom na 7-14. deň (7).

**Epitelizačná fáza** predstavuje záverečnú etapu procesu hojenia, ktorá sa začína z okrajov alebo epitelizačných ostrovčekov v mieste rany a dochádza pri nej k premiestňovaniu buniek po vlhkej spodine. Nosnou a teda základnou plochou pre tvorbu nového tkaniva je granulačné tkanivo, ktoré stráca vodu, pričom dochádza k úbytku ciev a nové tkanivo sa mení na jazvu. Táto fáza môže trvať 21 - 24 dní, ale aj mesiace alebo 1 - 2 roky (5,7).

#### Faktory ovplyvňujúce hojenie rany

Intenzitu zápalovej reakcie a kvalitu tkanivovej obnovy ovplyvňuje množstvo rôznych faktorov a vplyvov. K systémovým faktorom patrí vek, pohlavie, prítomnosť diabetu, obezity a ďalších systémových ochorení, výživy, hydratáciu, stres, vplyv liekov, imunitu, prítomnosť návykových látok a fajčenia. Hojenie rany ovplyvňuje kvôli zmene pH pokožky aj inkontinencia. Imobilita a schopnosť rea-

govať na tlak sú významné hlavne pri prevencii dekubitov. K lokálnym faktorom, ktoré ovplyvňujú hojenie rany, patria mechanizmus poškodenia, lokalizácia, hĺbka, veľkosť, spodina a okraje rany. Pre transport kyslíka je potrebný adekvátny objem cirkulujúcej krvi a dostatok hemoglobínu. Na proces hojenia negatívne vplyva hypoxia, hematologické poruchy, cievne poruchy a iné (7).

#### Cieľ

Cieľom prieskumného šetrenia bolo zistiť, ktoré hlavné ošetrovateľské problémy sa vyskytujú u pacienta ošetrojúceho chronickú ranu v domácom prostredí a sledovať priebeh hojenia rany s vyhotovením fotodokumentácie hojenia defektu.

#### Metodika

Pre splnenie cieľa štúdie bola zvolená metóda kvalitatívneho prieskumu. Ako metodika bola použitá kazuistika. Zber údajov prebiehal pomocou



Obr.2 LDK 23.deň ošetrovania  
(Zdroj: autor)

pozorovania a neštruktúrovaného rozhovoru. Výber prieskumnej vzorky bol zámerný. Kritériom výberu bola prítomnosť defektu (Bercového vredu), ošetrovanie defektu v domácom prostredí a ochota spolupracovať. Štúdie sa zúčastnila 60 ročná dôchodkyňa, ktorá bola pred jej zahájením informovaná o ciele, dĺžke trvania štúdie a možnosti odstúpenia od spolupráce kedykoľvek bez udania dôvodu. Pacientka po prezentácii vstupných informácií vyjadrila súhlasné stanovisko s účasťou na štúdiu podpísaním informovaného súhlasu. Súhlas s participáciou na štúdiu vyjadrila aj ADOS, ktorej poverená sestra vykonávala u pacientky ordinácie na základe odporúčania lekára špecialistu. Zber dát prebiehal od septembra 2015 do decembra 2015. Primárnym zdrojom zberu dát bola pacientka a sekundárnym zdrojom jej zdravotná dokumentácia. Získané informácie sa usporiadali podľa diagnostických dokumentov a tried

NANDA taxonómie II., ktoré vychádzajú z ošetrovateľského modelu funkčných vzorcov zdravia Marjory Gordonovej. Na základe ošetrovateľskej anamnézy sa určili ošetrovateľské problémy a intervencie. Počas návštev bola u pacientky autorkou štúdie vyhotovená fotodokumentácia hojenia rán.

#### Kazuistika pacientky s Bercovými vredmi

60 - ročná pani A.K, dôchodkyňa, v starostlivosti ADOS, ktorá realizuje ošetrovateľskú starostlivosť pri vykonávaní prevázov Bercových vredov na oboch končatinách.

#### Z anamnézy:

OA: 18 rokov diabetes mellitus 2. typu kompenzovaný od začiatku ochorenia inzulínovou terapiou, je v dispenzarizácii diabetológa. Ďalšie diagnózy - arteriálna hypertenzia v liečbe od roku 2013, chronická venózna insuficiencia, erysipel, obezita,

varixy DK, stav po operácii umbilicálnej hernie. Vredy predkolenia sa prvýkrát vyskytli pred 15 rokmi. Tinea pedum, pacientka sledovaná na kožnej ambulancii. V roku 2010 operácia hernie.

RA: mama a dvaja bratia varixy DK, bez vzniku defektov, otec sa lieči na arteriálnu hypertenziu

LA: Rawel 1,5 mg 1-0-1 tbl. (diuretikum), Detralex 1-0-0 tbl. (venofarmakum), Fraxiparin 1 ml s.c 1x ráno (antikoagulačná terapia), NovoMix ráno-28j., večer-26j. (inzulínová terapia)

SA: býva v byte s manželom a synom, pravidelne ju navštevujú dve dcéry

#### Katamnéza

U pacientky s obmedzenou pohyblivosťou bola praktickým lekárom navrhnutá ošetrovateľská starostlivosť prostredníctvom ADOS. Pacientka má DM 2. typu kompenzovaný inzulínovou terapiou v štádiu chronických



Obr.1 LDK 1.deň ošetrovania  
(Zdroj: autor)



Obr.3 LDK 64.deň ošetrovania  
(Zdroj: autor)



Obr.4 LDK 92.deň ošetrovania  
(Zdroj: autor)



komplikácií pri recidivujúcich vredoch predkolenia na oboch končatinách. Starostlivosť prostredníctvom agentúry bola poskytnutá v dĺžke 6-tich mesiacov od 02.02.2015 do 30.07.2015. Po ukončení poskytovanej starostlivosti si pacientka v domácom prostredí vykonávala preväzy sama. Z dôvodu nedodržania režimových opatrení sa defekt na ĽDK bez predchádzajúceho zranenia alebo úrazu samočinne otvoril a postupne sa zväčšoval. Na začiatku pacientka pociťovala bolesť len niekedy, pri zvýšenej polohe končatín bolesť ustála. Neskôr sa objavili krče v lýtkach, opuch na DK a pocit ťažkých nôh. Pacientka si defekty na DK počas uplynulých piatich týždňov ošetrovala sama alebo s pomocou rodinných príslušníkov pomocou repíkových obkladov, a ako krycí materiál použila textilné plienky. Nepoužívala žiadne bandáže a ani nerealizovala cievnu gymnastiku. Následne došlo k zhoršovaniu lokálneho nálezu, ktorý si vyžiadaval opakovanú 12 dňovú hospitalizáciu. Po prepustení do domácej liečby bolo znova navrhnuté poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom agentúry ADOS. Návrh sa realizoval od 17.09.2015, s predpokladanou dĺžkou trvania ošetrovateľskej starostlivosti do 6 mesiacov. Preväzy boli vykonávané každý druhý deň.

#### Priebeh ošetrovateľskej starostlivosti

Pacientke bol sestrou z ADOS pravidelne každé dva dni vykonávaný preväz na dolných končatinách. V nasledujúcom texte prezentujeme výsledky hodnotenia defektov pri tých návštevách klientky, ktorých sme sa zúčastnili osobne s vytvorením fotodokumentácie rán.

#### 1. návšteva: 17.09.2015 (1.deň)

Posúdenie zdravotného stavu pomocou hodnotiacich škál a testov:

- Nortonova škála na hodnotenie rizika vzniku dekubitov: 22 bodov, zvýšené riziko vzniku dekubitov
- Barthelov test základných denných aktivít (ADL): 80 bodov, mierna závislosť

- Folsteinov test kognitívnych funkcií (MMSE): 24 bodov, norma
- Melzackova škála bolesti: hodnotenie v ľahu stupeň 2 - nepríjemná, hodnotenie
- pri manipulácii stupeň 3 - intenzívna, hodnotenie pri preväze stupeň 4 - krutá
- „Screeningový“ test na hodnotenie rizika pádu: 4 body, ohrozenie pádom
- Hodnotenie nutričného stavu: 12 bodov, nie je ohrozenie malnutríciou

**Hodnotenie defektu ĽDK – rozsiahle rany, defekty celého predkolenia** zaberajú výraznú plochu v časti chodidla (nártu); mediálna strana 2/3 predkolenia, laterálna strana 1/3 predkolenia. V rámci celého obvodu predkolenia je výrazná sekrécia, silne zápachajúca, miestami s nekrotickým tkanivom, okolie červené, šupinaté, okraje rany sú suché, odlupujúce sa. Rana sa nachádza v čistiacej fáze (obr.1).

**Hodnotenie defektu PDK – defekt je menšieho rozsahu 2x2 cm, v udržiavacej fáze, v dolnej unilaterálnej časti predkolenia.**

Na oboch dolných končatinách prítomný opuch hlavne v oblasti lýtok, ktoré boli tvrdé a veľmi bolestivé na dotyk. Ošetrovanie rán sa vykonáva na základe ordinácie kožného lekára. Vzhľadom k tomu, že pacientka v krátkom období prekonala virózy spojené s vysokými teplotami a užívala ATB liečbu, lekár odporučil prípravky so striebrom (Ag).

**Terapia:** Menalind krém, antimykotický krém Clotrimazol AL1%, Aquacel Ag krytie na rany, sterilné krytie a fixácia elastickým obvinnadlom.

Počas preväzu pacientka udáva prítomnosť bolesti, ktorú podľa Melzacka hodnotí stupňom 4 - krutá. Pacientka bola poučená o cievnej gymnastike, o dodržiavaní životosprávy (vzhľadom k obezite), ako aj o potrebe bandažovania a polohovania dolných končatín.

#### 4. návšteva: 09.10.2015 (23. deň)

Pacientka subjektívne uvádza, že sa cíti lepšie.

**Hodnotenie defektu:** pri preväze nevznikajú krvácajúce miesta, rana zápacha mierne, bolesť a stuhnutosť v lýtkach ustúpila, secernujúci povlak sa plošne znižuje, na defektoch sa začína tvoriť granulačná fáza (obr.2).

**Terapia:** Microdacyn Hydrogél, antimykotický prípravok Canesten, Dermacyn 1% krém, Aquacel Ag krytie na rany, sterilné krytie a fixácia elastickým obvinnadlom.

Pacientka hodnotí bolesť pri preväze podľa Melzacka stupňom 2 - nepríjemná.

#### 7. návšteva: 19.11.2015 (64. deň)

**Hodnotenie defektu:** rana je bez sekrécie, okraje vo fáze epitelizačnej, dolné končatiny bez opuchov, bez zápachu (obr.3).

**Terapia:** Microdacyn Hydrogél, Menalind krém, Dermacyn 1% krém, Kaltostat krytie, sterilné krytie a fixácia oboch DK elastickým obvinnadlom. Pacientka pri dotyku na ranu stále udáva bolesť, ktorú podľa Melzacka popisuje stupňom 2 - nepríjemná.

#### 8. návšteva: 17.12.2015 (92. deň)

**Hodnotenie defektu:** na defektoch ĽDK je zvýšená macerácia. Na defekte v laterálnej časti a oblasti chodidla pri ošetrovaní vznikajú miesta s miernym krvácaním (obr.4). Laterálna oblasť sa nachádza v čistiacej a granulačnej fáze hojenia rany, mediálna oblasť vo fáze granulačnej a epitelizačnej. Na chodidle prítomná granulačná a epitelizačná fáza hojenia rany. Defekt na PDK je vo fáze udržiavacej, má tendenciu uzatvorenia, bez opuchov, bez bolesti, bez zápachu.

**Terapia:** superoxidovaný roztok DebrinEcaSan, Menalind krém, Canesten krém, Dermacyn 1% krém, Inadine (mastný tyl), sterilné krytie a fixácia oboch DK elastickým obvinnadlom.

Bolesť v lýtkovej časti je výraznejšia, pacientka ju hodnotí podľa Melzacka stupňom 3 - intenzívna.

## Stav pacientky podľa jednotlivých domén NANDA taxonómia II.

V krátenej podobe uvádzame objektívne hodnotenie:

**Podpora zdravia** – prítomnosť rozsiahlych defektov na DK, záujem rodiny a pacientky o informácie ohľadom starostlivosti o postihnutú kožu a liečebný postup

**Výživa** – BMI pacientky 34,6 vplyvom sedavého spôsobu života

**Vylučovanie** – turgor kože primeraný, sliznice prekrvené, pokožka suchá

**Aktivita** – pacientka sedí v kresle

**Vnímanie/poznanie** – pacientka orientovaná, sluch dobrý, bez kompenzačných pomôcok, nutná korekcia zraku pri čítaní, zrozumiteľná artikulácia

**Vnímanie seba samého** – počas ošetrovania pacientka sleduje priebeh a postup ošetrovania, aktívne komunikuje

**Vzťahy** – manžel pacientky reaguje až po jej vyzvaní, dcéra prejavuje starosť o zdravotný stav matky

**Sexualita** – nehodnotená

**Stres** – pacientka reaguje precitlivo, počas rozhovoru sa objavuje plač

**Životné princípy** – pacientka hovorí často o rodine, verbalizuje vieru v Boha

**Bezpečnosť a ochrana** – podľa využitia škály riziko vzniku pádu a riziko vzniku dekubitov, pre rozsiahle defekty na DK riziko infekcie

**Komfort** – pri ošetrovaní pacientka s bolestivým výrazom v tvári

**Rast a vývoj** – podľa dokumentácie sestry ADOS pozorované zmeny nálad

Na základe ošetrovateľskej anamnézy sme definovali ošetrovateľské problémy, ktoré najviac ovplyvňujú pacientku. Výsledkom bol návrh plánu ošetrovateľskej starostlivosti, v ktorom sme sa zaoberali týmito ošetrovateľskými problémami:

- Chronická bolesť dolných končatín
- Narušená integrita kože
- Narušený obraz tela
- Spoločenská izolácia
- Riziko pádu
- Riziko infekcie

## Diskusia

Pacientka po otvorení defektu využila samoliečbu v podobe obkladov, ktorá nepriniesla požadovaný efekt a zlepšenie stavu. Využívanie „domácich receptov“ sa neodporúča, lebo okrem kontaktnej reakcie sa oneskorrí podanie vhodnej terapie. Okrem toho pri chronických ranách pacient dosahuje negatívnu kvalitu života, dodržiavania terapie je náročné a sú prítomné ďalšie problémy (bolesť, zápach, exsudácia, narušenie rolí, sociálna izolácia, strach) (9). Odstaňovanie primárneho krytia je pre pacienta traumatizujúca a stresujúca situácia (10). Počas našich stretnutí pacientka v prvých 40 dňoch opisovala bolesť podľa Melzacka stupňom 4 - krutá; neskôr sa intenzita znížila na nepríjemnú a intenzívnu.

Bolesť patrí ku kľúčovým problémom, ktoré spolu so stresovými situáciami vplyvajú negatívne na hojenie rany (7). Pacient v spojitosti s bolesťou trpí aj inými pridruženými problémami. Objavuje sa hnev, vyčerpanosť, strach, smútok, depresia, frustrácia a pod. (11). V rámci nášho pozorovania sme sa u pacientky stretli s podobnými problémami. **Chronická bolesť** je zdravotníkmi nedostatočne a neobjektívne sledovaná a podceňovaná (3). Ako hlavný problém bola pacientkou prezentovaná chronická bolesť a narušená integrita kože, preto sme hodnoteniu bolesti pomocou Melzackovej škály venovali pozornosť pri každom stretnutí s pacientkou.

Zdrojom bolesti môže byť aj samotné ošetrovanie rany (12). Aby pacientka predchádzala traumatizácii z preväzu vykonávaného každý druhý deň, začala si ranu ešte pred príchodom terénnej sestry odkrývať, čo možno uľahčilo ošetrovanie sestry, ale zvyšovalo sa riziko vzniku infekcie. Otvorená rana je živnou pôdou pre baktérie a vznik infekcie, ku ktorej môže dochádzať v dôsledku nešetrného zaobchádzania pri výmene krytia a ošetrovaní rany (13). Výskyt

infekcie sa počas realizácie ošetrovateľskej starostlivosti, pozorovaní a zberu údajov nepotvrdil, čo vnímame ako pozitívum (k zvratu však mohlo/nemuselo dôjsť po ukončení nášho pozorovania).

