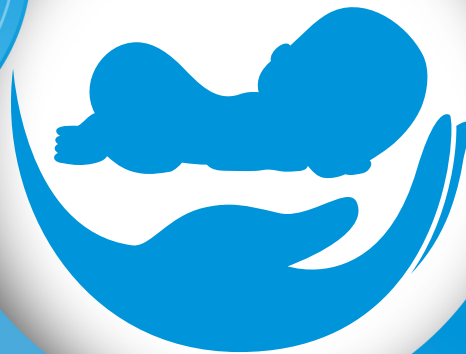


OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA

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

02
2018

ISSN 1339-5920



SK SaPA

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 Electrophysiology 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
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 2018 je 10 EUR.
Bezplatný pre členov SK SaPA.
Dostupný na web stránke:
<http://www.sksapa.sk/>

Indexácia / Indexation

Bibliographia medica Slovaca

Citačná databáza / Citation database

CiBaMed

Pokyny pre autorov / Instructions for authors

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

Redakcia si vyhradzuje právo na formálnu úpravu príspevkov a ich prípadné skrátenie.
Uzávierka čísla: 01. 04. 2018
Dátum vydania: 30. 04. 2018



Nová ministerka zdravotníctva Kalavská odmietla diskutovať so sestrami o ich aktuálnych problémoch	08
Delegáti Snemu SKSaPA si dňa 20.4. – 21. 4. 2018 zvolili na nové štvrtročné funkčné obdobie 2018 – 2022 nasledujúcich zástupcov do Rady SKSaPA	09
Predstavujeme novú „ministerskú sestru“	10
Rozsah praxe po novom	11 - 13
Konferencia o nových a inovatívnych štandardných diagnostických a terapeutických postupoch	14
Národné štandardy pre komplexný ošetrovateľský manažment pacienta - cesta rozvoja slovenského ošetrovateľstva	15
Na rovinu o pokutách v súvislosti s projektom ezdravie	16 - 18
Subcutánna aplikácia imunoglobulínov	19 - 22
Posúdenie zdravia rodiny sestrou	23 - 25
Ošetrovateľská starostlivosť o periférnu venóznú kanylu	26 - 29
Plánované konferencie organizované odbornými sekciami SKSaPA a spoluorganizované SKSaPA v roku 2018	30

Suplementum Vedecká recenzovaná časť

Hodnotenie kvality života u pacientov liečených pre kolorektálny karcinóm na chirurgickej klinike Fakultnej nemocnice Trnava	31 - 38
Riziko postraumatickej stresovej poruchy po pôrode	39 - 43



**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

Spoločlivé

- 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,

v dňoch 20. – 21. 4. 2018 sa v Poprade uskutočnil Snem Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. Náročné dvojdňové rokovanie delegátov z celého Slovenska malo za úlohu zhodnotiť našu činnosť za posledný rok, nastoliť najdôležitejšie témy, ktoré v rámci aktivít Komory potrebujeme v nasledujúcom období riešiť, ale aj zvoliť si nových členov do orgánov Komory – Rady, Kontrolného výboru a Disciplinárnej komisie.

Som rada, že takmer všetci z bývalých predstaviteľov týchto orgánov kandidovali opäť a že väčšina z nich ste dali dôveru zastupovať Vaše záujmy aj do nasledujúceho štvorročného volebného obdobia. Ďakujem tým, dnes už bývalým kolegom a kolegyniam, ktorí nebudú s nami pokračovať, za ich doterajšiu prácu. Som presvedčená, že naša spolupráca nekončí a určite sa stretneme v ďalších projektoch, ktoré Komora v budúcnosti bude riešiť. A rovnako sa teším aj na spoluprácu s novozvolenými kolegyňami a kolegami. Ďakujem aj všetkým spolupracovníkom, ktorí sa podieľali na príprave Snemu a zabezpečovali jeho hladký priebeh.

Na tohtoročný Snem sme pozvali aj zástupcov MZ SR, zástupcov kolegov z iných komôr, zástupcu patientskej organizácie, ale aj odborového združenia sestier. Mrzí ma, že pani ministerka si na nás nenašla čas. Poverený zástupca ministerstva, riaditeľ sekcie zdravia prečítal príhovor ministerky k delegátom Snemu, no v diskusii sa vyjadril, že je na tejto pozícii iba 10 dní a teda nie je zorientovaný. Čo k tomu dodať. V tak vážnej personálnej kríze, v akej sa nachádzame, v tak vážnej situácii, kedy si musí Národný onkologický ústav „požičiavať“ sestry z okolitých aj vzdialenejších nemocníc, aby mohla fungovať starostlivosť o pacientov, sme svedkami hasenia požiaru, ktorý tlie aj v iných nemocniciach, iba sa o tom až tak veľmi nehovorí.

Avizované 10 % zvýšenie miezd sestier z tzv. sociálneho balíčka, a to až v nasledujúcom roku, pretože ministerstvo potrebuje analýzy, iba potvrdzuje naše presvedčenie, že ministerstvo a vláda stále asi nechápu vážnosť situácie. Zdravotníctvo potrebuje zásadné systémové zmeny v personálnej politike, ošetrovatelstvo potrebuje podporu na úrovni vlády. Doterajšie kozmetické úpravy nestačia. Ak ľuďom nedáme dôstojný plat a nevytvoríme im dobré podmienky na prácu, nebude mať o ošetrovanie nikto záujem. Ak je naozaj pacient na prvom mieste, potom by mala nastať zmena čo najskôr. A zásadná. Pretože sestry a pôrodné asistentky pacientom chýbajú.



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

Editoriál

Vážení čitatelia,

koniec apríla nám štandardne už niekoľko rokov prináša vydanie druhého čísla e-časopisu Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencja. Aj v tomto čísle Vám prinášame zaujímavé informácie týkajúce sa aktivít našich kolegýň a kolegov, či už z oblasti praxe, výskumu a aktivít, ktoré sa vedú na úrovni politiky štátu, ako je tvorba nových legislatívnych rámcov v podobe vyhlášok, nariadení, zákonov, štandardizovaných postupov, ktoré priamo zasahujú do praxe sestry a pôrodnej asistentky. Posledné obdobie nám všetkým prinieslo zmeny v podobe kompetencií sestier a pôrodných asistentiek. Aktuálne Komora aktívne vystupuje často sama a v opozícii k zamestnávateľom pri obhajovaní vyhlášky o minimálnom personálnom a technickom zabezpečení jednotlivých pracovísk. Výmena sestier za zdravotníckych asistentov na ambulanciách ako lacnejšej a menej kvalifikovanej pracovnej sily sa stala horúcou témou dnešných dní, podobne ako komplikácie s novým špecializačným odborom „Ošetrovateľská starostlivosť o dospelých“, ktorý má zastrešiť dva zrušené špecializačné odbory „Ošetrovateľská starostlivosť v odboroch vnútorného lekárstva a v odboroch chirurgie“. Dohody na úrovni ministerstva sú v mnohých prípadoch neakceptované, pozmenené, a to bez vedomia odborníkov – sestier a pôrodných asistentiek. Možno nás už neprekvapí ani tvrdenie ministerky zdravotníctva, že v zdravotníckom systéme nám chýba „iba“ 2 300 sestier, aj keď Komora na základe relevantných údajov z registra, NCZI, či OECD uvádza počet 15 000. Všetci, čo sme v praxi, realitu veľmi dobre poznáme, začnime o nej hovoriť nahlas! Ide o bezpečnosť pacientov, ale aj nás sestier a pôrodných asistentiek.

Tento mesiac bol špecifický aj tým, že mu dominoval Snem SKSaPA – najvyšší orgán Komory zastupujúci jej členov. Práve tu sestry a pôrodné asistentky z celého Slovenska diskutovali a hodnotili plnenie cieľov Komory za uplynulý rok, diskutovali o aktuálnych otázkach, problémoch a výzvach pre odbor ošetrovatelstvo a pôrodná asistencja a zároveň si stanovili nové úlohy. V neposlednom rade si zvolili nových zástupcov, ktorí povedú stavovskú organizáciu v nasledujúcom štvorročnom funkčnom období.



Pevne verím, že si v aktuálnom čísle nájdete časť, ktorá Vás svojim obsahom zaujme a ostanete nám verní tak ako doteraz. Ďakujem Vám, že si prelistujete nasledujúce stránky a teším sa na nové námety a podnety, ktoré nás inšpirujú pri zostavovaní ďalšieho čísla e-časopisu Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencja. Uzávierka nasledujúceho čísla je 1. 6. 2018, pozývam Vás k spolupráci.

PhDr. Lukáš KOBER, PhD.
predseda redakčnej rady

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



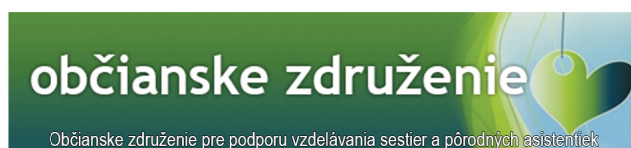
Biele Srdce 2018

už o niekoľko dní

Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek aj
v tomto roku pri príležitosti

Medzinárodného dňa sestier pripravuje slávnostný galavečer, na ktorom budú ocenené sestry a pôrodné asistentky, ktoré sú vo svojom ľudskom i profesionálnom rozmere výnimočné, a ktoré si svojou vysokou profesionalitou, ale aj osobnostnými vlastnosťami zaslúžia našu úctu a vďaku. Odovzdávanie ocenení Biele srdce na republikovej úrovni sa bude konať dňa 18. 05. 2018 v Senci.

PREČO BYŤ ČLENOM V SK SaPA?



NOVÁ MINISTERKA ZDRAVOTNÍCTVA KALAVSKÁ ODMIETLA DISKUTOVAŤ SO SESTRAMI O ICH AKTUÁLNYCH PROBLÉMOCH

Tlačová správa SKSaPA 20.4.2018

Nová ministerka zdravotníctva Andrea Kalavská ešte nie je vo funkcii ani celý mesiac a už sa jej podarilo uraziť sestry a pôrodné asistentky. Šéfka rezortu zdravotníctva neprijala pozvanie na 18. ročník Snemu Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek v Poprade, na ktorom vyše 200 delegátov z celého Slovenska počas dvoch dní (20. - 21. apríla) diskutuje o aktuálnych otázkach, problémoch a výzvach pre sestry a pôrodné asistentky.

Snem je najvyšším orgánom sestier a pôrodných asistentiek, pričom v minulosti sa ho osobne zúčastnili napríklad minister zdravotníctva Richard Raši (2010), minister zdravotníctva Ivan Uhliarík (2011), či dokonca prezident Slovenskej republiky Andrej Kiska (2015). „Ministerka zdravotníctva Andrea Kalavská po nástupe do pozície šéfky rezortu zdravotníctva vyhlásila, že ju prekvapuje postoj sestier, a že sa bude snažiť viac. Ako si potom sestry majú vysvetliť jej odpoveď na pozvanie na najdôležitejšiu udalosť – Snem SK SaPA. Môžeme sa teda domnievať, že pani ministerke v skutočnosti až tak veľmi na názoroch a požiadavkách sestier nezáleží? Kde inde, ako na Sneme, by mala

ministerka možnosť stretnúť sa so sestrami so všetkých kútov Slovenska z rôznych oblastí zdravotníctva (nemocníc, ambulancií, Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, zariadení sociálnych služieb a vzdelávacích ustanovizní) a vypočuť si ich názory a postoje týkajúce sa ich práce? Možno by si potom urobila iný názor na našu prácu a na naše požiadavky a zistila by, že Bratislava nie je celé Slovensko,“ povedala sklamaná prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

Úlohou Snemu je nielen zhodnotiť činnosť Komory, ale aj prijať uznesenia, ktoré usmerňujú a zavazujú Radu, Prezídium, prezidenta a ostatných členov orgánov Komory pre ich plnenie. Snem ďalej posudzuje, či sa efektívne vynakladajú financie členov SK SaPA. Ako povedal člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., hlavnou témou tohtoročného Snemu Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek budú zmeny, ktoré ovplyvňujú prácu sestier a určujú smerovanie ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie. „Diskutovať by sa malo aj o tom, ako sú zástupcovia sestier a pôrodných asisten-

tiel z celého Slovenska spokojní so smerovaním štátnej politiky v oblasti zdravotníctva. Súčasťou tohto podujatia budú aj voľby orgánov Komory, ktoré sa budú podieľať a zodpovedať za túto zmenu v najbližšom štvorročnom volebnom období,“ uviedol PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.

Snemu SK SaPA sa zúčastňujú aj pozvaní hostia: generálny riaditeľ Sekcie zdravia MZ SR MUDr. Miroslav Bdžoch, PhD., MPH, riaditeľka odboru ošetrovateľstva MZ SR PhDr. Darina Dányová, dipl. s., či hlavná odborníčka MZ SR pre ošetrovateľstvo PhDr. Helena Gondárová – Vyhničková, dipl. s. Snem prišli podporiť aj prezident Slovenskej komory zdravotníckych záchranárov Mgr. František Majerský, členka Rady Slovenskej komory medicínsko-technických pracovníkov Veronika Jaseňovská, predsedníčka Odborového združenia sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Monika Kavecká, predseda správnej Rady Slovenský pacient, o. z. Ing. arch. Radoslav Herda, či predsedníčka Občianskeho združenia pre podporu vzdelávania SaPA PhDr. Anna Bullová.

DELEGÁTI SNEMU SKSAPA SI DŇA 20.4. – 21. 4. 2018 ZVOLILI NA NOVÉ ŠTVRŤROČNÉ FUNKČNÉ OBDOBIE 2018 – 2022 NASLEDUJÚCICH ZÁSTUPCOV DO RADY SKSAPA

Rada je riadiaci orgán komory v období medzi zasadnutiami Snemu Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek.

PhDr. Margita Kosturíková,
viceprezidentka SK SaPA pre sestry
margita.kosturikova@gmail.com

PhDr. Adriana Nemčoková, dipl. p. a.,
viceprezidentka SK SaPA pre pôrodné asistentky
ada.nemcokova@gmail.com

Členovia

PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.
laurinc@sksapa.sk

Mgr. Renáta Popundová
popundovarenata@azet.sk

PhDr. Dana Zrubcová, PhD.
dana.zrubcova@sksapa.sk

Mgr. Ľubica Husárová
lubaulicna@gmail.com

PhDr. Lukáš Kober, PhD.
lukaskober@gmail.com

PhDr. Iveta Drahoňová, dipl. s.
iveta.drahonova@gmail.com

Mgr. Zuzana Haladová, dipl. s.
haladovazuzana@apo.sk

Bc. Barbora Kapitánová
barakapitanova@gmail.com

Mgr. Mária Javornická
marialucia.javornicka@gmail.com



Delegáti Snemu SKSaPA v Poprade dňa 20.4.2018 (Zdroj: SKSaPA)

PREDSTAVUJEME NOVÚ „MINISTERSKÚ SESTRU“

Moja pracovná kariéra sestry začala v roku 1984 ukončením zdravotníckeho vzdelania v odbore všeobecná sestra na SZŠ v Bratislave. Po skončení štúdia som odbornú prax zahájila na neurologickom oddelení na Kramároch, ktorá bola jednou z najväčších nemocníc v Bratislave. Už aj v tom čase bol nedostatok sestier, hlavne pomocného personálu, sestry pracovali po jednej v smene. Bolo to veľmi náročné oddelenie, čo do rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti ale aj po stránke psychickej a fyzickej. Spomínam si na polohovanie a vykonávanie toalety u imobilných pacientov, ale aj pacientov ktorí boli v kóme a na dobré časy, keď sme si vedeli navzájom pri týchto činnostiach sme si pomáhali, čo dnes už nie je samozrejmosťou. Celé oddelenie bolo veľmi súdržné a kolegiálne. Boli služby kedy nebol čas ani na kávu nie to na obed. Napriek tomu to boli pekné časy, rada to spomínam a dovoľm si tvrdiť, že to bola dobrá škola a veľa som si odniesla do môjho profesijného života.

Určite sa to dalo zvládnuť aj preto, že sme boli super kolektív a na toto moje štartovacie obdobie v profesionálnej kariére nedám dopustiť. Neskôr som pracovala v psychiatrickej ambulancii v Ružinove, čo bolo pre mňa zaujímavé a čo mi veľa dalo. V roku 1992 som nastúpila do Železničnej nemocnice s poliklinikou v Bratislave ako odberová sestra. Spomínam si, že som odoberala krv ešte do striekačiek a bola som rada, že môžem pichať jednorazovými ihlami, čo si možno dnešní mladí absolventi už nevedia ani predstaviť. Po dvoch rokoch som začala pracovať vo všeobecnej ambulancii. Hneď v úvode som absolvovala špecializačné štúdium a neskôr som si vzdelanie doplnila formou vyššieho odborného vzdelania v odbore „všeobecná diplomovaná sestra“. Tam som mala šťastie na spolužiačky, s ktorými sme si veľmi rozumeli a mali záujem pokračovať vo vysokoškolskom štúdiu v Trnave. Toto nebola moja ambícia, avšak presvedčili ma. Počas vysokoškolského štúdia, som si doplnila špecializáciu v odbore: „ manažment

v ošetrovatelstve “ na SZU v Bratislave. Od roku 2006 som v Železničnej nemocnici s poliklinikou zastávala pozíciu námestníčky pre ošetrovatelstvo až do nástupu na ministerstvo zdravot-



níctva. Neskôr som si doplnila vzdelanie rigoróznou skúškou a špecializáciu odbor “ zdravotnícky manažment a financovanie“. Počas celej mojej profesionálnej kariéry som stále pracovala a aj v súčasnosti pracujem na všeobecnej ambulancii na čiastočný úväzok. Tento systém sa mi osvedčil, nakoľko viem reálne posúdiť, či sa niektoré veci dajú, alebo nedajú urobiť. Mojim kolegyniam som neustále prízvukovala, poďme hovoriť o tom, akým spôsobom to pôjde a nie ako to nejde. Vlni som si prevzala z rúk prezidentky SK SaPA ocenenie na republikovej úrovni „ Biele srdce “, čo som vnímala ako ocenenie mojej doterajšej práce a na čo som veľmi hrdá. V decembri ma oslovila komora s návrhom kandidatury do výberového konania na ministerskú sestru. Po dlhom rozmyšľaní som svoje rozhodnutie prehodnotila a kandidatúru prijala. Či to bolo dobré rozhodnutie, to ukáže čas, ale rozhodne je to pre mňa veľká výzva. Keďže som telom i dušou sestra a stále v praxi.. Myslím si však, že moje skúsenosti z aktívneho života sestry budú prínosom. Od 15.marca zastávam pozíciu ministerskej sestry, čo je ešte veľmi krátka doba na to, aby som

mohla čokoľvek hodnotiť. Nastúpila som do rozbehnutého vlaku a postupne sa zoznamujem s prácou ministerskej sestry. Určite to chce ešte nejaký čas, aby som obsiahla všetky informácie. Odbor ošetrovatelstva veľmi tvrdo pracoval a čo ma teší, sú už prvé výsledky. Ako je už známe, že od 1.4.2018 je v platnosti Vyhláška MZSR č. 95/2018, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe. Nedá mi nespomenúť Vyhlášku MZSR č. 92/2018, kde sa ustanovujú indikačné kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb. Ďalšou vyhláškou sa vydáva zoznam zdravotníckych pomôcok, ktoré môže predpisovať sestra alebo pôrodná asistentka. Veľkú zásluhu na tom má moja kolegyňa PhDr. A. Macková MPH., ktorá bola pri zrode týchto vyhlášok a čo je najviac, dotiahla do zdarného konca. Budem rada, keď sa mi podarí nadviazať na jej prácu a pokračovať ďalšími krokmi. Súčasným veľkým problémom je nedostatok personálu čo začína byť problematické, nielen na Slovensku, ale v celej Európe. Budeme radi, keď sa nám podarí tento trend systémovými krokmi zastabilizovať a pritiahnúť do praxe viac študentov, zatraktívnením podmienok na ich prácu. Tento rok sa pripravuje Zákon o dlhodobej starostlivosti v spolupráci s ministerstvom práce a sociálnych vecí a rodiny, kde bude participovať aj odbor ošetrovatelstva a bude nosným pilierom pre činnosť v ADOS, DOS a ZSS. V máji tohto roku nadobudla účinnosť novela vyhlášky o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach, kde bolo doplnené kompetencie pre ďalších 11 povolání. Z tohto je vidieť, že ošetrovatelstvo sa posúva viditeľnými krokmi a každý v systéme je dôležitý a spolu tvoríme jeden tím. Budem rada, keď na konci bude spokojný pacient, čo je našim spoločným cieľom.

PhDr. Darina Dányiová, dipl. s. riaditeľka odboru Ošetrovatelstva Sekcia zdravia MZ SR

Prečo sa novelizuje vyhláška o rozsahu praxe sestry?

Vyhláška „364-ka“ o rozsahu praxe sestry a pôrodnej asistentky má už svoj vek. Bola vytvorená v roku 2005. Za 13 rokov sa situácia v slovenskom ošetrovatelstve zmenila. A zmenila sa aj situácia v celom zdravotníctve i našej spoločnosti.

Áká vyhláška ju nahrádza?

Od 1. 4. 2018 je účinná Vyhláška MZ SR č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

Podľa novej vyhlášky bude upravený aj rozsah praxe sestry. V čom sú hlavné rozdiely?

Podľa výskumu napr. až v 99 %-ách sestry zavádzajú periférne venózne kanyly, čo im legislatíva – „364-ka“ neumožňovala, teda vykonávali to nelegálne, čo nieslo so sebou aj riziko následkov z nelegálnej činnosti pre sestru. Pre pacienta nie je to dobrý signál, že v poskytovanej starostlivosti nie je niečo s „kostolným poriadkom“. A tiež podobne komplikované podávanie liekov do žily. Na koľkých pracoviskách je sestra správne poverená na ich podávanie? Správne poverenie sa rozumie, že ten, kto poveruje (lekár) osloví sestru na podanie lieku do žily, sestra súhlasí, lekár vypíše poverenie a sestra svoj súhlas vyjadrí svojim podpisom. Takýto dokument s rodným číslom pacienta nie je potom v „šuflíku“ na oddelení ale v zdravotnej dokumentácii pacienta a platí len na konkrétneho pacienta,

nie pre všetkých pacientov na oddelení. Otázne je, podľa čoho lekár posúdi, ktorú sestru môže poveriť a ktorú nie, keď nemá informácie o jej vzdelaní, praxi... A nakoniec, lekár je odborník v medicíne a sestra v inom odbore - ošetrovatelstve. Takto vypísaný dokument sa párkrát „rád stratil“ a sestra nemohla dokladať, že bola poverená. V novom rozsahu praxe sestry na podávanie liekov do žily už netreba poverenie. Po novom sestra môže na základe ordinácie lekára aj odstraňovať stehy z primárne zhojenej rany. V tejto súvislosti dodám, že sestra nemá kompetenciu na odstraňovanie drénov!

Musí sestra prijať kompetenciu podávania liekov do žily?

Rozsah praxe sestry uvedený vo vyhláške je ponuka výkonov, ktoré sestra môže vykonávať. Je na zamestnávateľovi a sestre na ktorých činnostiach sa dohodnú v Opise pracovných činností, ktoré sú súčasťou Pracovnej zmluvy každej sestry a súhlas s nim sestra vyjadruje podpisom.

Dlhodobo bol pripomienkovaný výkon zavádzanie periférnej venóznej kanyly. Ako sa vyriešil problém novou vyhláškou?

Sestra samostatne na základe indikácie lekára môže zavádzať kanylu do periférnej žily a rušiť kanylu z periférnej žily.

Stačí ústna indikácia?

Každá ordinácia, indikácia má byť písomne zdokumentovaná lekárom.

Zmenilo sa niečo pri podávaní krvi a transfúzií derivátov a kontrastných látok?

Nie, nezmenilo. Transfúziu krvi, krvných derivátov a kontrastných látok,

tak ako doteraz podáva lekár. Sestra s lekárom spolupracuje v rozsahu ošetrovateľskej praxe.

Ako je definovaný rozsah praxe sestry špecialistky?

Sestra, ktorá získala odbornú spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností a odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností, poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť podľa § 1 a špecializovanú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá sa poskytuje v špecializačných odboroch určených pre sestru. A tiež samostatne indikuje a vykonáva výmenu a zrušenie kanyly z periférnej žily.

