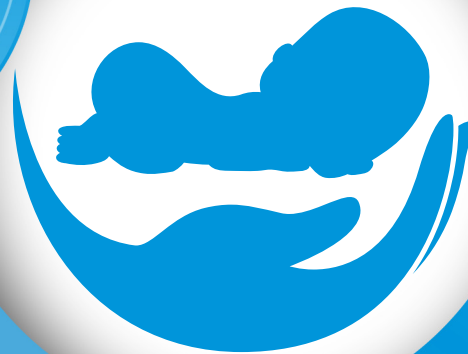


OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA

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

01
2017

ISSN 1339-5920



**Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek**

e-časopis Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia

Predseda redakčnej rady / Editor-in-Chief

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

Redakčná rada / Editorial Board

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

Kontrola textu / Text checking

PhDr. Katarína Kovalčíková
Mgr. Jana Lacenová

Grafická úprava / Graphics

Ing. Peter Grejták

Informácie / Informations

Periodicita 6 x ročne
Predplatné na rok 2017 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. 02. 2017
Dátum vydania: 28. 02. 2017



Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek sa stala členom Medzinárodnej spoločnosti sestier v onkologickej starostlivosti	10
Svetové dni rakoviny 2017	11
Kedy sa budú môcť pôrodné asistentky starať o ženy a ich bábätká v domácnostiach aj na Slovensku?	11 - 12
SK SaPA upozorňuje na to, že za údajným neetickým správaním zdravotníkov môže byť aj ich psychické a fyzické preťaženie	12 - 13
SK SaPA upozorňuje na to, že kompetentní pred verejnosťou zatajujú chýbajúce sestry v slovenskom zdravotníctve	13
Sestry veria, že zmena trestného zákona, kedy sa zdravotnícki pracovníci pri výkone povolania stávajú chránenou osobou, odradí pacientov od agresívnych útokov	14
Valné zhromaždenie EMA v Bulharsku	15
Správa o činnosti Európskej federácie sestier za rok 2016	15 - 17
Sestry – kľúčoví partneri pre inováciu a budúcnosť zdravotníctva	18
Človek – v centre záujmu zdravotnej starostlivosti: nezabúdajme na sestry!	19 - 20
Sestra vysokou školu potrebuje, jinak bude uklízečkou ešte hodne dlouho!	20 - 21
Ošetrovateľská dokumentácia ako súčasť zdravotníckych informačných technológií	22 - 26
Možnosti ovplyvnenie klimakterických ťažkostí žien	27 - 29
Výhody a indikácie hormonálnej antikoncepcie	30 - 32
New teaching methods for practical training in midwifery	33 - 36
Nová rola sestry v ambulanciách OAIM – katéťrová sestra	37 - 38
Prevenencia chorôb obehovej sústavy - edukácia sestrou	39 - 44
Plánované konferencie organizované odbornými sekciami SKSaPA a spoluorganizované SKSaPA v roku 2017	47 - 49
7 th European federation of Critical Care Nursing associations Congress	50

Supplementum Vedecká recenzovaná časť

Prevenencia vzniku syndrómu vyhorenia v pôrodnej asistenci	52 - 56
Trends in nursing development. The background and challenges of electronic documentation in nursing	57 - 63



**O krok ďalej
pre zdravie**

PARTNERI

PIELĘGNIARSTWO SPECJALISTYCZNE

Pismo nowoczesnej pielęgniarki i położnej

Doprajte pocit zdravej pokožky svojim pacientom

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



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



 **Inkontinencia**

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



**O krok ďalej
pre zdravie**

Príhovor prezidentky SKSaPA

Vážené kolegyně,
vážení kolegovia,

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek dlhodobo upozorňuje kompetentných na potrebu riešenia problémov pôrodných asistentiek na Slovensku. Žiaľ, naše požiadavky dlhodobo zostávali nevypočítané a ignorované. Ľady sa doteraz pohli iba v zdravotnej poisťovni Union, ktorá sa rozhodla ako prvá zdravotná poisťovňa uhrádzať svojim poistenkyniam zdravotnú starostlivosť pod názvom „pôrodná asistancia“. Poisťovňa v rámci prenatálnej aj postnatálnej starostlivosti zazmluvnila 13 licencovaných pôrodných asistentiek v rôznych regiónoch Slovenska.

Začiatkom tohto roku sme pri téme pôrodných asistentiek získali veľmi silnú podporu v podobe hlasu poslankyne Európskeho parlamentu pani Jany Žitňanskej, ktorá po niekoľkých konzultáciách s nami sa dňa 11. januára 2017 rozhodla priamo osloviť ministra zdravotníctva Slovenskej republiky Tomáša Druckera s návrhom, aby pôrodné asistentky v samostatnej praxi mohli poskytovať predpôrodnú starostlivosť a starostlivosť po pôrode- počas šestonedelia, pričom táto služba by bola hrazená z verejného zdravotného poistenia.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek využila tento pozitívny záujem verejnosti o pôrodnú asistenciu, ako aj obrovskú šancu pre pôrodné asistentky a vo februári organizovala tlačovú konferenciu v Dome novinárov v Bratislave, kde sme požiadali ministra zdravotníctva Tomáša Druckera, aby dopomohol k tomu, aby sa pôrodné asistentky mohli starať o ženy a ich bábätká v domácnostiach aj na Slovensku. Táto tlačová konferencia vyvolala veľký záujem zástupcov médií, čo nás milo prekvapilo. Ešte v ten deň zareagoval aj minister zdravotníctva Tomáš Drucker, ktorý sa nechal počuť, že už rozmýšľa nad tým, ako pôrodným asistentkám dopomôcť k napĺňaniu ich kompetencií. Ministerstvo zdravotníctva SR ďalej vyhlásilo, že v súčasnosti prebieha príprava legislatívy, kde ďalšie podmienky výkonu pôrodnej asistencie v domácom prostredí sú predmetom pracovných rokovaní.

Zdá sa, že v pôrodnej asistencii nastávajú konečne lepšie časy. Pevne veríme, že naše dlhoročné úsilie pre pôrodné asistentky a mamičky sa konečne úročí. Držme si všetci palce.



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

Editoriál

Vážení čitatelia.

S nástupom Nového roka sme pre Vás pripravili nové číslo e-časopisu Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia, ktoré Vám prináša množstvo zaujímavých informácií zo života a činnosti Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek, či už ide o reakcie Komory na aktuálne témy týkajúce sa nedostatku sestier v systéme slovenského zdravotníctva, alebo bezpečnosti a preťaženia sestier a pôrodných asistentiek pri výkone povolania. Pozitívnu správou je, že sa naša stavovská organizácia stala členom Medzinárodnej spoločnosti onkologických sestier, čo nás vedie k myšlienke založenia novej odbornej Sekcie onkologických sestier. Tu sa naskytá priestor práve pre sestry pracujúce v onkológii, či budú mať záujem vytvoriť a viesť takúto sekciu a úzko spolupracovať so zahraničím, čo je v dnešnej globálnej spoločnosti nevyhnutnosťou, ak chceme do praxe sestier na Slovensku zavádzať nové postupy a inováčne myšlienky. Ďalšou dôležitou správou na začiatku roka je výzva Občianskeho združenia pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek k poukázaniu 2 % z Vašich daní na toto občianske združenie, ktoré podporuje vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek účasťami členov Komory na zahraničných vzdelávacích aktivitách. Podpora vlastného vzdelávania sa nám vždy vráti ako bumerang, a to v pozitívnom zmysle. Aktuálne číslo nám, okrem iných, prináša aj odborné príspevky z pôrodnej asistencie, gynekologického ošetrovatelstva a recenzovanú prílohu suplementum.

Tak, ako všetky čísla v roku 2016, budú aj čísla v tomto roku rozdelené na tematické okruhy, kde by sme chceli koncentrovať odborné príspevky s podobným zameraním, čím si každý čitateľ dokáže vyhladať témy, ktoré ho najviac zaujímajú. Tematické okruhy v roku 2017 boli stanovené nasledovane:

- č. 01/2017 - pôrodná asistencia, ošetrovatelstvo v gynekológii (vydanie: 28.02.2017),*
- č. 02/2017 - ošetrovatelstvo v odboroch otorinolaringológia, chirurgia a oftalmológia (vydanie: 30.04.2017),*
- č. 03/2017 - Medzinárodný deň sestier, ošetrovatelstvo v odboroch vnútorného lekárstva, sterilizácia a dezinfekcia (vydanie: 30.06.2017),*
- č. 04/2017 - ošetrovatelstvo v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť (vydanie: 31.08.2017),*
- č. 05/2017 - ošetrovatelstvo v odboroch neurológia a psychiatria (vydanie: 31.10.2017),*
- č. 06/2017 - gerontologické ošetrovatelstvo, sociálna starostlivosť, domáca ošetrovateľská starostlivosť, komunitné ošetrovatelstvo (vydanie: 31.12.2017).*



Tematický okruh však neznamená, že nepodporíme autorov, ktorí sa venujú inej odbornej oblasti. Každý dobrý a kvalitný príspevok je vítaný a v mene Redakčnej rady Vás pozývam k spolupráci pri tvorbe všetkých čísel časopisu.

Prajem príjemné a pútavé čítanie.

PhDr. Lukáš KOBER, PhD.
predseda redakčnej rady

Príhovor viceprezidentky SK SaPA pre pôrodnú asistenciu

Vážené kolegyně, kolegovia,

rola pôrodnej asistentky sa mení v závislosti od zmien prebiehajúcich v spoločnosti. Po stáročia poskytovala pôrodná asistentka pomoc a podporu ženám pri pôrode. V minulosti poskytovali babice zdravotnú starostlivosť tehotným ženám, rodičkám, šestonedielkam a novorodencom. Pre výkon povolania museli byť odborne pripravené, mať dostatok skúseností, a tiež praktických zručností. Vykonávali svoju činnosť samostatne a boli za ňu aj zodpovedné.

Dnes sme sa ocitli v situácii, keď je autonómia pôrodných asistentiek v praxi značne obmedzená. Činnosť vykonávame prevažne v nemocniciach a ambulanciách gynekológov-pôrodníkov. Pôrodné asistentky u nás nerealizujú plnohodnotnú, samostatnú starostlivosť o ženy s fyziologickým priebehom tehotenstva, pôrodu a šestonedelia. Zdá sa nám, že klesá záujem o povolanie pôrodnej asistentky. Je potrebné zamyslieť sa nad zatraktívením povolania u mladých. Posunúť status pôrodnej asistentky v spoločnosti na patričnú úroveň. Zvyšovať spoluprácu s materskými a ženskými neziskovými organizáciami a dulami - tie sú v mnohých krajinách veľmi prospešné pre pôrodnú asistenciu, pretože presadzovaním svojich práv pomáhajú samostatnosti profesie.

Vieme si predstaviť, že pôrodné asistentky by sa starali o tehotné s fyziologickým priebehom gravidity, systematicky by ich pripravovali k pôrodu v kurzoch, ktoré vedú. Sme presvedčení, že pôrodné asistentky sú odborne pripravené prevziať starostlivosť o matku a dieťa pred, počas, aj po pôrode. Je nevyhnutné vyvíjať viac aktivity a prezentovať sa na verejnosti, aby spoločnosť bola lepšie informovaná o kompetenciách pôrodných asistentiek o tom, čo môžu pôrodné asistentky ženám ponúknuť. Našou snahou je presvedčiť verejnosť, že „Matka a dieťa je v centre záujmu pôrodných asistentiek“.

*PhDr. Adriana NEMČOKOVÁ, dipl. p.a.
Viceprezidentka SK SaPA pre pôrodnú asistenciu*

Príhovor viceprezidentky SK SaPA pre sestry pracujúce v zdravotníckych zariadeniach

Milé kolegyně, milí kolegovia,

dovoľte, aby som Vás aj prostredníctvom e-časopisu Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia informovala o plánovaných vzdelávacích aktivitách (konferenciách na celoslovenskej úrovni) sústavného vzdelávania organizovaných odbornými sekciami Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek, ktoré sa budú konať v I. polroku 2017.

V dňoch 24. – 25. marca 2017 v Bojniciach sa bude konať XII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva, ktorú organizuje odborná Sekcia sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva. Nosnými témami konferencie sú: špecifická starostlivosť v internom ošetrovatelstve, nové trendy v kardiológii, násilie páchané na ľuďoch, prevencia v 21. storočí, slovenské sestry v zahraničí, varia.

Členky výboru odbornej Sekcie sestier pracujúcich v zubnom lekárstve ako spoluorganizátor Vás pozývajú na Celoslovenskú konferenciu s názvom XI. Považské stomatologické dni, ktorá sa bude konať v dňoch 27. – 28. apríla 2017 v Trenčianskych Tepliciach.

Odborná Sekcia sestier pracujúcich na operačných sálach organizuje XXVI. Celoslovenskú konferenciu sestier pracujúcich na operačných sálach s medzinárodnou účasťou s názvom „Operačná sestra včera a dnes“, ktorá sa bude konať v dňoch 11. – 12. mája 2017 na Sliaci.

Odborná Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti organizuje X. Celoslovenskú konferenciu sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou pod záštitou PhDr. Tatiany Hrindovej, PhD. – riaditeľky Odboru ošetrovatelstva na MZ SR a generálneho riaditeľa NÚSCH, a. s. Ing. Mongiho Msolly, MBA. Konferencia sa bude konať v Bratislave v dňoch 15. – 16. júna 2017. Hlavným tematickým blokom konferencie budú „Inovatívne ošetrovatel'ské postupy v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti“.

Členky výboru odbornej Sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek Vás srdečne pozývajú k účasti na VIII. Celoslovenskej konferencii Sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek SK SaPA a zároveň VII. ročníka Dňa Sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek SK SaPA, ktorá sa bude konať dňa 3. júna 2017 v Trenčíne.

Bližšie informácie o plánovaných konferenciách odborných Sekcií Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek sú dostupné na webovej stránke SKSaPA www.sksapa.sk alebo na portáli pre HSV SaPA <https://portal.sksapa.sk/>. V prílohách sú dostupné k stiahnutiu aj informácie o konferenciách, prihlášky – návratky a odborný program. Konferencie sú zaradené do systému hodnotenia účasti na odborných vedeckých podujatiach v súlade s Vyhláškou o vzdelávaní 366/2005 v znení neskorších predpisov.

O ďalších plánovaných celoslovenských konferenciách, ktoré budú organizovať odborné Sekcie SKSaPA v priebehu roka 2017 Vás budeme včas informovať.

Milí čitatelia, dovoľte mi záverom zaželať všetkým veľa pracovných a osobných úspechov. Tešíme sa na Vašu účasť.



PhDr. Iveta DRAHOŇOVÁ
viceprezidentka SK SaPA pre sestry
pracujúce v zdravotníckych zariadeniach

Podporte vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek 2 % z Vašich daní

Občianske združenie pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek sa na všetkých členov Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek, ako aj ich priaznivcov, aj v tomto roku obracia so žiadosťou o poukávanie 2 % z daní.

Členovia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek založili Občianske združenie pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek. Snahou Komory je čo najväčšia podpora sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek.



V Slovenskej republike je povinnosť sústavného vzdelávania všetkých zdravotníckych pracovníkov určená zákonom č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov. Sústavné vzdelávanie je priebežné obnovovanie a udržiavanie získanej odbornej spôsobilosti v súlade s rozvojom príslušných odborov po celý čas výkonu zdravotníckeho povolania (v zmysle ustanovení § 42 a § 80 uvedeného zákona).

Prioritným cieľom Komory je rozvíjať a podporovať vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek tak na národnej, ako aj medzinárodnej úrovni. Vedomosti sestier a pôrodných asistentiek musia zodpovedať najnovším poznatkom zdravotníckej vedy, potrebám ošetrovateľskej praxe a praxe pôrodnej asistencie, a tým hlavne potrebám verejného záujmu. Podporovaním sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek Komora prispieva ku zvyšovaniu a udržiavaniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti.

Cieľom občianskeho združenia je najmä:

- podporovať vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek a rozvíjať nové možnosti ich vzdelávania,
- podporovať medzinárodnú spoluprácu sestier a pôrodných asistentiek so sesterskými organizáciami a ich členmi v zahraničí,
- podporovať vedeckovýskumnú a publikačnú činnosť sestier a pôrodných asistentiek,
- podporovať aktívnu účasť sestier a pôrodných asistentiek na domácich a zahraničných vzdelávacích aktivitách.

Ako poukázať 2 %?

Pre poukávanie 2% z daní Občianskemu združeniu pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek je potrebné vykonať nasledovné:

- Pri podávaní žiadosti zamestnávateľovi o vykonanie ročného zúčtovania preddavkov na daň je potrebné v bode IX. tlačiva zvoliť možnosť „žiadam“ (nežiadam preškrtnúť) aj o vystavenie potvrdenia podľa § 39 ods. 7 zákona (potvrdenie o zaplatení dane na účely § 50 zákona).
- Do 30. apríla príslušného kalendárneho roku je potrebné poslať vyplnené tlačivo „Vyhlásenie o poukávaní sumy do výšky 2% zaplatenej dane z príjmov fyzickej osoby na adresu miestneho príslušného daňového úradu.
- Žiadosť možno poslať aj na adresu: Občianske združenie pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek, Amurská 71, 821 06 Bratislava.

Viac: <http://www.sksapa.sk/obsah/obcianske-zdruzenie/postup-pri-poukazani-2-z-dani.html>



Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

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

Z činnosti Slovenskej Komory Sestier a Pôrodných Asistentiek

SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK SA STALA ČLENOM MEDZINÁRODNEJ SPOLOČNOSTI SESTIER V ONKOLOGICKEJ STAROSTLIVOSTI

<http://www.isncc.org/>

Medzinárodná spoločnosť sestier v onkologickej starostlivosti / The International Society of Nurses in Cancer Care (ISNCC) bola založená v roku 1984 a jej členmi sú:

Národné spoločnosti onkologických sestier
Regionálne spoločnosti onkologických sestier
Onkologické inštitúcie
Individuálni členovia, onkologické sestry, výskumníci
a pedagógovia

Globálne je členom ISNCC spolu viac ako 60 000 onkologických sestier.

Poslaním ISNCC je maximalizovať vplyv ošetrovateľstva a znížiť globálne bremeno onkologických ochorení. Cieľom je podpora celosvetového úsilia ošetrovateľskej komunity v oblasti kontroly onkologických ochorení. Účelom hlavného poslania a vízie spoločnosti v nasledujúcich troch rokoch je zameranie sa na strategické usmernenia a ciele:

- Budovanie a udržanie vzťahov zúčastnených strán.
- Oplyvňovanie zdravotnej politiky.
- Rozvoj vodcovstva / líderstva sestier v onkológii.

ISNCC podporuje zlepšovanie zdravia a blaha ľudí s rizikom vzniku rakoviny alebo s už prebiehajúcim ochorením. Prostredníctvom svojich strategických koalícií a partnerstiev sa spoločnosť podieľa na stanovení usmernení pre onkologické ošetrovateľstvo, iniciatív zdravotnej politiky, kontroly onkologických ochorení, ktoré sú určené na zlepšenie zdravia a pohody ľudí na celom svete. Podporuje role sestry v onkológii, vedie odborné diskusie, stratégie a inovácie v klinickej praxi. Zameriava sa na výskum, vzdelávanie a riadenie ošetrovateľskej praxe. Spoločnosť podporuje nových lídrov v onkologickom ošetrovateľstve po celom svete.

Novým členom sa stala aj SKSaPA, ktorej spoločnosť uhradila členský príspevok za roky 2017 a 2018 ako prejav podpory a rozvoja onkologického ošetrovateľstva na Slovensku. Je čas uvažovať nad vznikom novej odbornej Sekcie sestier pracujúcich v onkológii? Táto otázka smeruje na členov SKSaPA a sestry, ktoré sa špecializujú na starostlivosť o pacientov s rakovinou.



Ako súčasť programu Svetového dňa boja proti rakovine

Medzinárodná spoločnosť sestier v onkologickej starostlivosti spolu s partnerom Úniou pre medzinárodný boj proti rakovine (UICC) podporujú príspevky z ošetrovateľstva.



http://www.isncc.org/page/WCD_2017

KEDY SA BUDÚ MÔČŤ PÔRODNÉ ASISTENTKY STARAŤ O ŽENY A ICH BÁBÄTKÁ V DOMÁCNOSTIACH AJ NA SLOVENSKU?

Bratislava 21. 2. 2017 – Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek žiada ministra zdravotníctva Tomáša Druckera, aby dopomohol k tomu, aby sa pôrodné asistentky mohli starať o ženy a ich bábätká v domácnostiach aj na Slovensku. Pôrodné asistentky by vedeli poskytovať rodičkám starostlivosť pred aj po pôrode, čo ženy čoraz častejšie požadujú, avšak nemajú to hrať z verejného zdravotného poistenia.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek víta aktivity europoslankyne Jany Žitňanskej, ktorá oslovila ministra zdravotníctva Tomáša Druckera s návrhom na zvýšenie individuálnej starostlivosti pôrodných asistentiek o rodičky, ako aj rozhodnutie zdravotnej poisťovne UNION, ktorá sa ako prvá rozhodla uzatvárať zmluvy s pôrodnými asistentkami. „Máme zle nastavený celý systém starostlivosti o ženu a novorodencov založený na filozofii, že tehotenstvo je choroba. Naše ženy nemajú možnosť, aby sa o nich a o ich dieťa po prepustení z pôrodnice starala ich pôrodná asistentka, pretože také pôrodné asistentky ani dnes nemáme. Systém je nastavený na lekársku starostlivosť, nepraje pôrodným asistentkám, nepraje podpore materských kompetencií,“ konštatovala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. s tým, pôrodné asistentky vedia byť nápomocné nielen počas tehotenstva, pri samotnom pôrode v zdravotníckom zariadení, ale vedia zabezpečiť aj starostlivosť o ženu a novorodenca po prepustení z nemocnice. Podľa prezidentky SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. v každej z krajín Európskej únie pôrodné asistentky môžu vykonávať samostatnú prax po splnení podmienok v plnom rozsahu, zdravotné poisťovne im ju aj v plnom rozsahu preplácajú, len na Slovensku to nefunguje napriek tomu, že na to pôrodné asistentky dlhodobo upozorňujú. „Pôrodným asistentkám v žiadnom prípade nejde o to, aby sme nahradili gynekológov či pediatrov, chcú sa len starať o ženy a ich bábätká v domácnostiach tak, ako to rodičky požadujú,“ uviedla prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

Na základe kompetencií pôrodnej asistencie, ktoré sú dané vyhláškou MZ SR č. 364/2005 Z.z. pôrodná asistentka môže poskytovať samostatne predkoncepčnú a prenatalnú starostlivosť, starostlivosť počas pôrodu a starostlivosť po pôrode ženám aj ich deťom. Žiaľ, pôrodné asistentky v súčasnosti vykonávajú svoje povolanie iba v nemocniciach a v ambulanciách gynekológov, kde je ich autonómia v rozhodovaní a uplatňovanie kompetencií na základe ich odborných vedomostí značne obmedzená. Ako uviedla viceprezidentka SK SaPA pre pôrodné asistentky PhDr. Adriana Nemčoková, dipl. p. a., je potrebné vykonávanie samostatnej praxe na základe licencie a následne začlenenie do minimálnej siete poskytovateľov.

„Víziou pôrodnej starostlivosti na Slovensku je pôrodná asistentka ako samostatný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti v pôrodnej asistencii. Pôrodné asistentky sa musia spoločensky, politicky a profesionálne prezentovať, aby boli schopné intenzívne prinášať zmeny, zlepšovať sa vo vzdelávaní a praxi a poskytovať tak služby verejnosti a základným objektom pôrodnej asistencie - žene, dieťaťu, rodine,“ zdôrazňuje viceprezidentka SK SaPA pre pôrodné asistentky PhDr. Adriana Nemčoková, dipl. p. a.

Podľa členky Rady pôrodných asistentiek SK SaPA PhDr. Drahomíri Korpovej na Slovensku stúpa záujem tehotných žien a šestonedielok o poskytovanie zdravotnej starostlivosti pôrodnou asistentkou v domácom prostredí. Pôrodné asistentky sú pripravené poskytovať starostlivosť o tehotné ženy na úrovni, ktorú dnešné mladé, moderné ženy a ich rodiny očakávajú. Vo svojej činnosti sú však obmedzované, pretože súčasná legislatíva zahŕňa koncepciu a rozsah praxe pôrodných asistentiek, tie však nie sú v dostatočnom rozsahu premietnuté do katalógu zdravotných výkonov a zdravotné poisťovne, okrem ZP UNION, neuzatvárajú zmluvy s pôrodnými asistentkami. „Pôrodné asistentky pri svojich návštevách tehotných žien a šestonedielok vedia rozpoznať príznaky patologických stavov a odporučiť včas návštevu lekára na ambulancii. Poskytujú ženám informácie, ako zvládať situácie súvisiace s náročným obdobím tehotenstva, pôrodu a šestonedelia, ich činnosť je teda zároveň preventívna. Pomáha žene predísť, ale aj prekonať psychicky veľmi náročnú situáciu, akou je potrat alebo predčasný pôrod,“ hovorí členka Rady pôrodných asistentiek SK SaPA PhDr. Drahomíra Korpová.

V minulosti pôrodné asistentky pracovali v teréne. Starali sa o ženy počas tehotenstva i v šestonedelí. Boli v rodine vítané a očakávané, pretože mamičky potrebovali získať vedomosti a zručnosti spojené s tehotenstvom, pôrodom a šestonedelím, nevynímajúc dojčenie a starostlivosť o novorodenca. Svoju prax vykonávali vždy v spolupráci s gynekologickou a pediatrickou ambulanciou. „Mrzí ma, že naše ženy, ktoré majú svoje predstavy o pôrode, ich nevedia dostať v slovenských pôrodniciach, čo často krát končí pôrodom v blízkom pohraničí susedných českých, alebo rakúskych pôrodníc. Vyriešiť sa to nedá zo dňa na deň, ale určite je potrebné dostať pôrodné asistentky k ženám už počas tehotenstva, je potrebné podporovať kompetencie pôrodných asistentiek pri asistencii ženám pri normálnom pôrode a v popôrodnom období v starostlivosti o ženu a jej dieťaťko doma,“ dodala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

SK SAPA UPOZORŇUJE NA TO, ŽE ZA ÚDAJNÝM NEETICKÝM SPRÁVANÍM ZDRAVOTNÍKOV MÔŽE BYŤ AJ ICH PSYCHICKÉ A FYZICKÉ PREŤAŽENIE

Bratislava 16.2.2017 - Kontrolný výbor Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek za posledných 6 rokov (neboli ani predtým) neeviduje žiadne podanie na zlé správanie sa zdravotných sestier na lôžkovom oddelení Kliniky hematológie a transfuziológie Univerzitnej nemocnice Martin voči pacientom. „Ak sa niektorá sestra na Slovensku správala voči pacientom necitlivo, neľudsky, neúctivo, tak mi je to veľmi ľúto a za každé takéto správanie sa úprimne ospravedlňujem. Nemôžem však súhlasiť s tým, aby sa vytváral dojem, že na Slovensku máme viac takýchto sestier s neľudským, či dokonca surovým správaním,“ konštatuje prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., ktorá jednoznačne odmieta akékoľvek neetické správanie sa sestier a zdravotníkov voči pacientom a kompetentných. Zdôrazňuje však, že medializovaný prípad je bohužiaľ iba výsledkom neriešenia situácie, v ktorej sa zdravotníctvo, sesterské povolanie a povolanie pôrodnej asistentky nachádza.

Člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD. upozorňuje verejnosť na to, že podmienky výkonu povolania sú pre slovenské sestry náročné. Vyčerpáva ich veľa služieb, nadčasová práca, pričom svoje zohrávajú aj zlé pracovné podmienky v podobe nevyhovujúcich priestorov a materiálno-technického vybavenia zdravotníckych zariadení. „K tomu je ešte potrebné pridať veľký počet pacientov na jednu sestru v službe, málo pomocného personálu, a častokrát aj slovné útoky agresívnych pacientov a ich príbuzných, vrátane fyzického útoku. Pod necitlivým prístupom niektorých zdravotníkov je potrebné hľadať dlhodobý stres z pracovného preťaženia a nedostatočné spoločenské uznanie,“ uviedol člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD.

Prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. zdôrazňuje, že povolanie sestry si vyžaduje veľkú dávku empatie, pokory, ľudskosti, obetavosti a každý, kto si toto povolanie vyberie, by mal mať tieto atribúty ľudskej povahy dané. Každá sestra podľa nej musí rátať s tým, že prichádza do styku s chorým človekom a jeho príbuznými, ktorí od nej očakávajú pomoc, spoliehajú sa na ňu a dôverujú jej, že urobí všetko preto, aby im pomohla v ich chorobe a prinavrátení zdravia, ale aj pri umieraní. „Nesprávne postoje a postupy s fatálnymi následkami pre pacienta sú tou najhoršou vizitkou zdravotníckeho pracoviska, avšak sestry a pôrodné asistentky upozorňovali na tieto problémy počas výpovedí, kedy poukazovali na to, že situácia v nemocniciach je vážna. Sestry sa snažia robiť maximum, ale tiež majú svoje fyzické a psychické limity. Pacienti očakávajú kvalitu, avšak v takto nastavenom systéme pri nízkych počtoch pracovníkov, pri vysokých počtoch vyhorených pracovníkov

pracujúcich v strese sa očakávaná kvalita a spokojnosť pacienta zabezpečiť jednoducho nedá,“ dodala prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., ktorá odporúča zamyslieť sa aj nad postupom zamestnávateľov, či tí poskytujú sestram a pôrodným asistentkám dostatok času na oddych po ich náročnej službe, či im pomáhajú zvládať náročné situácie, či ich zaujíma ich psychický stav, a či pre nich robia školenia, ako majú reagovať a komunikovať v záťažových situáciách.

SK SAPA UPOZORŇUJE NA TO, ŽE KOMPETENTNÍ PRED VEREJNOSŤOU ZATAJUJÚ CHÝBAJÚCE SESTRY V SLOVENSKOM ZDRAVOTNÍCTVE

Bratislava 3.2.2017 – Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek vyzýva Ministerstvo zdravotníctva SR, aby prestalo zavádzať slovenskú verejnosť ohľadom nedostatku sestier. Úradníci nemôžu zľahčovať vážnu situáciu a tvrdiť, že problém neexistuje, keď sa Slovensko dlhodobo nachádza na konci rebríčka OECD, čo sa týka počtu sestier na počet obyvateľov. Nehovoriac o tom, že každý hospitalizovaný pacient v nemocnici vidí, že sestry sa nestíhajú starať o pacientov ani napriek tomu, že robia nadľudské výkony.

SK SaPA upozorňuje na to, že minister zdravotníctva Tomáš Drucker a predseda Výboru NR SR pre zdravotníctvo Štefan Zelník zavádzajú verejnosť, keď spochybňujú údaje OECD a Eurostat a tvrdia, že v súčasnosti na Slovensku chýba len 2 000 sestier. „Dovoliť si pripomenúť obom pánom, že OECD je Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj, ktorá je medzivládna organizácia tridsiatich piatich ekonomicky najrozvinutejších štátov sveta, ktoré prijali princípy demokracie a trhovej ekonomiky. Táto organizácia pre svoje štatistiky používa podklady, ktoré má z oficiálnych zdrojov jednotlivých štátov. Musím žiaľ konštatovať, že na Slovensku stále chýba 12 000 sestier a číslo 2000 je len zbožným želaním koalíčných politikov,“ konštatovala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., ktorá nerozumie tomu, ako môže niekto tvrdiť to, že v slovenskom zdravotníctve chýba len 2000 sestier, keď v nemocniciach sú stále také oddelenia, kde sa sestra musí starať aj o 30 pacientov. „Veď to je každému jasné, že sa jedna osoba nemá šancu postarať o 30 ľudí, keď doma máme problém sa postarať o jedného blízkeho človeka s bežnou chrípkou, a nie ešte o vážne pooperačné stavy v nemocniciach,“ povedala ďalej Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., ktorá nerozumie tomu, ako sa niekto môže takto doslova vysmievať sestram a pacientom a zľahčovať tak vážnu situáciu s nedostatkom zdravotníkov len preto, lebo tento problém sám nevie vyriešiť.

Člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD. vyzýva ministra zdravotníctva Tomáša Druckera, aby vysvetlil verejnosti, kde za 2 týždne zohнал približne 4 000 sestier, keďže ešte začiatkom januára tohto roku na tlačovej konferencii tvrdil, že v systéme zdravotníctva chýba približne 6 000 sestier, a minulý rok v auguste na pracovnom rokovaní na MZ SR zástupcom Komory sestier odovzdal materiál, kde sa uvádza, že v systéme zdravotníctva chýba 7 315 sestier. „Je naozaj veľmi zvláštne, že minister zdravotníctva na jednej tlačovej konferencii tvrdí, že sa sestry nedajú kúpiť a teraz sa tvári, že sa sestry našli ako podpultový tovar. Kde zohнал tie tisíce sestier? Stiahol ich zo zahraničia, alebo má čarovnú paličku? Ja si skôr myslím, že splieta hrušky s jablkami, otázne však je, či úmyselne, alebo sa pomýlil pri výpočtoch,“ uvádza člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., ktorý sa obáva toho, že šéfovi rezortu zdravotníctva narastie dlhý nos.

Členka Rady a Prezídia SK SaPA Mgr. Zuzana Haladová, dipl. s. je presvedčená, že zvýšenie kompetencií zdravotníckym asistentom nám nenaleje do systému tisícky sestier, pretože zdravotnícky asistent nie je sestra. „A treba sa zamyslieť aj nad tým, kto sa hlási na takéto školy. Aký je priemer študijných výsledkov. To, čo bola kedysi výberová škola s vysokými kritériami a nárokmi, kreovala budúce sestry už počas štúdia, dnes bojuje o každého jedného študenta. Bez ohľadu na to, aký je jeho vzdelanostný, morálny a etický kredit.“

Podľa členky Rady SK SaPA Bc. Barbory Kapitánovej sa vážna situácia nielenže nevyrieši nahrádzaním sestier zdravotníckymi asistentmi, ba naopak vyhróti personálnu krízu v zdravotníctve. „Odborné štúdie dokazujú, že na zdravie obyvateľstva má pozitívny vplyv úroveň ošetrovateľskej starostlivosti. Ak bude snahou MZ SR znížiť úroveň tejto starostlivosti spôsobom, akým to robí, tak sa to určite odrazí na zdraví obyvateľstva. V konečnom dôsledku potom vynaložíme zvýšené finančné prostriedky na zdravotnú starostlivosť o obyvateľstvo. Neriešením personálnej krízy v zdravotníctve spôsobí ďalší odliv sestier do zahraničia. My v tejto chvíli potrebujeme stabilizovať počty sestier v slovenskom zdravotníctve s tým, že ich budeme finančne motivovať. Upravíme kompetencie a pomenujeme to, čo skutočne v praxi sestry musia vykonávať,“ povedala členka Rady SKSaPA Bc. Barbora Kapitánová.