Pacientka uvádzala, že pre zápach, ktorý rana spôsobuje, jej nechutí ani jesť. Negatívnym postojom k sebe samej sa sociálne izolovala a udržiava kontakt len s najbližšími. Trápila ju starosť o svojich blízkych, ktorí sa museli pre ňu tak „obetovať“. Na druhej strane je im vďačná, že môže byť medzi nimi a nie v sociálnom zariadení. Viacerí autori potvrdzujú negatívny vplyv nehojacej sa rany na pracovné zaradenie a sociálny život pacientov s týmto ochorením (14).

Pacientka nevyužívala kompresívnu terapiu, ktorá je pri ulcus cruris dôležitá kvôli úspešnosti liečby. Opuch môže byť symptómom prítomnosti infekcie v rane, ktorý výrazne ovplyvňuje mobilitu (chôdzu) pacienta. Zníženie fyzickej aktivity má vplyv na sociálny kontakt chorého (15).

**Edukácia a informovanosť** sú neoddeliteľnou súčasťou terapie. Dôležitá je kontrola stavu aj po zhojení Bercového vredu (16). Pacientka a jej rodina počas stretnutí preukazovali záujem o informácie. Sestra sa venovala edukácii týkajúcej sa dodržiavania liečby, vzniku možných komplikácií a nevyhnutnosti kompresie končatiny. Viacerí autori potvrdzujú, že pri starostlivosti o nehojacú sa ranu je nutné pacientovi hneď na začiatku vysvetliť postup liečby a zdôrazniť, že v procese starostlivosti je hlavným spolupracovníkom (17,18).

Pri ošetrovaní chronickej rany v domácom prostredí sme pozitívne vnímali **spoluprácu a záujem rodiny**. Pacientka verbalizovala, že je pre ňu traumatizujúce vykonávať preväzy končatín každý druhý deň. Za pacientkou prichádza sestra z ADOS, ktorá plní liečbu navrhnutú lekárom špecialistom. Pracuje samostatne

a musí sa spoľahnúť len na svoje vedomosti a skúsenosti tak, aby dokázala rozpoznať prípadne riziko alebo progresiu defektu a zväžila ďalší postup liečby. Pri ošetrovaní chronických rán, napr. v kožnom stacionári, je k dispozícii aj lekár, ktorý posudzuje ranu a odporúča ďalší liečebný postup. Ďalší pracovník môže asistovať pri preväze, polohovaní končatiny a pod.. Pacientka sa však na druhej strane sestry častejšie zdôveruje so svojimi problémami a majú nadviazaný lepší interpersonálny vzťah.

### Záver

Bercové vtedy patria medzi recidivujúce, dlhodobé a pre niektorých pacientov aj celoživotné ochorenie, ktoré výrazne ovplyvňuje kvalitu života. Sestra sa má podieľať na čo najrýchlejšej adaptácii pacienta na prijatie zmeneného zdravotného stavu. Zhoršený zdravotný stav, dlhodobá liečba a ošetrovanie rany má negatívny vplyv na život pacienta, ktorý je nútený meniť hierarchiu potrieb, čím sa naruša jeho psychická a sociálna pohoda. Pacient sa ťažko vyrovnáva so zmeneným vzhľadom svojho tela. Môže dôjsť k narušeniu partnerských rolí, výskytu negatívnych emócií, strachu, úzkosti, osamelosti. Tento stav pacient prenáša aj na členov svojej rodiny (19).

U nami sledovanej pacientky nedošlo počas 3 mesiacov ošetrovania defektu v domácom prostredí k jeho vyliečeniu. Vzhľadom na jeho ošetrovanie v prirodzenom prostredí (aj napriek výsledkom), pacientka hodnotila pozitívne nízke ekonomické zaťaženie rodiny (keďže nemusela dochádzať na preväzy). Osobný kontakt so sestrou podporil zlepšenie spolupráce s rodinnými príslušníkmi. Realizované intervencie zabránili vzniku infekcie. Pre spoluprácu s pacientom v domácom prostredí sa vyžaduje individuálny a holistický prístup. Od sestry sa očakáva rozpoznanie schopnosti pacienta využívať všetky podporné zdroje pre zlepšenie zdravotného stavu, čo môže pozitívne

ovplyvniť hojenie defektu pri realizácii ošetrovania v domácom prostredí.

### Zdroje

1. ČERNÝ, J. a kol. 1998. *Chirurgia – základy všeobecnej a špeciálnej chirurgie*. 3. vydanie. Bratislava: Slovak Academic Press, 1998. 164 s. ISBN 80-88908-24-8.
2. VALENTA, J. 2007. *Základy chirurgie*. 2. doplnené a prepracované vydanie. Praha: Galén, 2007. 277 s. ISBN 80-72624-03-4.
3. STRYJA, J. a kol. 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: Geum, 2011. 400 s. ISBN 978-80-8625-679-5.
4. POSPÍŠILOVÁ, A. 2010. Bércové vředy infekční etiologie. In *Dermatovenerologie*. ISSN 1213-9106, 2010, roč. 52, č.3, s. 14-20.
5. POKORNÁ, A. 2012. *Úvod do wound managementu*. Brno: Masarykova Univerzita, 2012. 126 s. ISBN 978-80-210-6048-7.
6. NOVÁKOVÁ, I. 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. Praha: Grada Publishing, 2011. 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
7. HLINKOVÁ, E. - NEMCOVÁ, J. - MIERTO VÁ, M. a kol. 2015. *Nehojace sa rany*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2015. 284 s. ISBN 978-80-8063-433-9.
8. ZEMAN, M. a kol. 2000. *Chirurgická propedeutika*. 2. vydanie. Praha: Grada Publishing, 2000. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.
9. DOBROVOCKÁ, L. 2011. Léčba rány. Tivot s chronickou ránou. In *Florence*. ISSN 1801-464X, 2011, 1/2011, s. 38-39.
10. SMOLÁR, M. – KARASOVÁ, D. 2011. Komplexný pohľad na liečbu chronických rán. In *Hojení ran*. ISSN 1802-6400, 2011, roč. 5, č. 1, s. 2-5.
11. GULÁŠOVÁ, I. 2008. *Bolest' ako ošetrovateľský problém*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2008. 96 s. ISBN 978-80-8063-288-5.
12. SRYJA, J. 2008. Débridement a jeho význam pro léčeni ran – 2. díl. In *Hojení ran*. ISSN 1802-6400, 2008, roč. 2, č. 2, s. 16–17.

13. ČAMBAL, M. a kol. 2012. *Larvoterapia a jej využitie v klinickej praxi: Vysokoškolské učebné texty*. Bratislava: LF Univerzity Komenského, 2012, 92 s.
14. HLINKOVÁ, E. – KARASOVÁ, D. 2008. Subjektívne hodnotenie vplyvu chronických rán na jednotlivé dimenzie života. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1339-5920, 2008, roč. 6, č. 5, s. 6-10.
15. KOPAL, T. 2009. Terapeutické možnosti pri rezistentnom vrede. In *Dermatologie pro praxi*. ISSN 11802-2960, 2009, roč. 3, č. 4, s. 163-166.
16. ROZEHNALOVÁ, Z. 2008. Hojení bérkových vředu. In *Remedia*. ISSN 2336-3541, 2008, roč. 18, č. 3, s. 223-228.
17. NAVRÁTILOVÁ, Z. 2003. Ulcus cruris – Diagnostika a léčba. In *Interní medicína pro praxi*. ISSN 1803-5256, 2003, 4/2003, s. 184-189.
18. STRYJA, J. 2007. Débridement a jeho význam pro léčeni ran – 1. díl. In *Hojení ran*. ISSN 1802-6400, 2007, roč. 1., č. 1, s. 12-14.
19. VATEHA, R. – VATEHOVÁ, D. 2014. *Možnosti ošetrovania diabetickej nohy na chirurgickej ambulancii*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2014. 138 s. ISBN 978-80-8132-115-3.

### Kontakt

Bc. Anna Semaňáková

Zariadenie pre seniorov a Zariadenie opatrovateľskej služby

Vyšný mlyn 3

060 01Kežmarok

[hanka.semanakova@gmail.com](mailto:hanka.semanakova@gmail.com)

PhDr. Andrea Ševčovičová

VŠZaSP sv. Alžbety

Kósu Schopera 22

048 01 Rožňava

[ada.sevcovicova@gmail.com](mailto:ada.sevcovicova@gmail.com)

# PREVENCIA DEKUBITOV AKO PRIORITA A KOMPETENCIA SESTIER V PROFESIONÁLNO M OŠETROVATEĽSTVE

## THE PREVENTION OF PRESSURE ULCERS AS A PRIORITY AND COMPETENCE OF NURSES IN PROFESSIONAL NURSING

**LENKA FENCÁKOVÁ**

Svet zdravia a.s., Chirurgické oddelenie, Nemocnica A. Leňa Humenné

### Abstrakt

Dekubity zostávajú napriek pokroku v medicíne stále vážnym problémom so značným medicínskym, sociálnym a ekonomickým rozmerom. V boji proti dekubitom považuje Európsky poradný panel pre tlakové rany za najúčinnjšiu prevenciu ich vzniku. Kľúčovým faktorom je pritom kvalitná ošetrovateľská starostlivosť. Cieľom príspevku bolo poukázať na význam prevencie dekubitov a využitie hodnotiacich nástrojov pre skvalitnenie preventívnych a ošetrovateľských postupov. Uvádzame jednotlivé medzinárodné organizácie a ich aktivity. Medzi najznámejšie škály na posúdenie rizika vzniku dekubitov patria Nortonovej škála, Waterlowovej stupnica, Knollova škála, Bradenova škála. Existujú situácie, kedy sa aj napriek preventívnym opatreniam vzniku dekubitov zabrániť nedá. Príkladom sú Kennedyho škvrny. Tému dekubitov považujeme za stále aktuálnu vzhľadom na to, že poznatky a vedomosti v prevencii a liečbe dekubitov sa systematicky dopĺňajú a pribúdajú výsledky výskumov, ktoré menia zaužívané postupy.

### Kľúčové slová

dekubity, prevencia, medzinárodné organizácie, posudzovacie škály.

### Abstract

Despite of the progress in medicine pressure ulcers are still a serious problem of a big medical, social and economical dimensions. European Advisory Panel thinks that in the battle against pressure ulcers the prevention is the most effective against formation of bedsores. The key factor is a quality of nursing care. The aim of the work was to highlight the importance of prevention of bedsores and the use of

evaluate tools to improve the quality of preventive and nursing procedures. Here are various international organizations and their activities. The best known scales to evaluate the risk of bedsores are Norton Scale, Waterlow Scale, Knoll Scale, Braden Scale. Despite of the prevention there are situations in which we can not avoid formation of bedsores. Examples are taches of Kennedy. The topic of bedsores we consider as still actual considering that knowledge and information in prevention, and treatment of bedsores are systematically completed and updated results of researches are changing applicated procedures.

### Keywords

bedsores, a prevention, international organizations, evaluate scales.

### Úvod

Dekubity v klinickej praxi znamenajú ošetrovateľský problém s vysokou prioritou. Ak nie je prevencia správne poskytovaná a vznikne dekubit, má to za následok vážne etické porušenia, a z toho vyplývajúce právnické postihy. Ako to prežíva samotný pacient, ako to prežívajú príbuzní poškodeného? Ostáva to pre nich trauma, ktorú (možno) vytesnia, alebo si to do konca života nevedia odpustiť? Napr. v USA je prirodzenou súčasťou kontrola kvality poskytovania prevencie, pravidelný monitoring, a aj vyhodnocovanie je na vysokej úrovni, keďže poškodený pacient predstavuje hrozbu vysúdenia vysokého odškodného. Ošetrovateľský personál má mať vytvorený systém, v ktorom by mal mať dobrý prehľad o každom pacientovi, ako aj o možných rizikách, ktoré u neho môžu vzniknúť, a tým skomplikovať jeho zdravotný stav (1). Tieto

riziká majú byť dôkladne identifikované a zaznamenané. Hodnotiť ich pomáhajú aj hodnotiace nástroje tým, že objektivizujú hodnotenie sestier a sú dôležitou pomôckou k stanoveniu individuálneho plánu ošetrovateľskej starostlivosti (2). Z právneho hľadiska je veľmi dôležitá dokumentácia o preventívnych a liečebných opatreniach. Pri nedostatočnej dokumentácii sa nedá dokázať, že vzniku dekubitov nebolo možné zabrániť. Správne vedená dokumentácia musí byť úplná, konzistentná, zrozumiteľná, chronologicky usporiadaná a kontinuálna (3). Súčasťou dokumentácie je aj posúdenie stavu dekubitu, používanie pomôcok, spôsob ošetrovania a ich efekt. Dokumentácia musí obsahovať vstupné posúdenie stavu kože. Fotodokumentácia predstavuje súčasť interného zabezpečovania kvality. Ústne odovzdávanie informácií je v súčasnosti k dokázaniu kvality liečby a starostlivosti nedostačujúce (4). Podľa niektorých autorov je potrebný aj záznam o informácii príbuzných o poškodení kože, v niektorých štátoch to dokonca prikazuje zákon.

### Medzinárodné organizácie a ich aktivity

EUAP – Európsky poradný panel pre tlakové rany

NPUAP – Americký poradný panel pre tlakové rany

EWMA – Európska asociácia pre liečbu rán

WUWHS – Svetová únia pre liečbu rán

Všetky tieto organizácie úzko spolupracujú najmä pri tvorbe vývojových, výskumných a edukačných programov, programov štandardizácie starostlivosti, vytváraní noriem

pre zdravotnícke pomôcky. Snažia sa zabezpečiť všeobecnú informovanosť, vzdelávanie, vymieňanie si skúseností a snažia sa o integráciu a šírenie činnosti do všetkých štátov EÚ a sveta. EPUAP a NPUAP úzko spolupracujú od roku 2005 na tvorbe štandardných pracovných postupov na prevenciu a liečbu tlakových rán aplikovateľných každým odborníkom (lekár, sestra) všade vo svete. Výsledkom ich spolupráce je deklarácia z Ria de Janeiro Prevencia pred vznikom preležanín ako univerzálne ľudské právo, ako aj určenie dátumu Svetového dňa Stop tlakovým ranám. Celosvetová deklarácia hovorí o tom, že až v 95 % prípadov nemusia preležaniny vzniknúť, ak pacient dostane kvalitné ošetrovanie.

Mechanická príčina vzniku preležanín spočíva v tom, že pacient sám nedokáže zmeniť polohu, a preto mu musí pomôcť zdravotnícky personál – položiť ho, a eliminovať tak riziko vzniku dekubitov.

Sociálna príčina vzniku preležanín zasa hovorí o nedostatkoch v počte kvalitného personálu a o nedostatku pomôcok. Celosvetová deklarácia o preležaninách preto vyzýva jednotlivé štáty, aby podporili moderné ošetrovateľstvo nielen kvantitatívne, ale aj kvalitatívne.

EPUAP preventívne opatrenia rozdeľuje do štyroch oblastí:

1. posúdenie rizika vzniku dekubitov – spoľahlivé stupnice, škály, meracie nástroje
2. úroveň starostlivosti o kožu a jej ošetrovanie
3. používanie antidekubitových pomôcok
4. edukácia – vzdelávanie, výcvik zručností u profesionálov aj opatrovateľov (5).

### Škály na hodnotenie rizika vzniku dekubitov

Medzi najčastejšie využívané nástroje pre určenie rizika vzniku dekubitov patria posudzovacie škály. Pre posúdenie pravdepodobnosti vzniku

dekubitov sú pre skvalitnenie preventívnych a ošetrovateľských postupov vypracované rôzne škály a stupnice, pomocou ktorých sestra môže dôsledne mapovať výskyt rizikových faktorov podporujúcich vznik dekubitu (3). Hodnotiace nástroje pomáhajú vytvoriť systém, ktorý by zhodnotil starostlivosť v danom zdravotníckom zariadení a umožnil ju porovnať s inými zariadeniami (6). Existuje okolo 40 škál na posudzovanie rizika vzniku dekubitov. Medzi najznámejšie patria Bradenovej škála, Nortonovej škála, Waterlowovej stupnica, Knollova škála, Nonnemacherova škála a Cubbin – Jackson škála (3).