Nové je aj to, že sestra špecialistka aplikuje medikamentóznou liečbu v dávkovacom rozmedzí a farmakologickom zložení na základe indikácie lekára a po posúdení potreby osoby (sestrou) a vyhodnocuje účinnosť liečby.

Napríklad aj odber krvi z arteriálnej kanyly spadá do kompetencií sestry špecialistky v odboroch intenzívnej starostlivosti a anestéziológie.

Čo znamená pojem sestra s pokročilou praxou?

Stručne môžeme sestru s pokročilou praxou charakterizovať ako sestru, ktorá má vzdelanie nad rámec základného vzdelania sestier, špecializáciu v odbore, požadovanú prax a sústavne sa vzdeláva. Sestra s pokročilou praxou má širšie kompetencie ako iné sestry. Medzinárodná federácia sestier definuje sestru s pokročilou praxou ako sestru, ktorá získala odborné vedomosti a zručnosti pre rozhodovanie a kompetencie klinickej rozšírenej praxe. Jej implementáciou do praxe sa očakáva zefektívnenie a sprístupnenie zdravotnej starostlivosti. Taktiež

v praxi založenej na dôkazoch (evidence – based practice) táto sestra zohráva dôležitú úlohu. V zahraničí sestru s pokročilou praxou nájdeme aj pod označením APN (Advanced Nurse Practitioner).

Akú odbornú spôsobilosť má nová kategória sestry - sestra s pokročilou praxou?

Sestrou s pokročilou praxou je sestra, ktorá získala VŠ II. stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovatelstvo, ak vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa získala v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovatelstvo a špecializáciu v príslušnom špecializačnom odbore a ktorá nadobudla najmenej päťročnú odbornú prax v príslušnom špecializačnom odbore.

Sestrou s pokročilou praxou je aj sestra, ktorá nemá špecializáciu, ale získala VŠ II. stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovatelstvo, ak vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe získala v študijnom odbore ošetrovatelstvo a ktorá nadobudla najmenej osemročnú odbornú prax.

Môže byť sestra s 30 ročnou odbornou praxou sestrou s pokročilou praxou?

Áno, ak sestra okrem uvedenej 30 ročnej odbornej praxe získala aj VŠ II. stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovatelstvo, ak vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe získala v študijnom odbore ošetrovatelstvo.

Alebo ak má VŠ II. stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovatelstvo, ak vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa získala v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovatelstvo a špecializáciu v príslušnom špecializačnom odbore v ktorom má najmenej päťročnú odbornú prax.

Prečo na Slovensku vzniká kategória sestry – sestra s pokročilou praxou?

Sú „v hre“ viaceré faktory. Vychádzajme z ponuky a dopytu. V ponuke je odborný potenciál sestier, ktorý je tvorený okrem skúseností aj vedomosťami získanými štúdiom. Je rozdiel medzi objemom vedomostí získanými na rôznych stupňoch vzdelávania. V dopyte je narastajúci objem zdravotnej starostlivosti vyplývajúci nielen z požiadaviek obyvateľov na vyššiu kvalitu života, napredovania medicíny ale i z demografického vývoja populácie, ktorý vykazuje jej starnutie. Uvedené faktory zvyšujú dopyt aj po ošetrovateľskej starostlivosti.

Aké kompetencie má sestra s pokročilou praxou?

Táto sestra indikuje preventívne stratégie pre zabezpečenie bezpečnosti a stabilizácie zdravotného stavu osoby, indikuje intervencie a postupy v rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti osobe, rodine a komunite. V indikovaných prípadoch pacient nemusí cestovať na predpis za lekárom do iného zariadenia alebo lekárom za pacientom. Vymedzené zdravotnícke pomôcky súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej praxe podľa osobitného predpisu bude môcť indikovať a predpísať sestra s pokročilou praxou, predovšetkým tam, kde sa pacientovi dlhodobá starostlivosť poskytuje (DOS, ZSS, CSS, ADOS...). Ďalej bude môcť indikovať, odber biologického materiálu na základné laboratórne vyšetrenia v určenom indikačnom rozsahu po konzultácii s lekárom; indikovať ošetrovanie primárne sa hojacej rany; rozhodovať o umiestňovaní osôb na lôžka v súlade s dodržiavaním hygienicko-epidemiologických zásad; kontrolovať a analyzovať záznamy v ošetrovateľskej dokumentácii; tvoriť a vyhodnocovať ošetrovateľské štandardy, aplikovať ich do ošetrovateľskej praxe; monitorovať potrebu realizácie

výskumu v ošetrovatelstve, realizovať ošetrovateľský výskum a jeho výsledky využívať v ošetrovateľskej praxi; tvoriť a revidovať štandardy a mapy ošetrovateľskej starostlivosti, edukačné plány; zavádzať a hodnotiť systém kvality ošetrovateľskej starostlivosti; podieľať sa na odbornej príprave zdravotníckych pracovníkov v ošetrovatelstve.

Má sestra s pokročilou praxou vyššiu zodpovednosť?

So širším rozsahom praxe ide aj vyššia zodpovednosť. A finančné ohodnotenie sa zasa odvíja od výšky zodpovednosti.

Aký prínos sa očakáva od sestry s pokročilou praxou pre pacienta na Slovensku?

V prvom rade vyššia dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

Na ktorých pracoviskách je sestra s pokročilou praxou najviac uplatniteľná?

Najväčší prínos sa očakáva v dlhodobej starostlivosti, či už ústavnej alebo domácej. Svoje uplatnenie má aj v nemocničnej starostlivosti.

Aký prínos sa očakáva pre vývoj ošetrovatelstva a stabilizáciu sestier na Slovensku?

Nemožnosť sestier uplatniť získané vedomosti v praxi bol jeden z dôvodov ich frustrácie a odchodu zo zdravotníckeho systému. Očakáva sa, že aplikáciou získaných vedomostí sestry získajú svoju opodstatnenú pozíciu v systéme, tak ako v mnohých krajinách. Sestra s pokročilou praxou v zahraničí efektívne funguje už viaceré desaťročia.

Aký prínos sa očakáva pre zamestnávateľov?

V ponuke budú mať sestru so širším rozsahom praxe. Je na zamestnávateľovi a sestre na akom Opise pracovných činností sa dohodnú, teda aký diel z možných výkonov bude sestre pridelený. Ponúka sa

im sestra, ktorá by z časti vyriešila aj viaceré právne problémy, „legislatívne diery“ legálnym vykonávaním niektorých činností, odbremením lekárov od „archaických“ výkonov, aby sa mohli venovať napredovaniu medicíny, riešeniu a aplikácii nových metód a postupov.

Musí sestra, ktorá má odbornú spôsobilosť na pozíciu sestry s pokročilou praxou, aj prijať túto pozíciu, teda prijať širší rozsah praxe?

Sestra nemusí prijať širší rozsah praxe, nemusí prijať „vyššie kompetencie“. Ich reálne prijatie podpisuje v Opise pracovných činností. Lenže ak ich odmietne, tak nemôže očakávať, že bude finančne ohodnotená, ako sestra s pokročilou praxou, aj keď spĺňa odbornú spôsobilosť ako sestra s pokročilou praxou. Ale ak by ich vykonávala a nemala ich v Opise pracovných činností, nemusela by byť za ne zaplatená.

Akú odbornú spôsobilosť musí mať sestra manažérka?

Podľa Nariadenia vlády SR č. 34/2018 riadenie a organizáciu ošetrovateľskej praxe vykonáva sestra, ktorá má VŠ II. stupňa v magisterskom študijnom programe Ošetrovateľstvo + odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností v niektorom zo špecializačných odborov + odbornú spôsobilosť na riadenie a organizáciu zdravotníctva v niektorom zo špecializačných odborov uvedených v prílohe č. 4 časti D („manažérske“ špecializácie). Ak nemá „manažérsku“ špecializáciu, tak potrebuje najmenej pätnásťročnú odbornú prax (samozrejme aj VŠ II. stupňa). Len na doplnenie: nižšia právna norma nesmie odporovať vyššej, lebo v nezhodnej časti je potom neplatná. nariadenie vlády má väčšiu právnu silu ako vyhláška MZ SR.

A rozsah praxe sestry manažérky?

Riadi, plánuje, organizuje a kontroluje plnenie strategických a operatívnych cieľov na úseku ošetrovateľstva; spolupracuje pri zabezpečovaní dodržiavania minimálnych požiadaviek na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie pracoviska a zabezpečuje efektívne manažovanie poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti; sleduje, riadi a kontroluje manažment mimoriadnej udalosti, nápravné a preventívne opatrenia, rieši krízové situácie súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti na úseku ošetrovateľstva; aplikuje a inovuje hodnotiace škály a nástroje používané v ošetrovateľskej praxi, zabezpečuje merateľnosť a sledovateľnosť kvality ošetrovateľskej starostlivosti, kontroluje a metodicky usmerňuje vedenie zdravotnej dokumentácie v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti, sleduje úroveň spokojnosti osôb s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou, prijíma nápravné opatrenia, schvaľuje vzdelávacie plány, lokálne štandardy a mapy ošetrovateľskej starostlivosti, kontroluje ich dodržiavanie, podieľa sa a dohliada na uplatňovanie výsledkov ošetrovateľského výskumu v ošetrovateľskej praxi a ďalšie.

Nie je problematické personálne obsadenie pracovísk sestrami rôznych úrovní?

Nové normatívy personálneho obsadenia pracovísk sa ešte len tvoria. Nevieť v akej podobe budú legislatívne upravené, lebo je k nim búrlivá diskusia. Podobne ako ku vyhláške o kompetenciách sestry. Zatiaľ platia „staré“ MPN.

Na novú vyhlášku nenadväzuje finančné zabezpečenie, ako majú byť sestry ohodnotené, keďže ich taktó nemáme kategorizované?

Nové finančné ohodnotenie, „koeficienty“ ešte nie sú právoplatne legislatívne zakotvené, sú len návrhy. Zatiaľ platí odmeňovanie podľa Zákona č. 578/2004 Z. z. v znení ne-

skorších predpisov.

Uvedená vyhláška počas legislatívneho procesu prešla kreovaním na základe veľkého množstva dialekticky odlišných názorov. Nie je presne podľa mojich predstáv. Prax ukáže opodstatnenosť zmien, ale vnímam ju v pozitívnom svetle. Je ďalším krokom pre posun ošetrovateľstva dopredu, pre využitie odborného potenciálu sestier, z čoho má v konečnom dôsledku najväčší benefit pacient.

Pre posun ošetrovateľstva a dostupnosť zdravotnej starostlivosti prispievajú aj ďalšie nové legislatívne normy:

- » Vyhláška MZ SR č. 89/2018, ktorou sa vydáva zoznam zdravotníckych pomôcok, ktoré je oprávnená predpísať sestra alebo pôrodná asistentka
- » Vyhláška MZ SR č. 92/2018, ktorou sa ustanovujú indikačné kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately a ktorou sa ustanovuje vzor návrhu zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately
- » Vyhláška MZ SR č. 20/2018, ktorou sa ustanovuje minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately a výpočet minimálneho počtu lôžok pre príslušnú zdravotnú poisťovňu podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov podľa príslušného samosprávneho kraja

PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.

hlavná odborníčka MZ SR pre odbor Ošetrovateľstvo

KONFERENCIA O NOVÝCH A INOVATÍVNYCH ŠTANDARDNÝCH DIAGNOSTICKÝCH A TERAPEUTICKÝCH POSTUPOCH

Dňa 19.4.2018 Ministerstvo zdravotníctva organizovalo *Konferenciu o nových a inovatívnych štandardných diagnostických a terapeutických postupoch* (ŠDTP), ktorej súčasťou bol aj workshop odborných pracovníkov skupín pre tvorbu ŠDTP. Počas workshopu bol priblížený priebeh a sumarizácia pokroku prác na tvorbe ŠDTP. Účastníci – členovia uvedených pracovníkových skupín rozobrali problematiku vývoja, implementácie, revízie a auditu ŠDTP. Uvedený workshop bol aj významný deň pre ošetrovatelstvo. Dosiaľ vytvorené ŠDTP v odbore Ošetrovatelstvo, ktoré zapadajú do kontextu dlhodobej starostlivosti, boli účastníkmi prijaté pozitívne. Vyzdvihnutá bola kvalita pripravených ŠDTP pre ošetrovateľskú starostlivosť o dlhodobých pacientov. Ako viacerí videli, postupy majú vysokú kvalitu, profesionalitu a opierajú sa o Evidence Base Nursing a dlhoročné skúsenosti v ZSS Slnčného domu a Ošetrovateľské centrum Humenné.

Cieľovou skupinou prvých štandardov pre komplexný ošetrovateľský manažment pacienta sú predovšetkým pacienti v **dlhodobej starostlivosti**.

Doposiaľ boli schválené tieto: ŠDTP pre odbor ošetrovatelstvo:

- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s rizikom vzniku a rozvoja malnutície.
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s poruchami správania.
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta ohrozeného vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu.
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti.
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s dekubitom.
- Komplexný ošetrovateľský manažment predchádzania vzniku dekubitov u rizikového pacienta.

Ďalšie štandardy v procese schvaľovania:

- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s chronickou ranou.
- Komplexný ošetrovateľský manažment imobilného pacienta.
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s demenciou.
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti – dieťa.

- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v súvislosti s operačným zákrokom.
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta so sondami.
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v súvislosti s diagnostickými vyšetreniami.
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery.
- Komplexný manažment ošetrovania pacienta v dome ošetrovateľskej starostlivosti.

stavujú priekopnícky materiál, ktorý definuje minimálne požiadavky pre kvalitnú, komplexnú ošetrovateľskú prax. Praktizovanie požadovaných prístupov pomôže nielen výrazne zvýšiť kvalitu starostlivosti, a tým i spokojnosť pacientov a ich blízkych, no zároveň vytvorí ďalší, kľúčový pilier pre upevnenie pozície ošetrovatelstva v národnom systéme zdravotnej starostlivosti.

Uvedeného workshopu sa za odbor Ošetrovatelstvo zúčastnila predsedníčka pracovnej skupiny pre tvorbu ŠDTP v odbore Ošetrovatelstvo, PhDr. Zuzana Fabiánová.



Foto: Časť členiek pracovnej skupiny pre tvorbu ŠDTP pre odbor Ošetrovatelstvo s prof. PhDr. Monikou Jankechovou, PhD. (vľavo) počas workshopu

Úspešnú implementáciu štandardov do praxe má podporiť a zefektívniť akčný plán implementácie štandardov, ktorý predpokladá súčinnosť všetkých zainteresovaných strán ako napríklad členov odbornej pracovnej skupiny, krajských odborníkov pre ošetrovatelstvo, manažérov/ odborných zástupcov pre ošetrovatelstvo, poskytovateľov a sestier z praxe, predstaviteľov vzdelávacieho systému a pod.

Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť dokáže liečiť a zvrátiť oddialiteľné úmrtie, a preto každý krok pre podporu rozvoja kvality ošetrovatelstva je zároveň správnym krokom pre túto krajinu. Národné štandardné ošetrovateľské postupy pred-

vá, hlavná odborníčka MZ SR pre odbor Ošetrovatelstvo, PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s. a ďalšie členky pracovnej skupiny.

PhDr. Zuzana Fabiánová
predsedníčka pracovnej skupiny pre tvorbu ŠDTP pre odbor Ošetrovatelstvo

PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.
hlavná odborníčka MZ SR pre odbor Ošetrovatelstvo

NÁRODNÉ ŠTANDARDY PRE KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA - CESTA ROZVOJA SLOVENSKEHO OŠETROVATEĽSTVA

Aj keď spôsob poskytovania starostlivosti je u každého poskytovateľa jedinečný, existujú procesy, ktoré by mali byť garantované bez ohľadu na to, v ktorom zariadení je ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná. Zjednodušene povedané, podľa štandardov by mali pracovať sestry pri ošetrovaní chorých jednotne na celom Slovensku. Cieľovou skupinou prvých štandardov pre komplexný ošetrovateľský manažment pacienta sú predovšetkým pacienti v dlhodobej starostlivosti.

Národné štandardné ošetrovateľské postupy predstavujú priekopnícky materiál, ktorý definuje minimálne požiadavky pre kvalitnú, komplexnú ošetrovateľskú prax. Praktizovanie požadovaných prístupov pomôže nielen výrazne zvýšiť kvalitu starostlivosti, a tým i spokojnosť pacientov a ich blízkych, no zároveň vytvorí ďalší, kľúčový pilier pre upevnenie pozície ošetrovateľstva v národnom systéme zdravotnej starostlivosti. Práca so štandardmi organizáciám pomôže intenzívnejšie sa rozvíjať v ústrety potrebám a očakávaniam pacientov a ich blízkych. Aj keď to nebolo primárnym zámerom tvorcov, štandardy sú silnou argumentáciou kľúčovej pozície sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku pre všetkých tých, ktorí význam ošetrovateľstva pre vývoj stavu chorého nedeceňujú. Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť dokáže liečiť a zvrátiť odialiteľné úmrtie, a preto každý krok pre podporu rozvoja kvality ošetrovateľstva je zároveň správnym krokom pre túto krajinu. Sme ešte len na začiatku unikátneho projektu rozvoja kvality ošetrovateľstva, no je na čom stavať - a to je z hľadiska pokračujúceho vývoja nesmierne dôležité. Tuto cestou ďakujem nielen všetkým sestram - kolegyniam z pracovnej skupiny, ktoré priložili ruku k dielu, ale zároveň všetkým tým odhodlaným sestram, ktoré sa so zavedením štandardov do praxe vnútorne stotožnia a osobne prispievajú k úspešnému procesu ich zavedenia do ošetrovateľskej praxe. Verím, že nám kolegyně nebudú mať za zlé, že v ošetrovateľských štandardoch akcentujeme aktívny prístup, vnímavosť a akčnosť, cieľom štandardov je totiž definovať cestu pacienta s maximálnym vylúčením situácií, kedy by sa mohol ocitnúť s pretrvávajúcim, možno aj život ohrozujúcim problémom v akomsi vákuu, bez pomoci. Predovšetkým sestry majú úžasný potenciál a priestor (i keď v súčasnosti nie postačujúci) pre komplexný manažment zdravia pacienta, v zmysle efektívnej koordinácie činností, v súlade s jeho potrebami i očakávaniami. Prevziať zodpovednosť za advokáciu chorých môžeme mnohými spôsobmi. Je iba na nás, ako bude ošetrovateľstvo vyzeráť o 30 rokov. Je iba na nás, do akej miery sa zhostíme úlohy pokrokových inovátoriek, ktoré pre zavedenie prepotrebných zmien sú ochotné aj čo - to obetovať. Prvé národné štandardné postupy pre komplexný ošetrovateľský ma-



PhDr. Zuzana Fabianová
predsedníčka odbornej pracovnej skupiny pre tvorbu ŠDTP v odbore Ošetrovateľstvo

nažment pacienta sú komplexným inovatívnym výstupom, ktorý by bez nadľudského osobného zánietenia a obetavej práce tvorcov nevznikol v takejto prepracovanej podobe. V procese ich aplikácie do praxe a následnej analýze prvých skúseností budú odhaľované čiastočne predvídateľné reálne prekážky ich zavádzania. Vyjadrujem pevné presvedčenie, že spoločne vykonáme všetko preto, aby sme z definovaných nárokov nemuseli poľaviť, ba práve naopak. Chcela by som vyzvať milé kolegyně, aby napriek zložitým podmienkam ďalej hľadali a navrhovali cesty, ako zavádzanie štandardov do praxe podporiť. Veľká časť úspechu tkvie v ochote osvojiť si nové, lepšie praktiky. Aj pri najlepšej vôli niektoré veci nemožno realizovať bez korekcie podmienok a prostredia, v ktorom pracujeme, ani tu však nie je na mieste rezignácia. Je to aj moja osobná, pozitívna skúsenosť, že v partneroch rezortu i samotnom rezorte je náš odbor zastúpený a podporený hneď niekoľkými vzácnymi osobnosťami, ktoré sú pripravené vypočuť si postrehy, či návrhy a konštruktívne podnety je s nimi možné nielen komunikovať, ale aj rozvíjať a úspešne riešiť.

Príspevok je uverejnený na stránke www.mediweb.sk a publikovaný so súhlasom autora

Prehľad povinností a sankcií týkajúcich sa poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych pracovníkov

Nepochybným „prínosom“ uvedenia ostrej prevádzky ezdravia je minimálne to, že sa o ňom začali viesť intenzívne diskusie, ktoré už nemajú len teoretickú príchuť. Úvodzovky na slove „prínos“ sú, samozrejme, zámerné, pretože v kontexte stavu fungovania ezdravia a jeho legislatívneho rámcovania ide jednoznačne o ukážkovú ambivalenciu. Skutočnosť ostrého uvedenia do prevádzky zmobilizovala aj stavovské a záujmové združenia zdravotníckych pracovníkov, či poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Cieľom tohto článku však nie je hodnotiť úspešnosť, či (doterajšiu?) nedokonalosť projektu ezdravie, ale zamerať sa na rýdzo právny pohľad na vec.

Trochu teórie o účele sankcií

Je jasné a legitímne, že štát jednotlivých účastníkov (úmyselne sa vyhýbam označeniu „hráčov“, keďže v kontexte ezdravia poskytovatelia a zdravotnícki pracovníci musia hrať zápas, o ktorý – zdá sa – nemajú záujem) zdravotníckeho systému k plneniu ním stanoveného všeobecne prospešného cieľa zaväzuje aj prostredníctvom právnej normy.

Taktiež je zvykom, že ak normotvorca stanoví právnu povinnosť, tak hneď aj koncipuje sankciu za jej porušenie a určí orgán, ktorý na plnenie uloženej povinnosti dohliada. Cieľom takejto koncepcie je odstránenie povinného subjektu od porušenia povinnosti. Účelom trestania

je (mala by byť) primárne prevencia a v druhom rade aj represia. Sankcie a pokuty by mali byť primerané dôležitosti právnej povinnosti, dodržiavanie ktorej strážia.

Stručne opísaný koncept je možné sledovať aj pri úprave povinností, ktorými štát zaväzuje poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (PZS) a zdravotníckych pracovníkov (ZP) súvisiacich s fungovaním ezdravia. Účastníci diskusií na tému ezdravia už niekoľko mesiacov evidujú aj otázky týkajúce sa proporcionality hroziacich sankcií za nedodržanie povinností ezdravia.

Z vlastnej skúsenosti dodávam, že prekvapenia týkajúce sa hroziacich sankcií neboli len na strane PZS, či ZP, ale aj na strane štátnych orgánov, v kompetencii ktorých ezdravie ako také je. V rámci odbornej interakcie so zdravotníckymi pracovníkmi a s poskytovateľmi stále zisťujeme, že sa typy a výška sankcií chápu zmätočne a osoby, ktorých sa bezprostredne týkajú, v nich stále nemajú dostatočný prehľad.

Na vrub MZ SR a Národnej rady SR ide to, že taký silný výbuch zdravotníckej legislatívnej kreativity, ako sme mohli sledovať v priebehu roku 2017, tu už dlho nebol. Nemuselo by to byť zlé, ak by sa často novelizovali predpisy, ktoré v čase ich novelizovania ešte nestihli nadobudnúť ani účinnosť. Tento stav vedie k strate orientácie, „čo a v akom rozsahu bude platiť“, nielen u PZS a ZP, ale aj u osôb, ktoré sa poznaním a výkladom práva živia... Príkladom je posledný legislatívny počin – Zákon o radiač-

nej ochrane (prijatý v NR SR 13. 3. 2018), ktorý okrem iného novelizoval aj Zákon č. 578/2004 Z. z. a (čiastočne) odstránil riziko zrušenia registrácie ZP v prípade nepoužívania elektronického preukazu.

Povinnosti PZS a ZP a na to naviazané sankcie

V prvom rade je dôležité uviesť, že úprava povinností týkajúca sa ezdravia je obsiahnutá vo viacerých právnych predpisoch, a to predovšetkým:

- obsah elektronickej zdravotnej knihy, prístup jednotlivých osôb do nej, rozsah elektronickej záznamov nájdeme v Zákone 153/2013 Z. z.
- stanovenie povinností pre PZS a ZP týkajúcich sa ezdravia nájdeme v Zákone 578/2004 Z. z. (hlavne § 79 a § 80), ale aj v Zákone 362/2011 Z. z. (povinnosti týkajúce sa preskripčných a medikačných záznamov) a čriepky úpravy sú aj v Zákone č. 576/2004 Z. z., ale aj v 581/2004 Z. z.

