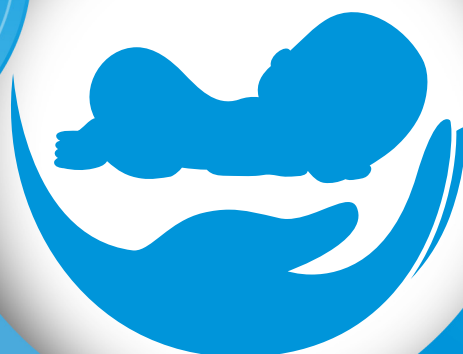


OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA

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

04
2017

ISSN 1339-5920



**Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek**

e-časopis Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia

Predseda redakčnej rady / Editor-in-Chief

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

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

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. 08. 2017
Dátum vydania: 31. 08. 2017



Umožnime chronickým pacientom, aby ich sestra mohla prísť ošetriť do domáceho prostredia	08 - 09
Mladých ľudí od práce v zdravotníctve odrádzajú nízky plat, hrdzavé posteľe a plesnivé steny	09 - 10
Otvorený list prezidentky SKSaPA zástupcom univerzít vzdelávajúcich sestry a pôrodné asistentky na Slovensku	11
Oficiálne stanovisko hlavnej odborníčky MZ SR pre ošetrovatelstvo k aktivitám Výboru pre zdravotníctvo NR SR týkajúcich sa vzdelávania sestier	12 - 13
EFN - vyjadrenie k Smernici o proporcionalite	14 - 16
Estónske predsedníctvo EÚ - Digitálne zdravie ... čo bude ďalej?	17
Verejný vypočutie Výboru EMPL Európskeho parlamentu na ochranu pracovníkov pred karcinogénmi a mutagénmi pri práci	18
Pohľad na 10 rokov činnosti Sekcie sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti	19 - 21
Etika v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti	22 - 24
Inovácia vzdelávania sestier v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť	25 - 27
Najkvalitnejším článkom monitoringu (aj naďalej) sestra	28 - 31
Jak se osvědčily opatření k prevenci sepse na KARIM FN Ostrava?	32 - 34
Ošetrovateľská starostlivosť, informovanosť a anestézia	35 - 37
Z kalendára	38
Plánované konferencie organizované odbornými sekciami SKSaPA a spoluorganizované SKSaPA v roku 2017	39
Manažment pre nelekárske študijné programy	40

Supplementum Vedecká recenzovaná časť

Uticaj zdravstvene prosvetnosti na strah od opšte anestezije	41 - 45
Príčiny vzniku alkoholizmu ženy a jeho dopad na vzťahy v rodine - kasuistika	46 - 48
Vybrané emocionálne problémy a ich dopad na subjektívne posúdenie zdravotného stavu u pacientov s akútnou pľúcnou embóliou	49 - 54
Jednoduchšie využívanie benefitného systému SK SaPA	55



**O krok ďalej
pre zdravie**

PARTNERI

PIELĘGNIARSTWO SPECJALISTYCZNE

Pismo nowoczesnej pielęgniarki i położnej



POVRCH
BEZ UMELÝCH
MATERIÁLOV

Zdravá pokožka a spoľahlivá ochrana

Špeciálne vložky **MoliMed** pre pohodlie
a istotu Vašich pacientok s ľahkou inkontinenciou

Spoľahlivé

- Bezpečne pohltia moč i zápach
- Ideálne pre ľahký únik moču po pôrode

Diskrétné

- Anatomicky tvarované vo variantoch

Udržiavajú pokožku zdravú

- Jemný antibakteriálny povrch nedráždi pokožku a eliminuje až 99,9 % baktérií
- Priedušné materiály dovoľujú pokožke dýchať, preto sa nezaparuje

Príhovor prezidentky SKSaPA

Vážené kolegyně a kolegovia,

časopis vychádza v období, kedy „nie sestry“ chcú rozhodnúť o ďalšom osude ošetrovateľstva. O ošetrovateľstve chcú rozhodnúť neodborníci, ktorí ošetrovateľstvo neštudovali, samozrejme s neodbornými zásahmi do odboru. Rozhodnúť chcú s vidinou „lacnej sestry“, ktorá po krátkej odbornej príprave zaplní diery po odídených kvalitných sestrách. Slovensko má jeden z najlepších systémov vzdelávania sestier v Európe a bolo by veľkou chybou ho vrátiť z vysokých škôl späť na stredné školy. V európskom kontexte je toto obdobie dôležité pre ošetrovateľstvo aj rokovaniami v Európskom parlamente o Smernici o proporionalite, Smernica má zabrániť v jednotlivých krajinách únie vytvárať „lacnú sestru“, je jasným pokračovaním modernizovanej Smernice 2013/55/EÚ a posilňuje rozvoj ošetrovateľstva ako profesie, má byť ďalšou ochranou pre povolanie sestera.

Problém nedostatku sestier a pôrodných asistentiek nie je vo vzdelávaní, ale v tom, že sestry potrebujú lepšie podmienky pre vykonávanie ich práce. Inak nám budú odchádzať. Zásadne odmietam tvrdenia niektorých politikov o tom, že vysokoškolské vzdelávania sestier je neefektívne a zbytočné, a to nielen preto, že tento názor odporuje európskej legislatíve, ale aj preto, že sa vzdáva vzdelávaniu sestier a pôrodných asistentiek vo vyspelých krajinách. Navyše viaceré zahraničné výskumy dokazujú, že zvyšujúcou sa vzdelanosťou úroveň sestier dochádza k znižovaniu úmrtnosti pacientov.

Verím, že budete súhlasiť, ak poviem, že systém zdravotnej starosti je na Slovensku zameraný predovšetkým na diagnostiku a operačné zákroky, ale význam ošetrovateľstva sa častokrát podceňuje, a tak pacienti ležia na zastaraných a nepohodlných posteliach, nemá ich kto nakrímiť, polohovať, či dostatočne im preväzovať rany.

Mala som možnosť zúčastniť sa takmer všetkých odborných konferencií našich odborných sekcií, kde bola prezentovaná náročná prax sestry. Starostlivosť o pacientov so zlyhávajúcimi alebo ohrozenými životnými funkciami pre sestru mnohokrát znamená vykonávanie výkonov nad rámec jej kompetencií, čo znamená nelegálnu prácu. Zlegalizovanie mnohých výkonov, ktoré majú v kompetencii lekári, považujem za nutnosť vzhľadom k bezpečnej a kvalitnej starostlivosti o pacientov, vážnosti a imidžu ošetrovateľstva, ohodnoteniu sestier, trestnoprávnej zodpovednosti sestier i posunu ošetrovateľstva. Veľká uplatniteľnosť sa javí pre sestry s pokročilou praxou. Je to definícia, ktorú sme doteraz na Slovensku nemali a jej kompetencie sú nastavené na najvyššej úrovni, s prevzatím náležitej zodpovednosti v ošetrovateľstve. Verím, že táto úprava, ktorú sme navrhli, prinesie ďalší posun pri budovaní kvalitných ošetrovateľských tímov.

Želám Vám príjemné čítanie.



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

Príhovor predsedu Sekcie sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti

Vážené kolegyně, vážení kolegovia,

tak ako po iné roky, aj tohtoročné štvrté číslo časopisu „Ošetrovatelstvo apôrodná asistencia“ je venované ošetrovateľskej starostlivosti v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti vo viacerých odboroch. V krátkosti uvediem, kde všade sa poskytuje nielen anesteziologická, ale i intenzívna ošetrovateľská starostlivosť. Pracoviská anesteziológie a intenzívnej medicíny sa členia na niekoľko organizačných zložiek. Úsek anestetický, ktorého súčasťou môže byť aj prebúdzacia miestnosť. Anesteziologická ambulancia zabezpečujúca predanestetické vyšetrenia, predoperačnú prípravu ambulantných a hospitalizovaných pacientov a konziliárne služby v rámci predoperačnej prípravy pacientov plánovaných na operačný výkon na príslušných lôžkových oddeleniach, podľa klinického stavu pacienta. Anesteziologická ambulancia môže zabezpečovať aj riešenie akútnej pooperačnej a dlhodobej analgetickej liečby. Intenzívna starostlivosť v ústavných zdravotníckych zariadeniach je najvyššou formou starostlivosti v systéme diferencovanej starostlivosti a jej náplňou je starostlivosť o kriticky chorých pacientov, u ktorých hrozí zlyhanie, zlyháva alebo zlyhala funkcia jedného alebo viacerých orgánových systémov. Intenzívnu starostlivosť tiež zabezpečujú jednotky intenzívnej starostlivosti operačných i neoperačných odborov. Tu všade má nezastupiteľné miesto sestra špecialistka nielen pre anesteziológiu, ale i intenzívnu starostlivosť.

Slovenská komora sestier apôrodných asistentiek za účelom združovania členov Komory pre uspokojovanie profesijných a odborných záujmov v roku 2008 zriadila odbornú Sekciu sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti, ktorá v tomto roku oslávila 10. výročie od svojho založenia. Odborná sekcia plní úlohy vyplývajúce z Vnútorých predpisov komory. V časopise prinášame prehľadový článok o činnosti uvedenej sekcie, ktorá patrí medzi najaktívnejšie sekcie, nielen činnosťou výboru, ale i pričinením mnohých aktívnych členov.

Záverom by som chcel veľmi pekne poďakovať všetkým, ktorí sa na činnosti odbornej sekcie sestier pracujúcich na pracoviskách anesteziológie a intenzívnej starostlivosti doposiaľ podieľali a podieľajú. Moje veľké ďakujem patrí prvej predsedníčke sekcie PhDr. Jozefíne Bančejovej, ktorá stála pri zrode sekcie spolu s nami.



*PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl.s.
Predseda Sekcie sestier pracujúcich
v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti*

Editoriál

Vážení čitatelia,

dnešným vydaním e-časopisu *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia* sme sa preklpili do druhého polroka života nášho časopisu, a to vydaním štvrtého zo šiestich čísel. Číslo 4 je už tradične venované problematike ošetrovateľskej starostlivosti v odbore anesteziológia a intenzívna starostlivosť.

Možno málokto z nás vie, že anesteziologická špecializácia u sestier sa pokladá za najstaršiu špecializáciu a anesteziologické sestry poskytujú starostlivosť už viac ako 150 rokov. Medzi prvými sestrami, ktoré poskytli anestéziu, bola Catherine S. Lawrenceová. Poskytovala anestéziu počas americkej občianskej vojny (1861 – 1865). Ako prvá „oficiálna“ anesteziologická sestra je uvádzaná sestra Mary Bernardová, katolícka mníška v nemocnici sv. Vincenta v meste Erie v štáte Pennsylvania.

Práve vzdelávanie a prax anesteziologických sestier v USA môžeme pokladať za „vzorové“, napriek tomu, že aj za tzv. veľkou mláku existuje množstvo problémov pri uplatňovaní samostatnej ošetrovateľskej praxe anesteziologickou sestrou, čo je spôsobené veľkým prekryvaním pracovných úloh jednotlivých zdravotníckych profesií. Preto sa anesteziologické sestry v USA riadia zákonom o ošetrovateľskej praxi, ktorý načrta rozsah praxe pre tzv. ošetrovateľkú anestéziu. Stupeň nezávislosti závisí od zákonov jednotlivých štátov. Niekde sa vyžaduje dohľad zo strany poskytovateľa (lekár, zubný lekár), niektoré štáty používajú výraz „spolupráca“ na definovanie vzťahov. Žiadny štát však neurčuje, že dohľad nad anesteziologickou sestrou musí mať konkrétne lekár anesteziológ.

Ďalším špecifikom anesteziologických sestier v USA je to, že viac ako 40 % anesteziologických sestier tvoria muži, čo je oveľa väčší percentuálny podiel ako v ošetrovateľskej profesii z celkového hľadiska. Pre nedostatok anesteziológov v menej rozvinutých krajinách sa úloha lekárov presúva na sestry, a preto bola v roku 1989 zriadená Medzinárodná federácia anesteziologických sestier, ktorá svoje aktivity zameriava na tvorbu štandardov, vzdelávanie, prax a vytvorila aj Etický kódex. A čo Slovensko? Máme kvalitné, vzdelané a profesionálne sestry špecialistky. Nemajú však jasne definované kompetencie, sú spoločensky degradované a finančne podhodnotené. Preto sa radíme ku krajinám s najväčším odlivom sestier, s najnižším počtom sestier v praxi, ale naopak s optimisticky naladeným Ministerstvom zdravotníctva, ktoré sa tvári, ako keby bolo všetko v poriadku.

Je naozaj všetko v poriadku? ...

Na záver mi dovoľte poďakovať za spoluprácu pri obsahovom naplnení odbornej časti e-časopisu predsedovi a členom Výboru Sekcie sestier pracujúcich v odbore anesteziológia a intenzívna starostlivosť pri SKSaPA. Leto sa nám síce chýli ku koncu, ale začne nám horúca politická jeseň, ktorá môže zasiahnuť do našej profesie. Verme, že v pozitívnom zmysle.

Prajem Vám príjemné čítanie.



PhDr. Lukáš KOBER, PhD.
predseda redakčnej rady



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

UMOŽNIME CHRONICKÝM PACIENTOM, ABY ICH SESTRA MOHLA PRÍŠŤ OŠETRIŤ DO DOMÁCEHO PROSTREDIA

Tlačová správa SKSaPA, 20.07.2017

Na Slovensku pribúdajú starší a chronickí pacienti, pre ktorých je problém pravidelne chodiť na ošetrovanie, či rehabilitáciu do zdravotníckeho zariadenia. Riešením pre takýchto pacientov je domáca ošetrovateľská starostlivosť (DOS), ktorá však na Slovensku nie je dostatočne podporovaná a dostupná pre všetkých, ktorí ju potrebujú. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek preto opätovne vyzýva kompetentných, aby urýchlene pripravili a prijali koncepciu rozvoja a financovania DOS, ktorá by mohla prispieť nielen k zlepšeniu kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre pacientov, ale aj celkovo zefektívniť zdravotníctvo na Slovensku.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je všade vo svete dôležitou súčasťou poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ale nie na Slovensku, kde sú nemocnice stále prioritou financovania zdravotných poisťovní, pričom ambulantná zložka, vrátane agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), je poddimenzovaná a na chvoste záujmu, ktoré tak doslova riešia existenčné problémy. „Aj Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj vo svojej správe o zdravotníctve skonštatovala, že na Slovensku je nedostatočne rozvinuté poskytovanie dlhodobej a domácej starostlivosti, najmä pre nedostatok financií. Z celkových výdavkov na zdravotníctvo do tejto oblasti smeruje iba 6,5 % a inštitúcie, ktoré poskytujú profesionálne služby v tejto oblasti,



Zdroj: Foto: SITA / Diana Černáková

zamestnávajú relatívne málo ľudí, ak to porovnáваме s inými krajinami OECD,“ konštatovala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová dipl. p. a. s tým, že pre štát je vysoko neefektívne, aby bol pacient doliečovaný v nemocnici niekoľko týždňov, keď zdravotnícky systém poskytuje aj efektívnejšiu ošetrovateľskú starostlivosť. Prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. kompetentným dvíha varovný prst, aby si nedávali načas s prípravou novej koncepcie rozvoja a financovania DOS, pretože Slovensko bude v krátkom čase potrebovať čoraz viac zariadení dlhodobej starostlivosti, keďže populácia viac starne, ľudia sú čoraz viac chorľaví, je stále väčší tlak na to, aby boli pacienti čo najkratšie v nemocniciach.

Ako ďalej povedal predseda Sekcie sestier pracujúcich v ADOS pri SK SaPA Mgr. Jaroslav Straka, starnúca populácia na Slovensku potrebuje stále viac zdravotníckych služieb, ktoré je možné vykonávať aj v domácom prostredí pacientov vo väčšom rozsahu a kvalite, ako sú napríklad základná diagnostika pacienta, komplexná ošetrovateľská starostlivosť, podávanie infúznej a injekčnej liečby, rehabilitácia, prevencia a podpora zdravia a podobne. Ministerstvo zdravotníctva SR by preto podľa neho malo v čo najkratšom čase pristúpiť ku zmene koncepcie a financovania ADOS na Slovensku, pretože v súčasnosti títo poskytovatelia skôr živia, akoby sa rozvíjali. „Efektívne fungovanie zdravotnej starostlivosti na Slovensku sa stále nerieši systémovo, pritom DOS je najlepšou možnosťou, ako začať riešiť problematiku financovania dlhodobej starostlivosti. Navrhujeme v spolupráci so zdravotnými poisťovňami vytvoriť efektívny model financovania, ktorý zrealizuje ceny našich služieb,“ dodal predseda Sekcie sestier pracujúcich v ADOS Mgr. Jaroslav Straka s tým, že aj po, aj pri zmene financovania tejto služby budú DOS stále najlacnejšou zdravotnou starostlivosťou. Podľa členky Výboru Sekcie sestier pracujúcich v ADOS pri SK SaPA Bc. Zuzany Maderovej je preukázateľné, že ADOS prispievajú k zníženiu nákladov na hospitalizáciu a liečbu pacienta. ADOS totiž napomáha k spríjemneniu zdravotnej starostlivosti tým, že realizuje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v prostredí, ktoré je pre pacienta najprirodzenejšie. „Našu činnosť nám však sťažujú aj viaceré problémy. Jedným z nich je nedostatočná informovanosť klienta o službách a možnostiach ADOS, či častá zámena s opatrovateľskou službou. Problém je aj to, že pri každej novovznikutej rane je nutná konzultácia so špecialistom, čo mnohokrát pri imobilných pacientoch nie je možné. No a v neposlednom rade sestra nemá možnosť predpisu plienok pre dospelých, obväzového materiálu a podobne,“ dodala Bc. Zuzana Maderová, ktorá je presvedčená o tom, že definovaním kompetencií sestier a prevzatím zodpovedností by sa výrazne skrátil čas vybavovania náležitých tlačív a dokladov.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť (DOS) je ambulantnou formou zdravotnej starostlivosti, ktorá je poskytovaná v domácom alebo v inom sociálnom prostredí pre tých pacientov, ktorí potrebujú odbornú ošetrovateľskú alebo rehabilitačnú starostlivosť a nemôžu samostatne chodiť na ošetrovanie, či rehabilitáciu, nakoľko sú čiastočne alebo úplne imobilní. DOS je poskytovaná sestrou alebo pôrodnou asistentkou s príslušnou odbornou spôsobilosťou prostredníctvom Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), ktoré na Slovensku začali vznikať od 90-tich rokov.

MLADÝCH ĽUDÍ OD PRÁCE V ZDRAVOTNÍCTVE ODRÁDZAJÚ NÍZKY PLAT, HRDZAVÉ POSTELE A PLESNIVÉ STENY

Tlačová správa SKSaPA, 12.07.2017

Slovenské sestry majú po svojich kolegyniach z Maďarska najnižšie platy v Európskej únii. Znie to neuveriteľne, ale študent ošetrovateľstva v Írsku dostane vyšší nástupný plat ako je priemerná hrubá mesačná mzda sestry na Slovensku. Okrem nízkeho platu však mladých ľudí od práce v zdravotníctve odrádzajú aj hrdzavé a nepolohovateľné postele, zatekajúce a plesnivé steny, či korupcia v zdravotníctve.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek dlhodobo upozorňuje na to, že na Slovensku v posledných rokoch klesá záujem mladých ľudí vykonávať povolanie sestry. Aj pri dostatočnom naplnení uchádzačov o štúdium v odbore ošetrovateľstvo veľa z nich odchádza už počas školy, alebo po ukončení štúdia nenastúpa do systému všetci. „Prečo je tomu tak? Tých príčin je viacero. Medzi najhlavnejšie dôvody, prečo nám do systému nepribúdajú nové sestry, je v prvom rade nízky plat, ktorý nemilo prekvapí každého mladého človeka. Absolventov ošetrovateľstva následne odradí nevyhovujúce pracovné prostredie v zdravotníckych zariadeniach, pretože si uvedomia, že v priestoroch s plesnivými a zatečenými stenami, či nepolohovateľnými a hrdzavými posteľami sa nedajú ošetrovať pacienti tak, ako boli učení na školách,“ konštatovala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. s tým, že mladých ľudí od výkonu povolania odrádzajú taktiež korupcia v zdravotníctve, či dlhodobá ignorácia nespokojných zdravotníkov v spoločnosti zo strany politikov. Znie to neuveriteľne, ale absolvent ošetrovateľstva v Írsku dostane vyšší nástupný plat (1 150 €) ako je priemerná hrubá mesačná mzda sestry na Slovensku (767 €). Ako ďalej povedala prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., mladých ľudí uráža, že takmer trojnásobne vyšší plat dostane sestra v Írsku (2 030 €), Nemecku (2 200 €), Rakúsku (2 300 €), Veľkej Británii (2 477 €) a vo Švédsku dokonca až 3112 eur. S výnimkou Maďarska majú od sestier na Slovensku vyššie platy v Poľsku (786 €) aj v Česku (1 000 €).

Komora len za posledných päť rokov zaznamenala o vyše polovicu novoprijatých žiadostí o vykonávanie tejto profesie. Zo štatistik SK SaPA vyplýva, že za posledných päť rokov viac sestier a pôrodných asistentiek ubudlo, ako pribudlo. „V mesiacoch jún až júl 2017 sme zaregistrovali 23 absolventov, z toho 1 absolvent odboru diplomovaná všeobecná sestra a 22 absolventov v odbore ošetrovateľstvo I. stupeň (Bc.). V porovnateľnom období minulého roka v mesiacoch jún až august 2016 sme zaregistrovali 102 absolventov, z toho 80 v odbore ošetrovateľstvo I. stupeň (Bc.) a 22 absolventov odboru diplomovaná všeobecná sestra,“ vysvetľuje člen Prezídia a Rady Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., ktorý uvádza, že zo 42 239 registrovaných sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku je len 718 sestier vo veku 22-24 rokov.

Členka Prezídia a Rady Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Zuzana Haladová upozorňuje na to, že mnohí študenti ošetrovateľstva prehodnocujú svoje priority už počas štúdia, keď v rámci praxe prichádzajú do zdravotníckych zariadení, kde sa stretávajú s nedostatočným materiálno-technickým zabezpečením. „Študentov ošetrovateľstva veľmi rýchlo odradí nevyhovujúce prostredie, kde sa dá veľmi ťažko poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť. Je totiž ťažké predchádzať nozokomiálnym nákazám, keď sa v nemocniciach nachádzajú zatečené, či plesnivé steny, či robiť preventívne opatrenia na zamedzenie tvorby preležaniny na hrdzavých a nepolohovateľných posteliach. Študenti si všimajú nevyhovujúci manažment práce na jednotlivých oddeleniach, veľa nadčasových hodín, či unavené a vyčerpané sestry. V kontexte týchto súvislostí prehodnotia svoje priority viacerí počas štúdia, pričom ostanú len niektorí,“ povedala členka Prezídia a Rady Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Zuzana Haladová s tým, že mladí ľudia si začínajú uvedomovať svoju cenu a hodnotu, a taktiež vedia, že z niečoho treba zaplatiť nájom, potraviny a chcú si dopriať aj relax. „Vstupom do Európskej únie sme prijali určité benefity a jedným z nich je pracovná mobilita v štátoch Európskej únie. Takže veľakrát vzdelávame ľudí pre zahraničný trh prác, kde sú podmienky aj finančné ohodnotenie oveľa lepšie,“ uviedla Mgr. Zuzana Haladová.



Zdroj Foto: www.netky.sk

Podľa členky Rady Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek PhDr. Dany Zrubcovej, PhD., zahraničné zdravotnícke zariadenia robia na mnohých vysokých školách nábor študentov ošetrovateľstva už po ukončení prvého ročníka. Študenti dostanú štipendium v prípade, že sa po ukončení štúdia zaviazu pracovať v ich zdravotníckom zariadení. „Naši študenti v rámci programu Erasmus pravidelne absolvujú študijné pobyty a odborné stáže v zahraničí, a keďže manažéri zisťujú, že sú odborne veľmi dobre pripravení pre prax, tak im už tam ponúkajú pracovné pozície. Sme radi, že naši absolventi získavajú po ukončení štúdia pracovné skúsenosti aj v zahraničí, problém však je, že sa už nechcú vrátiť späť, keď porovnajú pracovné podmienky v iných členských štátoch Európskej únie a u nás,“ PhDr. Dana Zrubcová, PhD.

A čo by malo byť motiváciou pre zvýšenie počtu záujemcov o štúdium odboru ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie? „Problém slovenského zdravotníctva nie je vzdelávanie zdravotníkov, ako si mylne myslí predseda Výboru Národnej rady SR Štefan Zelník. Sestry a pôrodné asistentky jednoznačne potrebujú vytvoriť vhodné podmienky pre štúdium a pracovné prostredie pre výkon ich povolania, aby chceli pracovať v slovenskom zdravotníctve pre našich pacientov,“ dodáva prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

Otvorený list prezidentky SKSaPA zástupcom univerzít vzdelávajúcich sestry a pôrodné asistentky na Slovensku

Vážený pán rektor,

dovoľujeme si Vás osloviť v súvislosti s aktivitami Asociácie nemocníc Slovenska (ďalej len „ANS“), Asociácie stredných zdravotníckych škôl (ďalej „ASZŠ“) a vyjadreniami niektorých politikov, ktoré poškodzujú a ohrozujú vysokoškolské vzdelávanie sestier v odbore ošetrovateľstvo na Slovensku.

ANS v týchto dňoch v zdravotníckych zariadeniach distribuuje dotazník, v ktorom na jednom papieri dáva do konfrontácie názor riaditeľa a námestníčky zdravotníckeho zariadenia proti vysokoškolskému vzdelávaniu sestier a pýta sa zdravotníkov na ich názor, či je/nie je pre sestry na Slovensku potrebné vysokoškolské vzdelávanie tak, ako ho máme nastavené dnes. Je to jedna z ďalších štvavých kampaní proti vysokoškolskému vzdelávaniu sestier.

Minulý týždeň sa dokonca na pôde Národnej rady Slovenskej republiky pod vedením predsedu Výboru NR SR pre zdravotníctvo MUDr. Štefana Zelníka, PhD. uskutočnilo pracovné stretnutie so zástupcami stredných zdravotných škôl, na ktorom sa diskutovalo o riešení nedostatku sestier a prinavrátením ich vzdelávania na stredné školy, či vytvorenie vzdelávania praktických sestier, ktoré funguje v Českej republike. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (ďalej „komora“) na toto pracovné stretnutie nebola prizvaná, podobne ako Vy, zástupcovia univerzít, fakúlt, či katedier ošetrovateľstva.

Nie je potrebné hovoriť o tom, že dnes potrebuje pacient, ale aj zdravotnícky systém sestru vzdelanú v modernom ošetrovateľstve v dostatočnom rozsahu a kvalite. Profesorka Aiken a kol. v roku 2014 v svojej štúdií popísala pozitívny význam zvyšovania vysokoškolského vzdelania sestier a jeho dopad na zníženie úmrtnosti pacientov. (Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study.)

Komora vydala k tejto problematike tlačovú správu, aby sestry a verejnosť vedeli, čo sa v spoločnosti deje. <http://www.sksapa.sk/aktuality-a-oznamy/zrada-na-sestry-politici-rokuju-o-vzdelavani-sestier-bez-nich-za-zatvorenymi-dverami.html>

Máme však vážne obavy, že pokiaľ spoločne nezasiahneme do týchto aktivít, ASZŠ si spolu s ANS vybojujú stredoškolské vzdelávanie sestier po vzore Českej republiky na úkor vysokoškolského vzdelávania, a to bez akejkoľvek relevantnej analýzy.

V mene Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek si Vás preto dovoľujem požiadať o podporné stanovisko k vysokoškolskému vzdelávaniu sestier v odbore ošetrovateľstvo a jasné vyjadrenie postoja k opätovnému zavedeniu stredoškolského vzdelávania sestier na úkor vysokoškolského vzdelávania.

S úctou

Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.
prezidentka

Oficiálne stanovisko hlavnej odborníčky MZ SR pre ošetrovatelstvo k aktivitám Výboru pre zdravotníctvo NR SR týkajúcich sa vzdelávania sestier

So znepokojením sledujem aktivity na parlamentnej pôde smerujúce k nepriaznivému vývoju vzdelávania sestier. Konkrétne vznik a činnosť dočasnej skupiny pre vzdelávanie sestier, ktorú vytvoril predseda Výboru pre zdravotníctvo NR SR, MUDr. Štefan Zelník, PhD.

Uvádzam moje krátke vyjadrenie k situácii v ošetrovatelstve, k vzdelávaniu sestier. V záujme prehľadnosti nebudem presne citovať legislatívu, ktorá je všeobecne známa. Vyjadrím sa v zjednodušenej forme, prijateľnej aj pre neodborníkov v ošetrovatelstve.

Ošetrovatelstvo je prax sestry, ktorá pozostáva z výkonov na základe ordinácie lekára, výkonov v spolupráci s lekárom a výkonov vykonávaných samostatne. Áno, každá sestra je manažérka – manažérka ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta. Manažment starostlivosti o pacienta nie je totožný s manažmentom v ošetrovatelstve, ktorý predstavuje vedúce pozície. Manažment starostlivosti o pacienta je v zjednodušenej podobe vyjadrený ošetrovateľský proces, ktorý sa vo svete považuje za najbezpečnejšiu a najlepšiu metódu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Takáto forma ošetrovateľskej starostlivosti je uvedená aj v Zákone NR SR č. 576/2004 Z. z. Sestra pacienta posúdi, zhodnotí, naplánuje realizáciu všetkých činností, ktoré tvoria jej prax (uvedené vyššie), zabezpečí ich realizáciu a následne zhodnotí účinnosť realizovaných činností, prípadne na základe zmenených skutočností, stavu pacienta, modifikuje ošetrovateľskú starostlivosť. Sestra pri realizácii ošetrovateľskej starostlivosti, na základe posúdenia pacienta, nemusí vykonať všetky ošetrovateľské výkony, ale môže mnohé výkony delegovať na iných zdravotníckych pracovníkov – zdravotníckych asistentov, sanitárov, na ktoré majú uvedení pracovníci kompetencie. Jedná sa predovšetkým o „obslužné“ výkony súvisiace so stravovaním, pitným režimom, hygienou, vyprázdňovaním, polohovaním a pohybom. Sestra pri pacientovi trávi najviac času spomedzi všetkých zdravotníckych pracovníkov, kontinuálne prehodnocuje stav pacienta pre potreby



PhDr. Helena Gondárová – Vyhníčková, dipl. s.
Hlavná odborníčka MZ SR pre odbor ošetrovatelstvo

ošetrovateľskej praxe. Ako už bolo vyššie uvedené, sestra musí skĺbiť, zmanažovať všetky tri druhy jej výkonov. Medicína napreduje, pribúdajú nové lieky, nové liečebné a vyšetrovacie postupy. Nie je mysliteľné, aby sestra v kontexte s kvalitnou a bezpečnou starostlivosťou neovládala princípy medicínskych výkonov v nadväznosti na ošetrovateľskú starostlivosť. A práve pre toto je potrebné, aby s napredovaním medicíny napredovalo aj ošetrovatelstvo. Vzhľadom k uvedeným skutočnostiam vidím snahu o spiatocňujúci trend vo vzdelávaní sestier – pokus o návrat vzdelávania sestier na stredné školy, za veľmi nebezpečný v súvislosti s bezpečnosťou pacienta. Áno, každý chceme šikovnú, usmievavú sestričku. Ale to nestačí, potrebujeme aj vzdelanú sestru – tú osobu, ktorá sa priamo, časovo najviac, dotýka nielen nášho zdravia, ale i života. Sestra v rámci vysokoškolského štúdia získa vedomosti z farmakológie, klinických predmetov, vie zvládať akútne situácie a pod. Charakteristika šikovnosti mnohokrát končí požiadavkou bezvýhradného vykonania prikázaného výkonu bez požiadavky na zhodnotenie situácie, potrieb pacienta. Či sestra alebo lekár, architekt, každý sa stáva skúseným na základe praxe. Pacient tiež neuprednostňuje lekára absolventa. Vysokoškolské vzdelanie sa vyžaduje u mnohých profesií, ktoré nemajú nič spoločné s najzložitejším systémom, človekom. Prečo

nedať akademické vzdelanie tým, ktorí tomuto zložitému systému poskytujú starostlivosť nielen v zdraví, ale predovšetkým v chorobe, poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá neznamená len strohé vykonanie výkonu, ale je potrebný holistický prístup k pacientovi so zohľadnením všetkých jeho potrieb – biologických, psychických, sociálnych, o riešení ktorých je ošetrovatelstvo?