### Nortonovej škála

Na konci 50-tych rokov 20. stor. bol prevedený výskumný projekt, na ktorom sa zúčastnila Dorren Nortonová. Bol pozorovaný vývoj, hodnotenie, prevencia a ošetrovanie dekubitov u starších pacientov. Štúdia Nortonovej bola vo Veľkej Británii prvou štúdiou týkajúcou sa dekubitov, ktorú prevádzala sestra. Škála bola vytvorená v priebehu tejto štúdie a v roku 1962 bola zverejnená. Dorren Nortonová napísala, že svoju škálu nevidí ako nástroj, ktorý stopercentne zabráni vzniku dekubitov, ale ako varovný signál pre ošetrovateľov k využitiu profylaktických opatrení. Škála bola vytvorená pre zhodnotenie rizika u starších ľudí, využitie v iných oblastiach nebolo plánované. V rokoch 1985 - 1987 bola škála Nortonovej modifikovaná a rozšírená. Modifikovaná škála Nortonovej je hodnotená v rozsahu 1 až 4 bodov a pozostáva z hodnotenia nasledujúcich oblastí: schopnosť spolupráce, vek, stav pokožky, každé ďalšie ochorenie, fyzický stav, stav vedomia, denné aktivity, pohyblivosť, inkontinencia. Maximálny počet bodov je 24. Nevýhodou je, že škála nezahŕňa posúdenie nutričného stavu. Škála má senzitivitu hodnotenú na 46,8 % a špecificitu 61,8 % (3). V Nemecku je Nortonova stupnica jeden z najrozšírenejších nástrojov na posúdenie rizika dekubitov.

### Waterlowovej stupnica

Waterlowovej stupnica na hodnotenie rizika vzniku dekubitov bola vyvinutá v roku 1985 a pôvodne bola určená študentom ošetrovateľstva. Jej utorka videla nedostatok v škále Nortonovej, a to hlavne v chýbajúcom posúdení oblasti výživy. Jej úsilím bolo navrhnuť štandardnú, preventívnu škálu. Škála je orientovaná na oddelenia akútnej medicíny a operačné sály. Najviac používaná je vo Veľkej Británii. Nedostatky škály boli neskôr dôvodom pre jej revíziu, ktorú Waterlowová urobila v roku 2005 v spolupráci s Austrálskymi kolegami (7). Skladá sa zo šiestich subškál: vek a pohlavie, výživa, kontinencia, stav kože, pohyblivosť, hmotnosť a štyroch ďalších rizikových faktorov: stav cirkulácie, neurologické poruchy, lieky, operácie (3).

### Knollova škála

Knollova škála posudzuje všeobecný stav zdravia, mentálny stav, pohyblivosť, aktivitu, inkontinenciu, príjem výživy per os, príjem tekutín per os, náchylnosť na choroby, ako sú diabetes mellitus, cievne choroby, neuropatie, anémie. Jednotlivé faktory sa hodnotia počtom bodov 0 až 3. Položky aktivita, pohyblivosť a inkontinencia sa pre svoju závažnosť skórujú dvojnásobným počtom bodov. Hodnotenie viac ako 12 bodov znamená riziko vzniku dekubitov (3). V Chorvátsku v roku 2005 zrealizovali výskum v 22 zdravotníckych zariadeniach, kde zisťovali využitie jednotlivých škál na hodnotenie rizika vzniku dekubitov. Bolo zistené, že Knollova stupnica sa používa v 7 z 22 zdravotníckych zariadení t.j. 38,8% (8).

### Bradenova škála

Barbara Braden vytvorila škálu v roku 1984 pre predikciu dekubitov ako skríningový nástroj pre výskumné štúdie. Spolu s Nancy Bergstrom a ďalšími kolegami testovali škálu a výsledky boli publikované v roku 1987, kedy bola škála prvýkrát predstavená. Táto škála je používaná po celom svete, a to vo výskume, ako aj v klinickej praxi. (9). Pozostáva zo 6 podškál: vnímanie (schopnosť reagovať

na diskomfort vyvolaný tlakom), aktivity (stupeň fyzickej aktivity), mobilita (schopnosť meniť a kontrolovať polohu), vlhkosť kože, výživa (obvyklý príjem potravy), trenie po podložke, nožnicový efekt. Každá podškála je doplnená stručným popisom kritérií, ktoré by mala mať. Prvé 4 parametre súvisia s dlhodobým pôsobením tlaku, posledné 2 sa týkajú odolnosti kože voči poškodeniu. Prednosťou tejto škály je presná definícia pojmov. Maximálne skóre je 23 bodov, 18 a menej bodov znamená, že pacient je ohrozený vznikom dekubitov (10). Táto škála má najlepší pomer medzi senzitivitou a špecificitou. Senzitivitu má 57,1 % a špecificitu 67,5 %. Čas administrácie je okolo 5 až 10 minút(3). Autorka uvádza, že sestry by mali škálu používať tak, aby každá subškála slúžila ako počiatočné posúdenie konkrétnych pacientových problémov a deficitov, ktoré je potrebné ďalej preskúmať, a mala by byť sprievodcom typov intervencií, ktoré sú požadované. Čím nižšie je skóre v subškále a celkové skóre, tým intenzívnejšie intervencie je potrebné zahájiť (9).

**Nesmieme zabúdať, že je potrebné sa aj neustále vzdelávať, a taktiež zoznamovať sa s novinkami, ktoré sa aktuálne vyskytujú na trhu a slúžia na uľahčenie a skvalitnenie starostlivosti.**

Nová štúdia publikovaná v odbornom časopise Wounds poukazuje na dobré výsledky monitorovacieho systému s názvom MAP. Experti využili u pacientov na jednotke intenzívnej starostlivosti unikátny monitorovací systém, ktorý znižuje výskyt dekubitov tým, že efektívne detekuje tlak pôsobiaci na telo pacienta na lôžku i zmeny polohy pacienta. **Kontinuálny systém pre mapovanie tlaku na lôžku (MAP™)** je prvý klinicky odskúšaný monitorovací systém, ktorý detekuje a zobrazuje rozdiely na tele pacienta na lôžku. Je možné ho použiť na akomkoľvek lôžku. Umožňuje farebne vizualizovať dáta o rozložení tlaku v reálnom čase a efektívne polohovanie pacienta. Základom mo-

onitorovacieho systému je podložka snímajúca tlak. Je vyrobená z inteligentnej textilie, ktorá neustále meria tlak z tisícov samostatných bodov. Rozdiely v tlaku po celom tele pacienta sa zobrazujú na monitore pomocou farebnej škály, miesta s vysokým tlakom sú červené, s nízkym tlakom modré. To umožňuje identifikovať a minimalizovať oblasti s vysokým tlakom. Systém MAP zdravotníkom poskytuje možnosť kontrolovať či je pacient v správnej polohe, a či rizikové oblasti boli náležite odľahčené. Dáva im tak jedinečnú príležitosť naučiť sa optimálne techniky polohovania a určiť najefektívnejšie postupy pre minimalizovanie tlaku (11).

**Na včasnú detekciu vzniku dekubitov sa v zahraničí využíva prístroj EPISCAN I-200.**

Je to vysokofrekvenčný ultrazvukový zobrazovací systém, ktorý využíva ultrazvuk pri frekvenciách až 50 MHz. Vyškolené sestry pomocou prístroja vykonávajú vyhodnotenie zmien v jednotlivých vrstvách kože. Medzi jeho výhody patrí: detekcia dekubitov skôr než sú viditeľné, zdokumentovanie existencie dekubitov pri prijatí, umožňuje zamerať prevenciu na konkrétne anatomické oblasti, umožňuje dokumentovať účinnosť liečby. EPISCAN môže byť použitý na zlepšenie komunikácie medzi členmi ošetrovateľského tímu, ale i pacientom alebo príbuznými. Možno ho použiť na sledovanie progresie rán a vplyvu spôsobu liečby pomocou opakovaného snímania. Táto schopnosť umožňuje u pacienta zahájiť špecifické opatrenia a čo najvhodnejší spôsob ošetrovania (12).

Zvyšujúce sa právne povedomie spoločnosti a celková atmosféra podzrievania zvyšuje pravdepodobnosť sťažností na vznik dekubitov. Vznik dekubitov môže mať viacero právnych následkov. Pacienti a ich príbuzní sa môžu dožadovať odškodného. Existujú situácie, kedy aj napriek ošetrovateľskej starostlivosti s využitím všetkých preventívnych opatrení nie je možné vzniku dekubitov zabrániť(3).

## Kennedyho škvrny

Karen Lou Kennedy-Evans ako prvá v modernej literatúre identifikovala dekubity vyskytujúce sa pred smrťou, ktoré poznáme ako „Kennedy terminal vred“. Táto informácia bola predstavená na prvom NPUAP vo Washingtone v roku 1989. Kennedy zverejnila výsledky 5 ročnej retrospektívnej štúdie u 500 osôb s dekubitmi a zistila, že pacienti s dekubitmi zomreli počas 2 týždňov až po niekoľko mesiacov, a až 55,7% pacientov s dekubitmi zomrelo do 6 týždňov od ich vzniku. Integrita kože je závislá na funkcii všetkých ostatných orgánových systémov. Koža je orgán, ktorý podobne ako iné orgány môže zlyhať (13). Zmeny metabolizmu a cirkulácie sprevádzajúce terminálnu fázu života významne znižujú odolnosť kože voči vonkajším vplyvom. U terminálne chorých pacientov sa 2 až 3 dni pred smrťou (niekedy však už 5 až 6 týždňov pred smrťou) objavia v sakrálnej oblasti Kennedyho terminálne vredy (3). Je to nevyhnutný rozpad kože alebo kožná porucha, ktorá sa vyskytuje ako súčasť procesu umierania. Vznikajú rýchlo, sú červené, čierne alebo purpurovej farby a majú motýľový alebo hruškový tvar. Majú tendenciu objaviť sa náhle v sakrálnej oblasti. Povrch môže byť veľmi krehký a aj šetrné čistenie môže zmeniť povrch kože z neporušenej na veľkú otvorenú ranu. Informácie o týchto vredoch sú podstatné z toho dôvodu, že k vzniku vredu dochádza nie z nedostatku starostlivosti, ale preto, že sa blíži smrť (14).

## Záver

Tému dekubitov považujeme za stále aktuálnu vzhľadom nato, že poznatky a vedomosti v prevencii a liečbe dekubitov sa stále systematicky dopĺňajú. Veľa sa hovorí o liečbe rán a o prevencii, ale vieme si to premietnuť do praxe? Aj keď si to mnohokrát nepriznávame, robíme napriek množstvu odborných vedomostí a praktických zručností chyby, ktoré si ani nevedomujeme. Nezabúdajme, že ani najmodernejšie pomôcky nenahrádzajú polohovanie. Ak je pacient

# PREČO BYŤ ČLENOM V SK SaPA?

právna poradňa



BENEFIT

SK SaPA

INFORMAČNÝ BULLETIN



občianske združenie



OŠETROVATEĽSTVO  
A PÔRODNÁ ASISTENCIA

ČASOPIS SLOVENSKEJ KOMORY SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK

imobilný alebo v bezvedomí, je potrebné myslieť na to, či má pohodlnú polohu, netlačí ho močový katéter, nazogastrická sonda, neotláča ho okraj posteľnej bielizne alebo polohovacej pomôcky. U pacientov s extenziou, ortézami a dlahami je dôležité sledovať, či tieto pomôcky nepoškodzujú kožu. Nezabúdajme ani na prevenciu vzniku dekubitov na operačných sálach. Aj pri urgentných zákrokoch má sestra myslieť na to, či pacienta niekde niečo neotláča, či už invazívne vstupy, chirurgické inštrumentárium, chirurgický stôl, alebo aj obyčajný kryt jednorazovej ihly. Využívajme správne polohovacie pomôcky a antidekubitárne matrace. Nezabúdajme ani na vplyv výživy na prevenciu, ale aj liečbu dekubitov. Prevencia a ošetrovanie dekubitov je závažný problém, ktorý nemožno podceňovať. Úlohou sestry je identifikovať rizikové faktory u pacienta a zahájiť preventívne opatrenia na ich elimináciu.

## Zdroje

1. ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
2. STAŇKOVÁ, M. České ošetrovatelství 6 – Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Brno : IDV PZ, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
3. KRAJČÍK, Š. – BAJANOVÁ, E. Dekubity prevencia a liečba v praxi. 1. vyd. Bratislava : Herba, 2012. 96 s. ISBN 978-80-89171-95-8.
4. LANG, F. Dekubitus – zdanlivo neriešiteľný problém. In *Revue medicíny v praxi*. 2006, roč. 4, č. 1, s. 21-22. ISSN 1336-202X.
5. EPUAP. *The Europe Pressure Ulcer Advisory Panel*. [online]. [vid. 2016-09-12]. Dostupné na internete: <[www.epuap.org](http://www.epuap.org)>.
6. ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. Kreativní ošetrovatelský management. 1.vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
7. WEBSTER, J. a kol. Validity of the Waterlow scale and risk of pressure injury in acute care. In *British Journal of Nursing* [online]. 2010, vol. 19, no.6 [vid. 2015-01-10]. Dostupné z: <http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/abstract.html?u-id=47246>.
8. BIŠČAN, J. – POLAŠEK, O. – MESARIČ, J. Pressure ulcers as a health care quality indicator [online]. 2005, [vid. 2013-02-16]. Dostupné z: [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/PATH/Posters%20PATH%20CC%20Hospitals/CRO\\_pressure\\_ulcers.pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/PATH/Posters%20PATH%20CC%20Hospitals/CRO_pressure_ulcers.pdf).
9. BRADEN B. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk: Reflections after 25 Years. In *Advances in Skin & Wound Care* [online]. 2012, vol. 25, no.2 [vid. 2016-10-06]. Dostupné z: [http://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2012/02000/The\\_Braden\\_Scalefor\\_Predicting\\_Pressure\\_Sore.4.aspx](http://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2012/02000/The_Braden_Scalefor_Predicting_Pressure_Sore.4.aspx).
10. DOBROVODSKÁ, L. Realizace opatření na prevenci dekubitů. In *Florence*. 2012, roč. 8, č.3, s. 19-21. ISSN 1801-464X.
11. HARTMANN – RICO. Kontinuální monitorovací systém pomáhá redukovat vznik dekubitů. In *Novinky z léčby ran*. [online]. [vid. 2016-09-10]. Dostupné z: <http://www.lecbarany.cz/clanky/kontinualni-monitorovaci-system-pomaha-redukovat-vznik-dekubitu>.
12. LONGPORT, INC. EPISCAN I-200. [online] [vid. 2016-10-23]. Dostupné z: <http://www.longportinc.com/about/episcan.html>.
13. SCHANK, J. E. Kennedy Terminal Ulcer: the "Ah-Ha!" Moment and Diagnosis. In *Ostomy Wound Management* [online]. 2009, vol.55, no. 9 [vid. 2015-11-11]. Dostupné z : <http://www.o-wm.com/content/kennedy-terminal-ulcer-%E2%80%999Cah-ha%E2%80%999D-moment-andiagnosis#sthash.4OUPvELE.dpuf>.
14. KENNEDY K. E. Understanding the Kennedy Terminal Ulcer. In *Ostomy Wound Management* [online]. 2009, vol.55, no. 9 [vid. 2016-10-11]. Dostupné z: <http://www.o-wm.com/content/understanding-kennedy-terminal-ulcer>.