Pre komplexné pochopenie rozsahu povinností PZS a ZP teda nepostačuje oboznámenie sa iba so Zákonom č. 153/2013 Z. z. alebo len oboznámenie sa s povinnosťami upravenými v Zákone č. 578/2004 Z. z. Reálny obsah povinností PZS a ZP špecifikovaných v 578/2004 Z. z. vytvára svojimi požiadavkami Zákon č. 153/2013 Z. z. Dôležité je preto poznať vzájomnú interakciu medzi vyššie uvedenými právnymi predpismi. Jeden vytvára rámec, druhý tento rámec napĺňa obsahom.

V druhom rade je dôležité upozorniť na diferenciáciu povinností podľa toho, či ich zákonodarca viaže na osobu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (primárne uvedené v § 79 Zákona č. 578/2004 Z. z.) alebo na osobu zdravotníckeho pracovníka (ktorý je vždy fyzickou osobou).

Keďže pre najjednoduchšie pochopenie základného diapazónu povinností poslúži ich vymenovanie, tak v nasledujúcom texte uvedieme výpočet povinností rozdelený na vyššie naznačené skupiny, pričom pri každej z nich pripojíme aj informáciu o hroziacej sankcii. Ku každej povinnosti uvádzame aj odkaz na dotknuté zákonné ustanovenie.

Povinnosti zdravotníckeho pracovníka

Povinnosti zdravotníckeho pracovníka priamo súvisiace s ezdravím sú nasledujúce (povinnosti uvádzame v zjednodušenej podobe, nepredstavujú vernú citáciu dotknutej časti zákona):

1. chrániť elektronický preukaz zdravotníckeho pracovníka (zničenie, strata...), povinnosť je upravená v § 80 ods. 1 písm. g) Zákona 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch a za jej porušenie MZ SR uloží pokutu až do výšky 200 € (§ 82 ods. 76 písm. e));
2. oznámiť bezodkladne stratu, odcudzenie alebo zničenie na NCZI, povinnosť je upravená v § 80 ods. 1 písm. h) Zákona 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch a za jej porušenie MZ SR uloží pokutu až do výšky 200 € (§ 82 ods. 76 písm. e));
3. uviesť v žiadosti o vydanie EPZP pravdivé a úplné údaje a ich správnosť potvrdiť svojim podpisom, povinnosť je upravená v § 80 ods. 1 písm. i) Zákona

578/2004 Z. z. o poskytovateľoch a za jej porušenie MZ SR uloží pokutu až do výšky 200 € (§ 82 ods. 76 písm. e));

4. používať elektronický preukaz zdravotníckeho pracovníka a používať technické zariadenia slúžiace na autentizáciu v národnom zdravotníckom informačnom systéme a v informačnom systéme. Táto povinnosť je upravená v § 80 ods. 1 písm. k) Zákona 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch a za jej porušenie MZ SR uloží pokutu až do výšky 3 300 € a súčasne rozhodnutie o uložení pokuty zašle príslušnej zdravotníckej komore (§ 82 ods. 5 písm. b)). Zdravotnícka komora musí takémuto zdravotníckemu pracovníkovi (ktorému bola uložená pokuta) zrušiť registráciu v registri zdravotníckych pracovníkov;
5. predpisujúci lekár je povinný pri predpisovaní humánneho lieku, humánneho lieku s obsahom omamnej látky II. skupiny alebo psychotropnej látky II. skupiny, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny vytvoriť preskripčný záznam podpísaný elektronickým podpisom v elektronickej zdravotnej knižke (spolu s povinnosťou storna preskripčného záznamu z dôvodu opravy chýb na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze). Táto povinnosť je upravená v § 119 ods. 12 písm. h) Zákona č. 362/2011 Z. z.) a sankciu za jej porušenie vo výške od 300 € do 35 000 € ukladá ŠÚKL;
6. ošetrojúci lekár, ktorý ordinoval podanie humánneho lieku pacientovi, je povinný bezodkladne po podaní tohto lieku vytvoriť medikačný záznam podpísaný elektronickým podpisom v elektronickej zdravotnej knižke. Táto povinnosť je upravená v § 121a Zákona č. 362/2011 Z. z. o lie-

koch a sankciu za jej porušenie vo výške od 300 € do 35 000 € ukladá ŠÚKL;

7. sestra je povinná po predpise zdravotníckej pomôcky vytvoriť preskripčný záznam, táto povinnosť je upravená nie úplne explicitne, ale na druhej strane jej porušenie zákon explicitne postihuje v § 138 ods. 28 písm. o) Zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a sankciu za jej porušenie vo výške od 300 € do 35 000 € ukladá ŠÚKL.

Dobrou správou je, že parlament v rámci schváleného zákona o radiačnej ochrane (z 13. 3. 2018) prijal zmenu Zákona č. 578/2004 Z. z. a od 1. 4. 2018 už za porušenie povinnosti používať elektronický preukaz a technické vybavenie nebude hroziť sankcia 3 300 € a zrušenie registrácie v komore. Po novom bude za porušenie tejto povinnosti MZ SR môcť (nebude to musieť urobiť povinne) uložiť sankciu až do výšky 200 €.

Povinnosti poskytovateľa

Povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti priamo súvisiace s ezdravím sú nasledujúce (povinnosti uvádzame v zjednodušenej podobe, nepredstavujú vernú citáciu dotknutej časti zákona):

1. používať informačný systém, ktorý má overenie zhody, povinnosť je upravená v § 79 ods. 1 písm. ze)) Zákona č. 578/2004 Z. z. a za jej porušenie uloží orgán, ktorý vydal PZS povolenie na prevádzku zdravotníckeho zariadenia (samosprávny kraj alebo MZ SR), sankciu až do 663 € (§ 82 ods. 1 písm. a));
2. zaobstarat' a používať technické zariadenia slúžiace na autentizáciu, povinnosť je upravená v § 79 ods. 1 písm. zf) Zákona

č. 578/2004 Z. z. a za jej porušenie uloží orgán, ktorý vydal PZS povolenie na prevádzku zdravotníckeho zariadenia (samosprávny kraj alebo MZ SR), sankciu až do 663 € (§ 82 ods. 1 písm. a));

3. zapisovať a aktualizovať údaje v patientskom sumáre, povinnosť je upravená v § 79 ods. 1 písm. zg) Zákona č. 578/2004 Z. z. Rozsah tejto povinnosti je diferencovaný podľa typu PZS. PZS, s ktorým má pacient uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, má zákonom 153/2013 Z. z. uložený najširšiu záznamovú povinnosť (pozri § 6 ods. 2 Zákona 153/2013 Z. z.). Iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (napríklad poskytovateľ špecializovanej ZS) zapisuje len záznamy o poskytnutej ZS a vytvára preskripčný, prípadne medikačný záznam. Za porušenie tejto povinnosti uloží orgán, ktorý vydal pre PZS povolenie na prevádzku zdravotníckeho zariadenia (samosprávny kraj alebo MZ SR), sankciu až do 663 € (§ 82 ods. 1 písm. a));
4. bezodkladne po poskytnutí ZS (ambulantnej, ako aj ústavnej) vytvoriť elektronický záznam do EZKP, povinnosť je upravená v § 79 ods. 1 písm. zh) a zi)) Zákona č. 578/200 Z. z. Táto povinnosť sa nevzťahuje na prípady utajených pôrodov. Za porušenie tejto povinnosti uloží orgán, ktorý vydal pre PZS povolenie na prevádzku zdravotníckeho zariadenia (samosprávny kraj alebo MZ SR), sankciu až do 663 € (§ 82 ods. 1 písm. a));
5. neumožniť prístup k elektronickému záznamu v EZKP osobe, ktorej sa poskytuje ZS v odbore psychiatria/klinická psychológia,

ak by jeho sprístupnenie negatívne ovplyvnilo jej liečbu, povinnosť je upravená v § 79 ods. 1 písm. zj))). Za porušenie tejto povinnosti uloží orgán, ktorý vydal pre PZS povolenie na prevádzku zdravotníckeho zariadenia (samosprávny kraj alebo MZ SR), sankciu až do 663 € (§ 82 ods. 1 písm. a));

6. osoba, ktorá vydáva liek, je podľa § 121 ods. 3 písm. d) zákona o liekoch povinná bezodkladne vytvoriť dispenzačný záznam podpísaný elektronickým podpisom v elektronickej zdravotnej knižke o vydanom humánnom lieku, ktorého výdaj je viazaný na lekársky predpis, dietetickej potravine, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných dietetických potravín alebo zdravotníckej pomôcke, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok, ak je dietetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia. Za porušenie tejto povinnosti hrozí sankcia vo výške 500 € – 25 000 €, ktorú ukladá samosprávny kraj (§ 138 ods. 5 písm. bc) v spojení s § 138 ods. 35 zákona o liekoch).

Všetkému je raz koniec
Poslednou otázkou, ktorú je potrebné zodpovedať, je, či zákon upravuje maximálne lehoty na začatie správneho konania v prípade, ak poskytovateľ či zdravotnícky pracovník poruší zákon. V § 83 ods. 1 nachádzame limitáciu tohto obdobia. Konanie o uložení pokuty možno začať do jedného roka odo dňa, keď orgán príslušný na vykonávanie dozoru nad dodržiavaním ustanovení tohto zákona zistil porušenie povinnosti, najneskôr do troch rokov odo dňa porušenia povinnosti.

Zákon o poskytovateľoch upravuje aj možnosť takzvanej exkulpácie (§ 82 ods. 14), teda zbavenia sa zodpovednosti za porušenie povinnosti, ak zodpovedný subjekt preukáže naplnenie osobitných kvalifikovaných dôvodov, ktoré zákon definuje. Tejto zodpovednosti sa osoba zbaví, ak preukáže, že v dôsledku okolností hodných osobitného zreteľa, ktoré nemohla ovplyvniť svojím konaním, nemohla splniť povinnosti, za ktoré možno uložiť pokutu podľa tohto zákona. Zbavením sa zodpovednosti za porušenie povinnosti nie je dotknutá povinnosť osôb túto povinnosť dodatočne splniť po odpadnutí dôvodov, na základe ktorých sa osoba zbaví tejto zodpovednosti. Zákon nijakým spôsobom pojem „mimoriadne okolnosti“ nevykladá, preto sa môžu chápať široko ako okolnosť, ktorej vznik poskytovateľ nemohol ovplyvniť, nemohol jej zabrániť. Jej výklad bude v rozumnej miere závisieť od správnej úvahy správneho orgánu.

Ako vyplýva z uvedeného výpočtu povinností, zákonodarca si poistuje plnenie úloh, ktoré majú poskytovatelia a zdravotnícki pracovníci v súvislosti s ezdravím. Pozitívnym posunom je zmiernenie asi najprísnejšej sankcie, ktorá hrozila zdravotníckym pracovníkom za nepoužívanie elektronického preukazu.

*Autor: JUDr. Ivan Humeník, PhD.
h&h PARTNERS,
advokátska kancelária, s. r. o
Dostupné na: <https://mediweb.hnonline.sk/spravy/aktualne/na-rovinu-o-pokutach-v-suvvislosti-s-projektom-ezdravie>*

SUBCUTÁNNÁ APLIKÁCIA IMUNOGLOBULÍNŮV
SUBCUTANEOUS APPLICATION OF IMMUNOGLOBULIN**TERÉZIA FERTALOVÁ, LÍVIA HADAŠOVÁ, IVETA ONDRIOVÁ, JANA CUPEROVÁ, TERÉZIA HARAUSOVÁ**

FZO, Prešovská univerzita, Prešov, Partizánska 1, 080 01 Prešov

*Príspevok vznikol s podporou projektu KEGA č. 029PU-4/2017 - Inovácia predmetu Ošetrovateľské postupy I a II – vytvorenie modulového vzdelávacieho programu.***Súhrn**

Imunoglobulíny sú glykoproteíny živočíšneho pôvodu, ktoré sa využívajú ako substitučná liečba pri imunodeficientných stavoch. Aplikujú sa intravenózne, v tom prípade pacient musí dochádzať do ambulancie na ich aplikáciu. Pri subcutánnom podávaní, ktoré sa v poslednej dobe preferuje, si pacient môže podávať imunoglobulíny v domácom prostredí. Jeho kvalita života sa tak výrazne mení v pozitívnom zmysle. V príspevku uvádzame manažment ošetrovateľskej starostlivosti pri subcutánnom podávaní imunoglobulínov v domácom prostredí.

Kľúčové slová

Imunoglobulín. sSubcutánná aplikácia. Ošetrovateľská starostlivosť. Sestra.

Summary

Immunoglobulins are glycoproteins of animal origin that are used as substitution treatment in immunodeficiency. They are intravenously application, in which case the patient has to go to the outpatient clinic for their application. In the case of subcutaneous application which has recently been preferred, the patient can administer immunoglobulins in the home care. Its quality of life is so changing in a positive way. The contribution includes nursing care management in the subcutaneous application of immunoglobulins in the home care.

Key words

Immunoglobulin. Subcutaneous application. Nursing care. Nurse.

Úvod

Základnou funkciou imunitného systému je rozlišovanie nebezpečných podnetov ako patogénne organizmy, poškodené alebo nádorovo zmenené bunky od neškodných podnetov a zároveň na tieto podnety primerane reagovať (2). Táto rozpoznávacía funkcia sa prejavuje ako obranyschopnosť – imunitný systém rozpozná škodlivinu a chráni organizmus pred vplyvom patogénnych organizmov a ich toxickými produktmi, autotolerancia – imunitný systém identifikuje vlastné tkanivá a bunky organizmu a udržuje voči nim toleranciu, imunitný dohľad – imunitný systém rozpozná škodlivý podnet z vnútorného prostredia a priebežne odstráni staré, poškodené alebo nádorovo zmenené bunky (7). Imunodeficiencia je stav, ktorý vyplýva z chýbania alebo nedostatočnej funkcie niektorej zo zložiek imunitného systému, ktorá sa v klinickom obraze prejaví zvýšenou senzibilitou na infekcie, zvýšeným výskytom autoimunitných prejavov alebo lymfoproliferatívnym ochorením (2). Imunodeficiencie predstavujú veľkú skupinu porúch, rozdeľujeme ich na primárne (vrodené) a sekundárne (získané) imunodeficiencie (5). Za primárne imunodeficientné stavy môžeme považovať všetky poruchy, ktoré sú vrodené a majú genetický podklad

(3). Vznikajú v dôsledku poruchy embryonálneho vývoja, enzýmovej poruchy, alebo majú neznámu etiológiu (1). Sekundárne imunodeficiencie sú veľmi častými poruchami imunitného systému. Môžu byť vyvolané poškodením prirodzených obranných mechanizmov organizmu (polytrauma, popáleniny) a jednotlivých zložiek imunitného systému (7).

Podľa Čižnára (12) sú za vznikom sekundárnych imunodeficiencií tieto príčiny: lymforetikulárne malignity – leukémie, myelómy; lieky – cytotoxické, imunosupresívne, glukokortikoidy, antimalariká, captopril, carbamazepin, soli zlata, penicilamin, sulfasalazin; vírusy – HIV (human immunodeficiency virus), kongenitálna rubeola, CMV (cytomegalovírus); porucha výživy – proteinovo-energetická malnutícia, deficit železa, deficit vitamínov a stopových prvkov (vitamín A, zinok, selén); metabolické ochorenia; chromozomové poruchy – Monozómia 22, Trizómia 8, Trizómia 21; ťažká trauma a popáleniny, splektómia; syndrómy spojené so stratou bielkovín – nefrotický syndróm, enteropatie; poruchy bariérovej funkcie slizníc a kože. K sekundárnym imunodeficienciám patria sekundárne bunkové imunodeficiencie, sekundárne kombinované imunodeficiencie, fagocytárne poruchy a poruchy komplementu (7).

K možnostiam liečby imunodeficiencií zaraďujeme substitučnú imunoglobulínovú (Ig) liečbu, transplantáciu krvotvorných buniek, transplantáciu týmusu, génovú terapiu vrodených porúch imunity, antimikrobiálnu liečbu s profylaxiou a očkovanie pacientov ako primárne preventívne opatrenie (9).

Pri podávaní Ig – prípravkov v indikáciách primárnej alebo sekundárnej imunodeficiencie alebo inej imunopatológie, majú lekár a jeho pacient na výber z dvoch variant prípravkov, a to prípravky na podanie intravenóznou cestou (i.v. Ig - IVIg), alebo do podkožia, subcutánnou cestou (s.c. Ig - SCIg) (12). Intramuskulárne podávaný Ig je síce tiež dostupný, ale jeho podávanie je vyhradené pre špecifické a vzácne situácie. V liečbe imunodeficiencií už nemá, až na zvláštne výnimky, svoje miesto (11). Spôsob podávania je vždy výsledkom diskusie medzi pacientom, lekárom a sestrou. V posledných rokoch sa čoraz častejšie presadzuje s.c. aplikácia v domácom prostredí (6). V nasledujúcej časti popisujeme detailnejšie subcutánnu aplikáciu imunoglobulínov so zameraním na manažment aplikácie v domácom prostredí.

V rámci imunoalergologickej ambulancie pacient získava prvé informácie o možnosti substitučnej terapie vždy od svojho ošetrojúceho lekára a podpisuje informovaný súhlas s navrhovaným liečebným postupom. Počiatočné infúzie by mali vykonávať skúsení odborní pracovníci – špecializované sestry, aby pacientovi ukázali správnu techniku podania. To umožňuje pacientovi spočiatku sa zamerať na to, čo sa deje počas infúzie, a nie na to, čo bude musieť urobiť on sám.

Sestra je v prvom rade pedagógom a sprostredkovateľom informácií pri liečbe SCIg. Cieľom starostlivosti je pomôcť pacientovi, aby sa stal

nezávislým, je dôležité naučiť ho zručnostiam potrebným na bezpečnú a aseptickú aplikáciu infúzií. Systematický výučbový proces začína tým, že sestra najprv demonštruje postup aplikácie, potom umožňuje pacientovi precvičiť si zručnosť a nakoniec pozoruje vlastnú demonštráciu pacienta, ktorú sa snaží pacient zvládnuť bez chýb. Pokiaľ je pacient nezávislý pri riešení problémov, rozhodujúce je sledovanie a podpora (8).

Sestra potrebuje vypracovať edukačný plán, ktorý zohľadňuje schopnosti pacienta: učiť sa; zohľadňuje jeho nezávislosť; motiváciu; komplianciu; schopnosť čítať a / alebo postupovať podľa pokynov; fyzické obmedzenia, najmä pokiaľ ide o manuálne zručnosti a prítomnosť osoby, ktorá by v prípade potreby pomohla alebo vykonala infúziu (8).

Väčšina vzdelávania pre podávanie SCIg zahŕňa základné ošetrovanie, t.j. umývanie rúk a aseptickú techniku. Je potrebný systematický prístup k príprave potrebných pomôcok, príprave produktu, vkladaniu ihly a striekačky do injektomatu/infúznej pumpy, monitorovaniu lokálnych účinkov, ukončeniu infúzie a bezpečnému vyradeniu použitých pomôcok a ihiel (8).

Špecifické témy edukácie môžu zahŕňať:

- Skladovanie a manipuláciu s liekmi;
- Použitie aseptickkej techniky na prípravu lieku;
- Výber a príprava podkožného miesta, aplikáciu ihiel;
- Kontrolu umiestnenia ihly;
- Nastavenie pumpy;
- Predvídanie a riešenie problémov s infúziou, prípadne prerušenie infúzie;
- Starostlivosť o miesto po aplikácii;
- Vhodná likvidácia odpadu (8).

Ďalšou dôležitou témou komplexnej edukácie je zabezpečenie toho, aby pacient rozumel nežiaducim reakciám, komplikáciám, ako aj spôsobom ako iniciovať príslušné kroky, ak by došlo k niečomu neprijemnému. Pacient musí byť poučený o príznakoch anafylaxie a čo robiť, ak sa vyskytnú. Systémové reakcie, ako je bolesť hlavy, nevoľnosť, horúčka, zimnica a závažnejšie nežiaduce reakcie sú pri terapii SCIg menej časté. Štúdie o SCIg dôsledne preukazujú nízku mieru systémových reakcií. Najčastejšie hlásené nežiaduce udalosti s terapiou SCIg sú lokálne reakcie v mieste aplikácie vrátane svrbenia, pálenia, mierne začervenanie a opuchu. Tieto lokálne reakcie sú veľmi časté, keď pacient začne liečbu SCIg, pretože na začiatku telo neuznáva liek a vníma ho ako dráždivý alebo niečo cudzie. Normalizuje sa zápalová kaskáda, takže v mieste (miestach) dochádza k opuchu a erytému. Takmer vo všetkých prípadoch tieto príznaky vyriešia do 12 až 24 hodín. Intenzita týchto lokálnych reakcií klesá s každou infúziou, keď telo príde k „rozpoznaniu“ látky. Ak sčervenanie, podráždenie a opuchnutie pretrvávajú potom, ako pacient trpel dlhšie ako 4-6 týždňov, môže to byť známka mechanického problému, ako je príliš krátka ihla, ktorá spôsobuje únik liečiva do dermálnej vrstvy alebo infúzia vyššia ako pacient toleruje. Môže to tiež znamenať, že pacient musí zmeniť počet miest, objem na miesto a rýchlosť aplikácie. Reakcie lokálneho miesta môžu byť zvládnuté s úpravou infúzneho režimu, jemnou masážou miesta aplikácie, aplikáciou teplých alebo studených obkladov, mierna bolesť môže byť potlačená farmakologicky – liekmi, ako je ibuprofén alebo acetaminofén (8).

Potenciálne ošetrovateľské intervencie na riešenie nežiaducich reakcií

1. Lokálne svrbenie = aplikujte studený zábal (nepoužívajte chladené

gélové vrecúško priamo na pokožku). Pre budúce infúzie je nutné zvážiť:

- použitie dlhšej ihly,
- zníženie objemu aplikovaného na jedno miesto a postupné zvyšovanie objemu aplikovaného na jedno miesto,
- uistite sa, že bola použitá technika suchého zasunutia ihly.

2. Začervenanie = aplikujte studený alebo teplý zábal, v závislosti od toho, čo pacientovi pomáha:

- zvážte podráždenie z pásky alebo lepidla a zmeňte tento výrobok,
- uistite pacienta, že s každou nasledujúcou infúziou sa má znížiť začervenanie.

3. Pálenie = v prípade potreby zastavte prietok katétrom na 5-10 minút:

- znížte rýchlosť infúzie
- aplikujte studený obklad
- snažte sa rozptýliť pacienta
- zvážte odstránenie ihly a jej nahradenie na inom mieste
- vyhodnoťte umiestnenie ihly, pretože ihla môže byť aplikovaná i.m., namiesto podkožnej aplikácie. Zvážte použitie kratšej ihly.
- vyhodnoťte antiseptikum, ktoré sa používa na prípravu pokožky

4. Opuch = je nutné poznamenať, že pri aplikácii SCIG je vždy určitý stupeň opuchu, keďže pacient prijíma v infúzií určité množstvo kvapaliny do podkožia:

- aplikujte teplé zábal na 5-10 minút
- jemne premasírujte miesto aplikácie
- pohyb, napr. ak používate miesto na nohách prejdite sa, aby ste pomohli
- zmobilizovať tekutinu.

5. Žihľavka = zastavte infúziu SCIG:

- kontaktujte lekára, ktorý vám poskytne pokyny a zistíte, či má pokračovať infúzia
- aplikujte antihistaminikum

6. Vyrážky = zastavte infúziu SCIG:

- kontaktujte lekára, ktorý vám poskytne pokyny a zistíte, či má pokračovať infúzia

- zvážte možnosť citlivosti na náplast alebo latex

7. Diskomfort = spomaľte infúziu:

- ak pacient pociťuje silnú bolesť, ihla môže byť aplikovaná i.m., preto odstráňte ihlu a zmeňte miesto aplikácie
- aplikujte teplé obklady
- jemne premasírujte miesto aplikácie
- aplikujte analgetiká, ak sú mimoriadne potrebné (8).