SESTRY VERIA, ŽE ZMENA TRESTNÉHO ZÁKONA, KEDY SA ZDRAVOTNÍCKI PRACOVNÍCI PRI VÝKONE POVOLANIA STÁVAJÚ CHRÁNENOU OSOBOU, ODRADÍ PACIENTOV OD AGRESÍVNYCH ÚTOKOV

Bratislava 16.1.2017 – Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek očakáva, že zvýšená legislatívna ochrana zdravotníckych pracovníkov pri výkone povolania čoskoro prispeje k celkovému zníženiu fyzických a verbálnych útokov na sestry a pôrodné asistentky od agresívnych pacientov a ich rodinných príslušníkov. Situácia sa v posledných rokoch totiž natoľko zdramatizovala, že s agresívnymi útokmi sa stretávali nielen zdravotníci na urgentných príjmoch, jednotkách intenzívnej starostlivosti, či psychiatrie, ale prakticky v každej nemocnici, či ambulancii.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek na základe prieskumu, ako aj vlastných skúseností svojich členov od roku 2003 registruje postupný nárast fyzických a verbálnych útokov v zdravotníckych zariadeniach. „Sestry sa v práci najčastejšie stretávajú s ohrozovaním rôznymi predmetmi, ktoré majú pacienti k dispozícii, kopancami, škrtením, či dokonca verbálnymi vyhrážkami na ich fyzickú likvidáciu a ich rodinných príslušníkov,“ konštatovala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. Agresívni pacienti, ktorí sú často pod vplyvom alkoholických a omamných látok, nezriedka poškodzujú zariadenia nemocničných izieb, rozbíjajú dvere, okná, či nemocničný nábytok. Najčastejšie sa zdravotníci s agresívnymi pacientmi stretávajú na urgentných príjmoch, či jednotkách intenzívnej starostlivosti. Ako ďalej povedala prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., Komora od svojich členov má informácie, že len na oddelení úrazovej chirurgie a jednotke intenzívnej starostlivosti v Nemocnici Poprad sa v roku 2015 stalo 375 fyzických a verbálnych útokov na zdravotníkov od pacientov. SK SaPA vo Fakultnej nemocnici Trnava od svojich členov registruje 108 agresívnych útokov na sestry za rok 2015 a 40 agresívnych útokov za prvé dva kvartály v roku 2016. Vo Fakultnej nemocnici Nitra na kardiologickej klinike zaznamenali minimálne 7 fyzických a verbálnych útokov za posledné tri roky, pričom na urgentnom prijíme majú podľa slov sestier v priemere 3 agresívne útoky za rok. „Sestry a pôrodné asistentky medzi dôvodmi agresie pacientov najčastejšie uvádzali dlhé čakanie pacientov pre neprítomnosť lekára, odmietnutie hospitalizácie, odsunutie zdravotného výkonu alebo nespokojnosť pacienta s úrovňou poskytovanej zdravotnej starostlivosti,“ vysvetľuje prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

S agresívnymi útokmi pacientov sa veľakrát osobne stretla aj členka Prezídia a členka Rady Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Zuzana Haladová, dipl. s., ktorá pracuje na oddelení cievnnej chirurgie. Osobne mala v službe skúsenosti s takým pacientom, ktorý so sklenenou fľašou ohrozoval nielen ju a ostatných zdravotníckych pracovníkov, ale aj ostatných pacientov, až kým ho spacificoval privolaný pracovník SBS služby. V tomto prípade bol pacient nielen kvôli vlastnej bezpečnosti, ale aj bezpečnosti iných pacientov a zdravotníckeho personálu fixovaný na lôžku, pokiaľ sa neupokojil. „Častokrát sa však stretávame s útokmi pacientov na urgentných príjmoch a ambulanciách. Urgentné prijímy supľujú absenciu „záchytiť“ z minulosti, kde sú umiestnení pacienti, ktorí sú pod vplyvom omamných látok a sú agresívni. V týchto zariadeniach mali skúsenosti ako agresívnych pacientov spacificovať,“ vysvetľuje členka Prezídia a členka Rady SK SaPA Mgr. Zuzana Haladová, dipl. s. s tým, že ďalšou skupinou sú agresívni pacienti na ambulanciách. Nedostatok zdravotníckeho personálu, lekárov aj sestier v systéme totiž dospel do štádia, kedy ambulancie navštevuje viac pacientov ako sú reálne možnosti kvalitného ošetrovania a poskytnutia zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. „Čakárne sú preplnené, a ak treba pacienta odborne vyšetriť a poskytnúť mu takú zdravotnú starostlivosť, na akú má nárok, nejaký čas to trvá. Čas strávený čakaním a samotné ochorenie však u niektorých pacientov vyvoláva agresivitu a tí útočia nielen verbálne, ale aj fyzicky,“ dodala členka Prezídia a členka Rady SK SaPA Mgr. Zuzana Haladová, dipl. s.

Prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. verí, že k zníženiu agresívnych útokov od pacientov na zdravotníkov prispeje aj samotná medializácia zvýšenej legislatívnej ochrany zdravotníckych pracovníkov pri výkone povolania.

(Zdroj: Tlačové správy SKSaPA, www.sksapa.sk)

Viac informácií:

Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

prezidentka SKSaPA

tel.: +421 0918 518 178

e-mail: lazorova@sksapa.sk

Amurská 71, 821 06 Bratislava

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

člen Rady a Prezídia SKSaPA

tel.: +421 0915 943 571

e-mail: laurinc@sksapa.sk

Amurská 71, 821 06 Bratislava

VALNÉ ZHROMAŽDENIE EMA V BULHARSKU

22 - 24. septembra 2016 sa konalo Valné zhromaždenie Európskej asociácie pôrodných asistentiek v Sofii. Program zasadania bol tak, ako po iné roky náročný. Už prvý deň si pôrodné asistentky hostujúcej krajiny pripravili prezentáciu svojej práce. Zamerali sa na problémy a situáciu, ktorá sprevádza ich každodennú prax. Tento meeting sledovali miestne médiá. Okrem pôrodných asistentiek vystúpili aj ženy, teda tie, ktorých sa pôrodná asistencia blízko dotýka. Po skončení oficiálnej časti prebehli neformálne rozhovory pri šálke kávy.

Ďalší deň prebiehal podľa oficiálneho programu. Prebehlo hlasovanie o zmene trvania volebného obdobia členov predsedníctva EMA. Veľmi dôležitým bodom bolo prerokovanie a schválenie rozpočtu a strategického plánu na rok 2017. Vedenie sekretariátu odovzdali holandské pôrodné asistentky do rúk belgických kolegýň. Večer si delegáti valného zhromaždenia odovzdávali praktické skúsenosti pri spoločnej večeri.

Posledný deň zasadania bol venovaný odborným príspevkom. Veľmi zaujímavým boli príspevky s témou Vplyv pôrodu na ďalší život jedinca, príspevok s perinatálnou stratou. Značný priestor bol venovaný aj poskytovaniu starostlivosti migrantom. Práve o skúsenostiach s touto problematikou diskutovali delegátky pôrodné asistentky z Grécka, Nemecka, Francúzska, Slovinska, Talianska ale aj Chorvátska. Poobedňajšia časť zasadania bola venovaná workshopom na témy kompetencie pôrodných asistentiek, štandardy vzdelávania pôrodných asistentiek a perinatálna strata. Závery z workshopov sumarizovali a predniesli moderátori jednotlivých pracovných skupín. Nadviazať na tieto závery mali delegátky na konferencii o vzdelávaní konanej v decembri 2016 v Londýne

Na záver valného zhromaždenia sa ako miesto nasledujúceho jednania určil Madrid v Španielsku.

PhDr. Adriana Nemčoková, dipl. p.a.

Viceprezidentka SKSaPA pre pôrodnú assistenciu

Správy zo zahraničných partnerských organizácií Messages from the foreign partner organizations

EUROPEAN FEDERATION OF NURSES ASSOCIATIONS



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

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

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

Registration Number
NGO0476.356.013

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.

SPRÁVA O ČINNOSTI EURÓPSKEJ FEDERÁCIE SESTIER ZA ROK 2016

Zhrnutie správy

Európska federácia asociácií sestier (EFN) zastupuje viac ako tri milióny sestier prostredníctvom jej členov v počte 36 v 35 štátoch (vrátane všetkých 28 členských štátov EÚ), je nezávislým hlasom profesie na európskej úrovni. Poslaním EFN je podporovať záujmy, postavenie a výkon zdravotníckeho povolania „sestra“ v EÚ. K naplneniu poslania EFN a jej strategického a operačného lobistického plánu pre roky 2014-2020, EFN pokračuje v posilňovaní svojho politického postavenia v roku 2016- v inštitúciách a u kľúčových zainteresovaných skupinách EÚ, aby zostali sestry a ošetrovateľstvo v popredí politického programu EÚ. Tento dokument sumarizuje lobistickú prácu EFN a výsledky dosiahnuté za rok 2016 rozdelené do rôznych tém: „vzdelávanie“, „pracovná sila“, „bezpečnosť pacientov a kvalitná starostlivosť“.

Vzdelávanie

Rok 2016 začal lehotou implementácie Smernice 2013/55/EÚ (do 18.01.2016), ktorá aktualizovala už existujúcu Smernicu 2005/36 /EC o vzájomnom uznávaní odborných kvalifikácií. Šlo o dôležitý míľnik pre ošetrovateľskú profesiu, nakoľko členské štáty mali do tej doby implementovať 8 kompetencií Článku 31 Smernice, a ako taký poskytoval silný vzdelávací základ pre všetky ošetrovateľské osnovy v celej EÚ. Európska komisia kontroluje implementáciu Smernice v priebehu celého roka a tento proces pravdepodobne ukončí na začiatku roku 2017. Na základe tejto kontroly Komisia začne konanie o porušení voči tým členským štátom, ktoré nepostupujú v súlade s EÚ legislatívou. Za účelom posilniť Článok 31, EFN obhajuje a lobuje za zavedenie delegovaného aktu na modernizáciu Prílohy V tejto Smernice, v spolupráci s regulátormi ošetrovateľstva. Navrhované aktualizácie Prílohy V sú založené na EFN Rámci kompetencií. EFN sa takisto zasadzuje za správnu implementáciu Smernice na európskej úrovni, ale takisto aj na národnej úrovni prostredníctvom jej členov. Paralelne popri kontrole implementácie Komisiou, EFN vytvorila dotazník na meranie súladu s uvedenou Smernicou. Dotazník sa netýkal celej Smernice, ale iba tých častí, ktoré ovplyvňujú ošetrovateľskú profesiu. Takisto sa zameriava aj na aktuálne ošetrovateľské osnovy, a nie na štátnu legislatívu. Musíme vedieť, či každá sestra vychádzajúca z každej ošetrovateľskej školy v rámci EÚ spĺňa štandardy v súlade s Čl. 31 Smernice, potrebné na uznanie jej povolania sestry v celej Európe.

A práve v tomto kontexte EFN podporuje novozavedené Európske profesijné preukazy (EPC), ktoré sa opierajú o existujúci systém IMI (ďalšia novinka doplnenej Smernice). EPC môžeme považovať za pilotný projekt a po jeho zhodnotení sa môže projekt potenciálne uplatniť aj v iných profesiách. Sestry sú hrdé na to, že podporujú inovácie v EÚ. V prvej fáze tejto novej iniciatívy boli vybraté zatiaľ sestry s doposiaľ pomerne dobrou úspešnosťou – 147 využitých benefitov z automatického uznania kvalifikácie elektronickým spôsobom.

EÚ pracovná sila v zdravotníctve

EFN lobovala tiež za aktualizovaný a komplexný obraz o ošetrovateľskej profesii. EFN si kladie za cieľ, že údaje zozbierané v ošetrovateľstve sú porovnateľné a použiteľné EÚ národnými a miestnymi politikmi a odborníkmi. Z tohto dôvodu bolo zvyšovanie povedomia o správnosti štatistických údajov jednou z priorít pre rok 2016. Príliš často sa stáva, že spoločná definícia toho, kto je pokladaný za „sestru“, v rôznych krajinách chýba, takže je nemožné porovnávať údaje v celej Európe.

Najmä z toho dôvodu, že Smernica o vzájomnom uznávaní odborných kvalifikácií stanovuje definíciu pojmu „všeobecná sestra/sestra všeobecnej starostlivosti“, je riešenie zrejmé. Ako základ pre riešenie tejto problematiky EFN vyvinula Workforce Matrix 3 + 1, ktorý poskytuje kvalitatívne a kvantitatívne údaje o troch kategóriách ošetrovateľskej starostlivosti (všeobecná sestra, sestra špecialista a sestra s pokročilými rolami/s pokročilou praxou). Tiež uznáva prínos zdravotníckych asistentov (HCA) a vedúcu úlohu sestier pri dohľade nad nimi a pri ich rozvoji, s cieľom podporiť budúci scenár konfigurácií pracovnej sily, ktorý zabezpečí poskytovanie vysoko kvalitnej a bezpečnej starostlivosti tým, ktorí potrebujú starostlivosť. Písomná správa vyjadrujúca postoj k Matrix bola členmi EFN schválená na Valnom zhromaždení EFN v októbri 2016 v Madride. EFN Matrix bude dôležitý pre vývoj v oblasti plánovania počtu zdravotníckych pracovníkov v celej EÚ, v Európe a dokonca na celom svete. Dôležité je, aby členovia EFN použili EFN Matrix 3 + 1 na národnej úrovni k ovplyvňovaniu zloženia pracovnej sily v zdravotníctve a stanovili jasné pravidlá, čo sa týka rozdielnych rolí sestier a zodpovedností.

EFN pokračovala vo vedení dôležitých rozhovorov/diskusí týkajúcich sa nábora a udržateľnosti, prebiehajúceho personálneho plánovania a predpovedania a bude v tom aj naďalej pokračovať v roku 2017. V tejto súvislosti sa EFN podieľala na rôznych stretnutiach, vrátane (nedávno skončil) [Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting](#) a stretnutí so skupinou expertov [Expert Group on European Health Workforce](#). Medzinárodné organizácie, ako sú EÚ, OECD, ILO, WHO naliehavo potrebujú prístup a možnosť využitia porovnateľných údajov v EÚ založených na EFN Workforce Matrix 3 + 1.

Bezpečnosť pacienta a kvalita starostlivosti

EFN sa zamerala na šesť oblastí v rámci tejto témy, a to menovite na: Antimikrobiálnu rezistenciu (AMR), Európsky semester, Hodnotu zdravotníckych systémov, Cezhraničné poskytovanie zdravotnej starostlivosti, e-Health a e-Skills.

- AMR - EFN posilnila spoluprácu s Európskym centrom pre prevenciu chorôb a kontrolu (ECDC), a to účasťou na rôznych stretnutiach a seminároch, zvyšovaním povedomia o vplyve ošetrovateľstva pri riešení tohto problému globálneho zdravia. Okrem toho, koncepčné dokumenty EFN ako Position Paper & Policy Statement popisujúce úlohu sestier v boji proti AMR, sú kľúčovým lobby nástrojom, ktorý bude podporovať inštitúcie EÚ a národné vlády v rozvojových „fit for practice“ stratégiách a dôkazoch o vplyvoch, ktorý sestry majú na antimikrobiálnu rezistenciu. Pritom Guidelines vypracované pomocou projektu ENS4Care boli propagované a využívané sú ďalej.
- Európsky semester - táto téma si vyžiadala silnú lobby prácu zo strany EFN s kľúčovými tvorcami politik, ako Generálnym riaditeľstvom Európskej komisie pre zamestnanosť, Sociálnymi záležitosťami a začlenením (DG EMPL).

EFN podporila využívanie Európskeho semestra ako nástroja, ktorý by mal mať podstatný vplyv na národné politiky, a to s cieľom zlepšiť zdravotnú starostlivosť v celej Európe spoločne s inými zainteresovanými subjektmi v EÚ. EFN členovia tiež schválili vyhlásenie EFN Police Statement a Position Paper, ktoré bolo určené tvorcom politik na národnej a európskej úrovni s cieľom uznať dôležitosť investície do zdravia. Tieto dva dokumenty vyzývajú k efektívnejšej zdravotnej a sociálnej starostlivosti pridelovaním finančných prostriedkov a k lepším pracovným podmienkam pre sestry. Okrem toho bol tiež publikovaný článok na túto tému.

- Hodnota zdravotníckych systémov – sa stala kľúčovou politickou oblasťou na európskej a medzinárodnej úrovni, kde vstup sestier je zásadný, pretože je to o meraní výsledkov. Sestry merajú veľa, čo má značný vplyv na ich vyťaženie. EFN sa zapojila do politickej diskusie s príslušnými hlavnými aktérmi, aby zabezpečila, že táto práca môže podporovať zmenu, ktorá zlepší výsledky pre pacientov. EFN má dôkazy o tom, že zmena môže nastať, a že trvalo udržateľné riešenia pri dlhodobej starostlivosti môžu byť dosiahnuté, ak sestry prevezmú vedúcu úlohu. EFN bude zastávať viac akcií v budúcom roku, aby podporila tých na frontovej línii.
- eHealth - môže uľahčiť prístup k zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na geografickú polohu, ale tiež môže zlepšiť existujúce systémy a uľahčiť prácu zdravotníkov a zlepšiť alebo prispôsobiť proces starostlivosti a výsledky. EFN, ako člen skupiny eHealth, ktorá bola vybraná Európskou komisiou, prispela k vývoju budúcich priorít Komisie.
- eSkills - sú kľúčové pre zdravotnícke profesie, pacientov a (neformálnych) – opatrovateľov. Nové technológie uľahčujú poskytovanie služieb v rámci zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Bez správnych e-zručností tieto technológie nebudú plne integrované do existujúcich „dráh“ zdravotnej a sociálnej starostlivosti. EFN bola kľúčovým hráčom v procese lobingu v minulom roku a bude pokračovať aj tento rok.
- Cezhraničná zdravotná starostlivosť - bola prioritou v priebehu celého roka s vedomím, že vysoko kvalifikované a motivované sestry, podporované svojimi zamestnávateľmi a stimulujúci voľný pohyb, sú kľúčom k modernizácii systémov zdravotnej starostlivosti v celej EÚ. Šesť rokov po prijatí stanoviska Committee of the Regions' opinion a dva roky po uplynutí lehoty na transpozíciu Smernice do vnútroštátneho práva, táto problematika predstavuje stále vysokú prioritu v programe EÚ. EFN bola požiadaná, aby na rôznych stretnutiach hovorila a nadviazala na kontinuitu starostlivosti a na perspektívu ehealth.

Záver

Rok 2016 bol náročným a plodným rokom pre organizáciu. EFN a jej členovia vytvorili praktické nástroje a dôveru, čo predstavuje kľúčovú zložku pre zmenu. Sestry a ošetrovateľská profesia v Európskej únii sú veľmi viditeľné, so silným hlasom smerom k Európskej a medzinárodnej organizácii. Politici a tvorcovia politik majú záujem počúvať sestry. EFN je presvedčená, že táto vôľa postavená na dôvere pomáha byť občanom EÚ bližšie k inštitúciám EÚ. EFN a jej členovia budú naďalej tlačiť inštitúcie EÚ a rozhodovacie právomoci aj v roku 2017, s cieľom dosiahnuť najlepší výsledky pre občanov.

Na záver by EFN rada poďakovala všetkým sestrám a zdravotníckym pracovníkom, polícii a hasičom, blízkym spolupracovníkom, za ich podporu počas IS útokov v Zaventem a Maelbeek. Boli veľmi profesionálni a efektívni, poskytujúci starostlivosť iným osobám napriek tomu, že čelili niečomu, čomu by nikdy neočakávali, že budú musieť čeliť. Všetci členovia EFN vyjadrili veľké uznanie a vďaka každému jednotlivcovi. Sestry sa presúvajú do takto nebezpečných prostredí zachránia ostatných a ohrozujú vlastný život. Je tu teda naliehavá potreba chrániť a získať väčšiu podporu pre sestry a ďalších zdravotníckych pracovníkov vo všetkých týchto oblastiach plných konfliktov, aby mohli pomáhať deťom i dospelým a byť tak bezpeční/chránení, ako je to možné!

„Zrušili sme naše Valné zhromaždenie v Bruseli vlani v apríli kvôli ľudskému šialenstvu a fanatizmu. Všetci sme boli veľmi smutní ... Mám „hlboké“ pochopenie pre obeť bruselských bombových útokov, ale aj pre všetky obeť terorizmu na svete a pre všetkých tých, ktorí poskytli pomoc obetiam. Ako ľudia a občania, ako zdravotnícki pracovníci, ako sestry musíme bojovať všade a každý deň proti fanatizmu, fašizmu a totalitarizmu, ale aj proti všetkým druhom a všetkým formám manipulácie a dominancie.“

(Yves Mengal, FNIB)

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

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

Preklad textu: Jana Slovákova

SESTRY – KLÍČOVÍ PARTNERI PRE INOVÁCIU A BUDÚCNOSŤ ZDRAVOTNÍCTVA

Ak hovoríme o tom, že ľudia stoja v centre záujmu, to isté platí aj pre sestry a pacientov. Nemôžeme očakávať lepšie zdravotné výsledky, pokiaľ nebudeme vo väčšej miere podporovať prednú líniu. Tým, že od nich žiadame zbieranie väčšieho množstva údajov, častokrát zbytočných, ich bude odkláňať od prvoradej starostlivosti. Takto dosiahneme opačné výsledky. Preto EFN vyzýva pacientské organizácie a zdravotníckych pracovníkov, aby budovali silné spojenectvá a spoločne sa dohodli na reforme zdravotníckeho systému, bez ohľadu na to, ktoré merania zdravotných výsledkov budú ministerstvá a medzinárodné inštitúcie považovať za rozhodujúce. Je nevyhnutné vybudovať silné spojenectvá pre nerušivé reformy. Avšak, aké miesto tu majú tvorcovia politik, politici a samotný priemysel? Kto riadi koho?

Aj keď majú členské štáty EÚ rôzne systémy zdravotnej a sociálnej starostlivosti, mali by zdieľať rovnaké hodnoty: univerzálnosť, solidaritu, rovnosť; hodnoty, ktoré riadia každodenné úsilie 6 miliónoch sestier v EÚ. Sú však tieto hodnoty súčasťou úspornosti? Sú tieto hodnoty súčasťou nových rušivých modelov, o ktorých rozhodujú ľudia, ktorí sa nikdy nestarali o jediného pacienta? Sestry sú veľmi znepokojené, nakoľko rovnica udržateľnosti, čo sa týka odpovede na rastúci dopyt verejnosti po kvalite, bezpečnosti, rovnosti a prístupu k zdravotnej starostlivosti a investovania do zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, je náročná. Od roku 2008 nevidíme žiadne investície iba škrtý!

Na stretnutí v Paríži 16. januára 2017, v sídle OECD, na politickom fóre o budúcnosti zdravotníctva (**Policy Forum on the Future of Health**), mala EFN záujem učiť sa spôsobom lepšieho organizovania zdravotníckych systémov v súvislosti s potrebami, preferenciami a možnosťami. Riešenia by mali odrážať názory sestier, pretože sestry zohrávajú kľúčovú úlohu pri riadení a predchádzaní uvedených podmienok, majú jedinečnú a privilegovanú pozíciu v dennodennom priamom prístupe k potrebám starostlivosti o ľudí, a tiež hlboké vedomosti o tom, aké kolísavé sú ochorenia v priebehu starostlivosti. Riešenia, bez zapojenia prvej línie, nie sú žiadnymi riešeniami. Toto sa podarilo EFN ukázať návrhom elektronických služieb zdravotníctva (eHealth services), na základe existujúcich 120 nákladovo efektívnych postupov v praxi, čo prinieslo sestrám nové a zmenené role- napr. „zdravotnícki inštruktori“, a „manažéri prípadov“. **ENS4Care** uvádza mnoho osvedčených postupov, ktoré nachádzame v rôznych oblastiach, ako sú napríklad rozdielne formy rehabilitácie (kardiálna rehabilitácia, rehabilitácia pri chronickej obštrukčnej chorobe pľúc), prevencia malnutície a sociálnej izolácie, prevencia srdcových chorôb. Okrem toho, realitou súčasnej digitálnej doby je zdieľanie, zhromažďovanie a ľahký prístup k osobným informáciám. Systémy zdravotnej a sociálnej starostlivosti čelia novým výzvam, akými sú: súkromie zdravotníckych informácií, inštitucionálne a kultúrne prekážky vo vytváraní zdravotníckych systémov zameraných na ľudí, zapojenie poskytovateľov a odborných pracovníkov do požadovaných zmien. Systémy zdravotnej starostlivosti zhromažďujú obrovské množstvo údajov, avšak len obmedzené informácie o dôsledkoch a výsledkoch u ľudí, ktorým sa služby poskytujú. Politiky ako také, zvyčajne ekonomicky prístupujú k hodnotovo zameraným zdravotníckym ekosystémom. Je dôležité, aby meranie „výsledkov“ bolo navrhované s pacientmi a pre pacientov, aby sa zameriavalo na spoľahlivé merania zdravotných výsledkov (vrátane ošetrovateľských citlivých údajov), s cieľom zlepšiť kvalitu starostlivosti o pacientov, posilniť intervencie v oblasti verejného zdravia a prispieť k dosiahnutiu širších ekonomických cieľov a prosperity spoločnosti.

EFN, ako kľúčový aktér na úrovni EÚ, bude naďalej sledovať túto diskusiu OECD a pýtať sa, ako Európska komisia prispieva k zabezpečeniu zdravotníckych systémov, ktoré sa budú vo väčšej miere zameriavať na ľudí; k väčšiemu uznaniu sestier v prednej línii, s dôrazom na ich úlohu vo vedení a medzinárodnú spoluprácu, v rámci integrovaného multidisciplinárneho prístupu zdravotníckych pracovníkov. Sestry, svojimi vedomosťami a zručnosťami, sú výraznou pridanou hodnotou a dôležitým spojovacím článkom medzi technologickými inováciami, podporou zdravia a prevenciou chorôb.

A v neposlednom rade, čo ma najviac ohúrilo pri počúvaní dnešných politických debát, je prezentácia a názory žien. Každý robí diskusiu bohatšou, či sú to ženy, bez ohľadu na ich pozíciu, minister, poradca alebo pacient. Ženy sú schopné prepojiť zložité politické diskusie s každodennou realitou, preformulovať ich do jednoduchých slov a pragmatických návrhov. Preto nepovažujte rod za samozrejmosť! Integrujte ho do riešení. A to prinesie úspech.

Vydané 17. januára 2017

Zdroj: <http://www.efnweb.be/?p=8372>

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

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

Preklad textu: Martina Orlovská

MEDZINÁRODNÁ RADA SESTIER (ICN)

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



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

ČLOVEK – V CENTRE ZÁUJMU ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI: NEZABÚDAJME NA SESTRY!

Je pojem „starostlivosť zameraná na človeka“ len novým žargónom pre znižovanie nákladov a redukciu prístupu bezpečnej zdravotnej starostlivosti, alebo ide o potenciál zlepšiť zdravie a pohodu ľudí, čím sa zdravotný systém stáva efektívnejší a menej nákladný, pomáha ľuďom, aby boli zdravší v reálnom čase? Jedná sa o existenciálnu a zásadnú otázku, na ktorú tvorcovia tejto politiky spoločne s laickou a odbornou verejnosťou musia odpovedať.

Z hľadiska ošetrovateľstva existuje niekoľko spôsobov, ako odpovedať na túto otázku. Ošetrovateľstvo je založené na predpoklade, že každý jednotlivý pacient je jedinečným subjektom, aj napriek tomu, že milióny ľudí po celom svete môžu trpieť rovnakým ochorením, ako je napr. diabetes alebo vysoký krvný tlak. Aby sme však mohli zvládnuť zdravotný stav pacienta optimálnym spôsobom, ktorý presahuje medikamentóznou terapiu, musíme uznať jedinečné sociálne, etnické, geografické a iné faktory, ktoré sú kľúčovými determinantami zdravia. Tu je miesto, kde pojem „zameranie na človeka“ môže hrať prevratnú úlohu nie ako nejaký prázdny, nehospodársky žargón, ale ako prístup, ktorý naozaj lieči ochorenie u každého jednotlivca inak.

Sestry musia byť ústredným bodom tohto programu. Sestry komunikujú s najväčším počtom jedincov. Týchto 16 miliónov silných profesionálov po celom svete prichádza do kontaktu so 7 miliardami ľudí na celej planéte. Okrem toho, na základe mnohých prieskumov verejnej mienky, sú sestry najdôveryhodnejší profesionáli zo všetkých zdravotníckych a nezdravotníckych profesií. Naozaj, sestry sú „vodičmi“ dobrej zdravotnej starostlivosti. Pôsobia ako rozhranie medzi často znepokojeným pacientom, jeho rodinou a komunitou a ich lekárom. Pacienti a lekári potrebujú sestry ako partnerov a ako vodcov v prípade starostlivosti, s cieľom dosiahnuť požadované výsledky. Sestry tu nie sú pre seba: pracujú tvrdo, sú znalé, skúsené a kvalifikované, avšak sú ďaleko od vrcholu pyramídy, pokiaľ ide o ich ocenenie a silu ich hlasu v spoločnosti.

Možno sa budete pýtať, prečo je to dôležité. Je to dôležité pre to, že je nevyhnutné mať k dispozícii „dôverný“, „terapeutický“ vzťah medzi zdravotníkmi a verejnosťou, aby ľudia prijali kultúru starostlivosti zameranú na človeka. Pre pacienta je dôležité byť informovaný, mať dôveru a spolupodieľať sa na liečbe ako partner, a pre lekára a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je dôležité, aby spolupráca prebiehala hladko. Sestry sú dôležitým článkom v tomto reťazci. Bez dôvery a podpory sestier nebude možné vybudovať partnerstvo, ktoré je hlavnou zložkou starostlivosti zameranej na človeka.

Akonáhle je tento vzťah vytvorený medzi sestrou alebo zdravotníckym pracovníkom a pacientom, jeho rodinou a komunitou, prenos sily sa sústreďuje na zdieľanie v rozhodovaní zdravotnej starostlivosti.

Ak chceme zachovať kontrolu v rukách ľudí, technológie sa môžu stať veľmi užitočným nástrojom. Ide o technológie, ktoré umožňujú dialóg, znalosti a partnerstvo. Musíme však pochopiť, že technológie nemôžu nahradiť základný vzťah medzi sestrou a pacientom / klientom.

Ak toto všetko znie jasne a jednoducho, prečo sa to tak v skutočnosti nedeje? Existuje veľa odpovedí na túto otázku, ale zatiaľ čo sestry môžu prirnúť k predstave, že každý človek je „pánom svojho osudu“, ako paradigma, skutočnosť je taká, že sme si ako zdravotníckí profesionáli vyvinuli silný model závislosti. Používame slová, terminológiu, a čím ďalej tým viac mätúce skratky, ktoré stavajú bariéry a nechávame vo verejnosti chladné pocity nekompetentnosti a neschopnosti vstúpiť do „siene slávy“. S vedomím sa bojíme klásť inteligentné otázky týkajúce sa zdravia. Ak to chceme zmeniť, potrebujeme kultúrnu transformáciu, ktorá uznáva, že jedinou osobou, ktorá má plnú kontrolu nad svojim zdravím a pohodou je pacient ako individualita, a ako sestry sme tým najlepším partnerom v oblasti riadenia veľmi často zložitej ľudskej reality.

Ak chceme dospieť ku kultúrnemu posunu, musíme transformovať naše vzdelávacie systémy, ktoré sa zamerajú na osvedčené znalosti, riešenia a podporné schopnosti. Musíme pracovať po boku informovaných, ktorí boli splnomocnení pacientami, s cieľom uľahčiť dosiahnutie fyzickej, duševnej a sociálnej pohody.

Ak spoločne vykonáme transformáciu, mohlo by to viesť k oveľa silnejšej návratnosti investícií, času, úsilia a zdrojov, čo môže prispieť k ekonomicky aktívnejšej spoločnosti.

Pojmy a modely sú veľmi dobre sklbené, avšak urobiť konečný krok si vyžaduje mať správnych ľudí za okrúhlym stolom. To zahŕňa aj prítomnosť sestier, ak chceme podporiť reformy zamerané na „starostlivosť o človeka v strede záujmu“. Ministri zdravotníctva, školstva, financií s rozhodovacou právomocou, investori a zdravotnícki pracovníci, ktorí utvárajú túto oblasť politiky: prosíme otvorte svoje kancelárie a zasadacie miestnosti sestram a verejnosti, aby sa skutočne stali súčasťou politického dialógu, a aby sme mohli tento žargón pretransformovať do reality, ktorá prospje všetkým.

©OECD Observer No 309 Q1 2017

Last Updated on Wednesday, 18 January 2017 01:00

www.icn.ch

Preklad textu: Lukáš Kober



Ošetrovatelství.info je největší odborný diskusní a informační portál pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky v ČR, prakticky jediný svého druhu u nás. Vznikl v roce 2009 s cílem vytvořit moderní platformu pro sdílení informací a výměnu zkušeností mezi zdravotníky. Vítejte také zkušenosti a názory pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků. Od roku 2013 mají stránky nový profesionální vzhled a k webu patří od roku 2010 velmi aktivní Facebookové stránky.

SESTRA VYSOKOU ŠKOLU POTŘEBUJE, JINAK BUDE UKLÍZEČKOU JEŠTĚ HODNĚ DLOUHO!

Názor známé blogerky Lenky Šnajdrovej alias „Silver“ z portálu Ošetrovatelství.info je po roku aktuální aj u nás!