Spresním často deklarovanú skrátenú formu vzdelávania sestier v Nemecku. Existuje iba skrátené štúdium na dva roky pre ďalšie štúdium v prípade už získaného vzdelania sestry v jednej z troch odborností: ošetrovateľská starostlivosť v zdraví a chorobe s automatickým uznaním v rámci EÚ, ošetrovateľská starostlivosť v zdraví a starostlivosť o deti, ošetrovateľská starostlivosť v starobe. Vzdelávanie sestier v Nemecku sa riadi Smernicou 55/2013/EÚ a do roku 2020 musí Nemecko „dobechnúť“ vzdelávanie podľa uvedenej smernice. Zdravotnícky asistent a sanitár majú podobnú prípravu ako u nás.

Opakovane som zaregistrovala argument, že v zahraničí existuje certifikovaná sestra – CNA, ktorá má „krátku“ prípravu. Nie je to tak. Ako vyplýva z názvu: CNA - certified nursing assistant je v USA zdravotnícky asistent sestry, ktorý podobne ako u nás zdravotnícky asistent, nemôže ošetrovateľské výkony realizovať samostatne, ale len v spolupráci so sestrou, ktorá má VŠ vzdelanie. Jedná sa predovšetkým o „obslužné“ výkony. Je korektné uvádzať aj to, že v USA je skupina sestier - advance practice registered nurse (APRN) – sestra s pokročilou praxou, ktorá vykonáva mnohé výkony, ktoré na Slovensku majú v kompetencii lekári. K advance practice registered nurse (APRN) patria napr. aj VŠ sestry - certified registered nurses anaesthetist (CRNAs) - „anestéziologické sestry“, ktoré vykonávajú viac ako polovicu anestézií pod supervíziou lekára podľa vypracovaných protokolov. Podobne uvádza aj prof. MUDr. Skarvan z nemocnice v Bazilej vo Švajčiarsku, že viac ako polovicu anestézií v ich nemocnici vykonávajú sestry. Na Slovensku podľa výskumu

vykonávajú mnohé anestézie tiež sestry - nelegálne, vrátane sestier so SŠ. Podobne sestry nelegálne vykonávajú ďalšie výkony, ktoré sú v kompetencii lekára – zavádzanie kanýl do periférnych žíl, podávanie liekov do žily, vyberanie stehov, nastavovanie parametrov na dýchacích prístrojoch, úprava dávky kontinuálne do žily podávaných „resuscitačných“ liekov, liekov na umelý spánok, ošetrovanie rán a mnohé iné. Starnúca populácia, zvyšujúce sa nároky na kvalitu života prinášajú väčší objem zdravotnej starostlivosti. Podľa mňa už nie je možná cesta k tomu, aby tieto uvedené výkony vykonávali lekári, ktorí sú dennodenne konfrontovaní so stále novými postupmi a jednoducho na uvedené „pôvodné“ lekárske výkony už nemajú časový priestor. Je správne, že sa lekári posúvajú s novými technológiami, len treba výkony prenechané sestrám zlegalizovať. Pýtam sa: „Bude dostatočné a vhodné SŠ vzdelanie sestier pri nevyhnutnom preberaní lekárskeho výkonov?“ Podľa výskumu na Slovensku už viac ako 90% sestier podáva lieky do žily, zavádza periférne žilové kanyly. Mnohé aj so SŠ, teda bez adekvátnych znalostí napr. z farmakológie, bez teoretického podkladu, len na princípe „odkukaných“ skúseností. Bude vhodné nevyhnutné zvyšovanie kompetencií sestier s nepriamoúmerným a klesajúcim vzdelaním sestier? Výskumy poukazujú na skutočnosť, že úmrtnosť pacientov klesá so zvyšujúcim sa vzdelaním sestier. Riešenie problematiky vzdelávania sestier i kompetencií treba zobrať v komplexom pohľade.

Ošetrovatelstvo v dnešnej dobe je podstatne iné ako pred polstoročím. Nielen preberanie lekárskeho výkonov do ošetrovateľskej praxe, nových ošetrovateľských výkonov, ale i potrebná koncepcia dlhodobej starostlivosti, domy ošetrovateľskej starostlivosti, komunitné ošetrovatelstvo, kde nie je pri prevažne polymorbídnych pacientoch prítomný lekár, čo znamená zvýšenie nárokov na vedomosti sestier, na ich samostatné rozhodovanie, kritické myslenie, či samostatnú prax.

Mladí ľudia dnes majú iné ambície ako pred polstoročím. Chcú mať akademické vzdelanie, čo považujem za správne. Vedť vzdelanie občanov je bohatstvom krajiny. Nebráňme mladým ľuďom získať VŠ vzdelanie v ošetrovatelstve. Ak im

to neumožníme, pôjdu študovať iný odbor a zámer o stabilizáciu sestier sa minie želanému výsledku. Nik nenúti všetkých mladých ľudí študovať vysokú školu, kto nechce, môže vyštudovať napr. zdravotníckeho asistenta, alebo absolvovať kurz sanitára, ktorí majú uplatnenie. Nie každý mladý človek zvládne nároky na VŠ, na kritické myslenie, na samostatné rozhodovanie potrebné na štúdium VŠ. Preto nebude ani vhodné, aby boli všetci VŠ vzdelaní. Lenže, ak niekto nemá predpoklady na kritické myslenie, nerobme z neho sestru, ktorá kritické myslenie potrebuje. Za nemiestne a neodborné považujem aj vyjadrenia niektorých členov Zdravotníckeho výboru NR SR: „*tie dievčatá nechcú študovať vysokú školu*“. V podobnom duchu by som sa mohla vyjadriť aj ku štúdiu medicíny, ja ako odborník v medicíne: „*chlapcom treba skrátiť štúdium medicíny na tri roky a bude dosť lekárov*“, ale v takýchto vyjadreniach nevidím racionálne riešenie problému. Tiež to beriem ako snahu o neodborný zásah do povolania sestry, ktoré je chránené, aj vzhľadom na bezpečnosť pacienta, viacerými medzinárodnými dokumentmi, vrátane prístupových zmlúv vstupu našej krajiny do Európskej únie. Ak sú problémom ošetrovatelstva výkony súvisiace s hygienou, stravovaním, obsluhou, polohovaním, premiestňovaním pacienta, tak riešime tieto problémy. Na spomínané obslužné výkony majú kompetencie aj zdravotnícki asistenti, sanitári. V ambulantnej sfére v rámci primárnej, sekundárnej i terciálnej prevencie, ktorá je lacnejšia ako liečba, je potrebná edukácia. Edukácia je doménou sestier. Edukácia je vzdelávací proces.

Nedostatok sestier nie je stav vzniknutý z jedného dňa na druhý. Je to stav, ktorý je výsledkom dlhoročného vývoja. Jeden, v negatívnom zmysle zlomový okamih, bol pred rokmi, keď sa upravili minimálne personálne normatívy v zmysle navýšenia počtu pacientov, ktorým má sestra poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v snahe zachrániť oddelenia, kde neboli minimálne personálne normatívy dodržané. Výsledkom bol pravý opak zámeru. Nastalo ešte väčšie preťaženie sestier a ich ďalší odchod zo systému. Spomenuté preťaženie v kombinácii s nie vždy primeraným finančným ohodnotením a uvedeným neatraktívnym vzdelaním neprítiahne sestry do systému zdravotnej

starostlivosti. Nebudem rozoberať zodpovednosť za vzniknutý stav.

Vyjadrovanie iných zdravotníckych pracovníkov, ktorí ošetrovatelstvo neštudovali, vnímam ku problematike ošetrovatelstva ako neodborné. Zmeny v ošetrovatelstve by sa mali v prvom rade dotýkať tých, ktorí ošetrovateľskú starostlivosť poskytujú, tí by sa mali v prvom rade k nim vyjadrovať, ale bez záťažne vidiny lacnej pracovnej sily, ktorá prekryje pohľad na bezpečnosť pacienta, udržateľnosť a zvyšovanie kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Vychádzajúc zo štatútu hlavného odborníka moja funkcia je čestná, nie som zviazaná žiadnej inštitúciou (hlavne podnikateľskej), a ani jednotlivcom, uvádzam nezávislú, odbornými vedomosťami i dlhoročnými skúsenosťami podloženú víziu smerovania odboru ošetrovatelstvo na Slovensku:

Nech zdravotnícky pracovník v povolani sestry po VŠ príprave, vrátane kvalitnej praktickej prípravy, ostane kvalitnou sestrou, ktorá vie zmanažovať kvalitnú a bezpečnú ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta, s tým, že mnohé ošetrovateľské výkony môže delegovať na iných zdravotníckych pracovníkov (zdravotníckych asistentov, sanitárov).

Sestra s VŠ prípravou nech legálne preberie viaceré pôvodne lekárske výkony, tak ako je to v mnohých krajinách.

V takomto riešení, ktorého súčasťou je udržanie doterajšieho kvalitného systému vzdelávania sestier, vidím zabezpečenie kvalitnej a bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti pre občanov našej krajiny. Uvedeným posunom kompetencií by vznikol aj ekonomicky efektívny systém zdravotnej starostlivosti bez represie vzdelávania mladých ľudí a trendu znižovania kvality poskytovanej starostlivosti. Považujem za potrebné o situácii informovať aj občanov, pacientov, ktorých sa zdravotná starostlivosť dotýka ako prijímateľov. Kvalita starostlivosti sa ich priamo dotýka, nielen vo vzťahu k finančným prostriedkom, ktoré vkladajú do zdravotného poistenia, ale v prvom rade ako „dotýkanie sa“ ich najvyšších hodnôt, ktorými sú zdravie a život.

V Ružomberku 16. 7. 2017

Členovia EFN pri niekoľkých príležitostiach uviedli, že ich vlády plánujú znížiť stupeň vzdelania v odbore ošetrovatelstvo tým, že vytvoria „lacnú sestru“.

Napriek tomu, že členovia EFN použili ako dôkaz štúdiu autorky Lindy Aiken, ktorá zistila, že „každý 10% pokles bakalárskeho stupňa vzdelania sestier bol spojený so zvýšenou úmrtnosťou o 7%, čo znamená, že zníženie vzdelania sesterského personálu, za účelom šetrenia financií, má nepriaznivé účinky na zdravie a výsledky pacientov“ (Aiken, 2014 Lancet), vlády niektorých krajín vytvárajú nové právne predpisy a služby s nižším stupňom vzdelania sestier, často nazývanými „zdravotnícki asistenti“ vo východnej Európe. A mnohé členské štáty v súčasnosti kvôli úsporným opatreniam zavádzajú vedľajšie profesie, napríklad asistentov, ktorí by nemali vyšší stupeň vzdelania a pomáhali by sestram v priamej starostlivosti o pacientov.

EFN vždy používala európske právne predpisy, najmä Smernicu 2005/36/EC (modernizovanú Smernicu 2013/55/EÚ) na posilnenie ošetrovatelstva ako profesie, ale teraz sa zdá, že táto Smernica nestačí na to, aby sa zabezpečili sestry bakalárky a nenahradili ich nové a lacnejšie profesie. Navrhovaná smernica o proporcionalite, o ktorej v súčasnosti rokujú členské štáty v Rade a Európskom parlamente, sa preto považuje za nový nástroj pre členov EFN na ochranu ošetrovatelstva ako profesie.

Zapojenie národných asociácií do procesu hodnotenia proporcionality môže viesť k tomu, že národné vlády začnú vytvárať tzv. „lacnú sestru“, ktorá by prednostne nebola v súlade s požiadavkami Smernice 55 (4600 hodín, 2300 hodín praktického výcviku), takže nebude možné využívať automatické uznanie ich kvalifikácie v inom členskom štáte EÚ. Práve v tomto politic-

kom a profesionálnom kontexte EFN nachádza rozumné argumenty na podporu navrhovanej Smernice o proporcionalite.

Smernica o proporcionalite chráni ošetrovateľskú profesiu, ktorej úroveň sa znižuje

Podľa Článku 59 modernizovanej Smernice 55 vrátane piatich zdravotníckych profesií, členské štáty musia: posúdiť primeranosť existujúcich vnútroštátnych opatrení; do šiestich mesiacov od prijatia predložiť dôvody primeranosti akýchkoľvek nových požiadaviek, ktoré následne zavádzajú; a každé dva roky informovať Komisiu o požiadavkách, ktoré boli odstránené alebo menej prísne.



Navrhovaná Smernica o proporcionalite okrem toho veľmi jasne uvádza, že regulácia profesionálnych služieb zostáva výsadou členských štátov EÚ a je na každom členskom štáte, aby rozhodol, či je potrebné zasiahnuť a zaviesť pravidlá a obmedzenia prístupu vykonávania alebo výkonu povolania, pokiaľ sa rešpektujú zásady nediskriminácie a proporcionality. Pre EFN je dôležité, aby akékoľvek regulačné opatrenia nezasahovali do hlavných cieľov Smernice 2013/55/EÚ, pokiaľ ide o povolanie v ošetrovateľskej profesii: (i) zvýšiť mobilitu sestier všeobecnej starostlivosti prostredníctvom pravidiel automatického vzájomného uznávania a (ii) zabezpečiť ich primeranú úroveň vedomostí, zručností a kompetencií (Článok 31).

Zavedenie spoločného hodnotiaceho mechanizmu v celej EÚ vrátane odborníkov v oblasti zdravotníctva, ktorý by všetky členské štáty uplatňovali porovnateľným spôsobom, ktorý by mal posilniť rozvoj ošetrovatelstva ako profesie v EÚ a Európe. Akékoľvek nové alebo zmenené a doplnené predpisy o povolaniach sa zakladajú na dôvodoch verejného záujmu, ako sú „verejné zdravie“ alebo „naliehavé dôvody vo verejnom záujme“ (vrátane ochrany príjemcov služieb, ako sú príjemcovia zdravotníckych služieb). Návrh jasne uvádza, že právne predpisy, ktoré majú čisto hospodársku povahu alebo čisto administratívne dôvody, nemožno použiť ako odôvodnenie národných vlád. Preto sa členské štáty nemôžu spoliehať na čisté „potreby trhu práce“ na vytváranie paralelných ošetrovateľských povolanií alebo použiť iné vágne argumenty na vytvorenie tzv. „lacných sestier“.

Okrem toho Článok 6.2 návrhu Európskej komisie posilňuje ošetrovateľskú profesiu.

- písmeno d) prepojenie medzi rozsahom činností, na ktoré sa vzťahujú povolanie alebo ktoré sú preň vyhradené, a požadovanou odbornou kvalifikáciou;
- písmeno e) prepojenie medzi zložitou úlohou a potrebným vlastníctvom osobitnej odbornej kvalifikácie, najmä pokiaľ ide o úroveň, povahu a trvanie požadovanej odbornej prípravy alebo praxe, ako aj existenciu rôznych spôsobov ako získať odbornú kvalifikáciu;
- písmeno f) rozsah odborných činností vyhradených pre držiteľov konkrétnej odbornej kvalifikácie, a to či a prečo sa činnosti vyhradené pre určité povolania môžu alebo nemôžu zdieľať s inými profesiami;
- písmeno g) stupeň samostatnosti pri výkone regulovaného povolania a vplyv organizačných a dozorných opatrení na dosiahnutie sledovaného

cieľa, najmä ak sa činnosti súvisiace s regulovaným povoláním vykonávajú pod kontrolou a zodpovednosťou riadneho kvalifikovaného odborníka.

Poskytovanie starostlivosti o pacientov, koordinácia procesu starostlivosti s cieľom dosiahnuť lepšie zdravotné výsledky naznačuje vysokokvalifikovanú pracovnú silu. Článok 6.2 teda zaručuje, že hodnotenie proporcionality v nových právnych predpisoch, ktoré menia súčasnú situáciu v ošetrovatelstve, bude obsahovať náležitú zdôvodnenie rezervácie ošetrovateľských aktivít aj pre profesie (zdieľané rezervy) vyškolené na nižšej úrovni. Článok 6.2 návrhu by mal pomerne pozitívny vplyv na ošetrovateľskú profesiu, najmä ak sa bude uplatňovať spolu s bodom i) článku 6.2, ktorý od členských štátov vyžaduje, aby vzali do úvahy vplyvy navrhovaných opatrení na kvalitu služieb a slobodný pohyb profesionálov.

Rovnako dôležitý je aj Článok 6.4 Smernice návrhu, ktorý poskytuje prehľad rôznych regulačných požiadaviek, ktoré je potrebné zohľadniť pri posudzovaní kombinovaného účinku nového opatrenia spolu s existujúcimi požiadavkami („kumulatívny účinok“). To znamená, že pri zavedení jednej alebo viacerých požiadaviek spolu s novo zavedeným ustanovením, by členský štát mal zvážiť, či je akumulácia všetkých týchto požiadaviek primeraná vzhľadom na sledované ciele. Vzhľadom na to, že ošetrovatelstvo je profesia, v ktorej môže mať nejaká chyba alebo nesprávne konanie vážne dôsledky pre občanov, klientov, pacientov a fungovanie systému zdravotnej starostlivosti vo všeobecnosti, tieto záruky musia byť často uložené kumulatívne s cieľom chrániť verejné zdravie a bezpečnosť pacientov.

Preto by národné vlády, ktoré chcú zaviesť/upraviť ustanovenia zamerané na vytvorenie paralelných ošetrovateľských povolaní spolu so sestrami všeobecnej starostlivosti (DIR55), museli posúdiť a zdôvodniť, ako (i) by bolo

možné vytvoriť nový typ kvalifikovanej sestry na nižšej úrovni, ako zaručiť primeranú kvalitu služieb bez ohrozenia bezpečnosti pacientov pri zohľadnení regulácie v porovnateľných oblastiach a (ii) ako by takéto opatrenia mohli ovplyvniť voľný pohyb sestier DUR55, tak že hlavné ciele Smernice 2013/55/EÚ by neboli znehodnotenú.

Okrem toho, ako základný a nevyhnutný prvok návrhu pre sestry a ošetrovatelstvo, Článok 7 jasne uvádza, že pred zavedením nového nariadenia, že všetky zainteresované strany, občania, príjemcovia služieb, zastupujúce združenia a príslušné zainteresované strany, okrem členov profesie, by mali byť informovaní a mali by mať možnosť vyjadriť svoje názory. Posilňuje to občanov a sociálny dialóg.

Listy EFN, ktoré boli zaslané vládám na podporu žiadostí národných asociácií sestier o zapojenie ošetrovateľskej profesie do tvorby politik, často zostávajú nevypočítané. Zapojenie zainteresovaných strán do hodnotenia proporcionality je preto kľúčom pre národné asociácie a EFN na posilnenie komunikácie, transparentnosti a tvorby politik „vhodných na účel“.

Navyše, do 6 mesiacov od prijatia nového opatrenia by sa dôvody proporcionality museli oznámiť prostredníctvom databázy regulovaných profesií a Komisia by ich zverejnila (Článok 9). To všetko prinesie väčšiu transparentnosť v národných regulačných procesoch. Ak by odôvodnenia členských štátov boli obmedzené na „šetrenie peňazí“ a „nedostatok sestier“, členské štáty by nespĺňali požiadavky na test proporcionality a mohli by čeliť následným opatreniam na presadzovanie pravidiel.

Hlavné argumenty EFN, ktoré nevyplývajú z zdravotníckych pracovníkov z navrhovanej Smernice o proporcionálnosti, sú:

1. Správa a náklady - niektoré zainteresované strany sa domnievajú, že táto nová smernica prinesie viac administratívnej záťaže a dodatočné náklady,

pretože budú musieť odôvodniť, prostredníctvom posúdenia proporcionality, všetky nové legislatívne opatrenia alebo zmeny a doplnenia starých právnych predpisov. Európska komisia je presvedčená, že je to výhodnejšie, ako by členské štáty vynaložili dodatočné administratívne náklady medzi každým vyšetrovaným regulovaným povolaním v rozmedzí od 600 EUR do 700 EUR, a to „vo veľkej miere kompenzované nižším počtom porušení“. Očakáva sa, že proporcionality zníži dlhodobé zaťaženie prostredníctvom nižších nákladov na realizáciu/priestupkov tým, že sa vyhne zavedeniu budúcej zbytočnej záťaže. Navyše, zabezpečenie proporcionality je už povinnosťou. Dodatočné zaťaženie by bolo len pre tie členské štáty, ktoré nie sú v súlade. Môžu sa použiť už existujúce vnútroštátne štruktúry a postupy.

2. Rozsah pôsobnosti smernice/verejné zdravie a bezpečnosť - Rozsah pôsobnosti návrhu proporcionality je považovaný za veľmi široký a nie dobre definovaný niektorými zainteresovanými stranami, vzťahuje sa na všetky regulované povolania v členských štátoch EÚ (okrem osobitných ustanovení, ktoré sú stanovené v osobitných právnych predpisoch EÚ). Uplatňuje sa však iba na nové alebo zmenené a doplnené ustanovenia, ktoré obmedzujú prístup k regulovanému povolaniu alebo jeho výkonu. Okrem toho existujúce ustanovenia o proporcionality v Smernici 2013/55/EÚ (pozri Článok 59) už zahŕňajú zdravotnícke povolania. Návrh zohľadňuje osobitosti tohto odvetvia. Objavili sa aj obavy týkajúce sa verejného zdravia, ale dôležitosť verejného zdravia ako platného odôvodnenia regulácie zo strany členských štátov EÚ je v judikatúre Európskeho súdneho dvora dobre zavedená a návrh je rešpektovaný (pozri Článok 5). Je však dôležité zdôrazniť, že táto zásada neznamená, že členské štáty môžu urobiť, čo chcú v prípade regulácie zdravotníckych povolaní. Opatrenia, ktoré prijali, musia byť koherentné a primerané sledovanému cieľu.

3. Subsidiarita (Článok 168 Zmluvy o fungovaní EÚ) - Mnoho zainteresovaných strán sa obáva, že tento návrh sa považuje za hroziacu subsidiaritu a zasahuje do právomoci členských štátov v oblasti profesionálnej regulácie. Európska komisia je však veľmi jasná: cieľom tejto iniciatívy je predchádzať prekážkam na jednotnom trhu a vychádza z existujúcich povinností vyplývajúcich z judikatúry Európskeho súdneho dvora (ESD). Jeho cieľom je zabezpečiť, aby sa tieto existujúce povinnosti uplatňovali vo všetkých členských štátoch a pomohli tým, ktorí majú zjavné ťažkosti pri vykonávaní dôkladných hodnotení. Návrh nezasahuje do legislatívneho procesu členských štátov v súlade s požiadavkou subsidiarity, ani nezmení jeho vnútornú organizáciu. Zameriava sa najmä na harmonizáciu regulácie povolání a rešpektuje vnútroštátny regulačný kontext. Z tohto dôvodu Smernica proporcionality umožní len členským štátom, aby splnili cieľ návrhu tým, že asimilujú komplexné posúdenie proporcionality do svojich vlastných systémov tak, aby vyhovovali ich štruktúram a postupom. Výsledok testu proporcionality nie je vopred určený a návrh nebráni zavedeniu novej právnej úpravy, ak by satak vnútroštátny zákonodarca rozhodol.

V rámci návrhu o teste proporcionality nemôže Komisia pred prijatím opatrenia zasahovať do tohto procesu. Oznamovacia povinnosť podľa Článku 9 je založená na už existujúcej povinnosti v Článku 59 Smernice 2013/55/EÚ a je to „ex-post“ a týka sa opatrení, ktoré už boli prijaté. Okrem toho návrh nezasahuje do vnútroštátneho vzdelávania a neohrozuje kvalitu služieb.

Napokon, presadzovanie navrhovanej Smernice jednotlivcami je dosť výnimočné, pretože nevytvára práva pre jednotlivcov ani ďalšie práva na presadzovanie práva Európskej komisie (keďže proporcionality je už súčasťou povinnosťou podľa práva EÚ). Nezávislosť regulačných orgánov nie je ovplyvnená. V návrhu sa vymedzuje, kto musí vykonať hodnotenie a to môžu urobiť

regulačné orgány. Neexistuje zavedenie dohľadu zo strany vlády.

4. Článok 6.4 návrhu, ktorý poskytuje prehľad o prvkoch, ktoré je potrebné zohľadniť pri skúmaní kumulatívneho účinku všetkých existujúcich opatrení, obmedzenia prístupu k povolaniam alebo ich výkonu, vrátane nepretržitého profesionálneho rozvoja, profesionálnej etiky, povinnej registrácie, poistenia, požiadaviek na jazykové znalosti, znepokojuje niektoré zainteresované strany. Zoznam v tomto Článku 6.4 je však užitočný a potrebný na objasnenie toho, čo presne spadá do pôsobnosti tejto smernice, a nevyjadruje úsudok o vhodnosti týchto požiadaviek. Jednoducho to vysvetľuje to, na čo musia členské štáty pozorne prihliadať pri posudzovaní podstatných zmien právnych predpisov a zabezpečiť, aby nedošlo k duplicite požiadaviek pri posudzovaní kombinovaného účinku opatrení, ktoré platia pre regulované povolanie. Pokiaľ ide o povolania, v ktorých sa tieto požiadavky bežne používajú a z oprávnených dôvodov (ako je bezpečnosť pacientov), členské štáty by nemali čeliť žiadnym veľkým ťažkostiam pri vysvetľovaní, pokiaľ ide o ich proporcionality, prečo je to potrebné.

EFN preto:

- vyzýva európske inštitúcie, aby zabezpečili prijatie legislatívnych opatrení schopných zachovať bezpečnosť a kvalitu starostlivosti o pacientov, ako aj národné špecifiká v demografickej, geografickej a kultúrnej situácii.
- podporuje Článok 5, ktorý zabezpečuje, aby nariadenie bolo založené na riadnych odôvodneniach zo strany členských štátov.
- zdôrazňuje význam Článku 6.2 písm. (i), ktorý od členských štátov vyžaduje, aby vzali do úvahy účinky, pokiaľ ide o hospodársku súťaž na trhu, kvalitu služieb, voľný pohyb osôb a služieb.
- zdôrazňuje význam kumulatívnych účinkov (Článok 6.4) v oblasti zdravotníckych povolání.
- víta požiadavku začleniť profesionál-

ne organizácie (Článok 7) do zavádzania testu proporcionality s cieľom dosiahnuť regulačné návrhy „vhodné na účel“.

EFN podporuje navrhovanú smernicu o proporcionality, pretože je jasným pokračovaním modernizovanej Smernice 2013/55/EÚ a posilňuje rozvoj ošetrovateľstva ako profesie. Smernica o proporcionality sa stáva mimoriadnou ochranou pri snahe zabezpečiť, aby v krajinách nezavádzali minimálne požiadavky na vzdelanie sestier vytvorením nových ošetrovateľských povolání/asistentov, ktorí nie sú „všeobecnými sestrami“.

EFN dúfa, že zodpovedný spravodajca (Andreas Schwab), tieňoví spravodajcovia (Sergio Cofferati - S & D, Richard Sulík - ECR; Jasenko Selimovic - ALDE, Julia Reda - Verts/ALE), a výbory (Paloma López Bermejo - EMPL, Françoise Grossetête - ENVI a Gilles Lebreton - JURI), zohľadnia názory 3 miliónov sestier.

EFN bude naďalej zabezpečovať, že úroveň ochrany verejného zdravia nebude podkopaná novými ustanoveniami a že občania EÚ budú mať naďalej prístup k primerane vyškoleným a regulovaným odborníkom.

Test proporcionality môže zohrávať dôležitú úlohu pri dosahovaní tohto cieľa v celej EÚ.

EFN Position Paper - June 2017

*The European Federation of Nurses Associations (EFN)
Registration Number 476.356.013
Clos du Parnasse 11A,
1050 Brussels, Belgium
Tel: +32 2 512 74 19
Fax: +32 2 512 35 50
Email: efn@efn.be
Website: www.efnweb.eu*

Preklad: Jana Slováková

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
NG00476.356.013

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.

ESTÓNSKE PREDSEDNÍCTVO EÚ - DIGITÁLNE ZDRAVIE ... ČO BUDE ĎALEJ?

Tlačová správa EFN , 17. júla 2017

Estónske predsedníctvo v EÚ, ktoré sa začalo 1. júla, má počas šiestich mesiacov ako jednu z priorit tzv. „digitálne zdravie“, ktorého cieľom je podpora digitálnych inovácií v zdravotníctve, a to prostredníctvom hľadania rovnováhy so všetkými záujmami Európy, vrátane eHealth (so zameraním na právo občanov kontrolovať spracovanie ich údajov a širšie využívanie údajov na výskum a inovácie). Pre sestry je to kľúčové! Digitálne inovácie a údaje by mali umožniť ľuďom nezávislejšie riadiť svoje zdravie, informácie by sa mali používať na klinické účely, čím sa môže zlepšiť riadenie systému zdravotnej starostlivosti, a tým znížiť pracovné zaťaženie pracovníkov v prednej línii systému (sestier - pozn.red.).

Krajiny EÚ sa usilujú reagovať na zvyšujúci sa dopyt po kvalite, bezpečnosti, spravodlivosti a prístupe k zdravotnej starostlivosti v rámci verejnej súťaže, pričom sú zároveň vyzvané, aby podporili inovácie v súvislosti s udržateľnosťou svojich zdravotníckych služieb. Technologické zmeny v kombinácii s väčšími požiadavkami na komunitnú starostlivosť a ekonomickými tlakmi na zníženie nákladov prinútiť sestry a ošetrovateľstvo, aby bolo súčasťou „európskych inovačných partnerstiev“. Občianska spoločnosť sa tak stáva partnerom, ktorý sa zaoberá rozvojom jednotného trhu.

EFN uznala eHealth ako súčasť svojej politickej agendy v oblasti kvality a bezpečnosti, z dôvodu rastúceho významu pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, ako aj pre formovanie budúcej zdravotnej politiky. Zatiaľ čo v rámci vývoja elektronického zdravotníctva existuje veľký potenciál, sestry sú, bohužiaľ, príliš často považované za pasívnych príjemcov technológie eHealth, a nie za súčasť ich formovania. Výsledkom je, že sa sestry pri vytváraní týchto nových nástrojov často zdokonaľujú v odvetví informačno – komunikačných technológií (IKT). Sestry - ženy - zohrávajú dôležitú úlohu pri rozvoji a formovaní IKT. Vedúce sestry sa musia postaviť do samotného jadra technologickej inovácie, aby sa zabezpečilo, že sa bude rozvíjať relevantným a na pacienta orientovaným spôsobom.

Usmernenia EÚ, ktoré boli vypracované prostredníctvom projektu EFN ENS4Care EÚ, prispievajú k stratégii Európa 2020, a najmä jej hlavnej iniciatíve Digitálna agenda pre Európu, v ktorej Európska komisia vypracovala stratégiu pre inteligentný, udržateľný a inkluzívny rast s cieľom rozvíjať hospodárstvo založené na poznatkoch a inováciách. Sestry môžu zohrať kľúčovú úlohu pri riešení vznikajúcich výziev v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti s inovatívnymi prvotnými riešeniami, podnecovaním požiadaviek na efektívnejšiu, dostupnejšiu a najkvalitnejšiu zdravotnú a sociálnu starostlivosť.