Sestra, lekár a pacient tvoria vzájomne závislú triádu. Každá osoba v tejto triáde má individuálne aj prekrývajúce sa zodpovednosti. Všetci musia spolupracovať na dosiahnutí cieľov starostlivosti. Zodpovednosťou lekára je diagnostika a edukácia pacienta o diagnostike. Rozhodnutie o liečbe by sa malo uskutočňovať v spolupráci. Lekár by mal vysvetliť dostupné možnosti liečby. Lekár by mal jasne vysvetliť liečebný režim, zdôvodnenie liečby a praktických aspektov liečby. Mal by jasne stanoviť plány a očakávania týkajúce sa nasledujúcich návštev a laboratórneho monitorovania. Pacienti potrebujú prevziať zodpovednosť za seba a udržiavať úzke vzťahy s lekárom a sestrou. Mali by identifikovať potrebu vzdelávania a pomoci a mali by primerane, efektívne a včas komunikovať problémy, najmä potenciálne bariéry v starostlivosti (8).

Zodpovednosťou sestry je aj bezpečne a účinne poskytnúť predpísanú liečbu. Avšak sestra má niekoľko ďalších povinností:

- sestra môže dohliadať na stanovenie parametrov monitorovania infúzií a problémov súvisiacich s infúziou, vrátane zhody pacientov;
- monitorovanie dodržiavania pravidiel, by malo zahŕňať jasné pokyny pre pacienta týkajúce sa jeho liečby. Pacient by mal vedieť názov a dávku lieku, ktorý dostáva. Pacient by sa mal naučiť zaznamenávať špecifiká každej infúzie

v osobnom denníku alebo infúznom denníku. Informácie, ktoré zaznamenáva zahŕňajú: dátum expirácie a počet dávok lieku, použité miesto (miesta), doba za akú je infúzia kompletne podaná, nežiaduce udalosti a iné relevantné informácie (8).

Algoritmus ošetrovateľských intervencií

Pre ošetrovateľské intervencie sme zvolili liek HyQvia 100mg/ml s obsahom hyaluronidázy, určený na s.c. aplikáciu.

Príprava pomôcok: liekovky s HyQvia, tampóny s alkoholovým dezinfekčným prostriedkom, leukoplast, náplaste, 20ml a 50ml striekačku, 2x ihlu, s.c. infúznú súpravu, infúznú pumpu, kontajner na ihly, rukavice.

Postup:

- pripravíme si pomôcky;
- dôkladne si umyjeme ruky;
- odstránime kryt z liekovky označenej HY, pretrieme gumenú zátku alkoholovým tampónom a necháme uschnúť;
- vyberiem 20ml striekačku a nasadíme sterilnú ihlu, ktorú následne vpichnete do stredu zátky liekovky HY;
- liekovku otočíme hore dnom a natiahneme obsah do 20ml striekačky;
- zo striekačky odstránime ihlu a napojíme na ňu podkožnú infúznú súpravu, stlačíme piest striekačky, aby sme naplnili hadičku súpravy až po krídelká;
- súpravu uzatvoríme posunom zámky;
- odstránime kryt z liekovky označenej IG, pretrieme gumenú zátku alkoholovým tampónom a necháme uschnúť;
- vyberiem 50ml striekačku a napojíme na ňu sterilnú ihlu, ktorú následne vpichnete do stredu zátky liekovky IG;

- liekovku otočíme hore dnom a natiahneme požadované množstvo do 50ml striekačky;
- vyberiem si vhodné miesto na aplikáciu, vyhneme sa miestam, kde sú viditeľné cievy, jazvy, hematómy (vhodným miestom na aplikáciu je oblasť brucha alebo v oblasti stehien). Dôkladne vyčistíme miesto aplikácie alkoholovým dezinfekčným prostriedkom a necháme uschnúť. Z podkožnej ihly stiahneme kryt, druhou rukou urobíme kožnú riasu a rýchlym pohybom vpichnete ihlu pod 90°uholom do vydezinfikovanej kožnej riasy;
- otvoríme krídla na infúznej súprave a zafixujeme ich ku koži sterilným krytím;
- potiahneme piest na 20ml striekačke s HY, aby sme sa uistili, že nemáme napichnutú cievu. Pokiaľ sa v hadičke objaví krv, je potrebné vymeniť ihlu a napichnúť nové miesto.
- Striekačku s HY vložíme do infúznej pumpy a nastavíme rýchlosť 60-120ml/hod.
- Keď sa striekačka HY vyprázdni, vyberieme ju z pumpy a odpojíme od hadičky, namiesto nej napojíme pripravenú striekačku IG na tú istú súpravu s ihlou a vložíme do infúznej pumpy s rýchlosťou podľa ordinácie lekára;
- po vyprázdnení striekačky IG vyberieme striekačku z pumpy a odpojíme od súpravy;
- infúznu súpravu vytiahneme z podkožia a prelepíme náplastou s tampónom;
- ihly a infúznu súpravu vložíme do kontajnera na ihly (10).

Záver

V ambulancii pacient získava potrebné informácie, vedomosti a praktické zručnosti ako zvládnuť subkutánnu aplikáciu imunoglobulínov v domácom prostredí. Dostatok vedomostí

a skúsenosti sestry v ambulancii, ktorá je zároveň pacientovou edukátorkou je zárukou, že liečba v domácom prostredí bude úspešne zvládnutá a efektívna.

Zdroje

1. 1BUC, M. 2009. Základná klinická imunológia. 1.vyd., Bratislava: UK. 608 s. ISBN 978-80-223-2579-0
2. ČIŽNÁR, P. 2006. Primárne poruchy imunitného systému – ich diagnostika a liečba. In Via Practica [online]. Roč. 3(3), s. 120-124 [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=32&magazine_id=
3. ČIŽNÁR, P. 2008. Primárne imunodeficiencie a pohľad do činnosti imunitného systému. In Pediatria pre prax [online]. Roč. 4, s. 192-197 [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/fe6afb691040a8bbc0a8640b-1d421a42.pdf>
4. ČIŽNÁR, P. 2012. Nový pohľad na primárne imunodeficiencie. In Pediatria pre prax [online]. Roč. 13(6), s. 249-252 [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: http://www.pediatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6116&magazine_id=4
5. ČIŽNÁR, P. 2016. Imunodeficiencie s rizikom prechodu do malignity. In inVitro - Onkológia [online]. Roč. 4(1), s. 178-184 [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: <https://issuu.com/alphamedicalin-vitro/docs/invitro-1-2016-1-web>
6. ČIŽNÁR, P. a M. SMUTKOVÁ, 2011. Prvé skúsenosti s domácou liečbou subkutánnymi imunoglobulínmi. In Pediatria pre prax [online]. Roč. 12(6), s. 254-256 [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: http://www.pediatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5439&magazine_id=4

7. HOŘEJŠÍ, V. a J. BARTŮŇKOVÁ, 2002. Základy imunológie. 2.vyd., Praha: Triton. 260s. ISBN 80-7254-215-X
8. IDF – Immune deficiency foundation - Guide for nurses, 2016. Immunoglobulin therapy for primary immunodeficiency diseases. 4. edition. [online]. [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: <https://primaryimmune.org/sites/default/files/publications/IDF-Guide-for-Nurses-4th-Edition.pdf>
9. JESEŇÁK, M. et al. 2014. Vrodené poruchy imunity. Bratislava: A-medi management. 580s. ISBN 978-80-971836-2-2
10. SHIRE US Inc, 2017. How to Infuse HYQVIA With a Syringe Driver Pump. [online]. [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: www.hyqvia.com/pdf/Step-by-stepGuide-SyringeDriver.pdf
11. ŠEDIVÁ, A. 2014. Imunoglobulíny v liečbe imunodeficiencií. In Remedia [online]. Roč. 24(3), s. 163-170 [cit. 2018-2-16]. ISSN 0862-8947. Dostupné na internete: <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2014/3-2014/Imunoglobuliny-v-lecbe-imunodeficienci/e-1AD-1Gb-1Gf.magarticle.aspx>
12. ŠIMŮNKOVÁ, P. 2016. Hizentra – klinické skúsenosti v Čechách a na Slovensku. In Klinická imunológia a alergológia. Bratislava: BONUS C.C.S., Zv.26, č.2, s 22 a 24. ISSN 1335-0013

Kontakt

PhDr. Terézia Fertalová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta zdravotníckych odborov

Prešovskej univerzity v Prešove

Partizánska 1

Prešov 080 01

Email: terezia.fertalova@unipo.sk

MÁRIA NOVYSEDLÁKOVÁ

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Súhrn

Príspevok je zameraný na podporu zdravia rodiny. Autorka v ňom opisuje meracie nástroje na posúdenie životného štýlu rodiny, funkčnosť rodiny, sociálnu podporu a citovú väzbu medzi členmi rodiny. Wellness index hodnotí životný štýl rodiny. Dotazník General Health Promoting Behaviors meria aktuálne správanie podporujúce zdravie. Hodnotiacim nástrojom na meranie funkčnosti rodiny pre sestry je Dotazník Apgarovej skóre rodiny. The Personal Resource Questionnaire dotazník bol použitý na meranie sociálnej podpory. Metódy, ktoré sa používajú pre zachytenie citovej väzby sú Parental Bonding Instrument, Parental Relationship Questionnaire a The Inventory of Parent and Peer Attachment. Jedným z prvých krokov podpory zdravia rodiny je posúdenie životného štýlu rodiny. Na základe posúdenia, poznania rizikových faktorov môže sestra plánovať intervencie na podporu zdravia rodiny.

Kľúčové slová

Rodina. Podpora zdravia. Sestra. Hodnotiace nástroje.

Summary

The contribution is aimed at promoting family health. The authors describe it in a measuring tool to assess the lifestyle of the family, family functioning, social support and emotional bond among family members. To assess the lifestyle of the family serves the Wellness index. Questionnaire General Health Promoting Behaviors measured current health promoting behavior. The evaluation tool to measure family functioning questionnaire for nurses is the Apgar's score of the family. The Personal Resource Questionnaire was used to measure social support. Methods used to capture the emotional ties are Parental Bonding Instrument, Parental Relationship Questionnaire and The Inventory of Parent and Peer Attachment. One of the first steps is to support family health assess-

ment of the family lifestyle. Based on knowledge of risk factors may nurse to plan interventions to support family health.

Keywords

Family. Health Promotion. The Nurse. The evaluation tools.

Úvod

V ošetrovateľskej profesii sa zvyšuje záujem o rodinu ako základnú jednotku spoločnosti. Skúma sa jej vplyv na zdravie ako celku i na zdravie jej jednotlivých členov. Príslušnosť k rodine znamená, že každý jej člen sa v rámci celku vyvíja z hľadiska dedičnosti, etnického pôvodu, rozvoja osobných, sociálnych, morálnych a kultúrnych hodnôt (1).

Najdôležitejšie znaky, ktoré by rodinu charakterizovali vo všetkej jej variabilite, je rodina ako malá primárna spoločenská skupina, založená na zväzku muža a ženy, na pokrvnom vzťahu rodičov a detí alebo na vzťahu substituujúcim, na spoločnej domácnosti, ktorej členovia plnia spoločensky určené a uznané role vyplývajúce zo spolužitia, a na súhre funkcií, ktoré podmieňujú existenciu tohto spoločenstva a dávajú mu vlastný význam vo vzťahu k jedincom i k celej spoločnosti (2).

Rodina môže byť faktorom, ktorý podporuje zdravie jedinca, ale aj faktorom, ktorý zdravie zhoršuje. Životný štýl vzniká vtedy, ak sa jedinec, sociálna skupina alebo celá spoločnosť vyvíja úsilie, aby súbor podmienok, ktoré ovplyvňujú ich život, pôsobil v prospech ich záujmu (2).

Existujú určité potreby – hodnoty, ktoré sú pre naplnenie ľudského života rozhodujúce. Zdravie je jedna z najdôležitejších životných potrieb (3). Podľa WHO je zdravie definované ako stav fyzickej psychickej a sociálnej pohody, nielen neprítomnosť choroby alebo slabosti (4). Význam definície spočíva v tom, že ne-

sleduje výhradne objektívne zdravotné ukazovatele, opiera sa i o subjektívne vnímanie zdravia jednotlivca. Nevýhodou je naznačenie ideálneho stavu, než presné a formálne vymedzenie pojmu. Príspevok má charakter prehľadovej štúdie. Uvádzame v ňom hodnotiace nástroje na posúdenie zdravia a funkčnosti rodiny. Pri písaní sme vychádzali z uvedenej vedeckej literatúry.

Posudzovanie rodiny

Pri posudzovaní rodiny musíme zahrnúť množstvo aspektov, aby sme mohli odhaliť činitele, ktoré podporujú zdravie v rodine, ale aj zhoršujú.

Celkové posúdenie rodiny zahŕňa: identifikáciu jednotlivých členov rodiny, sociálne usporiadanie rodiny, zdravotný stav, zamestnanie, vzdelanie a ambície, finančnú situáciu vrátane zdravotného poistenia, posúdenie životného štýlu, životného prostredia, dostupnosť a využívanie zdravotnej starostlivosti (5). Ryan a Travis (1981) vytvorili 16 položkový systém na posúdenie životného štýlu Wellness index. Služi ako východiskové posúdenie životného štýlu (2).

Dotazník HPLP II, (General Health Promoting Behaviors) bol vyvinutý v rámci Modelu podpory zdravia. Meria aktuálne správanie podporujúce zdravie pomocou 52 položiek na 4-bodovej Likertovej stupnici. Obsahuje šesť subškál - duchovný rast, zodpovednosť za zdravie, výživu, telesnú aktivitu, zvládanie stresu a medziľudské vzťahy. Cronbachov alfa koeficient na celkovej HPLP II bol 0.943. HPM (Health Promotion Model) syntetizuje poznatky výskumu z ošetrovateľstva, psychológie a verejného zdravia do dokázateľného vzoru potvrdzujúceho správanie podporujúce zdravie, musí však podstúpiť ďalšiemu výskumu. Na vysvetlenie ľudského zdravia správania sú potrebné viac variabilné modely. Rôzne stratégie podpory zdravia a nástroje, ktoré Penderovou boli spracované a predložené

na podporu zdravia v ošetrovateľskej praxi, rovnako ako HPM model, môžu byť použité ako základ pre štruktúrované ošetrovateľské protokoly a opatrenia (6).

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by mali poznať okolnosti, za akých žijú pacienti: ich bývanie, zamestnanie, sociálne alebo fyzické prostredie, ktoré môže mať značný vplyv na ich zdravie. Ak poskytovatelia starostlivosti nie sú o týchto okolnostiach oboznámení, príznaky chorôb môžu byť nesprávne interpretované a terapeutické podmienky na liečbu nerozpoznané. Výsledkom môžu byť neadekvátne diagnostické a liečebné postupy, čím sa zvyšujú náklady a neriešia sa skutočné problémy. Sestra pri podpore zdravia rodiny môže pomôcť členom rodiny vyrovnávať sa s chorobou a chronickými chorobami, zdravotným postihnutím. Poskytuje poradenstvo o životnom štýle a rizikových faktoroch správania, pomáha rodinám v záležitostiach týkajúcich sa zdravia. Prostredníctvom rýchlej detekcie môže zabezpečiť, aby sa zdravotné problémy rodín riešili už v rannom štádiu. Dôležité je identifikovať aj socioekonomické faktory týkajúce sa zdravia rodiny a pri riešení problémoch odkázať členov rodiny na príslušnú agentúru, resp. inštitúciu.

Dôležitým prvkom pri posudzovaní rodiny je určenie funkčnosti rodiny. Hlavné výchovný záujem o deti. Pri posudzovaní funkčnosti rodiny berieme do úvahy: vek, vzdelanie, rodinný stav rodičov, socioekonomickú situáciu rodiny, jej úplnosť, súdržnosť, zloženie, zdravotný stav jej členov a pod. (5). K celkovému posúdeniu rodiny patria aj postoje členov rodiny k zdraviu, spôsob riešenia stresových situácií a krízových situácií, vzájomná komunikácia a zapájanie rodiny do spoločenských aktivít.

Autori zameraní na rodinu a jej výskum z hľadiska jej normálneho fungovania sa zhodujú v tom, že najdôležitejšie faktory rodinnej harmónie, funkčnosti a stability sú tvorivosť, jasné vymedzenie rolí a schopnosť jednotlivcov zastupovať sa v nich, ďalej jasne vymedzená vedúca úloha a podpora jej autority zo strany ostatných, jasnosť komunikácie, spôsob vyjadrovania konfliktov a účinnosť interakcie pri ich riešení.

Hodnotiacim nástrojom na meranie funkčnosti rodiny pre sestry, pôrodné asistentky, lekárov je Dotazník Apgarovej skóre rodiny. Dotazník Family Apgar bol navrhnutý Gabrielom Smilksteinem v roku 1978. Dotazník obsahuje päť otázok. Dotazník bol vytvorený ako rýchly skriningový test určený lekárom k ohodnoteniu funkčnosti rodiny. Aj z toho dôvodu boli autorom preferované uzavreté možnosti odpovedí. Názov Apgar je akronym. Slovo je zložené z počiatočných písmen anglických slov, a to slov - Adaptabilita (adaptácia), Partnership (partnerstvo), Growth (rast, vývin), Affection (citové prejavy) a Resolve (riešenie problémov). Týchto päť domén bolo autorom zvolené zámerne, zahŕňajú v sebe funkčnosť rodiny. Body zo všetkých piatich otázok sa spočítajú. Súčet 7-10 bodov znamená dobre fungujúcu rodinu, skóre 4-6 bodov signalizuje mierne narušenie funkčnosti rodiny a skóre 0-3 odráža dysfunkčné stavy rodiny. Podľa toho, ktorý člen rodiny vyplní dotazník, môže byť slovo rodina nahradené slovom manželka, druh, rodičia alebo deti (7).

PRQ 85 (The Personal Resource Questionnaire) dotazník navrhnutý Brandt a Weinert, (1987) bol použitý na meranie sociálnej podpory. Prvá časť sa skladá z desiatich životných situácií, v ktorých môže jedinec predpokladať, že potrebuje nejakú pomoc. Poskytuje informácie týkajúce sa jednotlivých zdrojov a spokojnosť zo získania týchto zdrojov. Druhá časť je multidimenzionálna, meria vnímanie sociálnej podpory. Je založená na Weissovej piatich rozmeroch - intimita, emocionálna a materiálna pomoc, sociálna integrácia, potvrdenie hodnoty jedinca a príležitosť. Je 25-bodový, na 7-bodovej Likertovej škále od rozhodne súhlasím po rozhodne nesúhlasím, ktorý meria jednotlivcov vnímanú úroveň podpory (8).

Pre funkčné rodiny je charakteristická aj pevná koalícia medzi rodičmi. V rodine je daná jasná hierarchia zodpovednosti. Ďalšie charakteristiky funkčnej rodiny je nastolenie rovnováhy medzi intimitou a potrebou zdieľania. Označenie intimita kladie dôraz na emočné a citové kvality. Pocity i vedomie vzájomnej blízkosti, prejavy záujmu a vrelosti, súdržnosť, podporu i vzájomnú závislosť. V rodine

má intimita niekoľko podôb, a to manželských, rodičovských a prípadne súrodeneckú.

Vo funkčných rodinách je tiež vedomie nutnosti kooperácia a vnímanie potrieb členov rodiny. Členovia funkčnej rodiny na seba berú ohľady a vzájomne sa rešpektujú. V každej fáze rodinného životného cyklu je pomer síl súdržnosti a síl smerujúcich k autonómii jedinca trochu iný. V rodinách s malými deťmi a predškolského veku prevažujú sily súdržné, v rodinách s adolescentmi sú tendencie k autonómii (9).

Inými metódami, ktoré sa používajú pre zachytenie citovej väzby, sú PBI (Parental Bonding Instrument), PRQ (Parental Relationship Questionnaire) a IPPA (the Inventory of Parent and Peer Attachment) (10). IPPA skladá sa z dvoch samostatných častí zisťujúcich citovú väzbu k rodičom a kamarátom. Každá táto časť je tvorená 25 položkami, ktoré sa ďalej delia na tri dimenzie. Týmto dimenziami sú dôvera, komunikácia a odcudzenie. Respondent vyjadruje mieru, do akej pre neho platia predložené tvrdenia pomocou slovného vyjadrenia: nikdy alebo takmer nikdy, zriedka, niekedy, často a vždy alebo takmer vždy. Týmto vyjadreniam je podľa vzrastajúcej intenzity priradená číselná hodnota 1 až 5. Podľa autorov metódy Armesdena a Greenberg dosahuje IPPA vysokú reliabilitu i validitu (11).

Odporúčania

Predmetom spoločného zisťovania v rámci systému zdravotnej a sociálnej ochrany sú sledované oblasti zdravotnej starostlivosti, starostlivosti v chorobe (nemocenské dávky), starostlivosti v materstve, starostlivosti v invalidite, starostlivosti v starobe, starostlivosti o pozostalých, pracovné úrazy a choroby z povolania, dávky pre rodinu, starostlivosť o nezamestnaných, garantovanie postačujúceho príjmu a dlhodobá starostlivosť. Predpokladom potreby zdravotníckej pomoci a sociálnoprávnej ochrany je nedostatočné uspokojovanie potrieb a zlyhávajúce sociálne fungovanie jednotlivcov a sociálnych skupín.

Osobitnú pozornosť venuje sestra rodinám a členom rodiny, ktorí trpia chronickým ochorením; onkologickým ochorením; rodinám, kde problémom je alkohol

a užívanie návykových látok; starostlivosť o rodinu v súvislosti s očakávaním a narodením dieťaťa; starostlivosť o neúplnú, dysfunkčnú rodinu; starostlivosť o rodinu v období dospievania členov rodiny; starostlivosť o rodinu seniorov; starostlivosť o rodinu minoritnej skupiny (13).

Kľúčové posúdenie a poznanie zdravia a vzťahov v rodine sa dosiahne prostredníctvom procesu rozvíjania základov kompetencií, ktoré umožnia sestram účinne a efektívne:

1. identifikovať a posúdiť zdravotný stav a zdravotné potreby členov rodiny v kontexte svojich kultúr a spoločenských;
2. prijímať rozhodnutia na základe etických princípov;
3. plánovať, iniciovať starostlivosť o rodinu v rámci identifikovaných potrieb;
4. podporovať zdravie členov rodín;
5. aplikovať vedomosti a rôzne vzdelávacie a učebné stratégie u jednotlivých členov rodiny;
6. používať a verifikovať rôzne metódy komunikácie;
7. podporovať účasť členov rodiny na prevencii chorôb;
8. koordinovať a riadiť starostlivosť o rodinu;
9. systematicky dokumentovať svoju prax;
10. generovať, spravovať a používať klinické, výskumné a štatistické informácie pre starostlivosť pri plánovaní činností súvisiacich so zdravím a chorobami;
11. podporovať a povzbudzovať členov rodiny k tomu, aby ovplyvňovali a podieľali sa na rozhodovaní týkajúcom sa ich zdravia (13).

Rodina prežíva rôzne životné situácie, ktoré sa častokrát stávajú primárnymi činiteľmi vzniku kríz v rodine, čo sa odráža v saturovaní potrieb jednotlivých členov rodiny. Pre sestru je významné, ak dokáže empaticky vnímať plnenie jednotlivých funkcií danej rodiny a mieru saturácie potrieb jej členov. Sestra má nezávislé kompetencie, ktoré jej umožňujú vykonávať činnosti podporujúce zdravie, kompetencie na utváranie a formovanie uvedomeného a zodpovedného postoja, správania jednotlivca aj rodiny k zdraviu. Medzi tieto činnosti patrí výchova k zdraviu, edukácia a preventívne pôso-

benie (14). Dovoľme si vysloviť názor, že v našich podmienkach absentuje ponuka diagnostických, posudzovacích nástrojov. Ich existencia uľahčuje a zefektívňuje prácu zdravotníckych pracovníkov. Zistili sme evidentný nedostatok primárnych komplexných bibliografických zdrojov slovenských vedeckých pracovníkov zameraných na problematiku diagnostiky zdravia a funkčnosti rodiny.

Záver

Jedným z hlavných cieľov ošetrovateľstva pri podpore zdravia rodiny je pomoc pri preberaní zodpovednosti za zdravie u jednotlivých členov rodiny. Poznanie životného štýlu rodiny, funkčnosti, sociálnej podpory a citovej väzby je preto prvým krokom k zisteniu rizikových faktorov pri podpore zdravia. Sestry majú možnosť rozhodnúť sa pre stratégiu posudzovania životného štýlu rodiny a zvoliť vhodný posudzovací nástroj. Na základe výsledkov posúdenia môžu plánovať intervencie na upevňovanie a podporu zdravia rodiny.