V dobách dávno minulých nebyly žádné sestry, pouze laičtí pečující. Počátky organizovaného ošetrovatelství jsou spojeny s charitativní činností a s činností náboženských řádů a kongregací. Ošetrovatelství bylo zaměřeno na laickou službu trpícím a prováděly jej osoby bez jakéhokoliv odborného vzdělání. Práce u nemocného se skládala z jednoduchých úkonů – mytí, stravování, úprava polohy nemocného, převazování ran, podávání léků ústy. Historické ošetrovatelky se staraly o nemocného se vším všudy – uklízely pokoje nemocných, praly, sušily skládaly obvazy i nemocniční prádlo.

S rozvojem medicíny začali lékaři postrádat pomocníky, kteří by plnili jejich pokyny a dohlíželi na nemocné v době jejich nepřítomnosti. Sestry se začaly vzdělávat v kurzech a v ošetrovatelských školách od původně dvouletých až po nám známé čtyřleté střední zdravotnické školy. Práce sestry se stávala více náročnou. Jakmile se objevila nějaká práce u pacientů, kterou už nezvládali pro časovou vytíženost lékařů, byla svěřena sestram. A sestry se jí nadšeně chopily. Ještě já pamatuju dobu, kdy na standardním oddělení podával i.v. injekce pouze lékař – ale ty injekce byly zhruba 3 ráno a 3 večer a aplikovaly se jednorázově kovovou jehlou. Pak přišla doba, kdy ordinace i.v. léčiv byla úplně běžná u každého druhého pacienta a bylo možné je aplikovat daleko pohodlněji intravenózní kanylou, kompetence byla tedy předána sestram. A sestry se nebránily. Která nebyla ráda, když jí bylo umožněno udělat náročnější práci – podání transfúze, vytažení drénu...

Takže sestram postupně přibývala práce odborná, ale ta „méně odborná“ jim jaksi stále zůstávala, protože lidí, kteří by ji dělali, nikdy nebyl nadbytek. Sestram sice pomáhají ošetrovatelky, sanitárky a sanitáři s nižší kompetencí, ale pořád to je sestra, kdo je schopen plnohodnotně zastoupit pomocný personál. Zkrátka – sestra zvládne práci sanitáře, opačně to nejde. Pro každé zdravotnické zařízení je výhodnější přijmout jednu sestru než dvě ošetrovatelky, protože sestra udělá práci sestry a ještě práci ošetrovatelky. Dnes sice máme moderní pomůcky, ale hádejte, co by se stalo, kdyby vypadla dodávka balených sterilních mulových čtverců? Vsadím se, že sestry by vyfasovaly balík mulu s rozkazem, ať ho nastříhají a složí čtverce ke sterilizaci. Pořád platí, že jakmile se objeví nějaká práce, která je třeba udělat, přisune se k sestram. Všichni si na to zvykli –

že sestra dělá to, co je potřeba, od počítání špinavého prádla přes měření teplot v lednicích až po výměnu tracheostomické kanyly za jeden plat. Všichni si na to zvykli, že sestra poslouchá, co se jí řekne, že přijde do práce v sobotu za nemocnou kolegyni, že se v poledne sebere a jde ze směny domů, protože je méně pacientů a je třeba stáhnout přesčasy. Všichni si na to zvykli, že sestra přijde v době volna na provozní schůzi či na transfuzní školení. Všichni si na to zvykli, že není-li k dispozici sanitář, sestra odtlačí lůžko se stokilovým pacientem na rentgen. Všichni si zvykli, že odejde-li v průběhu roku pár sester na mateřskou či jinam, nic se neděje, protože nastoupí absolventky.

Jenže ono to najednou nefunguje... Absolventky k lůžku nepřicházejí a „staré“ sestry toho mají plné zuby a odcházejí. Ty, co zůstávají, jsou unavené, vyčerpané, možná vyhořelé a mnohé nechápou, že to, na co ony jsou zvyklé – tedy dělat všechno, ty mladé sestry už dělat nechtějí. Proč taky? Ze zvyku? Mladé sestry na to zvyklé nejsou. Pro peníze? Výplata kolem 15 000 ve směnném provozu není žádné terno. Z lásky k lidem? To samozřejmě lze, ale jen do té doby, pokud se ta „láska“ z druhé strany vrací. A tím nemyslím jenom od pacientů. Představte si sestřičku, která celý den jezdí jako motorová myš a odpoledne dostane kartáč od vrchní či staniční, že nemá razítko v dokumentaci.

Neochota mladých nastupovat k lůžku se přičítá nutnosti studovat vysokou školu, přičemž někteří lidé předpokládají, že sestra vysokou školu nepotřebuje. A já se ptám, která? Ta, co uklízí skříně, počítá špinavé prádlo, převléká prázdná lůžka po odchodech pacientů, běhá se zkumavkami do laboratoře a s výsledky z laboratoře, roznáší po pokojích čaje, umyvadla, otírá stolky, desinfikuje mísy a bažanty, chystá nástroje k odeslání na sterilizaci, krmí pacienty bez poruchy polykání, kontroluje teplotu v lékárně, ukládá svršky pacientů do šatny, půjčuje si po ostatních odděleních čisté prádlo či berle, vytírá pacientem vytopenou koupelnu, vozí kompenzované pacienty na vyšetření a pomáhá jim s hygienou, tiskne či kopíruje řád oddělení a edukační materiály, doplňuje pomůcky ze skladu?

Nebo ta, která je respektovaným odborníkem v ošetřovatelství a kromě řady odborných znalostí a činností zvládá holistický přístup k pacientovi a k jeho potřebám, dokáže pacienty a jejich příbuzné srozumitelně edukovat, má na výši komunikační dovednosti, a svým vzděláním, kultivovaným chováním a osobností posiluje prestiž svého povolání a je kvalitním partnerem lékařům?

Ta první sestra vysokou školu opravdu nepotřebuje. A taky je potřeba říci, že výše zmíněné činnosti by vůbec neměla dělat sestra! To je práce pro písárku, uklízečku, sanitáře a ošetřovatelku. Naopak sestra jako odborník v ošetřovatelství by měla mít nejvyšší standardní vzdělání současnosti. Tak jako ho má třeba porodní asistentka jakožto odborník v péči o ženu nebo učitel, jakožto odborník ve vzdělávání.

Ještě ke konci minulého tisíciletí byla nejvyšším standardním vzděláním maturita, a máme řadu vynikajících sester s maturitou ze starých zdrávek. V jejich případě je samozřejmě hloupost je nutit, aby si dodělávaly vysokou školu, pokud samy nechtějí. Ale svět se mění, a to, co dříve byla maturita, je dnes bakalářský stupeň VŠ (případně absolutorium na VOŠ). Nezabráníme maturantům pokračovat ve studiu na VŠ/VOŠ! Jsem přesvědčená, že i kdyby nebylo terciární vzdělání pro sestry povinné, stejně by ho v dnešní době většina sester absolvovala, a to nejlépe hned po maturitě, kdy je člověk nezátížen rodinou či jinými závazky. Vzdělání je investice do budoucnosti, a i průměrně chytrý člověk ví, že s VŠ/VOŠ bude mít šanci na lepší, zajímavější, či lépe placenou práci i v jiném oboru než vystudoval. Může se nám to nelíbit, můžeme s tím nesouhlasit, ale to je tak jediné, co s tím můžeme dělat. Pokud bychom chtěli, aby středoškoláci nastupovali v 19 letech do práce, museli bychom vysoké školy zavřít. To chceme?

Chceme, aby absolventky nastupovaly do zdravotnictví? Pak se musíme starat, aby ta práce byla co nejatraktivnější. Finančními, pracovní náplní, možností osobního rozvoje a benefity. Je mi jasné, že některá povolání budou vždy atraktivnější, ale určitě máme co zlepšovat.

Jaké chceme sestry? Chceme sestry, které dělají práci sestry a delegují některé úkoly na sanitáře a ošetřovatelky, kteří dělají činnosti sanitářů a ošetřovatelek? Chceme sestry, které dělají práci sestry a mají dostatek času nejen na pacienta, ale i na výchovu mladých kolegyně? Chceme sestry, které dělají práci sestry a mají dostatek času samy na sebe, na odpočinek a na rodinu? Chceme sestry, které se nenechají zneužívat a dokážou si obhájit svoji práci? Nebo chceme sestry, které dělají všechno?

Prevzaté so súhlasom autorky blogu

Lenka Šnajdrová pro Ošetřovatelství.info

<http://www.osetrotavelstvi.info/clanky-ctenaru/zdravotni-sestra-vysokou-skolu-potrebuje-jinak-bude-uklizickou-jeste-hodne-dlouho/>

OŠETROVATEĽSKÁ DOKUMENTÁCIA AKO SÚČASŤ ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMAČNÝCH TECHNOLOGÍI

NURSING DOCUMENTATION AS PART OF THE HEALTH INFORMATION TECHNOLOGIES

LUKÁŠ KOBER

NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy, Vysoké Tatry

Abstrakt

Zmysluplné využívanie zdravotníckych informačných technológií sa stalo štandardom v mnohých západných zdravotníckych systémoch už pred niekoľkými rokmi, a to s nástupom moderných technológií a informačných systémov, ktorým sa nevyhol ani sektor zdravotníctva. Využívanie jasne definovaných štandardov pre používanie elektronických zdravotníckych záznamov, ktoré slúžia na výmenu pacientových klinických dát medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, poisťovňami a medzi poskytovateľmi a samotnými pacientmi, dávajú užívateľom zmysluplné pravidlá pre používanie a nakladanie so všetkými informáciami, týkajúcimi sa zdravia, zdravotného stavu pacienta a populácie vrátane využiteľnosti a kontroly finančných prostriedkov, ktoré sa využívajú na poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Moderné informačné technológie hrajú dôležitú úlohu vo všetkých oblastiach priemyslu, rovnako ako aj v našom osobnom živote. Implementácia moderných technológií používaných sestrou alebo pôrodnou asistentkou úzko súvisí s jej profesijným postojom, vzdelaním a chuťou zaviesť do praxe najnovšie poznatky a trendy v odbore.

Kľúčové slová

ošetrovateľstvo, dokumentácia, štandardizácia, softvér, prax.

Abstract

Meaningful use of health information technology has become the norm in many Western health systems several years ago and with the advent of modern technology and information systems, which did not avoid the health sector. The use of clearly defined standards for the use of electronic medical records, which serve to exchange patient clinical data among health care providers, insurers and between providers and patients themselves, give users meaningful rules for the use and management of all information relating to health, the patient's condition and population, including the utilization and control of funds that are used to provide health care. Modern information technologies play an important role in all areas of industry, as well as in our personal lives. Implementation of modern technologies used nurse or midwife is closely related to her professional attitude, education and taste put into practice the latest knowledge and trends in the field.

Keywords

nursing, documentation, standardization, software practice.

Úvod

V zdravotníctve majú moderné technológie jedno z najdôležitejších uplatnení pri zabezpečení kvalitnej a bezpečnej starostlivosti a záchrane životov. Zdravotnícka technika

je široká oblasť, kde inovácia zohráva kľúčovú úlohu pri udržiavaní zdravia. Zahŕňa oblasti, akými sú biotechnológie, farmácia, informačné technológie, rozvoj zdravotníckych prístrojov a zariadení. Podľa McBride et al. (1) sú zdravotnícke informačné technológie ústredným prvkom amerických vládných snáh o zníženie nákladovosti a zvýšenie efektivity zdravotnej starostlivosti. Tieto snahy a zlepšenie efektivity fungovania zdravotníctva by mali byť prioritou nielen Ministerstva zdravotníctva SR, ale aj manažmentov zdravotníckych zariadení a samotných zdravotníckych pracovníkov.

Zdravotnícke informačné technológie v ošetrovateľstve

Zdravotnícka elektronická dokumentácia zameraná na ošetrovateľskú starostlivosť priamo ovplyvňuje bezpečnosť pacienta. Je to spôsobilé tým, že ošetrovateľská dokumentácia umožňuje komunikáciu v reálnom čase medzi všetkými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Ak má byť bezpečnosť pacienta optimalizovaná aj prostredníctvom informačných technológií, je potrebná efektívna spolupráca medzi kompetentnými manažermi, ktorí sa už niekoľko rokov pokúšajú zaviesť e-Health do systému slovenského zdravotníctva, a samotnými sestrami priamej starostlivosti, ktoré zabezpečia prehľad a bezpečnosť. Porovnanie zodpovedajúcej kvality starostlivosti medzi poskytovateľmi

je možné vtedy, ak sú použité štandardizované postupy. Lavin, et al. (2) vo svojej štúdií zameranej na zdravotnícke informačné technológie uvádzajú tri aspekty bezpečnostných dôsledkov priamej starostlivosti o pacientov a tri hľadiská dokumentovania ošetrovateľskej starostlivosti, vrátane štandardizovaných postupov založených na dôkazoch, transparentnosti ošetrovateľského procesu a rozvoj elektronických softvérov ako nástrojov štandardov zlepšenia systémovej komunikácie.

Štandardizácia procesov starostlivosti založená na dôkazoch zahŕňa starostlivosť založenú na dôkazoch podľa evidence based medicine, resp. evidence based nursing, vzdelávanie pacientov, tvorba materiálov a akčných plánov. Ak sestry používajú vlastné materiály a nepoužívajú štandardizované procesy, ostávajú v nevýhode. Používanie neštandardizovaných materiálov pôsobí v dokumentácii chaoticky a stráca sa kritérium vzdelávania a podpory zdravia pacientov. V prípade štandardizácie sa môžeme v praxi stretnúť s nevôľou, keďže podľa niektorých názorov sa stráca individualizovaná starostlivosť. Je však potrebné si uvedomiť, že zavedenie štandardov starostlivosti zaisťuje kvalitu a je optimalizované pre každého pacienta. Je nutné, aby sa samotné sestry podieľajúce sa na starostlivosti o pacientov zapojili do výberu a aktualizácií vhodných generovaných programov, vzdelávacích materiálov pre zabezpečenie vhodnej dátovej základne. Dokumenty musia byť vytvorené a napísané jasne, jednoducho a v súlade so zvyklosťami zdravotníckej gramotnosti, stratégií a nástrojov podporujúcich prax založenú na dôkazoch. Sestry môžu tiež vyjadriť znepokojenie nad novými metódami elektronickej dokumentácie. Preto je dôležité, aby sa zapojili do príprav dizajnu s dodávateľmi a oddeleniami IT personálu.

Stanovenie priorít diagnóz transparentnosti ošetrovateľského procesu
Správne stanovenie diagnóz a transparentnosť ošetrovateľského procesu sú dve metódy vyhodnotenia ošetrovateľskej dokumentácie. Americká Health Information Management Association uvádza, že elektronické zdravotné záznamy by mali poskytovateľom umožniť ručne zoradiť zoznam pacientových problémov (3). Analogicky potrebujú sestry triediť diagnózy podľa priorít, na základe ktorých riadia svoje intervencie. Transparentnosť odkazuje na jasnosť záznamu pre používateľov. Ide o otvorené a zdieľané informácie. Transparentnosť elektronických zdravotných záznamov má za účel zdieľanie jasných informácií medzi poskytovateľmi a pacientmi. Kým vo väčšine prípadov majú poskytovatelia prístup k informáciám, ktoré boli vložené do systémov členmi interdisciplinárneho tímu, prístup k týmto informáciám nie je vždy intuitívny a jeho prezentovanie nie je vždy jasne formulované. Na druhej strane pacienti majú prístup do systémov obmedzený, resp. žiadny (4).

Vývoj elektronických štandardizovaných workflow softvérov

Ošetrovateľský proces by sa mal stať jasným komunikačným nástrojom, ktorý má jasne definovať a popísať každý problém pacienta. Jeho použitie hrá dôležitú úlohu pri odovzdávaní pacienta k inému poskytovateľovi, pri zmene a posune zdravotného stavu, plánovaní starostlivosti, pri prijímaní pacienta na hospitalizáciu, transfere pacienta a pri jeho prepúšťaní z hospitalizácie. ANA (5) navrhla model ošetrovateľského procesu na základe jednoduchého workflow štandardizovaného softvéru, ktorý sa skladá z piatich krokov:

- **Zhodnotenie:** na základe klinických ukazovateľov údaje poskytla sestra, aby dospela k individuálnemu stanoveniu diagnózy a pacientových problémov.

- **Diagnostika/Problémy/Klinické rozhodovanie:** patrí tu plánovanie, vykonávanie cielených, nie náhodných zásahov. Posúdenie a stanovenie špecifickej diagnózy.
- **Identifikácia výsledných kritérií a plánovanie:** v rámci týchto dvoch krokov sestra plánuje špecifické zásahy, ktoré majú byť použité pre dosiahnutie požadovaných výsledných kritérií. Ide o procesné a klinické výsledky.
- **Realizácia:** Zapojenie pacienta, rodiny, komunity, populácie v rámci plánovania starostlivosti a vykonávania zásahov. Správne prebiehajúci sled naplánovaných intervencií smerom k výsledkom a podľa individuálnych potrieb pacienta.
- **Vyhodnotenie:** dokumentovanie výsledkov zásahov u pacienta a realizácie súhrnného výpisu, analýz, príkladov a zhodnotenie stavu pacienta (stabilný/zhoršujúci sa). Úprava plánu tak, aby sa dosiahli požadované procesné a klinické výsledky.

Cieľom ošetrovateľskej dokumentácie je zaznamenať ošetrovateľskú starostlivosť. Ako sa hovorí „*to čo nie je zaznamenané, ako keby sa nestalo*“, platí aj dnes. Súčasným štandardom v praxi na Slovensku je, tak ako inde vo svete, ošetrovateľský proces. Jednotlivé kroky procesu musia byť zdokumentované a na základe toho môže byť posudzovaná ošetrovateľská prax. Ak tieto kroky neboli splnené, nebola poskytnutá starostlivosť lege artis, a to bez ohľadu na to, či bola dokumentácia realizovaná elektronicke alebo papierovo. V prípade zlej dokumentácie je pravdepodobné, že sú potrebné urýchlené ľudské aj technologické vylepšenia. Zavedenie elektronickej dokumentácie môže zaplniť medzeru, ktorá nastáva pri nepremyslenom a chaotickom klasickom dokumentovaní starostlivosti a môže prispieť k tomu, aby sa poskytovatelia zbavili zodpovednosti v prípade chýb v dokumentácii.

Samotná štandardizácia liečebných postupov, vrátane klinických procesov a rozhodovania, môže byť viac ocenená sestrami absolventkami vysokých škôl, než sestrami, ktoré vyštudovali v čase, keď zdravotnícke informačné systémy neboli v bežnej praxi používané a dostupné. Absolventi sú už počas štúdia pripravovaní na používanie nových technológií, ktoré sú zamerané na zlepšenie kvality, organizáciu a analýzu dôkazov z praxe a dokážu lepšie porovnávať parametre vlastnej praxe oproti ostatným. Príkladom úspešných projektov DNP (Doctor of Nursing Practice) je včlenenie klinických procesov pre podporu rozhodovania, ako napr. stanovenie kritérií pre hodnotenie poskytovateľov dodržiavaním smerníc primárnej starostlivosti (6), riešenie terapeutického a klinického útlmu pacientov s diabetom (7, 8), projekt na podporu zníženia hodnôt HbA1C, podpora budovania dôvery pacienta a jeho schopnosti vybrať si správnu veľkosť porcií pri diéte a koordinácia týždenných cvičebných plánov (9). Absolventi dokážu lepšie využiť svoje schopnosti v informačno-komunikačných technológiách a zlepšiť tak starostlivosť o pacientov. Vhodné načasovanie ošetrovateľskej dokumentácie a to v reálnom čase (synchronne) a neskore mapovanie (asynchronne) si vyžaduje, aby mali sestry prístup k používaniu informačných systémov v mieste poskytovania starostlivosti. Sestry používajú synchronne aj asynchronne metódy dokumentovania starostlivosti, avšak v našich podmienkach, kde sestry často nemajú prístup k nemocničným informačným systémom, sa vo väčšej miere využíva asynchronný prístup, teda spätné mapovanie poskytovanej starostlivosti, čo so sebou prináša veľké riziko chýb a nepresností pri dokumentovaní. Vyvíjajú sa už nové metódy, ktoré podporia synchronizáciu dokumentovania, a to hlasové metódy a spracovanie hovoreného jazyka. Klinická podpo-

ra rozhodovania pri synchronizovanej metóde dokumentovania (reálny čas zaznamenávania) môže napr. upozorniť sestru na riziko sepsy u pacienta, ale len v prípade, ak boli do systému zaznamenané správne údaje spĺňajúce kritériá zápalovej odpovede (SIRS). Ak sú napr. vitálne funkcie napísané na papieri a do systému boli vložené neskôr, výstraha je oneskorená a dochádza k narušeniu bezpečnosti pacienta (2). Je potrebné pokračovať vo výskume základnej ošetrovateľskej starostlivosti o chorého a dokumentovania ošetrovateľskej starostlivosti (10). Štúdium dokumentácie ukazuje, že faktory, ktoré podporujú strategické diagnostické úvahy a presnosť, boli identifikované. Medzi tieto faktory patrí štruktúra identifikácie problémov, etiológie s symptómov (PES), počítačové vybavenie i gramotnosť a plány štandardizovanej starostlivosti (11; 12; 13). Iné spôsoby, ako zlepšiť dokumentáciu, zahŕňajú audity ošetrovateľskej dokumentácie, používanie bezpečnostných kontrolných zoznamov v chirurgii a ošetrovateľských špecifických kontrolných zoznamov (14; 15). Výskumní pracovníci by mali úzko spolupracovať s dodávateľmi elektronických informačných systémov, vývojárami nových technológií, ktorí majú byť istým nástrojom pri správnom a spoľahlivom začlenení nových workflow softvérov.

Obavy týkajúce sa používania zdravotníckych informačných technológií

Niektoré štúdie dokazujú, že v praxi je elektronické dokumentovanie nedostatočné. Štúdia autorov Mamykin a kol. (16) dokázala vysokú roztrieštenosť klinickej praxe u rezidentných lekárov. Aktivity, ktoré prispeli k nedostatočne vedenej dokumentácii, boli telefonické hovory, žiadosti pacienta a prechody medzi rôznymi typmi dokumentácie. Lekári sa viac zameriavajú na syntézu, než na zložité písanie poznámok do protokolov. Najnovšie technológie, kto-

ré podporujú syntézu sú nastavené tak, že zachytávajú jednotlivé slová alebo frázy a dokážu postaviť opisnú poznámku a správne zaznamenať jednotlivé okamihy. Ďalším problémom je množstvo času, ktoré strávia sestry pri dokumentovaní činností (17). Výbor MONA Nursing odporúča:

- Lahkosť prístupu a dostupnosť do počítačových zariadení na izbách pacientov, čím sa zvýši zapojenie sestry a pacienta ako partnera starostlivosti.
- Vysoká spoľahlivosť pri používaní počítačov, a to používaním bezdrôtových pripojení.
- Zlepšenie v otázke „time-to“. Ide o dobu potrebnú k prihláseniu sa do záznamu ošetrovateľskej starostlivosti.

Medzi ďalšie problémy, ktoré uvádzajú sestry, patrí: obmedzený počet dostupných možností na zadávanie dát ošetrovateľskej starostlivosti, nedostatok relevantných informácií o pacientovi dostupných zrozumiteľným spôsobom pre potrebu kritického rozhodovania, nevýhody s nadmernou závislosťou na kvalite kontrolného zoznamu ošetrovateľskej dokumentácie a malá pozornosť venovaná konkrétnym diagnostickým zásahom a ich hodnotenie. Tieto problémy vedú k zlej prezentácii a príp. zneužitiu klinickej informácie, čo by mohlo ohroziť výsledky u pacienta. Ďalším problémom je chýbajúca sieť a interoperabilita počítačových systémov medzi poskytovateľmi (nemocnice, ambulancie, zariadenia domácej ošetrovateľskej starostlivosti, zariadenia sociálnych služieb, komunitné centrá a príp. školy (18). To vedie k zlej koordinácii starostlivosti, čím sa zvyšuje potenciál pre chyby. Je dôležité používanie jednotnej taxonómie na komunikáciu medzi všetkými odborníkmi a pacientom. ANA (19) v súčasnosti uznáva 13 taxonómii. Predstavuje to štandardizovanú terminológiu ošetrovateľskej praxe, ale aj prax iných

zdravotníckych odborov. Jednotná taxonómia je problémom aj v našich podmienkach. Sestry majú k dispozícii zastaranú vyhlášku MZ SR, kde je uvedený zoznam sesterských diagnóz, ktorý nebol od svojho zavedenia inovovaný a neexistuje tu žiadna prepojenosť s novými klasifikáciami, ktoré majú už dnes vytvorené softvéry a sú prepojené so zdravotníckymi informačnými systémami.

Odporúčania ošetrovateľskej praxe

Každá z aktivít, ktorá smeruje k informatizácii ošetrovateľskej starostlivosti, zvyšuje mocenskú základňu sestier v rámci oblasti informatiky. Hlas sestier v rámci zdravotníckych informačných systémov a plánovaného zavedenia eHealth do praxe v súčasnosti chýba, keďže sestry nie sú vnímané ako zdravotnícky systém s rozhodovacou právomocou alebo ako výnosné generátory. Z toho dôvodu ich vstup do informačných systémov môže byť posúvaný alebo odmietnutý bez riadneho prerokovania. Tento významný problém je potrebné riešiť v ošetrovateľstve. Hlas lekárov vyvoláva pozornosť a motivuje dodávateľov ho počúvať. Avšak sestry nemôžu čakať v pozore, musia vynaložiť viac energie vo vlastných inštitúciách, analyzovať náklady a prínosy, čím určia svoju hodnotu. Schopnosť sformulovať vlastnú hodnotu prinesie relevantné riešenia, ktoré môžu výrazne prispieť k rozvoju a podpore elektronizácie dokumentácie, ktorá prispeje k bezpečnosti pacienta, skvalitni poskytovanú starostlivosť a zlepší všeobecne ošetrovateľskú prax. Je dôležité, aby sestry preskúmali, sledovali a postupovali k tomu, aby sa do ošetrovateľskej praxe zaviedli moderné informačné technológie. Netreba zabúdať, že aj napriek nástupu informatizácie v zdravotníctve, sa ošetrovateľstvo zaoberá aj priamou, fyzickou starostlivosťou o pacientov. Ošetrovateľská starostlivosť sa odráža od autorov, akými sú Maslow a jeho hierarchia potrieb,

rovnako aj od Florence Nightingale, ktorá počas Krymskej vojny znížila úmrtnosť ranených na infekcie. Avšak 21. storočie a zavádzanie nových technológií aj do ošetrovateľstva zahŕňa všetky aspekty starostlivosti.

Záver

Táto esej poukazuje na možnosti využívania informačných technológií v ošetrovateľskej praxi a poukazuje na možnosti jej zavádzania na základe dlhoročných skúseností zo zahraničia. Zároveň som sa snažil poukázať aj na problémy, ktoré so sebou zavádzanie nových moderných technológií môžu priniesť a na reálne obavy sestier, kde elektronizácia ošetrovateľskej dokumentácie už prebehla. Nedostatky v dokumentovaní starostlivosti sú výrazným problémom aj v našom systéme zdravotnej starostlivosti. Ak chceme, aby boli sestry prizvané k budovaniu celého systému eHealth, je potrebné, aby samé chceli podporiť rozvoj vlastnej dokumentácie a informačných zručností. V prvom rade je potrebná znalosť ošetrovateľského procesu a vedieť ho správne dokumentovať, pochopiť dôvod, prečo vypracovávať plány, ako napraviť svoju vlastnú nečinnosť a ako odhaliť a napraviť prekážky v rámci systému, ktorý nám bráni používať aktuálnu dokumentáciu správne. Naším cieľom musí byť zlepšiť prax, inštitucionálne vzdelávanie v informačných technológiách a to na miestnej, národnej a globálnej úrovni.

Zdroje

1. McBRIDE, S., DELANEY J., TIEZTZE, M. Health Information Technology and Nursing. *American Journal of Nursing*. [online]. 2012. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2012/08000/Health_Information_Technology_and_Nursing.22.aspx

- LAVIN, M., HARPER, E., BARR, N. Health Information Technology, Patient Safety, and Professional Nursing Care Documentation in Acute Care Settings. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. [online]. 2015. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-20-2015/No2-May-2015/Articles-Previous-Topics/Technology-Safety-and-Professional-Care-Documentation.html>
- AHIMA Workgroup. 2011. Problem list guidance in the EHR. *Journal of AHIMA*. [online]. 2011. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <http://library.ahima.org/doc?oid=104997#.WBC1SC197Dc>
- DELBANCO, T. WALKER, J., DARRER, JD, ELMORE, JG, FELDMAN, HJ, LEVEILLE, SG, WEBER, VD. Open notes: Doctors and patients signing on. *Annals of Internal Medicine*. [online]. 2010. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20643992>
- American Nurses Association (ANA). Nursing: Scope and standards of practice. Silver Springs, MD: [online]. 2010. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <http://nursesbooks.org>
- DIXON, K., THANAVARO, J., THAIS, A., & LAVIN, MA. Amiodarone surveillance in primary care. *The Journal for Nurse Practitioners*. [online]. 2013. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2012.09.019>
- APSEY, HA, COAN, KE, CASTRO, JC, JAMESON, KA, & SLINKERT, RT, & COOK, CB. Overcoming clinical inertia in the management of postoperative patients with diabetes. *Endocrinology Practice*. [online]. 2013. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24246354>

8. MACKEY, PA, BOYLE, ME, WALO, PM, CASTRO, JC, CHENG, MR, COOK, CB. Care directed by a specialty-trained nurse practitioner or physician assistant can overcome clinical inertia in management of inpatient diabetes. *Endocrinology Practice*. [online]. 2014. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24013999>
9. BECKERLE, CM, A LAVIN, MA. Association of self-efficacy and self-care with glycemic control in diabetes. *Diabetes Spectrum*. [online]. 2013. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <http://spectrum.diabetesjournals.org/content/26/3/172.full>
10. ENGLEBRIGHT, J., ALDRICH, K., TAYLOR, C. Definovanie a začleňovanie základných činností ošetrovateľskej starostlivosti do elektronického zdravotného záznamu. *Journal of Nursing štípendium*, 46 (1), 50-57. Defining and incorporating basic nursing care actions into the electronic health record. *Journal of Nursing Scholarship*. [online]. 2014. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24354951>
11. MÜLLER-STAU, M., PAANS, W. Diagnóza súvisiace skupín a elektronickej ošetrovateľskej dokumentácie :. Riziká a šanca Počítače, informatika, ošetrovateľstva, 29 (2), 73-74. Diagnosis-related groups and electronic nursing documentation: Risks and chances. *Computers, Informatics, Nursing*. [online]. 2011. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: http://journals.lww.com/cinjournal/Citation/2011/02000/Diagnosis_Related_Groups_and_Electronic_Nursing.2.aspx
12. PAANS, W., NIEWEG, RM, VAN DER SCHANS, CP, & SERMEUS, W. Aké faktory ovplyvňujú prevalenciu a presnosť ošetrovateľských diagnóz dokumentácie v klinickej praxi? What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? Systematický prehľad literatúry. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (17 - 18), 2386-2403. A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*. [online]. 2011. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21676043>
13. Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, RM, Krijnen, WP, a Schans, CP (2012). PAANS, W., SERMEUS, W., NIEWEG, RM, KRIJNEN, WP, & SCHANS, CP. Ešte znalosti, zdroje poznatkov a uvažovanie schopnosti ovplyvniť presnosť ošetrovateľských diagnóz? Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? Randomizovanej štúdiu BMC Ošetrovateľstvo, 11 (1), 11. doi :. 10,1186 / 1472-6955-11-11 A randomised study. *BMC Nursing*. [online]. 2012. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22852577>
14. MYKKÄNEN, M., M., SARANTO, K., & MIETTINEN, M. Ošetrovateľstvo audit ako metóda pre rozvoj ošetrovateľskú starostlivosť a zaistenie bezpečnosti pacienta. Dojčiacie Informatics, 23 (jún), 301. Nursing audit as a method for developing nursing care and ensuring patient safety. *Nursing Informatics*. [online]. 2012. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24199107>
15. TREADWELL, JR, LUCAS, S., & TSOU, AY. Chirurgické zoznamy: Systematický prehľad dopadov a vykonávanie BMJ Kvalita a bezpečnosť, 23 (4), 299-318 .. Surgical checklists: A systematic review of impacts and implementation. *BMJ Quality and Safety*. [online]. 2014. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23922403>
16. MAMYKINA, L., VAWDREY, DK, STETSON, PC, ZHENG, K., HRIPCSAK, G. Klinická dokumentácia: Zloženie alebo syntéza *Journal of American asociácie medicínskej informatiky*, 19 (6), 1025-1031. Clinical documentation: Composition or synthesis? *Journal of the American Medical Informatics Association*. [online]. 2012. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3534467/>
17. HENDRICH, A., CHOW, MP, SKIERCZYNSKI, BA, LU, A. A 36-nemocničné čas a pohyb Štúdia: Ako sa lekársko-chirurgické zdravotné sestry trávia svoj čas The Permanente Journal, 12 (3), 25-34 ?. A 36-hospital time and motion study: How do medical-surgical nurses spend their time? *The Permanente Journal*. [online]. 2008. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3037121/>
18. McMURRAY, J., HICKS, E., JOHNSON, H., ELLIOTT, J., BYRNE, K., STOLEE, P. „Snažím sa nájsť informácie je ako nenávidieť sám seba každý deň“ :. Zrážke elektronickej informačných systémov v prechode s pacientmi v procese transformácie zdravotnej informatiky *Journal*, 19 (3), 218-232. Trying to find information is like hating yourself every day: The collision of electronic information systems in transition with patients in transition. *Health Informatics Journal*. [online]. 2013. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23981396>
19. ANA 2006. Recognized terminologies and data element sets. [online]. 2006. , [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: ana.nursingworld.org/npii/terminologies.htm~~pobj

Kontakt na autora

PhDr. Lukáš Kober, PhD.

E-mail: lukaskober@gmail.com

Pôrodná asistencia a gynekologické ošetrovatel'stvo

Odborné príspevky

Midwifery And Gynecological Nursing - Professional Contributions

MOŽNOSTI OVPLYVNENIE KLIMAKTERICKÝCH ŤAŽKOSTÍ ŽIEN

POSSIBILITIES TO INFLUENCE CLIMACTERIC DIFFICULTIES OF WOMAN

EVA MORAUČIKOVÁ, MÁRIA KOPÁČIKOVÁ, EVA LAZÁROVÁ

FZ, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

V popredí liečby klimakterických ťažkostí v súčasnosti stojí hormonálna terapia estrogénmi, ale čoraz viac žien sa zaujíma o alternatívne spôsoby liečby, napr. aromaterapia, akupunktúra, fytotherapia, homeopatia atď. Príspevok prináša prehľad možností ovplyvnenia klimakterických ťažkostí žien tradičnou a alternatívnou cestou.