Technologický priemysel môže navyše vyvíjať produkty, ktoré podporujú frontálnu pracovnú silu, zatiaľ čo eSkills (elektronické zručnosti) zdravotníckych pracovníkov sú podporované a nevyhnutné, IT manažéri neinformujú sestry a lekárov, čo majú robiť. Tento dialóg medzi technickými spoločnosťami a sestrami (profesionálnymi združeniami a regulačnými orgánmi) je naliehavo potrebný, pretože algoritmicke rozhodovanie a transparentnosť sú potrebné vo vzťahu k algoritmickej zodpovednosti. Umelá inteligencia už transformuje našu spoločnosť revolučnou účinnosťou v priemysle a službách. Otázka etiky v tejto transformácii je naďalej prvoradá, rovnako ako rovnica na „návravnosť investícií“. Integrácia digitálnych technológií a robotov do procesu ošetrovateľskej starostlivosti môže tiež pomôcť pri nábore mladých sestier a mohla by sa zvoľniť časová vyťaženosť sestier, aby poskytli viac emocionálnej podpory, čo by umožnilo sestram vykonávať kvalifikované hodnotenie, kritické myslenie a zachraňujúcu starostlivosť.

VEREJNÉ VYPOČUTIE VÝBORU EMPL EURÓPSKEHO PARLAMENTU NA OCHRANU PRACOVNÍKOV PRED KARCINOGENMI A MUTAGENMI PRI PRÁCI

Tlačová správa EFN , 13. júla 2017

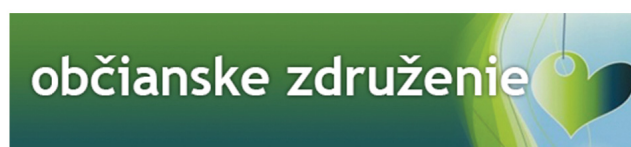
Po dočasnej dohode, ku ktorej dospelo Maltské predsedníctvo a Európsky parlament 28. júna 2017 o novej smernici zameranej na pomoc pri ochrane pracovníkov pred expozíciou karcinogénom alebo mutagénmi na pracovisku, Výbor pre zamestnanosť a sociálne veci Európskeho parlamentu zorganizoval 13. júla verejné vypočutie zamerané na diskusiu o vedeckom a hospodárskom hľadisku, ktorý je základom dôležitého legislatívneho návrhu, ktorým sa mení a dopĺňa smernica 2004/37 / ES o ochrane pracovníkov pred rizikami z vystavenia účinkom karcinogénov alebo mutagénov pri práci (spravodajca Claude Rolin (EPP, FR). Najmä o jeho očakávaných dôsledkoch na hlavné zainteresované strany vrátane sestier.

Pre ošetrovateľskú profesiu je to kľúčový problém, keďže 7,9 milióna sestier a viac ako 12,7 milióna zdravotníckych pracovníkov v Európe je vystavených každoročne karcinogénnym, mutagénnym a toxickým látkam a smernica o karcinogénoch a mutagénoch (2004 / 37 / ES) v súčasnosti neuznáva nebezpečenstvo nebezpečných liekov v zdravotnej starostlivosti, ani podrobnosti o tom, ako by sa malo zabrániť ich negatívnym účinkom. V roku 2012 bolo zaznamenaných až 106 500 úmrtí na rakovinu s určením príčiny - expozícia karcinogénnych látok na pracovisku, čím sa rakovina stala prvou príčinou úmrtí súvisiacich s prácou v EÚ. Odhaduje sa, že každoročne v Európe dochádza pri vystavení nebezpečným látkam pri práci k 2 220 novým prípadom leukémie, čo vedie každoročne k ďalším 1 427 úmrtiam zdravotníckych pracovníkov. Je preto čas konať, aby sme chránili sestry a iných zdravotníckych pracovníkov pred smrteľnými chemickými rizikami počas činností, ako je príprava a podávanie nebezpečných liekov vrátane cytotoxických liekov používaných na liečbu pacientov s rakovinou.

EFN spolupracuje s poslancami Európskeho parlamentu a ďalšími expertnými skupinami na navrhovaní zmien a doplnení smernice o karcinogénoch a mutagénoch, ktoré sa po prvýkrát v právnych predpisoch konkrétne zamerajú na riziká, ktoré pre odborníkov v oblasti zdravia súvisia s expozíciou nebezpečnými liekmi na pracovisku, a čo je potrebné urobiť na ich ochranu pred rakovinou a reprodukčnými problémami, ktoré vznikajú pri karcinogénnych liekoch. Smernica by mala vymedziť nebezpečné lieky s dohodnutými šiestimi charakteristikami, ktoré by mala EÚ pravidelne uverejňovať v zozname nebezpečných liekov, vrátane usmernení zameraných na zabránenie expozície pracovníkov. Zdravotníci musia dostať vhodné a pravidelné informácie o rizikách, osobných ochranných prostriedkoch, ako aj o vhodných pokynoch pre dekontamináciu, čistenie a dezinfekciu na základe úrovni kontaminácie povrchu a druhu liekov a povinné pravidelné monitorovanie povrchovej kontaminácie.

Preklad tlačových správ: Lukáš Kober

PREČO BYŤ ČLENOM V SK SaPA?



Ošetrovateľstvo v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti

Odborné príspevky

Nursing In Anesthesiology And Intensive Care

POHĽAD NA 10 ROKOV ČINNOSTI

SEKCIE SESTIER PRACUJÚCICH V ANESTEZIOLÓGII A INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

HELENA GONDÁROVÁ – VYHNIČKOVÁ^{1,5}, MILAN LAURINC^{2,5}, ANDREA BRATOVÁ^{3,4,5}

¹ Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny, Ústredná vojenská nemocnica SNP, Fakultná nemocnica, Ružomberok

² Oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny, NÚSCH a. s., Detské kardiocentrum, Bratislava

³ Ústav ošetrovateľstvá, 2. LF UK a Fakultní nemocnice Motol, Praha

⁴ Hospic – Dom pokoja a zmieru u Bernadetty, Nitra

⁵ Sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA, Bratislava

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA) za účelom združovania členov Komory pre uspokojovanie profesionálnych odborných záujmov zriaďuje odborné sekcie sestier a pôrodných asistentiek. Člen Komory môže byť organizovaný v neobmedzenom počte odborných sekcií Komory, najmä podľa dosiahnutej špecializácie v nadväznosti na aktuálne pracovné zaradenie. Jednou z odborných sekcií SKSaPA je Sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti. Uvedená odborná sekcia po dlhoročnom období pasivity obnovila svoju činnosť v roku 2008, kedy počas I. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti a urgentnej starostlivosti v Košiciach bol zvolený výbor sekcie, ktorá niesla názov Sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti a urgentnej starostlivosti. Predsedníčkou sekcie sa stala Mgr. Jozefína Bančejová, dipl. s. O rok neskôr II. Celoslovenská konferencia sekcie už niesla názov medzinárodná, o čom svedčila účasť českých kolegyň na tomto odbornom podujatí. Na základe vývoja a zmien, ktoré sa dotýkali sestier pracujúcich v urgentnej starostlivosti, sekcia zmenila svoj názov i zameranie. Jej aktivity sa začali niesť pod novým názvom: Sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti a jej činnosť trvá dodnes. Sekcia je hodnotená ako jedna z najaktívnejších. Vsúčasnosti

má 741 členov. V priebehu desiatich rokov sa konferencií sekcie zúčastnilo viac ako 2000 registrovaných účastníkov zo šiestich krajín Európy (Slovenska, Poľska, Srbska, Rakúska, Maďarska, Česka). Bolo prezentovaných viac ako 360 prednášok a skoro sto posterov. Na týchto konferenciách sa zúčastnilo 115 vystavovateľov.



Konferencie Sekcie sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti SKSaPA:

- » 17. – 18. 10. 2008 – Košice: I. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti a urgentnej starostlivosti (Organizátori: PhDr. Bančejová a kol.)
- » 19. – 20. 05. 2009 – Košice: II. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anesteziológii, intenzívnej starostlivosti a urgentnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou (Organizátori: PhDr. Bančejová a kol.)

- » 24. – 25. 06. 2010 – Trnava: III. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou (Organizátori: PhDr. Lančaričová, PhDr. Bančejová a kol.)
- » 03. – 04. 06. 2011 – Ružomberok: IV. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou (Organizátori: PhDr. Gondárová-Vyhničková, PhDr. Bančejová a kol.)
- » 22. – 23. 06. 2012 – Nový Smokovec: V. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou (Organizátori: PhDr. Kober, Ph.D., PhDr. Laurinc, Ph.D. a kol.)
- » 14. – 15. 06. 2013 – Nitra: VI. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou (Organizátori: PhDr. Bratová, Ph.D., PhDr. Laurinc, Ph.D. a kol.)
- » 13. – 14. 06. 2014 – Poprad: VII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou (Organizátori: PhDr. Kober, Ph.D., PhDr. Laurinc, Ph.D. a kol.)
- » 18. – 19. 6 2015 – Trnava: VIII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou (Organizátori: PhDr. Lančaričová, PhDr. Laurinc, Ph.D. a kol.)



- » 18. – 19. 6 2016 – Tatranská Lomnica: IX. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou (Organizátori: PhDr. Kober, PhD., PhDr. Laurinc, PhD. a kol.)
- » 15. – 16. 06. 2017 – Bratislava: X. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou (Organizátori: PhDr. Laurinc, PhD. a kol.)

Každoročne Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti vydáva z konferencie Zborník odborných abstraktov a príspevkov s ISBN. Informácie z konferencií sú prezentované v domácich a zahraničných odborných časopisoch, na webovej stránke SK SaPA, sociálnej sieti, v národných a regionálnych médiách. Prvá medzinárodná spolupráca sekcie začínala u susedov v Česku. Konkrétne so *Sekciou anesteziológie, resuscitace a intenzívnej péče Českej asociace sester* (ARIP ČAS). Neskôr aj s [Profesní a odborovou unií zdravotníckých pracovníků](#) (POUZP). Niektorí členovia sekcie aktívne vystúpili na kongresoch *Českej společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny* (ČSA-RIM).



Jedným z dôležitých medzníkov sekcie je podpísanie Bilaterálnej zmluvy s *Udruženjem anestezičara Srbije* v roku 2010. Na základe tejto dohody sa slovenské sestry – členky sekcie majú možnosť, za obojstranne výhodných podmienok, zúčastňovať medzinárodných kongresov v Srbsku, a tak nielen získavať poznatky zo zahraničia, ale i prezentovať prácu našich sestier, reprezentovať slovenské sestry na medzinárodnej pôde. Traja členovia výboru sekcie (Laurinc, Gondárová-Vyhničková, Bratová) dostali od predsedu Udruženja anestezičara Srbije poďakovanie za rozvoj bilaterálnej, ale i medzinárodnej spolupráce sestier. Okrem uvedenej spolupráce s Českom a Srbskom je rozbehnutá spolupráca aj s poľskými sesterskými organizáciami a ohľadom spolupráce boli oslovené organizácie sestier



v Maďarsku a na Ukrajine. Kongresov v Česku, Srbsku a Poľsku sa zúčastnilo niekoľko desiatok slovenských sestier, mnohé s aktívnou účasťou. Účasť mnohých sestier na týchto odborných podujatiach bola realizovaná aj s finančnou podporou *Občianskeho združenia pre podporu sestier a pôrodných asistentiek*, za čo združeniu vyslovujeme poďakovanie. Členovia výboru sekcie komunikujú s *European federation of Critical Care Nurses associations (EfCCNa)* a *World Federation of Critical Care Nurses (WFCCN)* a niektorí členovia výboru sa aktívne zúčastnili kongresov týchto európskych a svetových federácií.



Z domácich partnerov na spolupráci je potrebné uviesť *Sekciu sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej medicíne Slovenskej spoločnosti sestier a pôrodných asistentiek, o. z. Slovenskej lekárskej spoločnosti*. Pozvanie zástupcov sekcie do panelovej diskusie počas odborného podujatia *Slovenskej spoločnosti anesteziológie a intenzívnej medicíny*. Okrem účasti na odborných podujatiach sú členovia výboru sekcie aktívni aj pri pripomienkovaní a tvorbe legislatívy, právnych predpisov týkajúcich sa ošetrovateľskej starostlivosti v anesteziológii a odboroch intenzívnej starostlivosti v kontexte s kvalitou starostlivosti, bezpečnosťou pacienta, pracovnými podmienkami sestier i ich ohodnotením. Ich činnosť by nebola možná bez podnetov a spolupráce s mnohými aktívnymi členmi sekcie. Súčasný výbor Sekcie sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti pracuje v zložení: PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s. – predseda (3. volebné obdobie), PhDr. Andrea Bratová, PhD. – podpredseda, PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl., Mgr. Viera Kormaníková a Bc. František Naňo.



Kontakt na autora

PhDr. Helena Gondárová –
Vyhničková, dipl. s.

KAIM,

Ústredná vojenská nemocnica SNP,
Fakultná nemocnica, Ružomberok

E-mail: helenaondar1@gmail.com



Zdroj Foto: archív autora

ANDREA BRATOVÁ^{1,2,5}, HELENA GONDÁROVÁ – VYHNIČKOVÁ^{3,5}, MILAN LAURINC^{4,5}

¹ II. LF Univerzity Kralovy v Prahe

² Hospic – Dom pokoja a zmiernu u Bernadety, Nitra

³ Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, Ústredná vojenská nemocnica SNP, Ružomberok, fakultná nemocnica

⁴ NÚSCH a. s., Detské kardiocentrum, OAIM, Bratislava

⁵ Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA

Abstrakt

Pokrok v rozvoji medicínskej techniky umožňuje udržiavať svojich pacientov pri živote naviac niekoľko dní, týždňov, ba i mesiacov. Veľakrát s využitím prístrojov na riadené podporné dýchanie, umelým obehom krvi, elektrickým stimulátorom svalovej činnosti, pokrokom vo farmakológii a iných odvetviach, sa predlžuje agónia a utrpenie samotného pacienta i jeho príbuzných. Často sa predlžovanie života vykonáva dovtedy, kým nie je totálna istota, že možno stanoviť definitívnu smrť. Lekár si bez lekárskeho konzília nedovolí odpojiť pacienta, ktorého oživenie je podľa jeho mienky nemožné, pretože by tento akt mohol byť považovaný za eutanáziu. Pri rozhodovaní o prechode z intenzívnej liečby a starostlivosti na starostlivosť a liečbu paliatívnu je zohľadňované vyjadrenie všetkých zdravotníckych pracovníkov ošetrojúceho tímu.

Kľúčové slová

Intenzívna starostlivosť. Paliatívna starostlivosť. Terminálne štádium. Sestra. Etika.

Abstract

Progress in the development of medical technology allows to keep patients alive for more than just a few days, weeks or months. Agony and suffering of the patient himself and his relatives are often extended with the use of devices for the controlled respiratory support, artificial blood circulation, an electric stimulator of muscle activity, advances in phar-

macology and other sectors. Often increases in longevity performed until there is absolute certainty that it is possible to establish a definitive death. A doctor without a medical committee will not allow to disconnect the patient, whose recovery is impossible in his opinion, because this act could be considered euthanasia. Expression of all health professionals attending the team is taken into account when deciding on the transition from intensive care and treatment to palliative care and treatment.

Keywords

Intensive care. Palliative care. Terminal stage. Nurse. Ethics.

Sestry reprezentujú najväčšiu profesionálnu skupinu pôsobiacu v ošetrovateľstve, ktorá spolupracuje s lekármi, stojí po boku pacientom a ich blízkym tesnejšie, ako ktorýkoľvek iný zdravotnícky pracovník (1).

Vďaka pokroku v oblasti farmakológie, materiálno – technickému pokroku v oblasti intenzívnej starostlivosti stúpa počet pacientov, ktorí tieto akútne stavy prežijú, avšak s takými zdravotnými následkami a postihnutiami, že kvalita ich života je otázna. Pokrok v tejto oblasti priniesol nielen možnosti riešenia stavov, ktoré boli predtým neriešiteľné, ale súčasne sa začali vynárať etické, ekonomické a medicínske otázky. Tak, ako dochádza k zvyšovaniu kvality poskytovanej ošetrovateľskej a medicínskej starostlivosti o pacienta

v ohrození života, čoraz častejšie sa dostáva do popredia otázka kvality života pacienta po zvládnutí akútneho stavu. Umelé predlžovanie života prinieslo právne i etické otázky. Od čias, kedy sa pokročilo v rozvoji medicínskej techniky, nastala akoby posadnutosť lekárov udržiavať svojich pacientov pri živote naviac niekoľko dní, týždňov, ba i mesiacov. S využitím prístrojov na riadené podporné dýchanie, umelým obehom krvi, elektrickým stimulátorom svalovej činnosti, pokrokom vo farmakológii a iných odvetviach, sa predlžuje agónia a utrpenie samotného pacienta i jeho príbuzných. Často sa predlžovanie života vykonáva dovtedy, kým nie je totálna istota, že možno stanoviť definitívnu smrť. Ak existuje možnosť navrátenia pacienta do života, nech je akokoľvek malá, bez ohľadu na mieru jeho možného postihnutia vplyvom tohto umelého prežívania, je stále napojený na moderné prístroje.

Resuscitačná a intenzívna liečba a starostlivosť je poskytovaná kriticky chorým pacientom, u ktorých hrozí zlyhanie životne dôležitých funkcií, zlyháva alebo zlyhala funkcia jedného alebo viacerých orgánových systémov, čo väčšinou vyžaduje podporu alebo prístrojovú náhradu. Poskytuje sa na lôžkach oddelenia anestézie a intenzívnej medicíny a je zabezpečená jeho pracovníkmi (2).

Terminálny stav života, zomieranie, je stav, kedy dochádza k postupnému a nevratnému zlyhávaniu

dôležitých vitálnych funkcií organizmu a jeho tkanív. Dôsledkom tohto zlyhávania nastáva zánik organizmu ako celku, zánik jedinca, a teda jeho smrť. Je zrejmé, že je to finálny a prirodzený dôsledok života (3).

Základné etické princípy v zdravotníctve: Princíp prospešnosti (beneficiencia) - konať a podporovať dobro, duševnú pohodu, robiť všetko v prospech pacienta a pomáhať mu uskutočňovať jeho prania. Môže to znamenať aj nezostať nečinným. Princíp nepoškodiť (non-maleficiencia) - vylúčiť akékoľvek úmyselné i neúmyselné poškodenie, ublíženie alebo usmrtenie. Princíp autonómie - rešpektovať rozhodnutie pacienta a jeho právo na sebaurčenie, rešpektovanie jeho osobných etických zásad a jeho hodnôt a presvedčenia. Princíp spravodlivosti (justicia) - rovnosť v zaobchádzaní so všetkými ľuďmi, nerobiť rozdiely medzi pacientmi, poskytovať zdravotnú starostlivosť každému, kto ju potrebuje, bez rozdielu a diskriminácie. Pravdivosť (veracita) - záväzok hovoriť iným pravdu, nepoužívať klamstvo. Dôveryhodnosť - rešpektovať dôvernú povahu informácií o pacientovi, dodržiavanie mlčanlivosti. Porozumenie a tolerancia – pochopenie, empatia, schopnosť akceptovať iný názor, nehodnotiť a neodsudzovať pacienta za jeho rozhodnutia a názory. Rešpektovanie klienta – oceniť iných, ich práva a zodpovednosť. Transparentnosť – konať na základe všeobecne známych etických štandardov, ktoré akceptujú všetci zainteresovaní. Konečnosť (finalita–definitivnosť) – konať spôsobom, ktorý môže mať prioritu pred požiadavkami zákona, náboženstva a spoločenských zvyklostí (4). Parlamentné zhromaždenie Rady Európy prijalo dňa 25.7.1999 dokument, ktorý reaguje na problém medicíny a na nezmyselné predlžovanie terminálnej fázy života proti vôli chorého pri neadekvátnom nasadení všetkých možných prostriedkov, ktoré bránia

chorému zomrieť v pokoji, bez bolesti, dôstojne a obklopený citlivou starostlivosťou (5). V právnom systéme Slovenskej republiky sa pojem eutanázia uvádza v prílohe č. 4 zákona č. 578/2004, Z. z.: „*Zdravotnícky pracovník u nevyliciteľne chorých a zomierajúcich zmiernuje bolesť, rešpektuje ľudskú dôstojnosť, prania pacienta v súlade s právnymi predpismi a zmiernuje utrpenie. Eutanázia a asistované suicídium sú neprípustné*“ (6). Posun v riešení problematiky prináša: **Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia.** Odporúčanie je konsenzuálne stanovisko Slovenskej spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny a Sekcie paliatívnej medicíny Slovenskej spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti Slovenskej lekárskej spoločnosti, ktorý formuje postup pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia (ďalej terminálny pacient). Ide najmä o terminálnych pacientov: v hlbokom bezvedomí s príznakmi ireverzibilného poškodenia centrálného nervového systému, pri ktorom nie je možné odôvodnene predpokladať prinavrátenie vedomia a prinavrátenie mozgových funkcií; multiorgánovým zlyhávaním, u ktorých nie je možné liečebne ovplyvniť vyvolávajúcu príčinu alebo patologický dej, ktorý je jej následkom. Zdravotný stav pacienta sa trvale zhoršuje alebo prinajmenšom nezlepšuje aj napriek primeranej liečbe alebo nahradení funkcie orgánov (6).

Odporúčania pre klinickú prax

Prioritou paliatívnej liečby a starostlivosti je zmiernenie bolesti a utrpenia. Kvalita lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti sa nemení. Podnet na prechod z liečby intenzívnej na liečbu paliatívnu môže dať kto-

koľvek z ošetrojúceho tímu. Pri rozhodovaní o prechode na paliatívnu starostlivosť treba brať do úvahy pranie pacienta vždy, ak je to možné. Prítomnosť rodiny, či blízkych sa má vždy umožniť, pokiaľ ju pacient neodmietol. Rodinu a blízkych pacienta treba primerane informovať, najlepšie v štruktúrovanom rozhovore, pokiaľ pacient neurčil inak. Formu a obsah informácie je treba dôsledne zvážiť v súlade s okolnosťami každého jednotlivého prípadu a treba postupovať v súlade so zákonom. Delegovanie zodpovednosti na rodinu, či blízkych za prijaté rozhodnutie o zmene intenzívnej liečby na liečbu paliatívnu a starostlivosť je neprípustné. Do rozhodovania o prechode na paliatívnu starostlivosť majú byť zahrnutí všetci členovia tímu ošetrojúcich zdravotníckych pracovníkov. Do rozhodovania o prechode na paliatívnu starostlivosť je potrebné zohľadniť vyjadrenia aktuálnych konziliárnych vyšetrení. Za konečné rozhodnutie o zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť nesie zodpovednosť vedúci lekár príslušného pracoviska alebo ním určený lekár. V čase ústavnej pohotovostnej služby zodpovedá za rozhodnutie o zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť lekár, ktorý je zodpovedný za konkrétny úsek v rámci výkonu pohotovostnej služby a za lekársku starostlivosť o daného pacienta. Rozhodnutie o nezačatí alebo nepokračovaní v neúčelnej alebo márnej liečbe musí byť uvedené v zdravotnej dokumentácii. Zápis musí obsahovať epikritické zhodnotenie zdravotného stavu a medicínske zdôvodnenie rozhodnutia o ukončení intenzívnej a začatí paliatívnej starostlivosti. Ciele intenzívnej liečby, prínos a riziká plánovaných i prebiehajúcich jednotlivých diagnostických a liečebných postupov treba prehodnocovať a zvažovať v pravidelných intervaloch (minimálne jedenkrát za 24 hodín).

Akémkoľvek už prijaté rozhodnutie sa môže v odôvodnených prípadoch prehodnotiť a zmeniť (6). Pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť sa kladie dôraz na ochranu ľudskej dôstojnosti; obmedziť poskytovanie neúčelnej a márnej liečby; prispieť k zvýšeniu kvality rozhodovania a zlepšiť komunikáciu vo vnútri tímu ošetrojúcich zdravotníckych pracovníkov, ako aj zdravotníckymi pracovníkmi, rodinami, či blízkymi osobami pacientov navzájom; zdôrazniť pre odbornú a laickú verejnosť, že odborne podložené a zdokumentované stanovisko ku nezačatiu alebo nepokračovaniu neúčelnej a márnej liečby je v súlade s etickými princípmi medicíny a platnými právnymi predpismi; nezačatie alebo nepokračovanie neúčelnej a márnej liečby nie je eutanázia (6).

Paliatívna starostlivosť je podľa WHO prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psycho-sociálne a duchovné problémy, a tým predchádza a zmierňuje utrpenie (7). „Ak je pacient kompetentný, vždy mu to treba dať na rozhodnutie. Tento typ rozhodovania sa zatiaľ v slovenskej medicíne neujal z neprimeraného strachu, že to niekto označí za pasívnu eutanáziu“, hovorí hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre paliatívnu medicínu MUDr. Kristína Križanová (8).

Prieskum realizovaný v Slovenskej republike so vzorkou 122 respondentov v roku 2015 uvádza potvrdenie predpokladu, sestry, vyjadria prevažne názor, že dodržiavania etických noriem a princípov pri poskytovaní intenzívnej starostlivosti, sú sťažené v oblasti: autonómie, poskytovania informácií, komunikácie. Výsledky prieskumu potvrdili,

že úroveň dodržiavania etických noriem a princípov sú v tejto oblasti signifikantne nižšie než 50% ($p < 0.001$, Glass $d=0.383$). Len tretina (36,9 %) sestier sa vyjadrila, že pokiaľ svoju vôľu pacient vyjadrí aj pred svedkami (príbuzní, zdravotnícki pracovníci), jeho pranie je rešpektované a zadokumentované. Z týchto výsledkov vyplýva, že autonómia pacienta, jeho vôľa a právo rozhodnúť o sebe nie sú rešpektované (9). Etická zložka je v intenzívnej medicíne zásadná. Venuje sa hraničným, kritickým, až extrémnym stavom na rozhraní života a smrti. Okrem nasadenia všetkých dostupných, často invazívnych prostriedkov bez informovaného súhlasu pacienta s cieľom optimálnej terapie a jej úlohám, sa odborne i eticky vyrovnáť s liečebne neriešiteľnými stavmi. Medicínsko-etické problémy budú existovať vždy, pretože medicína je neustále vo vývoji (10).

Zdroje

1. Jurásková, D., Etika a komunikace v ošetrovatelství. In Ptáček, R. – Bartůněk a kol. Etika a komunikace v medicíně. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 2011. 239 - 245 s., ISBN 978-80-247-3976-2.
2. Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológie a intenzívnej medicíny. Uverejnené vo Vestníku MZ SR č. 29589-1/2006 - OZSO, čiastka 11, ročník 55 [online]. 2007, [citované 10.11.2016]. Dostupné z: www.health.gov.sk/swift_data/source/.../vestnik0704.pdf.
3. Melišová, J. Sociálna starostlivosť o zomierajúcich a ich rodiny. Diplomová práca. Trnava. [online]. 2000, [citované 22.11.2016]. Dostupné na: www.hospice.sk/hospice1/data/jaja_diplomova_praca_final.doc
4. Křivková, J. Etické otázky ošetrovateľskej péče u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci. Diplomová práca. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. [online]. 2013, [citované 10.12.2016]. Dostupné na: https://theses.cz/id/1rzlqj/Kivkov_diplomov_prce.pdf.
5. Ochrana ľudských práv a dôstojnosti smrteľne chorých a zomierajúcich. 1999. Vestník 1 Rady Európy 1418, príloha č. 4.
6. Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia. [online]. 2014, [citované 12.10.2016]. Dostupné na: http://www.ssaim.sk/documents/EoL-AIM_2014.pdf
7. Čo je paliatívna medicína, paliatívna starostlivosť? [online]. 2002. [citované 12.10.2016]. Dostupné na: <http://www.hospice.sk/hospice1/paliativ.html>
8. Oddelení paliatívnej medicíny je u nás zopár. [online]. 2016, [citované 12.08.2016]. Dostupné na: <http://mediweb.hnonline.sk/spravy/aktualne/oddeleni-paliativnej-mediciny-je-u-nas-zopar>
9. Ondrejková, I, Gondárová-Vyhničková, H. Etika v intenzívnom ošetrovatelstve z pohľadu sestier. In Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia, suplementum – vedecká recenzovaná časť. č. 4, 2016. s. 32 – 37. ISSN 1339-5920.
10. Drábková, J. Etické a kritické stavy. In Ptáček, R. – Bartůněk a kol. Etika a komunikace v medicíně. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha : Grada. 2011. 487 - 499 s., ISBN 978-80-247-3976-2.

Kontaktná adresa

PhDr. Andrea Bratová, PhD.
E-mail: abratova@gmail.com

INOVÁCIA VZDELÁVANIA SESTIER V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE ANESTÉZIOLÓGIA A INTENZÍVNA STAROSTLIVOSŤ

INNOVATION OF NURSES EDUCATION IN THE SPECIALIZED FIELD OF ANESTHESIA AND INTENSIVE CARE

PHDR. ZUZANA RYBÁROVÁ, PHD.

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Súhrn

Anestéziológia a intenzívna starostlivosť je špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá komplexnou ošetrovateľskou starostlivosťou o kriticky chorých, u ktorých hrozí zlyhanie, zlyháva alebo zlyhala funkcia jedného alebo viacerých orgánov alebo orgánových systémov. Zahŕňa aj anestetickú starostlivosť pri vykonávaní diagnostických a liečebných výkonov operačnej a neoperačnej povahy. Ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť sa vykonáva formou špecializačného štúdia. Špecializačným štúdiom v akreditovanom špecializačnom študijnom programe sa rozširujú vedomosti a zručnosti získané štúdiom a odbornou praxou. Cieľom príspevku je priblížiť návrh inovácie minimálneho štandardu vzdelávania špecializačného štúdia v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť z pohľadu garanta špecializačného štúdia v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť so zameraním na jeho priebeh, podmienky prijatia na štúdium, náplň štúdia, rozsah teoretických vedomostí, zručností a praktických skúseností, ako aj formu ukončenia štúdia. Návrhy vychádzajú z praktických skúseností s manažmentom špecializačného štúdia v danom odbore. Špecializačné vzdelávanie v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť v našej vzdelávacej ustanovizni má dlhoročnú tradíciu. Vykonáva sa od roku 1963. Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných

štúdií SZU v rokoch 2004 – 2017 vydala v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť 1474 kvalifikačných dokladov.

Kľúčové slová

Inovácia vzdelávania. Minimálny štandard vzdelávania. Špecializačné štúdium. Odbor anestéziológia a intenzívna starostlivosť.

Summary

Anesthesiology and Intensive Care is a specialized department, which deals with a complex nursing care for critically ill patients, who are at risk of functional failure of one or more organs or organ systems. It also includes anesthetic care in carrying out diagnostic and therapeutic procedures of an operative and non-surgical nature. Another education of healthcare workers in the field of anesthesiology and intensive care is carried out in the form of a specialized study. Specialized study in the accredited specialization study program will extend the knowledge and skills acquired by the study and professional practice. The aim of the paper is to bring forward the proposal to innovate minimal standard of education of a specialized study in the specialized field of anesthesiology and intensive care from the perspective of the guarantor of the specialized study in the field of anesthesiology and intensive care focused on its course, the conditions of admission to study, the content of the study, the range of theoretical knowledge, skills

and practical experience and also the form of study completion. The suggestions are based on practical experience with the management of a specialized study in the given field. Specialized education in the field of anesthesiology and intensive care in our educational institution has a long tradition. It has been practiced since 1963. In 2004 - 2017, the Faculty of Nursing and Professional Health Studies of the SZU has 1474 qualification papers in the specialization field of anesthesiology and intensive care.

Keywords

Innovation of education. Minimal standard of education. Specialized study. Department of Anesthesiology and Intensive Care.

Úvod

Anestéziológia a intenzívna starostlivosť je špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá komplexnou ošetrovateľskou starostlivosťou o kriticky chorých, u ktorých hrozí zlyhanie, zlyháva alebo zlyhala funkcia jedného alebo viacerých orgánov alebo orgánových systémov. Zahŕňa aj anestetickú starostlivosť pri vykonávaní diagnostických a liečebných výkonov operačnej a neoperačnej povahy (1).

Špecializačné štúdium pozostáva z praktickej časti a teoretickej časti, pričom prevažnú časť špecializačného štúdia tvorí praktická časť (2). Špecializačné štúdium trvá jeden rok a šesť mesiacov čo je z nášho pohľadu postačujúce.