Zdroje

1. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2006. 280 s. ISBN 80-8063-213-8.
2. KOZIEROVÁ B. - ERBOVÁ G. - OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo* 1. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80 – 217 – 0528 - 0.
3. MASTILIAKOVÁ, D. 2014. *Posudzovanie stavu zdraví a ošetrovateľská diagnostika*. Praha: Grada, 2014, 192s. ISBN 978-80-247-5376-8.
4. WHO Európska úradovňa: *Zdravie 21*. Bratislava: ŠZÚ SR, 2001. 155 s. [cit. 2016-3-7]. Dostupné na: <http://www.who.int/health-services-delivery/nursing>.
5. BAŠKOVÁ, M. a kol. 2009. *Výchova k zdraviu*. Martin: Osveta. 2009. s. 163-172. ISBN 978-80-8063-320-3.
6. ADAMS, M.H.- BOWDEN, G.,A.- HUMPHREY ,S.,D.- McADAM-S,B.,L. 2000. Social support and health promotion lifestyles of rural women.[Online].*Journal of Rural Nursing and Health Care*, vol. 1, no. 1, Spring 2000 34[cit. 2012-3-7]. Dostupné na: <http://www.rno.org/journal/index.php/online-journal/article/viewFile/65/64>

7. SMILKSTEIN, G. 1978. *The Family APGAR a proposal for family function test and Its Use by Physicians*. The journal of family practice. ISSN 0094-3509. 1978, vol. 6, no. 6. p .
8. BRANDT, P. - WEINERT, C. 1981. The PRQ — a social support measure. In *Journal of Nursing Research*, ISSN 1682-3141. Vol. 30. No 5. p. 277-280.
9. MATOUŠEK, O.1993. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. 124s. ISBN 80-901424-7-8.
10. WEST, M.-ROSE, M. S.- SPRENG – SHELDON, S.-KELLER, A.- ADAM, K. (1998). „Adolescent Attachment Questionnaire: A Brief Assessment of Attachment in Adolescence.“ In *Journal of Youth and Adolescence*. ISSN: 00472891.Vol. 27, no. (5), pp. 661-673.
11. ARMSDEN, G. C. - GREENBERG, M. T. (1987). *The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual Differences and Their Relationship to Psychological Well-Being in Adolescence*. [Online] In *Journal of Youth and Adolescence*, ISSN: 1573-6601, vol. 16, no.5, pp. 427-454.
12. *NURSES AND MIDWIVES FOR HEALTH. A WHO European strategy for nursing and midwifery education*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (unpublished document EUR/00/5019309/15 for the Second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe, Munich, June 2000).
13. WHO. 2000. *THE FAMILY HEALTH NURSE*. January 2000. 48s. ISBN 92 890 1172 6.
14. HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionálne ošetrovateľstvo a jeho regulácia*. Martin : Osveta, 2011. 155 s. ISBN 978-80-8063-360-8.

Kontakt

PhDr. Mária Novyzedláková, PhD.

FZ KU v Ružomberku

Námestie A.Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E –mail: maria.novyzedlakova@ku.sk

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PERIFÉRNU VENÓZNU KANYLU

CARING FOR A PERIPHERAL VENOUS CATHETER

TERÉZIA FERTAL'OVÁ, LÍVIA HADAŠOVÁ, IVETA ONDRIOVÁ, JANA CUPEROVÁ

FZO, Prešovská univerzita, Prešov, Partizánska 1, 080 01 Prešov

Príspevok vznikol s podporou projektu KEGA č. 029PU-4/2017 - Inovácia predmetu Ošetrovateľské postupy I a II – vytvorenie modulového vzdelávacieho programu.

Súhrn

Intravenózne vstupy sú neoddeliteľnou súčasťou u väčšiny hospitalizovaných pacientov pre aplikáciu liekov, prípadne zabezpečenie intravenózneho výživy, odberov krvi. Tradíčne sa zavádzajú periférne vstupy, pri závažnejších stavoch centrálné vstupy. Niektorí pacienti liečení ambulantne, zvlášť onkologickí pacienti, majú zavedený centrálny alebo periférny venózný prístup. V súčasnosti v praxi používame intravenózne kanyly a koncovky, pri ošetrovaní ktorých zaužívané a naučené pracovné postupy nemusia byť správne. V predkladanom príspevku popisujeme odporúčané pracovné postupy pri zavádzaní a ošetrovaní intravenózných kanylí.

Kľúčové slová

Intravenózna kanyla. Zavádzanie. Ošetrovanie. Preplach. Prevencia komplikácií.

Summary

Intravenous access is essential for most hospitalized patients, for drug administration or possibly providing intravenous nutrition, blood sampling. Traditionally, peripheral access methods are used, with central access for more serious cases. For some outpatients, particularly oncological patients, venous access is also required. Currently, we use intravenous cannulae and endings, in the treatment of which the well-known and learned working procedures may not be correct. In the present paper, we describe the recommended working procedures for the introduction and treatment of intravenous catheter.

Key words

Intravenous catheter. Introduction. Nursing. Flush. Prevention of complications.

Zavedenie intravenózneho kanylu je invazívny výkon a môže pacientovi spôsobiť miernu bolesť. Predpokladom pre plynulé zavedenie ihly a jej udržanie in situ je spolupráca pacienta a jeho schopnosť udržať končatinu v takej polohe, aby ihla neporanila stenu cievy a okolité tkanivá (1).

Zavedenie periférnej venózneho kanylu (ďalej PVK) a jej následná optimálna funkčnosť s akcentom na minimalizáciu vzniku komplikácií je spojené s viacerými aspektmi: vhodným výberom miesta kanylácie, výberom adekvátnej veľkosti kanylu, dodržaním odporúčaných postupov pri punkcii, intervenciami zameranými na prevenciu komplikácií (1).

Žilový prístup predstavuje z hľadiska liečby nenahraditeľný zákrok, no jeho používanie zároveň predstavuje nebezpečenstvo v podobe vstupnej brány infekcie. Periférnu kanyláciu volíme vtedy, keď je plánované využívanie menej než 5 dní. Aj keď periférna kanylácia nemá závažné kontraindikácie, dlhodobé zavedenie predstavuje riziko (2).

Na zavedenie PVK potrebuje tieto pomôcky:

Ochranná absorpčná podložka (buničitá vata, papierové utierky), ktoré slúžia na ochranu odevu pacienta, posteľnej bielizne pred kontamináciou krvou.

Ďalšou pomôckou je alkoholový dezinfekčný prípravok na dezinfekciu pokožky. Odporúča sa 60-70% dezinfekčný tekutý alkoholový prostriedok. Koža má byť vystavená účinku dezinfekčného prípravku po dobu 30 sekúnd. Dezinfekčný roztok musí zaschnúť. Je vhodné použiť sterilne balený antiseptický tampón. Tampóny nie je vyhovujúce namáčať dezinfekčným roztokom vopred, pretože hrozí kontaminácia mikroorganizmami z prostredia, resp. rukami zdravotníckeho pracovníka. Škrtidlo sa používa na zvyraznenie žilovej náplne. Po každom použití musí byť škrtidlo dekontaminované, prípadne používame jednorazové škrtidlá. Ďalšími nevyhnutnými pomôckami sú: jednorazové rukavice, emitná miska, náplasť na fixáciu ihly, striekačka so sterilným fyziologickým roztokom na prepláchnutie kanylu. Samotnému zavedeniu kanylu predchádza dezinfekcia rúk sestry podľa vyhlášky č. 192/2015 MZ SR z 28. júla 2015, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia, Príloha č. 1a k vyhláške č. 553/2007 Z. z. (umývanie rúk, hygienická dezinfekcia rúk, chirurgická dezinfekcia rúk, predoperačná príprava rúk, starostlivosť o pokožku rúk a používanie ochranných rukavíc) (3).

Podľa WHO Guidelines hygiena rúk je zásadné opatrenie, odporúčané na prevenciu a kontrolu mikroorganizmov počas poskytovania zdravotnej starostlivosti na zabezpečenie minimalizácie rizika získania infekcie u pacientov (4).

Na periférnu kanyláciu vyberáme čo najvhodnejšiu žilu na nedominantnej hornej končatine. Pred vpichom je potrebné sústredene vyhľadať miesto vpichu. Zmeny, ktoré môžu ovplyvniť výber vhodnej žily sú: predchádzajúce vpichy, kožné lézie, popáleniny, hematómy, prejavy flebitídy, stvrdnuté sklerotizované žily, zmeny cirkulácie, napr. stav po mastektómii, paralyzovaná horná končatina po náhlej cievnej mozgovej príhode, prítomnosť artériovenózneho hemodialyzačného shuntu (1).

Po zvolení vhodnej žily na kanyláciu dezinfikujeme miesto vpichu o ploche cca 5 x 5 cm. Odporúčajú sa rôzne postupy dezinfekcie kože a je na konkrétnej sestre, ktorý z nich si zvolí. Najčastejšie troma stermi proximálnym smerom (proti rastu chlupov), kedy prvý ster vedieme cez žilu a ďalšie dva po jej okrajoch, pričom neprechádzame opakovane po tom istom mieste. Dezinfekčný prípravok musí zaschnúť až potom zavádzame kanylu. Miesta vpichu sa už nedotýkame rukou aj keď máme jednorazové rukavice. Pred samotným vpichom jemne napneme kožu pre stabilizáciu žily. Periférne venózne kanyly sú vyrábané vo viacerých veľkostiach. Jednotlivé veľkosti sú farebne odlíšené. Ku kanylácii používame zvyčajne krátke intravenózne (ďalej i.v.) kanyly o priemere 20 – 26 G. Po zavedení kanyly aplikujeme jemný ale pevný tlak na oblasť 3 cm nad miestom vpichu. Aplikácia jemného tlaku na oblasť nad miestom vpichu kanyly redukuje odtok krvi a umožňuje pripojenie periférnej venózne kanyly na infúzny set alebo bezihlové vstupy s minimálnymi stratami krvi. Po ošetrení kanyly a sterilnom prekrytí nasleduje označenie zavedenia kanyly dátumom priamo na fóliu určenú ku krytiu intravenóznym kanálom. Do ošetrovateľskej dokumentácie zaznamenávame dátum a čas zavedenia kanyly, typ a veľkosť použitej kanyly, miesto za-

vedenia a celkovú reakciu pacienta. Nasleduje upratanie pomôcok a hygienická dezinfekcia rúk štandardným postupom (1).

Je niekoľko možností pre uzáver periférnych venóznym kanálom. Niektoré sú výhodnejšie z ekonomického hľadiska, iné sú preferovanejšie z dôvodov prevencie katérových infekcií a niektoré sú komfortnejšie z hľadiska manipulácie a podávania liečiv. Pri ich využívaní je potrebné dodržiavať odporúčané postupy výrobcov.

- Pre prechodné uzavretie intravenózne kanyly v dobe, keď sa nepodáva infúzna terapia, sa môže používať mandrén, ktorý bráni vzniku krvnej zrazeniny, avšak v súčasnosti je menej používaný.
- Inou možnosťou uzáveru zavedenej intravenózne kanyly je preplach fyziologickým roztokom (ďalej FR 1/1) spolu s combi zátkou, ktorá predstavuje univerzálne využívaný zatvárací kónus bez možnosti prestreknutia.
- Súčasnou novinkou je preplachovací systém pre priame použitie tzv. Omniflush – obsahuje sterilný roztok 0,9 % NaCl pripravený v objeme 3 ml, 5 ml alebo 10 ml. Jeho využitie šetrí čas, optimalizuje pracovné postupy a z hľadiska bezpečnosti a hygieny vyhovuje zásadám správnej klinickej praxe. V našich lôžkových zariadeniach je málo využívaný z ekonomických dôvodov.
- Ďalšou zatiaľ ešte používanou možnosťou uzáveru je heparínová zátkka (1,8 ml FR 1/1 + 0,2 ml Heparínu). Pred aplikáciou do intravenózne kanyly je nutné vždy aspirovať použitú heparínovú zátkku.
- Najpopulárnejším uzáverom sú biokonektory (bezihlové vstupy), ktoré predstavujú uzavretý systém, najlepšie eliminujúci занесenie infekcie, s potrebou výmeny 1 krát za 7 dní. V súčasnosti je

v lôžkových zariadeniach najčastejšie používaný. Novinkou v ochrane pred kontamináciou vnútrožilového vstupu je sterilný dezinfekčný uzáver tzv. SwabCap – ide o konektor Luer s napusteným dezinfekčným prostriedkom (70 % izopropylalkohol). Tento konektor pomáha chrániť bezihlové ventily pred infekciou patogénnymi mikroorganizmami, poskytuje tak aseptický vstup chránený pasívnou dezinfekciou (5).

Rovnako ako zavedenie periférnych kanálom podľa odporúčaných postupov, k významnému zníženiu komplikácií prispieva aj správne postupy pri ich ošetrovaní. Dostatočný, pravidelný a správne prevedený preplach zabezpečuje funkčnosť katétrov – jeho priechodnosť. Na všetky periférne kanyly je vhodné používať striekačky o objeme 10 ml a väčšie. Ak kanylu nepoužívame pravidelne (denne), je potrebné ju pravidelne preplachovať. Technika preplachovania kanyly spočíva v aplikácii fyziologického roztoku opakovanými krátkymi rýchlymi bolusmi, aby vo vnútornej časti kanyly vznikli turbulентné prúdy, ktoré umožňujú uvoľnenie nánosov z infúzie a výživy (6).

Úlohou sestry je denne zavedenú kanylu sledovať, viesť záznam v dokumentácii o jej stave. Záznam sa robí raz denne. V zázname hodnotíme miesto zavedenia PVK – stranu a lokalizáciu, veľkosť (napr. 20 G), deň zavedenia, druh a stav krytia a zhodnotenie miesta vpichu podľa Maddonovej klasifikácie flebitídy (tab.1). Po 72 hodinách je potrebné kanylu odstrániť a zmeniť miesto vpichu pre zavedenie periférnej venózne kanyly (7).

Najčastejšou komplikáciou spojenou so zavedením PVK je flebitída, ktorá môže vzniknúť na podklade mechanického, fyzikálne – chemického alebo

Reakcia	Stupeň	Intervencia
Nie je bolesť ani reakcia v okolí	0	Sledovať kanylu
Len bolesť, nie je reakcia v okolí	I.	Zvýšiť starostlivosť o kanylu
Bolesť a začervenanie	II.	Zmeniť miesto kanylácie
Bolesť, začervenanie, opuch a bolestivý pruh v priebehu žily	III.	Zmeniť miesto kanylácie a zaviesť lokálnu liečbu
Hnis, opuch, začervenanie a bolestivý pruh v priebehu žily	IV.	Zmeniť miesto kanylácie a zaviesť celkovú liečbu

Tabuľka 1: Maddonova klasifikácia flebitídy. Zdroj: Mađar, Podstatová, Řehořová (7).

z infekčných príčin. Faktory ovplyvňujúce vznik flebitídy sú: materiál, z ktorého je kanyla vyrobená, veľkosť kanyly, lokalizácia kanyly, zručnosť sestry, dĺžka trvania kanylácie, zloženie parenterálne aplikovaného infúzneho roztoku, frekvencia výmeny ochranného obväzového materiálu, príprava kože pred zavedením PVK, faktory hostiteľského organizmu, akútne zavedenie kanyly. Základom prevencie infekcie je prísne dodržiavanie aseptických postupov, vrátane umývania a dezinfekcie rúk. Zvýšenú ochranu môžeme zabezpečiť správnym výberom miesta vpichu, vhodným výberom kanýl (teflonové a polyuretanové sú menším rizikom infekcie a mechanických komplikácií. Polyvinylové kanyly sú v porovnaní so silikonovými spojené s vyšším rizikom infekčných a mechanických komplikácií ako sú zalomenie, posunutie alebo trombóza), používaním bariérovej ošetrovacej techniky hlavne pri kanylácii centrálnych žíl, výmena kanýl, infúzných súprav a intravenózných roztokov vo vhodných intervaloch, používanie novej generácie bezihlových infúzných systémov (7).

Starostlivosť o periférny venózný prístup si vyžaduje vždy zachovať aseptický postup, pravidelne urobiť preväz. Pokiaľ je vpich krytý sterilným štvorcem, preväz je nutný každý deň, pokiaľ je krytý semipermeabilnou fóliou, preväz je potrebný každý

tretí deň. Netkaný textil je potrebné meniť raz za 24 - 48 hodín (7). Sterilné krytie kanyly je nutné vymeniť vždy pri znečistení. Minimalizujeme manipuláciu a rozpojenie infúzneho setu, pretože to zvyšuje riziko mikrobiálnej kontaminácie. V prípade bolusovej aplikácie liekov používame vždy novú koncovku, pokiaľ kanyla nie je uzavretá bezihlovým vstupom (2).

Infúznu súpravu meníme ihneď po podaní krvných derivátov a tukových emulzií, pretože sú vhodným prostredím pre mikrobiálny rast a predstavujú tak riziko infekcie, v ostatných prípadoch meníme po vždy 24 hodinách podľa štandardu oddelenia (8).

Rizikové faktory pre vznik katérovej infekcie môžu byť aj zo strany pacienta, napríklad: typ a závažnosť základného ochorenia, imunosupresia, liečba, hustota mikrobiálneho osídlenia kože, porucha kožnej bariéry alebo vzdialené infekcie (9).

Bezihlové vstupy sú pri správnom používaní a dodržiavaní zásad asepsy vhodné k prevencii vzniku infekcie a sú poistkou pred upachtím kanyly. Pri používaní bezihlových vstupov je nevyhnutné ich dezinfikovať alkoholovým (70% alkohol) dezinfekčným prostriedkom. Minimálna doba expozície je 10-15 sekúnd. Pokiaľ nie je dostatočne dezinfikovaný, môže byť

významným zdrojom intraluminálnej infekcie kanyly. Výmena bezihlových vstupov na kanyle výrobcovia odporúčajú po piatich dňoch pri podávaní kryštaloidných a koloidných roztokov bez tukových emulzií. Každý deň po stečení tukovej emulzie či chemoterapie a po podaní transfúzie ihneď, rovnako ihneď aj po odbere krvi.

Z PVK je možné odobrať vzorku krvi na vyšetrenie. Dodržiavame aseptické postupy, najprv odsajeme 5-10 ml krvi, vymeníme striekačku a až potom odoberieme potrebnú vzorku krvi. Po odbere prepláchneme PVK fyziologickým roztokom (7).

Pri príprave a podávaní infúzných roztokov nedodržiavaním pracovných postupov môžeme prispieť ku katérovej infekcii.

Podľa starších odporúčaných postupov ako uvádza Krčméryová, Musilová a kol. (10), Krišková a kol. (11) pri príprave infúzných roztokov odstránime kryt a dezinfikujeme port pre aplikáciu liekov a následne port pre zavedenie infúznej súpravy. Novšia literatúra neuvádza detailne dezinfekciu gumovej zátky.

Jednotlivé infúzne roztoky sú vyrábané za aseptických podmienok, čo garantuje výrobca. Komerčne dodávané infúzne roztoky sa vyrábajú a dodávajú sterilné. K ich kontaminácii pri výrobe dochádza len

vzáčne. Ak dezinfikujeme sterilný port nesterilným tampónom s dezinfekčným prostriedkom dosiahneme opak. Dezinfekcia sa odporúča až po kontaminovaní portu napríklad nesterilnými nožnicami pri odstraňovaní uzáveru z rôznych materiálov alebo dezinfekcia po kontaminácii portu rukami. Podobne nemusíme dezinfikovať gumovú zátku fľaštičiek pri riedení práškových foriem niektorých liekov. Dezinfekcia je nutná až po kontaminácii zátky.

PharmDr. Pavlína Plšková inšpektorka Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv v ČR v úlohe preventistky na kontrolovaných pracoviskách ako príklad kritických nedostatkov, s ktorými sa ako inšpektorka stretla najčastejšie, uvádza chybné postupy pri rekonštitúcii a nerešpektovanie pokynov výrobcu pri použití liečiva určeného na jednorázové použitie (12). V minulosti bola nutná dezinfekcia gumovej zátky, pretože hliníkový kryt sa odstraňoval nesterilnými nožnicami alebo pilníkom. V súčasnosti sú liekové fľaštičky uzatvárané gumovou zátkou a plastovým krytom, ktorý sa jednoducho odstraňuje bez kontaminácie gumovej zátky.

Periférne venózne kanyly sú neoddeliteľnou súčasťou liečebných procedúr u pacientov v lôžkovej a ambulantnej starostlivosti, no zároveň predstavujú riziko katérových infekcií. Dodržiavaním odporúčaných pracovných postupov prispievame k ich eliminácii.

Zdroje

1. MIERTOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K., OVŠONKOVÁ, A., FARSKÝ, I., LEPIEŠOVÁ, M. a kol. Multimediálna vysokoškolská učebnica ošetrovateľských techník a zručností. Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine. [online]. 2015, [vid. 2018-02-23]. Dostupné z:

<http://e-knihy.jfmed.uniba.sk/knihy/ostech/html5/index.html?&locale=SKY>

2. KAPOUNOVÁ, G. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada, Publishing, a. s. 2007. s. 73-75. ISBN 978-80-247-1830-9.

3. Vyhláška č. 192/2015 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia, Príloha č. 1a k vyhláške č. 553/2007 Z.z. (umývanie rúk, hygienická dezinfekcia rúk, chirurgická dezinfekcia rúk, predoperačná príprava rúk, starostlivosť o pokožku rúk a používanie ochranných rukavíc)

4. RAKOVÁ, J., BALÁŽOVÁ, M. Starostlivosť o pacienta s centrálnym venóznym vstupom a jej špecifiká. In *Florence* [online]. 2015, [vid. 2018-02-23]. Dostupné z:

<http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/starostlivosť-o-pacienta-s-centralnym-venoznym-vstupom-a-jej-specifika/>

5. TIRPÁKOVÁ, L., SOVÁRIOVÁ – SOÓSOVÁ, M. *Ošetrovateľské techniky*. Vysokoškolská učebnica. Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Ústav ošetrovateľstva. [online]. 2016, [vid. 2018-02-23]. Dostupné z: <https://unibook.upjs.sk/img/cms/2016/lf/osetrovatel-ske-techniky-final.pdf>

6. CHARVÁT, J. a kol. 2016. *Žilní vstupy*. Grada, Publishing, a. s., 2016. 183s. ISBN 978-80-247-5621-9.

7. MAĐAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J. Prevence katérových infekcí krevního řečiště. In *Nozokomiální nákazy*. ISSN 1336-3859, 2011, roč. 10, č. 3, s. 3-11.

8. HLINKOVÁ, E., NEMCOVÁ, J. a kol. Multimediálna e-učebnica Ošetrovateľské postupy v špeciálnej chirurgii. Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova le-

kárska fakulta v Martine. [online]. 2015, [vid. 2018-02-23]. Dostupné z: <http://oschir.jfmed.uniba.sk/>. ISBN 978-80-89544-72-1.

9. ANTOŇÁKOVÁ - NEMČÍKOVÁ, A., BEDNAROVSKÁ, E. 2017. Dlhodobé centrálné venózne katétre – možná voľba pre onkologických pacientov. In *Onkológia*. Roč. 12, č. 3, s. 196-201. [online]. 2017, [vid. 2018-02-23]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/d01542225b5600e4cc82c-7925dafbf0e.pdf>

10. KRČMÉRYOVÁ, T., MUSILOVÁ, M. *Techniky ošetrovateľstva*. Učebné texty. Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. [online]. 2012, [vid. 2018-02-23]. Dostupné z: http://elearning.szu.sk/repository/Techniky_osetrovatelstva.pdf

11. KRIŠKOVÁ a kol. *Ošetrovateľské techniky – metodika sesterských činností*. Martin: Osveta, 2. vyd. 2006. s. 411-412 ISBN 80-8063-202-2.