Kľúčové slová

klimaktérium, symptóm, žena, hormón, liečba.

Abstract

Currently estrogen hormonal therapy stands in the foreground of climacteric difficulties treatment. However more and more women are interested in alternative treatments such as aromatherapy, phytotherapy, homeopathy, etc. The paper brings the possibilities to influence women climacteric difficulties by traditional and alternative methods.

Keywords

menopause, symptom, woman, hormone, therapy.

„Hormonálna substitučná liečba je pre väčšinu žien prínosom, pretože ich zbavuje nepríjemných ťažkostí a navracia im chuť do života“ (1). Hormonálna substitučná liečba je zameraná hlavne na nahrádzanie dôležitých hormónov, ktoré už telo neprodukuje v dostatočnom množstve a je určená na zlepšenie, respektíve elimináciu príznakov sprevádzajúcich klimak-

térium, ako sú návaly tepla, bolesti hlavy, nespavosť, závrate, palpitácie, znižuje riziko vzniku kardiovaskulárnych ochorení a priaznivo pôsobí aj na prevenciu osteoporózy. Hormonálna liečba pomáha aj pri vaginálnych a urologických problémoch (2). Predpokladom úspešnej hormonálnej liečby je individuálny prístup, dobrá informovanosť a v neposlednom rade absolvovanie lekárskeho vyšetrenia: každoročné vyšetrenie gynekológom, vrátane steru na onkocytológiu, pravidelné meranie krvného tlaku, stanovenie hladiny cholesterolu a triglyceridov, ultrasonografické vyšetrenie sliznice maternice, ako prevencia rakoviny a mamografia. Hormonálna substitučná liečba znamená podávanie čistých estrogénov alebo gestagénov, prípadne ich kombináciu. Estrogénna substitučná terapia je indikovaná v terapii klimakterického syndrómu a aj pri prevencii dlhodobých ochorení z estrogénového deficitu. Cieľom je dodať do organizmu ženy chýbajúci prirodzený hormón estrogén, preto sa používa synteticky vyrobený – estradiol. Všeobecne platí zásada o nutnosti opozície estrogénov gestagénmi na prevenciu hyperplázie a prekanceróz endometria (3). Hormonálna substitučná terapia je kombináciou estrogénov s gestagénmi, ktoré sa podávajú v cyklickom, sekvenčnom alebo kontinuálnom režime. Selektívne estrogénové modulátory receptorov sú skupina látok, ktoré majú rôzne účinky na receptory estrogénov v rôznych tkanivách (4). V súčasnej dobe je na trhu množstvo

preparátov v rôznych aplikačných formách: intramuskulárna aplikácia (efektivita je 4 – 6 týždňov), subkutánna aplikácia – podkožné implantáty (niekoľkomesačný účinok), vaginálna aplikácia (odporúčaná náhrada estrogénu vo forme krémov, tabliet, vaginálnych pesarov), transdermálna aplikácia (náplasti napustené estrogénovým gélom, nevýhodou môže byť alergia na niektorú zložku), perorálna aplikácia (tabletky sa užívajú v 21 alebo 25 dňových cyklických intervaloch s prestávkou 3 resp. 7 dní), nasálna forma (1-krát denne do každej nosovej dierky, nevýhodou môže byť neznášanlivosť), gélová forma (rozotiera sa denne na predlaktie) (5). Hormonálna substitučná liečba nemusí byť vhodná pre každú ženu, zvlášť ak niektorá má zvýšené riziko vzniku rakoviny prsníka, rakoviny endometria, hlboké žilnej trombózy a akútneho zápalu pečene (2). Pred nasadením liečby má byť žena vyšetrená a počas liečby musí byť v pravidelných intervaloch monitorovaná. Ku potrebným vyšetreniam môžeme zaradiť napr. anamnézu (gynekologickú, rodinnú – výskyt onkologických ochorení), gynekologické vyšetrenia (vrátane odberu cytologie), vaginálny ultrazvuk (zistenie výšky a štruktúry endometria), mamografiu, telesnú hmotnosť, tlak krvi, laboratorne vyšetrenia (glykémia, cholesterol, pečeneňové testy, HDL a LDL cholesterol, triglyceridy) a denzitometriu (hlavne u žien s rizikom osteoporózy) (6). Hormonálna substitučná liečba by mala byť užívaná čo najkratšiu nutnú dobu v čo najmenších dávkach

k dosiahnutiu úľavy od symptómov. Dávkovanie a doba užívania sa individuálne môžu veľmi líšiť. Počas liečby sú nutné pravidelné kontroly u gynekológa, laboratórne odbery, mamografia a denzitometria (7).

Čoraz viac žien uprednostňuje liečbu prírodnými prostriedkami pred hormonálnou liečbou. Na strane druhej je hormonálna liečba pre niektoré ženy nevhodná z dôvodu kontraindikácie. Niektoré túto liečbu využívajú ako doplnkovú. Jedná sa najmä o podávanie fytoestrogénov, rôznych bylín, využitie homeopatie, aromaterapie, kúpeľnej liečby, rehabilitácie atď.

„**Fytoestrogény** sú nesteroidné rastlinné zložky, ktoré sú schopné vyvolať estrogénny účinok“ (8). Patria medzi prírodné rastlinné substancie, ktorých účinok je podobný skutočnému β – estradiolu. Poznáme tri hlavné skupiny fytoestrogénov: izoflavonoidy, kumestany a lignany. Bolo vypracovaných niekoľko epidemiologických štúdií, ktoré poukazujú na väčšiu dĺžku života, nižší výskyt kardiovaskulárnych ochorení, rakoviny prsníka, rakoviny hrubého čreva a osteoporózy. Významný je aj ich prínos v liečbe klimakterických ťažkostí (návaly horúčav, potenie, búšenie srdca) (9). Fytoestrogény pôsobia priaznivo na kognitívne funkcie ako učenie, pamäť a pozornosť. Majú vplyv na aktiváciu sensorických funkcií ako hmat, sluch a čuch. Predpokladá sa, že tieto vplyvy súvisia s účinkom na reguláciu rastového faktora neurálnych dentritov. Ďalší nezanedbateľný mechanizmus ich účinku je ten, že ich antioxidantné pôsobenie a antiliperoxidačné účinky zabraňujú vzniku aterosklerotických zmien, znižujú celkový cholesterol LDL a triacylglyceroly, a tým aj rozvoj kardiovaskulárnych ochorení (10). Najčastejším zdrojom fytoestrogénov je sója z čeľade bôbovitých rastlín. Dôležitým zdrojom sú rôzne druhy ploštičniku, ďateliny lúčnej a lucerny siatej. Ďatelina obsahuje až 4 druhy izoflavónov (11). Fytoestrogény sa nachádzajú aj v sladkom drievku, ľanovom semene, celozrnej pšeni-

ci, červenej vínnej réve, obilninách, ryži, jahodách, ríbezliach, cesnaku, ďatľoch, orechoch, materskej kašičke, peli a pive (8). Liečba prírodnými fytoestrogénmi sa výborne znáša, účinok je porovnateľný s HST, aj keď nástup účinku je pomalší a treba tieto prípravky brať dlhodobo, nie sú prítomné riziká a nežiaduce účinky ako pri hormonálnej substitučnej liečbe (12). V databáze Cochrane sú závery štúdií, do ktorých boli zaradené ženy, ktoré mali vazomotorické problémy a po dobu 12. týždňov užívali potraviny alebo výživové doplnky s vysokým obsahom fytoestrogénov (nie v kombinácii s inou liečbou). Podľa týchto záverov neexistuje žiadny dôkaz o účinnosti pri zmiernení vazomotorických príznakov menopauzy s využitím fytoestrogénov (13).

Aromaterapia sa využíva ako jedna z možností podpornej liečby. Ženy inhalujú éterické oleje z kvetov alebo plodov rastlín. Silice z citrusových plodov, pelargónie, ruže, cyprusu a pakostu sa odporúčajú na silnú menštruáciu, avokádo a pšeničné klíčky na suchú kožu, borievky, levanduľa a rozmarín na bolesti kĺbov a svalov, levanduľa a mäta na bolesti hlavy, bazalka na vyčerpanosť, nerol a levanduľa na nespavosť, citronela na predmenštruačný syndróm, šalvia a ruža na depresie (14). Na liečbu sa môžu použiť aj rôzne **rastliny**, ktoré majú výhodu v tom, že nemajú prakticky skoro žiadne nežiaduce účinky. Pri nesprávnom dávkovaní a použití môže nastať kožná reakcia, nevoľnosť, vracanie, hnačka a alergická reakcia. Medzi najznámejšie byliny, ktoré sa používajú na zmiernenie príznakov klimakterického syndrómu, patrí: Chmeľ (má sedatívny účinok, lieči nervozitu a nespavosť, pomáha ženám regulovať menštruačný cyklus, povzbudzuje chuť do jedla, používa sa ako čaj), Medovka lekárska (pomáha pri bolestiach hlavy, migréne, pri nervozite, oslabení a nespavosti, podráždení, používa sa ako čaj alebo kúpeľ), Šalvia lekárska (pomáha pri návaloch, poteníu, nervozite, používa sa ako čaj), Žen-šeň (má povzbudzujúce

účinky a stimuluje nervy, používa sa pri vyčerpaní, pri nízkom tlaku krvi, pri depresiách, vegetatívnych problémoch a zlej koncentrácii), Ľubovník bodkovaný (lieči kolísavé nálady, melanchóliu, depresie, nervozitu, úzkosť, panický syndróm, poruchy spánku a má povzbudivé účinky), Ploštičnik strapcovitý (pozitívny účinok na sliznicu pošvy, potláča návaly tepla, potivosť, poruchy spánku, dráždivosť), Pupalka dvojročná (pomáha pri nepríjemnom napätí v prsníkoch, pri ich zdurení a bolestivosti), Myší chvostík (pri svrbení v oblasti genitálií, používa sa kúpeľ a pitie odvaru v množstve 2-3 poháre denne medzi hlavnými jedlami), Alchemilka obyčajná (zlepšuje návaly tepla, potivosť, nezájum, dráždivosť a depresie), Vitax jahňací (zmiernuje vnútorný nepokoj a pocit nepravidelnej činnosti srdca, pomáha pri nepravidelnom menštruačnom cykle a napätí v prsníkoch).

Homeopatická liečba je modernou doplnkovou liečbou, ktorá tiež dokáže zmierniť symptómy menopauzy. Multihomeopatické lieky obsahujú viaceré zložky. Dávkovanie týchto prípravkov je vo veľmi malých množstvách. Najčastejšie sa používajú nasledujúce prípravky: Lachesis (na návaly tepla), Pulastilla (na nespavosť, predmenštruačný syndróm a bolesť kĺbov), Sepia (na suchosť v pošve, prolaps, návaly tepla a vypadávanie vlasov), Sulphur (na svrbenie vulvy a kože), Bryonia (na predmenštruačný syndróm a bolesti prsníkov), Belladonna (proti nočnému poteniu).

Vazodilatanciá majú pozitívny vplyv na zmiernenie symptómov predovšetkým potenia a návalov tepla.

Antidepresíva a sedatíva sú užitočné ako doplnková liečba u žien so závažným prejavom depresie. V tomto prípade je dôležitá spolupráca so psychológom, resp. psychiatrom. Rehabilitácia sa využíva pri ťažkostiach vertebrálneho charakteru, potrebná je dobrá zostava cvikov a pravidelnosť v cvičení.

Psychoterapia prináša úľavu pri stavoch napätia. Dôležitú úlohu zohráva rozhovor a v ňom vysvetlenie zmien, ktoré sú príčinou ťažkostí a určenie patológie a fyziológie.

Kúpeľná liečba býva prínosom pre zmenu prostredia, rehabilitáciu a vodoliečbu. Jej priaznivý efekt spočíva v zmene životného štýlu. To všetko vedie ku zmene životného štýlu.

Elektroanalgézia je elektrostimulačná analgetická metóda pomocou prúdu. Jej účinok je pri vazomotorických symptómoch.

Akupunktúra (pomocou ihel alebo elektrická stimulačná) vyvoláva pokles frekvencie návalov a horúčav o viac ako 50% (9, 15, 16). Štúdie analyzované v databáze Cochrane, do ktorých boli zaradené ženy s návalmi horúčav v postmenopauzálnom období, priniesli nasledujúce závery. Skupina žien, ktorým bola podávaná akupunktúra, bola porovnávaná so skupinou žien bez akejkoľvek intervencie pri návale horúčavy. Výsledok bol v prospech akupunktúry, jej účinok bol ale mierny. Ženy s akupunktúrou boli porovnávané so ženami, ktoré využili odpočinok. V tomto prípade sa nezistili významné rozdiely medzi sledovanými skupinami. Bola porovnávaná skupina žien, ktoré užívali hormonálnu substitučnú terapiu so skupinou žien, ktorým bola aplikovaná akupunktúra. Akupunktúra bola spojená so štatisticky významne častejšími návalmi tepla než pri skupine žien s hormonálnou substitučnou terapiou (17).

Ďalšou z možností ako ovplyvniť klimakterické ťažkosti je zmena životného štýlu. „Zmena životného štýlu vrátane stravovania môže výrazným spôsobom zmierniť ťažkosti v prechode“ (16). Podstatnú zložku životosprávy tvoria: racionálna výživa, eliminácia škodlivých látok a stresu, dostatočná pohybová aktivita i relaxácia.

Zdroje

1. JENÍČEK, J. 2004. *Žena v prechodu*. Praha: Grada. 2004. s. 104, ISBN 80-247-0679-2.
2. KOLEKTÍV AUTOROV. 2000. *Zdravoveda pre ženy*. Bratislava: Ikar. 2000. s. 696, ISBN 80-7118-923-5.
3. BOROVSÝ, M., PAYER, J. 2002. *10 rokov hormonálnej substitučnej liečby na Slovensku*. Bratislava: SAP. 2002, s. 79, ISBN 80-89104-06-1.
4. PEKARČIKOVÁ, S. 2004. Terapie klimakterického syndrómu. In *Sestra*. Bratislava: Press. 2004. roč. III, č. 5, s. 35, ISSN 1335-9444.
5. JENÍČEK, J. 2001. *Hormonální substituční terapie a klimakterium*. Praha: Grada. 2001, s. 98, ISBN 80-247-0133-2.
6. JENÍČEK, J. 2002. Hormonální sustitueční léčba. In *Antikoncepcie a HRT*. Praha: Mona, 2002. Příloha Zdravotnických novin. č. 12. ISSN 0044-1996.
7. PILKA, R., PROCHÁZKA, M. et al. 2012. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého. 2012. s. 217, ISBN 978-80-244-3019-5.
8. FAIT, T. 2006. Farmakoterapie příznaků menopauzy. In *Medinews*. Bratislava: Edukafarma. 2006, roč. 4, č. 2, s. 13-17, ISSN 1336-3239.
9. MITRO, J. 2005. Nehormonální léčba žen s klimakterickými ťažkostmi a žen v postmenopauze. In *Slovenská gynekológia a pôrodnictvo*. Bratislava: SAP. 2005. roč. 12, č. 3, s. 133-136, ISSN 1335-0862.
10. LACÍKOVÁ, L., MAŠTEROVÁ, I. 2006. Klimakterium a fytoestrogeny. In *Medinews*. Bratislava: Edukafarma. 2006. roč. 4, č. 1, s. 13-14, ISSN 1336-3239.
11. BURDOVÁ, M. 2003. Nová alternativa hormonální substituce v menopauze. In *Medinews*. Bratislava: Edukafarma. 2003, roč. 1, č. 1, s. 66-67, ISSN 1336-3239.
12. PROCHÁZKA, Z., KOSTIUK, P., PROCHÁZKOVÁ, P. 2007. Použitie fytoestrogénov v terapii menopauzálného syndrómu. In *Medinews*. Bratislava: Edukafarma. 2007, roč. 4, č. 2, s. 88-89, ISSN 1336-3239.
13. LETHABY, A., MARJORIBANKS, J., KRONENBERG, F., ROBERTS, H., EDEN, J., BROWN, J. 2007. Phytoestrogens for vasomotor menopausal symptoms. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007, Issue 4. Art. No.: CD001395. DOI: 10.1002/14651858.CD001395.pub3. [online]. Dostupné: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001395.pub3/abstract;jsessionid=2DA34C-C338A5432FC7A797902544D062.f04t01>. [citované 2013-11-05].
14. STOPPARDOVÁ, M. 1995. *Menopauza*. Bratislava: INA. 1995. s. 224, ISBN 80-85680-59-9.
15. PEKARČIKOVÁ, S. 2004. Terapie klimakterického syndrómu. In *Sestra*. Bratislava: Press. 2004. roč. III, č. 5, s. 35, ISSN 1335-9444.
16. KUNDĽOVÁ, E., BERNÍKOVÁ, O. 2004. Výživa v klimakteriu. In *Sestra*. Bratislava: Sanoma. 2004, roč. III, č. 5, s. 34, ISSN 1335-9444.
17. PAQUETTE, J., MAUNSELL, E. 2013. Acupuncture for menopausal hot flushes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, Issue 7. Art. No.: CD007410. DOI: 10.1002/14651858.CD007410.pub2. [online]. Dostupné na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007410.pub2/abstract;jsessionid=7F3DC9DA1773B327E-9EF7957223F5883.f02t04>.

Tento článok vznikol za podpory projektu KEGA č. 029KU-4/2016 Empirická štúdia vplyvu klimakteria na zdravie žien

Kontakt na autorov

PhDr. et. Bc. Eva Morauciková, PhD.
FZ KU v Ružomberku
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
eva.moraucikova@ku.sk

Doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.
maria.kopacikova@gmail.com

Mgr. Eva Lazárová
eva.lazarova@azet.sk

VÝHODY A INDIKÁCIE HORMONÁLNEJ ANTIKONCEPCIE

BENEFITS AND INDICATIONS OF HORMONAL CONTRACEPTION

VERONIKA BUDZIÁKOVÁ

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

Abstrakt

Hormonálna antikoncepcia (HAK) je dnes najrozšírenejšou antikoncepčnou metódou. K dispozícii je široká škála antikoncepčných prípravkov s možnosťou individuálnej voľby pre pacientku/klientku. Každá žena možno vybrať podľa aktuálnej potreby takzvanú antikoncepciu na mieru. HAK nepôsobí iba ako mechanizmus ochrany pred otehotnením, ale má aj pozitívne využitie v liečbe rôznych ženských ochorení a porúch menštruačného cyklu ako hormonálna terapia. Poruchy menštruačného cyklu patria medzi najčastejšie dôvody, pre ktoré ženy navštívia gynekológa. Abnormálne silné a predĺžené menštruačné krvácanie, bolestivá menštruácia a iné.

Kľúčové slová

hormonálna antikoncepcia, menštruácia, dysmenorea, predmenštruačný syndróm, akné, estrogén, gestagén.

Abstract

Hormonal contraception is currently the most common contraceptive method. A vast number of contraceptive products are available. Each woman can get individualized contraception based on her actual needs. Hormonal contraception does not act only as a mechanism of protection against pregnancy but also has a positive utility in the treatment of various diseases and disorders of the female menstrual cycle such as hormone therapy. Menstrual cycle disorders belong to the most common reasons of vi-

sitting the outpatient gynaecologist. Abnormally strong and prolonged menstrual bleeding, dysmenorrhoea and others.

Keywords

hormonal contraception, menstrual, dysmenorrhoea, premenstrual syndrome, acne, estrogen, progestogen.

Úvod

HAK je celosvetovo najspôľahlivejším typom antikoncepcie. Jej začiatky siahajú už do obdobia prvej svetovej vojny, kedy boli získané prvé znalosti o blokovaní ovulácie pomocou estrogénov a gestagénov. Prvá HAK sa objavila v Portoriku r. 1956. Mestranol a estrogén tvorili základnú zložku prvých kontraceptív. Postupne boli hľadané optimálne a najmenšie dávky hormónov (1). HAK patrí medzi najrozšírenejšie reverzibilné metódy plánovaného rodičovstva. Obsahuje 2 zložky podobné prirodzeným ženským hormónom. Primárne sa používa na zabránenie otehotnenia. Okrem toho HAK prináša užívateľke aj množstvo ďalších výhod (2). Od moderného preparátu hormonálnej antikoncepcie žena očakáva spoľahlivú antikoncepčnú účinnosť, výbornú znášanlivosť, pravidelný menštruačný cyklus a ďalšie priaznivé, pozitívne účinky napríklad na pleť a vlasy, zmiernenie ťažkostí počas ovulačnej krízy, tiež zmiernenie predmenštruačného syndrómu, popri minimálnych vedľajších nežiadúcich účinkoch. Mnohé ženy v reprodukčnom veku trpia cyklickými emočnými zmenami,

ktoré znižujú kvalitu ich života. Patria sem náhle zmeny nálad, pesimizmus, hnev, úzkostlivosť, podráždenosť, poruchy spánku (3). Užívanie kombinovanej hormonálnej antikoncepcie signifikantne znižuje výskyt príznakov depresie, úzkosti a potláča kolísanie nálad. Po 4 mesiacoch užívania bol zaznamenaný ústup miernych aj výraznejších príznakov depresívnych nálad. Mechanizmus účinku na potlačenie depresívnej nálady spočíva v štruktúre metabolitu epipregnanolonu. Epipregnanolon je pozitívny modulátor receptora GABAA, ktorý je významným regulátorom nálady – navodzuje anxiolitické a antidepresívne účinky. Aktiváciou GABAA receptora tak nastáva zlepšenie nálady. Kombinovaná hormonálna antikoncepcia priaznivo vplyva na zmeny nálad, čím pozitívne zvyšuje compliance užívateľiek a kvalitu ich života. Prípravky kombinovanej perorálnej hormonálnej antikoncepcie priaznivo vplyvajú na zlepšenie prejavov hirsutizmu a akné. Výsledky prospektívnej observačnej štúdie u užívateľiek HAK preukázali zlepšenie mastnej pleti po 3 cykloch užívania. Priaznivý účinok na zlepšenie kvality pleti a ústup nadmerného mastenia vlasov a zlepšenie ich kvality (4).

Základné formy hormonálnej antikoncepcie a jej účinky

Najčastejšie sa vyskytujúca forma perorálnej HAK je kombinovaná hormonálna antikoncepcia. To znamená, že každá tableta obsahuje 2 hormóny. Estrogén a gestagén.

Gestagénová hormonálna antikoncepcia obsahuje v každej tablete len gestagén. Účinné látky estrogén a gestagén v hormonálnej antikoncepcii sú syntetizované tak, aby boli podobné prirodzeným hormónom. Novšie vysyntetizované gestagény tzv. vyšších generácií majú minimalizovanú androgénnu aktivitu (5). Estrogény sa podieľajú najmä na vývoji ženských pohlavných orgánov a vývodnej časti prsníkov. Ovpľyňujú ženské pohlavné cítenie a chovanie. Znižujú viskozitu hlienu v krčku maternice. Ďalej podporujú rast sliznice maternice. Podieľajú sa na ochrannom vplyve kardiovaskulárneho systému a iné. Gestagén je produkovaný predovšetkým v žltom teliesku a jeho úlohou je najmä príprava maternice na prijatie oplodneného vajíčka. Gestagén spolu s estrogénmi pôsobí na rozvoj mliečnej žľazy najmä počas gravidity. Zvyšuje viskozitu v krčku maternice a udržuje sekrečnú fázu sliznice maternice po ovulácii, čím vytvára v začiatočnom období vhodné prostredie pre oplodnené vajíčko, kým túto funkciu neprevezme placenta, čím bráni potratu v prvých týždňoch gravidity (2). Mechanizmus účinku HAK spočíva v blokade ovulácie. Steroidy inhibujú ovuláciu cestou negatívnej spätnej väzby na hypotalamo – hypofýzárnej úrovni, a tým tlmí sekreciu gonadotropínov. HAK ovplyvňuje aj iné časti genitálneho systému. Inhibuje transformáciu endometria tak, aby v danej fáze nebolo pripravené na nidáciu oplodneného vajíčka. Pri tomto mechanizme sa uplatňuje najmä účinok gestagénov, kedy zmení kvalitu cervikálneho kanála, zvýši sa viskozita cervikálneho hlienu, čím sťažuje prienik spermii hrdlom maternice (6). Jednoducho povedané, hormonálna antikoncepcia zabráni tomu, aby sa vajíčko a spermia stretli, a tým zabráni

oplodneniu. Účinok spočíva v tom, že vďaka dodaniu hormónov z antikoncepcie sa vaječník dostane do stavu funkčného pokoja. Tak nedochádza k rastu a dozrievaniu folikulu, ani k uvoľneniu vajíčka z neho. Pre zvýšenú viskozitu lienu sa priechodnosť krčka maternice pre spermie výrazne zníži, taktiež priechodnosť vajcovodov sa výrazne zníži pre vajíčko. A účinkom hormónov sa výstelka maternice stane nevhodnou na uhniezdenie vajíčka (2).

Benefity hormonálnej antikoncepcie

Hormonálna antikoncepcia zasahuje nielen do regulácie reprodukcie, ale má i radu ďalších priaznivých účinkov. Inovatívne HAK majú výrazný pozitívny vplyv na ženský organizmus. Nedávne vedecké štúdie preukázali, že HAK je najlepšou zdravotnou metódou plánovania rodiny, okrem vysokej antikoncepcijnej spoľahlivosti sa objavili aj iné, skryté zdravotné výhody pre užívateľky kombinovanej HAK. Antikoncepcné tabletky obsahujúce estrogén a progesterón znižujú riziko srdcovo cievnych ochorení. Bolo preukázané, že popri antihypertenzívnych účinkoch môžu znížiť riziko kardiovaskulárnych ochorení a mortalitu na kardiovaskulárne ochorenia. Taktiež užívanie niektorého typu perorálnej antikoncepcie nie je spojené so zvýšeným rizikom venózne tromboembolickej choroby (7). HAK sa využíva na liečbu menštruačných porúch a problémov s nimi spojených, ako napríklad silné menštruačné krvácanie - hypermenorea, dlhé a časté menštruácie - polymenorea, lieči dysfunkčné krvácanie. Predstavuje veľmi dobrú terapeutickú alternatívu primárnej dysmenorey, čiže veľmi bolestivej menštruácie. Postihuje predovšetkým ženy v adolescentnom veku. Hormóny v antikoncepcijnej tablete

vyvažujú hormonálnu nerovnováhu a dôsledkom ich vplyvu je bezbolestná, pravidelná a väčšinou slabá menštruácia. Je účinná v liečbe panvovej bolesti – syndróm pelvic pain a znižuje výskyt panvových gynekologických zápalov (8). Lieči silné bolesti počas ovulácie-ovulačná kríza a s ňou spojené iné ťažkosti. Zabezpečuje pravidelný menštruačný cyklus a používa sa v liečbe predmenštruačného syndrómu (PMS). Znižuje riziko rakoviny endometria, používa sa na liečbu endometriózy. Pozitívny účinok na sliznicu maternice vykazuje gestagénová zložka HAT, ktorá brzdí mitotickú aktivitu buniek endometria. Výhodou je, že ochranný vplyv pretrváva dlhodo- bo aj po vysadení antikoncepcie. Znižuje riziko rakoviny vaječníkov (BRCA1, BRCA2). Užívateľky HAK majú o 40 % nižšie riziko vzniku karcinómu vaječníkov ako neužívateľky. U žien, v ktorých rodine sa vyskytuje rakovina endometria a vaječníkov, sa užívanie HAK dokonca odporúča. Znižuje riziko vzniku ováriových cýst, indikuje sa aj na liečbu polycystických vaječníkov (10). Vďaka unikátnemu hormonálnemu zloženiu, kombinovaná HAK pomáha pri liečbe akné, seborrei a nadmerného ochlpenia žien. Najúčinnnejšie sú kontraceptíva obsahujúce progesterón s antian- drogénnym efektom. Ženy s akné, ktoré užívajú kombinovanú hormonálnu antikoncepciu, pozorujú zníženie celkového počtu lézií i počtu zápalových lézií. Subjektívne hodnotia zlepšenie stavu. Odstránenie ďalších androgénnych efektov, ako napr. mastná pleť, mastné vlasy a nadmerné ochlpenie. Aplikácia kombinovanej HAK znižuje celkové náklady komplexnej liečby akné. Disponuje významným terapeutickým potenciálom v liečbe akné špecifickým zásahom do metabolizmu androgénov.

Najvýznamnejším mechanizmom antiandrogénneho pôsobenia je stimulácia tvorby pohlavného hormónu viažúceho globulín (SHBG) a zníženie voľnej metabolicky aktívnej frakcie testosterónu. Za zvýšenie produkcie SHBG sú zodpovedné estrogénne a progestagénne komponenty používané v súčasnej hormonálnej antikoncepcii (9). HAK okrem vysokej antikoncepcnej spoľahlivosti minimalizuje pocity napätia v prsníkoch, napínania na vracanie alebo výskyt depresívnych stavov, má terapeuticky účinnú rolu v liečbe migrény, ktorá sa objavuje počas menštruačného cyklu. Znižuje riziko mimomaternicového tehotenstva, znižuje výskyt mastopatie a cýst v prsníkoch, taktiež znižuje riziko výskytu ovariálnych cýst (2).

Benefity hormonálnej antikoncepcie v iných oblastiach

Prospešné účinky HAK sa predpokladajú aj v iných oblastiach, tie si však vyžadujú ešte ďalšie výskumy. Predpokladá sa, že HAK pomáha zvýšiť denzitu kostí žien po menopauze, či žien s amenoreou. Toto tvrdenie vychádza zo starších štúdií, kedy sa u žien, ktoré v minulosti užívali vysoko a strednedávkovú HAK, zaznamenal nižší výskyt fraktúr krčka femuru a lepšia hustota kostí v porovnaní so ženami, ktoré HAK neužívali. Predpokladá sa aj nižší výskyt zápalov v oblasti malej panvy, nižší výskyt benígnych ochorení prsníka – fibroadenómy, myómov maternice a rakoviny hrubého čreva. Hormonálna antikoncepcia má pravdepodobne pozitívny efekt na reumatoidnú artritídu. Tá sa zvykne zlepšovať počas tehotenstva ženy, kedy sú hladiny hormónov zvýšené a naopak prepuknúť zvykne po 40-50 roku, kedy hladina hormónov rapidne klesá. Preto sa vedci domnievajú, že HAK by mohla zlepšiť priebeh tohto ochorenia (10).

Prínos užívania antikoncepcie pre zdravie

Význam používania antikoncepcie pre zdravie nespočíva len v ochrane pred neželaným tehotenstvom. Podmienkou využívania väčšiny metód sú pravidelné návštevy u svojho gynekológa, ktoré sú spojené so sledovaním zdravotného stavu, vrátane preventívnych onkologických vyšetrení a prevenciou sexuálne prenosných infekcií. Preventívne gynekologické prehliadky počas užívania HAK sú bezplatné a obsahujú vyšetrenie vonkajších a vnútorných rodidiel pomocou pošvových zrkadiel, kolposkopu, odber buniek z krčka maternice a z pošvy na cytologickú analýzu, ultrazvukové vyšetrenie maternice a vaječníkov, palpačné vyšetrenie konečníka a súčasťou preventívnej prehliadky je aj mamografia a USG prsnej žľazy. Predpísanie kombinovanej HAK si vždy vyžaduje dôkladné a individuálne zhodnotenie rizík a prínosov jej užívania.

Záver

Použitie kombinovaných hormonálnych kontraceptív sa v súčasnosti presúva z medikamentu redukujúceho plodnosť do roviny preparátu pomáhajúceho zlepšovať zdravotný stav a zvyšovať kvalitu života užívateľiek. HAK predstavuje vysoko účinnú, spoľahlivú a bezpečnú formu terapie, ktorá navyše poskytuje viacero priaznivých vedľajších účinkov spojených s jej užívaním.

Zdroje

1. CITTERBART, K. 2001. Gynekologie. Praha: Galén, 2001. s.97-98. ISBN 8072620940
2. VYŠŇOVSKÝ, J. 2012. Ovariálny a menštruačný cyklus. Martin: AlfaPRINT, 2012.148s. ISBN 9788089544158
3. HANCKE, K., ZAHRADNIK, HP. The therapy og premenstrual syndrome. Gyn Prax is 2007, no.31, p. 55-65, In: Gynekológia

pre prax. 2015, roč.13, č.3, s. 143-144. ISSN 1336-3425

4. SOJÁKOVÁ, M. Benefity nad rámec spoľahlivého antikoncepcného účinku. In: Gynekológia pre prax. 2015, roč.13, č.3, s. 143-144. ISSN 1336-3425
5. BRIGGS, P., KOVACS,G.,GUILLEBAUD, J. Contraception A, Casebook from Menarche to Menopause,Cambridge University Press 2013.256s. ISBN 978-1107614666
6. NIŽŇANSKÁ, Z. Súčasná možnosti antikoncepcie. In: VIA PRACTICA. 2005, roč.2, č.7-8, s. 290-293. ISSN 13364790
7. SOJÁKOVÁ, M. Kardiovaskulárne riziká spojené s užívaním hormonálnej antikoncepcie s obsahom drospirenonu. In: Gynekológia pre prax. 2016, roč.14,č.3, s. 165-166. ISSN1336-3425
8. KOLIBA, P. Léčba dysmenorey kombinovanou hormonální kontracépčí. In: ACTA MEDICINAE. Gynekologie. 2016, roč.5, č.4, s. 53-55. ISSN 1805-398X
9. KŘEPELKA, P. Možnost hormonální léčby akné v ordinaci gynekologa. In: ACTA MEDICINAE. Gynekologie. 2016, roč.5, č.4, s. 73-76. ISSN 1805-398X
10. BUGÁROVÁ, Z. Pozitíva a výhody antikoncepcie. [online]. 2016, [vid. 2016-01-14]. Dostupné z: <http://www.tvojlekarnik.sk/liečba/zenske-problemy/antikoncepcia/antikoncepcne-tabletky/pozitiva-a-vyhody-antikoncepcie/>

Kontakt na autora

Mgr. Veronika Budziňáková
Nemocnica Dr. Vojtecha Alexandra v Kežmarku n.o.
Gynekologicko pôrodnické oddelenie
veronika.budzinakova@centrum.sk

NEW TEACHING METHODS FOR PRACTICAL TRAINING IN MIDWIFERY

NOVÉ VYUČOVACIE METÓDY PRE PRAKTICKÝ TRÉNING V PÔRODNEJ ASISTENCI

ŠTEFÁNIA ANDRAŠČÍKOVÁ¹, ĽUBICA RYBÁROVÁ², GABRIELA KURIPLACHOVÁ³, SILVIA ŽULTÁKOVÁ⁴

^{1,2,4} Department of Midwifery

³ Department of Nursing, Faculty of Health Care, University of Presov in Presov, Slovakia

Keywords

Midwifery, Education, Teaching methods, Practical training, PBL, Mind mapping

The traditional approach to education in midwifery was for a long time focused on rote learning and memorization. It was abandoned in favor of student-centered and task-based approaches to learning. Nevertheless, learning objectives are still achieved with closely managed teaching techniques. On the other hand, practice shows that we have to lead students to critical thinking and independence in their decision-making, and thus to eliminate obtaining their knowledge by memorizing. That is the reason why it is necessary to teach them how to think and to take a stand. An innovative approach means to obtain competencies and outcomes for oneself and to focus on „the final product” by a teacher-student collaborative learning and teaching process.