Špecializačné štúdium by podľa našich odporúčaní malo nadväzovať na:

- a) vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovatelstvo, ošetrovateľskú prax najmenej dva roky bez prerušenia, prax v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť minimálne 1 rok a 6 mesiacov a pracovné zaradenie v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť najmenej dva roky a 6 mesiacov bez prerušenia,
- b) vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovatelstvo, ošetrovateľskú prax najmenej dva roky bez prerušenia, prax v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť minimálne 1 rok a 6 mesiacov a pracovné zaradenie v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť najmenej dva roky a 6 mesiacov bez prerušenia,
- c) vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra, ošetrovateľskú prax najmenej dva roky bez prerušenia, prax v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť minimálne 1 rok a 6 mesiacov a pracovné zaradenie v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť najmenej dva roky a 6 mesiacov bez prerušenia, alebo
- d) úplné stredné odborné vzdelanie v študijných odboroch pre zdravotnícke povolanie sestra, ošetrovateľskú prax najmenej dva roky bez prerušenia, prax v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť minimálne 1 rok a 6 mesiacov a pracovné zaradenie v odbore anestéziológia a intenzívna

starostlivosť najmenej dva roky a 6 mesiacov bez prerušenia.

Musí byť splnený rozsah teoretických vedomostí, praktických zručností a skúseností, ktoré sú potrebné na výkon špecializovaných pracovných činností.

Rozsah teoretických vedomostí spočíva v teoretických poznatkoch z odboru anestéziológie a intenzívnej starostlivosťi. K skvalitneniu špecializačného štúdia v rozsahu teoretických vedomostí odporúčame vyňať z minimálneho štandardu všeobecné témy ako teórie a modely ošetrovatelstva a edukačný proces a to vzhľadom na to, že sa predpokladá že sestra ktorá je zaradená do vzdelávacieho programu má tieto vedomosti nadobudnuté v pregraduálnom štúdiu. Štandardizáciu resuscitácie a intenzívnej starostlivosťi odporúčam nahradiť štandardami resuscitačných postupov. K právnym predpisom navrhujeme doplniť tému etické a právne aspekty vzťahujúce sa na zdravotnú starostlivosť na oddeleniach anestéziológie a intenzívnej starostlivosťi.

V minimálnom počte zdravotníckych výkonov sa do rozsahu praktických zručností a skúseností zaraďujú technické zručnosti a ošetrovateľské výkony, ktoré súvisia s diagnostickými a liečebnými výkonmi, pri ktorých sestra spolupracuje s lekárom. Na základe dlhoročných skúseností s manažmentom špecializačného štúdia navrhujeme jednotlivé výkony rozdeliť podľa toho, či ich sestra vykonáva za asistencie lekára alebo samostatne v rámci svojich legislatívne vymedzených kompetencií. K diagnostickými a liečebnými výkonom, pri ktorých sestra spolupracuje s lekárom sa zaraďu-

jú: rozšírená resuscitácia, kardioverzia, dočasná kardiostimulácia, externá defibrilácia, kanylácia centrálnej žily, kanylácia tepny, zabezpečenie dýchacích ciest s pomôckami, perkutánna tracheostómia, bronchiálna laváž, bronchoskopia a fibroskopia, punkcia hrudníka, hrudná drenáž, zavádzanie enterálnej a balónikovej sondy, katetrizácia močového mechúra u muža, lumbálna punkcia a jugulárna oxymetria. K výkonom navrhujeme doplniť simuláciu kardiopulmonálnej resuscitácie na figuríne, zabezpečenie dýchacích ciest s pomôckami (asistencia pri endobronchiálnej intubácii, laryngeálna maska) (samostatne simulácia na figuríne), odber arteriálnej krvi, odsávanie z endotracheálnej a tracheostomickej kanyly otvoreným a zatvoreným systémom, zavádzanie žalúdočnej sondy u pacienta v bezvedomí a eliminačné metódy (hemodialýza, hemoperfúzia). Asistenciu a ošetrovateľskú starostlivosť pri zavádzaní pľúcneho katétra odporúčame vylúčiť z praktických výkonov, nakoľko sa už nevykonáva. Špecifiká odberu biologického materiálu na vyšetrenie (napríklad biochemické, mikrobiologické, hematologické) odporúčame vylúčiť, nakoľko sú súčasťou pregraduálneho štúdia sestier.

Každá praktická zručnosť a každý výkon musí by vykonaný v požadovanom počte, ktorý určuje špecializačná náplň. Pri jednotlivých výkonoch odporúčame upraviť počty tak, aby študent získal dostatočné praktické skúsenosti a zručnosti pri jeho vykonávaní.

Na základe praktických skúseností odporúčame inováciu v nasledovných výkonoch: starostlivosť o anestéziologické inštrumentárium vynechať a nahradiť len

starostlivosťou o pomôcky a prístroje k anestézii, resuscitácii a intenzívnej starostlivosti; vytváranie podmienok pre bezpečné prostredie nahradiť - bezpečnosť pri práci na oddeleniach anestéziológie a intenzívnej starostlivosti; aplikovanie metódy ošetrovateľského procesu, jeho jednotlivých krokov - vyňať nakoľko ide o všeobecné vzdelanie sestry; komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť doplniť o starostlivosť o pacienta po kardiopulmonálnej resuscitácii (KPR) a špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v septickom stave a infekčného pacienta.

Za technické zručnosti sa považuje manipulácia s prístrojovou technikou. V tejto časti minimálneho štandardu navrhujeme len minimálnu úpravu a to nastavenie základných parametrov ventilátora na umelú pľúcnu ventiláciu.

Organizačná forma špecializačného štúdia je vyhovujúca, no v časti Rozsah a zameranie odbornej zdravotníckej praxe vykonávanej na jednotlivých pracoviskách zdravotníckych zariadení, jej minimálna dĺžka a časový priebeh odporúčame nasledovné zmeny: ošetrovateľská prax v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť bola v dĺžke trvania jeden a pol roka, z toho teoretická príprava vo vzdelávacej ustanovizni štyri týždne a odborná zdravotnícka prax vo výučbovom zdravotníckom zariadení tri týždne. Praktickú časť zamerať na výkony, ktoré na svojom pracovisku účastníci štúdia štandardne nevykonávajú, výber školiaceho miesta modifikovať tak, aby mohol splniť minimálneho počtu výkonov podľa minimálneho štandardu vzdelávania.

Záver

V príspevku sme popísali návrh inovácie ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov formou špecializačného štúdia v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť. V súčasnosti sa kladú veľké nároky na kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť ktorej neoddeliteľnou súčasťou je vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. Špecializačné štúdium je štúdiom ďalšieho vzdelávania, ktorým si sestry pracujúce na oddeleniach anestéziológie a intenzívnej medicíny rozširujú svoje vedomosti a zručnosti a tým skvalitňujú ošetrovateľskú starostlivosť. Vzhľadom na to, že sa mnohokrát stretávame s uznávaním špecializačného vzdelania sestier, ktoré vykonali špecializačné štúdium v iných krajinách Európskej únie, kde je náplň a organizačná štruktúra špecializačného štúdia odlišná, je potrebné priblížiť náplň a podmienky EU.

Slovenská zdravotnícka univerzita má s uvedeným vzdelávaním dlhoročné skúsenosti. Vykonáva sa od roku 1963. Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií SZU v rokoch 2004 – 2017 vydala v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť 1474 kvalifikačných dokladov. Pri inovácii minimálneho štandardu vzdelávania, sme vychádzali z dlhoročných skúsenosti pri manažmente špecializačného štúdia a z požiadaviek klinických pracovísk.

Zdroje

1. Výnos ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. septembra 2010 č.12422/2010- OL, ktorým sa ustanovujú minimálne štandardy pre špecializačné študijné programy, minimálne štandardy pre certifikačné študijné

programy a minimálne štandardy pre študijné programy sústavného vzdelávania a ich štruktúra [online]. [citované 12.07.2017]. Dostupné na internete: [http://www2.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/3e6b545e2697a78cc-1256f970033e1b0/\\$FILE/Vestbnik_050730_osob.pdf](http://www2.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/3e6b545e2697a78cc-1256f970033e1b0/$FILE/Vestbnik_050730_osob.pdf)

2. Zbierka zákonov č. 296/2010 Nariadenie vlády Slovenskej republiky z 9. júna 2010 o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností. [online]. [citované 22.07.2017]. Dostupné na internete: <http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=209773&FileName=zz2010-00296-0209773&Rocnik=2010&#xml=http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?HitFile=True&FileID=300&Flags=160&IndexFile=zz2010&Text=%C5%A1pecializa%C4%8D-n%C3%A9+C5%A1t%C3%BA-dium>

Kontakt na autora

PhDr. Zuzana Rybárová, PhD.

Katedra anestéziológie a intenzívnej starostlivosti

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

SZU Bratislava

Limbová 12

833 03 Bratislava

t.č. 02/59370 300

E-mail: zuzana.rybarova@szu.sk

TATIANA HUDÁKOVÁ

OAMIS NsP Trebišov a.s, člen siete Svet zdravia

Abstrakt

Autorka v článku prezentuje základné a špeciálne prístrojové vybavenie nevyhnutné pre monitoring pacientov na intenzívnom oddelení. Sledovanie pacientov a monitorovanie klinického stavu sestrou je však aj popri modernej sofistikovanej technike nezastupiteľné. Sestra na intenzívnom oddelení je tým článkom multidisciplinárneho tímu, ktorý trávi s pacientom väčšinu pracovného času, pozná zmeny pacientovho stavu nielen podľa „monitora“, ale predovšetkým sledovaním klinického stavu pacienta vlastnými zmyslami.

Kľúčové slová

Monitoring. Prístrojové vybavenie. Sledovanie pacienta. Intenzívna starostlivosť. Sestra

Abstract

The author introduces both basic and special medical equipment, which is crucial for the detailed monitoring of patients health condition at the intensive care unit. There is however no doubt that the first-hand monitoring of patients clinical condition by a nurse herself goes far beyond the capabilities that the modern sophisticated equipment is able to offer. Nurse is the person who spends most time with the patient and is thus most familiar with patients health condition not only thanks to the medical equipment, but also by monitoring patients vital functions by her own senses derived from her professional and educational experience.

Key words

Monitoring. Medical equipment. Monitoring of patient. Intensive care. Nurse

Úvod

Monitorovanie pacienta je jedným z dôvodov, prečo je pacient prijatý na intenzívne lôžko. Sledovanie pacienta a monitoring vitálnych funkcií je jednou zo základných zložiek starostlivosti o pacienta v intenzívnej starostlivosti. Latinsky „monere“ znamená pripomínať, varovať. V Konceptii zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológia a intenzívna medicína (1) sa uvádza, že súčasťou intenzívnej starostlivosti „je nepretržité sledovanie a prístrojová podpora alebo iná forma podpory niektorého orgánového systému až do návratu reflexov a vedomia.“ Ako uvádza Kapounová (2), „monitoringom rozumieme opakované alebo trvalé sledovanie fyziologických funkcií pacienta a činností prístrojov. Slúži k podpore fyziologických funkcií s cieľom včasnej detekcie abnormalít týchto funkcií, uľahčeniu rozvahy o prípadných terapeutických intervenciách, k možnosti prekontrolovania porovnania fyziologických funkcií s odstupom času (trendy) a zhodnoteniu účinnosti použitej intervencie.“ Adamus (3) uvádza, že monitoring má nezastupiteľné miesto v intenzívnej starostlivosti. Vyžaduje si to však dostupnosť prístrojového vybavenia a vyškoleného personálu, ktorý je schopný údaje interpretovať a zvoliť efektívny liečebný postup – nedopustiť len „jednoduchú dokumentáciu katastrofy“. Práca sestry na intenzívnom oddelení má špecifický charakter. Sestra sa stará o menej pacientov, u ktorých musí zvládnuť celý komplex ošetrovateľských činností, nakoľko ide o pacientov nesebestačných s nutnosťou saturácie základných potrieb. Pre kvalitnú intenzívnu starostlivosť je potrebná tímová práca, dostatočné personálne obsadenie kvalifikovanými pracovníkmi, kvalitná technika, prístrojové vybavenie a monitoring. Tu je potrebné zdôrazniť, že aj napriek sofistikovanej

technike, zodpovednosť zostáva na sestre. Monitor alarmuje tachykardiu, ale neobjasní, „prečo ju pacient má“ (má bolesť, horúčku, zhoršuje sa základné ochorenie?). Vždy treba myslieť na to, že monitor len varuje, upozorňuje. Ako popisuje Bartuněk a kol. (4), monitorovanie nie je liečebnou metódou, ale je významným zdrojom informácií, slúžiacich k voľbe adekvátnej starostlivosti a liečby.

Spôsoby a ciele monitoringu

Podľa Kapounovej (2) rozlišujeme tri spôsoby monitoringu pacienta:

- Bedside monitoring (u lôžka pacienta): dá sa využiť na menších ošetrovacích jednotkách, kde sú monitory umiestnené na dohľad sestry
- Centrálny monitoring: všetky sledované parametre sú na jednom centrálnom monitore
- Kombinovaný monitoring: zahŕňa monitoring u lôžka aj centrálny monitoring, tento spôsob je najvyužívanejší

Černý a kol. popisujú, že význam monitorovania stúpa s rozšírením agresívnych vysoko invazívnych postupov. Invazívna technika je charakterizovaná porušením kožného krytu, kontaktom s telovými tekutinami alebo vydychovanými plynmi pacienta. V intenzívnej medicíne sa často objavuje fenomén tzv. *data overloading* – prítomnosť obrovského počtu dát a údajov, v ktorých sa stráca pacient aj personál. Veľké množstvo dát so sebou prináša riziko zhoršenia orientácie pri hodnotení stavu pacienta a množstvo nevyužitých dát, čo výrazne ovplyvňuje efektívnosť poskytovanej starostlivosti. V posledných rokoch sa zavádza koncept tzv. individuálneho monitorovania chorého, ktorý predstavuje snahu sledovať u pacienta v danej klinickej situácii len to, čo má zásadný vplyv na diagnostický a liečebný postup (5).

Dostál et al. zhrnuli všeobecné ciele monitorovania v intenzívnej starostlivosti: (6)

- Posúdenie stavu fyziologických funkcií (FF)
- Posúdenie priebehu ochorenia
- Včasná detekcia stavov vedúcich k ohrozeniu pacienta
- Uľahčenie použitia liečebných postupov, ktoré môžu viesť k ovplyvneniu FF
- Posúdenie účinnosti liečby
- Včasná detekcia komplikácií
- Posúdenie funkcií prístrojov slúžiacich k podpore životných funkcií.

Handl upozorňuje, že súčasťou komplexného monitorovania je okrem monitorovacej techniky aj sledovanie klinického stavu sestrou a lekárom, hodnotenie a dokumentácia nameraných hodnôt a parametrov a hodnotenie prínosu vzhľadom na vývoj ochorenia (7).

Adamus a kol. uvádzajú, že v súvislosti s monitorovaním pacienta sa môžu vyskytnúť aj negatíva, ako sú nepresné merania (napr. zvolenie nevhodnej manžety pri meraní tlaku krvi), chyby pri sledovaní a hodnotení údajov, artefakty (napr. nepokojný pacient), záťaž a nepohodlie pre pacienta (množstvo káblov a hadičiek), zvýšenie nákladov na zdravotnú starostlivosť, riziko iatrogenného poškodenia pacienta (invazívny monitoring), negatívom je aj venovanie väčšej pozornosti monitoru než pacientovi „pre hradbu techniky, nevidím pacienta“ (3).

Každá sestra na intenzívnom oddelení musí byť vrámci zaškoloňovacieho procesu oboznámená s prístrojovou a monitorovacou technikou. Po absolvovaní adaptačného procesu musí dokázať samostatne s touto technikou pracovať a vedieť ju obsluhovať.

Hlavné sesterské intervencie v súvislosti s monitorovaním pacienta:

- Posúdenie vzhľadu, správania, verbálnych a neverbálnych prejavov pacienta
- Sledovanie FF a ich zaznamenávanie do dokumentácie

- Znalosť fyziologických a patologických hodnôt FF resp. iných parametrov
- Klinické zhodnotenie aktuálneho stavu pacienta, včasné a adekvátne reakcie na zmeny pacientovho stavu, informovanie lekára
- Obsluhovanie prístrojovej techniky a monitorov (nastavenie alarmov, trendy, výmena modulu)
- Bezpečné ovládanie prístrojovej techniky

V súvislosti s monitorovaním pacienta prístrojovou technikou nesmieme nikdy opomenúť ľudský faktor. Ľudský faktor je článkom, ktorý vnáša do priestoru preplneného technikou a monitormi humanizmus a emócie. Navyše je tým článkom, ktorý údaje vyhodnocuje, analyzuje a na základe toho sa rozhoduje o ďalšom postupe. Tento fakt podporuje aj autorka Minaříková (8), keď konštatuje, že aj napriek tomu, že máme k dispozícii množstvo monitorovacej techniky, zostávajú základné postupy ako ľudský úsudok, hypotéza a súd naďalej platné, spoľahlivé a potrebné. V týchto situáciách sa uplatňuje aj sesterské logické myslenie a kritické uvažovanie.

Naše pracovisko OAMIS (oddelenie anestéziológie multiodborovej intenzívnej starostlivosti)

Naše pracovisko OAMIS predstavuje otvorený systém usporiadania tzv. plávajúcich lôžok, ktoré je možno prispôbiť podľa aktuálnej situácie. Máme tiež možnosť izolácie infekčných pacientov v dvoch izolačných boxoch. OAMIS sa člení na dva úseky: na úsek anestéziologicko – intenzívnej starostlivosti a úsek jednotiek intenzívnej starostlivosti, ktorý spája bývalú neurologickú, chirurgickú a internú JIS, disponuje 7 lôžkami. Úsek anestéziologicko - intenzívnej starostlivosti disponuje 9 lôžkami, ktoré sú plne monitorované (u lôžka + centrálné), u 2 lôžok využívame systém bedside. Pri tomto type monitoringu a usporiadaní a rozložení pacientov ich máme vždy „na očiach“, čo výrazne zvyšuje rýchlosť zásahov a pružné reakcie pri zhoršení klinického stavu pacienta. K

dispozícii máme jeden prenosný monitor vhodný pri potrebe monitorovania pacienta pri CT vyšetrení. Zo sestier na našom úseku (AIM) má ukončenú špecializáciu 96 % sestier. Podotkli sme to z toho dôvodu, že z nášho pohľadu je to jeden z významných faktorov, ktorý prispieva ku kvalite poskytovanej starostlivosti. Na úseku AIM sú nepretržite prítomné tri sestry, lekár, jeden ošetrovateľ a v dennej zmene aj sanitár. Personálne zabezpečenie intenzívneho oddelenia významne ovplyvňuje možnosť kontinuálneho sledovania a hodnotenia klinického stavu pacientov.

Základné a špeciálne monitorovanie na intenzívnom oddelení

Monitorovanie dýchacieho systému

- *Monitorovanie dychovej frekvencie:* je základným parametrom ventilácie. Ventiláčny pohyb sú snímané prevažne pomocou elektród EKG, u pacientov na umelej ventilácii pľúc (UVP) sa odporúča hodnotiť kapnogram. Sestra využíva pri hodnotení dýchania aj aspektu, pričom hodnotí frekvenciu, hĺbku dýchania, kvalitu dýchania.
- *Pulzná oxymetria:* neinvazívna metóda merania saturácie hemoglobínu kyslíkom. Normálna hodnota 95-98 %. Výhodou je neinvazívnosť, použiteľnosť u všetkých pacientov. Určitým obmedzením sú stavy spojené s poruchou periférneho prekrvenia, prítomnosť extrémnej anémie, ikteru alebo methemoglobinémie. Prvé meranie saturácie Hb kyslíkom sa uskutočnilo v r.1975, od roku 1981 sa vyrábajú prenosné oxymetre a metóda je štandardom v monitorovaní od roku 1986 (9).
- *Kapnografia:* využíva sa u pacientov na UVP a tiež v anestézii. Kapnografia interpretuje koncentráciu (%) alebo parciálnu tenziu (v kPa) CO₂ vo vydychovanom vzduchu, jej zmeny v čase a hodnotu na konci výdychu (ETCO₂ – end tidal CO₂). Normálna hodnota EtCO₂ je 4,7-6 kPa alebo 35-45 torrov.
- *Monitorovanie UVP:* na monitore ventilátora sledujeme hodnoty nastavené a hodnoty skutočné

dosiahnuté. Najdôležitejšie z nich sú – dychový objem (Vt), dychová frekvencia (VF), inspiračná frakcia O₂ (FiO₂), inspiračný tlak (Pi), dĺžka inšpiria (Ti), pomer dĺžky inšpiria a expíria (Ti:Te), tlak na konci expíria (peep), stredný tlak v dýchacích cestách (P mean) a iné (2,3). Sestra si okrem iného u pacienta na UVP všima prípadnú interferenciu pacienta s ventilátorom (neadekvátna sedácia, odznievanie svalových relaxancií, „budenie pacienta“...)

Monitorovanie kardiovaskulárneho systému

- *Snímanie EKG krivky*: základ monitorovania srdcovocievneho systému. Na monitore volíme zvyčajne záznam zodpovedajúci II. zvodu, pretože sa nám najlepšie zvýrazňuje vlna P na EKG. Monitorovanie EKG krivky slúži k sledovaniu srdcovej frekvencie, rytmu srdca, k detekcii ischemických zmien, k sledovaniu účinku liekov, k diferenciálnej diagnostike zástavy obehu. Štandardným postupom je využívanie 3- 5 zvodového EKG a u kardiologických pacientov je nevyhnutné natočenie 12- zvodového EKG aspoň 1x za 24 hodín (10).
- *Neinvazívne meranie tlaku krvi (TK)*: pomocou manžety tonometra. Moderné prístroje merajú TK v časových intervaloch na princípe oscilometra – detekcie arteriálnej turbulencie pod manžetou. Dôležitá však je veľkosť použitej manžety, pričom jej šírka by mala byť 20-30% obvodu ramena a tiež správne naloženie manžety na končatinu. TK na monitore je uvádzaný v troch hodnotách ako TK systolický, dastolický a stredný TK– tzv. MAP mean arterial pressure (7).
- *Invazívne meranie tlaku TK*: využíva sa u kriticky chorých tam, kde je nutné zaistiť veľmi časté merania, u pacientov s nízkym TK (šokové stavy, krvácanie) a pri potrebe kontinuálneho merania TK. Invazívny TK sa meria pomocou systému, ktorý umožňuje tlakové vlny zachytiť, previesť na elektrický impulz a zachytiť na monitore vo forme gra-

fu a číselného údaju. Pre meranie invazívneho TK je potrebný tlakový prevodník – snímač, tlaková hadička a pretlaková infúzia fyziologického roztoku s heparínom (4).

- *Centrálny venózný tlak (CVT)*: tlak v hornej dutej žile. Existujú dva spôsoby merania -fyzikálne pomocou infúzneho setu cez trojcestný kohútik s určením nulového bodu v lež v 2/3 predozadného priemeru hrudníka od podložky. Elektronické meranie CVT sa realizuje cez špeciálny elektronický set s prevodníkom, pretlakovou infúziou fyziologického roztoku s malou dávkou heparínu, ktorý je spojený s monitorom. Hodnota CVT odráža preload pravej komory a náplň cieveho riečiska. Normálne hodnoty CVT sú 2-10 cm H₂O (3).

Monitorovanie neurologického stavu

- *Vedomie*: vedomie sledujeme pomocou zmyslov, pričom základom zhodnotenia je reakcia na oslovenie a algický podnet. Najčastejšie používanou škálou je Glasgow Coma Scale (GCS), ktorá hodnotí otváranie očí, slovnú a motorickú odpoveď. Pacient pri plnom vedomí sa klasifikuje 15 bodmi, najnižší počet bodov u pacienta v bezvedomí sú 3 body.
- *Zrenice*: u pacienta hodnotíme symetriu a šírku zreníc a ich reakciu na osvit, a tiež postavenie bulbov (divergencia – stáčanie do jednej strany).
- *Svalový tónus*: hodnotíme ako primeraný, zvýšený alebo znížený svalový tónus. Sestra hodnotí a sleduje výskyt kŕčov, decerebračné a dekortikačné postavenie (Handl, 1999).
- *Monitorovanie intrakraniálneho tlaku*: považuje sa za štandard u pacientov s kraniocerebrálnym poškodením. Čidlo ICP sa vždy zavádza na strane poškodenia. Indikácie k monitoringu ICP sú GCS pod 8 bodov a abnormálny nález na CT. Za normu ICP sa považuje hodnota do 10 mmHg. Absolútnou kontraindikáciou merania ICP je koagulopatia (2).

- *Monitorovanie elektroencefalogramu (EEG)*: využíva sa u pacientov so status epilepticus na hodnotenie kôrovej elektrickej aktivity, ktorí sú uvedení do thiopentalovej kómy. EEG je snímaný pomocou rôzneho počtu elektród, ktoré sú rovnomerne rozmiestnené na neporušenom povrchu lebky. Uplatňuje sa aj pri zápalových ochoreniach mozgu, u pacientov s traumou mozgu (11).

Monitorovanie telesnej teploty (TT)

- *Neinvazívne meranie TT*: monitorovanie telesnej teploty patrí k jedným z najstarších monitorovacích postupov. Na intenzívnych oddeleniach sú využívané intermitentné a kontinuálne metódy pomocou kontaktných aj bezkontaktných teplomerov (Bartuněk a kol., 2016). Digitálne teplomery sú využívané k intermitentnému meraniu TT. Kožné čidlá merajú TT z povrchu tela kontinuálne. V pravidelných intervaloch je potrebné meniť ich polohu z dôvodu prevencie dekubitov. Tympanálny teplomer meria TT pomocou infračerveného senzora, merací senzor je zavedený čo najbližšie k ušnému bubienku. Teplota je vyššia o 0,5 oC, pretože vychádza z telesného jadra v blízkosti hypotalamu.
- *Invazívne meranie TT*: meranie TT v pažeráku pomocou čidla zavedeného do pažeráka. Je nevhodné u pacientov pri vedomí, so zachovaným kašľacím reflexom. Ďalšou možnosťou invazívneho merania je meranie TT v močovom mechúre napojením čidla na permanentný močový katéter (PMK) a snímačom v balóniku PMK (12).

Monitoring bilancie tekutín

- Príjem a výdaj tekutín sestra na intenzívnom oddelení hodnotí po 1,3,6,12,24 hodinách resp. podľa ordinácie lekára. K príjmu tekutín počítame príjem per os, výživu sondou, parenterálne tekutiny, k výdaju zarátavame výdaj moču, stolice, odpady z drénov, sondy, kolostómie, zvýšené potenie. Bilanciu tekutín hodnotíme aj podľa CVT a hmotnosti pacienta.

Meranie vnútrobrušného tlaku

- Tlak v dutine brušnej je dôležitý faktor, ktorý ovplyvňuje prietok krvi splanchtickou oblasťou. Fyziologic-ky sa zvyšuje pri kašli, patologicky je pri ascite, peritonitíde, ileuse. Indikáciou pre zavedenie merania vnútrobrušného tlaku sústavy ako pankreatitída, krvácanie do brušnej dutiny a ďalšie. Včasná detekcia patologických hodnôt môže predísť k rozvoju brušného kompartment syndrómu. Meranie sa realizuje napojením monitorovacieho setu na zavedený močový katéter. Fyziologické hodnoty sú do 7 mmHg, u pacientov na UVP sa toleruje do 10 mmHg (4).

Aj pri technike má (nezastupiteľné) miesto sestra:

- » Sestra pri monitoringu EKG musí správne umiestniť elektródy EKG (farebné rozlíšenie). Pred samotným naložením elektród zbaví pokožku ochlpenia a elektródy nalepí po očistení a odmastení pokožky. Po nalepení elektród sleduje miesto kontaktu elektród a pokožky (možná reakcia na cudzí predmet).
- » Sestra pri monitoringu TK musí správne naložiť manžetu na snímanie TK a zvoliť správnu šírku manžety (musí prekryvať 2/3 ramena) pričom dolný okraj manžety má byť umiestnený 3 cm nad lakťovú jamku. Voľná alebo tesná manžeta výrazne skresľuje namerané hodnoty TK.
- » U „kardiologického pacienta“ sestra natočí EKG 1x denne. EKG realizuje vždy pred toaletou pacienta, nikdy nie po záťaži. Pri abnormálnom EKG hlási stav lekárovi.
- » Sestra si v priebehu služby počas realizácie výkonov u pacienta všíma jeho reakcie a odpovede na slovný a algický podnet - priebežne vyhodnocuje stav vedomia pomocou GCS škály, hodnotí stav zreníc, celkové prejavy pacienta.
- » Sestra realizuje bilanciu tekutín, sleduje odpady z nazogastrickej sondy, drénov, kolostómie, zaznamenáva stolicu a zvratky, dokumentuje príjem pacienta (infúzna

liečba, enterálnu strava, príjem per os...).

- » Sestra pravidelne kontroluje invazívne vstupy (možnosť rozpojenia, krvácania, kontaminácie) vykonáva aseptické prevazy invazívnych vstupov, kontrolu a ošetrovania dokumentuje a závažné zmeny hlási lekárovi.
- » Sestra pri kontakte s pacientom hodnotí u pacienta prítomnosť bolesti, po konzultácii s lekárom aplikuje analgetickú liečbu.
- » Sestra pri každej toalete resp. polohovaní pacienta kontroluje stav pokožky, monitoruje riziko vzniku dekubitov a aplikuje preventívne stratégie k ich predchádzaniu (napr. mení miesto teplotnej sondy ako prevenciu poškodenia kože pacienta).
- » Sestra má nezastupiteľné miesto pri každom výkone, ktorý sa u pacienta realizuje, pretože spolupracuje na tomto výkone s lekárom, pripravuje pomôcky, asistuje pri výkone, pomáha pacientovi zaujať vhodnú polohu, prináša pacientovi psychickú podporu.
- » Sestra zaznamenáva a vedie dokumentáciu pacienta podľa zvyklostí oddelenia (zvyčajne 1x/1hod TK, P, D, TT, diurézu, príjem, GCS).

Záver

Technika a monitorovacie zariadenia majú v súčasnosti v zdravotníctve a na intenzívnych oddeleniach svoje miesto. Za prístrojom sa vždy nachádza človek so svojimi potrebami, so svojim prežívaním, častokrát s bolesťou. Sestre sa najviac otvára priestor (keďže trávi s pacientom najviac času) na to, aby sledovala klinický stav pacienta, saturovala jeho potreby (ktoré ovplyvňujú celkový stav pacienta) a bola pacientovi ľudsky nablízku. Pacienti zvyčajne veľmi ťažko znášajú to, že sa ocitli „v obklúčení prístrojov a hadičiek“. Stále platí, že aj napriek sofistikovanej technike má pri monitoringu pacienta nezastupiteľné miesto sestra.

Zdroje

1. Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore anesteziológia a intenzívna medicína z dňa 12.3.2007 č. 29589-1/2006 OZSO
2. KAPOUNOVÁ, G. Ošetrovatelství v intenzívni péči. Praha : Grada, 2010. s. 352. ISBN: 978-80-247-1830-9
3. ADAMUS, J. et al. Základy anesteziologie, intenzívni medicíny a léčby bolesti. Olomouc : Univerzita Palackého, 2009. s. 358. ISBN: 978-80-244-2996-0
4. BARTUNĚK, P. et al. Vybrané kapitoly z intenzívni péče. Praha : Grada, 2016. s. 752. ISBN: 978-80-247-4343-1
5. ČERNÝ, V. et al. Invazívni hemodynamické monitorování v praxi. Praha : Grada, 2010. s.158. ISBN: ISBN 80-7169-994-2
6. DOSTÁL, P. et al. Základy umělé plicní ventilace Praha : Maxdorf, 2014. s. 394. ISBN: 978-80-7345-397-5
7. HANDL, Z. Monitorování pacientu v anesteziologii, resuscitaci, intenzívni péči- vybrané kapitoly. Brno : IDVPZ, 2007. s. 149. ISBN: 978-80-7013-4597
8. MINAŘIKOVÁ, P. Monitorace pacienta. In: Sestra, 2008. č. 7-8, s. 42-43. ISSN: 1210-0404
9. DOBIÁŠ, V. Klinická propedeutika v urgentnej medicíne. Praha : Grada, 2013. s. 208. ISBN: 978-80-8090-004-5
10. ŠEVČÍK, P et al. Intenzívni medicína. Praha : Galén, 2000. s. 424. ISBN: 80-72-62042-8
11. TYRLÍKOVÁ, I. et al. Neurologie pro sestry. Brno : IDVZ. s. 288. ISBN: 80-701-3287-6
12. HASALOVÁ, Z. Invazívni monitoring na lůžkách. In: Sestra, 2003. č. 5, s.26-29. ISSN: 1210-0404

Kontakt na autora

PhDr. Tatiana Hudáková
OAMIS NsP Trebišov, Svet zdravia
SNP 1079, 075 01 Trebišov
Tel: 0915310291
email: s.tana@centrum.sk

JAK SE OSVĚDČILY OPATŘENÍ K PREVENCI SEPSIS NA KARIM FN OSTRAVA?