12. Riziká infúzií terapie jsou vysoká, ale lze se jich vyvarovat. Braunoviny. [online]. 2018, [vid. 2018-02-23]. Dostupné z: <http://braunoviny.bbraun.cz/rizika-infuzni-terapie-jsou-vysoka-ale-lze-se-jich-vyvarovat>

Kontakt

PhDr. Terézia Fertalová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta zdravotníckych odborov

Prešovskej univerzity v Prešove

Partizánska 1

Prešov 080 01

Email: terezia.fertalova@unipo.sk

PLÁNOVANÉ KONFERENCIE ORGANIZOVANÉ ODBORNÝMI SEKCIAMI SK SaPA A SPOLUORGANIZOVANÉ SK SaPA V ROKU 2018

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

IX. Celoslovenská konferencia ambulantných sestier a pôrodných asistentiek

Miesto konania: Spišská Nová Ves

Termín: **05. 05. 2018**



XX. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v psychiatrii s medzinárodnou účasťou

Miesto konania: Radava

Termín: **25. 05. – 26. 05. 2018**

XXVII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich na operačných sálach

Miesto konania: Sliach

Termín: **31. 05. – 01. 06. 2018**



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

Miesto konania: Košice

Termín: **14. 06. – 15. 06. 2018**



IX. Celoslovenská konferencia geriatrických sestier s medzinárodnou účasťou

Miesto konania: Banská Bystrica

Termín: **08. 06. – 09. 06. 2018**



Celoslovenská konferencia SK SaPA

Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia v procese zmien III.

Miesto konania: Slnčné jazerá, Senec

Termín: **09. 10. – 10. 10. 2018**



XXI. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v ORL

Miesto konania: Trenčín

Termín: **12. 10. – 13. 10. 2018**



HODNOTENIE KVALITY ŽIVOTA U PACIENTOV LIEČENÝCH PRE KOLOREKTÁLNY KARCINÓM NA CHIRURGICKEJ KLINIKE FAKULTNEJ NEMOCNICE TRNAVA

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS TREATED FOR COLORECTAL CANCER AT THE DEPARTMENT OF SURGERY, FACULTY HOSPITAL TRNAVA

MARTINA BOBÁKOVÁ^{1,2}, MIROSLAV RYSKA^{1,3}

¹ Katedra Ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava, Slovensko

² Úrad hlavného lekára Ružomberok, Slovensko

³ Chirurgická klinika 2. Lekárska Fakulta Univerzity Karlovej a Ústredná vojenská nemocnica Praha, Česká republika

Abstrakt

Cieľ

Cieľom výskumu bolo zhodnotiť kvalitu života u pacientov s kolorektálnym karcinómom a posúdiť signifikantnosť vzťahov v jednotlivých oblastiach a doménach podľa lokalizácie nádoru, veku, pohlavia, prítomnosti stómie a absolvovaním neoadjuvantnej chemorádioterapie.

Metodika

Výskum sme realizovali na Chirurgickej klinike vo Fakultnej nemocnici Trnava, Slovensko, v časovom období od mája 2014 do apríla 2015. Zber dát sme u pacientov realizovali prostredníctvom dotazníka EORTC QLQ - C30 a QLQ - CR29 v dvoch časových intervaloch - pred operáciou a 1 mesiac od operačného výkonu. Výskumnú vzorku tvorilo 30 pacientov s diagnostikovaným ochorením kolorektálny karcinóm. Na štatistickú analýzu sme použili aritmetický priemer, párový t - test a nezávislý t - test.

Výsledky

Významná korelácia bola identifikovaná v kohorte medzi typom liečby a kvalitou života. Trend zníženia kvality života bol pozorovaný u pacientov s ukončenou neoadjuvantnou chemorádioterapiou a po operácii po vyšíťí stómie. Kvalita života bola ovplyvnená aj vekom a pohlavím pacientov.

Záver

Hodnotenie kvality života poskytuje dôležité výsledky odrážajúce dôsledky konkrétnej terapeutickkej modality u pa-

cientov s kolorektálnym karcinómom. V rámci komplexnej starostlivosti o pacienta s kolorektálnym karcinómom je dôležité zaradiť hodnotenie kvality života do liečebných a ošetrovateľských postupov, pravidelne sledovať a vyhodnocovať kvalitu života pacientov s kolorektálnym karcinómom a podľa výsledkov zavádzať účinné intervencie.

Kľúčové slová

Kvalita života. Kolorektálny karcinóm. Hodnotenie kvality života. Dotazníky EORTC QLQ - C30 a QLQ - CR29.

Abstract

Aim

The aim of the study was to evaluate quality of life (QoL) in patients with colorectal cancer and assess the significance of relations in various fields and domains according to tumor localization, age, sex, presence of stoma and graduating neoadjuvant chemoradiotherapy.

Methods

Thirty patients diagnosed with colorectal cancer at the Department of Surgery, Faculty Hospital Trnava, Slovakia were included in the study between May 2014 and April 2015. Quality of life was assessed using EORTC QLQ-C30 and QLQ-CR29 questionnaires before surgery and 1 month after surgery. The research group included 30 patients with diagnosed colorectal cancer. For statistical analysis we

used arithmetic mean, paired t - test and independent t - test. Data are presented as means, and a paired t-test and independent t-test were used for statistical analysis.

Results

A significant correlation between the type of treatment and quality of life was identified in the cohort. A trend to lower quality of life was observed in patients with completed neoadjuvant chemoradiotherapy and after surgery with stoma formation. The quality of life was also affected by the age and gender of the patients.

Conclusion

Quality of life assessment provides important outcomes reflecting the consequences of particular therapeutic modality in patients with colorectal cancer.

In the context of comprehensive care for patients with colorectal cancer, it is important to include an assessment of the quality of life in treatment and nursing practices, to regularly monitor and evaluate the quality of life of patients with colorectal cancer and, as a result, to introduce effective interventions.

Keywords

Quality of Life, Colorectal cancer, Assessment of quality of life, EORTC QLQ-C30 and QLQ-CR29 questionnaires.

Úvod

Celosvetový nárast výskytu kolorektálneho karcinómu (ďalej KRK) je alarmujúci. Ročne postihne toto ochorenie viac ako 940 000 nových pacientov, pričom mortalita je približne 500 000 pacientov. Slovensko patrí do päťice krajín s najvyššou incidenciou a mortalitou KRK vo svete. Ročne je diagnostikovaných približne 3 000 nových prípadov (1). KRK je najčastejším zhubným nádorom gastrointestinálneho traktu. Na jeho vzniku sa podieľajú genetické faktory a faktory vonkajšieho prostredia. Hereditárne faktory majú vplyv na vznik karcinómov v oblasti céka a colon ascendens, exogénne faktory vplyvajú na výskyt rakoviny v colon descendens, colon sigmoideum a v rekte. KRK je najrozšírenejším zhubným nádorom tráviaceho ústrojenstva a druhým najčastejšie sa vyskytujúcim nádorovým ochorením u mužov po karcinóme pľúc a u žien po karcinóme prsníka a ovárií (2,3).

Väčšina KRK vzniká malígnym zvratom adenomatózných polypov. Súčasťou zlepšenia výsledkov liečby je dostupnosť a uvážené využívanie stratégie skríningu a dispenzarizácie (4). U 15% pacientov ide o postihnutie v oblasti céka alebo colon ascendens, u 10 % postihuje colon transversum, u 5 % je postihnutie v oblasti colon descendens, u 25 % pacientov colon sigmoideum a u 45 % pacientov je postihnuté rektum (5).

Symptómy ochorenia môžu byť veľmi rozdielne a zvyčajne závisia od rozsahu a anatomickej lokalizácie lézie. Najčastejšími príznakmi sú prímes krvi a hlienov v stolici, bolesti brucha, zmena defekačných zvyklostí alebo zmeny v kalibri stolice alebo jej frekvencie (4). Základom komplexnej liečby je chirurgický výkon väčšinou doplnený o neoadjuvantnú, či adjuvantnú liečbu. Strata zdravia v dôsledku ochorenia pre KRK alebo jeho liečby môže viesť k psychomotorickým, funkčným a sociálnym poruchám, ktoré majú vplyv na kvalitu života (3,6). V súčasnosti je

všeobecne prijímaný konsenzus potreby sledovania kvality života pacientov, ako jedného z dôležitých ukazovateľov hodnotenia výsledkov liečby. Ťažisko skúmania bolo posunuté do oblasti psychosomatického a fyzického zdravia (7). Nárast záujmu o túto problematiku v ošetrovatelstve je zaznamenaný v priebehu posledných tridsiatich rokov. Oblasť kvality života získava postupne svoju analogickú pozíciu, akú si predtým vytvoril koncept zdravia. Koncept kvality života má v ošetrovatelstve svoje špecifické miesto. Úzko súvisí s pojmami, ako napríklad ľudské potreby, zdravie, sebestačnosť, pohoda, denné aktivity a iné (8). Kvalita života je ovplyvnená mnohými oblasťami a dimenziami života. Význam jednotlivých dimenzií sa môže počas choroby a dĺžky života meniť (6).

Na hodnotenie kvality života pacientov sa používajú generické alebo špecifické dotazníky kvality života. Najčastejšie používaným dotazníkom v Európe pre pacientov s onkologickým ochorením je EORTC QLQ-C30. Je doplnený o moduly pre konkrétne ochorenie a pre jednotlivé lokalizácie nádorových ochorení. Pre pacientov s KRK je používaný modul EORTC QLQ-CR29.

Napriek vysokému výskytu pacientov s KRK na Slovensku nebolo možné hodnotiť kvalitu ich života podľa EORTC. Dôvodom bola absencia modulu EORTC QLQ-CR29 v slovenskom jazyku. Jazykovú validáciu dotazníka EORTC QLQ-CR29 sme realizovali na Chirurgickej klinike vo Fakultnej nemocnici Trnava, Slovensko, v spolupráci so spoločnosťou EORTC. Od roku 2014 je na Slovensku k dispozícii platná verzia dotazníka QLQ-CR29 v slovenskom jazyku určená pre pacientov s kolorektálnym karcinómom.

Materiál a Metodika

Cieľom výskumu bolo zhodnotiť kvalitu života pacientov s kolorektálnym karcinómom a zistiť, ktoré oblasti v doménach uvádzajú pacienti ako najviac problematické vo vzťahu k lokalizácii

malígneho procesu, pohlaviu a veku pacientov, prítomnosti stómie a absolvovanej neoadjuvantnej chemorádioterapie.

Základný súbor respondentov tvorilo 46 pacientov s diagnostikovaným ochorením KRK. Účasť pacientov vo výskume bola dobrovoľná. Z celkového počtu 46 (100%) pacientov bolo do výskumnej vzorky zaradených celkom 30 (65,2%) pacientov, z toho 20 (67%) mužov a 10 (33%) žien. Vylučovacím kritériom bolo nedodanie vyplnených dotazníkov alebo ich neúplné vyplnenie. Vek respondentov bol 42 – 81 rokov. Priemerný vek bol 63,7 rokov. Pacientov s KRK \geq 65 rokov bolo 18 (60%), pacientov s KRK < 65 rokov bolo 12 (40%). Podľa lokalizácie operačného výkonu bolo 19 (63%) pacientov s Ca kolónu a 11 (37%) pacientov s Ca rekta. U 14 (46%) pacientov s Ca kolónu bol vykonaný resekčný výkon bez stómie, 5 (17%) pacientov s Ca kolónu malo po operačnom výkone stómiu. U pacientov s Ca rekta malo 6 (20%) pacientov vykonaný resekčný výkon bez stómie a 5 (17%) pacientov malo po operačnom výkone stómiu. Z celkového počtu 11 (100%) pacientov s Ca rekta, 2 (18%) pacienti neabsolvovali neoadjuvantnú CHRT a 9 (82%) pacientov s Ca rekta absolvovalo neoadjuvantnú CHRT.

Výskum sme realizovali na Chirurgickej klinike vo Fakultnej nemocnici Trnava, Slovensko, v čase od mája 2014 do apríla 2015. Zber dát sme realizovali prostredníctvom dotazníka EORTC QLQ-C30 a modulu dotazníka EORTC QLQ-CR29. Vyplňanie dotazníkov bolo z časového hľadiska rozdelené do dvoch období - pred operáciou a 1 mesiac po operačnom výkone.

Na štatistické spracovanie získaných údajov sme použili štatistický softwar SPSS 22.0.01. Na štatistické spracovanie výsledkov dotazníkového merania sme použili aritmetický priemer, párový t - test a nezávislý t - test. Štatistická významnosť rozdielov medzi skupinami pacientov bola testovaná

s použitím nezávislého t - testu, štatistická významnosť rozdielov v čase bola analyzovaná za použitia párového t - testu.

Výskum bol realizovaný na základe súhlasu Etickej komisie Fakultnej nemocnice Trnava, Slovensko.

Výsledky

Hodnotenie kvality života medzi pacientmi s karcinómom kolónu a karcinómom rekta

Globálny zdravotný stav sledovanej vzorky v predoperačnom období bol 42,4 - 43,4. V období jeden mesiac

po operačnom výkone tieto hodnoty mierne stúpli na 47,7 - 52,6. V škále bolesť v konečníku /análnej oblasti/ bol štatisticky významný rozdiel medzi pacientmi s Ca kolónu a Ca rekta v období jeden mesiac po operačnom výkone; $p = 0,001$. Štatisticky významný

skóre ¹	časový interval	skupina 1 (N = 19)	skupina 2 (N = 11)	p ²
QL2 Globálny zdravotný stav	Pri vstupe	43.4 (23.7)	42.4 (23.7)	
	1 mesiac	52.6 (24.5)	47.7 (16.7)	0.912
	rozdiel	9.2 (-5.4; 23.9)	5.3 (-17.7; 28.3)	0.562
	p ³	0.203	0.618	
BP Bolesť v konečníku	Pri vstupe	17.5 (23.2)	27.3 (32.7)	
	1 mesiac	7.0 (17.8)	45.5 (27.0)	0.350
	rozdiel	-10.5 (-21.3; 0.3)	18.2 (-5.0; 41.4)	0.001
	p ³	0.055	0.111	
DM Suchosť úst	Pri vstupe	31.6 (30.4)	33.3 (33.3)	
	1 mesiac	19.3 (25.6)	36.4 (18.0)	0.884
	rozdiel	-12.3 (-29.4; 4.8)	3.0 (-20.4; 26.4)	0.042
	p ³	0.149	0.779	
IMP ⁴ Impotencia	Pri vstupe	20.5 (32.0)	9.5 (16.3)	
	1 mesiac	25.6 (38.9)	0.0 (0.0)	0.41
	rozdiel	5.1 (-13.0; 23.2)	-9.5 (-24.6; 5.5)	0.035
	p ³	0.549	0.172	
SS Podráždenie pokožky - bez stómie	Pri vstupe	15.7 (23.9)	20.0 (28.1)	
	1 mesiac	11.9 (21.1)	38.9 (32.8)	0.675
	rozdiel	-5.1 (-16.3; 6.0)	22.2 (-6.3; 50.8)	0.039
	p ³	0.337	0.102	

Tabuľka 1: Výsledky hodnotenia kvality života medzi pacientmi s karcinómom kolónu (skupina 1) a karcinómom rekta (skupina 2)

skóre ¹	časový interval	≥ 65 (N = 18)	< 65 (N = 12)	p ²
QL2 Globálny zdravotný stav	Pri vstupe	51.4 (24.5)	30.6 (14.8)	
	1 mesiac	52.8 (26.4)	47.9 (12.9)	0.007
	rozdiel	1.4 (-16.0; 18.8)	17.4 (2.8; 31.9)	0.508
	p ³	0.868	0.023	
SEXM ⁴ Sexuálny záujem (muži)	Pri vstupe	33.3 (20.1)	8.3 (23.6)	
	1 mesiac	30.6 (22.3)	4.2 (11.8)	0.020
	rozdiel	-2.8 (-13.7; 8.1)	-4.2 (-14.0; 5.7)	0.007
	p ³	0.586	0.351	
FA Únava	Pri vstupe	24.7 (22.7)	50.0 (33.0)	
	1 mesiac	40.1 (23.8)	47.2 (20.7)	0.019
	rozdiel	15.4 (4.4; 26.5)	-2.8 (-21.8; 16.3)	0.408
	p ³	0.009	0.754	
CO Zápcha	Pri vstupe	24.1 (35.8)	58.3 (45.2)	
	1 mesiac	16.7 (30.8)	8.3 (15.1)	0.028
	rozdiel	-7.4 (-25.9; 11.1)	-50.0 (-81.9; -18.1)	0.334
	p ³	0.409	0.005	
FI Finančné problémy	Pri vstupe	18.5 (28.5)	16.7 (26.6)	
	1 mesiac	42.6 (35.8)	13.9 (22.3)	0.859
	rozdiel	24.1 (10.4; 37.8)	-2.8 (-13.7; 8.1)	0.020
	p ³	0.002	0.586	

Tabuľka 2: Hodnotenie kvality života u pacientov ≥ 65 rokov a < 65 rokov

né rozdiely sme zaznamenali medzi pacientmi s karcinómom kolónu a karcinómom rekta taktiež v škálach suchosť úst; $p = 0,042$, problémy s erekciou; $p = 0,035$ a v otázke podráždenie pokožky u pacientov bez stómie; $p = 0,039$ (Tabuľka 1).

Hodnotenie kvality života pacientov s KRK podľa veku

Globálny zdravotný stav pacientov v sledovanej oblasti bol v rozmedzí hodnôt 30,6 - 52,8. Štatisticky signifikantný rozdiel medzi pacientmi ≥ 65 rokov a < 65 rokov bol v časovom období pred operáciou; $p = 0,007$. V oblasti sexuálny záujem u mužov bol štatisticky signifikantný rozdiel

pred operáciou; $p = 0,020$ a v období jeden mesiac po operačnom výkone; $p = 0,007$. V škále únava bol štatisticky signifikantný rozdiel v období pred operáciou; $p = 0,019$. V otázke zápcha v období pred operáciou bol štatisticky signifikantný rozdiel medzi pacientmi ≥ 65 rokov a < 65 rokov; $p = 0,028$. V druhom sledovanom období, jeden mesiac po operácii, sme zistili štatistickú signifikanciu v dotazníkovej položke zameranej na finančné problémy; $p = 0,020$ (Tabuľka 2).

Hodnotenie kvality života u pacientov s KRK podľa pohlavia

Globálny zdravotný stav pacientov bol v predoperačnom období u oboch po-

hlaví menej ako 50,0. V druhom sledovanom období, jeden mesiac po operačnom výkone mali muži skóre 47,1 a ženy 58,3. V škále obraz tela bol štatisticky signifikantný rozdiel medzi mužmi a ženami v období 1 mesiac od operačného výkonu; $p = 0,031$ a v otázke zápcha meranie ukázalo štatisticky signifikantný rozdiel medzi mužmi a ženami v období 1 mesiac od operačného výkonu; $p = 0,007$. V dotazníkovej položke úzkosť sme zistili štatisticky signifikantný rozdiel medzi mužmi a ženami v časovom období pred operáciou; $p = 0,023$ (Tabuľka 3).

skóre ¹	časový interval	muži (N = 20)	ženy (N = 10)	p ²
QL2 Globálny zdravotný stav	Pri vstupe	40.8 (19.7)	47.5 (29.9)	0.469
	1 mesiac	47.1 (22.3)	58.3 (19.6)	
	rozdiel	6.3 (-7.4; 19.9)	10.8 (-15.5; 37.2)	
	p ³	0.349	0.377	0.188
BI Obraz tela	Pri vstupe	75.6 (26.4)	61.1 (29.3)	0.184
	1 mesiac	72.2 (23.5)	48.9 (31.9)	
	rozdiel	-3.3 (-14.0; 7.4)	-12.2 (-32.9; 8.5)	
	p ³	0.522	0.214	0.031
ANX Zápcha	Pri vstupe	63.3 (28.4)	36.7 (29.2)	0.023
	1 mesiac	58.3 (32.2)	46.7 (23.3)	
	rozdiel	-5.0 (-14.2; 4.2)	10.0 (-12.6; 32.6)	
	p ³	0.267	0.343	0.318
CO Úzkosť	Pri vstupe	40.0 (41.3)	33.3 (47.1)	0.694
	1 mesiac	20.0 (29.4)	0.0 (0.0)	
	rozdiel	-20.0 (-42.3; 2.3)	-33.3 (-67.1; 0.4)	
	p ³	0.076	0.052	0.007

Tabuľka 3: Hodnotenia kvality života u pacientov s KRK v kategórii muži a ženy

skóre ¹	časový interval	so stómiou (N = 10)	bez stómie (N = 20)	p ²
QL2 Globálny zdravotný stav	Pri vstupe	36.7 (17.7)	46.3 (25.4)	0.296
	1 mesiac	49.2 (15.4)	51.7 (24.7)	
	rozdiel	12.5 (-3.0; 28.0)	5.4 (-11.2; 22.0)	
	p ³	0.101	0.503	0.773
PF2 Fyzické fungovanie	Pri vstupe	75.3 (21.1)	87.0 (15.8)	0.100
	1 mesiac	48.0 (22.8)	70.7 (25.2)	
	rozdiel	-27.3 (-47.9; -6.8)	-16.3 (-26.2; -6.5)	
	p ³	0.015	0.003	0.024
FA Únava	Pri vstupe	50.0 (31.5)	27.2 (26.1)	0.045
	1 mesiac	54.4 (18.5)	37.2 (22.6)	
	rozdiel	4.4 (-13.2; 22.1)	10.0 (-3.2; 23.2)	
	p ³	0.583	0.128	0.047

Tabuľka 4: Hodnotenia kvality života u pacientov so stómiou a bez stómie

skóre ¹	časový interval	skupina 1 (N = 2)	skupina 2 (N = 9)	p ²
QL2 Globálny zdravotný stav	Pri vstupe	345.8 (5.9)	41.7 (26.4)	0.835
	1 mesiac	50.0 (23.6)	47.2 (16.7)	
	rozdiel	4.2 (-260.5; 268.9)	5.6 (-22.7; 33.8)	
	p ³	0.874	0.663	0.844
CF Kognitívne fungovanie	Pri vstupe	100.0 (0.0)	79.6 (18.2)	0.010
	1 mesiac	91.7 (11.8)	81.5 (17.6)	
	rozdiel	-8.3 (-114.2; 97.6)	1.9 (-17.8; 21.5)	
	p ³	0.500	0.999	0.464
BMS Krv a hlien v stolici	Pri vstupe	58.3 (58.9)	20.4 (18.2)	0.528
	1 mesiac	0.0 (0.0)	13.0 (13.9)	
	rozdiel	-58.3 (-587.8; 471.1)	-7.4 (-27.8; 13.0)	
	p ³	0.395	0.426	0.023

Tabuľka 5: Hodnotenie kvality života u pacientov s karcinómom rekta bez absolvovanej neoadjuvantnej CHRT (skupina 1) a s absolvovanou neoadjuvantnou CHRT (skupina 2)

Hodnotenie kvality života u pacientov so stómiou a bez stómie

Globálny zdravotný stav pacientov v sledovanej oblasti bol v rozmedzí hodnôt 36,7 - 51,7. V doméne fyzické fungovanie sme zistili štatisticky významný rozdiel medzi pacientmi so stómiou a bez stómie v druhom sledovanom období, jeden mesiac po operačnom výkone; $p = 0,024$. Hodnoty skóre boli v prvej skupine 48,0 a v druhej skupine 70,7. Štatisticky významný rozdiel medzi pacientmi so stómiou a bez stómie v oboch sledovaných obdobiach sme zaznamenali v škále únava, v období pred operačným výkonom; $p = 0,045$ a v období 1 mesiac po operačnom výkone; $p = 0,047$ (Tabuľka 4).

Hodnotenie kvality života u pacientov s karcinómom rekta bez absolvovanej neoadjuvantnej CHRT a s absolvovanou neoadjuvantnou CHRT

Globálny zdravotný stav pacientov v sledovanej oblasti bol v rozmedzí hodnôt od 41,7 - 50,0. Medzi pacientmi s neabsolvovanou neoadjuvantnou CHRT a absolvovanou neoadjuvantnou CHRT sme zaznamenali štatisticky významný rozdiel v doméne kognitívne fungovanie v čase pred operáciou; $p = 0,010$. V otázke prítomnosť krvi a hlienu v stolici bol štatisticky významný rozdiel medzi pacientmi s karcinómom rekta bez absolvovanej neoadjuvantnej CHRT a s absolvova-

nou neoadjuvantnou CHRT, a to v časovom období jeden mesiac od operačného výkonu; $p = 0,023$ (Tabuľka 5).