## Kontakt

Mgr. Lenka Fencáková  
[lenka.fencakova@svetzdravia.com](mailto:lenka.fencakova@svetzdravia.com)

### PLÁNOVANÉ KONFERENCIE ORGANIZOVANÉ ODBORNÝMI SEKCIAMI SKSaPA A SPOLUORGANIZOVANÉ SKSaPA V ROKU 2017

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

#### XII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva

Miesto: Bojnice, Hotel Pod zámkom

Termín: 24. 3. – 25. 3. 2017

Info: [portal.sksapa.sk](http://portal.sksapa.sk)



#### VIII. Celoslovenská konferencia Sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek SK SaPA a zároveň VII. ročník Dňa Sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek SK SaPA

Miesto: Trenčín, Gastrocentrum

Termín: 3. 6. 2017

Info: [portal.sksapa.sk](http://portal.sksapa.sk)



#### XXXVIII. Výročná konferencia SS VPL

Miesto: Vysoké Tatry, Grandhotel Bellvue Starý Smokovec

Termín: 12.-14. 10. 2017

Info: [portal.sksapa.sk](http://portal.sksapa.sk)

## Plánujeme

Slovenská komora sestier  
a pôrodných asistentiek

REGIONÁLNA KOMORA  
SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK  
VYSOKÉ TATRY

## OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA NA SLOVENSKU

Celoslovenská konferencia  
Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek  
s medzinárodnou účasťou  
21. – 22. 9. 2017  
Nový Smokovec, Vysoké Tatry



*Welcome to Ostrava!!!*



## 4. POSTGRADUÁLNÍ KURZ SESTER V INTENZIVNÍ PÉČI

Ostrava 2017

**Pod záštitou**  
Profesní a odborové unie zdravotnických pracovníků  
České asociace sester  
Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek

**Jako součást**  
19<sup>th</sup> Colours of Sepsis 2017

Ostrava, 7. - 8. únor 2017

Viac informácií na web stránke: <http://www.sepseostrava.cz/sepse/>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES  
The global voice of nursing



Barcelona  
CONGRESS, SPAIN  
27 May-1 June  
ICN  
2017

**Nurses at the forefront  
transforming care**

# Aktivity odborných sekcií SKSaPA

## Správa z Celoslovenskej konferencie Sekcie sestier pracujúcich v ADOS, SK SaPA

Dňa 14. októbra 2016 sa v Tatranských Matliaroch konala Celoslovenská konferencia Sekcie sestier pracujúcich v ADOS, SK SaPA. Konferencie sa zúčastnili ako hostia Mgr. Iveta Lazorová, prezidentka SKSaPA, Mgr. Iveta Michalcová, predsedníčka Kontrolného výboru SK SaPA a PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., riaditeľka Odboru ošetrovateľstva MZ SR, Mgr. Jaroslav Straka, hlavný odborník MZ SR pre ošetrovateľstvo. Cieľom konferencie bolo poukázať na dlhodobé neriešenie problémov ADOS na Slovensku.



Prítomní vo svojich vystúpeniach hovorili o aktuálnych, dlhodobých problémoch ADOS z pohľadu legislatívy na Slovensku, manažmente kvality ošetrovateľskej starostlivosti, komunitnom ošetrovateľstve, právnych predpisoch dotýkajúcich sa povolania sestry a ďalších aktuálnych problémoch, ktoré ovplyvňujú postavenie ADOS na Slovensku.

Vyzdvihli by sme vystúpenie Mgr. Ivety Lazorovej a PhDr. Tatiány Hrindovej, PhD., ktoré vo svojich vystúpeniach poukázali aj na potrebu zjednotiť všetky subjekty poskytujúce starostlivosť cestou ADOS, vystupovať jednotne navonok, či ide o vystúpenia v médiách alebo rôznych odborných fórach a pri rokovaní. Súčasťou tejto konferencie boli aj voľby do Výboru Sekcie sestier pracujúcich v ADOS, na ktorých bol do funkcie predsedu zvolený Mgr. Jaroslav Straka.

## Stretnutie zástupcov agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) s ministrom zdravotníctva SR

Dňa 14. novembra 2016 sa uskutočnilo spoločné rokovanie Sekcie agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti pri SKSaPA a zástupcov Asociácie agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti s ministrom zdravotníctva Ing. Tomášom Druckerom a riaditeľkou Odboru ošetrovateľstva PhDr. Tatianou Hrindovou, PhD. Rokovania sa zúčastnila aj prezidentka SKSaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p.a.. Zástupcovia agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) informovali ministra zdravotníctva o dlhodobo neriešených problémoch ADOS, ktoré veľmi sťažujú prácu sestier a ohrozujú samotnú existenciu domácej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku.

Zástupcovia ADOS na rokovaní odovzdali ministrovi zdravotníctva svoje písomné požiadavky a návrhy, ktorých cieľom je skvalitnenie ošetrovateľskej starostlivosti o dlhodobo chorých a zomierajúcich pacientov v ich sociálnom prostredí.

Kľúčové požiadavky zástupcov ADOS:

1. Odstrániť bodovanie na zamestnancov, ktoré Všeobecná zdravotná poisťovňa (VšZP) zaviedla od 1.1.2014.
2. Zvýšiť finančný objem za ošetrovateľskú starostlivosť pre ADOS tzv. LIMITY, ktoré sú nepostačujúce a nezohľadňujú počty ošetrovaných pacientov VšZP.
3. Zabezpečiť úhrady dopravy sestry ADOS k pacientom, čo je nevyhnutnou podmienkou poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí.

Zástupcovia ADOS na rokovaní zdôraznili, že vyššie popísané požiadavky VšZP nemajú oporu v zákone o zdravotnej starostlivosti ani vo vyhláškach Ministerstva zdravotníctva SR. VšZP tak vyžadovaním nadmernej administrácie výrazne skraca čas, ktorý sestry ADOS môžu venovať starostlivosti o pacientov.

Zástupcovia ADOS sú presvedčení, že sestry ktoré ošetrojú pacientov v ich domácom prostredí, sú nenahraditeľnou súčasťou slovenského zdravotníckeho systému už takmer 22 rokov. Dôležitým faktorom je nielen etická a humánna starostlivosť v prirodzenom sociálnom prostredí pacienta, ale aj cena poskytovaných služieb. Starostlivosť o pacienta v domácom prostredí je z ekonomického hľadiska výrazne efektívnejšia ako ústavná starostlivosť.

Pevne veríme, že všetky tieto aspekty práce sestier v ADOS minister zdravotníctva zohľadní a bude naďalej pokračovať v aktívnom dialógu s jej zástupcami.

Správy spracovala  
Mgr. Terézia Lengyelová  
Členka Rady SKSaPA

## GERIATRICKÉ SESTRY NESPIA....

### Pracovná stáž v Orthopädisches Spital Speising (OSS) vo Viedni 23.-24.6.2016

V dňoch 23. - 24.6.2016 sa uskutočnila pracovná stáž v Orthopädisches Spital Speising (OSS) vo Viedni. Túto stáž inicioval výbor Sekcie sestier pracujúcich v geriatrickej na základe prezentácie pani Mgr. Gulovej Viery. Táto sestra, ktorá má na starosť prezentovanie ortopedickej kliniky navonok, sa aktívne zúčastnila na VI. celoslovenskej konferencii geriatrických sestier s medzinárodnou účasťou, ktorá sa konala v dňoch 24. - 25.9.2015 v Košiciach. Pracovnej stáže sa zúčastnilo dvanásť členiek Sekcie sestier pracujúcich v geriatrickej, ktoré sa výrazným spôsobom podieľajú na vývoji a smerovaní geriatrickej sekcie, či už v oblasti prednáškového činnosti, publikovania a organizácii podujatí. Slovenskú „výpravu“ geriatrických sestier tvorili manažérky a sestry zo štyroch zdravotníckych zariadení, a to; Domu Božieho milosrdenstva - hospicu v Banskej Bystrici, Vysokošpecializovaného odborného ústavu geriatrického sv. Lukáša v Košiciach, z Kliniky gerontológie a geriatrickej LF UPJŠ, LVN, a.s. v Košiciach a Ošetrovateľského centra a ZSS Slniečny dom v Humennom.



V rámci prvého dňa (23.6.2016) sme sa v ortopedickom centre zúčastnili na exkurzii akútnej geriatrickej spojenej s remobilizáciou seniorov s návratom do bežného života. Pobyt na tomto oddelení je determinovaný kritériami, ktoré sa určujú na základe hodnotiacich škál, ako je napr. Nortonova, Bartelova, MMSE a pod. Po ich vyhodnotení sa rozhoduje o prijatí pacienta na oddelenie. Prísne kritériá pri prijatí geriatrických pacientov na oddelenie akútnej geriatrickej odrážajú jej samotnú filozofiu. Tá predpokladá maximálnu sebastačnosť a plný návrat do bežného života.

Izby pacientov sú riešené tak, že ich súčasťou je bezbariérová kúpeľňa, prispôbena stavu mobility pacienta po operácii. Pacienti majú k dispozícii elektrický ovládateľný a hydraulický polohovateľný lôžko, stolík, ktorý slúži ako jedálenský, súčasťou izby je aj monitor, ktorý slúži ako dorozumievacie zariadenie, ale zároveň je v ňom zabudované rádio a televízor so slúchadlami.

Milo nás prekvapili aktivity seniorov v poobedných hodinách v spoločenskej miestnosti (slúži ako jedáleň), kde si spolu s animátorom zaspievali svoje obľúbené piesne.

Ortopedická klinika sa rozčleňuje na invazívne a neinvazívne pracoviská. My sme v prvý deň navštívili oddelenie, ktoré sa zaoberá chirurgiou ruky, pleca a ramena, kde nás vrchná sestra, pán Mgr. Rozkopal zoznámil s režimom a organizáciou oddelenia.

V centre nemocnice sa nachádza kostol, ktorý bol ďalšou zástavkou počas našej exkurzie. Kňaz a celý tím zabezpečujú plnenie duchovno - spirituálnych potrieb nielen pre pacientov celého komplexu, ale aj pre personál. Ponímanie holizmu v liečbe pacienta možno cítiť na každom oddelení nemocnice.

Druhý deň (24.6.2016) nás ráno privítala riaditeľka ošetrovateľstva Barbara Klemensich, MBA. Vo svojom príhovore a prezentácii informovala o vybavení ortopedickej kliniky, predstavila nám jednotlivé pracoviská, hierarchiu manažmentu, prácu sestier a iných zdravotníckych pracovníkov, informovala nás o možnostiach praxe študentov, o rôznych aktivitách a podujatiach pre pacientov, ale aj pre zamestnancov, zabezpečovaní manažmentu kvality a pod. Na záver nám poďakovala za účasť a popriala nám veľa úspechov.

Naše kroky ďalej viedli na oddelenie fyzioterapie. Tím fyzioterapeutov, masérov a ergoterapeutov sa stará o pacientov, a to nielen hospitalizovaných, ale poskytuje svoje služby aj ambulantne. Súčasťou tohto oddelenia je multifunkčná rehabilitačná zrkadlová miestnosť, priestory pre masérov a ergoterapeutov, časť určená na vodoliečbu s bazénmi na plávanie, ale aj na podvodné masáže a perličkové kúpele.

Zaujímavým pracoviskom bolo laboratórium pre analýzu chôdze a pohybu, ktoré slúži na diagnostiku pacientov, ale aj vrcholových športovcov. V laboratóriu sa vyšetrujú pacienti pomocou chôdze a zisťuje sa sila stupaje, rýchlosť a frekvencia pohybu, hodnotí sa fyziológia, ale aj patológia pri chôdzi. Vyšetrenie je určené hlavne pre tých, ktorí majú absolvovať operačný výkon, ktorý má byť efektívnym riešením zdravotného stavu. Vykonáva sa na základe odporúčania lekára, a to pred a po operácii.



Súčasťou exkurzie bolo detské oddelenie, operačné sály jednodňovej chirurgie, aj pooperačné oddelenie intenzívnej medicíny, kde sa pacienti dostávajú po operačných výkonoch.

Záver exkurzie patril centru pre ochorenia chrbtice, a to nadštandardnému konzervatívne oddeleniu. Naša pozornosť sa upriamila predovšetkým na ošetrovateľskú dokumentáciu v elektronickej forme, jej efektívne využitie a prepojenie od príjmu pacienta, objednávanie na jednotlivé vyšetrenia, zapisovanie a vyhodnocovanie potrieb pacientov a stanovenie ošetrovateľských diagnóz. Na tomto oddelení nás zaujal spôsob nakladania s liekmi. Každý liek bol v nepriehľadnej skrini uložený podľa abecedy a mal priradenú kartičku s kódom, ktorú si podľa potreby prišla oskenovať služba z lekárne a zároveň zabezpečila dodávku chýbajúceho lieku.

V multifunkčnom tíme pracovníkov nás zaujal spôsob odprevádzania pacientov na rôzne vyšetrenia. Zamestnanec určený na túto prácu ma na starosti viacero oddelení, kde sa plánujú vyšetrenia, a podľa plánu a priorit odprevádza pacientov. Ku komunikácii so sestrami daných oddelení používa mobilný telefón. V službe bolo päť takýchto sanitárov a ich informačný systém zabezpečoval efektívne využitie pracovného času.

Okrem exkurzie oddelení sme s pani Mgr. Vierou Gulovou absolvovali aj prínosnú diskusiu. V nej nás informovala o spôsobe práce sestier v zariadení, o jej kompetenciách, organizácii práce na oddeleniach, zároveň počas celej exkurzie odpovedala na naše otázky.

Odborná stáž bola pre nás prínosnou pracovnou cestou s konkrétnymi závermi. V rámci týchto záverov manažérky zariadenia reagovali na dve otázky.

PhDr. Eva Vojanská, vedúca sestra  
Mgr. Anastázia Létayová, Lýdia Pisková  
*Klinika gerontológie a geriatrickej LF UPJŠ, LVN, a.s.*

#### **Ako hodnotíte pracovnú stáž**

Touto cestou by sme sa chceli srdečne poďakovať SKSaPA, pani Mgr. Šarkóziovej Denise, predsedníčke Sekcie geriatrickej sestier a pani Mgr. Gulovej Viere za jedinečnú príležitosť zúčastniť sa odbornej pracovnej stáže vo Viedni. Pracovná stáž v špecializovanej ortopedickej nemocnici, najväčšej v strednej Európe, bola zorganizovaná na veľmi kvalitnej a vysokej úrovni. Za dvojdňové obdobie sme navštívili cca 10 zaujímavých „miest“ a množstvo erudovaných ľudí, špecializovaných oddelení a iných pracovísk nemocničného komplexu.

Vzhľadom na maximálne vyťažovaný program oceňujeme kreatívny prístup lektorky p. Mgr. Gulovej, ktorá dokázala skĺbiť diskusné fóra s prehliadkami spomínaných pracovísk nemocnice, doplnené príjemným večerným programom v centre mesta.

### Čo konkrétne priniesla Vášmu zariadeniu

Pre Kliniku gerontológie a geriatrickej mala pracovná stáž neoceniteľný význam z hľadiska komparácie špecializovanej práce v LVN, a.s. a vo viedenskej nemocnici. Mali sme možnosť porovnávať oddelenie geriatrickej, rehabilitácie a jednodňovej chirurgie, keďže tieto pracoviská sú súčasťou aj našej nemocnice. Charakter akútnej geriatrickej v našom ponímaní predstavuje zdravotnícku starostlivosť o pacientov so širokým spektrom ochorení a komplikácií v sériu so špecifickou dĺžkou hospitalizácie a širokou paletou diagnostiky. Zaujali nás taktiež oddelenia, s ktorými sme sa mali možnosť stretnúť po prvýkrát, odniesli sme si množstvo inšpiratívnych postrehov /komplexná fyzioterapia a ergoterapia seniorov, súčinnosť multidisciplinárneho tímu, riešenie pitného režimu pacientov a personálu, GPS v rámci doprovodu pacientov na vyšetrenia., pohodová atmosféra .../. Nie je v našich možnostiach a kompetenciách aplikovať všetky inovácie do organizácie nášho zariadenia. Niekoľko z nich sa pokúšame aplikovať na našej klinike už v súčasnosti, a to komplexný dezinfekčný program a využitie kompresívnych pomôcok s vyšším štandardom. Naším želaním je však vytvárať čo najviac pohodovú atmosféru na pracovisku /minimálne toľko ako doteraz/. Pracovná stáž nám však potvrdila fakt, že sa oplatí investovať do úpravy časového manažmentu práce eliminovaním napätia a fenoménu neustáleho „utekania“.