WHAT ARE THE RESULTS OF MEASURES TO PREVENT SEPSIS AT THE KARIM OSTRAVA?

PHDR. RENÁTA ZOUBKOVÁ^{2,1}, MGR. MARKÉTA KOČÍ¹, DOC. MUDR. MILAN MÁJEK, CSC.²

¹ Klinika anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, FN Ostrava

² Slovenská zdravotnícka univerzita, FOaZOŠ, Bratislava

Abstrakt

Sepsis získala přídomek „tichý zabiják“, protože do jednoho měsíce od stanovení diagnózy usmrtí 30% a do 6 měsíců až 50% nemocných. V současnosti je relativně málo prokázaných postupů, které lze pro léčbu sepsise doporučit. V zásadě jde o postupy, které jsou zaměřené na předcházení a efektivní léčbu nozokomiálních infekcí. Sepsis je vždy spojená s různým stupněm orgánové dysfunkce, součástí komplexní léčebné strategie jsou i podpůrné postupy. Tyto postupy se vztahují k prevenci ventilátorové pneumonie, katérové sepsise a raných infekcí u chirurgických ran. Součástí prevence je také nutriční podpora kriticky nemocných a včasná laboratorní diagnostika projevů sepsise. Na KARIM FNO byly zavedeny protokol pro prevenci VAP a mobility protokol s cílem zefektivnění uplatnění preventivních opatření v klinické praxi. Retrospektivně jsme zhodnotili efekt zavedených opatření na základě výskytu VAP na Oddělení resuscitační a intenzivní péče 1, kde se prokázal nesporný význam preventivních opatření.

Klíčová slova

Sepsis. Preventivní opatření. Ventilátorová pneumonie. Rehabilitace.

Abstract

Sepsis acquired the nickname „the silent killer“ because within one month of diagnosis kills and 30% within 6 months up to 50% of patients. Currently, relatively few proven procedures which can be recommended for the treatment of sepsis. In principle, the procedures that are aimed at the prevention and effective treatment of nosocomial infections. Sepsis is always associated with varying degrees of organ dysfunction, part of a comprehensive treatment strategies are also supportive. These processes relate to the prevention of ventilator-associated pneumonia, catheter sepsis and wound infections in surgical wounds. Part of prevention is also a nutritional support

of critically ill and timely laboratory diagnosis of sepsis symptoms. On KARIM FHO introduced a protocol for the prevention of VAP and mobility protocol to streamline the application of preventive procedures in clinical practice. We retrospectively reviewed the effect of the interventions introduced by the occurrence of VAP in the Department of Resuscitation and Intensive Care 1, which showed undeniable importance of preventive measures.

Keywords

Sepsis. Preventive procedures. Ventilator-associated pneumonia. Physiotherapy.

Úvod

Sepsis představuje jednu z nevážnějších komplikací u nemocných v intenzivní péči, která je spojena s vysokou mortalitou a morbiditou kriticky nemocných.

Jednou z hlavních strategií ošetřování pacientů jsou opatření založená na účinné prevenci. Z ošetrovatelských intervencí jsou s ohledem na prevenci sepsise preferovány aseptické postupy, bariérové ošetrovatelské techniky, výběr pomůcek pro ošetřování a péče o ně a frekvence výměny ochranných bariér.

VAP

Nozokomiální pneumonie ventilovaných nemocných – ventilator-associated pneumonia (VAP) je považována za nejčastější nozokomiální infekci nemocných vyžadujících umělou plicní ventilaci. Její průměrná četnost výskytu se pohybuje mezi 8 - 28% všech hospitalizovaných pacientů. Mortalita dosahuje od 24 - 76%. Nejvyšší riziko vzniku ventilátorové pneumonie je v prvních 5 dnech ventilace (3 % za den), během 5. – 10. dne umělé plicní ventilace (UPV) je 2 % za den a v dalších dnech UPV stoupá o 1 % denně (1).

Doba vzniku pneumonie je významná z epidemiologické i prognostického

hlediska. Časná VAP vzniká do 4. dne od intubace a zahájení UPV. Je způsobena patogeny citlivými na antibiotika (např. *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Hemophilus influenzae*). Jedná se často o patogeny přítomné v dýchacích cestách již v době intubace. Vzniku časná VAP nepředchází kolonizace žaludku a proto bariérová opatření nemusí být vždy účinná. VAP pozdní vzniká od 5. dne UPV, bývá nejčastěji způsobena multirezistentními patogeny a je spojena s vyšší morbiditou a mortalitou. Užití doporučených preventivních opatření může významně snížit výskyt této závažné komplikace. Jejich uplatnění je převážně v kompetencích sester specializovaných na intenzivní péči, které v rámci multidisciplinární spolupráce využívají možností fyzioterapie, která je součástí péče o pacienta s UPV.

Preventivní opatření vzniku VAP

1. Prevence tracheobronchiální kolonizace

Hygienický režim

Na pracovištích intenzivní péče je standardně zaveden účinný systém protiepidemických opatření. Jeho součástí je adekvátní alkoholová dezinfekce rukou, důkladná dezinfekce zařízení pro nebulizaci, ale především bariérové ošetřování nemocných s cílem omezit riziko zkřížené kolonizace. Nezbytná je izolace nemocných s multirezistentními nozokomiálními kmeny, včetně průběžného hodnocení mikrobiologické situace pracoviště.

Péče o komponenty k UPV

Prodlužuje se doba výměny ventilačních okruhů. Pravidelná výměna ventilačních okruhů se dle Guidelines pro prevenci VAP u dospělých pacientů z roku 2011 nedoporučuje. Výměna má být provedena po každém pacientovi. Mezi možnostmi nabízené v rámci jednorázových okruhů patří impregnace stříbrem a ohřev přímo

ve stěně okruhu. Nově prezentovanou metodou je fotodezinfekce vdechovaných plynů (2). Kontaminovaný kondenzát z okruhu ventilátoru musí být odstraňován opatrně, především na riziko vniknutí kondenzátu do endotracheální rourky nebo nebulizátorů napojených na okruh (1). Pasivní výměníky tepla a vlhkosti snižují kolonizaci okruhu ventilátoru, nicméně nesnižují incidenci VAP. V současné době nejsou důkazy preferující uzavřený odsávací systém před systémem otevřeným. Metaanalýza 15 randomizovaných kontrolovaných studií na 1334 pacientech, která srovnávala otevřené a uzavřené odsávací systémy, nepotvrdila snížení výskytu VAP při požití uzavřeného systému odsávání (1).

Intubace

Intubace a reintubace zvyšují riziko VAP. Volba strategie UPV je na indikaci lékaře. Neinvazivní umělá plicní ventilace místo konvenční ventilace vede u pacientů s akutním respiračním selháním v důsledku chronické obstrukční nemoci plic (CHOPN) nebo akutního kardiogenního plicního edému k signifikantně nižšímu riziku vzniku nozokomiální pneumonie. Pro zkrácení doby UPV a objektivizaci možnosti zahájení odpojování pacienta od UPV je důležité provádění Testu schopnosti spontánní ventilace. Významnou redukcí výskytu VAP se prezentují intubační a tracheostomické kanyly s kontinuálním nebo přerušovaným odsáváním ze subglotického prostoru, které jsou také opatřeny Ag impregnací (3). Ve studii, zaměřené na srovnání konvenčních endotracheálních kanyl s polyvinylovou manžetou (tloušťka ≥ 50 mikronů) bez subglotické drenáže a kanyl s polyuretanovou manžetou (tloušťka 7 mikronů) se subglotickým drenážním systémem (ETT-PUC-SSD – endotracheal tube, polyurethane cuff, subglotic secretion drainage), bylo celkem 280 pacientů rozděleno do dvou skupin podle typu kanyly. Ve skupině se standardní kanylou byl výskyt VAP 22,1 % (31 ze 140 pacientů), ve skupině s ETT-PUC-SSD pouze 7,9 % (11 ze 140 pacientů, $p = 0,001$) (1). Tlak v manžetě tracheální rourky nebo tracheostomické kanyly by měl být v pravidelných intervalech měřen a dokumentován a jeho hodnota by měla být udržována v rozmezí 20 – 25 cm H₂O.

2. Prevence aspirace

Výživa

Časná enterální výživa (do 24 – 48 hodin po intubaci) je považována za rizikový faktor, hlavně pro riziko aspirace žaludečního obsahu. Přesto je doporučována jako prevence atrofie střevní sliznice, která zvyšuje riziko bakteriální translokace. Adekvátní nutrice kriticky nemocného je spojena se zvýšenou redukcí mortality a morbidity nemocných. Enterální forma podání výživy je preferována před parenterální výživou. Postpylorické umístění enterální sondy ve srovnání s gastrickým umístěním je spojeno s redukcí nozokomiální pneumonie. Nazogastrická sonda je spojena se zvýšeným rizikem nozokomiální sinusitidy. Je potřeba zajistit správný postup zavedení a adekvátní výměnu sondy dle materiálu a doporučení výrobce (co 7 - 10 den – PVC sondy) (3).

Poloha pacienta

Poloha vleže u uměle ventilovaného pacienta je nezávislým rizikovým faktorem pro vývoj VAP. Pravděpodobnost jejího vzniku je v této poloze téměř třikrát vyšší a je zřejmě důsledkem vyššího rizika gastroesofageálního reflexu (GER). Poloha v polosedě - osa hrudníku svírá s osou podložky úhel $> 30^\circ$ (dále SRP - Semirecumbent Position), je považována za účinnou prevenci GER a následné aspirace. Torres a spol. již před více než deseti lety ukázali, že po označení žaludečního obsahu techneciem je radioaktivita endobronchiálního aspirátu čtyřikrát vyšší v poloze vleže než v SRP (1, 3). V prospektivní randomizované klinické studii, jejímž cílem byla analýza vztahu mezi polohou vleže, semirekumbentní polohou a výskytem VAP, Drakulovic a spol. zjistili o 80 % nižší incidenci mikrobiologicky potvrzené VAP u pacientů v semirekumbentní poloze. Jedná se tedy o nejjednodušší a nejefektivnější metodu prevence VAP.

3. Ostatní opatření

Péče o dutinu ústní

Topická aplikace chlorhexidinu nebo povidon - jodidu patří k doporučeným postupům v prevenci VAP. Jsou publikovány studie (Tantipong, Infect Control Hosp Epidemiol, 2008) kde se uvádí, že při provádění výplachu dutiny ústní Chlorhexidinem alespoň 2x denně, se významně snižuje mortalita VAP. V gui-

delines pro traumatizované pacienty z roku 2006 se doporučuje vypláchnutí dutiny ústní 0,12 % roztokem chlorhexidinu alespoň 2krát denně. Účinnou alternativou chlorhexidinu může být povidon - jodid. Testované skupině byl vyplachován nazofarynx a orofarynx 20 ml 10% roztoku povidon-jodidu následované aspirací sekretů. Ve srovnání s kontrolní skupinou bylo užívání povidon - jodidu spojeno se signifikantní redukcí VAP (1).

Profylaxe stresového vředu

Jako prevenci vzniku této nežádoucí komplikace lze použít podávání H₂ - antagonistů i sukralfát. Acidifikace gastrické výživy není doporučována.

Prázdniny od sedace

Denní přerušování sedace / analgo - sedace vede ke zkrácení délky umělé plicní ventilace ze 7,3 na 4,9 dní, a tím se snižuje riziko VAP. Předpokládá se však probouzení pacienta do stavu přiměřeného vědomí tak, aby nedošlo ke zhoršení jeho zdravotního stavu nebo k ohrožení jeho bezpečnosti. Tzv. „prázdniny od sedace“ se provádí tak, aby nebyl narušen pacientův spánkový rytmus. Předpokladem je trvalá přítomnost ošetrovatelského a lékařského personálu, kontinuální monitoring vitálních funkcí.

Protektivní ventilace

Řada dalších experimentálních studií prokázala, že mechanický stres plicní tkáně indukovaný traumatizujícím způsobem umělé ventilace (velký dechový objem - dále V_t a nulová hodnota tlaku na konci výdechu - dále PEEP) vede k lokální nadprodukci prozánětlivých cytokinů, paradoxní stimulaci růstu bakterií, sekvestrací systémových polymorfonukleárů do plic s indukci nebo progresí plicního poškození. Dechová frekvence, dechový objem, hodnota špičkového tlaku v dýchacích cestách a tlak na konci výdechu patří mezi čtyři důležité základní parametry ventilace (2). Dnes tedy již víme, že nesprávně nastavený režim ventilátoru, kdy velikost V_t nerespektuje redukovanou plicní vzdušnost (riziko traumatické dispenze) a nízká hodnota PEEP způsobí kolabování alveolů na konci každého výdechu s násilným otevřením na začátku každého vdechu (stres z napínání), skutečně vede k indukci a progresi plicního poškození tzv. Ventilator-Induced Lung Injury, VILI/ (3).

Personální zajištění

Adekvátní personální zajištění vede ke zvýšení účinnosti protinfekčních a protiepidemických opatření a ke snížení délky umělé plicní ventilace (1). Rovněž úroveň znalostí preventivních opatření může sehrát významnou roli v redukci rizika vzniku VAP. V jedné z observačních studií se prokázalo, že školení personálu Jednotky intenzivní péče (JIP) v dodržování hygienických opatření vedlo k okamžitému vzestupu četnosti mytí rukou na 78 %.

4. Respirační fyzioterapie

Cílem všech členů léčebného týmu je časně odpojení pacienta od UPV a jeho mobilizace za účelem prevence vzniku VAP a sekundárních změn. U ventilovaných pacientů dochází k oslabením bránice (ventilator induced diaphragmatic dysfunction – VIDF) (4). Prodlužuje se tak weaning a zároveň roste riziko vzniku respiračních infekcí.

Součástí intenzivní péče o kriticky nemocné by měla být i odborně vedená rehabilitace. Malkoc (5) ve své studii na 277 ventilovaných kriticky nemocných pacientech dokládá signifikantně pozitivní vliv respirační fyzioterapie na zkrácení doby UPV i celkového pobytu na intensive-care-unit (ICU). Další studie (Schweickert et al.) (6) zase uvádí pozitivní efekt časně rehabilitace pacientů v době prázdnin od sedace (interruption of sedation). Důležitou součástí rehabilitační intervence na ICU je kromě respirační fyzioterapie i časná mobilizace pacientů a respirační polohování (7). Fyzioterapie v intenzivní péči by měla probíhat opakovaně v menších časových úsecích. Pro zajištění maximálního efektu, bychom měli v rámci léčebného týmu úzce komunikovat a vzájemně spolupracovat. Důležité je správné načasování jednotlivých kroků tak, abychom maximalizovali výsledný efekt a přitom nepřetížili pacienta. Řadu rehabilitačních postupů může úspěšně provádět sestra v době nepřítomnosti fyzioterapeuta a výrazně tak přispět k prodloužení kýženého efektu.

Preventivní opatření na KARIM FN Ostrava

Od dubna 2015 byl zaveden na lůžkových jednotkách KARIM Check-list pro prevenci VAP, jehož cílem je mapovat

realizaci preventivních opatření v klinické praxi. Záznam jednotlivých intervencí provádí sestra minimálně 2x denně, plnění eviduje směnová sestra. Hlavním cílem check-listu je motivace a edukace sester v plnění zavedených preventivních opatření. Záznamy průběžně hodnotí konzultantka pro prevenci VAP, která současně dohlíží a konzultuje realizaci jednotlivých intervencí v praxi.

V rámci ošetřovatelských vizit je současně konzultována indikace a kontra-indikace plnění jednotlivých intervencí. S výsledky jsou pravidelně sestry seznámeny na provozních schůzích. Od 1. 10. 2016 byl zaveden do klinické praxe mobility protokol, který slouží k optimalizaci fyzioterapie u pacientů na KARIM. S ohledem na význam fyzioterapie nejen na prevenci rozvoje nozokomiální pneumonie, ale především časnou mobilizaci našich pacientů, zavedený protokol definuje spolupráci fyzioterapeutů a sester v rámci dechové rehabilitace a postupů rehabilitačního ošetřování a umožňuje tak efektivní využití všech zdrojů multidisciplinárního týmu.

Hodnocení zavedených opatření na lůžkových jednotkách KARIM je součástí ústního sdělení.

Závěr

Klinický průběh VAP může být variabilní. Úspěch léčby rychle progredující těžké VAP je závislý na spolupráci všech členů léčebného týmu. Provedené studie dokazují, že výskyt VAP lze významně ovlivnit použitím mnoha preventivních opatření. Jedná se často o opatření jednoduchá a největší účinnost je pozorována po zavedení multimodálních preventivních programů. Většina z těchto opatření realizují sestry v intenzivní péči a tak je potřebné zdůrazňovat benefit jednotlivých opatření.

Zdroje

1. STOSZEK, D., DOSTÁL, P., VLKOVÁ, A. *Možnosti prevence ventilátorové pneumonie – aktuální stav.*: Anest. intenziv. Med., 19, 2008, č. 3, s. 149-153.
2. TICHÝ, J., KULA, R., SZTURZ, P., et al. *Ventilátorová pneumonie.* Klinická mikrobiologie a infekční lékařství, 2011, č. 1, s. 20-24.
3. KULA, R., et al., *Těžká seps – lze ji předejít?* Postgraduální medicína,

2004, 6. č. 6, s. 616-621

4. MARTIN, A., D., SMITH, B., K., GABRIELLI, A. 2013. *Mechanical ventilation, diaphragm weakness and weaning: A rehabilitation perspective.* *Respiratory Physiology and Neurobiology* 2013, vol. 189, no. 2, pp. 377-383
5. SCHWEICKERT, W. D., POHLMAN, M. C., POHLMAN, A. S., NIGOS, C. PAWLIK, A. J., ESBROOK, C. L., SPEARS, L., MILLER, M., FRANCZYK, M., DEPRIZIO, D., SCHMIDT, G. A., BOWMAN, A., BARR, R., MCCALLISTER, K. E., HALL, J. B., KRESS, J. P. 2009. *Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial.* *The Lancet* 2009, vol. 373, no.9678, pp. 1874-1882.
6. MALKOC, M., KARADIBAK, D., YILDRIM, Y. *The effect of physiotherapy on ventilatory dependency and the length of stay in an intensive care unit.* *International Journal of Rehabilitation Research* 2009, vol. 32, no. 1, pp. 85-88.
7. MORRIS, P. E., GOAD, A., THOMPSON, C., TAYLOR, K., HARRY, B., PASSMORE, L., ROSS, A., ANDERSON, L., BAKER, S., SANCHEZ, M., PENLEY, L., HOWARD, A., DIXON, L., LEACH, S., SMALL, R., HITE, R. D., HAPONIK, E. *Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure.* *Critical Care Medicine* [online]. 2008, vol. 36, no. 8, pp. 2238-2243.

Kontaktní adresy

PhDr. Renáta Zoubková

Klinika resuscitace, anestézie a intenzivní medicíny, FN Ostrava
renata.zoubkova@fno.cz

Mgr. Markéta Kočí

Klinika resuscitace, anestézie a intenzivní medicíny, FN Ostrava
marketa.koci@fno.cz

doc. MUDr. Milan Májek, CSc.

Slovenská zdravotnícka univerzita, FOaZOŠ, Bratislava

ANDREA BRATOVÁ^{1,2,4}, HELENA GONDÁROVÁ – VYHNIČKOVÁ^{3,4}, EMÍLIA PLAVČANOVÁ⁵

¹ Ústav ošetrovateľstvá, 2. LF UK a Fakultní nemocnice Motol, Praha

² Hospic – Dom pokoja a zmiery u Bernadety, Nitra

³ Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, Ústredná vojenská nemocnica SNP, Fakultná nemocnica, Ružomberok

⁴ Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA, Bratislava

⁵ Fakultná nemocnica Trnava, Interná klinika

Abstrakt

Príspevok približuje informácie o informovanosti pri ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov v celkovej anestézii. Informácie, periooperačná starostlivosť, kompletný multidisciplinárny zohratý tím a rodina počas periooperačného obdobia sú veľmi dôležité na pochopenie, podporu, zvládnutie a rekonvalescenciu pacienta.

Kľúčové slová

Sestra. Pacient. Ošetrovateľská starostlivosť. Celková anestézia. Komunikácia. Informovanosť.

Abstract

The contribution brings informations of knowledgeableness in patient at pre-operational care total anaesthesia. Information, peri-surgical care, complex multidisciplinary team and family during peri-surgical period are very important for understanding, support, management and reconvelescence of the patient.

Keywords

Nurse. Patient. Nursingcare. Total anaesthesia. Communication. Knowledge ableness.

Úvod

Základným predpokladom úspechu efektívnej informovanosti o anestézii s následným navodením celkovej pohody sú primerane a zrozumiteľne podané informácie s dôrazom na kvalitu a kvantitu poskytovaných informácií a následným rozširovaním vedomostí.

Vlastný text

Predoperačná príprava a vyšetrenie pacienta je veľmi dôležitou činnosťou, vďaka ktorej môžeme predísť vzniku rôznych predoperačných komplikácií (1). Predoperačná starostlivosť sa začína rozhodnutím sa pacienta pre operáciu,

ako jedinou možnosť vyriešenia jeho zdravotného problému. Predoperačná fáza sa končí prevozom na operačnú sálu, kde ho prevezme operačná alebo anestéziologická sestra (2). Cieľom predoperačnej prípravy je pripraviť pre pacienta čo najpriaznivejšie podmienky k zvládnutiu operačnej záťaže, ktorá ho počas operácie čaká a zabezpečiť nekomplikované pooperačné zotavenie (3; 4). Bezprostredná príprava zahŕňa pred celkovou anestéziou skontrolovanie totožnosti pacienta a formulár informovaného podpísaného súhlasu s anestéziou. Pri neodkladnej akútnej anestézii je rozdiel v tom, že pri akútnej predoperačnej príprave sme limitovaní časom, kedy je potrebné vyšetrenie pacienta, získanie laboratórnych výsledkov a nepriaznivé faktory (5). Predoperačná príprava okrem bezprostrednej, plánovanej, urgentnej alebo akútnej obsahuje neodkladné výkony z vitálnej indikácie, napríklad rozsiahle krvácanie ohrozujúce život pacienta (1). Získanie pacientovho informovaného súhlasu s anestéziou je neoddeliteľnou súčasťou anestéziologickej starostlivosti pri plánovaných diagnostických a terapeutických výkonoch operačnej a neoperačnej povahy. Informovaný súhlas je dokladom o poskytnutí informácii pacientovi alebo jeho zákonnému zástupcovi o povahe, rizikách a možných komplikáciách súvisiacich s plánovanou zdravotnou starostlivosťou alebo výkonom. Získanie informovaného súhlasu je dôležitým predpokladom poskytnutia anestéziologickej starostlivosti u všetkých odkladných výkonov (výkon, ktorý je plánovaný a jeho realizáciu je možné odložiť do doby získania informovaného súhlasu pacienta alebo jeho zákonného zástupcu bez zvýšenia rizika zhoršenia zdravotného stavu alebo ohrozenia života). Neodkladnosť výkonu znemožňujúca získanie informovaného súhlasu by mala byť uvedená a zdôvod-

nená v zdravotnej dokumentácii lekárom vyžadujúcim poskytnutie anestéziologickej starostlivosti. Podstatný nie je samotný text poučenia, ale dôkaz toho, že pacient mal možnosť získať všetky informácie, ktoré sú dôležité, prípadne ktoré chcel sám vedieť (6). Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta v predoperačnej príprave zahŕňa klinické vyšetrenia, pri ktorých sa určia operačné riziká. Sestra získava údaje o pacientovi na pooperačné hodnotenie a vedenie skriningových testov (7). Predoperačnú starostlivosť môžeme rozdeliť na fyzickú a psychickú prípravu. Fyzická príprava zahŕňa starostlivosť sestry o pacienta. Sestra edukuje pacienta pred operáciou nasledovne: pred operáciou nesmie aspoň 6-8 hodín jesť, piť a fajčiť. Ak je to pacient, u ktorého by mohlo dôjsť k riziku dehydratácie, podávajú sa pacientovi tekutiny intravenóznou cestou. Tesne pred operáciou je potrebné, aby sa pacient vymočil. Pri náročnejších a dlhších operáciách sa vykonáva katetrizácia močového mechúra a klyzma. Deň pred operáciou sa podávajú lieky podľa ordinácie lekára napr. sedatíva a hypnotiká, pomáha to pacientovi zvládnuť stres pred operáciou. Ako prevencia tromboembolickej komplikácie sa robí bandáž alebo sú vhodné antiembolické pančuchy (potrebne vziať mieru). Ďalej sa môže podávať nízkomolekulový heparin podľa ordinácie lekára (1). Aby sme u pacienta znížili riziko aspirácie žalúdočného obsahu, malo by uplynúť aspoň 6 hodín od posledného príjmu pevnej stravy (vrátane mlieka), 8 hodín od príjmu tučných alebo smažených jedál a 2 – 4 hodiny od požitia čírych tekutín (voda, slabý čaj). Medzi nevhodné tekutiny radíme alkoholické nápoje a nápoje sytené oxidom uhličitým. Avšak dlhodobé lačnenie vedie k tomu, že sa v žalúdku hromadí veľmi kyslý žalúdočný obsah a pacienti sú paradoxne viac ohrození aspiráciou, ako lačnenia

doporučenú dobu. Niektoré pracoviská z tohto dôvodu podávajú 2 hodiny pred operáciou 200 ml hypoosmolárnej tekutiny. Podanie tekutiny vedie jednak k nariedeniu žalúdočnej šťavy, a tým k zvýšeniu pH, jednak ku spusteniu pylorického reflexu a dokonalejšiemu vyprázdneniu žalúdka. Kde je však riziko aspirácie vyššie, je potrebné dodržiavať niektoré preventívne opatrenia (6). Pred operáciou je potrebná dôkladná hygiena pacienta, ostrihanie a odlakovanie nechťov, odlíčenie. Večer pred operáciou sa oholí miesto operácie, ráno alebo pred operáciou sa vyberie zubná protéza. Všetky šperky, cennosti je potrebné odovzdať do trezora na podpis. Oblečenie, protetické pomôcky sa označia menom. Úlohou sestry je naučiť pacienta vykonávať pasívne a aktívne cvičenia, monitorovať tlak krvi najmä so zreteľom na hypertenziu, získať základné údaje o množstve moču za 24 hod (7). K psychickej starostlivosti patrí citlivý prístup k pacientovi. Je potrebné, aby sestra vysvetlila pacientovi výkon podľa jej kompetencií a zodpovedala otázky, ktoré pacient má. Nikdy nebagatelizovať kladné ani záporné otázky, ktoré sa týkajú operácie, či nepriaznivé výsledky imobilizácie. Sestra poskytuje pomoc aj príbuzným (8).

Ďalšie sesterské intervencie pri posúdení predoperačného výkonu sú posudzovanie druhu, rozsahu, naliehavosti ochorenia, poranenia, pridružených ochorení, veku, stavu výživy, abúzu, dlho užívaných liekov, psychosociálneho stavu. Potrebné je odstrániť rušivé elementy z prostredia. Veľmi nápomocný je aj kontakt pacienta s osobou rovnakej diagnózy (2). K predoperačným vyšetreniam, ktoré pacient musí mať, zaradujeme anamnézu, fyzikálne vyšetrenia, screeningové vyšetrenia krvi a moču, EKG, RTG srdca a pľúc, interné vyšetrenie, predanestetické vyšetrenie. U žien, ak je to potrebné pre podozrenie problému, aj gynekologické vyšetrenie (4). Pred podaním predovšetkým celkovej anestézie je potrebná kontrola pacientovej totožnosti a vždy formulár obsahujúci informovaný súhlas s anestéziou. Pacienti by nemali mať už na sebe šperky, snímacie zubné náhrady, či iné odstrániteľné pomôcky (6). Za prechod pacienta operačnou sálou zodpovedá anestéziologický tím. Ošetrojúci personál kontroluje identitu pacienta, ove-

rí druh a stranu výkonu. Je potrebné, aby pacient vchádzal na operačnú sálu so zabezpečením periférnej žily, fľašou infúzneho roztoku a výsledkami neinvazívneho monitorovania EKG, tlaku krvi a satO₂ (9).

Vedenie celkovej anestézie je obdobím, ktoré si vyžaduje starostlivé sledovanie klinického stavu pacienta a jeho životných funkcií, hĺbky a kvality anestézie a jej doplňovania. Súčasne je potrebné sledovať dianie v operačnom poli a včas reagovať na eventuálne komplikácie, samozrejme, je potrebné neustále vedenie záznamu o anestézii. Ukončenie anestézie a prebudenie ja dané ukončením prívodu anestetík, ich odbúravaním a vylúčením, prípadne podaním antidót. V rámci pooperačnej anestéziologickej starostlivosti si pacient vyžaduje po operačnom zákroku starostlivý dohľad anestéziológa do návratu obranných reflexov, plného návratu vedomia, stabilizáciu kardiovaskulárneho aparátu, vyrovnanie stabilizácie vnútorného prostredia a obnovy dostatočnej spontánnej pľúcnej ventilácie (10).