Implementation of the new practical teaching methods, simulation of the methods such as the Group strategy (Jigsaw strategy), Practical workshop, Interact evaluation, Group discussion, Mind mapping, Case studies, Problem/concept mapping, Role play, E-learning, and Problem-based learning in practical training could help improve quality of the educational process in midwifery. It means that a teacher should have a control over the education but students should bear a core load. Key characteristics of the small group learning by means of new and modern educational methods means students` engagement with learning activities without direct intervention by the teacher, at least for some of the time.

New teaching methods for theoretical and practical training are proved to have lots of benefits in the professional training of midwives. The realistic conditions, model situations and professional cases in simulation laboratories reflect real patient`s care in hospital, communication between a patient and hospital staff, discussions and analyses of all students` activities.

Current education methods related to theoretical and practical training of midwives can help them get used to recognition and management of client/patient`s needs by the means of simulated cases.

New Training Methods in Midwifery Practical workshop

The practical workshop is a form of educational activity in which the lecturer/assistant prepares topics, objectives, content, steps of the educational process and a variety of techniques (brainstorming, feedback) for students to use their own knowledge and experience to acquire skills that will use in practice. Lecturer/assistant during the workshop leads, organizes, advises, supervises and helps students with their activities during this process. The goal of practical workshop is to train and strengthen already acquired knowledge and skills.



FIGURE 2 Training in nursing with pediatric simulator in laboratory



FIGURE 3 Training in nursing with adult simulator in laboratory

The output of the workshop is to fulfill the objectives and targets. The workshop does not have a theoretical component, it is assumed that the student has a theoretical basis and is able to transfer theoretical knowledge into practical skills and active cooperation is necessary among the participants of the workshop. The workshop can be prepared on the basis of various scientific and professional topics. It is recommended to prepare for approximately 60 min. (one theme/topic) with an optimal number of 25 participants [14].

Case studies

Case study is a description of emergency/interesting clinical case/disease. It is used as a form of presentation, particularly in some biomedical and social sciences. The topic of the case is a deliberate choice. It may be oriented on the typical but also the specific, unique, individual and

small-occurring cases. The role of case studies is the description of the case based on deep, intensive analysis and detailed interpretation of the case. Case studies have potential for measuring application of knowledge, analysis, problem-solving and evaluative skills. This method allows students to apply theory to practical situations. Marking criteria help re-grading and feedback. Case study and its scope is individual and depends on the particular case. It is recommended to prepare for approximately 30-45 min. (one clinical case/disease) with an optimal number of 3-4 participants [15, 16, 17].

Training with simulator mannequins in the laboratories

Learning with simulator mannequins in nursing is the combination of interactive simulations of real-life clinical scenarios for the purpose of nursing training, education and assessment.

This method uses mannequin simulations. Students use simulation models for training the nursing procedures and skills firstly in the simulation laboratory (Figures 2-3). Then they can work in hospital with patients. Originally used to support active learning strategies in self-directed learning and problem based learning.

Nursing process

Nursing process is a systematic and rational method, which plans nursing intervention and provides nursing care. The aim of this method is to evaluate the patient's medical condition, actual and potential health problems, the level of health care, make a plan to assess the patient's needs and provide specific nursing interventions to meet those needs. Nursing process has five phases. This process consists of the following phases: assessing the health problems of the patient, diagnosis, intervention

FIGURE 4 Mind mapping for critical thinking in nursing [20].



planning, implementation and evaluation of interventions provided by nursing care [18, 19].

Mind mapping

Mapping makes the use of graphics and designs to understand complex relationships and possible outcomes of these relationships. In a nursing environment, it can help students connect conditions with treatments and potential side effects. Mind mapping (Figure 4) joins the critical thinking, case-based learning and press students to make a visual scheme how to solve the patient's problem. Concept and problem mapping can develop the ability to see problems in their minds and improve creative thinking ability of students. Nursing practice often calls for innovative thinking from practitioners and concept mapping can train students to meet this requirement. Mapping can be applied with equal effectiveness to both - individuals and groups. Concept maps are graphical tools for organizing and representing knowledge in networks of concepts and linking statements about a problem or subject [20].

Concept maps include concepts, usually enclosed in circles or boxes of some type and relationships between concepts or propositions, indicated by a connecting line and linking words between concepts.

Problem-based learning

Principles of problem based-learning (PBL) are based on the fact that students are actively participating in planning, organizing and evaluating the problem solving process. PBL requires students to solve authentic, real-life open-ended problems with as many solutions as possible. *Objectives of the problem-based learning process are:* knowledge (theoretical and clinical), skills (scientific reasoning, critical appraisal, information literacy, self-directed lifelong learning) and attitudes (value of teamwork, interpersonal skills, importance of psycho-social issues) [2]. Assessment methods chosen at program and module level of project CCNURCA should enable students to demonstrate their achievement of learning outcomes, and enable them to be judged against relevant assessment criteria. These links should also be made

clear to students. The assessment should focus on the principal learning outcomes and recognize in an explicit manner where learning outcomes are being assessed formatively rather than summaratively.

Results

New teaching methods for practical training are proved to have lots of benefits in the professional training of nurses. The realistic conditions in simulation laboratories are reflecting real hospital and patient's care, communication with patient and hospital staff, discussion and analysis of all student's activities.

Control of practical training and evaluation of academic results

Evaluation of academic results of the student within the academic subject is carried out: through continuous control of academic results during the period of study (presentation of nursing process, evaluation of practical workshop e.g.) and by practical exam for the given period of study. The teacher gives a grade for the completion of the subject. The grade expresses the quality of acquired

knowledge and practical skills in accordance with the results of learning on the subject information sheet. The different approaches to learning have all been included in the history of curriculum design and implementation, for example cognitive, behavioral, constructivist and post-modern approaches to nursing and nurse education.

As per Law no. 455/2012 Coll. the full-time, or daily, form of study from the point of view of time corresponds to student work of 1500-1800 hours per academic year, known as the demand on the student. It consists of contact hours (e.g. attendance at lectures, seminars, clinical practice) and non-contact hours (e.g. self-study and independent creative activities) [13]. The student must fulfil the requirements to gain credits from a subject in the following manners: *completed (C)*, *continuous assessment (CA)*, *examination (X)* or *a state exam (SX)*. The demands on the student also vary in terms of the final assessment. Training activities can be performed: by *attendance*, *distance learning* or by *combined method* [3].

Credits are allocated to entire qualifications or study programs, as well as their educational components (such as modules, courses, placements, dissertation work, practice and laboratory work). Number of credits to be credited for the individual components, based on their weight in relation to the workload, which students must complete, in a formal context to achieve the learning outcomes.

Conclusion

Modern and effective teaching methods in midwifery education, which are done in accordance with proclaimed goals of study program in midwifery, profile of graduate, profile of midwife and final midwives' competencies are necessary for final reform and for creation of professional with full of appropriate knowledge and skills.

References

1. European Commission. 2012. The Bologna Process - Towards the European Higher Education Area.

(March 5 2013). [on-line]. [2015-06-24]. Available at: <ec.europa.eu/education/higher-education/doc1290_en.htm>.

2. Project Deliverables. 2015. [on-line] [2014-09-24]. Available at: <<http://www.ccnurca.eu/content/project-deliverables>>.

3. Kuriplachová, G., Magurová, M., Hloch S., Chattopadhyaya, S. *Effectiveness of education in nursing*. Dhanbad: ISM, 2014.

4. Tempus IV. 2013. [on-line] [2014-09-24]. Available at: <<http://www.naep.cz/tempus>>.

5. Act of the National Council of the Slovak Republic No. 131/2002 Coll. on Higher Education and on Amendments and Supplements to Certain Acts as Amended by later regulations.

6. Hanzlíková, A. *Profesionálne ošetrovatelstvo a jeho regulácia*. Martin. Osveta. 2011. p. 155.

7. Bologna Declaration of the European Ministers of Education on the European Higher Education Area. 2014. [on-line]. 10 p. [2014-03-24]. Available at: <http://www.ko.fsvaz.ukf.sk/pdf/Deklaracia_BLM.pdf>.

8. Decree of the Ministry of Health of the Slovak Republic No. 364/2005 Coll., which determines the scope of nursing practice provided by nurses independently and in conjunction with a doctor and the scope of midwifery practice provided by midwives independently and in conjunction with a doctor (as amended by No. 470/2006 Coll.).

9. Husárová, V. *Začína sa hodnotenie vzdelávania*. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2010, volume 9, No.7-8, pp. 4-5.

10. Decree of the Government of the Slovak Republic No. 296/2010 Coll. on Professional Qualification for Performance of Health Service Occupation, the Method of Further Education of Health Professionals, System of Specialized Fields and System of Certified Working Activities.

11. European Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013

amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU).

12. Atherton J.S. 2013. Learning and Teaching; Bloom's taxonomy [on-line: UK]. [2015-11-29]. Available at: <<http://www.learningandteaching.info/learning/bloomtax.htm>>.

13. Act of the Ministry of Health of the Slovak Republic No. 455/2012 Coll. which amends and supplements Act No. 131/2002 Coll. on Higher Education and on Amendments and Supplements of Certain Acts as amended by later regulations.

14. University of Presov, Faculty of Health Care. *Podmienky pre absolvovanie predmetu*. [on-line]. [2015-11-29]. Available at: <<http://www.unipo.sk/fakulta-zdravotnictva/hodkri>>.

15. Farkašová, D. et al. *Výskum v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 2002. p. 87.

16. Rybárová, L. *Základy výskumu*. Presov: University of Presov in Presov. 2008. p. 176

17. Žiaková, K. et al. *Ošetrovatelstvo, teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta. 2009. p.322

18. Derňárová, L., Rybárová, L. *Potreby človeka a ošetrovatel'ský proces I*. Presov: University of Presov. 2008. p.141

19. Derňárová, L., Rybárová, L. *Potreby človeka a ošetrovatel'ský proces II*. Presov: University of Presov. 2008. p.190

20. Novak, J. D. & Canas, A.J. 2006. *The theory underlying concept maps and how to construct them*. Florida Institute for Human and Machine Cognition Pensacola FL, 32502. [on-line]. [2015-11-29]. Available at: <<http://www.ihmc.us>>.

Contact of the author

doc.PhDr. Štefánia Andraščíková, PhD., MPH
University of Presov in Presov,
Faculty of Health Care Professions
Partizánska 1
080 01 Presov
Slovakia
email: stefania.andrascikova@unipo.sk

NOVÁ ROLA SESTRY V AMBULANCIÁCH OAIM – KATÉTROVÁ SESTRA

THE NEW ROLE OF NURSES IN INTENSIVE CARE AMBULATIONS – A CATHETER'S NURSE

SILVIA NIDELOVÁ

Národný onkologický ústav, OAIM, Bratislava

Abstrakt

Úlohou sestry pri výkone svojho povolania je implementácia nových postupov a poznatkov s cieľom zvýšenia kvality poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti. Jednou z možných nových úloh je vznik novej, vysoko špecializovanej role sestry - katéetrová sestra, na ambulancii anestéziológie a intenzívnej medicíny. Jej zavedením sa znížil počet komplikácií v dôsledku zavedenia centrálného žilového katétra, a to zavedením konkrétnych, cielených preventívnych opatrení. Starostlivosť o centrálny žilový katéter je ale úlohou každej sestry, ktorá počas výkonu svojho povolania prichádza do kontaktu s ním. Preto je nesmierne dôležité a potrebné neustále zveľaďovanie poznatkov a zručností vzťahujúcich sa k používaniu centrálného žilového katétra, ako aj o prevencii možných komplikácií spojených s jeho zavedením.

Kľúčové slová

Rola sestry. Nová funkcia. Katéetrová sestra. Prevencia katéetrovej infekcie. 2% Taurolidine.

Abstract

The scope of a nurse's work includes the implementation of new processes and knowledge to increase the quality of nursing care. One possible new task is the creation of a new, highly specialized role of the nurse – a Catheter's nurse, at the clinic of anesthesiology and intensive care. Its introduction has reduced the number of complications due to the application of central venous catheters through the introduction of specific, targeted preventive measures. Care of central venous catheters is the task of every nurse, who co-

mes into contact with a patient during their work. Therefore development and improvement of knowledge and skills related to the use of a central venous catheter is important as is the prevention of possible complications associated with its implementation.

Keywords

The role of nurses. New feature. A catheter's nurse. Prevention of catheter – related infection. 2% Taurolidine.

Rola sestry v ambulancijnej sfére

Profesia sestry sa skladá z určitých systémov rolí, ktoré sú určené objektívnymi danosťami spoločnosti. Dosaiahnutie a udržanie štandardu ošetrovateľskej starostlivosti si vyžaduje od sestry nadobúdanie nových vedomostí a rozširovanie spektra vedomostí vo vzťahu k riešeniam problému. Medzi aktuálne role sestry patria role: sestra poskytovateľka ošetrovateľskej starostlivosti, manažérka, edukátorka, advokátka, výskumníčka, mentorka a sestra nositeľka zmien (2). Zmena je dynamický proces, ktorý je náročný z hľadiska implementácie nových postupov a štandardov do praxe. V našom zdravotníckom zariadení došlo k markantnej zmene v poskytovaní ambulancijnej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá je zameraná na ošetrovanie centrálného žilového katétra v ambulancijnej sfére. Táto nová funkcia – rola dostala názov – katéetrová sestra.

Katéetrová sestra ako nová funkcia sestry

Požiadavky na túto rolu sestry v ambulancijnej sfére vyplynuli z potrieb pacientov, ktorí sú hospitalizovaní v našom

zdravotníckom zariadení a z potrieb pacientov, ktorí sú aktuálne v domácej liečbe. Ide o pacientov, ktorí majú dlhodobu zavedený centrálny žilový katéter. Pre zachovanie dlhodobej dobrej funkčnosti katétra sme prijali komplex opatrení, ktorých zavedením sa značne znížil výskyt katéetrových infekcií a zlepšila sa kvalita života pacientov v domácej liečbe.

Preventívne opatrenia vzniku infekcie centrálného žilového katétra

Centrálny žilový katéter zavádza vždy lekár. Jeho zavedenie je spojené s edukáciou pacienta a následným udelením informovaného súhlasu. Starostlivosť o zavedený centrálny žilový katéter je v kompetencii sestry (1). Pre zachovanie funkčnosti a dobrej kondície katétra je nevyhnutné dodržať niekoľko preventívnych opatrení spojených so samotným ošetrovateľským výkonom:

- **aseptická manipulácia** - ako neoddeliteľná súčasť ošetrovania centrálného žilového katétra. Táto zručnosť je podstatnou a základnou súčasťou zručností sestry pri výkone svojho povolania ako takého,
- **dezinfekciu** miesta zavedenia centrálného žilového katétra vykonávame aktuálne s 2% Chlorhexidine. Samotná dezinfekcia začína v mieste zavedenia katétra a pokračuje smerom von od miesta zavedenia. Dôležitou súčasťou dezinfekcie je dostatočný čas sušenia dezinfekčného prostriedku. Ak sa nedopraje sušeniu dostatočný čas, dochádza mnohokrát k poleptaniu pokožky s následným narušením celistvosti kože,

- **ochranná bariéra kože** sa nanáša najmä na miesta na koži, kde bude lepiaca časť krycej náplaste. Jej hlavnou úlohou je ochrana kože a to tak, že pri odnímaní použitej náplaste z kože sa nestrhne horná vrstva pokožky, ale strhne sa práve spomínaná ochranná bariéra. Vďaka pozitívnym skúsenostiam sa tento krok ošetrovania zaradil do štandardu ošetrovateľskej starostlivosti o centrálny žilový katéter, ako jeho neoddeliteľná súčasť. Na trhu je niekoľko druhov ochranných bariér. Aktuálne používame Cavilon. Dôležitou súčasťou jeho použitia je dostatočný čas zasušenia nanesej vrstvy, ktorá je pri spomínanom prostriedku približne 30 sekúnd. Závisí to však od typu pokožky. Pacientom s mastnou pokožkou sa tento čas predlžuje,
- **sterilná krycia náplast'** – v bezprostrednom období po zavedení centrálného žilového katétra používame sterilné sacie krytie pre možné postpunkčné krvácanie. Následne pristupujeme k použitiu náplastí impregnovaných antiseptickou látkou, ktorých použitie sa impregnáciou predlžuje na 7 dní, čo do značnej miery zvyšuje kvalitu života pacienta, nakoľko nie je nutné časté ošetrovanie centrálného žilového katétra (3). Aktuálne máme pozitívnu odozvu pacientov na náplaste AMD Telfa Antimicrobial, Tegaderm CHG a AMD Kendall Antimicrobial,
- uzáver **bez ihlovým konektorom** s obsahom aktívneho striebra (antibakteriálny štuplík) – odolný voči krvným derivátom, lipidom a aj cytostatikám. Jeho použitie je sedemdnňové,
- **kryt bez ihlového konektora** pomocou SwabCap s dezinfekčným roztokom zabezpečuje najmä urýchlenie manipulácie s centrálnym žilovým katétrom, nakoľko udrzuje bez ihlový uzáver dezinfikovaný a nie je nutné bez ihlový konektor dezinfikovať pred použitím a čakať expozičnú dobu. Pomôcka je určená na jedno použitie a je ľahko skladná,
- ak sa centrálny žilový katéter nepoužíva viac ako 8 hodín, je nutné do lúmenov katétra aplikovať **zátku**. Aktuálne a skoro výhradne používame už iba nový druh zátky a to **2% Taurosept**. Obsahuje aktívnu antimikrobiálnu látku 2% roztok taurolidín, ktorý zabraňuje

tvorbe biofilmu a rastu baktérií v lúmene katétra. Nespôsobuje mechanické ani chemické poškodenie katétra a nie je toxický pri jeho preplachu do organizmu. Minimálna doba pôsobenia je 30 minút a účinkuje maximálne až 21 dní, čo do značnej miery zvyšuje komfort pre pacienta s centrálnym žilovým katétrom v domácej starostlivosti, nakoľko nie sú nutné časté preplachy lumenov katétra. Uchováva sa vo vodorovnej polohe pri izbovej teplote. Po otvorení je potrebné ho použiť do 48 hodín. Indikácia podania je prioritne prevencia. Je kompatibilný s Heparinom aj s Citrátom. Minimálna koncentrácia taurolidínu je 1,34 %. Jeho zníženou koncentráciou sa ale predlžuje minimálna doba pôsobenia z 30 minút na jednu hodinu,

- **personálne vyčlenenie sestry na zariadenie – katérová sestra** – sestra ošetroje centrálny žilový katéter v nemocničnom zariadení trikrát týždenne (pondelok, streda, piatok). Pacienti v domácej liečbe majú ambulanciu k dispozícii denne v určených časových úsekoch. Poverená sestra má podrobný prehľad o pacientoch, u ktorých vykonáva ošetrovateľskú starostlivosť. Zároveň je kontaktnou osobou na ošetrovateľské konzília zamerané na centrálny žilový katéter. Zápis ošetrovateľského výkonu u hospitalizovaných pacientov sa realizuje do dokumentácie pacienta s príslušným dátumom a časom ošetrovania, ako aj s postupom ošetrovania podľa platnej legislatívy. Pacienti, ktorí navštevujú ambulanciu v rámci domácej liečby, majú zriadenú špeciálnu ošetrovateľskú dokumentáciu, ktorá obsahuje informovaný súhlas s ošetrením centrálného žilového katétra, vstupný ošetrovateľský záznam a dekurz ošetrovateľskej starostlivosti. Zároveň má sestra podpísaný a založený dokument o poverení na intravenóznou aplikáciu liečiv. Každému pacientovi sa vystavuje dispensárny kalendár, kde sa podrobne zaznamená každé ošetrovanie centrálného žilového katétra. Kalendár obsahuje základné identifikačné údaje pacienta, druh zavedeného centrálného žilového katétra, dátum jeho zavedenia, meno ošetrojúceho lekára, telefonický kontakt na ošetrojúceho lekára a informácie

ako dátum a čas ošetrovania, zhodnotenie okolia vstupu katétra, použitá dezinfekcia, typ krytia a zátky v centrálnom žilovom katétri, dátum ďalšieho ošetrovania a podpis ošetrojúcej sestry, ktorá ošetrovanie realizovala. Zároveň sú v kalendári zhrnuté základné informácie o sledovaní vlastného zdravotného stavu pacienta v domácom ošetrovaní. Takáto zostava dokumentov je nástrojom právnej ochrany sestry pri výkone svojho povolania a zároveň slúži ako podrobný záznam ošetrovania centrálného žilového katétra. V ambulancii zároveň prebieha edukácia pacientov v domácej liečbe, ktorá musí byť prispôbená vzdelanostnej úrovni človeka a jeho veku, preto sa zohľadňuje individuálny prístup sestry. Vyjadrovanie sestry počas edukácie je konkrétne a ciele.

Uvedenými zmenami sme docielili komplexný a ucelený spôsob ošetrovania centrálnych žilových katérových infekcií, čím sa výrazne znížili náklady zariadenia na liečbu katérových infekcií a v podstatnej miere sa zvýšila kvalita života pacientov.

Zdroje

1. KAPOUNOVÁ, G. Ošetrovateľství v intenzívnej péči. Praha: Grada, 2007. s. 76. ISBN 978-80-247-1830-9
2. FARKAŠOVÁ, D. a kolektiv. Ošetrovateľství teorie. Osveta, 2006. s. 212. ISBN 80-8063-277-8
3. MERRER, J., DE JONGHE, B., GOLLLOT, F. et al. Complications of femoral and subclavian venous catheterization in critically ill patients: a randomized controlled trial. *JAMA* [online]. 2001, s. 700-7. [vid. 2001-08-08]. Dostupné z: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194073>

Kontakt na autora

Mgr. Silvia Nidelová
 Mostová 1840 / 13, 927 01 Šafa
 Národný onkologický ústav, Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny,
 Klenová 1, 833 10 Bratislava
 Tel.: +421902319157
nidelova.silvia@gmail.com

ZUZANA GAVALIEROVA^{1,2}, AHMADULLAH FATHI^{1,2}

¹ PULSE medicine, s.r.o. Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Mierová 1 Svit

² PULSE medicine, s.r.o. Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Trojičné námestie ZS Šuňava

Abstrakt

Slovensko v medzinárodných porovnaniach má dlhodobu nepriaznivé výsledky v edukácii a prevencii odvrátiteľných chorôb obehovej sústavy (CHOS) - ochorení srdca a ciev. Príveľa občanov Slovenskej republiky ešte stále ohrozuje svoje zdravie preventabilnými rizikovými faktormi CHOS. Najbližšie k občanom z hľadiska liečebno – preventívnej starostlivosti majú ambulancie všeobecných lekárov, kde sa hlavne na poli prevencie spolu podieľajú lekári aj sestry. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (MZSR) historicky po prvýkrát určuje sestru ako kompetentného zdravotníckeho pracovníka pre poučenie o režimových opatreniach, výkon merania krvného tlaku tlakomerom a edukáciu o domácom meraní tlaku dospelým pacientom s artériovou hypertenziou. Preventívne snahy aj formou edukácie v ambulanciách by sa mali zamerať hlavne na odvrátiteľné rizikové faktory, ktoré ak sa neliečia, majú potenciál k vzniku CHOS. Autori dúfajú, že článok uľahčí edukáciu sestram v ich ambulantnej praxi.

Kľúčové slová

edukácia, choroby obehovej sústavy, ambulantná prax, sestra.

Abstract

According to the international researches, Slovakia has poor results in education and prevention of avoidable circulatory system diseases (CSD) – diseases of the heart and vessels. Too many Slovak citizens still put their lives in danger via preventable hazardous factors of CSD.

Clinics of general practitioners, where mainly the doctors and nurses participate on the field of prevention, are to citizens from the aspect of medical-preventive care closest. Slovak ministry of health appoints nurses for the first time in history as a competent medical employee to educate about regime actions, execute the measurements of blood pressure by blood pressure monitor and the education about home blood pressure measurements performed by adult patient with arterial hypertension. Preventative efforts in form of ambulatory education, should mainly focus on the avoidable hazardous factors, which if not treated, have the potential in forming CSD. Authors hope, that this article will simplify the educational process for nurses in their ambulant practice.

Keywords

education, circulatory system diseases, ambulatory practice, nurse.

Úvod

Prevenčia formou edukácie podpory zdravia v preventabilných CHOS má nezastupiteľnú úlohu v ošetrovatelstve hlavne v ambulantnej sfére. U všetkých pacientov s vysokým rizikom vzniku CHOS je dôležitá edukácia, profesionálna rada, ako si upraviť životosprávu a zostaviť opatrenia vedúce k zníženiu ich rizík. Mienkotvorné osobnosti Slovenska vyzývajú kompetentné osoby k zvýšenému záujmu o problematiku CHOS, medzi ktorých patrí aj prezident Slovenskej kardiologickej spoločnosti prof. MUDr. Hatala: „Ak chceme na Slovensku znížiť počet odvrátiteľných úmrtí a spoločne dosiahnuť cieľ,

ktorý si stanovilo MZ SR, bez zvýšeného záujmu o problematiku kardiovaskulárnych ochorení to nepôjde“. Najrozšírenejšie CHOS na Slovensku zabíjajú v prepočte na vekovo štandardizovanú európsku populáciu až 744 ľudí na 100 000 obyvateľov (revidovaný údaj za rok 2011), čo je dvoj- až trojnásobne viac ako vo väčšine krajín západnej a severnej Európy (1). WHO a uznávané odborné spoločnosti vyhlasujú, že prevažná väčšina týchto ochorení je preventabilná – odvrátiteľná, a to prostredníctvom ovplyvnenia nám známych rizikových faktorov. Podľa INEKO z júna 2015 dominujúce ischemické choroby srdca zapríčínajú vyše 26% úmrtí, je to najviac spomedzi 34 krajín Organizácie pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) - až trojnásobok priemeru, čo je alarmujúce (1).

Choroby obehovej sústavy

CHOS sú všetky ochorenia, ktoré sa v Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH 10) označujú pod kódom CHOROBY OBEHOVEJ SÚSTAVY (I00 - I99) - čiže srdca a ciev. CHOS sú všeobecne považované za vysoko preventabilné a nimi spôsobené úmrtia za odvrátiteľné. Najnovšia správa Eurostatu uvádza, že Slovensko v medzinárodných porovnaníach vyčnieva najviac v chorobnosti i predčasnej úmrtnosti na preventabilné ochorenia (1). Na základe rôznych štatistík veľká časť populácie Slovenska vo veku nad 45 rokov nemá pravidelnú pohybovú aktivitu. Tu treba konštatovať, že spojením s inými komorbiditami, akými môžu byť stres, fajčenie, artériová hypertenzia, dyslipoproteinémia, diabetes

mellitus a pod., sa tieto riziká vzniku chorôb srdca a ciev v populácii rapídne zvyšujú.

Rizikový faktor CHOS

Rizikový faktor je skutočnosť, ktorá je v súčinnosti so sledovaným ochorením. Všeobecne rizikové faktory delíme do skupín podľa rôznych kritérií, ale najčastejšie sa rozdeľujú na: 1. neovplyvniteľné: vek, pohlavie, rasa, rodinná záťaž /dedičnosť, pozitívna osobná anamnéza/ a 2. ovplyvniteľné: vysoká hladina celkového cholesterolu a/alebo LDL-CH v krvi, nízka hladina HDL-CH, hypertenzia, fajčenie, diabetes mellitus, obezita centrálného typu, nedostatok pohybu (sedavý spôsob života), nevhodné zloženie potravy, psychická záťaž, stres, hormonálne vplyvy. WHO pomenovala pre rozvinuté krajiny sedem rizikových faktorov, ktoré spôsobujú väčšinu ochorení a predčasných úmrtí v nasledujúcom poradí: vysoký krvný tlak, fajčenie, zvýšená hladina celkového cholesterolu v krvi, nadváha/obezita, nedostatočná konzumácia ovocia a zeleniny, nedostatočná telesná aktivita, nadmerná konzumácia alkoholu (2). Podľa odborného usmernenia celkové kardiovaskulárne (KV) riziko znamená pravdepodobnosť rozvoja aterosklerotickej kardiovaskulárnej príhody v definovanom čase. Celkové KV riziko sa dá vyjadriť pomocou stratifikačného systému na odhad kardiovaskulárneho rizika (SCORE). Podľa čl.7 k základným intervenčným stratégiám pri DLP patria režimové opatrenia, predovšetkým diéta, fyzická aktivita a medikamentózna liečba. Všetkým osobám sa má poskytnúť poradenstvo týkajúce sa režimových opatrení (3).

I.) KOMPETENCIA

Veľkým prínosom pre prácu sestry pri edukácii v ambulancii je legislatívna podpora. Prvou lastovičkou je Vestník MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou

hypertenziou (AH), ktorý nadobudol platnosť v decembri 2014. „Kompetentným zdravotníckym pracovníkom je lekár špecialista v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo, vnútorné lekárstvo, kardiológia alebo lekár príslušnej špecializácie, ktorý poskytuje dospelému pacientovi zdravotnú starostlivosť podľa typu sekundárnej hypertenzie alebo orgánového poškodenia alebo sestra v ambulancii lekárov uvedených špecializácií“ (4). Následne v novembri 2015 MZ SR vydalo odborné usmernenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s dyslipidémiou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Kompetentní zdravotnícki pracovníci pre poučenie o nefarmakologických opatreniach sú lekár pracujúci v ambulanciách: všeobecného lekárstva pre dospelých, vnútorného lekárstva, diabetológie a porúch látkovej premeny a výživy, kardiologickej, angiologickej, geriatrickej a iných špecializácií, podľa príčiny sekundárnej DLP a/alebo špeciálnej klinickej situácie podľa čl.12, a tiež sestra v ambulanciách lekárov v uvedených špecializačných odboroch (3).

Metodika edukácie v ambulantnej sfére

V ambulancii má edukácia isté špecifiká, uskutočňuje sa individuálnou formou odovzdávania konkrétnych informácií a je prispôbená aktuálnemu psychickému, emocionálnemu a motivačnému stavu pacienta. Pre pochopenie edukovaného sestry musí poznať, akými zmenami myslenia prechádza (5). Sestra využíva Transteoretický model (TTM), ktorého zásadou je prispôbiť edukáciu primerane motivačnému štádiu pacienta. K tomu, aby pacienti zmenili svoje správanie či životný štýl, nie sú zatiaľ pripravení. Práve TTM upozorňuje na to, že ak pacientovi navrhujeme zmeny správania sa (napr. životný štýl) bez toho, aby sme posúdili jeho terajšie štádium resp. fázu, míňame sa so zá-

kladnou potrebou, a tou je zmena z prekontemplára na kontemplára. V správnom čase podať relevantné informácie, v správnu dobu pacienta motivovať, to je ten rozdiel pri využití TTM v edukačnom procese v ošetrovatelstve.

Fázy vývinovej sekvencie motivačnej pohotovosti TTM :

1. Pred - uvažovanie“ (popretie, prekontemplár) - pacient nie je motivovaný, nepomýšľa na zmenu, charakteristické spojením: neznalosť = blaženosť.
2. Premýšľanie – kontemplár - pacient zvažuje klady a zápory, pomýšľa na zmenu, ešte má ale neurčitý postoj.
3. Príprava - pacient zamýšľa zmenu, hľadá informácie, zvažuje, čo môže urobiť a zmeniť.
4. Činnosť - dochádza k zmene, dodržiava rady, liečbu.
5. Udržanie a uchovanie- pravidelne užíva lieky, dodržiava zásady nefarmakologickej liečby, predchádzanie relapsu (5).

Edukácia v ambulancii by mala byť štruktúrovaná a ľahko realizovateľná.

1. Sestra ovláda pokyny pre riadenie jednotlivých ovplyvniteľných rizikových faktorov.
2. Sestra má naučené úvodné informácie o konkrétnom probléme a spôsob, ako osloviť osobu s odvrátiteľným rizikom CHOS.
3. Sestra edukovaného pozoruje, koncentrovane naslúcha (dáva klientovi priestor, aby sa vyjadril a vyslovil svoj názor).
4. Sestra reaguje na názory a postoje edukovanej osoby:
 - e. ak je sestra stotožnená s názorom a postojmi edukovaného, mala by nasledovať jeho pochvalu,
 - f. ak sestra nie je stotožnená s názorom a postojmi edukovaného, mala by nasledovať argumentácia faktami (Evidence based medicine – Medicína založená na dôkazoch).

Napr. pacient v 1. štádiu TTM hovorí, že pozná niekoho, kto sa dožil 100 rokov a fajčil 2 krabičky denne. Sestra odpovedá: medicína založená na dôkazoch používa štatistické metódy, kde práve takéto kuriozity - prípady sa hodnotia a na počet obyvateľstva sú 1-2 prípady štatisticky nevýznamné. Fajčenie zvyšuje relatívne riziko vzniku náhlej cievnej ischemickej príhody približne dvojnásobne. Ukončenie fajčenia redukuje riziko vzniku cievnej ischemickej príhody na polovicu (6).

Napr. pacient v 1. štádiu TTM hovorí, viem o niekom, kto nefajčil, nepil, zdravo sa stravoval a ako 50 ročný dostal rakovinu pľúc. Sestra používa vhodné zvolený argument, ktorý má vopred vypracovaný pre každé odvrátiteľné riziko CHOS.