PhDr. Tatiana Turoková, MPH

*Námestníčka pre ošetrovateľstvo VŠOUG sv. Lukáša v Košiciach*

### Ako hodnotíte pracovnú stáž

V dňoch 23. - 24.06.2016 sme sa zúčastnili pracovnej stáže v Orthopädisches Spital Speising (OSS) vo Viedni. Tejto dvojdňovej exkurzie sa zúčastnili štyri sestry manažérky z Vysokošpecializovaného odborného ústavu geriatrickej sv. Lukáša. Chceme vyzdvihnúť vysoko profesionálny prístup pani Mgr. Viery Gulovej, ktorá sa nám venovala počas exkurzie a erudovane nám poskytovala výklad a odpovedala nám na všetky naše otázky. Venovala sa nám aj v čase nášho voľna, kedy nám robila sprievodkyňu po kultúrnych pamiatkach Viedne. V nemocnici sme mali možnosť navštíviť jednotlivé oddelenia a ambulancie, a tak aspoň sčasti si urobiť obraz o fungovaní celého zariadenia. Vysoko si vážime aj prístup pani riaditeľky pre ošetrovateľstvo Barbary Klemensich, MBA, ktorá si vo svojom nabitom programe našla čas a pol hodinu sa nám venovala.

Počas exkurzie sme sa zaujímali hlavne o systémy práce na jednotlivých oddeleniach. Sledovali sme pacientov od príjmu cez diagnostiku až po riešenie jeho zdravotného stavu, či už konzervatívne alebo operačne. Všetci pacienti absolvovali rehabilitáciu. Geriatrickej pacienti s dlhšou rekonvalescenciou mali možnosť ďalšej hospitalizácie na akútnom geriatrickej oddelení. Dovolíme si tvrdiť, že v nemocnici kladú dôraz na pacienta, na jeho potreby, a na jeho opätovné začlenenie do bežného života. Veľký dôraz sa venuje psychickému stavu a spirituálnym potrebám pacientov. Presvedčili sme sa, že o pacientov sa stará celý tím ľudí, ktorí majú presne stanovené kompetencie. Aj napriek tomu, že sa nám otvorene priznali, že aj oni sa boja s rôznymi problémami, hlavne nedostatkom personálu, a v prvom rade je to nedostatok kvalifikovaných sestier, ich prvoradá úloha spočíva v tom, aby pacient tieto problémy nepociťoval. Na jednotlivých úsekoch je práca rozdelená tak, aby každý zamestnanec mal dostatok času na svoje výkony, a aby pacient nepociťoval zhoršenie a nedostatok záujmu o jeho problémy.

### Čo konkrétne priniesla Vášmu zariadeniu

Zaujímali sme sa hlavne o elektronickú dokumentáciu, ktorú chceme vylepšiť v našom zariadení. Zaujali nás aj mimopracovné aktivity smerom k zamestnancom, ktoré majú veľmi dobré zorganizované a rôzneho zamerania. Chceli by sme vytvoriť naším zamestnancom lepšie podmienky na prácu vytvorením „trojstupňového ošetrovania“ – sanitár, zdravotnícky asistent (zdravotná sestra), vysokoškolsky vzdelaná sestra, a takto rozšíriť tím zamestnancov starajúcich sa o pacientov. Rozšírime používanie hodnotiacich škál u geriatrickej pacientov. Umožníme záujemcom exkurzie v našom zariadení na zlepšenie obrazu VŠOUG sv. Lukáša.

### Inšpiratívna stáž na ortopedickej klinike vo Viedni očami sestier Slniečného domu

PhDr. Zuzana Fabianová

*Riaditeľka pre odborné a personálne činnosti/ Predstaviteľ manažmentu pre kvalitu Ošetrovateľské centrum/Ošetrovateľské centrum, s.r.o.*

*Zariadenie sociálnych služieb Slniečny dom, n.o.*

V trhovom prostredí ovplyvňuje úspech a prežitie firmy niekoľko významných a špecifických faktorov. Jedným z týchto faktorov je spokojnosť klientov. V súčasnej dobe, keď zväčša ponuka prevyšuje dopyt a klient si môže vyberať zo širokej ponuky zdravotníckych zariadení, jeho spokojnosť hrá veľmi dôležitú úlohu.

Jedným z nástrojov rozvoja kvality organizácie je kritické porovnanie sa s lepšími, úspešnejšími, pokrokovejšími. Ošetrovateľské centrum a Slniečny dom sú organizácie orientujúce sa predovšetkým na starostlivosť o vážne a dlhodobo chorých seniorov. Vo svojej praxi sa roky snažíme rozvíjať potenciál sestier aj na základe inšpirácie vyspelou zahraničnou praxou. Získať partnera pre nadnárodný benchmarking je náročné. Aj preto nás nesmierne potešilo pozvanie Komory zúčastniť sa inšpiratívnej stáže v Orthopädisches Spital Wien Speising.

Naše sestry prišli z Viedne nadšené. Lepšie sme si uvedomili naše silné stránky i oblasti pre zlepšenie. „Počas stáže v Ortopedickej klinike vo Viedni, ktorej som sa zúčastnila 23. - 24.6.2016, som sa stretla s vynikajúcim prístupom k pacientom – personál dobre vie, že spokojnosť klienta je na prvom mieste a podľa toho aj pracuje. Nehľadí sa tam na klienta – pacienta iba z ekonomického hľadiska, ktorý im prináša peniaze, ale hlavne je vnímaný ako trpiaci človek - pacient. Zistila som, že v našom zariadení je starostlivosť a prístup k pacientovi na porovnateľnej úrovni ako na spomínanej klinike vo Viedni. Získala som však aj nové zdroje inšpirácie, ktoré po zavedení v našom zariadení pomôžu zlepšiť už aj tak poskytovanú výnimočnú starostlivosť pre našich pacientov, pretože chceme byť príkladom v prístupe k pacientom. Mám šťastie, že môžem pracovať v tak pokrokovej firme, ktorá sa snaží budovať lepšie zdravotníctvo, a ktorá deň, čo deň prináša nové podnety a zlepšenia pre prácu svojich zamestnancov“ uviedla PhDr. Anna Kušnírová, asistentka manažmentu.

Vysoko vyzdvihujeme veľmi kvalitný program stáže, napríklad možnosť vidieť pracovisko akútnej geriatrickej, 1. Rehabilitačné pracovisko, pooperačné oddelenie, OAIM, výbornú logistiku, prístup kontaktnej osoby vo Viedni. Oslovila nás vysoká pro-



I. rad :kľaciace –zľava doprava : Silvia Ištoková, PhDr. Anna Kušnírová, /Ošetrovateľský dom Humenné/;. Bc.Blanka Baloghová, /VŠOU-G s. Lukáša ,Košice/

II.rad zľava -doprava II.rad PhDr.Eva Vojanská, Lýdia Písková / Klinika geriatrickej a gerontológie UPJŠ a LVN. Košice/, Mgr. Katarína Babjaková/Ošetrovateľský dom Humenné/, Mgr. Anastázia Letayová / Klinika geriatrickej a gerontológie UPJŠ a LVN. Košice/, Mgr.Denisa Šarkoziová, , Mgr. Renáta Popundová /Dom Božieho milosrdenstva Banská Bystrica/, Alica Tresová, Marianna Novotná, PhDr.Tatiana Turoková, MPH, /VŠOU-G s. Lukáša ,Košice/

Stred: zľava- doprava: Mgr.Viera Gullová,/ sprevádzateľka celej stáže/; Barbara Klemensich, MBA- riaditeľka ošetrovateľstva Orthopädisches Spital Speising (OSS) vo Viedni.

fesionalita a zodpovedný, uvedomelý prístup zamestnancov. Imponovala nám všeobecne dodržiavaná pohoda a eliminácia stresu na pracovisku. Pacient nesmie mať pocit, že naňho nemáme čas.

Aj keď to vôbec nie je jednoduché, pokúsime sa opäť aspoň niektoré z podnetov pretaviť do našich podmienok. Hodnotným výstupom zo zahraničných stáží pre nás býva zoznam prvkov, ktoré sa stávajú súčasťou Akčného plánu. Cieľom je pokúsiť sa zapracovať aspoň niektoré z inšpiratívnych prvkov v podobe modifikovanej k našim možnostiam, ako napríklad:

- Akceptovanie autonómie svojprávnych pacientov pri organizovaní diét. Je na pacientovi, aké jedlo si objedná.
- Systémové praktizovanie aromaterapie, napr. pokvapkanie bielizne levanduľovým olejom pred spaním.
- Používanie olivového oleja na ošetrovanie chodidiel s výbornými výsledkami starostlivosti.
- Excelentný systém označovania pre lepšiu orientáciu pacientov i návštevníkov.
- Efektívna organizácia znečistenej bielizne.
- Efektívne organizovanie liečiv v lekárnike – každý liek má svoje štítkom označené miesto.
- Praktický preväzový stolík s označenými zásuvkami.
- Systém farebných signálnych štítkov s jednoduchým textom, ktoré sa používajú ako záložky pre lepšiu orientáciu v dokumentácii starostlivosti.

Chceli by sme vyjadriť veľké poďakovanie SKSaPA za výnimočnú príležitosť inšpirovať sa pre rozvoj našej domácej ošetrovateľskej praxe. Veríme, že podobné aktivity budú organizované aj v budúcnosti. Vnímame ich ako podporu sestram, ktorým napriek zložitým sociálno-ekonomickým podmienkam stále neprestáva záležať na rozvoji potenciálu našej profesie. A ak by raz predsa len boli prostriedky na zlepšenie kvality, budeme pripravení využiť ich čo najefektívnejším spôsobom.

#### Ako hodnotíte pracovnú stáž

Vysoko vyzdvihujeme veľmi kvalitný program stáže, napríklad možnosť vidieť oddelenie akútnej geriatrickej, výbornú logistiku, prístup kontaktnej osoby vo Viedni... Veríme, že aj v budúcnosti budeme mať opäť takúto výnimočnú možnosť inšpirovať sa pre rozvoj našej domácej ošetrovateľskej praxe.

#### Čo konkrétne priniesla Vášmu zariadeniu

Každý rok sa snažíme našu prax porovnávať s vyspelým zahraničím, a musím povedať, že vôbec nie je ľahké nájsť pracovisko, ktoré by bolo ochotné nás prijať a zároveň zodpovedať na desiatky otázok k organizácii ošetrovateľskej starostlivosti. Naše sestry prišli z Viedne nadšené, spracovali sme Akčný plán zapracovania inšpiratívnych prvkov. Lepšie sme si uvedomili naše silné stránky i oblasti pre zlepšenie. Registrovali sme vysokú profesionalitu a zodpovedný, uvedomelý prístup personálu, páčila sa nám „povinná“ pohoda, eliminácia stresu, pacient nesmie mať pocit, že naňho nemáme čas... pokúsime sa opäť aspoň niečo z toho pretaviť do našich podmienok...

Mgr. Denisa Šarkoziová

organizátorka stáže, predsedníčka sekcie

Celú stáž celkovo môžeme hodnotiť prínosovo - pozitívne. Jednak pre program, ktorý pripravila pre nás rakúska strana v Orthopädisches Spital Speising (OSS) vo Viedni, prostredníctvom našej trepezlivej sprevádzateľky, Mgr. Viery Gulovej, a jednak pre konkrétne závery, ktoré vyplynuli pre zúčastnené zariadenia. Ja osobitne by som chcela vyzdvihnúť prístup v rámci príjmu seniorov na geriatrické oddelenie spojeného s následnou remobilizáciou, efektívnosť v súvislosti s doprovodom pacientov na vyšetrenie, ako aj pri zabezpečovaní liekov, úroveň elektronizácie v ošetrovateľskej dokumentácii a samozrejme filozofiu pohodovej atmosféry v celom areáli ortopedického centra.

Hlavným cieľom pre mňa ako organizátorku bolo, aby inovácie, ktoré stážistky v ortopedickom centre zaregistrovali, mohli čo v najvyššej miere pretaviť do praxe v rámci svojho zariadenia, a preto s nadšením môžeme konštatovať, že táto pracovná stáž neminula svoj zámer a cieľ bol splnený. V tejto súvislosti sa za všetky účastníčky exkurzie chcem **srdečne poďakovať Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek, ako aj Občianskemu združeniu pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek za výraznú podporu a pomoc**, bez ktorej by táto stáž nemohla dospieť k uspokojivej finálnej úrovni. Viem, že aj táto forma vzdelávania ukázala svoju pozitívnu tvár a nastavila zrkadlo s konkrétnymi závermi pre našu ošetrovateľskú prax.

Spracovala:

Mgr. Denisa Šarkoziová

Predsedníčka sekcie sestier pracujúcich v geriatrickej pri SKSaPA

Vážené kolegyně a kolegovia,

**POZOR**, máme pre Vás veľkú novinku, ktorá Vám výrazným spôsobom uľahčí využívanie nášho SK SaPA benefičného systému. Na zimnú sezónu 2016/2017 máme pre Vás pripravené atraktívne až 50% výhody na skipasy v 16 významných lyžiarskych strediskách. **Odteraz už bez registrácie a novinka platí pre Vás členov našej komory.**

Stačí urobiť tri jednoduché kroky a môžete túto zimu ušetriť desiatky eur:

**1. KROK:** navštívte stránku [www.firemnebenefity.sk](http://www.firemnebenefity.sk) (na stránke nájdete kompletnú ponuku benefičtov bez nutnosti prihlásenia sa)

**2. KROK:** objednáte si výhodu pomocou týchto jednotlivých prístupov:



## Objednanie

### Prihlásenie:

E-mailová adresa účtu \*

benefity@sksapa.sk

Heslo účtu \*

sksapa2017

PRIHLÁSIŤ

\* e-mail: [benefity@sksapa.sk](mailto:benefity@sksapa.sk)

\* heslo: sksapa2017

**3. KROK:** vytlačte si vygenerovaný poukaz, preukážte sa ním u partnera a získajte výhodu.

V prípade, že by ste mali akékoľvek otázky ohľadom benefičtov (ich využívanie, objednávanie, ...) môžete kontaktovať našu technickú podporu:

Tel. kontakt: 0948 177 203

e-mail: [sakala@skbenefit.sk](mailto:sakala@skbenefit.sk)

Z našej ponuky, ktorú si celú môžete pozrieť na: [www.firemnebenefity.sk](http://www.firemnebenefity.sk) vyberáme tieto TOP ponuky:



**Prajeme Vám veľa príjemných chvíľ s SK SAPA BENEFITNÝM SYSTÉMOM**



### HISTORICKÉ MEZNÍKY OŠETŘOVATELSKÉ PERIOPERAČNÍ PÉČE OD POLOVINY 20. STOLETÍ PO SOUČASNOST: LITERÁRNÍ PŘEHLED

HISTORICAL MILESTONES OF PERI-OPERATIVE NURSING CARE FROM THE MID-20TH CENTURY TO THE PRESENT: A LITERARY REVIEW

PETRA PAVLOVÁ<sup>1</sup>, JANA HOLÁ<sup>2</sup>, JIŘI ŠILLER<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup> Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

<sup>3</sup> Chirurgická klinika, Nemocnice Pardubického kraje – Pardubická nemocnice

#### Abstrakt

Perioperační ošetrovatelské postupy zaznamenaly od poloviny minulého století značný vývoj. Od tohoto období se také začaly objevovat kvalitní odborné texty popisující tehdejší situace, postupy a procesy z prostředí operačních sálů. Původním záměrem autorů bylo vypracovat přehled významných historických souvislostí problematiky perioperační péče.

**Cílem** tohoto příspěvku je zprostředkovat metodu práce s poznatky literárního přehledu, za použití nástroje „PICO“. A zároveň ukázat vývoj a rozvoj perioperační péče.

**Metodika a vyhledávací strategie:** Zdrojem dat byla odborná elektronická databáze EBSCOhost, doplněná o dostupné nejnovější české knižní publikace. Stáří publikací nebylo limitované. Výchozím vyhledávacím obdobím se předpokládala 50. léta 20. století. Klíčová slova se zaměřovala na ošetrovatelství aplikované v prostředí operačních sálů. Review otázka byla zvolena pomocí metody „PICO“.

**Výsledky:** Z celkového počtu 35 sdělení, bylo do přehledu zahrnuto sedm přehledových textů zaručujících vysokou vědeckou kvalitu. Vybrané texty představují historické události a situace s dopadem na současnou ošetrovatelskou perioperační péči. Příspěvek zároveň poukazuje na změnu postavení a role operačních sester. Získané poznatky byly rozděleny do oblastí: I. perioperační ošetrovatelství, II. retrospektivní pohled do perioperačních praktik, III. vzdělávání a změny postavení operačních sester.