Pooperačné obdobie je čas medzi prebudením pacienta po anestézii až po prepustenie pacienta domov do domácej starostlivosti. Cieľom je zistiť základne životné funkcie pacienta po operácii najmä v prvej hodine po operácii. Je potrebné ho pozorovať, aby nedošlo ku komplikáciám vyplývajúcich z celkovej anestézie. Pacient ostáva na prebúdzacej miestnosti, kým nedôjde k návratu obranných reflexov, spontánneho dýchania, stabilizácie krvného tlaku. Bezprostrednú operačnú starostlivosť vykonáva anestéziologická sestra (2). Pooperačná anestéziologická starostlivosť v sebe zhrňuje i otázku zaistenia pooperačnej analgézie. Optimálne je, ak je pacient na prebúdzacej miestnosti spravidla 30 min., pri trvalom monitorovaní. V prebúdzacej miestnosti sa podáva pooperačná analgézia, aby pacient po prebudení nemal strednú a silnú bolesť. Po operácii je pacient buď premiestnený na štandardné oddelenie, pokiaľ je celkom pri vedomí, má stabilné základné vitálne funkcie a nemá žiadne významné komplikácie (odovzdáva sestru sestru), na jednotku intenzívnej starostlivosti, pokiaľ je potrebné niektoré funkcie (obeh, dýchanie) trvale sledovať, aby neprišlo k ohrozeniu (odovzdáva lekár lekárovi), alebo na resuscitačné

oddelenie, pokiaľ je niektoré funkcie potrebné nahradzovať (umelá pľúcna ventilácia), odovzdáva lekár lekárovi (10). Pacienta môže odovzdať anestéziologická sestra inej sestru na oddelení alebo na JIS, ak je potrebné ešte niektoré funkcie pacienta sledovať, aby nedošlo k zhoršeniu (5). Po operácii sestra na oddelení plní ordinácie lekára (1). Sestra edukuje pacienta o výžive po operácii. Je potrebné, aby pacient dodržiaval intervencie sestry. Neprestajná kontrola presakovania rany je veľmi dôležitá, kontroluje sa funkčnosť drénu, množstvo tekutín a odchod plynov. Sestra zabezpečí nácvik dychovej gymnastiky a odkašľanie hlienu u pacienta, rehabilitáciu, bandáže a postupnú aktivizáciu pacienta. Pooperačné prebúdzacie skóre obsahuje 5 príznakov, a to sú obeh, aktivita, vedomie a farba kože (8). Intervencie sestry v pooperačnom období. Do zdravotnej dokumentácie zapisuje záznam času prevzatia a stav pacienta, jeho fyziologické funkcie, ktoré sleduje každých 15 min. V indikovaných situáciách môže sestra napájať pacienta na zariadenia intenzívnej starostlivosti, ako sú EKG, satO₂, O₂ a iné. Sestra posudzuje stav vedomia u pacienta napríklad podľa škály Glasgow coma skóre, taktiež zabezpečuje pacientovi vhodnú polohu podľa druhu operácie. Podľa úrovne vedomia pacienta je vhodné, aby sestra myslela na bezpečnosť a dvihla na posteli bočnice, fixovala alebo len mala zvýšený dohľad. Sledovala periférne prekrvenie, stav kože, kapilárny návrat, pulzáciu artérií, bilanciu tekutín. Napájala a starala sa o zberné vrecko, ak má pacient PK. Taktiež sestra aplikuje ordinované lieky podľa ordinácie lekára, zabezpečuje kontrolné laboratórne vyšetrenia. Udržiava s pacientom kontakt, vysvetlí mu potrebu pokoja, odpočinku, zabezpečí, aby mal pacient poruke signalizačné zariadenie. Stará sa o osobnú čistotu, aj čistotu posteľnej bielizne. Klasifikuje bolesť podľa škály, monitoruje bolesť na základe verbálizácie a prejavov pacienta (2). Sestra sa stará o ústnu dutinu, keďže pacient prijíma tekutiny. Ako následok anestetík sa môže objaviť vracanie, nevoľnosť. Pooperačná starostlivosť je veľmi dôležitá, len na nás záleží, v akom stave pacient odíde z nemocnice. Úlohou je previesť pacienta týmto pooperačným obdobím pri prevencii, ošetrovaní, liečbe komplikácií a kontroly čo najlepšie (11).

Sestra používa stratégie proti bolesti. Verí pacientovi, že pociťuje bolesť, komunikuje o bolestiach s pacientom, popisuje ich. Navedie pacienta na správne vnímanie a názor na bolesť, aplikuje teplo alebo chlad. Sestra spolu s pacientom bojuje proti strachu a úzkosti, používa odpútačacie techniky (ako je dýchanie, spev, vyklepkávanie, počúvanie hudby, regulovanie predstavy). Stimuluje kožu pomocou studených obkladov, masí s analgetickým účinkom. Sestra podáva analgetiká podľa ordinácie lekára (12). Následná pooperačná starostlivosť zahŕňa rehabilitáciu a návrat k životu, ktorý mal pacient pred operáciou (4). Choroba nezasiahne len pacienta, ale aj celú jeho rodinu. Rodina sa podieľa nielen na starostlivosti o pacienta zo stránky psychickej, fyzickej podpory, ochrany chorého, ale aj poskytnutia veľmi cenných informácií zdravotníckemu tímu (13).

Záver

Sestry reprezentujú najväčšiu profesijnú skupinu pôsobiacu v ošetrovatelstve, stoja po boku lekárov, pacientov, taktiež aj ich blízkych tesnejšie než ktorýkoľvek iný zdravotnícky pracovník. Práve z toho dôvodu vyplýva pre postavenie sestier mimoriadne a súčasne zložitá postavenie ich role, hlavne v komunikácii (14).

Informovanosť o anestézii u pacientov má veľmi dôležitú úlohu. Významne ovplyvňuje celkový stav pacientov. Dôležitosť primeranej komunikácie tiež veľmi vhodne vplýva i na celkový stav pacientov. Pri poskytovaní anestéziologickej starostlivosti je dôležitá spolupráca medzi všetkými zdravotníckymi pracovníkmi, hlavne v komunikačnej oblasti. Anestéziologická starostlivosť zabezpečuje bezbolestné vykonávanie diagnostických a liečebných výkonov operačnej a neoperačnej povahy. Pri týchto výkonoch je nevyhnutné vytvárať také podmienky, aby sa mohol bezpečne realizovať s čo najmenším nepriaznivým ovplyvnením zdravotného stavu chorého. Pre pacienta je dôležité zameranie na zmiernenie strachu a obáv, upokojenie, trpezlivý vypočutie, porozumenie, zrozumiteľný a priateľský rozhovor. Pretože obavy, úzkosť a strach narušujú duševnú rovnováhu pacienta, tým nepriaznivo ovplyvňujú úvod do anestézie, anestéziu, prebúdzanie i pooperačný priebeh. Všetci pacienti majú pred anestéziou a pred operáciou strach, taktiež

i väčšina príbuzných. Sú však v rozličnej miere pripravení ako pred sebou, tak i pred inými tento strach a obavy pripustiť a hovoriť o nich. Z toho dôvodu je prístup, vládna komunikácia zdravotníckych pracovníkov veľmi veľkou oporou pre pacientov a ich príbuzných. Vzhľadom k tomu, že sa pacienti najčastejšie počas pobytu v nemocnici stretávajú so sestrou, predstavuje práve ona pre nich najväčšiu oporu počas pobytu v nemocnici. Každá sestra, ktorá svoju profesiu vykonáva zodpovedne, tak adekvátne naslúcha pacientovým otázkam, je empatická voči pacientovi a jeho rodine. V rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti sestra podporuje a edukuje pacienta, zaujíma sa o jeho potreby, dodržiava Etický kódex sestry a zároveň rešpektuje práva pacienta. Potrebné je však dodať, že je na celom multidisciplinárnom zdravotníckom tíme, aby spoločne s pacientami tento strach a obavy prekonávali s pomocou kvalitnej informovanosti i komunikácie. Dobrá schopnosť komunikácie je vždy našim najväčším aktívom, či už ide o pacienta alebo pracovný život. Pre pacienta je dôležité aktívne načúvanie hlavne zo strany sestier, pretože má s pacientom užší vzťah ako lekár. Komunikovanie je síce časovo náročná, no stále účinná metóda nevyžadujúca si žiadne špeciálne zásahy. Vyžaduje iba kúsok teplých a srdečných slov, ktoré sú pre pacienta najlepším balzomom na dušu. Žijeme v krehkom, ohrozenom, ľahko zraniteľnom a vzájomne prepojenom svete. My zdravotníci načúvame tlkotu ľudských srdc a tie bijú na celom svete rovnako. V rytme života nás všetkých, či už pacientov, i nás sestier a všetkých zdravotníckych pracovníkov, prevažuje túžba po zdraví, láske, porozumení a spokojnosti.

Zdroje

1. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v Chirurgii I.* 1. Vyd. Praha : GradaPublishing, a.s., 2010. 264 s. ISBN: 978-80-247-3129-2.
2. KUBICOVÁ, L. a kol. *Chirurgické ošetrovatelstvo.* Martin : Osveta, 2005. 152 s. ISBN 80-8063-176-X.
3. ZEMAN, M., KRŠKA, Z. a kol. *Chirurgická propedeutika.* 3. přepr vyd., Praha : GradaPublishing a. s., 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.
4. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. 2013. *Ošetrovateľská péče v chirurgii.*

Praha: GradaPublishing a. s., 2013. 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

5. MÁLEK, J. a kol. *Praktická anestéziologie.* Praha : GradaPublishing a. s., 2011. 188s. ISBN 978-80-247-3642-6.
6. KURZOVÁ, A. Informovaný souhlas pacienta s anestézií. In Málek, J. a kol. *Praktická anestéziologie.* 2. přepr. a dopl. vydání. Praha : GradaPublishing a.s., 2016. s. 72 - 85, ISBN 978-80-247-5632-5.
7. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2.* 2. vyd. Martin : Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-2170-528-0.
8. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu.* Praha: Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
9. WICHISOVÁ, J., PŘÍKRYL, P., POKORNÁ, R. a kol. *Sestra a perioperační péče.* Praha: GradaPublishing a. s., 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
10. MÁLEK, J. Průběh celkové anestézie. In Málek, J. a kol. *Praktická anestéziologie.* 2. přepr. A dopl. vydání. Praha : GradaPublishing a.s., 2016. s. 103 - 104, ISBN 978-80-247-5632-5.
11. KALA, Z.; PENKA, I. a kol. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgie.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotníckých odborů, 2010. 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.
12. BOROŇOVÁ, J. *Základy ošetrovatelstva.* Trnava : Slovak Academic Press, spol. s.r.o, 2004. 160 s. ISBN 80-89104-50-9.
13. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči.* Praha : GradaPublishing a.s., 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
14. JURÁSKOVÁ, D. Etika a komunikace v ošetrovatelství. In Ptáček, R., Bartůněk, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha : GradaPublishing a.s., 2011. s. 239, ISBN 978-80-247-3976-2.

Kontakt na autora

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

Univerzita Karlova

Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

V Úvalu 84

Praha 5, 150 06

Tel.: 224435898, 224431022

E-mail: andrea.bratova@lfmotol.cuni.cz

Florence Nightingaleová (12. 5. 1820 – 13. 8. 1910)



Ovplyvnila nielen moderné profesionálne ošetrovatelstvo, ale aj štatistiku, prakticky využila grafy a diagramy, zaznávanému povolaniu dokázala vydobiť uznanie.

102 – ročnej bývalej zdravotnej sestry gratulujeme



Ovplyvnila nielen moderné profesionálne ošetrovatelstvo, ale aj štatistiku, prakticky využila grafy a diagramy, zaznávanému povolaniu dokázala vydobiť uznanie.

Bývalá hlavná sestra Ústrednej vojenskej nemocnice v Ružomberku - 102 ročná Sidónia Zdenka Vicenová. Vo vojenskej nemocnici pracovala až 36 zo 42 rokov, počas ktorých pracovala v zdravotníctve. Zaujímavosťou tiež je, že pani Sidónia Zdenka Vicenová sa narodila práve v roku, kedy bola Ústredná vojenská nemocnica slávnostne otvorená.

Počas Slovenského národného povstania pôsobila ako vrchná ošetrovatelka I. poľnej nemocnice v Korytnici a neskôr bola poverená zriadením II. poľnej nemocnice v Tisovci. Dnes žije v Ružomberku. Sidónia Zdenka Vicenová sa narodila 31. júla 1915 v Záhorskej Vsi. Je účastníčkou národného boja za oslobodenie. Počas vojny bola krátky čas v nemeckom zajatí. Po prepustení pracovala asi dva mesiace v Slovenskom Červenom kríži, kde ako zdravotná sestra podávala na železničnej stanici prvú pomoc a občerstvenie nemeckým zajatcom.

Zdroj: <http://www.liptovmagazin.eu/?p=9145>

Pani Sidónii Zdenke Vicenovej prajeme pevné zdravie, veľa lásky a zaslúženej spokojnosti.

Redakcia

PLÁNOVANÉ KONFERENCIE ORGANIZOVANÉ ODBORNÝMI SEKCIAMI SK SaPA A SPOLUORGANIZOVANÉ SK SaPA V ROKU 2017

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

Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistancia v procese zmien II.

Celoslovenská konferencia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek
s medzinárodnou účasťou
Miesto: Nový Smokovec, Vysoké Tatry
Termín: **21. 09. – 22. 09. 2017**



XX. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v psychiatrii

Miesto: Košice
Termín: **28. 09. – 29. 09. 2017**

VI. Celoslovenská konferencia sekcie manažmentu v ošetrovatel'stve s medzinárodnou účasťou

Miesto: Bešeňová
Termín: **05. 10. – 06. 10. 2017**



XX. konferencia sestier pracujúcich v ORL s medzinárodnou účasťou

Miesto: Zvolen
Termín: **13. 10. – 14. 10. 2017**



IX. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v oftalmológii

Miesto konania: Tále
Termín: **20. 10. – 21. 10. 2017**



VIII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v dermatovenerológii

Miesto konania: Prešov
Termín: **20. 10. 2017**



VIII. Celoslovenská konferencia geriatrických sestier s medzinárodnou účasťou

Miesto konania: Liptovský Ján
Termín: **20. 10. – 21. 10. 2017**



Autor vysokoškolskej učebnice: doc. Ing. Viera JAKUŠOVÁ, PhD., MPH.

Recenzent vysokoškolskej učebnice: doc. PhDr. Jana BOROŇOVÁ, PhD.

Podiel manažmentu na rozvoji zdravotníctva je neprehliadnuteľný. Na trh sa dostáva vysokoškolská učebnica, ktorej obsahové zameranie doteraz na slovenskom odbornom vzdelávaco-manažérskom poli chýbalo. Ide o publikáciu autorky, erudovanej vysokoškolskej pedagogičky, postavenú na jej dlhoročnej praxi, výskumoch a skúsenostiach. Jedná sa o systematický výber kľúčových tematických okruhov z manažmentu s akcentom na zdravotnícku prácu. Učebnica je napísaná s prehľadom a je z nej evidentné, že autorka podrobne pozná predmetnú problematiku.

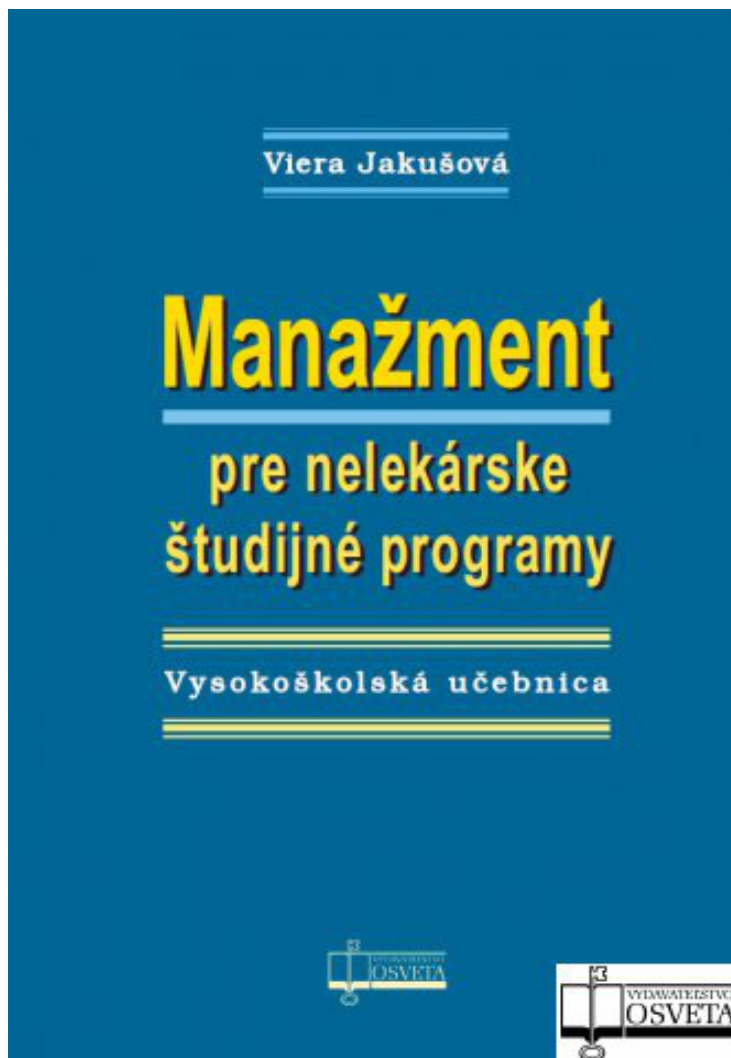
Obsah učebnice je rozdelený na 4 kapitoly, ktoré logicky na seba nadväzujú. Jednotlivé okruhy problémov majú vyváženú štruktúru. Hlavné kapitoly učebnice predstavujú prierez nielen základnými poznatkami z manažmentu, ale aj hlbší pohľad do štruktúr, riadenia a ekonomiky zdravotníctva. Prvá kapitola uvádza teoretické východiská a jednotlivé klasické i moderné prístupy k manažmentu. V ďalšej časti sa analyzuje profil manažéra a všeobecné princípy manažérskej práce, časový manažment, rozhodovanie a rozhodovací proces, ako aj manažment informácií. Obsahom 3. kapitoly je problematika základných manažérskych funkcií a súvisiacich aspektov. V poslednej kapitole sa autorka venuje osobitostiam zdravotníctva ako nevýrobného odvetvia národnej ekonomiky. V závere každej kapitoly má čitateľ možnosť samohodnotenia. Učebnica obsahuje 56 obrázkov a 26 tabuliek, čo zvyšuje zapamätateľnosť obsahu a umožňuje čitateľovi plastický obraz a orientáciu v problematike. Publikácia je písaná vysoko odborným jazykom; citované zdroje pochádzajú od renomovaných domácich i zahraničných autorov, mnohých špičkových manažérov.

Milým a zároveň podnetným javom sú citáty v úvode každej kapitoly. Citlivo sú vybrané k problematike, ktorú autorka v kapitole spracováva. Často cez pochopenie citátov dochádza u študujúcich i k pochopeniu problematiky (a opačne), preto veľmi oceňujem, že sa autorka učebnice rozhodla pre takéto edukačné spestrenie svojej publikácie.

Prínosom učebnice je zhrnutý materiál pre štúdium, nakoľko manažérske vzdelávanie súčasných, ale aj budúcich zdravotníckych pracovníkov má svoje trvalé opodstatnenie, hlavne s ohľadom na vysoké nároky na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou. Učebnicu svojim obsahom i hĺbkou možno považovať za novinku v publikáciách, týkajúcich sa manažmentu v ošetrovateľskej i celkovo zdravotnej starostlivosti.

Záverom uvádzam citát jedného z hlavných mysliteľov 20. storočia v oblasti riadenia a podnikania Petra Ferdinanda Druckera, ktorého myšlienky a poznatky sú autorkou v učebnici viackrát citované: „Najlepší spôsob ako predpovedať budúcnosť je vytvárať ju“ a dovoľm si dodať, že táto učebnica budúcnosť manažmentu v nelekárskych študijných programoch vytvára.

JAKUŠOVÁ, V. Manažment pre nelekárske študijné programy. 1. vyd. Martin: Osveta, 2016. 156 s. ISBN 978-80-8063-447-6.



UTICAJ ZDRAVSTVENE PROSVEĆENOSTI NA STRAH OD OPŠTE ANESTEZIJE

THE INFLUENCE OF HEALTH ENLIGHTENMENT ON FEAR OF GENERAL ANESTHESIA

SVETOMIR ĐURĐEVIĆ^{1,2}, NEGRA TERZIĆ², JOVANA RADOVANOVIĆ³

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

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

³ Special Hospital for Cerebrovascular Diseases „St. Sava“

Abstract

Introduction: Health is a term that is rarely thought at the right moment. It is most often talked about it when he is already threatened. With the worsening of health, the first signs of fear appear. Fear occurs because of feelings of dither, discomfort or very intense anxiety, experienced in the presence of a „danger“ or on the thought of it.

Goal: Show mutual interaction of fear of general anesthesia and health enlightenment, with reference to the socio-cultural factor, as well as the level of education.

Methodology: The presence of fear in surgical patients can lead to repercussions on vital parameters just before anesthesia. The research was conducted at the Clinical Center of Serbia, Clinic for Digestive Surgery - First Surgical Clinic. In this paper, a direct and indirect observational method was used as well as a retrospective analysis of data obtained from the existing medical documentation: a) History of the disease; B) Anesthesia sheet; C) Survey questionnaire.

Results: The sample size was determined by the random selection method. Healthy enlightenment is in direct interaction with the fear of general anesthesia. It is surprising that the obtained results are inverted proportional.

Conclusion: The goal of anesthesiologic team is the patient's pre-operative psycho-physical preparation. Patient should point out all the benefits of general anesthesia, provide him with the necessary information about the pre-, peri- and post-operative course.

Key words

Fear, education, general anesthetics, psychological preparation, communication.

Uvod

Zdravstveno vaspitanje kao jedan od modusa razvijenosti društva, posmatrajući ga retrospektivno kroz prizmu vremena, nije oduvek bilo jasno definisano i javno prepoznato, ali je postojalo u različitim oblicima. U samom začecu, nesvesno se sprovodilo u okviru porodice. Stariji članovi su svoje znanje prenosili na mlađe, sa težnjom da usvoje nove, pozitivne obrasce ponašanja, čiji bi krajnji rezultat bilo očuvanje i unapređenje zdravstvenih resursa. Implementiralo se kroz različite oblike učenja, prenošenja znanja i iskustava kroz generacije, čije su fundamentalne vrednosti bile zasnovane na verovanjima, kulturi, tradiciji.

Razvoj medicine je prouzrokovao ekspanziju razvijanje zdravstvenog vaspitanja. Sveobuhvatna informisanost o patogenezi bolesti, načinima dijagnostikovanja, vidovima lečenja, nakon egzaktno evaluacije, kao krajnja intencija, razvile su se i mera prevencije. Ukupni potencijal kao i moć zdravstvenog vaspitanja bivaju prepoznati kao proces kroz koji će se implementirati stečena znanja, čime se postiže uzdizanje celokupnog društva.

Tehnološki razvoj, ekspanzija naučnih disciplina kao i želja za socijalom progresijom, uslovili su glorifikaciju zdravstvenog vaspitanja, preneli su je iz

porodice u institucije i dizajnirali prema potrebama krajnjih korisnika sa ciljem očuvanja i unapređenja zdravlja. Sagleđavanjem različitih aspekata psihologije, medicine, metodologije, didaktike kao i drugih naučnih disciplina, zdravstveno vaspitanje postaje multidisciplinarna nauka.

Informisanost i zdravlje

Zdravstveno obrazovanje, odnosno prosvetćenost, podrazumeva saznavni proces o nečemu aktuelnom u datom trenutku i odnosi se na zdravlje u celini. Obuhvata zdravstvene informacije uobličene u populaciju sa ciljem aktivnog učenja od strane vaspitanika. (1) Zdravstveno vaspitanje stanovništva odnosno pojedinca primarno zavisi od socijalnog okruženja. Društveni uticaj, interesovanja sredine kao kultura u kojoj je rođen i u kojoj živi, imaju direktan impakt na njegove stavove, želje, interesne sfere, kao i strahove. Fokus interesovanja formira se na osnovu kongenitalnih želja (*talenata*), a kasnije i stečenih sklonosti ka određenim aspektima i sferama sa kojima se susreće kroz život. (2)

Obrazovanost, takođe zauzima visok stepen u formiranju stavova prema različitim situacijama poslovne, kulturološke, zdravstvene ili neke druge prirode. Obrazovanje kao neizbežni proces života, ima za posledicu širenje lepeze interesovanja i usmeravanja pažnje ka sticanju znanja i iz oblasti koje nisu ili neće biti deo svakodnevnice ili radne okoline u kojoj će se osoba nalaziti.

Svetska zdravstvena organizacija je definisala zdravlje kao stanje potpunog

fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustva bolesti i poremećaja. Obzirom da je zdravlje jako kompleksno, što se može zaključiti na osnovu njegove zvanične definiciji, većina ne želi da uloži vreme, usmeri svoja interesovanja kako bi stekli osnovne informacije o prevenciji kao i o njegovom očuvanju.(3)

Zdravlje je pojam o kome se vrlo retko misli u pravom momentu. Najčešće se o njemu govori u trenucima kada je ono već kompromitovano. U ovim situacijama javlja se želja da sve vreme koje su do tog trenutka imali za informisanje, nadoknadi u vrlo kratkom vremenskom intervalu. Međutim, obzirom da je „sada“ zdravlje direktno ugroženo, polako se uvlači strah, koji vremenom postaje intenzivniji i obuhvata obolelog u celosti.

Komponenta, *informisanje o prevenciji*, zaštitna karika zdrave osobe, kod obolele poprima drugi oblik. Pokušava da nadoknadi propuštene informacije o svom zdravlju, kao i elementarno znanje koje je trebao da stekne do tog trenutka. Dolazi do saznanja ne samo o prevenciji o kojoj je „kasno“ govoriti, već se informiše i o mogućim komplikacijama kao i o eventualnim posledicama. Proporcionalno težini i ozbiljnosti bolesti, uz pogrešnu percepciju brzo stečenih informacija o istoj uz komponentu iznenađenja - *naglog nastanka*, dolazi do pojave veoma intenzivnog straha - *panike*.(4)

Strah i anestezija

Čovek, odnosno ljudski organizam se može posmatrati kao jedna intakna celina koja je kongenitalno predodređena da funkcioniše u sinergičnom okruženju. Treba istaći da se sinergizam funkcionisanja organizma oslanja na dve krucijalne komponente, uzajamno zavisne. Disbalans između esencijalnih elemenata organizma, odnosno psihičkog i fizičkog dela koji su komplementarni, ima reperkusiju na čitav habitus čoveka. Naime, dešavanja na mentalnoj, ima i posledičnu projekciju na somatskoj ravni.

Pogoršanje zdravlja praćeno je i prvim znacima straha. *Strah je intenzivno kratkotrajno stanje mučnog osećanja sa intelektualnim sadržajem koje prati velika napetost*.(5)(6) Nastaje kao posledica osećaja teskobe, neprijatnosti ili vrlo intenzivne uznemirenosti. Zapravo, strah predstavlja posledičnu reakciju organizma na aktivnu opasnost koja nije očekivana ili na okruženje praćeno mistificiranim, opskurnim informacijama.

Najčešće stanje koje nastaje kao posledica straha je *anksioznost*. Praćena je pojavom uznemirenosti, nelagodnosti, uplašivosti, straha da će se nešto loše dogoditi. Prema Frojdu, anksioznost je strah od neke stvari ili događaja, čija je priroda nepoznata, dok zabrinutost takođe predstavlja strah, ali strah od nečega o čemu pojedinac ima neko znanje.

I ako sam reč anestezija potiče od grčkih reči „anestos“, što bi u bukvalnom prevodu značilo, „bez osećaja“, ona se u svetu koji nema ili pak ima vrlo malo kontakta sa medicinom, povezuje sa sintetizovanim spavanjem. Uzimajući u obzir da je anestezija jedna od najmlađih medicinski nauka, koja rapidno napreduje i usavršava se, kao takva, u opštoj populaciji prećena je i prihvaćena kao enigmatična komponenta medicine koja eksplicitno asocira na hirurški intervenciju.

Premisa o anesteziji dovodi do pojave i esencijalnog iracionalnog straha koji se bazira na minornim, vrlo često pogrešnim informacijama o opštoj anesteziji, čime se nameće i prvo pitanje pacijenta - „*Da li ću se probuditi?*“. Adekvatnim pristupom, blagovremenim i pažljivo filtriranim informacijama, od strane zdravstvenih radnika, ovo pitanje kao i potencijalne komplikacije koje ga prate u značajnoj meri se mogu rešiti i prevenirati.

Psihosomatski simptomi i znaci straha

Strah i anksioznost su stanja osećanja koja predstavljaju psihofizički kompleks. Nezavisno od toga čime je strah generisan, sa sobom nosi osećanje

napetosti, teskobe i snažno remeti homeostazu organizma bolesnika delujući preko osovine, kora velikog mozga-hipofiza-nadbubreg. U tom smislu u organizmu uplašenog produkuje se velika količina hormona nadbubrežne žlezde koji ubrzavaju rad srca, dovode do hipertenzije čijim zajedničkim delovanjem se ubrzava metabolizam. (5) (7) Uplašeni bolesnik se teže kontroliše tokom anestezije i za isto vreme trajanja operativnog zahvata troši više sredstava za anesteziju. Nastaju poremećaji na svim sistemskim organima:

- » Kardiovaskularni sistem: *tahikardija; centralna i periferna vazokonstrikcija; palpitacije; hipertenzija.*
- » Respiratorni sistem: *tahipnea; poremećaj u dubini inspirijuma i ekspirijuma; napor kod izdisanja; skupljanje i sužavanje bronhiola.*
- » Gastrointestinalni sistem: *usporavanje peristaltike jednjaka, želuca i creva; paraliza sfinktera; prestanak lučenja pljuvačke; prestanak lučenja želudačnih i crevnih sokova.*
- » Mišićni sistem: *tremor; pojava paralize; poremećaj tonusa; nevoljni pokreti.*
- » Endokrini sistem: *pojačana sekrecija suza, žuči, urina i znoj; pojačano lučenje kateholamina (adrenalin, noradrenalin, dopamin) i kortizola; smanjena sekrecija mleka i pljuvačke.*

Metodologija istraživanja

Reakcije organizma u stanjima straha i anksioznosti su najburnije reakcije koje se intenzivno reperkutuju na fiziološku aktivnost čoveka. Prisustvo straha kod hirurških bolesnika može se ispoljiti u vidi poremećaja vitalnih parametara neposredno pred uvid u anesteziju. Randomizovano istraživanje je obuhvatilo N=175 ispitanika. Sprovedeno je u Kliničkom centru Srbije, Klinika za digestivnu hirurgiju – Prva hirurška klinika u periodu od februara do juna 2017 godine. Cilj istraživanja je prikazati korelaciju zdravstvene prosvetlosti i straha od opšte anestezije kod hirurških pacijenata. U radu je korišćena direktna i indirektna opservaciona metoda kao i retrospektivna analiza podataka dobi-

jenih na osnovu postojeće medicinske dokumentacije: a) Istorija bolesti; b) List anestezije. U cilju sticanja konciznih i relevantnih podataka za potrebe istraživanja formiran je anonimni anketni upitnik sačinjen od 15 pitanja otvoreno/zatvorenog tipa, od čega će 9 signifikantnih za istraživanje biti i prikazano. Dobijeni podaci prikazani su grafički, apsolutnim i relativnim brojevima.

Analiza rezultata

Analizom dobijenih rezultata, utvrđeno je da je u istraživanju učestvovalo približno jednak broj oba pola. Ispitanika muškog pola je bilo n=98 (56%) od ukupnog uzorka, dok (44%) odnosno n=77 su bili ispitanici ženskog pola. Ovo je bio jedan od bitnih statičkih podataka, kako bi se mogla utvrditi koherentnost između straha i pripadnosti određenom polu. Istraživanjem su obuhvaćene i godine života ispitanika. Više od 2/3 ispitanika su bili srednje i starije životne dobi. Dobijeni rezultati su bili očekivani, obzirom da je istraživanje obuhvatilo isključivo pacijente za elektivnu hiruršku intervenciju. Operativni zahvati koje su trebali da se izvrše, nakon upoređivanja sa literaturnim podacima, gde je uočena korelacija između frekventnosti i godina života, odgovarali su dobu pacijenta u istraživanju. Ovaj statistički podatak je ujedno bitan i zbog stepena obrazovanja koje sa sobom nosi

viši nivo informisanja, znanja, širine, a uslovno je zavisao od godine života. (8)

Sprovedena je uporedna analiza odnosa stepena obrazovanosti i životne dobi. Došlo se do neočekivanih rezultata. Niži, odnosno samo srednji stepen stručne sprema ima n=136 (78%), dok n=39 (22%) ispitanika ima visoko obrazovanje, koji bi po godinama života i frekvenci, trebalo da odgovara grupi pacijenata koja pripada srednjoj ili starijoj životnoj dobi, međutim ispitivanjem se došlo do rezultata da samo n=5 (3%) pripada ovoj grupi. Sa druge strane kada se uporede zvanični statistički podaci, razvoj tehnologija, ekspanzija novih ideja, smanjenje zanatski poslova, eksponencijalno su uslovlili povećanu potražnju za visoko obrazovnim kadrom u poslednje dve dekade.