Edukácia by mala byť systematická, nadväzujúca, účelová, individualizovaná, kooperatívna (lekár + sestra = pacient) a motivujúca. Sestra pri edukácii by mala pristu-

povať eticky, empaticky, vysvetľovať a k edukovanému by mala zvoliť správny psychologickým prístup. Na záver edukačného sedenia sa sestra uisťuje, či edukovaná osoba nemá otázky týkajúce sa predmetu edukácie. Predpokladom úspešnej edukácie je želaná zmena postoja edukovaného.

Edukačné sedenie č. 1

(prvá návšteva):

1. Sestra zistí stav motivácie, postoje a jeho vedomosti k danej problematike.
2. Sestra si získa dôveru osoby s odvrátiteľným rizikom CHOS.
3. Sestra plánuje edukáciu: a) podľa klinického stavu a naliehavosti b) plánovaná (zaradí do skupinovej alebo individuálnej na určitý termín a čas).
4. Sestra posudzuje a zaradí edukovanú osobu do štádia TTM, a to zaznamená do zdravotnej dokumentácie.
5. Sestra zvolí vhodné argumenty a fakty (odpovede na predpo-

kladané otázky), sestra využíva vizualizáciu na prezentáciu fakty argumenty či tréning techniky.

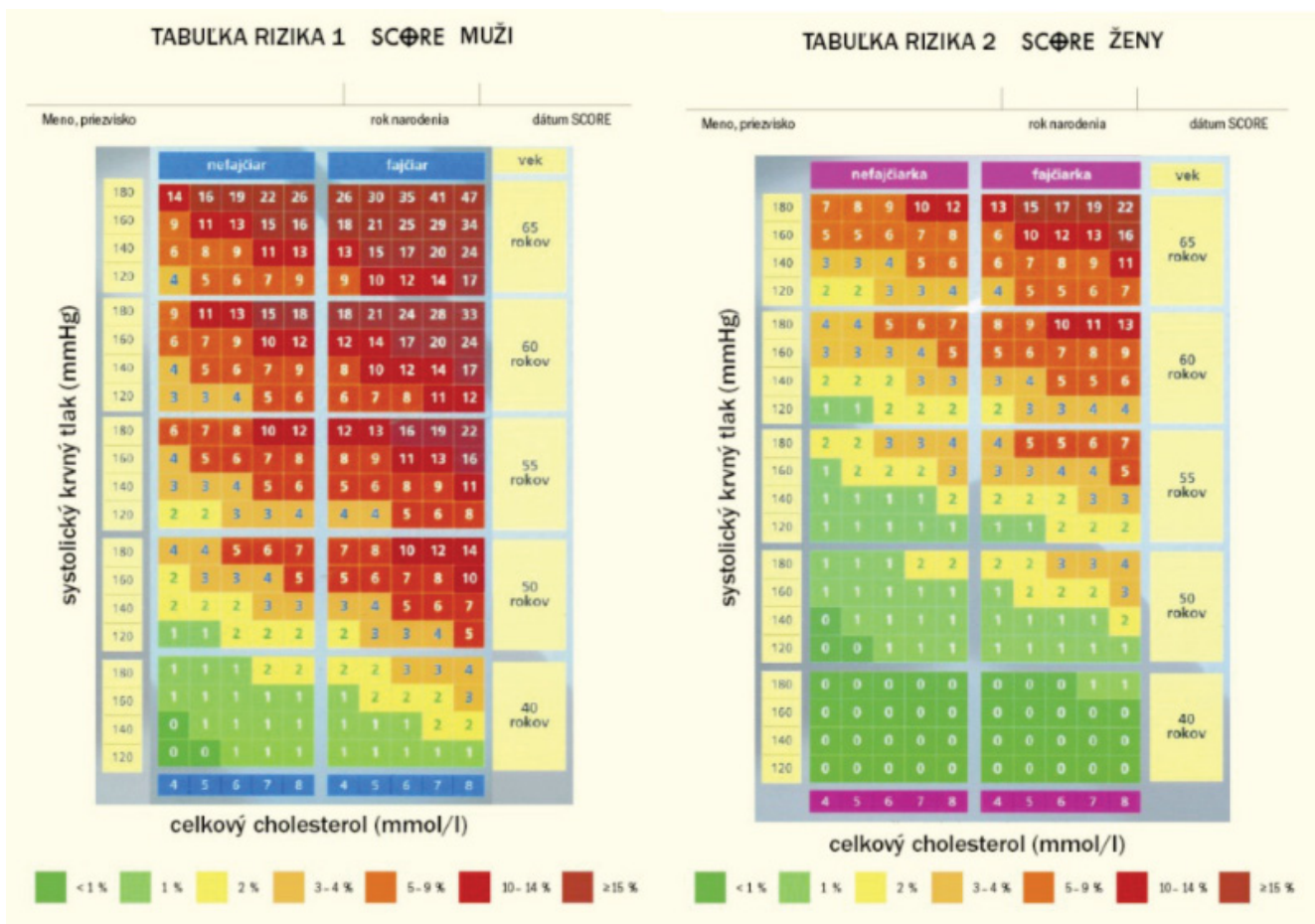
6. Sestra ukončí edukačné sedenie. Sestra vyzýva edukovaného, či má nejaké otázky, dá k dispozícii materiál na samovzdelávanie do nasledujúceho edukačného sedenia (obrázky, letáčky, kontakty...).

Edukačné sedenie č. 2

(druhá návšteva) a následné edukačné sedenie: v rozsahu prvej návštevy, sestra preveruje vedomosti, zručnosti u edukovaného a zaraďuje do primeraného štádia TTM.

II.) REALIZÁCIA

1.) **Identifikácia** vysoko rizikových pacientov - sestra identifikuje osoby s odvrátiteľnými rizikami CHOS, ktorí si zaslúžia okamžitú pozornosť a intervencie. Pomôcka pre sestry pri CHOS: a) európske číslo zdravotného srdca - Rada EÚ pre zdravie definovala vlastnosti nevyhnutné na dosiahnutie KVzdravia známe



Obrázok 1 Tabuľka rizika 1,2 (3)

Muž / Žena	
Nízke KVR (<5%)	Vysoké KVR (≥ 5%)
Udržať stav	Preventívne aktivity
	zanechať fajčenie
	zdravá životospráva
	fyzická aktivita
	redukcia hmotnosti
	kontrola TK
	kontrola lipidov

ako európske číslo zdravého srdca: 0 - 30 - 5 - 140 / 90 - 70 - 80/94 , kde 0 - nefajčenie, prirodzené je nefajčiť 30 – vykonávať fyzickú aktivitu minimálne 30 minút denne 5 – udržiavať si cholesterol v krvi pod 5 mmol/l 140/90 - krvný tlak pod 140/90 mmHg, najideálnejšie hodnoty 120/80 mmHg 70 a menej – optimálna pulzová frekvencia 80/94 a menej – ideálny obvod pásu u žien/u mužov

b) systém SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation = „systémový odhad kardiovaskulárneho rizika“) pozri obrázok 1 – za použitia rizikových faktorov: pohlavie, vek, status fajčiar/nefajčiar, hodnota systolického krvného tlaku a hodnota celkového cholesterolu (3).

Tabuľky sú vypracované zvlášť pre mužov, zvlášť pre ženy a sú určené pre stanovenie kardiovaskulárneho rizika jedincov dlhodobo žijúcich v SR. V tabuľke sa podľa pohlavia vyhľadávajú vek, status fajčiar ! nefajčiar, hodnota systolického krvného tlaku v mmHg a celkový cholesterol v mmol/l. Následne sa určí absolútne riziko smrteľnej kardiovaskulárnej príhody v nasledujúcich 10 rokoch (SCORE umožňuje odhadnúť absolútne 10-ročné riziko vzniku prvej fatálnej aterosklerotickej príhody u osôb, ktoré sú staršie ako 40 rokov) (3). Je vhodné, ak sestra poskytnie vytlačenú tabuľku pacientovi

ako vizualizačnú edukačnú pomôcku, prípadne sa vloží do zdravotnej dokumentácie pacienta.

2) **Motivácia** pacientov dodržiavať terapiu zníženie odvrátiteľných rizík. Sestra musí byť pripravená argumentovať pacientovi na základe zistených štatistík, pretože medicína je veda na základe dôkazov.

3) **Zmeny intenzity úsilia** o zníženie rizík na základe celkového hodnotenia rizika. Profesor MUDr. Róbert Hatala uviedol, že choroby srdca a ciev majú na Slovensku na svedomí 52% všetkých úmrtí, verejnosť ich však nepovažuje za najzávažnejšie, čo vyplynulo z prieskumu verejnej mienky, ktorý vypracovala spoločnosť GFK pre Slovenskú kardiologickú spoločnosť, ktorej je prezidentom (7). Je dôležité mať na pamäti a neustále zdôrazňovať, že akákoľvek pravidelná farmakoterapia nedokáže nahradiť intervencie zo strany pacienta. Základom predpokladu ďalšieho vývoja ochorenia u pacienta je implementovať do svojich každodenných aktivít všeobecne známe odporúčania zdravého životného štýlu, edukovať pacienta a prirodzene ich dodržiavať.

Fajčenie ako vybraný odvrátiteľný rizikový faktor - edukácia sestrou
Medzi ovplyvniteľné rizikové faktory CHOS patrí fajčenie. Definícia fajčiara

podľa WHO: fajčiar je ten, kto práve fajčí – denne alebo príležitostne (8). Fajčiarom je podľa Framinghamských kritérií ktokoľvek, kto v poslednom mesiaci vyfajčil aspoň jednu cigaretu (9). Fajčenie je silný odvrátiteľný rizikový faktor nielen u pacientov s CHOS, ale aj u zdravých osôb. V rámci preventívnych aktivít je nevyhnutné prestať s fajčením vrátane pasívneho fajčenia. Všetky dostupné štúdie uvádzajú, že pasívne fajčenie má na zdravie človeka taký negatívny dopad ako samotné fajčenie. Prospech zo zanechania fajčenia je taký veľký a dôkazov je nahromadených už toľko, že nie je ani potrebné robiť v tomto smere ďalší výskum (10). Sestra pri intervenciách pri vzdelávaní o rizikách fajčenia používa nasledovné argumenty v TTM:

Argument č. 1: Podľa uvádzaných štatistík WHO sa život fajčiarov skracuje celkovo o 8 -10 rokov (priemerne o 5 min. pri vyfajčení jednej cigarety) (11).

Argument č. 2: Fajčenie zvyšuje relatívne riziko vzniku náhlej cievnej ischemickej príhody približne dvojnásobne. Podľa novej štúdie fajčenie zhoršuje aj viskozitu krvi. V čase troch mesiacov od skončenia fajčenia sa obnovili normálne hodnoty krvnej viskozity. Ukončenie fajčenia redukuje riziko vzniku cievnej ischemickej príhody na polovicu (6).

Argument č. 3: Silné fajčenie spôsobuje dlhodobé poškodenie pľúc, ktoré nazývame tiež chronická obštrukčná choroba pľúc (12).

Argument č. 4: Zdravie je tou najvyššou hodnotou, ktorú máme a netreba s ním ľahkovážne plytvať.

Argument č. 5: „EÚ eviduje 650 000 úmrtí ročne v súvislosti s fajčením, čo predstavuje každé siedme úmrtie v Európe, ďalších 13 miliónov trpí chronickými ochoreniami vyplývajúcimi z fajčenia.“ povedala MUDr. Darina Sedláková, MPH, riaditeľka Kancelárie WHO na Slovensku, členka redakčnej rady VIA PRACTICA (13).

Argument č. 6: Je vedecky potvrdené,

že 98 % prípadov rakoviny pľúc spôsobuje práve fajčenie (13).

Argument č. 7: Podľa WHO je fajčenie zodpovedné za vznik najmä nasledovných skupín ochorení: 30 % nádorových chorôb s najvýraznejším podielom rakoviny pľúc (90 % u mužov a 70 % u žien), ale i nádorových chorôb úst, hrtana, pažeráka, žalúdka, pankreasu, hrubého čreva, konečníka, pečene, močového mechúra, a dokonca aj prsníka, krčka maternice a penisu (11).

Argument č. 8: Zanechanie fajčenia popri spomalení progresie ochorenia CHOCHP znižuje aj celkovú mortalitu u pacientov s CHOCHP (12).

Argument č. 9: Fajčiarom smrdí pokožka, vlasy, ruky, byť aj oblečenie, žltnú zuby, zápach z úst. Nikotín v ci-

garetách je škodlivejší ako cyankáli a arzén. Každé malé dieťa vie, že fajčenie škodí zdraviu. Fajčenie nie je lacná záležitosť. Prirodzené je nefajčiť.

Argument č. 10: Jediné človek, ktorý si váži sám seba, si dokáže vážiť aj svoje zdravie. Taký človek je uvedomelý a dokáže nájsť cestu, ako niečo pre svoje zdravie vykonať.

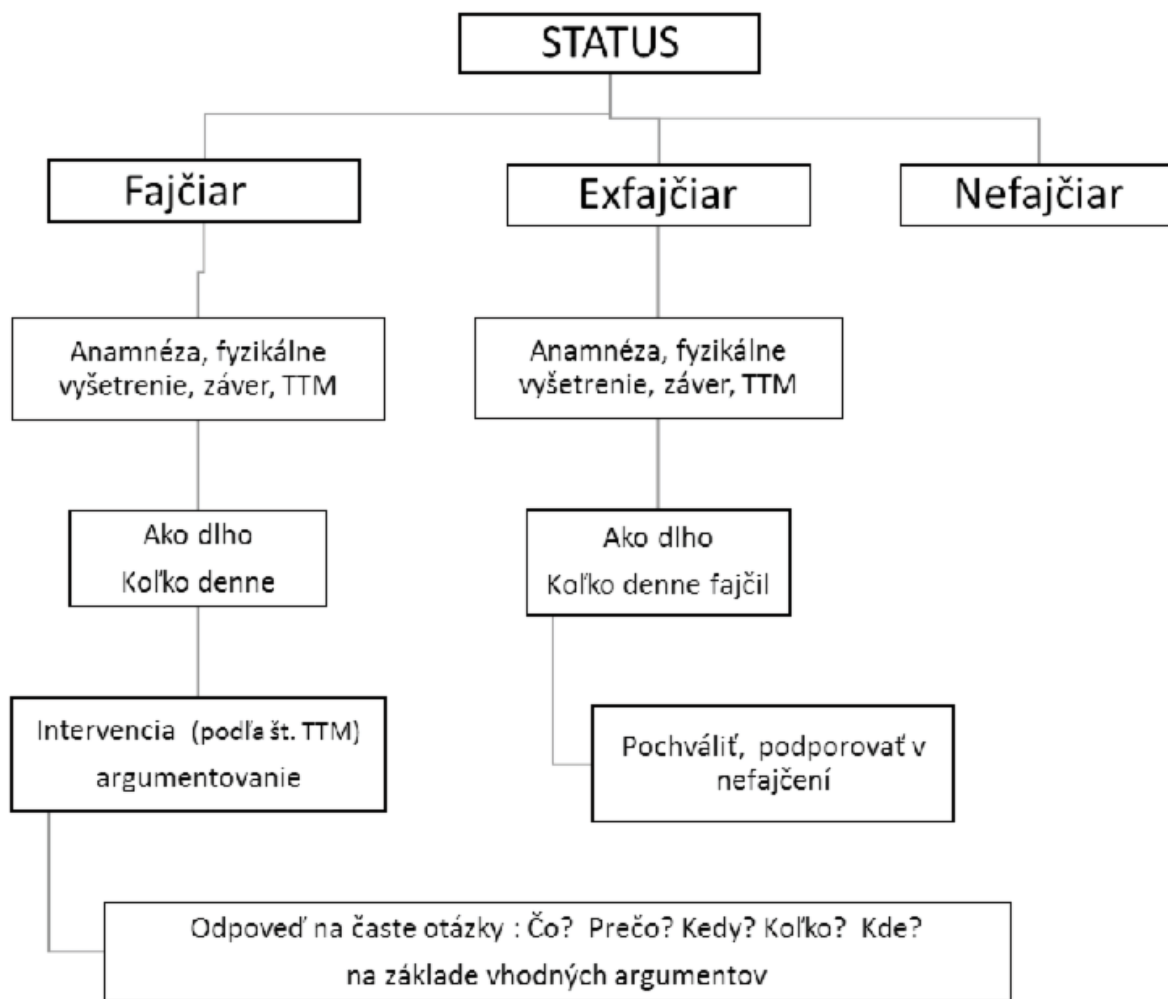
Argument č. 11: Prospech zo zanechania fajčenia je taký veľký a dôkazov je nahromadených už toľko, že nie je ani potrebné robiť v tomto smere ďalší výskum (10).

Argument č. 12: Fajčiarky, ktoré užívajú hormonálnu antikoncepciu, majú podstatne vyššie riziko (až 13-násobné) fatálnej kardiovaskulárnej príhody ako nefajčiarky (9).

Argument č. 13: Fajčiarky majú v postmenopauzálnom období nižšiu kostnú densitu a vyššie riziko zlomeniny krčka stehennej kosti než nefajčiarky (9).

Vybraných je len pár argumentov. Je vhodné, ak si sestra sama pripraví verifikované argumenty ku každému ovplyvniteľnému riziku CHOS, ktoré následne používa pri edukácii pacienta. Pretože pre pacienta / klienta (nie len pri ochoreniach CHOS) je pri RF fajčenie ako jediná vhodná alternatíva status nefajčiara.

Fajčiarovi je potrebné odporučiť zanechať fajčenie (nie obmedziť, pretože pacient, ktorý obmedzí fajčenie, má stále status fajčiar) - na základe vhodných argumentov.



Obrázok 2 Algoritmus postupu

Štádia TTM

1. **Pred - uvažovanie** (popretie, prekontemplár) = nemotivovaný, nepomýšľa na zmenu. Intervencia sestry - rozprávať o fajčení, edukovať o rizikách, merať FF, použiť argumenty.
2. **Premýšľanie** – kontemplár - zvažuje klady a zápory, pomýšľa na zmenu, ešte neurčitý postoj. Intervencia sestry - rozprávať o rizikách fajčenia, edukovať o rizikách, merať FF, použiť vyššie uvedené argumenty.
3. **Príprava** - zamýšľa zmenu, hľadá informácie, zvažuje, čo môže urobiť a zmeniť. Intervencia sestry - edukovať o konkrétnych postupoch, ako prestať fajčiť hneď, nečakať na poslednú cigaretu, fajčenie nahradiť primeranou pohybovou aktivitou, merať FF, použiť argumenty, ako prvý č. 10, zapojiť blízke podporné osoby, pochvala.
4. **Činnosť** - dochádza k zmene, dodržiava rady, nefajčí. Intervencia sestry - neustála podpora, povzbudzovanie, použitie argumentov pre zotrvanie v statuse exfajčiara, merať FF, pochvala.
5. **Udržanie** a uchovanie- pravidelné kontroly. Intervencia sestry - pripomínať benefity, povzbudenie, podpora, zapojiť blízke podporné osoby, pochvala, meranie FF.

Záver

Starostlivosť o pacienta je srdcom našej profesionálnej ošetrovateľskej praxe. To znamená byť prítomný, s rešpektom pomáhať, mať zmysel pre detail, ochraňovať, dotýkať sa, opatrovať a najmä edukovať, edukovať, edukovať. Súčinnosť dobre zvolenej liečby, participácia pacienta, ochota vzdať sa škodlivých návykov a upraviť životosprávu je správne zvolená cesta. Treba sa zlepšiť v osвете zameranej na lepšiu životosprávu a prevenciu najmä zvýšením zdravotnej uvedomelosti zo strany zdravotníkov a eliminovať rizikové správanie zo strany pacientov. Je potrebné zdôrazniť, že u preventabilných chorôb obehovej sústavy akýkoľvek invazívny

chirurgický zákrok, či farmakoterapia nedokáže nahradiť intervenciu sestry formou edukácie a compliance pacienta.

Zdroje

1. KOVALČÍK J. TUNEGA M. Ako Slovensko zaplatí za neliečenie zdravotníctva. Analýza zdravotného stavu obyvateľstva, faktorov ktoré ho ovplyvňujú a dlhodobých vyhládok finančnej udržateľnosti zdravotníctva v SR. [online]. 2015, s.9. [cit.2017-01-02]. Dostupné z: <http://www.ineko.sk/clanky/ineko-predstavuje-analyzu-ako-slovensko-zaplata-za-neliecenie-zdravotnictva>
2. BÖRIKOVÁ I. Kardiovaskulárne ochorenia- rizikové faktory vzniku a oblasti prevencie. [online]. 2014, s.2-3. [cit.2017-01-04]. Dostupné z: <file:///D:/preberanie/prednaska-borikova-kardio.pdf>
3. Odborné usmernenie MZ SR na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s dyslipidémiou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti
4. Odborné usmernenie MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou
5. GAVALIEROVÁ, Z., FATHI, A. Psychodiagnostika v ošetrovateľstve pri edukačnom procese. In: Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia, 2016, 14 (1), s.21-24. ISSN 1339-5920.
6. KONDÁŠ M. Sekundárna prevencia cievnych mozgových príhod. [online]. ISBN: 978-80-8106-042-7. S. 63. [cit.2017-01-01]. Dostupné z: <https://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/veda/granty/centra-excelentnosti/Zbornik-projektu-2011.pdf>
7. HATALA, R., GONCALVESOVÁ, E., MURÍN, J., BERNADIČ, M. Na Slovensku je viac ako 40% úmrtí odvrátiteľných. In: Monitor Medicíny SLS, 2016, č.3-4, s.17.

ISSN 1338-2551

8. BÁNSKA, K. Fajčenie: najviac rozšírený spoločenský tolerovaný návyk. In: Lekárske listy – Všeobecné lekárstvo, 2003, s.16.
9. JURKOVIČOVÁ, J. Vieme zdravo žiť? Zdravotný stav slovenskej populácie 1999-2004 a prevencia kardiovaskulárnych a civilizačných ochorení. [online]. 2005. s.61-69. [cit.2017-01-05]. Dostupné z : https://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/sucasti/Teoreticke_ustavy/Ustav_hygieny/Webpic/publikcin/ViemeZdravoZit3.pdf
10. CRITCHLEY, J.A., CAPEWELL, S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. A systematic review. JAMA, 2003. 290:s. 86 -97.
11. HURBÁNKOVÁ, M., et al. Fajčenie a jeho vplyv na vybrané parametre bronchoalveolárnej laváže - experimentálna štúdia. [online]. 2009 (2-3). Verejné zdravotníctvo. [cit.2017-01-04]. Dostupné z: <http://verejnezdravotnictvo.szu.sk/SK/2009/2-3/hurbankova.htm>
12. MATULA B. Ciele liečby chronickej obštrukčnej choroby pľúc. In: *Medikom*. 2016, č.3, s. 12.-14.
13. SEDLÁKOVÁ D. Svetový deň bez tabaku: Ako chránime zdravie nefajčiarov. [online]. 2009, *Via Practica*, Roč. 6, č. 4. [cit.2017-01-05]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/0e43b36a0922bcefaf5d-27148be6c777.pdf>

Kontakt na autorov

PhDr. Zuzana Gavalierová
E-mail: gavalierova.z@gmail.com

MUDr. Ahmadullah Fathi
E-mail: mudrfathi@gmail.com

POĎAKOVANIE

PhDr. Ľubica Vlasatá, rod. Vančišinová sa dožila v septembri 2016 okrúhleho životného jubilea. Pracuje ako vedúca sestra na Klinike cievnej chirurgie VÚSCH, a. s. a UPJŠ LF v Košiciach.

Povolanie sestry nie je len rutinnou prácou, je to hlavne poslanie. Vďaka dosiahnutým vynikajúcim výsledkom od roku 1987 viedla ošetrovateľský tím na pododdelení cievnej chirurgie I. Chirurgickej kliniky FNsP a LF UPJŠ. Klinika bola v tom čase centrom rozvoja neurochirurgie, kardiochirurgie, cievnej chirurgie a gastroenterochirurgie..

Dňa 1. 1. 2005 sa začala písať nová kapitola pracovného života oddelenia cievnej chirurgie. Delimitáciou z Fakultnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach sa oddelenie cievnej chirurgie stalo súčasťou Východoslovenského ústavu srdcových a cievnych chorôb v Košiciach. Pod vedením prof. MUDr. Márie Frankovičovej, PhD. sa vybudovalo špičkové pracovisko, kde sa poskytuje zdravotná starostlivosť pacientom s cievnyimi ochoreniami. PhDr. Vlasatá sformovala perfektný kolektív sestier, spoluzariaďovala oddelenie a kliniku a formovala mnohé dôležité body v organizačnom poriadku i v dokumentácii oddelenia. Je vzorom kultivovanosti, vysokej erudovanosti, odbornej, pracovnej precízności a manažérskych schopností. Oddaná svojej práci a pacientom, čo sa odzrkadľuje i v hodnoteniach oddelenia pacientmi a poďakovaniami v dennej tlači.

Vážená pani doktorka, milá Ľubka, v mene celého zdravotníckeho kolektívu Kliniky cievnej chirurgie Ti ďakujem za Tvoj podiel pri organizácii a zakladaní Kliniky cievnej chirurgie UPJŠ LF a VÚSCH, a.s. a jej dennodennom manažovaní. Do ďalších rokov Ti prajeme veľa zdravia a tvorivých síl. Ďakujeme Ti za pomoc a za Tvoju každodennú oddanosť a vernosť spolupracovníkom a zvlášť pacientom. Bola a si vzorom nielen nám všetkým, ktorí s Tebou spolupracujeme, ale i Tvojej dcére MUDr. Monike Valčkovej, ktorá ako nádejný cievny špecialista pokračuje v Tvojich šľapajach. Osobne Ti ďakujem za cenné rady a vernosť počas 40 rokov našej spolupráce.

*prof. MUDr. Mária Frankovičová, PhD.
prednosta Kliniky cievnej chirurgie
VÚSCH, a.s. a UPJŠ LF v Košiciach*

„...plný text poďakovania je dostupný v redakcii“



PhDr. Ľubica VLASATÁ
oslavuje životné jubileum



Tu môže byť Vaša
reklama

viac na
www.sksapa.sk

PREČO BYŤ ČLENOM V SK SaPA?

právna poradňa



BENEFITY

SK SaPA

INFORMAČNÝ BULLETIN



občianske združenie



**OŠETROVATEĽSTVO
A PÔRODNÁ ASISTENCIA**

CASOPIS SLOVENSKEJ KOMORY SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK

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 a <https://portal.sksapa.sk>

XII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva

Miesto: Bojnice

Termín: **24. 03. – 25. 03. 2017**

PRIHLÁSENIE: <https://portal.sksapa.sk>



II. Vedecká konferencia pôrodných asistentiek s medzinárodnou účasťou

Miesto: Zvolen

Termín: **04. 05. – 05. 05. 2017**

PRIHLÁSENIE: <https://portal.sksapa.sk>

XI. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v zubnom lekárstve

Miesto: Nový Smokovec, Vysoké Tatry

Termín: **26. 05. – 27. 05. 2017**

PRIHLÁSENIE: <https://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

Termín: **03. 06. 2017**

PRIHLÁSENIE: <https://portal.sksapa.sk>



X. Celoslovenská konferencia Sekcie sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou

Miesto konania: Bratislava

Termín: **15. 06 – 16. 06. 2017**

PRIHLÁSENIE: <https://portal.sksapa.sk>



XX. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v psychiatrii

Miesto konania: Košice

Termín: **28. 09. – 29. 09. 2017**

PRIHLÁSENIE: <https://portal.sksapa.sk>

XX. konferencia sestier pracujúcich v ORL s medzinárodnou účasťou

Miesto konania: Zvolen

Termín: **13. 10. – 14. 10. 2017**

PRIHLÁSENIE: <https://portal.sksapa.sk>



IX. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v oftalmológii

Miesto konania: Banská Bystrica

Termín: **13. 10. – 14. 10. 2017**

PRIHLÁSENIE: <https://portal.sksapa.sk>



VIII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v dermatovenerológii

Miesto konania: Prešov

Termín: **20. 10. 2017**

PRIHLÁSENIE: <https://portal.sksapa.sk>



VIII. Celoslovenská konferencia geriatrických sestier s medzinárodnou účasťou

Miesto konania: Liptovský Ján

Termín: 20. 10. – 21. 10. 2017

PRIHLÁSENIE: <https://portal.sksapa.sk/>



Plánujeme



Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek



OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA V PROCESE ZMIEN II.

Konferencia Slovenskej komory sestier a pôrodných
asistentiek s medzinárodnou účasťou

21. – 22. 9. 2017

Nový Smokovec, Vysoké Tatry

TEMATICKÉ OKRUHY

Hlavný tematický blok konferencie

**Vzdelávanie a kompetencie sestier a pôrodných asistentiek z medzinárodného
hľadiska**

Vedľajšie zameranie konferencie:

Klasifikačné systémy v ošetrovatelstve

Ošetrovateľská dokumentácia

Sestra s pokročilou praxou

Innovinc in collaboration with Slovak Chamber of Nurses and Midwives



Euro Nursing 2017, September 07-09, 2017
Rome, Italy



ABOUT CONFERENCE

Viac informácií na <http://nursingcongress.org/>



14ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem

14th International Conference
of Nursing Research

**A translação do conhecimento de
enfermagem: Uma força para a mudança
na prática clínica!**

**Translational nursing knowledge: A force
for change in clinical practice!**

Lisboa, 10 a 12 de Maio de 2017

Fundação Calouste Gulbenkian
Avenida de Berna
Lisboa - Portugal

Lisbon, 10 to 12 May 2017

Calouste Gulbenkian Foundation
Berna Avenue
Lisbon - Portugal

ORGANIZAÇÃO | ORGANIZATION
Associação Portuguesa de Enfermeiros



INSCRIÇÕES | FURTHER INFORMATION

Associação Portuguesa de Enfermeiros
Entrada do Paço de Louren, 57 - B.
1500-543 Lisboa - Portugal
e-mail: inovinc@apen.pt
www.apenfermeiros.pt



GLOBAL CONGRESS for
QUALITATIVE HEALTH RESEARCH

5º Congresso Global de Investigação Qualitativa em Saúde

**Qualitative health research.
A force for change!**

**Investigação qualitativa em saúde.
Uma força para a mudança!**

Lisbon, 8 to 9 May 2017

Calouste Gulbenkian Foundation
Berna Avenue
Lisbon - Portugal

Lisboa, 8 e 9 Maio 2017

Fundação Calouste Gulbenkian
Avenida de Berna
Lisboa - Portugal

ORGANIZATION | ORGANIZAÇÃO
Associação Portuguesa de Enfermeiros



FURTHER INFORMATION | INSCRIÇÕES

Associação Portuguesa de Enfermeiros
Entrada do Paço de Louren, 57 - B.
1500-543 Lisboa - Portugal
e-mail: inovinc@apen.pt
www.apenfermeiros.pt

V dňoch 16. – 18. 02. 2017 sa v Belfaste, hlavnom meste Severného Írska konal „7 th European federation of Critical Care Nursing associations (EfCCNa) Congress“. Tohto významného, medzinárodného, odborného podujatia sa zúčastnilo 416 delegátov (347 žien a 69 mužov), z 30 krajín, 224 miest, pracujúcich v 201 nemocniciach a univerzitách. Na tomto podujatí mala zastúpenie aj Sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti, Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. Slovenské sestry pracujúce v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti aktívne reprezentovali v posterovej sekcii podujatia Bc. František Naňo a PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s. Posterom s názvom: „Sepsis as a serious problem in a nursing care“, autorský tím Naňo, Laurinc, Bratová, Gondárová-Vyhničková, Lazorová, priblížili účastníkom kongresu problematiku sepsy z pohľadu ošetrovateľstva.

Na podujatí odznelo 106 prednášok a bolo prezentovaných 73 posterov. Úvodné slová kongresu patrili Dr. Bronagh Blackwood, prezidentke Európskej federácie sesterských asociácií pracujúcich v intenzívnej starostlivosti, Charlotte McArdle, riaditeľke odboru ošetrovateľstva, Severného Írska a Eve Berkestad, predsedníčke organizačného výboru konferencie. V. I. P. rečníkom boli prof. ošetrovateľstva Paul Fulbrook (Austrália), prezident Svetovej federácie sestier pracujúcich v intenzívnej starostlivosti a riaditeľ výskumu nemocnice princa Charlisa v Brisbane, ktorý v svojej prezentácii priblížil účastníkom aké by malo byť smerovanie sestier pracujúcich v intenzívnej starostlivosti v celosvetovom meradle. Prof. Dr. Stijn Bot z Univerzity v Ghent (Belgicko) sa v svojom príspevku zamerl na preventívne opatrenia infekčných ochorení a prof. ošetrovateľstva Leanne Aitken z Univerzity v Londýne, (Veľká Británia) priblížila delegátom kongresu psychické prežívanie chorých pri zistení závažného ochorenia. Ostatné témy podujatia sa niesli v duchu paliatívnej starostlivosti o kriticky chorých, manažmentu spánku a bolesti, psychologické starostlivosti o deti a rodičov v intenzívnej starostlivosti, edukácii v intenzívnej starostlivosti, perioperačnej starostlivosti, umelej pľúcnej ventilácii pri chronických ochoreniach, atď.

*PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.
Bc. František Naňo
Sekcia sestier pracujúcich v AaIS, SK SaPA*



Zlava Bc. František Naňo a PhDr. Milan Laurinc, PhD. pri prezentácii posteru

Vážené kolegyně a kolegovia,

POZOR, máme pre Vás veľkú novinku, ktorá Vám výrazným spôsobom uľahčí využívanie nášho SK SaPA benefitného 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 (na stránke nájdete kompletnú ponuku benefitov bez nutnosti prihlásenia sa)

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



Objednanie

Prihlásenie:

E-mailová adresa účtu *

Heslo účtu *

* e-mail: 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 benefitov (ich využívanie, objednávanie, ...) môžete kontaktovať našu technickú podporu:

Tel. kontakt: 0948 177 203

e-mail: sakala@skbenefit.sk

Z našej ponuky, ktorú si celú môžete pozrieť na: www.firemnebenefity.sk vyberáme tieto TOP ponuky:



Prajeme Vám veľa príjemných chvíľ s SK SAPA BENEFITNÝM SYSTÉMOM

PREVENCIA VZNIKU SYNDRÓMU VYHORENIA V PÔRODNEJ ASISTENCII BURNOUT PREVENTION IN MIDWIFERY

LUBICA BÁNOVČINOVÁ, LAURA DOBŠOVIČOVÁ

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav pôrodnej asistencie

Abstrakt

Syndróm vyhorenia je stav fyzického, emocionálneho a duševného vyčerpania. Ide o aktuálnu tému, pretože čoraz viac ľudí trpí týmto syndrómom. Je dôležité vedieť, čo syndróm vyhorenia znamená a hlavne, ako by sme sa pred ním mali chrániť. Cieľom tejto štúdie bolo zistiť stratégie, akými sa pôrodné asistentky chránia pred vyhorením. Výskumu sa zúčastnilo 121 pôrodných asistentiek (vek $41,97 \pm 9,9$), ktoré boli oslované prostredníctvom emailu a prostredníctvom osobného kontaktu. Ako merací nástroj bol použitý štandardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI) zameraný na stupeň vyhorenia a dotazník vlastnej tvorby zameraný na zistenie demografických údajov, stratégie ochrany pred vyhorením, na stresory a mieru stresu v práci pôrodnej asistentky. Výsledky ukazujú, že najčastejšími stratégiami na prevenciu voči stresu sú pre pôrodné asistentky: rodina, kontakty a rozhovor s priateľmi, relaxačné techniky, šport a masáž. Ďalšie výsledky poukazujú na vysoký stupeň vyhorenia (54,55%) v oblasti emocionálneho vyčerpania (EE). Vysoký stupeň vyhorenia (48,98%) zaznamenávame aj v oblasti depersonalizácie. Naopak v oblasti osobného uspokojenia výsledky ukazujú na nízky stupeň vyhorenia. Aj napriek tomu, že pôrodné asistentky poznajú a využívajú stratégie na prevenciu voči stresu a syndrómu vyhorenia, týmto syndrómom trpia. Je dôležité venovať sa prevencii a viesť pôrodné asistentky k tomu, aby tieto techniky využívali.

Kľúčové slová

syndróm vyhorenia, prevencia, pôrodná asistancia, stres.

Abstract

Burnout syndrome is a state of physical, emotional and mental exhaustion. It is a current topic, because more and more people are suffering from this syndrome. It is important to know what burnout syndrome is and especially to know how to protect ourselves from it. The main aim of this study is to find out the strategies, which can help midwives to protect themselves from burnout. 121 midwives participated in this research (age 41.97 ± 9.9). They were either contacted directly per email or through personal contact. As a measurement tool was used a standardized questionnaire Maslach Burnout Inventory (MBI) focused on levels of burnout and self made questionnaire focused on finding demographic data, protection strategies from burnout, stressors, and the stress at work of midwife. The results have shown that the most common prevention strategies against stress for midwives are: family, keeping contacts and conversations with friends, relaxation techniques, sports and massage. Other results have shown a high level of burnout (54.55%) in emotional exhaustion (EE). The high level of burnout (48.98%) has been noticed in depersonalization. In contrast, in the area of personal satisfaction have the results shown a low level of burnout. Despite the fact that the midwives know and use strategies for the prevention against stress and burnout, they suffer from this syndrome. It is important to apply oneself to the prevention and lead midwives to use these techniques.

Keywords

burnout syndrome, prevention, midwife, stress.

Úvod

V dnešnej dobe sú kladené vyššie nároky na zamestnancov ako v minulosti. V práci každého zdravotníckeho pracovníka sa nachádzajú stresory, podnety, ktoré sú schopné vyvolať stres (1). Znížením počtu pracovníkov a zvýšením očakávaných pracovných výkonov, celkovej produktivity, súťaživým prostredím a vplyvom ďalších stresorov môže dôjsť k vzniku syndrómu vyhorenia. K rizikovým faktorom patrí podľa Nôtovej (2) pôsobenie vonkajších faktorov, ako sú chronický stres, profesia, pracovné podmienky, časový tlak, napätá atmosféra na pracovisku, nedostatok sociálnej podpory.

Maslach (3) definovala syndróm vyhorenia ako psychologický syndróm zahrňujúci emocionálne vyčerpanie, depersonalizáciu a zníženie osobného výkonu, ktorý sa vyskytuje v rôznych profesiách, ktoré pracujú s ľuďmi. Podľa Špatenkovej (4) sa syndróm vyhorenia prejavuje v dvoch úrovniach, a to na úrovni správania vyhoreného k iným ľuďom, ku klientom, spolupracovníkom, ale aj k blízkym osobám ako aj na úrovni pocitov vyhoreného, medzi ktoré patria pocity bezmocnosti, znížené sebahodnotenie, strach, depresia, pocit únavy a vyčerpania.

Za najviac rizikové povolania, ktoré sú postihnuté syndrómom vyhorenia, sú považované profesie, ktoré sa denne stretávajú s ľuďmi. Sú to napríklad učelia, sociálni pracovníci, psychoterapeuti, či zdravotníci. V súčasnosti prebehlo niekoľko štúdií mapujúcich práve zdravotníckych pracovníkov, ktoré sa však primárne zameriavajú na lekárov a sestry (hlavne z oddelení traumatoló-

gie, onkológie, úrazovej chirurgie, jednotky intenzívnej starostlivosti). Medzi ohrozených zdravotníckych pracovníkov zaraďujeme aj pôrodné asistentky, na ktoré sa zabúda, a ktorým štúdie nevenovali až takú veľkú pozornosť.

Trachtová (1) vo svojom výskume zistila, že najviac stresujúce faktory v práci zdravotníkov sú finančné ohodnotenie, nedostatok kvalifikovaného personálu, ošetrovanie umierajúcich, nedostatočná prestíž odboru a profesionálna zodpovednosť. Obdobne popisujú rizikové faktory aj Příkrylová a kol. (5), ktorí medzi ne zaraďujú vysoké pracovné nároky, veľkú zodpovednosť, nemožnosť ventilovať svoje pocity, neadekvátne finančné ohodnotenie, časový tlak a malé rozhodovacie kompetencie.

Prevenia syndrómu vyhorenia spočíva hlavne v dodržiavaní zásad mentálnej hygieny, vo zvýšení sebadôvery a dostatku fyzickej aktivity. Je vhodné mať dobré medziludské vzťahy, sociálnu oporu a vyhovujúce pracovné podmienky (6). Jednou z možností prevencie a zvládania syndrómu vyhorenia je aj cirkulácia po iných pracoviskách, jasné pracovné ciele (efektívne plánovanie), otvorená komunikácia a supervízia, ktorej cieľom je kontrola, vzdelávanie a osobnostný rast pracovníkov (2). Všeobecne sa do metód prevencie orientovaných na jednotlivca zaraďuje adaptačná prax, orientácia na seba, medziludské vzťahy, relaxácia a masáž a supervízia.

Cieľom našej práce bolo zistiť, do akej miery sú pôrodné asistentky postihnuté syndrómom vyhorenia; zistiť stratégie, akými sa pôrodné asistentky chránia pred vyhorením; a zistiť aké stresory a mieru stresu, zažívajú pôrodné asistentky v práci.

Metodika

Výskumný nástroj pozostával z dvoch dotazníkov. Na zistenie miery vyhorenia u pôrodných asistentiek sme použili štandardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory – MBI. Dotazník sa skladá z 22 výrokov, ku ktorým respondent vyjadruje silu svojich pocitov na škále od 0 (vôbec) do 7 (veľmi silno). Dotazník zahŕňa tri subškály: emocionálne vyčerpanie (EE, 9 otázok); depersonalizácia (DP, 5 otázok) a osobné uspokojenie (PA, 8 otázok). Vyhodnotenie spočíva v sčítaní bodových hodnotení v jednotlivých škálach (Tab.1). Vyššia nameraná hodnota v subškálach EE a DP a nízka hodnota v PA indikujú prítomnosť syndrómu vyhorenia (7).

Ako ďalší merací nástroj bol použitý neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý sa zameriaval na stratégiu, ktorými sa pôrodné asistentky chránia pred syndrómom vyhorenia, na stresory a mieru stresu, ktorý zažívajú v práci. Mieru stresu označovali pacientky subjektívne na škále od 1 do 10, zatiaľ čo copingové stratégie a najvýznamnejšie stresory pracovného prostredia boli zisťované poloopenými otázkami s možnosťou výberu viacerých odpovedí.

Výskumu sa zúčastnilo 121 pôrodných asistentiek. Pri výbere respondentiek boli stanovené nasledujúce kritériá: aktuálne pracovné zaradenie ako pôrodná asistentka, súhlas respondentky a jej spolupráca pri vypĺňaní dotazníkov. Pôrodné asistentky boli oboznámené o cieľoch výskumu, spôsobe realizácie, anonymite i jeho dobrovoľnosti (vyplnením dotazníka respondentky vyjadrili súhlas so spracovaním údajov). Zber údajov sa uskutočnil v mesiacoch febru-

ár a marec 2016. Prebiehal kombinovaným spôsobom. V prvej fáze bol dotazník posielaný do e-mailových schránok pôrodným asistentkám prostredníctvom portálu Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. V druhej fáze boli dotazníky distribuované osobne priamo pôrodným asistentkám v nemocniciach. K distribúcii dotazníkov sme dostali písomné povolenie od Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek a od vedenia jednotlivých nemocníc. Projekt výskumu nevyžadoval schválenie etickej komisie.

Priemerný vek respondentiek bol 42 rokov (štandardná odchýlka, $SD \pm 9,9$), priemerná dĺžka praxe 19 rokov ($SD \pm 12$). Vysokoškolsky vzdelaných respondentiek bolo 65 (53,7%) a stredoškolsky vzdelaných 49 (40,5%). Najviac respondentiek (26,5%) pracovalo na pôrodnej sále a najmenej (9,10%) na novorodeneckom oddelení. 95% respondentiek pracuje na plný úväzok a len 12% má okrem tejto práce aj iné zamestnanie. V súbore dominovali respondentky vydaté/s partnerom 67%.

Výsledky

Štandardizovaný dotazník, prostredníctvom ktorého sme hodnotili mieru vyhorenia, zahŕňa subškály na hodnotenie viacerých oblastí - *emocionálne vyčerpanie*, *depersonalizácia*, *osobné uspokojenie*. Pri každej sme sa sústredili na stupeň vyhorenia, ktorý sa rozdeľuje na stupeň nízky, mierny a vysoký. V tabuľke 2 uvádzame tieto výsledky.

Za najsmereďnejšiu je považovaná subškála emocionálne vyčerpanie, ktorá nám hovorí o syndróme vyhorenia. V tabuľke 2 môžeme vidieť, že skoro

Stupeň vyhorenia	Kategorizácia MBI		
	EE	DP	PA
Nízky	≤ 16	≤ 6	≥ 39
Mierny	17 - 26	7 - 12	32 - 38
Vysoký	≥ 27 vyhorenia	≥ 13 vyhorenie	≤ 31 vyhorenie

Tab. 1 Vyhodnotenie dotazníka MBI.

55% respondentiek trpí vysokým stupňom vyhorenia. Aj ich psychické vyčerpanie (depersonalizácia) je vo vysokom stupni vyhorenia (42,9%). Naopak ich osobnostné uspokojenie s prácou je v miernom skoro až nízkom stupni vyhorenia, čo značí spokojnosť s ich pracovným výkonom.

V súlade s našimi cieľmi sme sa zamerali na zisťovanie stratégií, akými sa pôrodné asistentky chránia pred vyhorením (Tab. 3).

Najviac respondentiek nachádza upokojenie vo svojej rodine 31,40% (n= 81) a 22,87% (n= 59) udržiava kontakty s priateľmi. Len 5% sa snaží nepodľahnúť rutine. Medzi odpoveďami iné sa nachádzali ručné práce, viera a duchovná podpora. V prípade zaznačenia odpovede „relaxačné techniky“ ďalej pôrodné asistentky odpovedali, o akú relaxačnú techniku ide konkrétne. Medzi najčastejšie uvádzanú odpoveď patrilo čítanie kníh (Tab. 4).

Z výsledkov efektivity využívaných stratégií sme zistili (na základe subjektívnej škály od 1 do 10 pričom 1 znamená „vôbec nie sú efektívne“ a 10 znamená „sú veľmi efektívne.“), že pôrodné asistentky považujú tieto stratégie za dostatočne efektívne (priemerná hodnota 7,10).

Za najstresujúcejšie vo svojej práci pokladá 57 pôrodných asistentiek (47,11%) nízky počet zamestnancov na jednu smenu. V odpovedi iné sa najčastejšie vyskytovala odpoveď „prehnané nároky pacientov“ (n= 6). Dve respondentky stres v práci nepociťujú.

Diskusia

Jedným z čiastkových cieľov bolo zistiť mieru vyhorenia pôrodných asistentiek. Viac než polovica respondentiek v našom výskume trpí vysokým stupňom vyhorenia (EE), no zároveň je polovica z nich spokojná sama so sebou a svojou pracovnou výkonnosťou (PA). V subškále depersonalizácia – DP (psychické vyhorenie) taktiež zaznamenávame vysoký stupeň vyhorenia. Podobné zistenia potvrdzujú aj štúdie iných slovenských a zahraničných autorov. Dimunová et al. (8) na vzorke 844 sestier a pôrodných asistentiek zisťovala mieru syndrómu vyhorenia pomocou dotazníku MBI. Za alarmujúce zistenie pokladá výskyt syndrómu vyhorenia vo všetkých troch subškálach. Podľa výskumu Yoshida, Sandall et al. (9), britské pôrodné asistentky trpia len miernym stupňom syndrómu vyhorenia. Na rozdiel od nášho výskumu trpia psychickým vyčerpaním v podstatne menšej miere. Výsledky osobnostného uspokojenia sú porovnateľné s výsledkami nášho výskumu. Ďalej sa otázke miery syndrómu vyhorenia venovali aj Mollart a Skinner (10) v Austrálii, kde do svojho výskumu zahrnuli 56 pôrodných asistentiek, ktoré pracovali v nemocnici. V porovnaní s našim výskumom dosiahli austrálske respondentky v oblasti emocionálne vyhorenie (EE) a depersonalizácia (DP) porovnateľné výsledky, zatiaľ čo v oblasti osobnostného uspokojenia (PA) boli dosiahnuté priemerné hodnoty nižšie. Rozdiely v štúdiách je možné pripísať rôznorodému výberu krajín, iným pracovným a kultúrnym návykom, i celkovému systému poskytovania zdravotnej starostlivosti v jednotlivých krajinách,

ktorý môže vytvárať odlišné pracovné podmienky pre pôrodné asistentky.

Takmer všetky respondentky zažívajú v práci stres, aj ich prácu označujú za stresujúcu. Najviac ich stresuje málo zamestnancov na smenu a veľa práce, nedostatok uznania a prehnané nároky z vedenia. Tieto výsledky sa dali očakávať, najmä vzhľadom k dlhodobému nedostatku pôrodných asistentiek a sestier v praxi, čo môže viesť k následnej zvýšenej pracovnej záťaži týchto pracovníkov. Bánovčinová a Struhárová (11) skúmali stres v práci pôrodných asistentiek (n= 100) pomocou Meisterovho dotazníka neuropsychickej záťaže a Nursing stress scale. Na rozdiel od našej štúdie, najčastejšie uvádzané stresory boli v ich výskume smrť a umieranie pacientov a konflikty s lekárom. Šmídová (12) zisťovala stresory v práci pôrodných asistentiek (n= 69) na pôrodnej sále v Českej republike. Za najväčší stresor považujú pôrodné asistentky veľkú zodpovednosť, situácie vyžadujúce si rýchle riešenie, nedostatočné ocenenie, prácu v neustálom pohybe a obedovanie za pochodu. Hildingsson a Westkund et al. (13) sa vo svojej štúdií okrem miery vyhorenia zameriavali aj na stresory v práci švédskych pôrodných asistentiek (n= 475). Za stresujúce pokladajú, podobne ako respondentky v našom súbore, nedostatok personálu a zdrojov, stresujúce pracovné prostredie. Ich výsledky korešponujú s našimi. Zistili tiež, že každá tretia pôrodná asistentka uvažuje o zmene zamestnania.

Faktor syndrómu vyhorenia	Stupeň vyhorenia					
	nízky		mierny		vysoký	
	%	n	%	n	%	n
Emocionálne vyčerpanie	21,5	26	24	29	54,6	66
Depersonalizácia	23,1	28	38,9	41	42,9	50
Osobné uspokojenie	41,3	50	42,2	51	16,2	20

Tab. 2 Miera vyhorenia podľa MBI.

Odpoveď	n	%
udržiavam kontakty s priateľmi	59	22,87
upokojenie nachádzam doma v rodine	81	31,40
športujem	32	12,40
využívam relaxačné techniky	35	13,57
chodím na masáž	22	8,53
snažím sa nepodľahnúť rutine, napr. tým, že zmením pracovisko (z pôrodnej sály na ambulanciu)	12	4,65
nepoužívam žiadne techniky na prevenciu, nepotrebujem ich	13	5,04
iné	4	1,55
spolu	258	100

Tab. 3 Stratégie na prevenciu voči stresu/ syndrómu vyhorenia.

Odpoveď	n	%
autogénny tréning	4	9,10
len dýchacie cvičenia	2	4,55
počúvanie relaxačnej hudby	10	22,73
čítanie knihy	20	45,45
iné	8	18,18
spolu	44	100

Tab. 4 Relaxačné techniky na prevenciu stresu/ syndrómu vyhorenia

Odpoveď	n	%
nesplniteľné nároky z vedenia	17	14,05
málo zamestnancov na smenu a veľa práce	57	47,11
zlý pracovný kolektív	10	5,71
nedostatok uznania	22	18,18
časté kolovanie po pracoviskách	3	2,48
iné	12	9,92
spolu	121	100

Tab. 5 Stresory v práci pôrodnej asistentky.

Najväčší počet respondentiek nachádza upokojenie doma v rodine, čo považujeme za logické, keďže väčšina z nich je v manželskom alebo partnerskom zväzku s deťmi. Druhou najčastejšie využívanou stratégiou je udržiavanie kontaktov s priateľmi. Túto skutočnosť hodnotíme kladne, najmä vzhľadom k tomu, že kvalitná sociálna opora a pozitívne medziľudské vzťahy sú považované za dôležitú súčasť prevencie syndrómu vyhorenia (6). Treťou je využívanie relaxačných techník, medzi ktoré patrí: počúvanie relaxačnej hudby, čítanie kníh a masáž. Tak ako naše výsledky, aj výsledky Mimura a Griffithsa (14) naznačujú, že účinnými stratégiami v prevencii stresu a syndrómu vyhorenia sú relaxačné techniky, sociálna podpora, cvičenie a hudba. Porovnateľné výsledky máme aj so štúdiou Kravitzovej (15), ktorá do svojej štúdie zahrnula 333 sestier z Kalifornie. Skúmala v nej ich stratégie na redukcii stresu a prevenciu vzniku syndrómu vyhorenia. Najčastejšie odpovede boli: beh, jóga, rozhovor s rodinou a priateľmi, modlitba, hobby a dychové cvičenia.

Výsledky nášho výskumu, rovnako ako zistenia ostatných odborníkov, ukazujú, že vyhorenie predstavuje u pôrodných asistentiek vážne riziko, ktoré môže mať priamy dopad nielen na ich kvalitu života, ale tiež na starostlivosť poskytovanú pacientom. Je preto nevyhnutné na teoretickej, ale aj praktickej úrovni venovať tejto téme dostatočnú pozornosť a podporovať pôrodné asistentky v budovaní si adekvátnych copingových stratégií.

Záver

Z výsledkov vyplýva, že pôrodné asistentky využívajú viaceré stratégie na ochranu voči stresu. Viac než polovica pôrodných asistentiek je vo vysokom štádiu vyhorenia a štvrtina je v miernejšom stupni vyhorenia. Za zaujímavé pokladáme to, že aj napriek psychickému a fyzickému vyčerpaniu, sú pôrodné asistentky spokojné so svojim pracovným výkonom a prácou. Táto štúdia má však niekoľko obmedzení. Po prvé, prierezový dizajn štúdie neumožňuje robiť kauzálne závery. Po druhé, rela-

tívne malý počet respondentov, ako aj spôsob ich výberu, znemožňuje robiť akékoľvek zovšeobecnenia týkajúce sa pôrodných asistentiek, ktoré sa štúdie nezúčastnili. Ďalšie štúdie by mali preto zahŕňať väčší počet účastníkov. V budúcnosti by bolo tiež zaujímavé zamerať sa na výhody a prínos supervízie a taktiež na efektivitu jednotlivých spôsobov zvládania stresu.

Zdroje

1. MLÝNKOVÁ, J. Jak nevyhořet v ošetrovatelské profesi. *Sestra*. 2010, roč. 9, č. 1-2, s. 44-45. ISSN 1335-9444
2. NÔTOVÁ, P. Syndróm vyhorenia – pilotná štúdia. *Sestra*. 2004, roč. 3, č. 4, s. 44-45. ISSN 1335-9444.
3. MASLACH, C. *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall. 1982, s. 276. ISBN 0-13-091249-2
4. KŘIVOHLAVÝ, J. *Horieť, ale nevyhorieť*. Bratislava : Karmelitánske nakladateľstvo. 2012, s. 214. ISBN 978-80-8135-003-0
5. PŘIKRYLOVÁ, D. NAKLÁDALOVÁ, M. LUŽNÝ J. *Burnout syndrom - myslíme na tuto diagnózu?* [online] 2011. [cit. 2016-02-29]. Dostupné na internete: http://www.nadeje.cz/img-content/files/docs/odborne/sbornik_nedasov_2010.pdf
6. DIMUNOVÁ, L. LÉVYOVÁ, M. Výsledky prieskumu zameraného na zhodnotenie životného štýlu sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia*. 2011, roč. 9, č. 1, s. 5-6. ISSN 1336-183X.
7. MASLACH, C. JACKSON, S. E. *Maslach burnout inventory (2nd ed.)*. PaloAlto: Consulting Psychologist Press, 1986.
8. DIMUNOVÁ, L. LÉVYOVÁ, M. HANZLÍKOVÁ, A. Syndróm vyhorenia u sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia*. 2011, roč. 9, č.1, s. III – V. ISSN 1336-183X.

9. YOSHIDA, Y. SANDALL, J. Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: A survey analysis. *Midwifery*. 2013, vol. 29, no. 8, p. 921-926. ISSN 0266-6138.
10. MOLLART, L. SKINNER, V. M. NEWING, C. et al. Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Woman and birth*. 2013, vol. 26, no. 1, p. 26-32. ISSN 1871-5192.
11. BÁNOVČINOVÁ, L. STRUHÁROVÁ, P. Stres v práci pôrodných asistentiek. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia*. 2014, roč. 2. ISSN 1339-5920.
12. ŠMÍDOVÁ, L. *Stres v práci porodní asistentky na porodním sále*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2012. s. 64.
13. HILDINGSSON, I. WESTLUND, I. WIKLUND, I. Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2013, vol. 4, no. 3, p. 87-91. ISSN 1977-5756.
14. MIMURRA, C. GRIFFITHS, P. The effectiveness of current approaches to work place stress management in the nursing profession: An evidence-based literature review. *Occupational and Environmental Medicine*. 2003, vol. 60, p. 10-15.
15. KRAVITZ, K. MCALLISTER-BLACK, R. GRANT, M. et al. Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*. 2010, vol. 23, no. 3, p. 130-138.

Kontakt na autora

Mgr. Ľubica Bánovčinová, PhD.
Jesseniova lekárska fakulta UK
v Martine

Ústav pôrodnej asistencie
Malá Hora 5, 036 01 Martin
Slovensko

e-mail: banovcinova@jmed.uniba.sk

TRENDS IN NURSING DEVELOPMENT. THE BACKGROUND AND CHALLENGES OF ELECTRONIC DOCUMENTATION IN NURSING

KIERUNKI ROZWOJU PIELĘGNIARSTWA. PODSTAWY I WYZWANIA ELEKTRONICZNEJ DOKUMENTACJI PIELĘGNIARSKIEJ - WYZWANIA.

DOROTA KILAŃSKA¹, AGNIESZKA KAROLCZAK²

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie
Wydział Nauk o Zdrowiu UM w Łodzi

Abstract

The digitization of documents in nursing is a challenge that must be tackled in the immediate future. Apart from the need of learning how to use new equipment, these will be the changes including not only applied terminology but also the looking at the nursing practice through standardization of the nursing practice data sets.

The visualization of medical events conducted by nurses will help them in assessing their impact on the effects of the therapeutic process.

The purpose of this publication is to introduce readers to the digitization process of nurses' work with the use of interoperable tools.

There is plenty of scientific evidence, that the digitization of Nursing brings many benefits not only to nurses, for instance, shortening documentation process, but also helps with managing patient care. Around the World there is more than 50 years of experience in digitalization of nursing. Nurses in Polish nurses can benefit from best practices and proven tools in order to face reality in Poland.

The implementation of nursing documentation will be significant in shaping health policy in general, as it will allow a visualization of nurses' work and its impact on the effects of treatment and adverse events.

Key words

Classification, Health Policy, Nursing Diagnosis, Nursing Informatics, Nursing Legislation, Health Services Administration

Streszczenie

Cyfryzacja dokumentów pielęgniarskich to wyzwanie, z którym należy się zmierzyć w najbliższym czasie. Poza koniecznością nauczania się korzystania z nowych urządzeń będą to zmiany nie tylko w stosowanej terminologii, ale także w spojrzeniu na praktykę pielęgniarską poprzez ujednoczenie zbioru danych o pielęgniarstwie. Uwidocznienie zdarzeń medycznych realizowanych przez pielęgniarki pozwoli na ocenę ich wpływu na efekty procesu

terapeutycznego.

Celem niniejszej publikacji jest przybliżenie czytelnikom procesu cyfryzacji pracy pielęgniarek z wykorzystaniem interoperacyjnych narzędzi.

Istnieje wiele dowodów naukowych świadczących, że cyfryzacja w pielęgniarstwie przynosi wiele korzyści nie tylko samym pielęgniarkom, jak np. skrócenie czasu dokumentowania, ale i pacjentom, czy zarządzającym ochroną zdrowia. Ponad 50 lat doświadczeń to także możliwość korzystania z dobrych praktyk i sprawdzonych narzędzi, które trzeba zmierzyć z rzeczywistością w Polsce.

Wdrożenie dokumentacji pielęgniarskiej będzie znaczące dla kształtowania polityki zdrowotnej w ogóle, gdyż pozwoli na uwidocznienie pracy pielęgniarek i jej wpływu na efekty terapii i występowanie zdarzeń niepożądanych.

Słowa kluczowe

Klasyfikacja, polityka zdrowotna, diagnoza pielęgniarska, informatyka w pielęgniarstwie, prawo w pielęgniarstwie, administrowanie ochroną zdrowia

Wstęp

Wykorzystywanie komputerów w ochronie zdrowia staje się powoli standardem. Profesjonalne pielęgniarstwo to mierzenie się z nieustannie zmieniającym się otoczeniem, oczekiwaniami klientów, czy zarządzających ochroną zdrowia. To wyzwanie również związane ze starzeniem się społeczeństwa, ale nie tylko bo i także starzeniem się wykonujących ten zawód.

Pielęgniarki są kluczowym zasobem dla „pędzącej informatyzacji” ochrony zdrowia. Od ich kompetencji zależy bowiem możliwość uzyskania danych, które pozwolą na kształtowanie polityki zdrowotnej, ocenę jej efektywności, czy też wskaźników jej jakości. Od ich kompetencji zależy również samopoczucie pacjenta i ilość czasu, którą mogą im „oddać” w codziennej pracy. Nie są to jednak jedyne zmienne, które wpływają na ocenę pracy pielęgniarek. Kluczo-

we zmienne to nie tylko narzędzia, z których korzystają pielęgniarki, ale i sama organizacja pracy. Jak policzono w czasie zmiany pielęgniarka wykonuje czynności w 157 miejscach (zmiana 8 godzinna). Wiele z nich powiela w związku z tym, że są nieplanowane lub źle zaplanowane. Ile z tych czynności nie udokumentuje, czyli w rozumieniu prawa nie wykona. Rozwiązaniem tego problemu powinny być narzędzia informatyczne. Powinny one być na tyle proste i przyjazne, aby wspierać praktykę i zwiększać czas, który pielęgniarki mają do dyspozycji pacjentów. Jest to możliwe. By tak stać się mogło pielęgniarki muszą poczuć się partnerami dla twórców oprogramowania medycznego, a twórcy tegoż oprogramowania muszą czuć potrzebę współpracy. Pielęgniarki są największą grupą zawodową wykorzystującą informatyzację w praktyce. Jest tak dlatego, że ich praca to setki czynności, które wykonane lub nie mogą wpływać na efekty leczenia.

Dokumentowanie w pielęgniarstwie implikacje dla praktyki

Wiele jest dowodów na to, że dokumentacja elektroniczna w szpitalach podnosi efektywność, bezpieczeństwo i jakość opieki (1, 2). Kolebką informatyzacji ochrony zdrowia są Stany Zjednoczone, gdzie proces informatyzacji rozpoczął się w latach 60 dzięki wsparciu administracyjnemu i finansowemu państwa. Początkowo było to zamawianie badań laboratoryjnych (3).

Pielęgniarki swoją drogę, dla pokazania swego wkładu w terapię, rozpoczęły w latach 80, XX wieku (4). Pielęgniarki zetknęły się więc z komputerami w praktyce już kilkadziesiąt lat temu.

W Polsce proces ten trwa od kilkunastu lat i niestety nie dotyczy pokazania wkładu pracy pielęgniarskiej do procesu terapeutycznego. Nie bez znaczenia jest tutaj wiek osób, które korzystają z komputerów. Wiek może utrudniać nauczanie się obsługi nowych narzędzi i budzić niechęć do zmiany. Pielęgniarka musi więc posiadać kompeten-

cje niezbędne do biegłego obsługiwanania komputerów. Z obserwacji wynika, że jest to obecnie największa przeszkoda. Sama bowiem obsługa aplikacji (programów) już nie stwarza (po odpowiednim przeszkoleniu) takich trudności. By biegłość ta mogła stać się faktem należy uzupełnić braki związane m.in. z organizacją pracy, jakimi są m.in.: brak dostępu do sprzętu i jego jakość, czy łatwość obsługi; możliwość wpływu na projektowanie aplikacji, czy oprogramowanie, które mogą pomagać lub przeszkadzać pielęgniarkom w codziennej pracy (5, 6, 7, 8).

Innym rodzajem problemów, z którymi można się spotkać przy wdrażaniu cyfryzacji, mogą być problemy behawioralne. Są one najczęściej przypisane do postawy, percepcji i satysfakcji z wykorzystywanych technologii informatycznych, tutaj w szczególności z komputerowych systemów dokumentowania (3, 5, 8, 9, 10, 11). Dlatego rozpoznanie czynników, które związane są z pomyślną realizacją implementacji elektronicznego rekordu pacjenta (EHR) jest kluczowe. Jest to o tyle ważne, że może się przyczynić do poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia wszystkich Polaków w przyszłości. Będzie realizowane poprzez wykorzystanie krajowej sieci informacyjnej o zdarzeniach medycznych, która jest projektem rozwijanym przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ).

Postawy pielęgniarek wobec informatyzacji dokumentacji medycznej to ważny element dla implementacji informacji w ochronie zdrowia. Są one bowiem najlichnieszym jej użytkownikiem. Stąd istotna jest wiedza co może wpływać lub też nie na to, że pielęgniarki chętniej podejmują się pracy z wykorzystaniem narzędzi informatycznych.

W badaniach przeprowadzanych w USA, na początku wdrażania dokumentacji elektronicznej, zwrócono uwagę m.in. na czas trwania edukacji. Wykazano bowiem, że dłuższy czas trwania edukacji wpływa pozytywnie na akceptację dokumentacji elektronicznej przez pielęgniarki. Dotyczyło to także okresu zatrudnienia. Pielęgniarki z dłuższym doświadczeniem zawodowym były pozytywnie nastawione do tego rodzaju zmiany (12). Późniejsze badania pokazały również wpływ czynników demograficznych (3). Nie bez znaczenia są także odczucia związane z wykorzystaniem komputerów. Pielęgniarki wskazują na problem z uchwyceniem „istoty pielęgniarstwa”, wtedy kiedy korzystają z dokumentacji

elektronicznej. Ma to miejsce szczególnie w pierwszej fazie jej stosowania (5).

Z drugiej jednak strony wykazano, że czynniki takie jak: wiedza i osąd analizowanych przez pielęgniarki zjawisk zostały wzmocnione właśnie dzięki doświadczeniu w pracy z komputerami (6). Zmniejszyło się także obciążenie pracą i poprawiła jakość prowadzonej dokumentacji, która stała się bardziej czytelna i zrozumiała w odbiorze. Występowały jednak bariery środowiskowe i systemowe (8). Z czasem wykazano, że wzrasta poczucie pewności siebie w korzystaniu z komputera. Znacząco wpłynęło to na akceptację wykorzystania komputerów w codziennej pracy (14). Postrzeganie przez pielęgniarki informatyzacji ma więc kluczowe znaczenie w określaniu sukcesu informatyzacji w ochronie zdrowia. Dzieje się to dlatego, że jak wspomniano wcześniej, to pielęgniarki „produkują” największą ilość danych kluczowych dla zarządzania opieką, wskaźnikami jakości opieki, czy w efekcie obsadami pielęgniarskimi.

Informatyzacja w ochronie zdrowia. Tło i interoperacyjność w działaniu.

W Europie pierwsze próby opracowanie spójnych wymagań zapewniających skuteczną integrację systemów dostarczających e-usługi publiczne rozpoczęły się w roku 2002 (15). Tworzono tzw. ramy interoperacyjności, a pierwsza ich wersja w UE została opublikowana w 2004 r.. Kolejna zmieniona w 2010 r. (16).

Ramy interoperacyjności oznaczają „uzgodnione podejście do interoperacyjności przewidziane dla organizacji pragnących współdziałać ze sobą na rzecz wspólnego świadczenia usług użyteczności publicznej, z zastrzeżeniem zakresu ich zastosowania. Ramy te określają zbiór wspólnych elementów, takich jak słownictwo, koncepcje, zasady, strategie, wytyczne, zalecenia, normy, specyfikacje i praktyki (17).

W Polsce pierwsze działania w tym zakresie to początek lat 90 ubiegłego wieku. Były to działania środowiska zawodowego widzącego konieczność uporządkowania działań. W wyniku obrad I Kongresu Informatyki opublikowano dokument „Strategia Rozwoju Informatyki w Polsce. Raport I Kongresu Informatyki Polskiej” (18). W 1998 r. podczas II Kongresu Informatyki Polskiej został natomiast przedstawiony „Pakt na rzecz budowy społeczeństwa informacyjnego”. Działania na poziomie polityki zdrowotnej to rok 2000 i Uchwa-

ła Sejmu w sprawie budowania podstaw Społeczeństwa Informacyjnego w Polsce (19) oraz dokument „Cele i kierunki rozwoju Społeczeństwa Informacyjnego w Polsce” opracowane przez Komitet Badań Naukowych i Ministerstwo Łączności (20).