**Závěr:** Studium minulosti pomáhá porozumění a ovlivňování současnosti.

#### Klíčová slova

Historie, literární přehled, operační sál, perioperační péče, perioperační sestra

#### Abstract

Peri-operative nursing procedures have experienced since the middle of last century, a significant development. From this period also began to appear quality texts describing the then situation, procedures and processes from operating rooms. The authors' original intention was to develop an overview of the major historical issue of perioperative care.

**The aim** of this paper is to provide a method of working with the results of the literary review using the „PICO“ tool. And at the same time show the development of nursing peri-operative care.

**The methodology and search strategy:** Data source was professional electronic databases EBSCOhost, augmented by the latest Czech book publications. The age of the publications was not limited. The default search period is assumed a 50th years of 20th century. Keywords were focused on nursing applied in operating rooms. Review question was chosen using the methods of „PICO“. **Results:** From a total of 35 of the communication was to the list included seven briefing texts guaranteeing the high scientific quality. The selected texts represent historical events and situations with an impact on current nursing perioperative care. The post also points to the change of the position and the role of operational sisters. Lessons learned have been divided into areas: I. peri-operative nursing, II. a retrospective look into the practices of perioperative care, III. education and changes in the

status of operating nurses.

**Conclusion:** The study of the past helps to understand and influence the present time.

#### Keywords

History, literary review, operation theatre, perioperative care, perioperative nurse

#### Úvod

Všechny disciplíny nebo profese procházejí v průběhu času změnami, které je posouvají k novým cílům. Ošetrovatelství nevyjímá. Problematika ošetrovatelské operační péče však byla do nedávna vědecko-výzkumně neuchopitelná. Vzhledem k tomu, že zvyšování kvality péče je vždy spojeno s hledáním dobré praxe neboli „the best practice“ a spojeno se snahou o její implementaci, je vhodné inspirovat se také postupy a vývojem v historii. O profesi a poslání zdravotních sester, pracujících na operačním sále, bylo do počátku 20. století napsáno velmi málo publikací (1). Literární přehled se proto zaměřuje právě na tuto oblast. Je zajímavé téma zkoumat skrze jeho historické trendy, vzdělávání a společenské vlivy. Z přehledu historie oboru je patrná změna role perioperační sestry.

Schroeter (2) porovnává soudobý obor ošetrovatelství s ošetrovatelstvím z dob Florenc Nightingale. Považuje moderní ošetrovatelskou praxi za náročnou a stresující. V porovnání s dobou Florenc Nightingale (\*1820, +1910) sestra musí znát daleko více ošetrovatelských i lékařských postupů, musí mít větší znalosti z farmakologie a pracovat s mnohdy komplikovanými a nepředvídatelnými

vlivy dnešní společnosti, provázené neustálým technickým pokrokem. Sestra se dnes také musí daleko více vypořádávat s etickými dilematy, morální úzkostí, soucitem a únavou. Jedná se tedy o náročnou profesi, která si zaslouží patřičnou pozornost.

Za ikony a učitele české ošetrovatelské operační péče jsou považováni lékaři prof. Arnold Jirásek, prof. Bohuslav Niederle a prof. Miloslav Duda. Dle nich mají zdravotní sestry důležité a nezastupitelné místo, zvláště v odvětvích chirurgie, neboť obor chirurgie je typickým týmovým oborem (3). Lékaři a zdravotní sestry jsou blízkými partnery v péči o pacienta. Podíl na stejné práci se nejvíce projevuje právě na operačních sálech, kde se operatři i instrumentující sestra společně snaží dosáhnout stejného cíle - a to zkvalitnit zdraví operovaného (4). Podle Beuzekoma (5) mají perioperační sestry v chirurgickém týmu až rozhodující roli.

## Cíl

Cílem příspěvku je předložit významné výsledky rešerše, zaměřené na historii perioperační péče z pohledu nelékařského pracovníka z období 50. let 20. – 21. století. Příspěvek představuje vývoj a rozvoj ošetrovatelské péče poskytované na operačních sálech. Zároveň ukazuje postup získávání poznatků.

## Metodika

Volba metodiky byla inspirována doporučenými postupy Klugara (6). Jednotlivé kroky byly následující:

1. nejprve byl zvažován výzkumný problém;
2. byla stanovena klíčová otázka;
3. následně bylo smýšleno o metodě vyhledání relevantních publikací, o validních zdrojích literatury, o kritériích zařazení příspěvků a o vyhledávací strategii;
4. po volbě jazyka a časového rozmezí stáří publikací, bylo zahájeno systematické vyhledávání a tvorba rešerše.

Pro vyhledávání byla stanovena následující review otázka: „*Jak se změnila role a postavení zdravotních sester pracujících na operačních sálech?*“ Pro zhodnocení správnosti stanovené review otázky byl použit nástroj „PICO“ (Pro-

blem, population; Phenomena of Interest; Context). Akronym „PICO“ pomáhá určit, které studie a vědecké důkazy jsou pro review otázky důležité (6). K získání relevantních zdrojů bylo systematické vyhledávání provedeno v elektronické databázi EBSCOhost. Pro archivaci a systematickou práci s informacemi byl využit online manažer RefWorks (7).

**Vyhledávací strategie:** Jako vyhledávací jazyk byla stanovena angličtina, čeština a slovenština. Výchozí rok, pro vyhledávací období, nebyl stanoven. Důvod byl ten, že odborné články, popisující historii ošetrovatelství, prostředí a procesů operačních sálů, mají mezi publikacemi malé zastoupení (1). Za výchozí období se předpokládala 50. léta 20. století.

Pro vyhledání byla použita tato **klíčová slova:** care, history, nurse, nursing, operation, operation room, operation theatre, perioperative, scrub nurse, theatre nurse a jejich různé kombinace se zapojením Booleovských operátorů. Celkově bylo nalezeno 35 plných textů, odborných kvalitativních a kvantitativních článků, review přehledů, které zaručují vysokou vědeckou kvalitu. Po prostudování abstraktů a klíčových slov bylo vyřazeno 20 textů, které s danou tematikou nesouvisely. V další fázi proběhl užší výběr nejvíce relevantních publikací. Pro účely tohoto příspěvku jich bylo využito sedm. Informace získané z odborné databáze byly poté doplněny o tuzemskou knižní literaturu odborníků z praxe.

## Výsledky

Během zpracování rešerše bylo zjištěno, že vybrané publikace vykazují podobnosti. Související témata byla rozdělena do tří kapitol: I. perioperační ošetrovatelství, II. retrospektivní pohled do perioperačních praktik, III. vzdělávání a změny postavení operačních sester.

### I. Perioperační ošetrovatelství

Při poskytování ošetrovatelské perioperační péče se sestry řídí etickými principy, např. principem nonmaleficence – pacienta nepoškodit a beneficence – princip dobročinnosti (8). Perioperační péče vyžaduje hluboké znalosti a dovednosti. Zásadou je pěstovat bezpečné pracovní prostředí a zajistit bezpečnost perioperačních procesů ve vztahu

k pacientovi (5). Pro minimalizaci rizik a vzniku nežádoucích situací, je třeba cítit ošetrovatelské standardy, zásady aseptiky, správného polohování pacientů a průběžně kontrolovat všechny používané zdravotnické prostředky a to jak z početního hlediska, tak technického (8). Beuzekom (5) tvrdí, že perioperační ošetrovatelství je především o technické pomoci při chirurgických postupech. Aby operační sestry byly schopné zajistit jak technické požadavky, které jim profese klade, tak plynulost všech ošetrovatelských procesů, je nezbytné, aby se celoživotně vzdělávaly. Perioperační ošetrovatelství je specifickou částí ošetrovatelské péče, na které jsou kladeny vysoké nároky (9).

Operační sál je sice tradičně doménou chirurgů, ale operační sestry v něm plní nezastupitelnou roli (10). Protože je role operační sestry rozsáhlá, byly odlišeny pracovní náplně a zařazení sester dle jejich funkcí. Role sestry se mění, podle toho, zda instrumentuje, zda zajišťuje perioperační procesy nezbytné pro hladký průběh operace, či pečuje o nástroje. Instrumentující operační sestra se pohybuje pouze ve sterilním prostředí v blízkosti operační rány. Cirkulující operační sestra udržuje kontakt s operačním týmem a vnějším prostředím operačního traktu. Nástrojová sestra se pohybuje buď v septické části operačního traktu, kde dbá o použité instrumentárium, nebo v jeho čisté části či na oddělení centrální sterilizace (11, 5). Role sester je měnná také dle chirurgických a ošetrovatelských intervencí. Intervence jsou vztaženy k operačním fázím: pre-, intra-, peri-, post-. Preoperační fáze je fáze předoperační, kdy se uskutečňují rozhodnutí vedoucí k chirurgickému řešení zdravotního problému pacienta. Intraoperační fáze začíná transferem pacienta na operační sál a končí jeho příjmem na dospávací pokoj či jednotku intenzivní péče. Postoperační fáze začíná ve chvíli, kdy pacient již nepotřebuje chirurgickou ošetrovatelskou péči. Pojem perioperační péče spojuje všechny tři výše zmíněné fáze: pre-, intra-, post- (12).

Mezi konvenční ošetrovatelské charakteristiky, které jsou od jakživa operačním sestrám vlastní, patří preciznost, cit pro pořádek a „počítání“. Armstrongová (13)

ve své knize popsala operační ošetrovatelství jako proces, během kterého se sestry uplatňují jednak jako partneri a asistenti chirurgů a anesteziologů, ale především jako pečovatelky o operované pacienty. Před začátkem operačního dne sestry tradičně připravují operační sál pro jeho obsluhu, včetně všech nástrojů a potřebných pomůcek (10). Je obvyklé, že si před začátkem operace chystají na instrumentační stůl základní nástroje. Speciální nástroje mohou být odlišeny na stolek jiném (1). Početních kontrol se zpravidla účastní cirkulující i instrumentující perioperační sestra. Takové pravidlo bylo zavedeno i dříve. Kritériem však bylo, aby se početní kontroly účastnila registrovaná sestra společně s lékařem. Kontroly probíhaly jak před otevřením dutiny břišní, během uzavírání rány po anatomických vrstvách, tak po sutuře kůže (8). Od počátku perioperačních praktik se „počítání“ materiálu stalo nezbytným rituálem a hlavní zásadou, která trvá dodnes (8, 13). Armstrongová (13) kromě početních kontrol, také upozorňuje na správné polohování pacientů. V důsledku nevhodné polohy popisuje riziko parézy brachiálních nervů a zdůrazňuje, že by končetiny neměly být volně spuštěny přes okraj operačního stolu. „Pacienti, kteří podstupují chirurgický, popřípadě anesteziologický výkon, mají právo, aby o ně pečoval patřičně kvalifikovaný personál v prostředí zajišťujícím předoperační, perioperační a pooperační péči. Tento kvalifikovaný a zkušený personál, začleněný ve všeoborovém týmu, by měl pracovat vysoce odborně, měl by prokazovat, že jeho znalosti jsou na úrovni výzkumu, který souvisí s operačním oddělením a operační péčí (3).“

## II. Retrospektivní pohled do perioperačních praktik

Postupy, se kterými se dnes už v praxi nesetkáme, popisuje Coxová (1). Její odborné zkušenosti se datují od roku 1950. Vzpomíná, jak s kolegyněmi připravovaly mulový materiál, motaly tampony a řezaly a skládaly gázu. Mulový materiál se pral v teplé vodě se sodou a mýdlem (14). Jehly se pravidelně brousily a udržovaly ostré (1). Použité nástroje se pooperačně mechanicky umývaly drátěnými kartáčky. Tupé nástroje se převážely ve vodě obsahující sodu. Ost-

ré nástroje byly předem obaleny do vaty, aby nedocházelo k jejich otupění. Poté se nakládaly do alkoholu a před bezprostředním použitím se ještě nechaly převařit (14). Zámky nástrojů byly ošetřeny olejem. Pravidelná údržba nástrojů také vedla k jejich zapamatování. Díky práci s nástroji, sestry byly schopné znát, manipulovat a sestavovat síta k operacím od nejspeciřtějších, nejjemnějších po ta nejsložitější a nejrozsáhlejší na množství instrumentária. Jako šicí materiál se nejčastěji používal catgut, tedy vlákno zvířecího původu (1, 15).

Pracovní oděv sestry měly zpravidla bavlněný či lněný. Složený jej ukládaly do nerezových bubnů, stejně jako ručníky. Zajímavé je, jakým způsobem pečovaly o chirurgické rukavice. Péče v první řadě spočívala v testu propustnosti. Promývaly je, a pokud byly perforované, jejich povrch zdrsnily smirkovým papírem a poté záplatovaly kaučukovým roztokem. V místnosti, kde byly umístěny bubnové autoklávy, se pověšily a sušily. Opravené rukavice nesloužily hlavním operatérům, ale sekundářům či sestřím. Aby se odlišily, označily se výrazně barevně a oddělily se do uzavíratelných bubnů (1). Za obsoletní by také dnes bylo považováno, kdyby si operační tým před hrudními operacemi vkládal do ústenky celofán pro zesílení vrstvy a zvýšení osobní ochrany (1).

Předoperační hygienické mytí rukou probíhalo asi deset minut, za použití mýdla, kartáčku a teplé vody. Chirurgická dezinfekce rukou spočívala v omývání mulem namočeným v 70% alkoholu. Operační pole bylo ošetřeno mulem namočeným v 50% alkoholu (14). Při velkých břišních zákrocích se vedla evidence použitých mulových materiálů (1). Nejdůležitějším stanoviskem, z pohledu ošetrovatelství, byl na konci operace souhlasný počet břišních roušek (8). Pokud počet nesouhlasil, a dokud se materiál nedohledal, nikdo nemohl odejít domů. Množství použitých roušek se zaznamenávalo křídou na zeď. Ta musela být po skončení operačního programu omyta. Stejně tak byl odstěhován a plošně dezinfekcí ošetřen veškerý nábytek. Poté sestry setřely podlahy a otevřela se okna, aby mokré plochy lépe vyschly. Okna se otvírala mezi jednotlivými výkony i v průběhu

operací, když chirurgům bylo přílišné horko. Během této doby byly povrchy otírány lysolovým roztokem (1).

## III. Vzdělávání a změny postavení operačních sester

Největší rozmach operativy se datuje v období válečném. Lékaři k ošetření zraněných vojáků potřebovali asistenty, a tak vynikala funkce operačních sester. Sestry uměly samostatně provádět menší operační zákroky, sutury kůže, ale i zajišťovat potřebné pomůcky či asistenci při větších zákrocích. Jejich role, resp. poslání, bylo nezastupitelné. Proto je až paradoxem, jak tato profese byla, po skončení druhé světové války, vnímána. Zatímco těžce nemocní v sestřích viděli bílé anděly, odborná i laická veřejnost spíše pomocný a úklidový personál, respektive personál, který plní činnosti podle daných příkazů. Jejich úloha začala být zpochybňována (16). Převládá názor, že sestra zastává ve zdravotnické hierarchii spíše podřízené postavení. Postupem času se všeobecné mínění, ve vztahu k postavení operačních sester, měnil (3).

S rozvíjejícími specializacemi se sestra stala plnohodnotným členem zdravotnického týmu. Sestry dokázaly, že jsou schopny samostatného rozhodování, kritického myšlení a řešit nepředvídatelné problémy. Že jsou profesionálkami s odbornými, praktickými i technickými znalostmi. Nezastupitelné místo zdravotních sester si uvědomovali i někteří čeští lékaři. Protože práce na operačních sálech vyžaduje specifické schopnosti a tím i specifickou edukaci, věnovali výchově a vzdělávání zdravotních sester patřičnou pozornost (3).

Pokroky v oblasti vzdělávání, kolem roku 1950, byly ale stále pomalé. Na příklad v rámci britských národních vzdělávacích osnov sestra musela mít odborné zkušenosti z praxe (např. z ambulance, z oddělení urgentního příjmu), aby na operačních sálech mohla pracovat. Pro získání základních poznatků z operačních sálů ji stačil absolvovat, v rámci tříletého vzdělávání, osmi týdenní kurz (1). V této době, ani v českých podmínkách, institucionální vzdělávání operačních sester ještě nebylo příliš dostupné. V 60. letech 20. století bylo vzdělávání

součástí specializace v oblasti anesteziologické péče (9). Na operační sály mohly jít pracovat jen nejzkušenější a nejdélejší sestry ze standardních oddělení. Ty pak přebíraly znalosti od starších kolegyň. Mezi první českou publikaci, z roku 1954, která popisovala náplň práce sester pracujících na operačních sálech, patřila učebnice profesora Arnolda Jiráka, Ošetřování chirurgických nemocných (17, 14). V téže roce vyšla také kniha profesora Bohuslava Niederleho, Práce sestry na operačním sále, která se po několika generacích stala operačním sestřím spolehlivým průvodcem (3). Ze zahraniční literatury je z roku 1959 známá kniha Katherine Armstrongové, Aids to Surgical Nursing: a complete text book for nurses (1).