Istraživanje je obuhvatilo i anamnestičke podatke vezane za ranije hirurške intervencije, odnosno vrste anestezije koju su pacijenti iskusili, grafikon 1. Ovo pitanje je bilo bitno iz više razloga. Na osnovu njega dobijeni su podaci o ranijem iskustvu sa anestezijom, o vrsti anestezije koju je pacijent doživeo i kakav je uticaj (utisak) ostavila na psihičkoj ravni. Od N=175, skoro 3/4 ispitanika nije imalo dodirnih tačaka ni sa anestezijom niti sa hirurzijom. n=51 (29%) ispitanika se u nekom periodu svog života

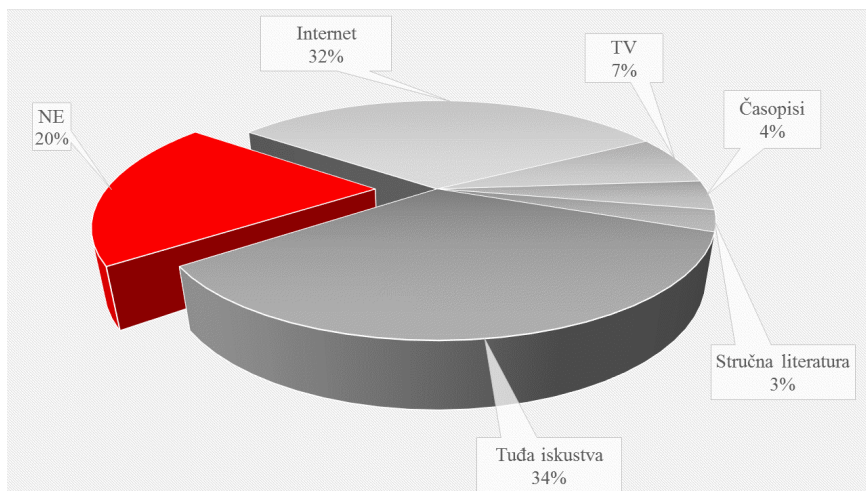
susrelo sa nekim od vidova anestezije, od kojih je n=31 (18%) imalo iskustvo sa određenim tipom regionalne, odnosno samo n=20 (11%) sa opštom anestezijom.

U nastavku istraživanja, fokus je usmeren na grupu pacijenata koja je imala ranija iskustva sa nekim oblikom anestezije, kao i mogućim komplikacijama koju su doživeli. Analizom dobijenih podataka od N=51 (100%) ispitanika koji su imali ranija iskustva sa anestezijom, bilo opštom ili regionalnom, kod n=43 (85%) nije došlo do manifestacije bilo kakvog oblika neželjenih efekata anestezije. Kod n=8 (15%) su se javile izolovane ili multiple komplikacije u vidu postoperativnog bola, osećaja hladnoće, postoperativne mučnine i povraćanja. n=1 ispitanik je imao osećaj budnosti, što se reperkutovalo u vidu prepričavanja sekvencijalnog sećanja (*pojedine rečenice i fraze*), ali nije imao osećaj bola za vreme operacije, što se može povezati sa budnošću neposredno pred sam izvod iz anestezije.

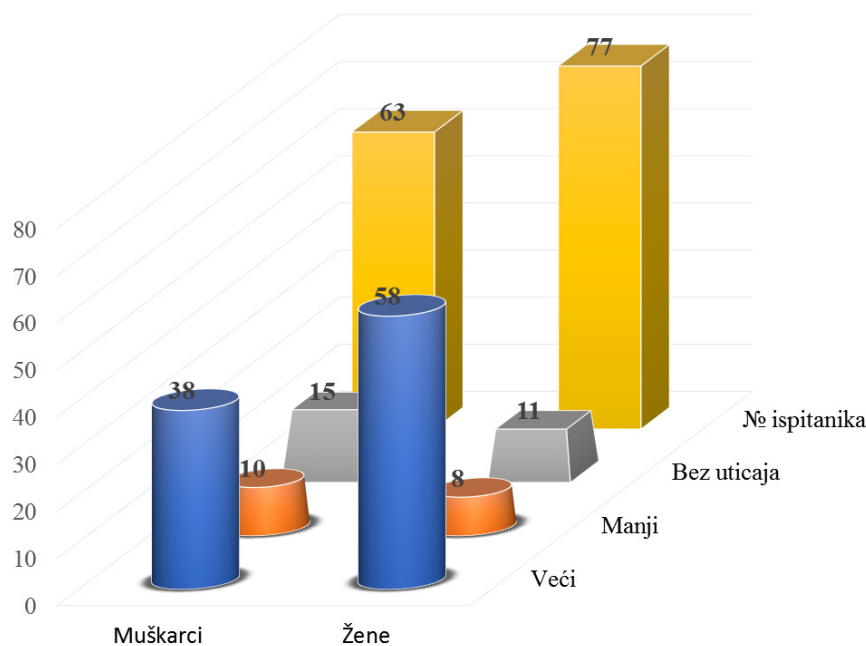
Jedno od krucijalnih pitanja za istraživanje, pored ranijih iskustava, koje su obično elementarni u formiranju stavova, je i način sticanja saznanja o anesteziji. Ovo pitanje je bitno, *naročito kod ispitanika koji nisu imali ranija iskustva*, iz razloga što se na osnovu validnosti informacija, stvaraju pozitivne ili negativne predrasude. Nivo obrazovanja, odnosno stepen zdravstvene prosvetlosti, diktira u kojoj meri će se aktivirati stepen racija prilikom donošenja stavova na osnovu dostupnih informacija, čime se stiče realnija slika o nastupajućem sadržaju. U grafikonu 2 prikazani su najčešći modusi obaveštavanja u vezi anestezije. Od N=175 (100%) učesnika istraživanja, n=35 (20%) ispitanika nije se informisalo o anesteziji pre intervencije, dok se n=140 (80%) ispitanika informisalo raznim metodama, od čega 2/3 čine varijabilni načini sticanja diskutabilnih i neproverenih informacija, čime se otvara mogućnost stvaranja predrasuda. Genezom raznih pitanja na koje se ne mogu naći adekvatni odgovori, mistifikuje se čitav proces artifičijalnog uspavljanja, što dovodi do nastanka straha od opšte anestezije.



Grafikon 1. Distribucija ispitanika na osnovu pitanja: „Da li su imali OP zahvate i u kojoj vrsti anesteziji?“



Grafikon 2. Načini informisanja o anesteziji



Grafikon 3. Uticaj informisanja na stepen straha od opšte anestezije

Sintezom dobijenih podataka iz prethodnog grafikona, utvrđeno je da se o anesteziji informisalo N=140 (100%), što će predstavljati bazu za dalje istraživanje. Nakon kritičkog pristupa došlo se do ne toliko iznenađujuće konkluzije, naročito kada se uporede dobijene informacije sa stepenom obrazovanja. Od ukupnog broja ispitanika koji su se informisali o opštoj anesteziji, čak n=120 (85%) je bilo zadovoljno dobijenim informacijama, a samo n=20 (15%) je bilo mišljenja da dostupni podaci nisu bili dovoljni kako bi oni formirali svoj stav, štaviše sumnjali su i u referentnost informacija obzirom da ih nisu dobili od specijalizovanih zdravstvenih radnika koji se bave tom granom medicine. Interesantno je da grupu od n=20 ispita-

nika koja nije bila zadovoljna dobijenim informacijama, njih n=18 ima visoko obrazovanje.

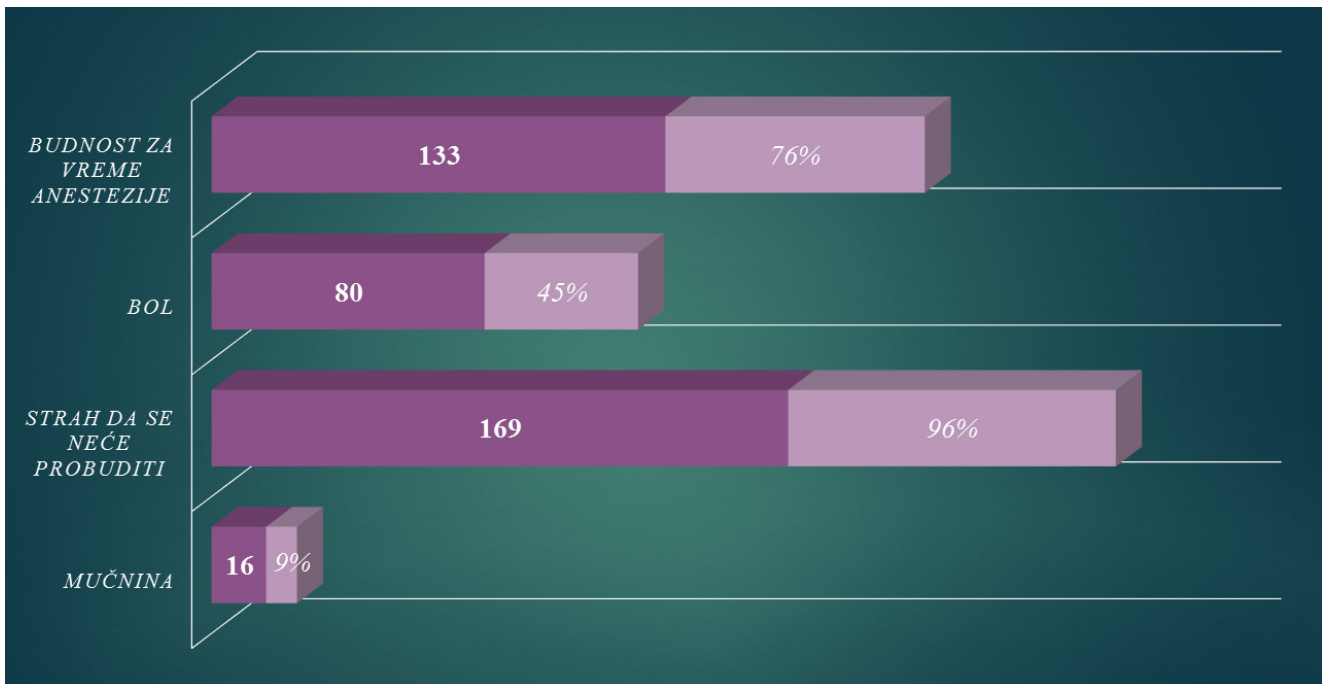
Analizom podatka koji su prikazani u grafikonu 3, koju čini N=140 (100%) ispitanika koji su se informisali o anesteziji pre operativnog zahvata, kod n=96 (68%) se povećao osećaj straha bez obzira kom polu pripadaju, dok je informisanje kod n=18 (13%) ispitanika dovelo do manjeg straha od opšte anestezije u odnosu na osećaj pre informisanja. Osećaj straha kod n=26 (19%) ispitanika ostao je nepromenjen. Indukuje se jedna interesantna konkluzija, naime, kada se sagledaju parametri dobijeni podelom ispitanika prema polu, sve osobe ženskog pola, od ukupnog

broja ispitanika N=175 koji su učestvovali u istraživanju, informisale su se o anesteziji, odnosno grupu ispitanika koja nije imala želju da se informiše o anesteziji čine isključivo ispitanici muškog pola.

Postojala je i težnja da se tokom istraživanja dođe do podataka koji bi mogli ukazati na meru straha utiče na moć rasuđivanja. Anketom je postavljeno pitanje „Da li su u nekom trenutku odložili operativni zahvat zbog straha od opšte anestezije?“. Dobijeni podaci nesumnjivo dokazuju uticaj straha. Ne razmišljajući o posledicama odlaganja, kao i mogućim komplikacijama koje bi mogle nastati usled neracionalnih odluka, od N=175 (100%) ispitanika, n=118 (67%) je jednom ili više puta odložilo svoju intervenciju zbog straha od opšte anestezije bez ikakvog razmišljanja o konsekvencama koje bi mogle nastati. Sa druge strane kod n=57 (33%) ispitanika koji nisu želeli da odlože svoju hiruršku intervenciju, ne znači da strah nije postojao, naprotiv, već su samo bili više uplašeni potencijalnih posledica.

Očekivanja na pitanje: „Da li je strah veći od operativnog zahvata ili opšte anestezije?“, su bila ispunjena. Od N=175 (100%) učesnika istraživanja n=155 (89%) se više, odnosno n=20 (11%) manje plaši opšte anestezije od hirurške intervencije.

Razlozi za strah od opšte anestezije, što se moglo i anticipirati su raznovrsni, grafikon 4. Platforma straha je zasnovana na mističnim, opskurnim informacijama, koja se uvećava nefirmisanim podacima dobijenih neformalnim kanalima. U svakom slučaju predominantna su četiri osnovna razloga strahom od opšte anestezije. Ispitanici su imali mogućnost da navedu dva razloga za koji oni smatraju da su elementarni u njihovom izvoru straha. Od ukupnog broja ispitanika N=175 (100%), najfrekventniji razlog njihovog straha n=169 (96%) je bila pomisao „da se neće probuditi iz opšte anestezije“, n=133 (76%) kao drugi razlog navodi mogućnost „da će biti budni za vreme anestezije“. Dosta manji procenat, n=80



Grafikon 4. Najčešći razlozi straha od opšte anestezije

(45%), je naveo da se plaše bola, odnosno n=16 (9%) mučnine i povraćanja. Ovi podaci nesumnjivo ukazuju da je znanje – informisanje o anesteziji, na vrlo niskom nivou.

Zaključak

Evaluacijom konciznom sintezom svih podataka dobijenih istraživanjem, dolazi se do konkluzije da je strah generisan kombinacijom neadekvatne informisanosti, niskim stepenom zdravstvene prosvetljenosti, gde nivo obrazovanja ima samo ulogu u načinu sticanja i filtriranja informacija, bez prevelikog uticaja na antagonizovanje samog straha.

Informisanost je u *direktnoj interakciji* sa strahom od opšte anestezije. Iznenaduje, što su dobijeni rezultati obrnuto proporcionalni. *Viši stepen* znanja o medicini, dovodi do *većeg straha* od opšte anestezije.

Umerena doza straha od gubitka svesti tokom anestezije je česta pojava kod hirurških bolesnika što zahteva dobru psihološku pripremu i premedikaciju od specijalizovanog zdravstvenog osoblja, odnosno od strane anestezičara i anesteziologa. Pored najsavremenijih lekova i metoda lečenja nije uvek moguće eliminisati neke neželjene efekte, kao što su tahikardija, hipertenzija, tremor, kao i postoperativni bol, mučnina, povraćanje.

Zdroje

1. STAMENKOVIĆ, M. *Zdravstveno vaspitanje*. Beograd : Visoka medicinska škola Čuprija, 2004. p. 312. 86-84427-03-3.
2. TERZIĆ, N. *Zdravstvena nega u hirurgiji*. 2nd. Beograd : Finegraf d.o.o. Beograd, 2013. p. 420. 86-909115-0-2.
3. DOUGHERTY, L. - LISTER, S. *The Royal Marsden Manual of Clinical Nursing Procedures*. 9th. s.l. : The Royal Marsden, 2015. p. 1032. 978-1-118-74592-2.
4. KOVAČEVIĆ, K. - DOBRAŠINOVIĆ, D. *Psihijatrijska zdravstvena nega*. Beograd : Institut za mentalno zdravlje Beograd, 1999. p. 202. 86-82277-15-8.
5. MITIĆ, Z. *Strah i anestezija*. Beograd : Zadužbina Andrejević, 1999. p. 120. 86-7244-093-5.
6. LAZOVIĆ, A. - ĐUKIĆ-DEJANOVIĆ, S. - RAVANIĆ, D. *Status Psychicus*. Kragujevac : Medicinski fakultet Kragujevac, 2002. p. 134. 86-82477-53-X.
7. MARLY, R. - CALABRESE, T. - THOMPSON, K. Preoperative Evaluation and preparation of the patient. [book auth.] John Nagelhout and Karen Plaus. *Nurse anesthesia*. V. St. Louis : Elsevier, 2014, Vol. 19, pp. 335-382.
8. RUHAIYEM, M.E. et al. *Fear of going under general anesthesia: A cross-sectional study*. 3, 2016, Saudi Journal of Anaesth, Vol. X, pp. 317-21.

Information about authors

BScN Svetomir Đurđević, spec. app.n.anesth.

Clinical Center of Serbia, Centre for Anesthesiology and resuscitation, Clinic for General Surgery - First Surgical Clinic, Belgrade, Serbia
svetomirts@gmail.com

Prof. PhD Negra Terzić

Belgrade College of Medicine Higher Education Institution for Applied Studies in Medicine, Belgrade, Serbia
negraterzic@hotmail.com

BScN Jovana Radovanović, spec. app.n.anesth.

Special Hospital for Cerebrovascular Diseases „St. Sava”, Belgrade, Serbia
jovana.radovanovic1987@gmail.com

ANDREA ŠEVČOVIČOVÁ¹, ANDREA HUTYROVÁ²

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Detašované pracovisko Rožňava

² Detská fakultná nemocnica Košice, Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN

Abstrakt

Kazuistika prezentuje prípad ženy, ktorá v dôsledku zhoršujúceho sa zdravotného stavu podstúpila radikálny zákrok. Cieľom štúdie bolo zistiť príčiny vzniku alkoholizmu u ženy a jeho dôsledky na vzťahy v rodine. Metódou zberu údajov bol pološtruktúrovaný rozhovor, ktorému predchádzalo súhlasné stanovisko pacientky s účasťou na prieskume. Výsledky potvrdili, že k nadužívaniu alkoholu došlo po amputácii prsníka. Dlhodobé pretrvávajúce pitie vyústilo do narušených vzťahov v rodine, v podobe prerušenia väzieb s dcérou a zhoršeného spolunažívania s manželom. Ani viaceré hospitalizácie na psychiatrickom oddelení nevedli u pacientky k trvalej abstinencii.

Kľúčové slová

alkoholizmus ženy; príčiny a dôsledky pitia; kazuistika; vzťahy v rodine

Abstract

The casuistic presents a case of a woman who has undergone a radical intervention as a result of worsening health state. The aim of the study was to find out the reasons of the origins of alcoholism of the woman and its effects on family relationships. The methods of data collection was semi-structured interview which was preceded by positive viewpoint of the patient with participation in the survey. The results have confirmed that alcohol abuse followed mastectomy. Long-term drinking has ended in impaired family relationships in the form of breakdown of ties with her daughter and worsened coexistence with her husband. Multiple hospitalizations at psychiatric ward has not helped the patient with permanent abstinence.

Key words

female alcoholism; reasons and effects of drinking; casuistic; family relationships

Úvod

Alkohol je schopný uvoľniť človeka z každodenných problémov. Vyvoláva pocit šťastia, preto ho ľudia pijú aj napriek jeho škodlivým účinkom. Chronické užívanie alkoholu je v skutočnosti veľkým rizikom a vo väčšine prípadov dochádza k trvalým následkom v zdravotných, sociálnych a psychických oblastiach (1). Alkoholizmus vedie k súboru problémov, ktoré sa netýkajú len daného jednotlivca, ale aj jeho rodiny, priateľov, práce a kolegov, ekonomiky a spoločenstva (2).

Presnú príčinu vzniku alkoholovej závislosti sa ešte stále nepodarilo spoľahlivo určiť. Medzi najčastejšie príčiny vzniku závislosti na alkohole patrí genetická predispozícia, biologická predispozícia, psychické a sociálne faktory (3).

Približne pol storočia sa alkoholizmus uvádza ako duševné ochorenie (4). Syndróm alkoholovej závislosti (F 10.2) predstavuje súbor „fyziologicalkých, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, v ktorých užívanie nejakej látky alebo tried látok má u daného jedinca omnoho väčšiu prednosť ako iné konanie, ktoré si predtým cenil viac“ (5, s. 39).

Závislosť na alkohole sa vyvíja nepozorovateľne niekoľko rokov. Skôr k nemu dochádza u mladistvých. Vývoj závislosti u dospelých je oveľa rýchlejší u žien ako u mužov (6). Na Slovensku trpí alkoholizmom približne 5-10 % mužov a 2-3 % žien (7).

Alkoholizmus u žien

Zvyšujúci sa počet žien s nadužívaním alkoholu je zapríčinený zvyšujúcou sa životnou úrovňou, kultúrnymi a spoločenskými reformami (8). Ženy najčastejšie siahajú po alkohole, keď sú frustrované, smutné, sklamané, ak majú

veľa povinností, ktoré nevládajú, no aj kvôli neuspokojivému sexuálnemu životu (7). Alkohol sa stáva prostriedkom, ktorý u nich dokáže navodiť žiaduce životné zmeny. Popri medikamentoch je najvyhovujúcejším, najprístupnejším a najakceptovanejším nástrojom k navodeniu týchto zmien (9). Alkoholizmus u žien ovplyvňuje ich personálnu, emocionálnu, biologickú, psychologickú, spoločenskú a spirituálnu zložku. Ženy sú na škodlivé pôsobenie alkoholu vnímaťšie ako muži. Taktiež u nich skôr dochádza k narušeniu zdravia a k vývoju závislosti už pri menších dávkach (10, 11).

Medzi sociálne dôsledky alkoholizmu žien patrí predovšetkým narušené roly ženy (matky, manželky), ktoré sa nedajú ničím nahradiť, ďalej strata dôvery zo strany spolupracovníkov, a tiež strata práce. Jeden spoločenský problém väčšinou vyvolá ten ďalší (12). V porovnaní s mužmi sú u žien sociálne následky alkoholovej závislosti oveľa horšie, a týkajú sa najmä rodinnej dysfunkcie. Nižšia tolerancia prostredia vyúsťuje do spoločenskej izolácie ženy, čo sa odrazí na partnerských vzťahoch - partneri sa rozídu, manželia sa rozvedú, ale bohužiaľ aj na deťoch (9). Žena závislá na alkohole zlyháva nielen preto, že je závislá, ale aj vo svojej ženskej role. Spoločnosť vytvára bariéru na vystúpenie žien z anonymity. Ženy alkoholičky sú preto viac odsudzované okolím ako muži (5).

Cieľ

Cieľom prieskumného šetrenia bolo zistiť príčiny vzniku nadužívania alkoholu u ženy a jeho dopad na vzťahy a život v rodine.

Metodika

Pre splnenie cieľa štúdie bola zvolená metóda kvalitatívneho prieskumu.

Ako metodika bola použitá kazuistika. Zber údajov prebiehal pomocou pološtruktúrovaného rozhovoru. Výber prieskumnej vzorky bol zámerný. Kritériom výberu bola hospitalizácia s diagnózou závislosť na alkohole, ženské pohlavie, ochota spolupracovať a písomný súhlas s realizáciou rozhovoru. Štúdie sa zúčastnila 56 ročná stredoškolsky vzdelaná žena, ktorá bola pred jej zahájením informovaná o celi, dĺžke trvania štúdie a zachovaní anonymity. Pacientka bola upovedomená o tom, že v prípade záujmu má právo si pozrieť spracované písomné údaje a kedykoľvek bez udania dôvodu odmietnuť účasť na prieskume. Po prezentácii vstupných informácií vyjadrila súhlasné stanovisko s účasťou na štúdiu podpísaním informovaného súhlasu. Zber dát prebehol v januári 2016.

Anamnéza

56-ročná pacientka s ukončenou hotelovou akadémiou. Od roku 2004 je kvôli onkologickej indikácii invalidná dôchodkyňa.

OA: v detstve prekonala bežné detské ochorenia. Lieči sa na arteriálnu hypertenziu, hypofunkciu štítnej žľazy, zvýšený cholesterol. Má zvýšený vnútroočný tlak a je po operácii krčka maternice.

RA: rodičia už zomreli (otec na infarkt myokardu ako 63-ročný, mama o 10 rokov neskôr na rakovinu krčka maternice), súrodencov nemá. Pacientka nevie o nikom z príbuzných, kto by sa liečil na psychiatrii.

SA: je vydatá, má adoptívnu 30 - ročnú dcéru a dvojročného vnuka.

Abúzy: fajčí asi 20 cigariet denne a udáva, že problémy s alkoholom nemá. Doma však pije asi dvakrát týždenne s kamarátkou tvrdý alkohol.

Katamnéza

V roku 2004 pacientke zistili karcinóm prsníka, absolvovala chemoterapiu a podstúpila abláciu pravého prsníka. Je dispenzarizovaná onkológom, na kontroly chodí pravidelne. V minulosti bola viackrát hospitalizovaná na psychiatrickej klinike pre poruchy správania sa v ebriete (opitnosť, stav ktorý vzniká po intoxikácii alkoholom), naposledy v auguste 2015. V januári

2016 bola pod vplyvom alkoholu privezená na psychiatrickú kliniku rýchlou zdravotnou pomocou. Pri prijíme jej namerali 1,36 ‰ alkoholu v krvi.

Lekárske diagnózy:

F10.0 Porucha psychiky a správania, zapríčinená nadužívaním alkoholu: akútna intoxikácia

F10.8 Poruchy správania v ebriete

Analýza a interpretácia

Pri prijíme na psychiatrické oddelenie sa pacientka správala agresívne a vulgárne nadávala. Týždeň po prijíme bol s pacientkou zrealizovaný rozhovor, kde potvrdila, že na psychiatrické oddelenie bola prijatá na podnet manžela. „*To muž na mňa zavolať policajtov. Nehanbí sa? Na vlastnú ženu? K...t jeden! Bola u mňa kamarátka, viete, tá, čo vedľa nás býva. Mala štyridsiatku, tak sme oslavovali. Potom prišiel ten k...t a zavolať na nás policajtov. Povedal, že u nás nie je krčma. Ale my sme nič zlé nerobili, len tancovali. Ved' to treba osláviť, nie?*“

Pacientka za príčinu občasného pitia považuje skutočnosť, že je zobrať prsník. „*Už nie som pekná žena. Muž ma nechce, má iné ženy. Aj ma chcel dvakrát nechať.*“ Uvádza, že keď si vypije, cíti sa dobre a zabúda na všetky problémy. Popíja so susedou. „*Ona ma vie pochopiť. Tiež si so mnou dá pohárik. Ale my nie sme alkoholičky. To nie.*“ Negatívne vníma aj skutočnosť, že dcéra, ktorá sa za matkino pitie hanbí, u nej zakázala vnukovi návštevy. Vzťahy v rodine sú narušené. „*Už dávno nie som matka ani manželka. Aj vnúčik je teraz v nemocnici a je chorý, málokedy ho vidím. Aj to ma trápi. Dcéra sa na mňa hnevá, že pijem, hanbí sa za mňa. Ale ja nepijem. Nedovolí mi navštevovať vnuka*“ (pacientka je nervózna, plače). „*Stále som len ja tá zlá. Nemajú ma radi, ved' už som vám hovorila, že dcéra ma nechce ani vidieť.*“

Pacientka však svoj alkoholizmus stále popiera. „*Ja nie som alkoholička. Nepijem každý deň.*“ Aj napriek tomu, že predtým priznala narušené vzťahy v rodine, vzťah s manželom prezentuje pozitívne. „*My žijeme pekne s mužom, máme dom, auto. On má dobrú*

robotu, pekne zarobí. Len ja som taká nemožná. Ani prsník nemám.“ (pacientka plače). Pacientka sa chce čím skôr vrátiť domov a má aj svoju víziu úpravy rodinných vzťahov. „*Ja chcem len vidieť vnúčika. Chcem sa udobriť s dcérou. Ja nič iné nechcem.*“

Diskusia

Alkoholovo závislí ľudia ako príčinu svojho pitia najčastejšie uvádzajú rôzne vonkajšie vplyvy, ako aj iné osoby, a nevedia alebo si len nechcú priznať, že sú za to zodpovední sami (2). Tak je to aj v prípade pacientky, ktorá si svoju závislosť na alkohole nepriznáva. Podľa nej si alkohol dá len dvakrát do týždňa, a to „kvôli nervom“. Príčinu svojej závislosti vidí vo svojom manželovi, ktorý ju vraj podvádza, ako aj v tom, že jej odstránili prsník.

Vo vyššom veku je spúšťačom alkoholovej závislosti aj pocit osamelosti, strata životného partnera, strata zamestnania a zdravotné problémy (13). Pacientka udáva, že nadužívanie alkoholu sa u nej začalo po diagnostikovaní karcinómu a následnom odstránení prsníka, s čím sa doposiaľ nedokázala zmieriť. Aj keď pacientka začala piť kvôli zdravotným problémom, pitie u nej pravdepodobne naďalej pretrváva, pretože má pocit, že ju manžel podvádza, čo je aj príčinou každodenných hádok v ich domácnosti.

Za príčinou nadužívania alkoholu u starších žien bývajú nezhody v rodine, kríza v manželstve, nevera manžela alebo opakované hádky s partnerom. S prehlbujúcim sa alkoholizmom u žien stúpa ich agresivita (12). Vplyv alkoholu na agresívne správanie je sprostredkovaný a nie priamy, nakoľko agresívne správanie pod vplyvom alkoholu je spôsobené stratou racionálnej kontroly a zábranných mechanizmov človeka, a nie priamym vplyvom tejto návykovej látky na vznik agresie (2). U ľudí s abúzom alkoholu najčastejšie dochádza k násilnému správaniu k partnerovi/partnerke a okoliu, čo narúša normálne fungovanie rodiny. Pacientka manželovi pod vplyvom alkoholu vulgárne nadávala a vyhrážala sa mu, že sa zabije.

Počas nášho rozhovoru sa u nej objavili výkyvy nálad, vyjadrovala sa vulgárne, potom plakala, kričala a neskôr sa aj smiala. Viackrát spomenula svojho malého vnuka. Už pri prijíme na psychiatrické oddelenie sa vyjadrila, že chce ísť práve k nemu. Usudzujeme, že ona svoj zmysel života nachádza vo svojom vnukovi. Z prieskumu realizovaného vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou J. A. Reimana v Prešove na psychiatrických oddeleniach vyplýva, že 58 % opýtaných žien nachádza zmysel svojho života vo svojich deťoch a vnúčatách (8). Ide o pozitívny základ, na ktorom by sa mohla abstinencia žien posilňovať.

U pacientky sa v dôsledku nadužívania alkoholu objavili zdravotné ťažkosti. Alkohol škodlivo vplýva na všetky orgánové systémy. Jeho nadmerné pitie poškodzuje napríklad srdcovo – cievny systém a spôsobuje tak vysoký krvný tlak. Nadužívanie alkoholu nepriaznivo vplýva na nervový systém, tráviaci a reprodukčný systém, i na metabolizmus (14).

V prípade pacientky došlo v dôsledku jej závislosti k narušeniu vzťahov v rodine. Dcéra s ňou nekomunikuje, pretože sa za jej pitie hanbí, dokonca zakazuje svojej matke stretávať sa s vnukom. Priznáva ja konflikty vo vzťahu k manželovi. K týmto skutočnostiam vedie rastúci problém s alkoholom a neefektívna komunikácia v rodine, preto je potrebné vytvoriť nové sociálne vzťahy. Narušené rodinné vzťahy sa môžu dočasne nahradiť intenzívnou formou skupinovej terapie, socioterapeutického klubu, či svojpomocnej organizácie (15).

Záver

Za príčinou vzniku alkoholizmu u pacientky stáli prehlbujúce sa zdravotné problémy, ktoré vyústili do amputácie prsníka. Tento radikálny zásah u nej vyvolal pocit menejcennosti v očiach manžela. Spočiatku nevinné popíjanie neskôr prerástlo do nadužívania alkoholu a neadekvátnemu správaniu s prvkami agresivity a vulgárneho prejavu, ktoré prispelo k narušeným vzťahom v rodine. Vzhľadom na poruchy správania v stave opitosti bola pacient-

ka na podnet rodinných príslušníkov viackrát hospitalizovaná na psychiatrickom oddelení. Negatívnu prognózu by mohlo zmeniť absolvovanie protialkoholického liečenia, odborná pomoc psychiatra a psychológa podieľajúca sa aj na odstránení pocitov menejcennosti, pretrvávajúca abstinencia za výraznej podpory rodiny a pozitívneho prístupu samotnej pacientky.