Diskusia

Hodnotenie kvality života medzi pacientmi s karcinómom kolónu a karcinómom rekta

Rozdielnosť príznakov podľa lokalizácie nádoru, ako aj stratégia predoperačnej liečby, rozsah a náročnosť operačného výkonu a adjuvantná terapia môžu mať za následok rozdielnosť v hodnotení kvality života pacientov s karcinómom kolónu a karcinómom rekta.

Globálny zdravotný stav sledovanej vzorky pacientov s karcinómom kolónu a karcinómom rekta sa pohyboval v hodnotách 42,4 - 52,6.

Štatisticky významný rozdiel sme zaznamenali medzi pacientmi s karcinómom kolónu a karcinómom rekta v období 1 mesiac od operačného výkonu v škále bolesť v konečníku; $p = 0,001$, v škále suchosť úst; $p = 0,042$, problémy s erekciou; $p = 0,035$ a v škále podráždenie pokožky u pacientov bez stómie; $p = 0,039$. Zistenia, ku ktorým sme dospeli v našom výskume, sú odlišné ako zistenia Ramsey et al. (9), ktorý realizoval výskum u celkom 227 pacientov s KRK a uvádza, že hodnoty skóre boli pomerne jednotné a do-

sahovali skóre vysokej kvality života bez ohľadu na lokalizáciu nádoru, stupeň diagnostiky a trvanie ochorenia. Na celkovú kvalitu života u pacientov mali väčší vplyv pridružené ochorenia a problémy vo finančnej oblasti.

Naše zistenia sú podporované taktiež faktami, ktoré uvádzajú Bernadič a Pechan (10), a ktoré súvisia s miestom výkonu a jeho operačnou náročnosťou. Radikálna resekcia karcinómu kolónu je technicky jednoduchšia procedúra než resekcia rektálneho karcinómu z dôvodu mezenterálneho závesu, lepšej možnosti manipulácie s črevom a vizualizácie konštruovanej anastomózy.

Hodnotenie kvality života podľa veku pacientov s KRK

Výskyt KRK je do značnej miery závislý na veku, pričom s vekom výrazne stúpa. Napríklad v USA je incidencia do veku 45 rokov asi 10, do 55 rokov 30, do 65 rokov 90 a do 75 rokov 200/100 000. Vrchol incidencie KRK je vo veku 65 - 70 rokov. Liečebné postupy, vrátane biologickej liečby, nie sú kontraindikované vekom pacientov s KRK. U starších pacientov sú však často modifikované horším výkonnostným stavom, komorbiditou a sociálnym zázemím (5, 11).

Marventano (12) uvádza, že výsledky hodnotenia kvality života u pacientov

s KRK vzhľadom na vek sú kontroverzné. V niektorých štúdiách kvalita života rastie s vekom, zatiaľ čo iné štúdie uvádzajú nižšiu kvalitu života vzhľadom na zvyšujúci sa vek.

V našej výskumnej vzorke u pacientov s KRK ≥ 65 rokov a < 65 rokov bolo skóre pre globálny zdravotný stav v rozmedzí hodnôt 30,6 - 52,8, kde sme zaznamenali štatisticky významný rozdiel v časovom období pred operáciou; $p = 0,007$. V škále sexuálny záujem (muži) sme zaznamenali medzi pacientmi ≥ 65 rokov a < 65 rokov štatisticky významný rozdiel pred operáciou; $p = 0,020$ a jeden mesiac od operačného výkonu; $p = 0,007$. V období pred operáciou sme zistili u pacientov ≥ 65 rokov a < 65 rokov štatisticky významné rozdiely v škále únava; $p = 0,019$ a v dotazníkovej otázke zápcha; $p = 0,028$. V sledovanom období 1 mesiac po operácii sme zistili štatistickú významnosť v otázke týkajúcej sa finančných problémov medzi pacientmi ≥ 65 rokov a < 65 rokov; $p = 0,020$.

Taktiež Arndt et al. (13), ktorí rozdelili skúmanú vzorku podľa veku do 60 rokov a nad 60 rokov, zistili významné rozdiely medzi skupinami. Skupina pacientov do 60 rokov uviedla, že má väčšie finančné problémy ako pacienti nad 60 rokov. Nižšie skóre v doméne fungovanie v roli zaznamenali u pacientov, ktorí sa po ukončení liečby vrátili do práce. Ale napr. Forsberg et al. (14) vo svojom výskume uvádzajú, že vek nebol významný ukazovateľ pri kvalite života pacientov s KRK.

Hodnotenie kvality života u pacientov s KRK podľa pohlavia

Výskyt KRK vykazuje určité rozdiely podľa pohlavia. U mužov je štatisticky zaznamenaný vyšší výskyt ako u žien, najmä pri karcinóme konečníka. Pomer medzi rakovinou hrubého čreva a konečníka je v rôznych krajinách rozdielny (11). Natrah et al. (15) uskutočnili v roku 2011 štúdiu v Malajzii u celkom 100 respondentov. Autori zistili štatisticky významný rozdiel v kognitívnom

fungovaní medzi mužmi a ženami. Muži vyjadrovali lepšie kognitívne fungovanie v porovnaní so ženami. Priemerné skóre symptómov (únava, bolesť, nevoľnosť/ vracanie, zápcha, hnačka, nespavosť, dýchavičnosť, strata chuti do jedla) sa pohybovalo medzi 4,00 až 20,7. Ženy uvádzali horšie príznaky pre bolesť, únavu a dýchavičnosť.

V našom výskume sa globálny zdravotný stav v oblasti hodnotenia kvality života medzi mužmi a ženami pohyboval v rozsahu hodnôt 40,8 - 58,3.

Štatisticky významný rozdiel medzi mužmi a ženami sme zaznamenali v období jeden mesiac od operačného výkonu v škále obraz tela; $p = 0,031$ a v škále zápcha; $p = 0,007$. V predoperačnom období bol štatisticky významný rozdiel v dotazníkovej položke úzkosť; $p = 0,023$.

K podobným výsledkom dospeli aj Arndt et al. (13), ktorí realizovali štúdiu v Nemecku. Na zber údajov použili dotazník QLQ-C30, pričom štúdie sa zúčastnilo 439 pacientov s kolorektálnym karcinómom jeden rok po stanovení diagnózy. Najvýznamnejšie rozdiely zistili z pohľadu pohlavia pacientov. Muži uvádzali lepšie výsledky v emocionálnej a kognitívnej oblasti kvality života ako ženy. Ženy vykazovali najhoršie výsledky pre bolesť, nespavosť, únavu, zápchu a stratu chuti do jedla.

Hendren et al. (16) realizovali štúdiu zameranú na sexuálnu dysfunkciu u mužov a žien po operácii pre karcinóm rekta. Do štúdie bolo zaradených 81 žien a 99 mužov. Zo sexuálnych problémov, ktoré sú hodnotené i v dotazníku EORTC, ženy uviedli ako problematickú oblasť zmenu libida, bolesť a nepohodlie pri pohlavnom styku. Muži uviedli zmenu libida, impotenciu a čiastočnú impotenciu. Obidve pohlavia hodnotili negatívne obraz tela. Autori uvádzajú, že problematika sexuálnych rizík je málo diskutovanou témou pred operáciou pre rektálny karcinóm a liečbe sexuálnych dysfunkcií po operácii pre rektálny karcinóm sa venuje málo pozornosti.

Hodnotenie kvality života u pacientov so stómou a bez stómie

Michelone, Santos (17) uvádzajú, že pacienti so stómou sa stretávajú s radom strát, ktoré môžu byť reálne alebo symbolické. Strata kontroly nad vyprázdňovaním stolice a plynov, ktorá je nutnou podmienkou pre život v spoločnosti, môže viesť na základe negatívnych pocitov k psychologickému a sociálnemu izolácii. Pacienti strácajú dôstojnosť, cítia sa menejcenní, ich obraz tela a sebaúcta klesá. Často nie sú schopní čeliť takejto situácii a majú pocity znechutenia zo seba samého.

V sledovanej vzorke pacientov v nami realizovanom výskume bol globálny zdravotný stav v oblasti hodnotenia kvality života u pacientov so stómou a bez stómie v rozmedzí hodnôt 36,7 - 51,7. V doméne fyzické fungovanie bol štatisticky významný rozdiel medzi pacientmi so stómou a bez stómie v období 1 mesiac po operačnom výkone; $p = 0,024$. V škále únava sme zaznamenali štatisticky významný rozdiel medzi pacientmi so stómou a bez stómie v obidvoch sledovaných obdobiach, v období pred operačným výkonom; $p = 0,045$ a v období 1 mesiac po operačnom výkone; $p = 0,047$. Na porovnanie kvality života u pacientov s rakovinou konečníka so stómou a bez stómie vo vzťahu ku globálnemu zdravotnému stavu, emocionálnemu fungovaniu a kognitívnemu fungovaniu sa vo svojej štúdii zamerali Bossema et al. (18). Dotazník EORTC QLQ-C30 vyplnilo celkom 122 pacientov. Z toho 62 pacientov podstúpilo abdominoperineálnu resekciu s trvalou stómou a 60 pacientov podstúpilo nízku prednú resekciu bez stómie. Z výsledkov štúdie vyplynulo, že vo vzťahu ku zdraviu, emocionálnemu fungovaniu a kognitívnym oblastiam neboli zistené žiadne významné rozdiely v kvalite života u pacientov so stómou a bez stómie. Zaznamenali silnejší vzťah medzi akceptáciou ochorenia a kvalitou života súvisiacou so zdravím u pacientov bez stómie, ako u pacientov so stómou.

Sprangers et al. (19) realizovali metaanalýzu so zameraním na kvalitu života pacientov so stómou a bez stómie. Analýzou dokumentov z rokov 1969 až 1992 identifikovali 17 štúdií, ktoré sa zaoberali porovnaním aspoň jedného zo štyroch aspektov fungovania pacienta (fyzické, psychické, sociálne a sexuálne) medzi pacientmi so stómou a pacientmi bez stómie. Z výsledkov analýz uvádzajú, že obe skupiny pacientov trpia časté a nepravidelné pohyby čriev a hnačky. Pacienti so stómou uvádzajú vyššiu úroveň psychického utrpenia, než pacienti bez stómie. Rovnako pacienti so stómou i bez stómie uvádzajú obmedzenia na úrovni ich sociálneho fungovania. Avšak tieto problémy sa vyskytujú častejšie u pacientov s kolostómou.

Hodnotenie kvality života u pacientov s karcinómom rekta bez absolvovanej neoadjuvantnej CHRT a s absolvovanou neoadjuvantnou CHRT

Rádioterapia má svoje pevné miesto v liečebnej stratégii. V súčasnej dobe sa používa predovšetkým v neoadjuvantnom a adjuvantnom podaní (20). Podľa Büchlera (5) má rádioterapia dôležitú úlohu v redukcii rizika lokálnej recidívy nádorov rekta a v paliatívnej terapii výrazne symptomatických alebo rizikových metastatických ložísk.

V oblasti neoadjuvantnej CHRT terapie sme sa v našom výskume zamerali na hodnotenie pacientov s Ca rekta s absolvovanou a neabsolvovanou CHRT. Globálny zdravotný stav skúmanej vzorky sa pohyboval v hodnotách 41,7 - 50,0. V doméne kognitívne fungovanie v čase pred operáciou sme zaznamenali štatisticky významný rozdiel medzi pacientmi s neabsolvovanou neoadjuvantnou CHRT a absolvovanou neoadjuvantnou CHRT; $p = 0,010$. V škále prítomnosť krvi a hlienu v stolici sme zistili štatisticky významný rozdiel medzi pacientmi s karcinómom rekta s neabsolvovanou neoadjuvantnou CHRT a absolvovanou neoadjuvantnou CHRT v časovom období jeden mesiac od operačného výkonu; $p = 0,023$.

Arndt et al. (13) uvádzajú výsledky hodnotenia kvality života pacientov jeden rok po stanovení diagnózy a potom, čo absolvovali nejaký druh liečby (operácia, chemoterapia a/alebo rádioterapia). Zistili lepšie skóre pre fyzické a kognitívne funkcie, ale nižšie skóre pre emocionálne funkcie, pričom asi 80% pacientov vykazovalo, že sa cítili v depresii, boli podráždení, nervózni a mali strach.

Guren et al. (21) realizovali prospektívnu štúdiu v Nórsku na vzorke 42 pacientov s Ca rekta. Cieľom tejto štúdie bolo zhodnotiť príznaky a kvalitu života počas neoadjuvantnej rádioterapie. Na hodnotenie kvality života použili dotazník QLQ-C30 a QLQ-CR38 v časových obdobiach na začiatku a na konci liečby rádioterapiou a za 4-6 týždňov. Na konci liečby rádioterapiou sa hodnoty skóre pre škály hnačka, únava a strata chuti do jedla výrazne zvýšili v porovnaní s úvodnými hodnotami skóre. Autori uvádzajú, že až 64% pacientov uviedlo únavu a 52% pacientov nárast hnačky pri liečbe rádioterapiou. Hodnoty skóre kvality života, aké uviedli pacienti pred rádioterapiou, sa upravili na pôvodné hodnoty o 4-6 týždňov po ukončení liečby rádioterapiou.

Záver

Adenokarcinóm hrubého čreva a konečníka patrí v súčasnosti k najväčším zdravotným rizikám a problémom. Úspešnosť liečby KRK je možná len pri včasnej diagnostike a za širokej medziodborovej tímovej spolupráce. V ošetrovatelstve je zaznamenaný nárast záujmu o problematiku hodnotenia kvality života. Výsledky nášho výskumu vykazujú priemernú hodnotu globálneho zdravotného stavu skúmanej vzorky 46,5. Domény fyzické fungovanie a kognitívne fungovanie boli označené za najviac problematické u sledovaných skupín. Pacienti označili únavu, úzkosť, zápchu, obraz tela, problémy s erekciou, sexuálny záujem - muži, suchosť úst, bolesť v konečníku, podráždenie pokožky u pacientov bez stómie a krv a hlien

v stolici, finančné problémy za oblasti, ktoré signifikantne ovplyvňujú kvalitu ich života. Implementáciou efektívneho ošetrovateľského manažmentu v oblasti hodnotenia kvality života pacientov s KRK formou dotazníkov kvality života, sledovanie pacientov v pravidelných časových intervaloch a vyhodnocovanie dotazníkov kvality života sestrou, by prispelo k efektívnej spolupráci v oblasti multidisciplinárnych tímov. Aktívnym vyhľadávaním problémových oblastí kvality života pacientov s KRK prostredníctvom dotazníkov a vytvorením medziodborových tímov v nemocnici by bolo možné zavádzať účinné intervencie s cieľom zlepšiť ich kvalitu života. Spolupráca pacienta s klinickým psychológom, urológom alebo konzultačná činnosť s asistentom výživy, či poradňa pre pacientov so stómou, by prispeli k eliminácii problémových oblastí, čo by mohlo mať pozitívny vplyv na kvalitu života pacientov s KRK. Problematika prístupu k pacientom s KRK preto nie je len otázkou hodnotenia kvality života, ale jej charakter je multidisciplinárny.

Zdroje

1. Kolorektálny karcinóm - karcinóm hrubého čreva a konečníka. In *Nadácia na pomoc onkologickým pacientom* [online]. 2014 [cit. 2014-01-28]. Dostupné na internete: <<http://www.npop.sk/typy-karcinomu/kolorektalny-karcinom-karcinom-hrubeho-creva-a-konecnika>>.
2. MÁJEK, J. a kol. 2012. Endoskopická diagnostika kolorektálneho karcinomu. In *Kolorektálny karcinóm* [online]. 2012 [cit. 2014-02-02]. Dostupné na internete: <www.farm-servis.cz/ext/files/article/3496/17_24.pdf>.
3. KROUPA, K. Zásady a možnosti chirurgickej liečby kolorektálneho karcinomu. *Onkológia*. 2006, roč. 1, č. 1, s 42–50. ISSN 1336-8176.
4. PROCHOTSKÝ, A. Karcinóm hrubého čreva a konečníka. Bratislava : Litera Medica, 2006. 623 s. ISBN 80-967189-4-0.

5. BŮCHLER, T. 2009. Strategie a cíle léčby nemocných s kolorektálním karcinomem. In *Kolorektální karcinom* [online]. 2009 [cit. 2014-01-02]. Dostupné na internete: <www.mojemedicina.cz/files/leciva/jine-soubory/.../farmakoterapie.pdf>.
6. ANGELOVIČOVÁ, K., ARGAYOVÁ, I., CUPEROVÁ, J. Hodnotenie a výskum kvality života v urológii. In: *Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť – základný predpoklad kvality života pacientov*. Prešov : Univerzitná knižnica Prešovskej univerzity, 2010. s. 12-19. ISBN 978-80-555-0261.
7. ŠVEHLÍKOVÁ, L. - HERETIK, A. Kvalita života - o čom to hovoríme?. In: *Psychiatria - psychoterapia - psychosomatika* [online]. 2008, roč. 15, č. 3, s. 194 - 198 [cit. 2014-03-02]. Dostupné na internete: <<http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-2008/PSY3-2008-cla5.pdf>>.
8. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. Praha : Grada Publishing a.s., 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
9. RAMSEY, D. S. et al. 2002. Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. In: *The American Journal of Gastroenterology* [online]. 2002, vol. 97, p. 1228 - 1234 [cit. 2015-04-15]. Dostupné na internete: <<http://www.nature.com/ajg/journal/v97/n5/abs/ajg2002310a.html>>.
10. BERNADIČ, M., PECHAN, J. Chirurgická liečba kolorektálneho karcinómu. In: *Kolorektálny karcinóm* [online]. 2012 [cit. 2014-02-23]. Dostupné na internete: <www.farm-servis.cz/ext/files/article/3499/35_42.pdf>.
11. VAVREČKA, A. Epidemiológia, etiológia, klinický obraz a prevencia kolorektálneho karcinómu. In: *Viapractica* [online]. 2010, roč. 7, č. 1, s. 10-13 [cit. 2014-03-12]. Dostupné na internete: <www.solen.sk/pdf/22a85ce31d2d974edf-f5937eaa7268af.pdf>.
12. MARVENTANO, S. Health related quality of life in colorectal cancer patients: state of the art. In: *Proceedings of the 26th National Congress of the Italian Society of Geriatric Surgery, BMC Surgery* [online]. 2013, vol. 13, sup. 2 [cit. 2013-04-12]. Dostupné na internete: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2482/13/S2/S15>>.
13. ARNDT, V. et al. Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study. In *Journal of Clinical Oncology* [online]. 2004, vol. 22, no. 23, 4829-36 [cit. 2014-03-15]. Dostupné na internete: <<http://jco.ascopubs.org/content/22/23/4829.short>>.
14. FORSBERG, CH. - BJÖRVELL, H. - CEDERMARK, B. Well-being and Its Relation to Coping Ability in Patients with Colo-rectal and Gastric Cancer Before and After Surgery. In: *Scandinavian journal of caring sciences* [online]. 1996, vol. 10, no. 1, p. 35-44 [cit. 2013-04-12]. Dostupné na internete: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.1996.tb00308.x/abstract>>.
15. NATRAH, MS et al. Quality of Life in Malaysian Colorectal Cancer Patients : A Preliminary Result. In: *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* [online]. 2012, vol. 13, p. 957 - 962 [cit. 2015-04-12]. Dostupné na internete: <http://www.apocpcontrol.org/paper_file/issue_abs/Volume13_No3/957-62_1.29_Natra.pdf>.
16. HENDREN, K. S. Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer. In: *Annals of surgery* [online]. 2005, vol. 242, no. 2, p. 212 - 223. [cit. 2015-04-22]. Dostupné na internete: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1357727/>>.
17. MICHELONE, A. P.C., SANTOS, V. L. C. G. Quality of life of cancer patients with and without anostomy. In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2004, vol. 12, no. 6. p. 875-883. [cit. 2015-04-01]. Dostupné na internete: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000600005&script=sci_arttext&lng=es>.
18. BOSSEMA, E.R. et al. The relation between illness cognitions and quality of life in people with and without a stoma following rectal cancer treatment. In: *Psycho-Oncology* [online]. 2010, vol. 20, no. 4, p. 428-434 [cit. 2014-03-13]. Dostupné na internete: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1758/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>.
19. SPRANGERS, M. A. G. et al. Quality of life in colorectal cancer. In: *Diseases of the Colon & Rectum* [online]. 1995, vol. 38, no. 4, p. 361-369 [cit. 2015-04-12]. Dostupné na internete: <<http://link.springer.com/article/10.1007/BF02054222>>.
20. ZÁŇOVÁ, M. Problematika malnutície u pacientov s kolorektálnym karcinómom (z pohľadu onkológa). In: *Onkológia*. 2008, roč. 3, č. 5, s. 324-330. ISSN 1336-8176.
21. GUREN, G. M. Quality of life during radiotherapy for rectal cancer. In: *European Journal of Cancer* [online]. 2006, vol. 39, no. 5, p. 587 - 594. [cit. 2015-04-22], Dostupné na internete: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804902007414>>.

Kontakt

Mgr. Martina Bobáková, PhD.
e-mail: macka84@gmail.com

prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.
e-mail: miroslav.ryska@uvn.cz

RIZIKO POSTRAUMATICKEJ STRESOVEJ PORUCHY PO PÔRODE

RISK OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AFTER CHILDBIRTH

LUCIA MAZÚCHOVÁ, SIMONA KELČÍKOVÁ, DOMINIKA PARÁKOVÁ

Ústav pôrodnej asistencie, Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského, Martin

Abstrakt

Pôrod môže byť pre niektoré ženy mimoriadne stresujúca udalosť, pripomínajúca prežitú popôrodnú traumú, spĺňajúcu diagnostické kritéria posttraumatickej stresovej poruchy (PTSD: Posttraumatic stress disorder). Cieľom štúdie práce bolo zistiť u žien po pôrode riziko PTSD a jeho súvislosti. Použili sme kvantitatívnu metódu – dotazník, doplnený škálou zameranou na zistenie príznakov PTSD. Štúdie sa zúčastnilo 225 žien (priemerný vek $29,64 \pm 7,34$ rokov; priemerná doba od pôrodu $2,74 \pm 6,28$ rokov), pričom zaraďovacím kritériom bola negatívna pôrodná skúsenosť z pôrodu. Na spracovanie získaných údajov z dotazníka sme použili deskriptívnu štatistiku. Riziko PTSD v súvislosti s pôrodom sa celkovo prejavilo u 3,56 % žien. Najčastejšími príznakmi PTSD po pôrode boli strach z opakovania sa negatívneho pôrodu (16,93 %), nepripomínanie si pôrodu (11,36 %) a pocit zdesenia pri spomienke na pôrod (10,91 %). Negatívna pôrodná skúsenosť u žien súvisela najčastejšie s komplikovaným pôrodom (25,37 %), so zlým prístupom zdravotníckych profesionálov (18,56 %) a s veľkou bolesťou (13,98 %). Výsledky poukazujú na skutočnosť, že negatívna skúsenosť z pôrodu a popôrodná trauma u žien súvisí s vplyvom negatívnych faktorov, ktoré môže pôrodná asistentka minimalizovať a svojim profesionálnym, individuálnym a empatickým prístupom im predchádzať.

Kľúčové slová

Negatívna pôrodná skúsenosť. Popôrodná trauma. Posttraumatická stresová porucha. Pôrod. Pôrodná asistentka.

Abstract

Childbirth could be exceptionally stressful event, resembling experienced birth trauma, meeting the diag-

nostic criteria of post-traumatic stress disorder (PTSD). The aim of the study was to find out risk PTSD after childbirth and its context. The questionnaire-quantitative explorative method has been used and supplemented with the scale focused on finding PTSD symptoms. The study consisted of 225 women (mean age of $29,64 \pm 7,34$ years; mean period after childbirth of $2,74 \pm 6,28$ rokov) and the inclusion criteria was a negative birth experience. We have used a descriptive statistic to process gathered data from a questionnaire. The PTSD risk in relation to the parturition has been proved overall by 3,56% of women. The most frequent PTSD symptoms after the birth were fear from repeating the negative childbirth (16,93 %), not resembling a childbirth (11,36 %) and a feeling of panic while recalling the childbirth (10,91 %). Negative birth experience of women was mostly related to a complicated childbirth (25,37 %), to bad attitude of health care professionals (18,56 %) and to severe pain (13,98 %). The results pointed out facts that negative birth experience and birth trauma of women is related to the influence of negative factors, that could be minimized and prevented by a professional, individual, and empathetic attitude of a midwifery.