Kolejne kroki to „ePolska - Plan działań na rzecz rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Polsce na lata 2001-2006” (21), „Strategia informatyzacji Rzeczypospolitej Polskiej – ePolska” z 2003 (22) i wiele innych strategicznych dokumentów opracowanych z potrzeby porządkowania tego obszaru, jak np. „Strategia kierunkowa rozwoju informatyzacji Polski do roku 2013 oraz perspektywiczną prognozę transformacji społeczeństwa informacyjnego do 2020 r.”. Powstałe na ich podstawie dokumenty prawne warunkują miejsce pielęgniarstwa, czy też jego brak w procesie informatyzacji ochrony zdrowia w Polsce.

Dopiero działania podjęte przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP) w 2009 r. na XV Krajowym Zjeździe Delegatów (KZD) pokazały kierunek rozwoju informatyzacji w pielęgniarstwie (23). Przyjęte przez KZD stanowisko pokazało także elementy kluczowe, pozwalające na zachowanie interoperacyjności w tym ważnym obszarze ochrony zdrowia (24). Konsekwencją powyższego było wystosowanie stanowiska XVI KZD do Ministra Zdrowia. W odpowiedzi na głos środowiska Departament Pielęgniarek i Położnych podjął stosowane działania w tym zakresie m.in. nawiązał współpracę z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Odbyło się spotkanie w tej sprawie. W 2010 r. natomiast dzięki współpracy z ówczesną prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dr Elżbietą Buczkowską, prezes Zarządu Głównego PTP podjęła starania pające na celu uruchomienie organu w Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Powstała wtedy Rada ds. ICNP® stała się miejscem opracowania rekomendacji, tłumaczenia i walidacji kolejnych wersji słownika ICNP® i w dalszej perspektywie zapewnienia interoperacyjności dla pielęgniarstwa (23). Rozumienie interoperacyjności w ramach UE oznacza, że różne organizacje mają możliwość współpracowania ze sobą, aby realizować wspólne cele. W ramach tej współpracy następuje proces wymiany informacji i wiedzy, bez którego współpraca jest utrudniona. Obecnie mówić należy o wymianie informacji dzięki systemom ICT - Information and Communication Technology.

Tak więc w przypadku opieki pielęgniarskiej będziemy mówić o opisywaniu zjawisk, które towarzyszą codziennym czynnościom wykonywanym przez pielęgniarki w sposób, który będzie jednakowo odczytany przez wszystkich uczestników systemu.

Są różne rodzaje interoperacyjności (25). Jedną z nich jest interopeacyjność semantyczna. Jest to nic innego jak używanie tych samych terminów do opisywania tych samych czynności, aby wszyscy którzy odczytują komunikat nie mieli wątpliwości „co autor miał na myśli”. I tak np. nazywając to co wykonujemy procesem pielęgnowania mamy na myśli dokładnie to co on oznacza, czyli to co zostało opisane przez standard Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w 2005 r. (26, 27).

W literaturze przedmiotu spotykamy jednak inne nazwy np. „proces pielęgnacyjny”, „plan pielęgnacji”, „plan pielęgniarski”, „plan procesu pielęgnacji” „plan pielęgnacyjny”, czyli zupełna różnorodność. O ile posługując się językiem polskim nie mamy z tym problemu, to tłumacząc ww. terminy na inny język spotykamy problemy z ich odczytaniem przez pielęgniarki, które sięgają po publikacje z tego zakresu. Aby więc system informatyczny odczytał komunikat we właściwy sposób musi być stosowana taka sama terminologia. Wiąże się to czasami z koniecznością wprowadzenia nowych terminów, do których nie jesteśmy przyzwyczajeni, ale z którymi trzeba się „oswoić”.

Należy zwrócić także uwagę na fakt, że to pielęgniarki powinny decydować o tym jakie standardy chcą stosować. Praktyki pielęgniarskiej nie możemy opierać na intuicji i takie są również oczekiwania społeczne. Coraz częściej pacjenci pytają o powody zastosowania takiej, czy innej procedury. Interwencje, które wdrażamy w procesie pielęgnowania muszą być zgodne ze standardami i badaniami naukowymi. Badania naukowe pozwalają na ocenę skuteczności implementacji danego planu opieki do praktyki. Wyniki badań mają swoich autorów, którzy ponoszą odpowiedzialność za efekty wdrożenia. Dlatego budowane są przewodniki do opieki dla poszczególnych oddziałów, przypadków i na tej podstawie pielęgniarki pracują. Jedynym wyzwaniem jest postawienie właściwej diagnozy, do której opracowano już interwencje. Pielęgniarka pracując w oparciu o określony, gotowy plan opieki posługuje się więc sprawdzoną wiedzą. W przypadku modyfikacji planu odpowiada za jego modyfikację.

Opierając się przy wyborze na badania naukowe pokazuje swoją wiedzę i kompetencję. Jest to bardzo trudny proces zmian w pielęgniarstwie, który jednakże jest konieczny, aby społeczeństwo było przekonane że pielęgniarki wykonują swoje zadania w sposób nie zagrażający bezpieczeństwu pacjentów. Stąd konieczna jest systematyzacja pojęć, które opisują pielęgniarstwo.

Dlatego pielęgniarki zdecydowały (już ponad 25 lat temu), że dla dokumentowania danych o pielęgniarstwie będą stosowały słownik, który nazwały Międzynarodową Klasyfikacją Praktyki Pielęgniarskiej, w skrócie ICNP®. Słownik został opracowany, jest rozwijany i jest prowadzony przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek. Służy ujednoczeniu pojęć, wymianie informacji, wiedzy, czyli interoperacyjności w pielęgniarstwie. Klasyfikuje on bowiem terminy, podaje ich definicje, opisany jest także kodami pozwalającymi na wymianę informacji w pielęgniarstwie i statystykę umożliwiającą np. planowanie opieki. Znaczenie statystyki dla praktyki pielęgniarskiej wskazało Amerykańskie Towarzystwo Pielęgniarskie (28), a wcześniej Florence Nightingale (29). Statystyka to także pokazanie efektywności pracy pielęgniarek, czyli wpływu na proces terapii, ale przede wszystkim ich wiedzy i kompetencji w opiece nad pacjentem. W przyszłości będzie to natomiast ważny element kształtowania polityki zapotrzebowania na obsady pielęgniarskie, czyli pracowników realizujących opiekę na pierwszej linii ochrony zdrowia.

Wdrożenie międzynarodowych standardów niesie za sobą także konsekwencje, między innymi związane ze stosowaną wcześniej terminologią, wykorzystaniu skal oceny pacjentów w praktyce a nie tylko w teorii, czy używanie wskaźników jakości opieki rekomendowanych przez opiniotwórcze gremia pokazujących efektywność pracy pielęgniarek.

Kodeks etyki pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej stawia przed pielęgniarką moralne zobowiązania. Czytamy w nim m.in., że pielęgniarka/położna, zgodnie (przyrzeczenie) ma obowiązek pracować według najlepszej wiedzy, (...) wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu (30). Prawnie usankcjonowano ten obowiązek w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 r. Art. 11. 1.: „Pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując [wskazania aktualnej wiedzy medycznej](#) (31). Natomiast art. 6 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta daje pacjentom prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (32).

W tym miejscu należy wyjaśnić czym jest aktualna wiedza medyczna. Znaczący prawnik, zajmujący się tym zagadnieniem precyzują, że „aktualna wiedza medyczna” będzie oznaczała wszystko to, czym na danym etapie rozwoju nauk medycznych dysponują lekarze (33) i per analogiam, w przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki będzie oznaczało wszystko to, czym na danym etapie rozwoju nauk medycznych dysponują pielęgniarki.

Zatem to wszelkie nowości i osiągnięcia naukowe opisane w literaturze naukowej, prezentowane na zjazdach, sympozjach czy konferencjach naukowych, a także doświadczenie życiowe. Pielęgniarka wykonuje swój zawód „wykorzystując [wskazania aktualnej wiedzy medycznej](#)” pracuje zgodnie ze standardem, który jest konkretyzowany w głównej mierze przez przepisy ustawy oraz akty prawa powszechnego wydane na podstawie upoważnienia zawartego w ustawie. Według ekspertów będą to zatem ustawy określające standardy postępowania oraz rozporządzenia ministra zdrowia wydane w ramach ustawowej delegacji. Minister może powoływać konsultantów, którzy wykonują m.in. zadania opiniotwórcze, doradcze i kontrolne dla organów administracji rządowej, podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej, Narodowego Funduszu Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta; prowadzą nadzór nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego i szkolenia specjalizacyjnego pielęgniarek, położnych; biorą udział w pracach komisji i zespołów powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej; sporządzają opinie dotyczące doskonalenia zawodowego pielęgniarek, położnych; sporządzają opinie dotyczące realizacji szkolenia podyplomowego i specjalizacyjnego pielęgniarek, położnych oraz sprawują nadzór nad ich merytoryczną realizacją. Tutaj należy przytoczyć przepis art. 10 pkt. 6 wspomnianej ustawy. W jego świetle do zadań konsultantów krajowych, o których mowa w art. 4 oraz konsultantów wojewódzkich należy wydawanie opinii o stosowanym postępowaniu

diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego **zgodności z aktualnym stanem wiedzy**, z uwzględnieniem dostępności metod i środków. **Standardy postępowania medycznego w oparciu o aktualną wiedzę medyczną wypracowywane są także na podstawie autorytetu, który posiadają medyczne towarzystwa naukowe.** Towarzystwa te, to kolegialne gremia opracowujące na podstawie współczesnej wiedzy medycznej oraz doświadczenia życiowego standardy postępowania medycznego, nadając im najczęściej **kształt zaleceń, rekomendacji czy stanowisk.**

Stanowiska takie zostały przyjęte także w zakresie interoperacyjności w pielęgniarstwie.

W 2009 r. przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, czy też w kolejnych latach przez konsultantów krajowych zajmujących się pielęgniarstwem (23). Stąd też pielęgniarka powinna wdrażać rekomendowane przez ww. gremia standardy, w tym dotyczące dokumentowania. Ogromna więc rola liderów, którzy powinni dostarczyć nie tylko wiedzę, ale i narzędzia, szkolenia pozwalające na ich bezstresowe stosowanie. Rolą lidera jest również wykonywanie zawodu z najwyższą starannością i motywowanie innych poprzez własny przykład.

Jako profesjonalści ochrony zdrowia mamy więc często do czynienia z normami pozaprawnymi, często o charakterze norm moralnych oraz reguł zawodowych, według których oceniamy tenże profesjonalizm (sztukę wykonywania zawodu) oraz sumiennosc, czyli staranność lekarza, czy pielęgniarki (23).

W kontekście wykonywania zawodu mamy do czynienia ze stwierdzeniem, że „pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością”. Według ekspertów określenie „z należytą starannością” interpretować należy, podobnie jak użyte przez ustawodawcę określenie zawarte w art. 355 §1 i §2 Kodeksu cywilnego (k.c.), gdzie również posłużono się terminem należytej staranności. Stopień staranności, którego wymagać możemy od pielęgniarki, określić można nie tylko jako stopień należyty, ale najwyższy. Oznacza to, że pielęgniarka obowiązana jest do wyższej niż przeciętna staranności (23).

Mając na uwadze powyższe wytyczne podejmowane są przez liderów pielęgniarstwa działania, które pozwalają pielęgniarkom na skorzystanie z najnowszych dostępnych standardów i wdrożenia ich do praktyki -

planowania opieki. Takim standardem jest więc proces pielęgnowania. Posiada on swój stały ciąg zdarzeń, rozpoczynający się w ten sam sposób i z wykorzystaniem rekomendowanych narzędzi, jak np. badanie fizykalne, analiza dokumentacji medycznej i innej. Proces ma swój koniec w postaci ewaluacji oceniającej osiągnięte cele i wskaźniki jakości.

Standardy w praktyce pielęgniarstwie. Proces pielęgnowania.

Proces pielęgnowania w pielęgniarstwie nie jest niczym nowym. Jednakże dostępne dotychczas narzędzia znacznie utrudniały jego stosowanie. Podnoszonym argumentem jest brak kadr, które mogłyby tę metodę wdrażać do praktyki. Stąd też można powiedzieć, że pielęgniarstwo stało się jedynym zawodem medycznym, w którym nie planuje się pracy w sposób systematyczny. Pielęgniarka pracuje więc zadaniowo, według schematu, który nie zawsze jest analizowany co do swojej słuszności wdrażania i nie zastanawiając się nad tym, czy dana czynność przyniesie spodziewany efekt. Nie kwestionuje się zasadności wykonywania niektórych czynności, nie dyskutuje się o nich ponieważ nie ma takiej potrzeby. To co się wdrażało kiedyś może być również dobre współcześnie. Takie działanie w praktyce zostało skrytykowane wiele lat temu. Pielęgniarki same zaczęły dostrzegać **niewłaściwość pracy w taki sposób i brak możliwości jej oceny.** Podjęły więc starania uwieńczone wprowadzeniem procesu pielęgnowania. Jednocześnie pracowały nad budowaniem klasyfikacji, które wsparły wymianę wiedzy w dokumentach elektronicznych. Dopiero wiele lat pracy z dokumentami medycznymi pozwoliło na wpływanie na politykę zdrowotną na poziomie lokalnym, następnie krajowym. Spójny zestaw danych, możliwość odczytania ich w ten sam sposób jest podstawowym imperatywem rozwoju pielęgniarstwa.

Dostrzegamy od wielu lat, że pielęgniarstwo jako dyscyplina zawodowa jest niewidoczne w systemie ochrony zdrowia, jego planowaniu, czy wycenie. Niepoliczalność kosztów procedur medycznych wynika bowiem z braku opisanego wkładu w nie usług realizowanych przez pielęgniarki współdziałające w procesie terapeutycznym. Konsekwencją jest brak odpowiedniej pozycji pielęgniarek w instytucjach kształtujących politykę zdrowotną i możliwości kontroli praktyki. Widoczny jest brak wpływu pielęgniarek na podejmowanie decyzji opartych na wiedzy. W wielu publikacjach podkreśla się, że standaryzacja języka

pielęgniarskiego jest kluczowa dla wzajemnego zrozumienia wykonywanych zadań, możliwości ich policzenia, w rezultacie policzenia zapotrzebowania na opiekę poprzez określenie obsad pielęgniarstwie. Od wielu lat pielęgniarki próbowały opisać swój zawód i wykonywane czynności. Stąd na świecie istnieje wiele klasyfikacji (34), które zbudowane są różnorodnie. Dlatego od ponad 25 lat środowisko pielęgniarstwie dokłada starań, aby je połączyć w jeden słownik terminologiczny. Takim słownikiem, rekomendowanym przez społeczność pielęgniarstwą jest ICNP®. Działania w kierunku zbudowania zupełnie nowego słownika zainicjowano dlatego, że Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) odrzuciła propozycję włączenia Klasyfikacji NANDA, NIC i NOC do rodziny Klasyfikacji WHO, aby nie narzucać światu „amerykańskiego spojrzenia na pielęgniarstwo”.

Podczas 19 Kongresu Międzynarodowej Rady Pielęgniarek podjęto więc decyzję o budowie nowej Klasyfikacji, która została zaakceptowana przez WHO. Prace nad nową klasyfikacją rozpoczęły się w krajach, które wcześniej korzystały z klasyfikacji takich, jak np. NANDA, czyli w USA i Kanadzie. Jak wspomniano wcześniej ważnym imperatywem w pielęgniarstwie jest pełne systematyczne dokumentowanie praktyki, tzn. wykonywanych czynności i wyników opieki, w przypadku ICNP® - diagnoz.

Dzięki zastosowaniu w procesie pielęgnowania, Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) możliwe stało się implementowanie procesu pielęgnowania do elektronicznego rekordu pacjenta (EHR).

Dla dokumentowania zdarzeń medycznych, które charakterystyczne są dla pielęgniarek niezbędne jest określenie minimalnego (podstawowego) zestawu danych o pielęgniarstwie – INMS (International Nurses Minimum Data Set), który tę praktykę pozwala analizować i oceniać (28). INMDS to zestaw informacji, które powodują, że pielęgniarstwo staje się widoczne, a wymieniane dane muszą być interoperacyjne.

W 2005 r. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) określiła standard opisujący etapy procesu pielęgnowania. Według ICN proces ten składa się z 5 etapów, tj.: ocena (assessment), diagnoza (diagnosis), interwencje (intervention), implementacja (implementation) i ewaluacja (evaluation) (28).

Diagnozy/wyniki negatywne	Diagnozy/wyniki związane z ryzykiem	Diagnozy/wyniki pozytywne
<ul style="list-style-type: none"> • brak wiedzy o reżimie diety • brak wiedzy o reżimie przyjmowania leku • deficyt wiedzy o ćwiczeniach • brak wiedzy o środkach bezpieczeństwa • brak wiedzy o zachowaniach seksualnych • brak wiedzy o zarządzaniu bólem (...) 	<ul style="list-style-type: none"> • ryzyko negatywnej odpowiedzi na leczenie bólu prowadzone przez pacjenta • ryzyko negatywnej odpowiedzi na leczenie bólu prowadzone przez pielęgniarkę • ryzyko negatywnej odpowiedzi na lek • ryzyko niedowagi (...) 	<ul style="list-style-type: none"> • wiedza o ćwiczeniach fizycznych • wiedza o objętości płynów • wiedza o reżimie diety • wiedza o reżimie przyjmowania leku (...)

Tablica 1. Przykładowe diagnozy pielęgniarskie pozytywne, negatywne sklasyfikowane w Międzynarodowej Klasyfikacji Diagnoz Pielęgniarskich - ICNP®

Pierwszym elementem ww. procesu jest więc ocena, wynikająca ze zgromadzonych danych pozyskanych m.in. w procesie badania fizykalnego, składającego się z badania podmiotowego (wywiad) i przedmiotowego (oglądanie, osłuchiwanie, opukiwanie, palpacja). Są także inne źródła danych, jak np. dokumenty medyczne. W dalszym etapie budowania procesu pielęgnowania z wykorzystaniem ICNP® z bazy terminów określających tzw. przedmiot działania pielęgniarki wybierany jest obszar, którego dotyczy problem, objaw, czy też inne zjawisko i następnie odnosząca się do niego diagnoza pielęgniarska.

Klasyfikacja ICNP® wprowadza podział diagnoz i interwencji pielęgniarskich dotyczących oceny dotyczące statusu zdrowotnego pacjenta, tj.: status fizyczny, status psychologiczny i społeczny ale nie dotyczący statusu ani fizjologicznego, ani psychologiczno-społecznego. Kolejnym etapem jest zaplanowanie opieki. Jest to możliwe poprzez wybór interwencji pielęgniarskich z listy interwencji przyporządkowanych diagnozie, czyli odpowiadających diagnozom pielęgniarskim. Implementacja to kolejny, czwarty, etap procesu pielęgnowania według ICN. Zgodnie z Klasyfikacją ICNP® implementowanie oznacza „wykorzystywanie wiedzy i umiejętności w celu realizacji planów” (36).

Określenie efektów pracy pielęgniarek umożliwia ewaluacja planów opieki (piąty etap procesu pielęgnowania wg ICN). W efekcie ewaluacji możemy uzyskać diagnozę pozytywną, jak np. „brak bólu”, lub gdy wdrożone interwencje nie przyniosły efektów diagnoza może się nie zmienić i być nadal negatywną, w tym przypadku jest to „ból”. Według słownika ICNP® ewaluacja to „ciągły proces pomiaru postępu

lub rozmiaru realizacji założonych celów” (29). Wynikiem implementacji planu opieki do praktyki z wykorzystaniem ICNP jest więc kolejna diagnoza pielęgniarska (DC), wybierana z katalogu diagnoz pielęgniarskich znajdujących się w ICNP®.

W Katalogu diagnoz ICNP® są diagnozy pozytywne, negatywne i wskazujące potencjalne ryzyko, Tab. 1.

źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów szkoleniowych Akredytowanego Centrum Badań i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Diagnoz Pielęgniarskich - ICNP przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi (38).

Diagnozy negatywne, w tym związane z ryzykiem, są praktyce wybierane najczęściej. Klasyfikacja daje możliwość wyboru spośród 805 diagnoz. Nie wszystkie potencjalne problemy można opisać z wykorzystaniem ICNP®, w praktyce więc trzeba wykorzystać te, które są. Nie ma bowiem założenia, że będzie możliwość postawienia diagnozy dla każdego zjawiska. Takie podejście spowodowałoby trudność w praktyce. Diagnozy można więc uszczegóławiać dodając terminy z innych osi i tak np. w przypadku bólu może to być ból nogi, palca, oka, ucha. Utrudniałoby to wyszukanie odpowiedniej diagnozy spośród nawet kilkuset, dotyczących tylko bólu. Dlatego Klasyfikacja dzieli terminy na kilka części, które zgromadzone są podkatalogach zwanych osiami i w ten sposób porządkują proces poszukiwania. Osie podzielono obecnie na podstawowe, tj.: „Przedmiot, ang., Focus – F”, gdzie znajdują się definicje problemów pozwalających na wybór diagnoz pielęgniarskich; „Działanie, ang. Action – A”, które opisują znaczenie wybranych interwencji „IC”, „Lokalizacja, ang.

Localization - L”, pozwala na wskazanie umiejscowienia diagnozy”, np. w przypadku bólu ucha, Czas, ang. Time – T”, umożliwiająca podanie czasu występowania problemu. Oś „Klient, ang. Client – C”, wspiera natomiast informację. Termin z osi dodatkowych wybiera się wtedy, gdy konieczne jest doprecyzowanie np. podmiotu działania pielęgniarki, czy lokalizacji problemu, czasu jego występowania. I tak np. podstawową diagnozą jest „ból”, uszczegółowieniem natomiast „ucho”, które wybrane z osi ICNP®, którą nazwano „Lokalizacja - L”. W efekcie mamy więc diagnozę „ból, ucho” czyli ból ucha. Trzeba dodać, że Klasyfikacja jest tworzona dla systemu informatycznego, stąd niekiedy brzmienie terminów jest czasami obce, ale tylko takie jest niezbędne dla potrzeb statystycznych. Terminy posiadają swoje opisy/definicje, które ułatwiają zrozumienie i pozwalają na podjęcie decyzji o właściwym wyborze diagnozy, czy też interwencji do zidentyfikowanego problemu. Definicje do diagnoz są opisane w osi przedmiot (F). Przykładowy plan opieki dla diagnozy „ból przewlekły nogi trwający od roku” pokazuje Tab. 2.

źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów szkoleniowych Akredytowanego Centrum Badań i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Diagnoz Pielęgniarskich - ICNP przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi (38).

Diagnoza skonstruowana w sposób opisany w tab. 2 to diagnoza wskazująca na ból przewlekły nogi, który trwa od roku. Dalej zaproponowano interwencje pielęgniarskie. W ww. planie opieki do interwencji dodatkowo dobrano środki, które może pielęgniarka wykorzystać do swojej pracy. Interwencje to swego rodzaju nazwy procedur, do których można zaproponować

Diagnoza: ból przewlekły [10000546],
Przedmiot: ból
Lokalizacja: noga [10011298],
Czas: rok [10021270]

Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
1. administrowanie lekiem [10001773]	technika podawania leku [10006322] materiał do czytania [10016433]
2. monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]	pielęgniarka [10013333] narzędzie do oceny [10002832]
3. analgezja kontrolowana przez pacjenta [10032227]	analgetyk [10002279] materiał instruktażowy [10010395] materiał do czytania [10016433]
4. nauczanie radzenia sobie z bólem [10019489]	pielęgniarka [10013333] materiał instruktażowy [10010395] materiał do czytania [10016433]
5. promowanie samoopieki [10026347]	pielęgniarka [10013333]

Wynik: ból przewlekły [10000546]; ból ustępujący [10027917]

Tablica. 2 Przykład konstruowania planu opieki z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Diagnoz Pielęgniarskich - ICNP®

czynności, które są konieczne do wykonania przy interwencji. Frazy opisujące diagnozy, mają swego rodzaju słowa kluczowe, np.: administrowanie, monitorowanie, analgezja, nauczanie, czy promowanie. Terminy te opisane są przez definicje w osi „Przedmiot”. I tak, np. „Promowanie” to w ICNP® „asystowanie: pomaganie komuś w rozpoczęciu lub dalszej realizacji czegoś”. Monitorowanie natomiast to „określanie: uważne badanie kogoś lub czegoś w powtarzających się, albo stałych odstępach czasu”. Przygotowane plany opieki dla jednej specjalności/oddziału mogą być wykorzystywane w innych przypadkach. Różnice mogą polegać tylko na liczbie wykonywanych interwencji i ich częstotliwości.

Wnioski

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) stwarza szerokie spektrum możliwości opisanie praktyki pielęgniarskiej, dokumentowania zdarzeń medycznych związanych z pielęgniactwem, ale przede wszystkim tworzenia statystyki dla potrzeb oceny efektywności pracy pielęgniarek i ich wpływu na proces terapeutyczny.

Piśmiennictwo

- Poissant L., Pereira J., Tamblin R., Kawasumi Y., The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systemic review, „Journal of American Medical Informatics Association”, nr Vol. 12, No 5/2005, s. 505-516.
- Poon E., Jha A., Christino M., Honour M., Fernandopulle R., Middleton B., et al., Assessing the level of healthcare information technology adoption in the United States: A snapshot, „BMC Medical Informatics and Decision Making” nr 6/2006, s.1.
- Smith K., Smith V., Krugman M., Oman K., Evaluating the impact of computerized clinical documentation, „CIN: Computers, Informatics, Nursing”, Vol. 23, No 3/2005, s. 132-138.
- Burkes, M. (). Identifying and relating nurses' attitudes toward computer use. Computers in Nursing, Vol. 9, No 5/1991, s. 190-200.
- Darbyshire P., „Rage against the machine?": Nurses' and midwives' experiences of using computerized patient information systems for clinical information, „Journal of Clinical Nursing”, Vol. 13, No 1/2004, s. 17-25.
- Lee T. T., Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system, „Journal of Clinical Nursing”, No 15/2006, 1376-1382.,
- Lee T. T., Nursing information: Users' experiences of a system in Taiwan one year after its implementation, „Journal of Clinical Nursing”, Vol. 17, No 6/2008, s. 763.
- Moody L. E., Slocumb E., Berg B., Jackson D., Electronic health records documentation in nursing, „CIN: Computers, Informatics, Nursing”, Vol. 22, No/2004, s. 337-344.
- Likourezos A., Chalfin D. B., Murphy D. G., Sommer B., Darcy K., Davidson S. J., Physician and nurse satisfaction with an electronic medical record system, „The Journal of Emergency Medicine”, Vol. 27, No 4/2004, s. 419-424.
- Lee T. T., Lee T. Y., Lin K. C., Chang P. C., Factors affecting the use of nursing information systems in Taiwan, „Journal of Advanced Nursing”, Vol. 50, No 2/2005, s. 170-178.
- McLane S., Designing an EMR planning process based on staff attitudes toward and opinions about computers in Healthcare, „CIN: Computers, Informatics, Nursing”, Vol. 23, No 2/2005, s. 85-92.
- Brodthorn A., Stronge J. H., Nurses' attitudes toward computerization in a Midwestern community hospital, „Computers in Nursing”, Vol. 4 No 2/1986, s. 82-86.
- Lee T. T., Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system, „Journal of Clinical Nursing”, No 15/2006, 1376-1382.
- Eley R., Fallon T., Soar J., Buikstra E., Hegney D., Nurses' confidence and experience in using information technology, „Australian Journal of Advanced Nursing”, Vol. 25, No 3/2008, s. 23-35.
- Filipowicz J., Filipowicz T., Interoperacyjność w praktyce nieuchronna konieczność czy motor rozwoju przyjaznej administracji, E-Vita Polsko-

- Amerykańska Fundacja Wolności, http://www.internetnawsi.pl/UserFiles/System/Files/file_4df762dc1511a/in-teroperacyjnosc.pdf (stan na dzień 20 sierpnia 2015).
16. Documentation on the European Interoperability Framework, 2003 <http://ec.europa.eu/idabc/en/document/3473/5585.html#wp>, (stan na dzień 25 sierpnia 2015).
 17. Krajowe Ramy Interoperacyjności, projekt, Załącznik do uchwały Rady Ministrów www.bip.msw.gov.pl/download/4/953/kri.pdf, (stan na dzień 25 sierpnia 2015).
 18. Strategia Rozwoju Informatyki w Polsce. Raport I Kongresu Informatyki Polskiej <http://ecentrumeuropiejskie.uw.edu.pl/bibciter/reports/projects.php?idp=14>, (stan na dzień 25 sierpnia 2015).
 19. Uchwała Sejmu RP z dnia 14 lipca 2000 r. w sprawie budowania podstaw społeczeństwa informacyjnego w Polsce, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP20000220448>, (stan na dzień 25 sierpnia 2015).
 20. Komitet Badań Naukowych i Ministerstwo Łączności, Cele i kierunki rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Polsce, 2001 <http://kbn.icm.edu.pl/cele/index1.html> (stan na dzień 25 sierpnia 2015).
 21. Komitet Badań Naukowych, Strategia informatyzacji Rzeczypospolitej Polskiej, 2003, [http://archiwum-ukie.polskawue.gov.pl/HLP/files.nsf/0/79D0526B49538A-E3C125721F00335DF3/\\$file/strategia_informatyzacji_polsk_epolska.pdf](http://archiwum-ukie.polskawue.gov.pl/HLP/files.nsf/0/79D0526B49538A-E3C125721F00335DF3/$file/strategia_informatyzacji_polsk_epolska.pdf) (stan na dzień 25 sierpnia 2015).
 22. Strategia informatyzacji Rzeczypospolitej Polskiej – ePolska, 2003 [http://archiwum-ukie.polskawue.gov.pl/HLP/files.nsf/0/79D0526B49538A-E3C125721F00335DF3/\\$file/strategia_informatyzacji_polsk_epolska.pdf](http://archiwum-ukie.polskawue.gov.pl/HLP/files.nsf/0/79D0526B49538A-E3C125721F00335DF3/$file/strategia_informatyzacji_polsk_epolska.pdf) (stan na dzień 25 sierpnia 2015).
 23. Kilańska D., ICNP® Calendar in Poland (Kalendarium ICNP® w Polsce. doi: 10.13140/RG.2.1.3314.0321. (stan na dzień 25 sierpnia 2015).
 24. Kilańska D., Organizacja programu ICNP®. Geneza powstania i rozwój ICNP® na świecie i w Polsce, [w:] Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP w praktyce pielęgniarskiej, (red.) Kilańska D., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 49-55.
 25. Kisilowska M., Systemy informacyjne i klasyfikacje stosowane w ochronie zdrowia, [w:] Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP w praktyce pielęgniarskiej, (red.) Kilańska D., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 2-8.
 26. Kilańska D., Dokumentowanie procesu pielęgnowania a elektroniczny rekord pacjenta, [w:] Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP w praktyce pielęgniarskiej, (red.) Kilańska D., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 35.
 27. Kilańska D., Międzynarodowy standard pielęgniarski – wprowadzenie do praktyki pielęgniarskiej, [w:] Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP w praktyce pielęgniarskiej, (red.) Kilańska D., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 25.
 28. Kilańska D., Staszewska M., Urbanek N., Andrzejczak A., Purgał J., Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP® w Podstawowej Opiece Zdrowotnej - studium przypadku jednostki i rodziny cz. II, „Problemy Pielęgniarstwa” Vol. 22, No 4/2014: s. 546–552.
 29. International Council of Nurses, Nightingale's Notes on Nursing: A Guide for Today's Caregivers, ICN 2009, s. 4-7.
 30. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, 2003, <http://www.oipip-suw.osti.pl/onas/kodeks.pdf> (stan na dzień 25 sierpnia 2015).
 31. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039 <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111741039> (stan na dzień 25 sierpnia 2015).
 32. Ustawa z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417 ze zmianami <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20090520417> (stan na dzień 25 sierpnia 2015).
 33. Haberko J., Aktualna wiedza medyczna a stosowanie homeopatii, „Medyczna Wokanda”, nr 1/2009, s. 47-50.
 34. Kilańska D., Międzynarodowy standard pielęgniarski – wprowadzenie do praktyki pielęgniarskiej, [w:] Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP w praktyce pielęgniarskiej, (red.) Kilańska D., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 25.
 35. Kilańska D., Staszewska M., Urbanek N., Andrzejczak A., Purgał J., Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP® w Podstawowej Opiece Zdrowotnej - studium przypadku cz. I, „Problemy Pielęgniarstwa” Vol. 22, No 4/2014, s. 539–545.
 36. International Council of Nurses, International Classification for Nursing Practice. Browser, 2009 <http://icnp.stemos.com/index.php/en/2013/> (stan na dzień 25 sierpnia 2015).
 37. Akredytowane przez ICN Centrum Badań i Rozwoju ICNP przy UM w Łodzi, Pielęgniarstwo Środowiskowe. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej, katalog, 2010, rewizja polska 2014, s. 8-10 <http://www.telenrscare.umed.pl/pliki/Katalog-IC-NP-Piel%C4%99gniarnstwo-%C5%9A-rodowiskowe1.pdf> (stan na dzień 25 sierpnia 2015).
 38. Kilańska D., Materiały dydaktyczne, Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP®, <http://www.umed.pl/pl/index1.php?dir=icnp&mn=tresc-icnp&txt=3245> (stan na dzień 25 sierpnia 2015).

Kontakt na autora

dr n. o zdrowiu Dorota Kilańska¹

magister pielęgniarstwa, specjalista z organizacji i zarządzania, adiunkt w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Ekspert Europejskiej Fundacji Badań Naukowych w Pielęgniarstwie (ENRF) w zakresie kształcenia ustawicznego (CPD), zintegrowanej opieki i rozwiązań IT; komisji ds. Konstytucji Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek i ENRF, przewodnicząca Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie przy CSIOZ, członek sieci Telenursing Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, dorota.kilanska@umed.lodz.pl

mgr Agnieszka Karolczak²

asystent w Zakładzie Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, specjalista w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, agnieszka.karolczak@umed.lodz.pl