Zdroje

1. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. 2011. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
2. BENKOVIČ, J. 2006. Pacient – alkoholik, zdravotné riziká, možnosti liečby v ambulantnej starostlivosti praktického lekára. In *Via practica*, 2006, roč. 4, č. 4, s. 197-201. ISSN 1336-4790.
3. ŠEDIVÁ, G. – DÓCI, I. 2012. Komorbidita depresie a alkoholizmu – aktuálne názory na problematiku a kazuistika. In *Psychiatria-Psychotherapia-Psychosomatika*, 2012, roč. 19, č. 2, s. 9-18. ISSN 1338-7030.
4. OKRUHLICA, L. 2013. Legálna, ale kontroverzná. In *Humanita Plus*, 2013, č. 2, s. 7-8. ISSN 1336-2208.
5. HUGÁŇOVÁ, A. – CHOVANCOVÁ, K. 2012. Dopady alkoholovej závislosti na jednotlivca. In *Logos polytechnikos*, 2012, roč. 3, č. 1, s. 38-45. ISSN 1804-3682.
6. KOLIBÁŠ, E. 2010. *Priručka klinickej psychiatrie*. Nové Zámky: PSYCHOPROF, 2010. 304 s. ISBN 978-80-89322-05-3.
7. ŠRANK, M. – BOLEDOVIČOVÁ, M. 2011. Sociálna práca s maloletými deťmi matiek závislých od alkoholu. In *Kontakt*, 2011, roč. 13, č. 2, s. 211-215. ISSN 1212-4117.
8. HUDÁKOVÁ, A. – MAGUROVÁ, D. 2011. Chronický alkoholizmus žien verzus kvalita ich života. In *Adiktologie*, 2011, roč. 11, č. 3, s. 149-154. ISSN 1213-3841.
9. TRÁVNÍČKOVÁ, I. a kol. 2001. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. 1. vyd. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001. 90 s. ISBN 80-86008-92-4.

10. KOLLÁRČIKOVÁ, J. 2013. Determinanty vzniku, vývoja, dôsledky a možnosti riešenia závislosti od alkoholu u žien. In *Prosopon*, 2013, č. 1, s. 105-124. ISSN 1730-0266.
11. JURKOVIČOVÁ, J. 2005. *Vieme zdravo žiť? Výskyt rizikových faktorov kardiovaskulárnych chorôb v slovenskej populácii a možnosti prevencie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2005. 166 s. ISBN 80-223-2132-X.
12. KOLLÁRČIKOVÁ, J. 2011. Sociálne patologický problém závislosti od alkoholu. In *Sociálna patológia a intervencia sociálnej práce*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. 1. vyd. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2011. s. 57-65. ISBN 978-80-8132-018-7.
13. DONĚK a kol. 2007. Alkohol u žien vyššieho veku. In *Psychiatrie pro Praxi*, 2007, roč. 8, č. 6, s. 274 – 275. ISSN 1213-0508.
14. TURČEK, M. 2013. Rizikové pitie alkoholu a škody ním spôsobené. In *Humanita Plus*, 2013, č. 2, s. 11-12. ISSN 1336-2208.
15. CSÉMY, L. a kol. 2001. *Problémy s alkoholom v rodině. Zpráva pro Evropskou Unii*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2001. 87 s. ISBN 80-7071-189-2.

Kontakt na autorov

PhDr. Andrea Ševčovičová
VŠZaSP sv. Alžbety
Kósu Schopera 22
048 01 Rožňava
E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

Bc. Andrea Hutýrová
Detská fakultná nemocnica Košice
Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN
Trieda SNP 1
040 11 Košice
E-mail: hutyrovaandrea@gmail.com

WYBRANE PROBLEMY EMOCJONALNE I ICH WPŁYW NA SUBIEKTYWNĄ OCENĘ STANU ZDROWIA U CHORYCH Z OSTRĄ ZATOROWOŚCIĄ PŁUCNĄ

VYBRANÉ EMOCIONÁLNE PROBLÉMY A ICH DOPAD NA SUBJEKTÍVNE POSÚDENIE ZDRAVOTNÉHO STAVU U PACIENTOV S AKÚTNOU PĽÚČNOU EMBÓLIU

SELECTED EMOTIONAL PROBLEMS AND THEIR IMPACT ON SUBJECTIVE HEALTH ASSESSMENT IN PATIENTS WITH ACUTE PULMONARY EMBOLISM

KRZEMIŃSKA SYLWIA¹, MATUSZ MARIA², BORODZICZ ADRIANA¹, ARENDARCZYK MARTA¹

¹ Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, WnoZ, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Oddział Kardiologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Summary

Introduction: Patients with high risk of embolism are facing death and their safety is at risk. This disease affects all dimensions of quality of life, including physical, social and emotional functioning. Both clinical state and negative emotions related to illness can worsen the condition of the patient. The unfavorable consequences of mental illness include depression and anxiety.

Aim: To check the health status of patients with acute pulmonary embolism.

Material and methods: Solid material of 80 people diagnosed with severe pulmonary embolism hospitalized in the Regional Specialized Hospital in Wrocław. A method useful in diagnostics with the help of the author survey and the questionnaire HADS-M.

Conclusions: The level of anxiety in patients with acute pulmonary embolism is classified as „border conditions”. The level of anxiety depends on sex - women feel more anxious than men.

The level of depression in women is higher than in men, but in both cases it is classified as „border conditions”.

Key words

Anxiet. Pulmonary embolism. Patient.

Streszczenie

Wstęp: Pacjenci z zatorowością wysokiego ryzyka stają w obliczu śmier-

ci i zagrożone jest ich poczucie bezpieczeństwa. Choroba ta ma wpływ na wszystkie wymiary jakości życia do których należy funkcjonowanie fizyczne, społeczne i emocjonalne. Zarówno stan kliniczny, jak i negatywne emocje związane z chorobą mogą pogarszać stan chorego. Do niekorzystnych następstw psychicznych choroby zaliczamy depresję i lęk.

Cel: Celem badań była próba oceny poziomu lęku u pacjentów z ostrą zatorowością płucną.

Materiał i metody: Materiał stanowiło 80 pacjentów ze zdiagnozowaną ostrą zatorowością płucną hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu. Metodą użytą w pracy był sondaż diagnostyczny przy pomocy autorskiej ankiety oraz Kwestionariusza HADS-M.

Wnioski: Poziom lęku u pacjentów z ostrą zatorowością płucną klasyfikowany jest jako „stany graniczne”. Poziom lęku zależy od płci - kobiety odczuwają większy lęk niż mężczyźni. Poziom depresji u kobiet jest wyższy niż u mężczyzn, w obu przypadkach jednakże klasyfikowany jest jako „stany graniczne”.

Słowa kluczowe

Lęk. Zatorowość płucna. Pacjent.

Wstęp

Ostra zatorowość płucna jest często główną przyczyną zgonów wśród

pacjentów po zabiegach chirurgicznych, chorych po urazach i chorych długotrwale unieruchomionych. Śmiertelność zależy od stanu chorego w chwili rozpoznania choroby. Szanse chorego na wyleczenie wzrastają wraz z szybkim rozpoznaniem i podjęciem odpowiedniego leczenia. Pacjenci z zatorowością wysokiego ryzyka stają w obliczu śmierci i zagrożone jest ich poczucie bezpieczeństwa. Choroba ta ma wpływ na wszystkie wymiary jakości życia do których należy funkcjonowanie fizyczne, społeczne i emocjonalne. Zarówno stan kliniczny, jak i negatywne emocje związane z chorobą mogą pogarszać stan chorego. Do niekorzystnych następstw psychicznych choroby zaliczamy niepokój i lęk. W zależności od tego jak chory ocenia swój stan i jaką ma nadzieję na powrót do zdrowia może zależeć tempo rozwoju choroby i zdrowienia. Pielęgniarka powinna być świadoma wzajemnego oddziaływania ciała i umysłu. Do ważnych zadań pielęgniarki opiekującej się chorym z Z.P jest monitorowanie lęku w celu zwiększenia szansy pacjenta na jego powrót do zdrowia (1, 2).

Przedmiotem badań była próba oceny poziomu lęku, depresji i agresji u pacjentów z ostrą zatorowością płucną.

Lęk jest uczuciem bardzo często towarzyszącym człowiekowi w obliczu choroby. Główne pytania, na które

poszukiwano odpowiedzi w ramach niniejszej pracy brzmiały:

- „*Jaki jest poziom lęku, depresji i agresji u pacjentów z ostrą zatorowością płucną?*”
- „*Czy poziom lęku, depresji i agresji jest zależny od subiektywnej oceny stanu swojego zdrowia przez pacjentów?*”
- *odpowiedzi na pytanie: Czy i jaki wpływ na poziom lęku, depresji i agresji ma czas trwania choroby?*
- *ocenie stanu lęku, depresji i agresji.*

Ponadto postawiono hipotezę roboczą, że mężczyźni są bardziej wrażliwi niż kobiety na punkcie swojego stanu zdrowia.

Metody i technika badań

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. W celu uzyskania informacji posłużono się standaryzowanym kwestionariuszem HADS, którego celem jest poznanie samopoczucia pacjentów. Dodatkowo, w celu uzupełnienia informacji opracowano autorski kwestionariusz ankietowy. Kwestionariusz ten pozwolił na zebranie danych metryczkowych respondentów, stanowił uzupełnienie w zakresie oczekiwań pacjenta, oraz subiektywnej oceny pacjenta w jaki sposób choroba (ostra zatorowość płucna) wpłynie na jego życie.

W celu sprawdzenia poprawności instrukcji, zrozumienia pytań przez ankietowanych oraz oceny trafności pytań, przeprowadzone zostały badania pilotażowe. Badaniami pilotażowymi objętych było 8 osób, co stanowiło 10% z planowanej grupy badawczej. Po przeprowadzeniu badań pilotażowych wprowadzono stosowne korekty do pytań kwestionariuszowych i instrukcji. Ostatecznie, ankieta składa się z

dwóch części pytań poprzedzonych instrukcją. Część pierwszą pytań stanowią dane metryczkowe: płeć, wykształcenie, praca zawodowa, czas trwania choroby. Część drugą - pytania dotyczące odczuć pacjenta związanych z chorobą oraz oczekiwań wobec osób opiekujących się.

Do badań wykorzystano również kwestionariusz HADS-M - Zmodyfikowana skala HADS autorstwa A.S. Zigmond, R.P. Snaith (3). Opracowanie w wersji polskiej: M. Majkowicz, K. de Walden-Gałuszko, G. Chojnacka-Szawłowska. W wersji oryginalnej kwestionariusz składa się z 7 pytań badających lęk oraz siedmiu pozycji odnoszących się do stanów depresyjnych (4). W wersji zmodyfikowanej HADS-M dodano dwie pozycje badające rozdrażnienie i agresję. Ostatecznie kwestionariusz HADS-M zawiera 16 pytań (każde z 4 możliwościami odpowiedzi). Jego celem jest poznanie samopoczucia pacjentów.

Materiał badawczy

Grupę badawczą stanowili pacjenci z ostrą zatorowością płucną. Chorzy hospitalizowani byli w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu. Respondenci różnili się m.in. płcią, wykształceniem, stanem cywilnym, aktywnością zawodową, czasem trwania choroby. W badaniach posłużono się próbą o liczebności $n = 80$. Do grupy zostali zakwalifikowani pacjenci z zatorowością płucną w stanie dobrym, którzy wyrazili zgodę na badanie i mogli samodzielnie wypełnić ankietę. W celu przeprowadzenia badań uzyskano wymagane zezwolenia:

1. Pisemne zezwolenie Ordynatora Oddziału Kardiologicznego prof. Lewczuka.
2. Zgoda Komisji Bioetycznej przy Akademii Medycznej we Wrocławiu – Opinia Komisji Bioetycznej Nr KB-219/2012.

Wyniki badań

Ankieta autorska oraz kwestionariusz HADS pozwoliły na zebranie interesujących informacji. Analizy zebranych informacji dokonano w programie komputerowym EXCEL.

Charakterystyka badanych chorych
Na podstawie pierwszej części pytań z ankiety autorskiej uzyskano informacje na temat: płci, wykształcenia, pracy zawodowej oraz czasu trwania choroby u ankietowanych osób. W badaniu wzięło udział 80 pacjentów, w tym 54 kobiety (67,5%) oraz 26 mężczyzn (32,5%).

Odpowiedzi kobiet wskazują na to, iż spodziewają się one w większym stopniu niż mężczyźni pogorszenia jakości życia. Dotyczy to oceny wszystkich trzech badanych wymiarów: wykonywania podstawowych czynności życiowych, życia rodzinnego i finansów.

Ponad 80% mężczyzn i tylko 50% kobiet twierdzi, że obecny stan zdrowia nie ogranicza wykonywania podstawowych czynności życiowych jak mycie, ubieranie, wyjście do toalety. Ponad dwukrotnie więcej kobiet (64,81%) niż mężczyzn (26,92%) ocenia, że pobyt w szpitalu spowoduje u nich kłopoty finansowe. Kobiety także w większym stopniu niż mężczyźni obawiają się, że pobyt w szpitalu zakłóci ich życie rodzinne.

Analiza i ocena poziomu lęku u pacjentów z zatorowością płucną

Analizę poziomu lęku u pacjentów w stanie dobrym, u których zdiagnozowano ostrą zatorowość płucną, wykonano wykorzystując kwestionariusz HADS-M. Pytania pozwalające na ocenę lęku w kwestionariuszu oznaczone są numerami nieparzystymi. Kwestionariusz wraz z kluczem do obliczania pozwalają na na-

Pytanie ankiety	Uszczegółowienie	Liczba odpowiedzi (łącznie kobiety i mężczyźni)	Udział % w całej grupie objętej badaniem	Liczba odpowiedzi kobiety	liczba odpowiedzi mężczyźni	Udział % w grupie kobiet	Udział % w grupie mężczyzn
Wykształcenie	zawodowe	27	33,75	19	8	35,19	30,77
	średnie	28	35,00	16	12	29,63	46,15
	wyższe	25	31,25	19	6	35,19	23,08
Stan cywilny	Panna/kwaler	18	22,50	10	8	18,52	30,77
	Zamężna/zonaty	41	51,25	28	13	51,85	50,00
	wolny	21	26,25	16	5	29,63	19,23
Praca zawodowa	Pracuję	30	37,50	23	7	42,59	26,92
Jak ocenia Pan(i) swoje zdrowie	bardzo dobrze	5	7,35	2	3	3,70	11,54
	dobrze	25	36,76	17	8	31,48	30,77
	nieźle	38	55,88	27	11	50,00	42,31
	źle	12	17,65	8	4	14,81	15,38
Czego oczekuje Pan(i) po opuszczeniu szpitala?	będę tak samo zdrowy(a) jak przedtem	39	48,75	22	17	40,74	65,38
	przez pewien czas jeszcze mogę odczuwać duszność, zmęczenie	38	47,50	30	8	55,56	30,77
	Spodziewam się pogorszenia mego zdrowia	3	3,75	2	1	3,70	3,85
Czy Pana obecny stan zdrowia ogranicza Panu(i) wykonywanie podstawowych czynności życiowych jak mycie, ubieranie, wyjście do toalety?	tak, potrzebuję pomocy	9	11,25	8	1	14,81	3,85
	tak, nieco ogranicza	23	28,75	19	4	35,19	15,38
	nie, nie ogranicza	48	60,00	27	21	50,00	80,77
Czy Pan(i) stan zdrowia i pobyt w szpitalu zakłócił Pana(i) życie rodzinne?	tak bardzo	12	15,00	9	3	16,67	11,54
	tak nieco	18	22,50	14	4	25,93	15,38
	nie, nie zakłócił	50	62,50	31	19	57,41	73,08
Czy Pan(i) pobyt w szpitalu spowoduje kłopoty finansowe?	tak, duże	12	15,00	8	4	14,81	15,38
	nieznaczne	30	37,50	27	3	50,00	11,54
	nie	38	47,50	19	19	35,19	73,08
Łącznie		80	100,00	54	26	100,00	100,00

Tab. 1. Charakterystyka badanych chorych

stępująca klasyfikację: 0–7 punktów – brak zaburzeń, 8–10 punktów – stany graniczne, 11–21 punktów – stwierdzenie zaburzenia. Łączna liczba obliczona wg klucza w skali HADS wyniosła 711, co oznacza, że średnia wartość przypadająca na jednego pacjenta wynosi : 8,89. Wartość ta klasyfikowana jest jako „stany graniczne”.

Płeć pacjenta a poziom lęku

Wyniki wskazują, że to kobiety odczuwają większy lęk niż mężczyźni. W skali HADS-M podskali lęku kobiety uzyskały łącznie 518 punktów, co stanowi 9,59 punkta na jedną kobietę. Mężczyźni zaś uzyskali łącznie 193 punkty, co stanowi 7,42 punkta na jednego mężczyznę. Według skali HADS-M średni wynik uzyskany dla kobiet klasyfikowany jest jako „stany graniczne”, u mężczyzn - pomiędzy „brak zaburzeń” a „stany graniczne”.

Poziom lęku a subiektywna ocena stanu swojego zdrowia przez pacjentów

Wyniki badań wskazują na zależność poziomu lęku od subiektywnej oceny swojego stanu zdrowia przez pacjentów. Zauważalny jest wzrost poziomu lęku wraz ze spadkiem oceny stanu zdrowia przez pacjentów. W przypadku kobiet jednakże zależność ta jest nieco mniejsza niż u mężczyzn, co widoczne jest na liniach trendu (mniejszy kąt nachylenia linii trendu oznaczonej dla kobiet). Przy ocenie stanu zdrowia jako „nieźle” lub „źle” poziom lęku zarówno u kobiet jak i u mężczyzn klasyfikowany jest jako „stany graniczne”. W przypadku oceny stanu zdrowia jako „bardzo dobrze” lub „dobrze” poziom lęku u mężczyzn klasyfikowany jest jako „brak zaburzeń”, u kobiet natomiast jako „stany graniczne”.

Poziom lęku a oczekiwania pacjentów odnośnie stanu swojego zdrowia

Następnie zbadano, czy poziom odczuwania lęku jest zależny od subiektywnych rokowań pacjentów odnośnie stanu swojego zdrowia.

Podobnie jak w analizie zależności lęku od subiektywnej oceny swojego stanu zdrowia, również w tym przypadku poziom lęku jest zależny od oczekiwań pacjentów odnośnie swojego stanu zdrowia. Ankietowani, którzy oczekują, pełnego powrotu do zdrowia („będę tak samo zdrowy jak przedtem”) mają niższy poziom lęku (wg skali HADS-M) od ankietowanych, którzy spodziewają się pogor-

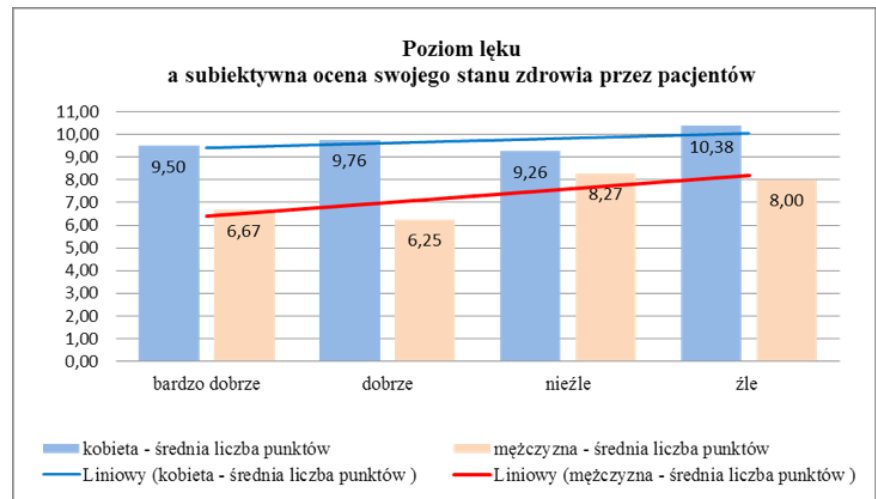
szenia swojego stanu zdrowia. Różnica ta jest bardziej wyraźna u kobiet niż u mężczyzn.

Nie istnieje zależność między poziomem lęku a czasem trwania choroby.

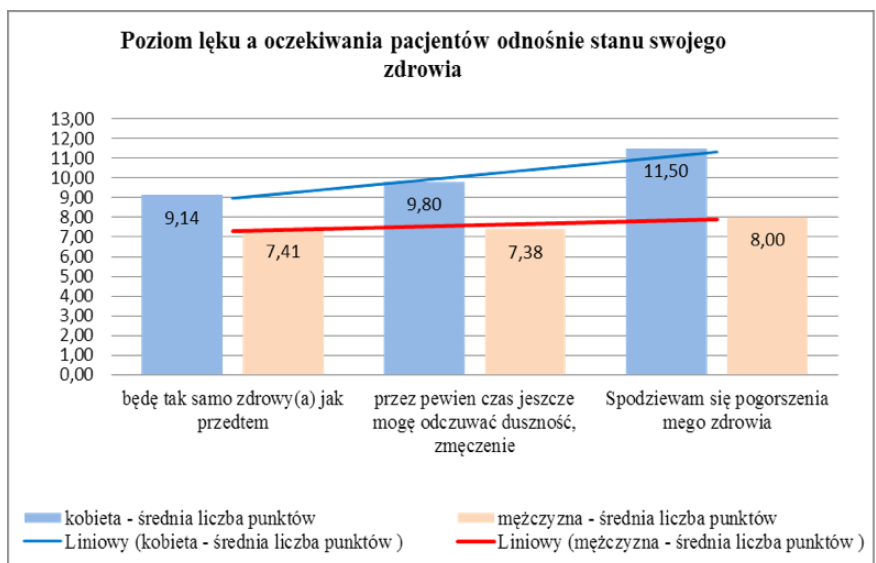
Poziom depresji

Zastosowanie do badań kwestionariusza HADS-M pozwoliło na równoległe (wraz z badaniem poziomu lęku) badania poziomu depresji u pacjentów.

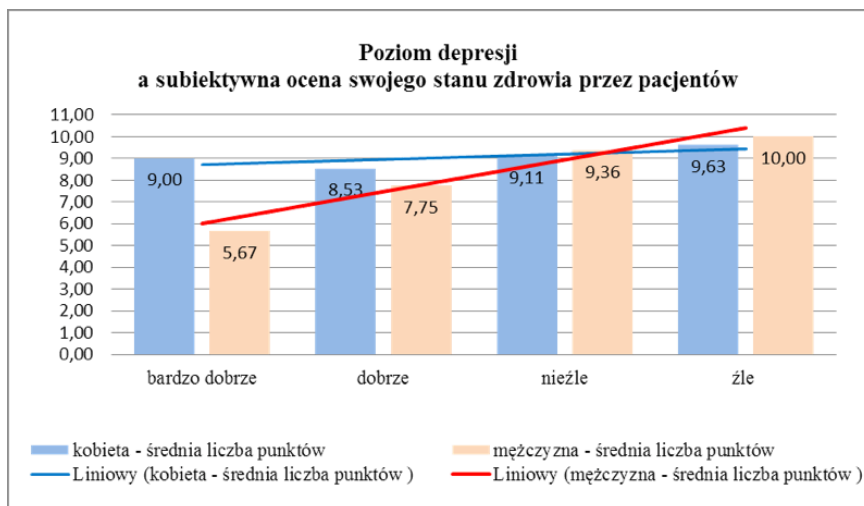
Podobnie jak w przypadku badania lęku, poziom depresji u kobiet jest wyższy (9 punktów) niż u mężczyzn (8,54 punkta). W obu przypadkach jednakże klasyfikowany jest jako „stany graniczne”.



Ryc. 1. Poziom lęku a subiektywna ocena swojego stanu zdrowia przez pacjentów



Ryc. 2. Poziom lęku a oczekiwania pacjentów odnośnie stanu swojego zdrowia



Wykres 3. Poziom depresji a subiektywna ocena swojego stanu zdrowia przez pacjentów

Analiza wyników ankiety wskazuje na to, iż w przypadku kobiet, zależność poziomu depresji od oceny stanu zdrowia jest niewielka. Średnia liczba punktów, oznaczona dla pytań dotyczących depresji z kwestionariusza HADS-M, w przypadku kobiet waha się w granicach 8,53- 9,63 (stany graniczne). W przypadku mężczyzn zauważa się wyraźny trend wzrostu poziomu depresji wraz ze spadkiem oceny stanu zdrowia. Dla grupy mężczyzn, którzy określili stan swojego zdrowia na poziomie „bardzo dobrze” wynik wg kwestionariusza HADS-M wynosi 5,67, co kwalifikuje ocenę poziomu depresji jako „brak zaburzeń”. W pozostałych przypadkach poziom depresji kwalifikowany jest jako „stany graniczne”.

Poziom rozdrażnienia, agresji

Z badań wynika, że kobiety są bardziej podatne na rozdrażnienie niż mężczyźni. Średnia liczba punktów waha się w granicach 2,20÷2,50 dla kobiet oraz 1,88÷2,18 dla mężczyzn i praktycznie nie jest zależna od subiektywnej oceny stanu swojego zdrowia przez pacjentów.

Dyskusja

W badaniach własnych liczba kobiet była ponad dwukrotnie wyższa od liczby mężczyzn. Wyniki takie są potwierdzeniem obserwacji autorów niniejszej pracy. Nie znaleziono jednakże w literaturze danych dotyczących rozpoznania zatorowości płucnej w zależności od płci. Jednak Rynkiewicz podaje, że u kobiet zażywających doustne środki anty-

konceptyjne oraz u kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą ryzyko wystąpienia zakrzepicy jest zwiększone trzykrotnie (5). Być może była to przyczyna takiej charakterystyki grupy badawczej.

Choroba wpływa na stan psychiczny pacjenta, jest dla niego sytuacją trudną i może wywołać u niego strach lub lęk, są to dane zawarte w literaturze, które znalazły potwierdzenie w badaniach własnych (1). Do podobnych wniosków doszła w swoich badaniach De Walden Gałuszko oceniając jakość życia w chorobie nowotworowej. Zauważyła ona, że płeć odgrywa istotną rolę w przystosowaniu się do sytuacji trudnych. Kobiety są bardziej egocentryczne i bardziej emocjonalnie podchodzą do swojej choroby, stąd ich większa skłonność do depresji (4). W badaniach własnych wykazano, że poziom lęku zależy od płci - kobiety odczuwają większy lęk niż mężczyźni. Podobne wyniki uzyskała Bącznyk (6) w badaniach leku przedoperacyjnego, u niej również kobiety charakteryzowały się wyższym poziomem lęku. Ponieważ w badaniach Bącznyk zastosowano inne narzędzie pomiarowe był to zarówno lęk jako cecha jak i lęk jako stan. (6). Według skali HADS średni wynik uzyskany dla kobiet klasyfikowany jest jako „stany graniczne”, u mężczyzn - pomiędzy

Jak ocenia Pan(i) swoje zdrowie	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety - liczba punktów wg kwestionariusza HADS-M	Mężczyźni - liczba punktów wg kwestionariusza HADS-M	Kobieta - średnia liczba punktów	Mężczyzna - średnia liczba punktów
bardzo dobrze	2	3	5	6	2,50	2,00
dobrze	17	8	42	15	2,47	1,88
nieźle	27	11	60	24	2,22	2,18
źle	8	4	20	8	2,50	2,00

Tabela 2. Poziom depresji a subiektywna ocena swojego stanu zdrowia przez pacjentów

„brak zaburzeń” a „stany graniczne”. Poziom lęku w głównej mierze jest zależny od subiektywnych odczuć pacjenta odnośnie stanu swojego zdrowia oraz rokowań co do przyszłości. Zauważalny jest wzrost poziomu lęku wraz ze spadkiem oceny stanu zdrowia przez pacjentów.

Podobnie jak w przypadku badania lęku, poziom depresji u kobiet jest wyższy niż u mężczyzn. W obu przypadkach jednakże klasyfikowany jest jako „stany graniczne”. Z racji zwiększonej podatności na depresję wśród pacjentek personel medyczny powinien z większą empatią i delikatnością podchodzić do kobiet z rozpoznaną ostrą zatorowością płucną.

Powinno się monitorować nasilenie negatywnych emocji u chorych, ponieważ, jak opisuje w swojej książce „Ostre Stany w Kardiologii” A. Rynkiewicz, choroba zagrażająca życiu, a do takich możemy zaliczyć Ostrą Zatorowość Płucną, czasami może doprowadzić do zespołu ostrego stresu - ASD, lub zespołu stresu pourazowego - PTSD. W obu tych zespołach w celu opanowania lęku konieczna staje się pomoc psychologiczna (5).

Zbyt mało jest doniesień w literaturze odnośnie badań nad lękiem w zatorowości płucnej, spotyka się jednak prace dotyczące innych sytuacji zagrożenia życia np.: zawału serca (zator naczyń wieńcowych). Jakubowska podaje, iż pacjenci którzy przebyli w przeszłości zawał serca zwlekają z wezwaniem pomocy, co spowodowane jest lękiem przed tym co już wcześniej przeżyli (7).

Zauważono, że tryb przyjęcia do szpitala wpływa na stan psychiczny pacjentów. Z doświadczenia autorów pracy wynika, iż chorzy przyjęci w trybie ostrym są zdenerwowani bardziej zdemotywani niż pacjenci

przyjęci planowo, mają również wyższy poziom lęku niż ci, którzy zostali przyjęci planowo. Na tym etapie rolą wszystkich członków zespołu terapeutycznego jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa poprzez udzielenie choremu wyczerpujących informacji, oraz bieżące rozwiązywanie problemów. Całość postępowania pielęgniarki powinna cechować zarówno fachowość jak i dbałość o stan psychiczny chorego.

Na podstawie badań własnych oraz badań innych autorów można stwierdzić, że każda możliwa interwencja chirurgiczna, a także hospitalizacja pacjenta jest trudną sytuacją, mogącą przyczynić się do zaburzeń somatycznych i psychicznych (8; 9).

Wnioski

1. Poziom lęku u pacjentów z ostrą zatorowością płucną kształtuje się (wg skali HADS na poziomie 8,89. Wartość ta klasyfikowana jest jako „stany graniczne”.
2. Poziom lęku zależy od płci - kobiety odczuwają większy lęk niż mężczyźni.
3. Tryb przyjęcia do szpitala wpływa na stan psychiczny pacjentów. Chorzy przyjęci w trybie nagłym mają wyższy poziom lęku niż ci, którzy zostali przyjęci planowo.
4. Nie stwierdzono wyraźnego wpływu sytuacji rodzinnej i finansowej na poziom lęku u pacjentów z ostrą zatorowością płucną.
5. Poziom depresji u kobiet jest wyższy niż u mężczyzn, w obu przypadkach jednakże klasyfikowany jest jako „stany graniczne”.

Bibliografia

1. DOLIŃSKA – ZYGMUNT, G. Podstawy Psychologii Zdrowia. Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego Wrocław 2001. ISBN 83-229-2181-0.
2. KRUSZELNICKA, O. Zatorowość płucna. Medycyna po dyplomie,

2016, 1 (327):43-53

3. ZIGMOND, A.S., SNAITH, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr. Scand. 1983; 67 (6): 361–370.
4. WALDEN-GAŁUSZKO, K., MAJKOWICZ, M. (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego Gdańsk 1994, s. 82-98
5. RYŃKIEWICZ, A. i wsp.: Ostre Stany w Kardiologii. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań. 2010, s. 210-219; 268-271.
6. BĄCZYK, G., TALARSKA, D., SZUBERT, J. Przyczyny lęku przedoperacyjnego chorych leczonych chirurgicznie. Promocja zdrowia w chorobie i niepełnosprawności. Ann. UMCS Sect. D. 2006; 60 (Supl. 16, 1): 152–156.
7. JAKUBOWSKA-WINECKA, A., WŁODARCZYK, D.(red.). Psychologia w praktyce medycznej. PZWL Warszawa. 2007. s.85-86.
8. LEWICKA M, MAKARA STUZIŃSKA, M, i wsp. Poziom lęku i depresji w okresie okołoperacyjnym a kategoria zabiegu operacyjnego w grupie kobiet leczonych z powodów ginekologicznych. Med Ogólna Nauki o Zdrowiu. 2012; 18, 2: 107–111.
9. JAWOR, M, DIMETER, A, MOŃEK, K. Zaburzenia depresyjno-lękowe u kobiet po histerektomii – badania własne. Psychiatr Pol. 2001; 5: 771–780.

Kontakt na autora

Sylwia Krzeminska

Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki; Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Ul. K. Bartla 5, 51-618 Wrocław
sylwia.krzeminska@umed.wroc.pl

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: objednať si výhodu pomocou týchto jednotlivých prístupov:



Objednanie

Prihlásenie:

E-mailová adresa účtu *

Heslo účtu *

PRIHLÁSIŤ

* 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