Je třeba konstatovat, že v kontextu historie ošetřovatelství, jde o relativně mladou profesi (9). Má však svoji tradici. Významné je, že mezi nelékařskými obory je specializace v instrumentování jednou z prvních (3). S příchodem moderní medicíny a vznikajícími specifickými chirurgickými obory (kardiovaskulární chirurgie, neurochirurgie...), bylo potřebné více kvalifikovaných asistentů (8, 16). Edukace chirurgických sester pro oddělení operačních sálů se stala nezbytným a optimálním řešením (5).

Specializace v nových úsecích práce se dotkla i československého zdravotnictví. Tradiční pojetí edukace zdravotních sester bylo orientováno na výuku zručnosti a technické dovednosti. V roce 1960 vzniklo Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků se specializačním programem „INOPS“ (Instrumentování Na Operačním Sále). Ostatní typy ošetřovatelských specializací vznikly až po roce 1971 (3).

V těchto letech rostla prestiž profese i britských operačních sester. Tamější operační sestry byly považovány za mistry ve svém oboru. Byly uznávány díky rozsahu svého vzdělání i díky smysluplné roli, jež veřejnost pozorovala (5). V roce 1996 vznikla profesní organizace českých sálových sester, Společnost instrumentářek, která byla součástí České společnosti sester (9).

Procesem změn ve vzdělávacím systému, které přinesly Světová zdravotnická organizace a Evropská unie, došlo k přejmenování chronicky známých pojmů „sálková sestra“, „instrumentářka“ (9). Jak uvádí McGarvey et al. (18) definování výstižnějšího pojmu této profese se stal mezinárodním problémem a bylo a stále je zapotřebí ošetřovatelských výzkumů vedoucích k jeho objasnění. Požadavky profese a její náročnost a specifická nejlépe reflektuje termín „perioperační sestra“ (9). Do té doby pojem „perioperační“ neexistoval (19).

V současnosti významnost problematiky je dokládána nabídkou specializačních studií ze stran NCO+NZO (Národního Centra Ošetřovatelství a Nelékařských Zdravotnických Oborů) a Univerzity Pardubice v rámci navazujícího magisterského programu (20, 21).

#### Diskuse, srovnání historie se současností

Před začátkem 20. století se více hledělo na blaho pacienta, než pečujícího (1). Ošetřovatelství bylo bráno za poslání a mnozí považovali altruistický a empatický přístup nelékařů za samozřejmý. Až v moderní době se řeší spokojenost zaměstnanců a u pomáhajících profesí je kladena vyšší pozornost na prevenci proti syndromu vyhoření. Lounsbury (22) popisuje ošetřovatelství jako náročné, ale zároveň nejušlechtlejší povolání, ve kterém se zdravotník (žena) může realizovat. Také upozorňuje na fakt, že pomáhající, v rámci ošetřovatelství, upřednostňuje zájmy druhých před svými, že osobní pohodlí zdravotních sester propadá do bezvýznamnosti. Sestra, navzdory náročnosti povolání, dává ostatním sílu, a dřinu akceptuje za nevyhnutelnou ke splnění vyšších cílů – zdraví pacientů. Citace Lounsbury (22) naznačuje, že blahobyt nelékaře je méně důležitým, než blahobyt pacienta. Dle Niederleho (23) je dobrou operační sestrou ta, která má ve své anonymitě ušlechtilý zájem o osud nemocného a prožívá a naplňuje smysl svého povolání nejen dovedností a kulturou ducha, ale i kulturou svého srdce.

Co se perioperačních postupů týče, jistý posun byl spatřen především v používaných technologiích a materiálech. Ku příkladu zdravotnické prostředky, jako mulový a šicí materiál, je v dnešní době

zpravidla nakupován. Na rozdíl od let minulých, kdy si jej sestry předem připravovaly, smotávaly. Dnes je do zdravotnických zařízení dodáván zabalený, ve sterilní podobě, s rentgen kontrastním materiálem, připravený k okamžitému použití. Také péče o nástroje ve většině případů probíhá na specializovaném pracovišti - na oddělení centrální sterilizace, případně na přísálkové sterilizaci. K manuálnímu broušení ostří jehel a nástrojů na oddělení operačních sálů již nedochází. I z oblasti hygieny a epidemiologie byly nastaveny přísnější opatření. Je nepřipustné, aby se používaly perforované, ač zalepené, rukavice. Ústenky se dnes používají několikvrstvé, takže by ochrana personálu měla být adekvátní, pakliže jsou používány tak, jak bylo udáno výrobcem. Změny nastaly i ve stavebním uspořádání operačního traktu. Moderní operační sály jsou z hygienicko-epidemiologických důvodů stavěny bez oken. Větrání místnosti je nahrazeno klimatizací, laminárním prouděním vzduchu, případně odsávacím zařízením. Odbourání zastaralých postupů zajistí usnadní, urychlí a zajistí kontinuitu ošetřovatelských procesů a personál se může více věnovat potřebám pacientům.

#### Závěr

Retrospektivní pohled do minulých let nabízí porovnání s ošetřovatelskými postupy 21. století. Cílem příspěvku jednak bylo zprostředkovat, jakými metodami byla zjištěna získána. Zároveň měl poukázat na změny v ošetřovatelských perioperačních procesech a celkově na změnu role operačních sester.

Tento dokument diskutoval o historických trendech, které ovlivnily perioperační ošetřovatelství dnes. Stejně jako věda, technologie a medicína, se rozvíjí ruku v ruce i ošetřovatelství.

Posun byl spatřen ve dvou oblastech – v technických možnostech nynější doby a ve změnách postavení a získávání profese perioperační sestry. Nové i starší postupy by se měly vzájemně doplňovat. Jak řekl Duda (3) práce perioperační sestry je dnes věda, umění, ale především nádherná práce. Proto nemělo by se zapomínat na vše, co bylo běžně praktikováno před pár lety, protože co se praktikuje v dnešní době, jednou bude historií.

Perioperační péče se stala předmětem zájmu mnoha výzkumníků. Coxová (1) ale uvádí, že před počátkem 20. století je literárních pramenů na téma operačního ošetřovatelství jen velmi malé množství. Většina témat se totiž vztahuje spíše k oboru chirurgie a anestezie. Převážná většina odborných textů je psána z lékařského hlediska nebo ve vztahu ke kvalitě života pacientů. Článků, zachycujících historický vývoj, vzdělávání, náplň práce sálových sester a dopady na jejich bio-psych-sociální složku, je minimum (1). To potvrzuje Downey (8). Zmiňuje, že existují velké mezery v literárních důkazech z oblasti historie perioperačního ošetřovatelství. Systematický přehled obecně a použitý nástroj „PICO“ se jeví jako vhodné metody pro získávání základního vhledu do studované problematiky. Nicméně doporučením je se tímto tématem zabývat kontinuálně.

## Zdroje

- COX, N. The operating room: A personal history. In: Daisy Ayris Lecture. BJPN. 2005, vol. 15, no. 4, p. 170 – 174.
- SCHROETER, K. That Was Then, This Is Now. Society of Trauma Nurses. In: Journal of Trauma Nursing. 2014, vol. 21, no. 4, p. 147 – 148. JTN-D-14-00036\_LR.
- DUDA, M. Práce sestry na operačním sále. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-642-0.
- CARRINGTON, A. C. Theatre nursing as a profession. In: British Journal of Theatre Nursing. 1991, vol. 26, no. 4, p. 5-7.
- BEUZEKOM, M., BOER, F. A comparison of US, UK, and Dutch Perioperative Staffing Practices. In AORN Journal. Hospital Premium Collection. 2006, vol. 84, no. 4, p. 632-641.
- KLUGAR, M. Systematická review ve zdravotnictví. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4785-8.
- RefWorks, ProQuest. Příručka uživatele RefWorks. /online/. 2011, p. 1-7 /vid. 2016-09-09/. Dostupné z: [http://www.refworks.com/refworks/help/RefWorks\\_QSG\\_CZ\\_Dec11.pdf](http://www.refworks.com/refworks/help/RefWorks_QSG_CZ_Dec11.pdf), <https://refworks.proquest.com/library/577e330ae4b03ef7fbb7374e/>.
- DOWNEY, Ch. Counting as caring. In Canadian Operating Room Nursing Journal. 2007, p. 6-13.
- JEDLIČKOVÁ, J. Ošetřovatelská perioperační péče. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.
- KNEEDLER, J. A., DODGE, G. H. Perioperative patient care: the nursing perspective. 2nd ed. Boston : Blackwell Scientific Ltd., Blackwell Mosby Book Distributors, 1987. ISBN 0865420335.
- SHOUP, A. J. The nurse as circulator: Historical perspective, future possibilities. In AORN Journal 47. 1988. ISSN 1231-1240.
- LEINONEN, T., LEINO-KILPI, H. Research in peri-operative nursing care. In: Journal of Clinical Nursing. 1999, no. 8, p. 123-138.
- ARMSTRONG, K. F. Aids to Surgical Nursing: a complete text book for nurses. 6th. ed. London : Balliere Tindall and Cox. 1959.
- JIRÁSEK, A. Ošetřování chirurgických nemocných: učební text pro zdravotnické školy, obor zdravotních sester. 5. vyd. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1954.
- HOCH, J. Šití v medicíně. In Sestra. 2006, mimořádná příloha, č. 11, s. 8-9. ISSN 1210-0404.
- WADE, P. Historical trends influencing the future of perioperative nursing. Advanced Nursing Trends and Issues course. In: ORNAC Journal. 2010, p. 22-32.
- WOČADLOVÁ, M., KUBÍKOVÁ, S. Práce perioperační sestry včera, dnes a zítra. Plzeň : Západočeská Univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. In: bakalářská práce. 2013.
- McGARVEY, H. E., CHAMBERS, M.G., BOORE, J.R. Development and definition of the role of the operating department nurse: A review. In: Journal of Advanced Nursing 32. 2000. ISSN 1092-1100.
- APPLEGATE, C. D. Perioperative Nurse Week: Its History and Its Future. Guest Editorial. In: AORN Journal. 2009, vol. 90, no. 5, p. 645-647.
- Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. /online/. /vid. 2016-09-29/. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/specializacni-vzdelavani>.
- Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. /online/. /vid. 2016-09-29/. Dostupné z: <http://www.upce.cz/fzs/studium/magisterske.html>
- LOUNSBERY HC. The Nurse's Calling: Practical Hints to Graduate Nurses in the Early 1900's. Meadow Books, 2005. ISBN 13: 9780951565599.
- NIEDERLE, B. Práce sestry na operačním sále. 3. vyd. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1965.

## Kontakt

Mgr. Petra Pavlová

*Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce*

*Fakulta zdravotnických studií,  
Univerzita Pardubice*

*Průmyslová 395, 530 10 Pardubice*

[Petra.Pavlova@upce.cz](mailto:Petra.Pavlova@upce.cz)

(+420) 605 046 543

Spoluautoři:

Ing. Jana Holá, Ph.D.

*Děkanát Fakulty zdravotnických studií,  
Univerzita Pardubice*

*Fakulta zdravotnických studií,  
Univerzita Pardubice*

*Průmyslová 395, 530 10 Pardubice*

[Jana.Hola@upce.cz](mailto:Jana.Hola@upce.cz)

Doc. MUDr. Jiří Šiller, Ph.D.

*Chirurgická klinika Nemocnice Pardubického kraje – Pardubická nemocnice  
Kyjevská 44, 530 03 Pardubice*

[jiri.siller@nempk.cz](mailto:jiri.siller@nempk.cz)

Finanční podpora / Poděkování:

Příspěvek byl napsán za podpory projektu Studentské grantové soutěže na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice (SGS\_2016\_005). Autoři deklarují, že se v literárním přehledu nedopouští žádného konfliktu zájmů.

# DRUHY ODBEROVEJ TECHNIKY VO FLEBOTÓMII A ICH VPLYV NA LABORATÓRNU DIAGNOSTIKU

TYPES OF DRANING SYSTEM IN PHLEBOTOMY AND ITS EFFECTS ON LABORATORY DIAGNOSIS

JANA RAGANČIKOVÁ

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Bratislava

## Abstrakt

Základným predpokladom pre precíznu laboratórnu diagnostiku s vysokou mierou vypovedajúcej hodnoty je optimálna preanalytika. Laboratórne hodnoty môžu byť správne iba vtedy, keď sú štandardizované všetky podmienky, za ktorých je vzorka odobieraná. V analytickej časti porovnáme jednotlivé odberové systémy a zistíme ich vplyv na hemolýzu in vitro, ako aj bezpečnostné prvky jednotlivých odberových systémov.

## Kľúčové slová

preanalytika, ovplyvňujúce faktory, pacient, chyby pri odbere, bezpečnosť

## Abstract

Optimal pre-analytics is the basic prerequisite for precise laboratory diagnostics with high level of elimination. Laboratory values may be correct only if all the conditions under which the sample is taken are standardised. The theoretical part is focused on current knowledge as well as problems in terms of pre-analytics. In the analytical part, individual systems of sampling are compared and their impact on in vitro haemolysis as well as the elements of securing each sampling system are determined.

## Keywords

preanalytical, influence factors, patient, wrong handling during blood collection, safety.

## Úvod

Preanalytická fáza produkuje viac ako 50% chýb. Dodržanie správnych postupov preanalytickej fázy má zásadný význam pre bezpečnosť pacienta. Vplyv jednotlivých faktorov preanalytickej fázy môžeme premietnuť

do konečnej hodnoty vyšetrovaného analytu. Dobrá znalosť problematiky preanalytickej fázy zároveň súvisí s odstraňovaním laboratórných chýb, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti o pacienta. Je dôležité vypracovať presné postupy, ktoré súvisia s preanalytickou fázou, ich zavedenie do praxe, postupy pri riešení nezhôd a ich dokumentácia sú neoddeliteľnou súčasťou manažmentu rizika, ktorý zvyšuje efektivitu riešenia tejto problematiky a je zároveň nástrojom na dosiahnutie vysokého stupňa bezpečnosti pacienta.

## Účel štúdie

Zistiť vplyv odberových skúmaviek na hemolýzu in vitro a stanoviť hodnoty indikátorov kvality.

## Súbor dát

Zahŕňa vzorky z jednotlivých ambulancií zaslaných do súkromného laboratória MEDIKOCENTRUM Prešov v časovom rozmedzí od 1.10.2015 do 31.3.2016.

## Metódy

Hodnoty indikátorov kvality boli vypočítané pomocou:

- metódy Six sigma - kalkulátor na webe [www.westgard.com](http://www.westgard.com)
- vzorce pre výpočet hodnôt indikátorov kvality navrhnuté IFCC
- hodnotenie hemolýzy – možné iba vizuálne

Hodnota sigma sa vypočíta prepočtom počtu chýb na jeden milión udalostí tzv. DPM (defect per milion), V praxi sa pre výpočet používa kalkulátor dostupný na adrese [www.westgard.com](http://www.westgard.com). Pre túto metódu boli navrhnuté limity, ktoré predstavujú úroveň kvality. Rozmedzie hodnôt Six sigma sa pohybuje od 1 –

6. Hodnoty vyššie ako 3 svedčia o dostatočnej kvalite. Hodnota Six sigma 3 a menej je dôkazom nedostatočnej kvality. Hodnoty nad 5 sú v praxi nereálne. Najvhodnejšie sa preto ukazujú hodnoty v rozmedzí 4 - 5. Vo všeobecnosti platí, že čím je hodnota Six sigma vyššia, tým je proces kvalitnejší.

## Výpočet podľa návrhu IFCC

Hodnoty indikátora kvality je možné vypočítať podľa vzorca:

$(\text{počet chýb} / \text{počet vyšetrení}) \times 100$

Pre navrhované indikátory kvality boli vytvorené tolerančné limity, ktoré definujú, aké počty chýb sú prijateľné alebo neprijateľné. Jedná sa o metódu, ktorá umožňuje sledovanie kvality preanalytických procesov a zároveň odráža vplyv prijatých nápravných opatrení. Pracovná skupina IFCC pre laboratórne chyby a bezpečnosť pacientov navrhla indikátory kvality a ich tolerančné limity, ktoré je možné sledovať a hodnotiť.

## Sérové indexy

V laboratóriu Medikocentrum Prešov nevyužívajú metódu merania sérových indexov pre hodnotenie prítomnosti hemolýzy. Stanovenie hemolýzy je založené na iba vizuálnom hodnotení prítomnosti hemolýzy. To znamená, že vzorka po centrifugácii s viditeľnou hemolýzou je označená za vzorku s nedodržanými podmienkami preanalytiky. Laboratórium teda nepokračuje v požadovanej analýze, ale vydá výsledok s komentárom: „Vzorka silne hemolyzovaná, opakujte odber.“ Hemolýzu sme hodnotili u troch druhoch odberových skúmaviek. Boli to skúmavky uzavretého systému S-Monovette (odber technikou aspirácie), uzavretý vákuový systém (vákuová technika odberu) a otvorený systém

(aspiračná technika s následným prelievaním krvi do odberovej skúmavky).

## Výsledky

Zhodnotenie počtu hemolýz, počtu nezhôd a vplyv odberových skúmaviek na hemolýzu in vitro.

Zo získaných dát z oblasti výskytu nezhôd a hemolýz boli vytvorené tabuľky. Celkovo: 31324 vyšetrení / z toho nezhoda: 124 (0,39%)

Z celkového počtu 31324 bolo 58 vzoriek silne hemolyzovaných (0,19 %).

Najviac evidovaných nezhôd bolo z ne-

dodržania podmienok preanalytiky t.j. hemolýza.

Výpočet dát bol prevedený z údajov za obdobie 1.10.2015 do 31.3.2016. V laboratóriu bolo evidovaných celkovo 124 nezhôd z celkového počtu vzoriek 31.324 . Najväčšie zastúpenie 58 (46 %) vzoriek bolo hemolytických (nedodržanie podmienok preanalytiky). U 9 (7,25%) vzoriek bola nezhoda v údajoch na skúmavke a žiadanke a pri druhom najväčšom počte 39 (31,45 %) bola nezhoda v chýbajúcich údajoch na žiadanke. 1 (0,8%) materi-

ál prišiel do laboratória znehodnotený a v 2 (1,61%) prípadoch prišiel materiál bez identifikácie. 4 (3,22%) vzorky boli dodané bez žiadanky, 6 (4,83%) žiadaniek bolo bez dodania materiálu a 5 (4,03%) skúmaviek bolo nesprávne označených. Tabuľka č. 1 nám ukazuje, že najviac hemolýz sa vyskytlo pri použití otvoreného systému. Ak použijeme priamu úmernosť a z uvedenej tabuľky si dorátame počet hemolýz na 10.000 vzoriek z každého druhu skúmavky, vyjde nám nasledovné:

Indikátor kvality	Tolerančný limit (%)
Hemolýza	2,0
Nesprávny objem vzorky	1,2
Stratená vzorka	0,6
Nevhodná odberová skúmavka	0,2
Nesprávne označenie odberovej nádoby	0,2

Tabuľka č. 1 Indikátory kvality navrhnuté IFCC a ich tolerančné limity

	Indikátor kvality	Medikocentrum	Doporučené rozmedzie
Six sigma	Hemolýza	4,3	4-5
	Nezhody	4,2	
	Chýbajúce údaje na žiadanke	4,6	
Výpočet podľa IFCC	Hemolýza	0,26	< 2,0
	Chýbajúce údaje na žiadanke	0,12	< 0,2

Tabuľka č. 1 Percentuálne vyjadrenie počtu hemolýz na 10.000 vzoriek

	Otvorená skúmavka	Uzavretá skúmavka S-Monovette	Uzavretá skúmavka vákuová
Počet	10000	10000	10000
Z toho hemolyzovaných	32,5	16,8	21,5
Percentuálne zastúpenie hemolýz	45,90%	23,72%	30,36%

Tabuľka č.2 Hodnoty indikátorov kvality podľa výpočtu IFCC a metódy Six sigma v laboratóriu Medikocentrum v časovom období od 1.10.2015 do 31.3.2016

Typ nezhody v Medikocentrum	Počet nezhôd
1. nezhoda skúmavka- žiadanka	9
2. chýbajúce údaje na žiadanke	39
3. znehodnotený materiál	1
4. nedodržané podmienky preanalytiky (hemolýza)	58
5. materiál bez identifikácie	2
6. neoznačená žiadanka	4
7. nedodaný materiál	6
8. neoznačená skúmavka	5
<b>SPOLU</b>	<b>124</b>

Tabuľka č.3 Typy a počty nezhôd v laboratóriu Medikocentrum v časovom období od 1.10.2015 do 31.3.2016

## Diskusia

O hemolýze je známe to, že narúša niektoré bežne merané výsledky analýzy. Keďže integrita vzorky je nevyhnutná pre presnosť laboratórných výsledkov, prvoradým cieľom by mala byť prevencia hemolýzy in vitro. Hemolýza in vitro je dôsledkom nesprávneho zaobchádzania so vzorkou. V tejto štúdiu sme sa snažili posúdiť vplyv odberových skúmaviek na hemolýzu in vitro. Za týmto účelom sme museli vylúčiť ostatné premenné, ktoré vplyvajú na integritu vzorky. Napríklad je známe, že odber vzorky cez venózne katétre predstavuje významný zdroj hemolýzy. Z tohto dôvodu boli všetky vzorky krvi v tejto štúdiu odoberané punkciou vény. Navyše počas trvania štúdie neboli vykonané žiadne zmeny personálu, veľkosti ihliel, dezinfekčnej techniky alebo používania škrtidla. Počas sledovaného obdobia od 1.10.2015 do 31.3.2016 jednotlivé ambulancie zahrnuté do výskumu (8 druhov ambulancií) odoslali do laboratória Medikocentrum Prešov na analýzu 31324 odberových skúmaviek. Z celkového počtu vzoriek bolo 58 (0,19%) silne hemolyzovaných. Najviac hemolytických vzoriek bolo zistených v otvorenom odberovom systéme s počtom 32 (0,32%), druhý v poradí je uzavretý vákuový systém s počtom 23 (0,21%) a najlepšie sa umiestnil uzavretý aspiračný odberový systém, a to s počtom 3 (0,16%), čo je o polovicu nižší výskyt ako v otvorenom systé-

me. Odber vzoriek séra do sérových skúmaviek S-Monovette, čo je systém pozostávajúci z dvoch častí, zo skúmavky a z piesta, mal za následok dvojnásobný pokles zníženia výskytu hemolýzy. Možné vysvetlenie tohto nálezu je, že vákuum v skúmavkách S-Monovette je vytvorené pomalým ťahom piesta a je tu možnosť riadiť rýchlosť natekania krvi do skúmavky. To je menej deštruktívne pre erytrocyty ako už pripravené vákuum u vákuových skúmaviek, ktoré je silnejšie a je deštruktívnejšie pre erytrocyty. Vysoký výskyt hemolýzy u otvoreného systému krvi je spôsobený prestiekavaním krvi do odberovej skúmavky cez ihlu. Výsledky našej štúdie potvrdzujú názor, že vlastnosti odberových skúmaviek jednoznačne ovplyvňujú integritu červených krviniek. Uplatňovaním primeraného systému pre odber séra na všetkých oddeleniach, či ambulanciách zlepšime kvalitu vzoriek bez ohľadu na znalosti a zručnosti odberových pracovníkov. Aj tieto zistenia potvrdzujú názor, ktorý sme už uviedli, že vlastnosti odberových skúmaviek ovplyvňujú výskyt hemolýzy aj kvalitu vzoriek. Za vhodné riešenie považujeme edukáciu odberových pracovníkov s vysvetlením princípu odberu jednotlivých odberových systémov, ktoré majú rôzne technické prevedenia. Len tak zvýšime kvalitu vzoriek a celého preanalytického procesu. Počet nezhôd evidovaných v laboratóriu Mediko-

centrum Prešov za sledované obdobie od 1.10.2015 do 31.3.2016 je 124 z celkového počtu vzoriek 31.324, čo je 0,39%. Najčastejším typom nezhody, ktorá bola evidovaná, je nedodržanie podmienok preanalytiky v našej štúdiu, je to hemolýza v počte 58 (46%), čo je skoro polovica z celkového počtu nezhôd. Druhým najčastejším typom sú chýbajúce údaje na žiadanke 39 (31,45%) a tretie miesto patrí nezhode medzi skúmavkou a žiadankou v počte 9 (7,25%).

Hodnoty Six sigma pre uvedené laboratórium nadobúdajú hodnoty 4,2 – 4,6, čo je potom hodnota sigma na úrovni 4,4. Tieto hodnoty predstavujú pomerne vysoký a v laboratóriu požadovaný stupeň kvality. Hodnota Six sigma pre hemolýzu bola 4,3, pre nezhody 4,2 a u chýbajúcich údajov na žiadanke 4,6.

Hodnoty jednotlivých indikátorov sú u všetkých sledovaných indikátorov kvality v rámci tolerančných limitov navrhnutých pracovnou skupinou IFCC. Hemolýza má hodnotu 0,26% a je v tolerančnom limite IFCC pre hemolýzu, čo je 2,0%. Chýbajúce údaje na žiadanke majú hodnotu 0,12%, a rovnako sú v tolerančnom limite do 0,2%. Na základe hodnôt indikátorov kvality vypočítaných pre laboratórium Medikocentrum Prešov usudzujeme, že kvalita preanalytickej fázy je na vysokej úrovni, čo potvrdzujú hodnoty Six sigma pre hemolýzu a nezhody.



Pri využití metody **výpočtu podľa IFCC** považujeme udané tolerančné limity pre vybrané typy indikátorov v tolerančnom limite, čo tiež potvrdzuje vysokú kvalitu preanalytickej fázy v laboratóriu Medikocentrum Prešov. Aj keď nedošlo k prekročeniu tolerančných limitov pre udané nezhody, je potrebné v rámci laboratória venovať týmto typom nezhôd s najvyšším výskytom pozornosť a snažiť sa zaviesť preventívne opatrenia, ktoré by znížili množstvo ich výskytu. Ako vhodné sa javí vytvorenie edukačných materiálov mimo oblasť laboratórnej príručky pre spolupracujúcich lekárov, ktoré by poukazovali na dôležitosť správne vyplnenej žiadanky spoločne s možnými následkami. Pri záchyťe nezhôd je dôležité venovať veľkú pozornosť pri prijímaní materiálu a v prípade pochybností materiál radšej neprijíť. U nezhody typu – **chýbajúce údaje na žiadanke**, ako sú napríklad informácie o diagnóze, o odosielaťcom lekárovi alebo poistovní môžu spôsobiť veľa problémov. Je tu možnosť doplniť ich telefonicky, ale je tu riziko následných právnych sporov. Najlepším riešením by bolo povinné zavedenie elektronických žiadaniek, tak by boli všetky údaje o pacientovi, lekárovi, či požadovanom vyšetrení súčasťou unikátneho barcodu, ktorý okrem skúmavky je súčasťou aj žiadanky. Materiál pri doručení do laboratória bude iba načítaný, a tak by sa zamedzilo prípadným chybám pri zápise do LISu. Tento systém je už zavedený v niektorých laboratóriách. Laboratórium Medikocentrum ho zatiaľ nemá. O príčinách **výskytu nezhody typu hemolýza** sme už v diskusii uviedli jednu z hlavných príčiny, a to je nesprávny odber. Medzi ďalšie príčiny môžeme zaradiť nesprávny transport vzorky do laboratória a dezinfekcia alkoholom, kde nie je dodržaná expozičná doba 30 sekúnd. Pre dodržanie podmienok preanalytiky počas transportu v prípade vzdialenejších miest je výhodné použiť skúmavky so separačným gélom alebo centrifugáciu pred transportom. Pri transporte plnej krvi je nevyhnutné použitie temperovaných termoboxov s fixovanou polohou odberových skú-

maviiek. Doby medzi odberom a analýzou nesmú prekročiť dobu, po ktorú sú jednotlivé analyty stabilné. Jednotlivé doby stability analytov majú byť uvedené v laboratórnej príručke. Dostupných informácií o transporte je málo a niekedy si odporujú. Práce, ktoré sa venujú transportu a stabilite vzorky, sú dostupné na webových stránkach [www.specimencare.com](http://www.specimencare.com). Nevyhnutnosťou je naďalej edukácia odberových pracovníkov.

### Záver

Na výskyt hemolýzy in vitro v laboratóriu Medikocentrum Prešov vplyva výber vhodného odberového systému. Aspiričný uzavretý odberový systém sa ukázal ako systém s najnižším výskytom hemolýzy in vitro. Z troch druhov používaných odberových skúmaviiek bol výskyt hemolýz in vitro najvyšší v otvorenom a vákuovom systéme. Hodnotenie kvality preanalytickej fázy v laboratóriu Medikocentrum pomocou metódy Six sigma a tolerančnými limitmi navrhnutými skupinou IFCC splnilo všetky tolerančné limity. Obe metódy hodnotenia kvality poskytujú porovnateľné výsledky, ale metóda Six sigma sa javí ako výhodnejšia, keďže nie je limitovaná jednotlivými druhmi indikátorov kvality. Najčastejšie typy nezhôd boli zistené - nedodržanie podmienok preanalytiky – hemolýza a chýbajúce údaje na žiadanke. Pri všetkých týchto výpočtoch a výskumoch, ktoré ukazujú výhody a nevýhody toho ktorého odberového systému, ktorý je často užívateľom aj známy, bolo cieľom poukázať na rozdiely v technike a spôsobe práce s jednotlivými odberovými systémami a dokázať ich vplyv na správnu laboratórnu analýzu.

### Zdroje

1. BARTOŠ, V.2005. *Preanalytická fáza 2005*, 1.vyd. Editor Antonín Jabor, Miroslav Zámečník, Praha : SEKK, 2005.144 s. ISBN 80-239-5198-X,
2. RACEK, J.2006. *Klinická biochémie*. 2.přeprac.vyd. Praha : Galén, 2006. 329 s. ISBN 80-7262-324-9
3. PRŮŠA, R. 2009. *Kazuistiky*

a *stručné kapitoly z klinické biochémie*. 1.vyd. Praha: Fakultní nemocnice Motol, 2009. 147 s. ISBN 978-80-87347-01-0.

4. NARAYANAN,N.2000. Sheshadri. The preanalytic phase : An important component of laboratory medicine. *American Journal of Clinical Pathology*. ISSN 0002 -9173, 2000,roč. 113, s. 429-452.
5. LICHTINGHAGEN,R. 2015. *Tips &Techniques in preanalytics*, Numbercht: Sarstedt. Dostupné na internete : < <http://www.sarstedt.com> >
6. SILBERNAGI, S.- DESPOPOULOS, A. *Atlas fyziologie člověka*. 6.přprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2004, XII, 435s. ISBN 80-247-0630-X
7. Velký lékařský slovník. MAXDORF, s.r.o.2008. *Poločas biologický* [online].2008 cit.2013-02 Dostupné na internete < <http://www.lekarske.slovníky.cz> >
8. ZIMA, T. 2010. *Zásady přípravy pacienta k odběru krve a pranalytická část laboratorního vyšetření*. Interní medicína pro praxi. 2010, roč. 12, č.10,s.490-493. ISSN 1212-7299
9. ZUNOVÁ, H. 2013.*Význam různých faktorů v preanalytické fázi laboratorního vyšetření: Bakalářská práce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2013. 61 s. Dostupné na internete: < <https://www.is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130096622> >
10. POKORNÁ, A.-STAŇKOVÁ, A. 2011. Odběr kapilární krve – rutina s mnoha riziky? *Florence :časopis moderního ošetrovatelství*. ISSN 1801-464X, 2011, č.1, s.12-16.

### Kontakt

PhDr. Jana Ragančíková

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Bratislava

[ragancikovajana@gmail.com](mailto:ragancikovajana@gmail.com)