Key words

post-traumatic stress disorder, childbirth, negative birth experience, birth trauma, midwifery

Úvod

Pôrod je jedinečná udalosť, pri ktorej je žena mimoriadne citlivá na to, čo sa okolo nej deje, a ktorý môže mať pozitívne, ale i negatívne dôsledky na psychickú, fyzickú aj sociálnu oblasť života matky a dieťaťa. Pokiaľ sa žene nepodarí negatívnu pôrodnú skúsenosť spracovať, môže to vyústiť až do posttraumatickej

stresovej poruchy (PTSD). PTSD je dlhotrvajúca maladaptívna (neadekvátna) reakcia na zdrvivú traumatickú udalosť, ktorá sa vymyká bežnej ľudskej skúsenosti a má v sebe prvky nepredvídateľnosti a neovládateľnosti [11, 5]. Ak vyvolávajúcim podnetom PTSD je pôrod, hovoríme o pôrodnej traume. Rovnako ako psychické prežívanie tehotenstva, aj prežívanie pôrodu je výrazne individuálne a majú naň vplyv mnohé psychosociálne faktory. Pôrod v súčasnosti je plný stresujúcich vplyvov na ženu a plod, k čomu prispieva cudzie a nepokojné prostredie pôrodnej sály, pohľad na prístroje, hluk, neosobný prístup zdravotníkov, ostré osvetlenie. Môže ho ovplyvniť aj miera aktivity rodičky, sebestačnosť, schopnosť prijímať pomoc, vzťah k vlastnej ženskosti, schopnosť prispôsobivosti, sebavedomie, vzťah k dieťaťu, náboženské presvedčenie a miera spolupráce ducha a tela. Priebeh pôrodu a psychický stav rodičky sú v prepojení a navzájom na seba vplyvajú. Ženy s PTSD cítia úzkosť, smútok, bolesť, nenávisť, ľútosť, hnev, strácajú pocit bezpečia a istoty, niektoré majú pocit, že boli pôrodom znásilnené, často si myslia, že majú popôrodnú depresiu. Majú pocit, že sa im pri pôrode niečo stalo, nemôžu na to zabudnúť [16, 20].

Cieľom štúdie bolo zistiť riziko PTSD po pôrode a jeho súvislosti.

Metodika

Použili sme kvantitatívnu metódu – dotazník vlastnej konštrukcie, doplnený škálou zameranou na zistenie príznakov PTSD [16]. Štúdie sa zúčastnilo 225 respondentiek (vek $29,64 \pm 7,34$ rokov), pričom zaraďovacím kritériom bola negatívna skúsenosť z pôrodu. Dotazníky sme najskôr overili pilotnou štúdiou na 10 respondentkách. Po oprave niekoľkých chýb (formulácie otázky) sme zostavili konečnú ver-

ziu dotazníkov. Výskum sa uskutočnil v mesiacoch december 2013 – január 2014. Administráciu dotazníka sme zabezpečili prostredníctvom internetových portálov, kde sme uviedli webovú adresu nášho dotazníka. Na spracovanie získaných údajov z dotazníka sme použili deskriptívnu štatistiku.

Naším cieľom bolo získať 250 dotazníkov, podarilo sa nám 230, čím sme získali 92 % - tnú responzibilitu. 5 dotazníkov bolo vyradených z dôvodu neúplného vyplnenia. Najviac respondentiek bolo s ukončeným vysokoškolským (60,89 %) a stredoškolským (36,40 %) vzdelaním. Priemerný počet pôrodov všetkých respondentiek bol 1,44. Obdobie od pôrodu spojeného s negatívnou skúsenosťou bolo priemerne 2,74±6,28 rokov. V našom súbore spontánne porodilo 70,22 % respondentiek a 29,78 % cisárskym rezom. Bezproblémový pôrod (išlo o subjektívne hodnotenie) uviedlo 35,11 % respondentiek, pôrod s menšími problémami 44,00 % a s vážnymi problémami 20,89 % respondentiek.

Výsledky

V tejto poločke sme použili škálu, ktorou sme zisťovali príznaky PTSD po pôrode. Najčastejšími príznakmi, ktoré poukazujú na riziko PTSD, boli v našom súbore respondentiek: strach z opakovania negatívnej udalosti (16,93 %), nechcenie si udalosť pripomínať (11,36 %) a pocit zdesenia pri spomienke na danú udalosť (10,91 %)

V škále zameranej na zisťovanie príznakov PTSD sme počítali množstvo príznakov, ktoré respondentky označili. Pri množstve 7 – 9 príznakov sme zhodnotili ľahkú formu PTSD, 10 – 12 príznakov znamenala stredne ťažká forma PTSD a viac ako 12 príznakov bola prejavom ťažkej formy PTSD po pôrode.

Riziko PTSD bolo identifikované u 8 žien (3,56 %). Z toho 2,67 % malo ľahkú formu PTSD a 0,89 % stredne ťažkú formu PTSD.

Príznaky PTSD	%
Bojíte sa, že sa daná udalosť môže opakovať	16,93
Ani jeden z príznakov sa vás netýka	15,56
Nechcete si udalosť pripomínať	11,36
Kedykoľvek na danú udalosť pomyslíte, cítite zdesenie	10,91
Udalosť, ktorú ste zažili, je označovaná ako extrémny stresor	7,35
Cítite strach, keď o danej situácii rozmýšľate	7,13
Snažíte sa vyhnúť pocitom, ktoré sa vzťahujú na danú udalosť	7,13
Trpíte pocitmi viny	6,46
Vnucujú sa vám niektoré predstavy a zvuky	4,23
Vnucujú sa vám nežiaduce myšlienky	3,34
Snívajú sa vám nepríjemné sny	2,90
Máte narušený spánok	2,23
Máte problém so sústredením	1,56
Stránite sa spoločnosti ľudí	1,56
Rýchlo a prudko sa vyľakáte	0,45
Strácate záujem o dôležité aktivity	0,45
Myšlienky na udalosť Vám narušujú učenie	0,45

Tabuľka 1: Príznaky PTSD

Závažnosť príznakov	n	%
bez významných príznakov	217	96,44
ľahká forma	6	2,67
stredne ťažká forma	2	0,89
ťažká forma	0	0,00
spolu	225	100

Tabuľka 2: PTSD podľa závažnosti príznakov

V jednej z otázok sme sa osobitne pýtali, či sa respondentkám objavujú opätovné spomienky na pôrod. Opakovanie a vracanie sa zaťažujúcich spomienok na pôrod vyjadriilo 36,44 % respondentiek, ktorých trvanie uvádzali rôzne (od 1. dňa až doteraz).

V osobitnej otázke 17,78 % žien uviedlo odpovede, že ich negatívna skúsenosť z pôrodu ovplyvnila aj ich vzťah k dieťaťu a 48,89 % odpovedalo, že ich negatívna skúsenosť z pôrodu ovplyvnila ich rozhodnutie mať ďalšie dieťa, pričom natrvalo ovplyvnila 18,22 % žien a na určitý čas ovplyvnila 30,67 % žien.

V tejto otázke bola možnosť označenia viacerých odpovedí, celkovo sa označilo 544 možností. Za najčastejšie príčiny negatívnej skúsenosti z pôrodu boli označované komplikovaný pôrod (25,3 %), zlý prístup zdravotníkov (18,56 %), zlý prístup personálu (18,56 %), veľká bolesť (13,98 %), nedostatok informácií (11,94 %), nedostatok súkromia a dôstojnosti (10,67 %).

V tejto otázke bolo možné označiť viac odpovedí, celkovo sa označilo 400 odpovedí. Pozitívne hodnotilo prístup pôrodných asistentiek 38,00 % respondentiek a negatívne 62,00 % respondentiek. Najčastejšie išlo o neosobný (14,50 %), nadradený (12,50 %) prístup a nevhodné poznámky (11,00 %). V možnosti iné (6,25 %) sa najčastejšie vyskytovala odpoveď, že sa na pôrodné asistentky ani nepamätajú, pretože ich bolo veľmi veľa a stále sa striedali.

Diskusia

O negatívnych skúsenostiach žien z pôrodu sa málo diskutuje, pričom ide o reálny a vážny problém. Následky negatívnych skúseností žien v súvislosti s pôrodom môžu ovplyvniť ich každodenný život, majú vplyv na psychickú, fyzickú a sociálnu oblasť žien, ich partnerov i ostatných členov rodiny.

V našej štúdií sme u žien s negatívnou skúsenosťou z pôrodu pomocou škály zisťovali výskyt príznakov PTSD po pôrode (tab. 1). Najčastejšími príznakmi, ktoré poukazujú na riziko PTSD, boli v našom súbore respondentiek: strach z opakovania negatívnej udalosti, nerpripomínanie si udalosti a pocit zdesenia pri spomienke na danú udalosť. Aj podľa odborníkov [5, 12], hlavné zložky traumatickej reakcie sú vracajúce sa predstavy o udalosti, vyhýbanie sa miestam a situáciám, ktoré udalosť pripomínajú, nadmerná senzitivita. Až 36,44 % respondentiek sa v našej štúdií vyjadrilo, že od 1. dňa po pôrode stále prežívalo utrpenie z opakovaných vracajúcich a zaťažujúcich spomienok na pôrod, ktoré podľa Vodáčkovej [21] znižujú kvalitu života žien a zároveň sú jedným z príznakov pôrodnej traumy. V našej štúdií sa riziko posttraumatickej stresovej poruchy preukázalo u 3,56 %

Dôvody negatívnej skúsenosti	n	%
komplikovaný pôrod	138	25,37
zlý prístup zdravotníkov	101	18,56
veľká bolesť	76	13,98
nedostatok informácií	65	11,94
nedostatok súkromia a dôstojnosti	58	10,67
strach o dieťa	56	10,30
strata pocitu sebakontroly	47	8,63
pôrod mŕtveho dieťaťa	3	0,55
spolu	544	100

Tabuľka 3: Dôvody negatívnej skúsenosti s pôrodom

Prístup pôrodných asistentiek	n	%
veľmi dobrý, empatický	69	17,25
profesionálny	83	20,75
neprofesionálny	23	5,75
nadradený	50	12,50
nepriateľský	20	5,00
nevhodné poznámky	44	11,00
ignorácia	28	7,00
neosobný	58	14,50
iné	25	6,25
spolu	400	100

Tabuľka 4: Hodnotenie prístupu pôrodných asistentiek k žene počas pôrodu

respondentiek (tab. 2). Výsledky sú porovnateľné s výsledkami štúdií v zahraničí, ktoré uvádzajú prevalenciu PTSD po pôrode u 1,5 – 6 % žien [6, 1, 2]. Mnohé ženy vďaka svojej psychickej odolnosti, podpore okolia a iným pozitívnym vplyvom nakoniec do určitej miery spracujú aj mimoriadne traumatické skúsenosti z pôrodu. Iné však takéto šťastie nemajú, prekonávajú tieto problémy dlhodobo a vo veľkom rozsahu. Prejavy pôrodnej traumy sú u každej ženy individuálne a ovplyvňujú ich mnohé faktory. Pokiaľ sa žene podari

negatívnu pôrodnú skúsenosť spracovať bez výraznej prítomnosti uvedených prejavov, nedôjde k pôrodnej traume. Neznamená to však, že nie je potrebné sa zaoberať tým, prečo žena vníma svoj pôrod negatívne, a aké dôsledky zanechal na jej psychickom prežívaní, vnímaní samej seba alebo na jej vzťahoch.

PTSD po pôrode môže narušiť aj väzbu medzi matkou a dieťaťom, čo môže mať dlhodobý dopad na psychický a fyzický vývin dieťaťa, na kvalitu rodičovstva

a partnerstva po pôrode [6, 10, 13, 3]. Aj v našej štúdií niekoľko žien uviedlo, že negatívna skúsenosť z pôrodu ovplyvnila ich vzťah k dieťaťu (17,78 %), a taktiež rozhodnutie mať ďalšie dieťa (18,22 %). Aj Mrowetz [13] uvádza, že ženy s negatívnym pôrodným zážitkom majú problémy vo vzťahu k dieťaťu a k partnerovi a ďalšej tehotnosti sa snažia vyhýbať. PTSD po pôrode sa často zamieňa s popôrodnou depresiou. Takéto ženy nepotrebujú antidepresíva, ktoré im predpíše lekár ako liek na chybné diagnostikovanú popôrodnú depresiu. Potrebujú hlavne rozhovor, podporu od človeka, ktorým môže byť aj pôrodná asistentka. Michalovičová [15] uvádza, že prvým krokom je návšteva psychológa. PTSD je veľmi dobre a rýchlo psychoterapeuticky liečiteľná. Odporúča sa kognitívno – behaviorálna terapia, ktorá nezaťažuje ženu a dieťa a má pozitívny vplyv na celú rodinu a hlavne na ďalšiu graviditu. Farmakoterapia je vhodnejšia pri závažnej psychopatológii, kde hrozí vážne zníženie kvality života.

V našej štúdií sme zisťovali, s čím súvisela negatívna skúsenosť žien z pôrodu (tab. 3). Najčastejšou príčinou negatívnej skúsenosti v našom súbore respondentiek bol *komplikovaný pôrod*. Za komplikovaný pôrod považovali respondentky predovšetkým pôrod pomocou forcepsu, či pomocou vákuumextraktora, akútnu sekciu, indukovaný pôrod, veľa zbytočných medicínskych zásahov, epiziotómiu a následné šitie, ktoré spôsobilo nemožnosť chôdze a sedenia a dlhodobú bolesť. Naše zistenia sú v súlade so výsledkami iných výskumov, kde núdzový cisársky pôrod, indukcia pôrodu, inštrumentálne vaginálne pôrody, epiziotómia sa preukázali tiež hlavnými prediktormi posttraumatických stresových symptómov po pôrode [2, 14, 11]. Aj Mrowetz et al. [16] uvádzajú, že najčastejšie PTSD vzniká, keď sú rutinne použité lekárske zásahy, ako je vyvolávanie alebo urýchlenie pôrodu, epiziotómia, pôrod s požitím kliešti alebo vákuumextraktoru, či akútny cisársky rez. Bergman, Bergman [7] uvádzajú, že pôrod sa často stáva medicínskou udalosťou s mnohými zásahmi a menej

ako ideálnymi výsledkami. V mnohých prípadoch sa rozhodnutia robia tak, aby vyhovovali zdravotníckym pracovníkom a rutinám v nemocniciach, a nie matke. Rozhodnutia zdravotníkov by mali byť založené predovšetkým na rešpektovaní biologických potrieb dieťaťa a potrieb matky.

Ďalšia skupina respondentiek (18,56 %) uviedla, že ich negatívna skúsenosť z pôrodu súvisela s *prístupom zdravotníckych profesionálov*. Môžeme konštatovať, že pri hodnotení prístupu pôrodných asistentiek prevažoval negatívny prístup (neosobný, nadradený prístup, a nevhodné poznámky (tab. 4). Pôrodná asistentka má asistovať predovšetkým žene, no v našich pôrodniciach je častejšie asistentkou lekára. Úlohou pôrodnej asistentky je vytvoriť ženám počas pôrodu pocit bezpečia istoty, vytvoriť súkromie, zabezpečiť dostatočnú informovanosť o všetkých postupoch, vyšetreniach, ktoré sú doporučené počas pôrodu, individuálnym, empatickým prístupom poskytnúť emocionálnu podporu a predchádzať negatívnym faktorom, ktoré sa podieľajú na vzniku negatívnych skúseností z pôrodu a popôrodnej traumy [9]. Prístup zdravotníckych pracovníkov počas pôrodu významne vplýva na stav psychiky rodičky. Podľa Balaskasovej [4] tí, ktorí sa starajú o ženu počas pôrodu, by sa mali pokladať za jej hostí, ktorí sú tam preto, aby jej pomáhali. Mrowetz et al. [16] uvádzajú, že smútok matky po pôrode nie je vždy dôsledkom hormonálnej nerovnováhy a sociálnych problémov, ako si to mnoho zdravotníkov myslí. Je priamym dôsledkom aj nešetrnej organizácie pôrodu v bežnej nemocnici, kde je prioritou rutinný naprogramovaný medicínsky prístup k pôrodu a separácia dieťaťa od matky namiesto priority uspokojovania potrieb rodičky. Podľa Vodáčkovej [21], ak spúšťačom pôrodnej traumy sa stáva zdravotnícky personál, je to neospravedliteľné. Mrowetz et al. [16] odporúčajú zdravotníkom psychosociálnu prípravu a pravidelnú supervíziu. Supervízia je prevenciu syndrómu vyhorenia, vytvára predpoklady a podmienky pre profesionálny rozvoj, pričom môže slúžiť aj ako prostriedok v prospech skvalitnenia práce

s rodičkami. Pokiaľ má zdravotník rodičku skutočne podporovať, musí mať najskôr zaistenú vlastnú potrebu bezpečia, nikdy však nie na úkor psychosociálnych potrieb žien, ako sa to v súčasnosti často stáva. Aj podľa Vodáčkovej [21] by sa mali brať maximálne ohľady na psychické potreby rodiacej ženy, ktorá by sa mala cítiť bezpečne, rodiť v príjemnom prostredí, nemala by byť vydaná do rúk niekoho, kto o nej rozhoduje, ale sa jej pýta, čo si praje.

Negatívna skúsenosť z pôrodu u 13,98 % respondentiek súvisela s veľkou *bolesťou*. Ženy majú rôzne prahy pre vnímanie bolesti a preto je potrebné k nej zaujať individuálny prístup. V minulosti sa hovorilo o pôrodnej bolesti, ktorá má svoj význam. Pomáhala matke nájsť vhodnú polohu pri tlačení, ukázala jej, ako správne spolupracovať s rodiacim sa dieťaťom. Nepochopenie významu pôrodnej bolesti vedie často k strachu rodičky. Bolesť sa stáva patológiou a dostáva sa do kompetencie lekára, ktorý sa ju snaží liečiť, zmierniť alebo rovno eliminovať. Tým je potlačená aj jej produktívna sila [16]. Špecifický vplyv na priebeh pôrodu a samotnú bolesť majú negatívne emócie, ktoré ovládajú ženu skôr ako bolesti začnú. U rodičiek sa po prijatí na pôrodnú sálu zmocňujú obavy, strach a úzkosť z neznámeho prostredia. Tieto psychické faktory v konečnom dôsledku spôsobujú, že rodička prežíva aj podprahové impulzy ako intenzívnu bolesť [8].

Ďalšie negatívne skúsenosti žien z pôrodu súviseli s *nedostatkem informácií a vysvetlení počas pôrodu, s nedostatkom súkromia, s nadmerným strachom o dieťa, s pocitom straty sebakontroly*. Aj podľa Becka [6], vznik pôrodnej traumy podmieňuje predovšetkým veľmi bolestivý pôrod, indukcia pôrodu, nízky prah pre bolesť, pocity straty kontroly alebo nedostatočná komunikácia so zdravotníckym personálom. Odent zdôrazňuje [18], že súkromie, intimita, prítomie, ticho, sloboda pohybu, možnosť rodiť v akejkoľvek polohe a prítomnosť citlivých pôrodných asistentiek majú rozhodujúci vplyv na spontánny priebeh pôrodu.

Záver

V súčasnosti sa hovorí o potrebe humanizácie pôrodu, čo znamená jedinečný prístup, ktorého cieľom je urobiť pôrod pozitívnym a uspokojujúcim zážitkom. Táto stratégia slúži na posilnenie postavenia žien, zohľadnením humanizovaných hodnôt, ako je emocionálny stav žien, ich hodnoty, presvedčenie, pocit dôstojnosti a autonómie počas pôrodu. Pre prax pôrodných asistentiek je dôležité oboznámiť sa s problematikou negatívnych skúseností žien a popôrodnej traumy, čo bolo zámerom aj našej štúdie. Pôrodná asistentka by mala poznať a podieľať sa na predchádzaní a eliminovaní všetkých nepriaznivých faktorov, ktoré môžu negatívnu skúsenosť u žien spôsobiť. Identifikovaný negatívny prístup zo strany zdravotníkov sa žiada eliminovať zavedením napr. procesu supervízie pre zdravotníkov, aby získali nadhľad nad svojim správaním a uvedomovali si, čo je možné zlepšiť. Taktiež vnímame za potrebné posilňovať psychosociálne kompetencie zdravotníkov, vrátane komunikačných zručností a priebežne monitorovať a hodnotiť úroveň prístupu zdravotníckeho personálu k rodičkám.

Zo strany pôrodnej asistentky je dôležité, aby negatívne nezasahovala do prirodzeného pôrodného procesu, ale naopak prejavila nielen profesionálnu starostlivosť, ale aj záujem o rodičku, empatický, dôstojný a individuálny prístup, snažila sa o budovanie dôvery a zlepšenia informovanosti a vytvorila čo najvhodnejšie podmienky pre pôrod. V prípade negatívnej skúsenosti žien je potrebné, aby ju pôrodná asistentka včas rozpoznala a ženám poskytla primeranú pomoc a podporu.

Zdroje

1. ADEWUYA, O. A., OLOGUN, Y. A., IBIGBAMI, O. S. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. In *BJOG*. 2006, vol. 113, no. 3, p. 284-288. ISSN 1470-0328.
2. ALDER, J. STADLMAVR, W., TSCHUDIN, S., BITZER, J. Post-traumatic symptoms after childbirth: What should we offer? In

- Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2006, vol. 27, no. 2, p. 107-112. ISSN 0167-482X.
3. AYERS, S., EAGLE, A., WARING, H. The effects of childbirth related PTSD on women and their relationship: a qualitative study. In *Psychol Health Med*. 2006, vol. 11, no. 4, p. 389-398. ISSN 1354-8506.
 4. BALASKASOVÁ, J. *Aktivní porod: Stručný průvodce přirozeným porodem*. Praha: Argo, 2009. 224 s. ISBN 978-80-257-0178-2.
 5. BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4.
 6. BECK, CH. T. 2004. Posttraumatic stress disorder due to childbirth. In *Nursing research*. 2004, vol. 53, no. 4, p. 216-224. ISSN 1682-3141.
 7. BERGMAN, J., BERGMAN, N. Whose Choice? Advocating Birthing Practices According to Baby's Biological Needs. In *Journal of Perinatal Education*. 2013, vol. 22, no. 1, p. 8-13.
 8. ELIAŠOVÁ, A. *Pôrodná asistencia I Fyziológia*. Martin: Osveta. 2008. 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8.
 9. GASKIN, I. M. *Zázrak porodu*. Dou-bice: One Woman Press, 2010. 475 s. ISBN 978-80-86356-48-8.
 10. GEISEL, E. *Slzy po porodu. Jak překonat depresivní nálady*. One Women Press: Praha. 2004. 253 s. ISBN 80-86356-32-9
 11. GURKOVÁ E. et al. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v praxi*. Martin: Osveta, Slovak, 243 p., 2009.
 12. HAŠTO, J., VOJTOVÁ, H. *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození, prípadová štúdia*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 186 s. ISBN 978-80-244-2944-1.
 13. KODYŠOVÁ, E. Proč jsou některé ženy s porodem nespokojné: Psychologické a biologické koreláty percepce sociální opory při porodu. In *Psychosom*. 2014, vol. 12, no. 1, s. 25-34. ISSN 1214-6102.
 14. MAGGONI, C., MARGOLA, D., FILIPPI, F. PTSD, risk factors, and

- expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. In *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2006, vol. 27, no. 2, p. 81-90. ISSN 0167-482X
15. MICHALOVIČOVÁ, S. Popôrodné a pooperačné psychiatrické komplikácie. In *Slovenská gynekológia a pôrodnictvo*. 2006, vol. 2006, no. 13, s. 108 - 115. ISSN 1335-0862.
 16. MROWETZ, M. Posttraumatická stresová porucha (PTSD) po porodu - diagnostika a terapie. In *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*. 2013, vol. 20, no. 1, p. 59-64. ISSN 1335-423X.
 17. MROWETZ, M., ANTALOVÁ, I., CHRASTILOVÁ, G. *Bonding - porodní radost*. Praha: Dharma Gaia, 2011. 279 p. ISBN 978-80-7436-014-5.
 18. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo. 2004. 152 s. ISBN 80-85794-69-1.
 19. TANYA, P. Prevalence of Posttraumatic Stress Symptoms After Childbirth: Does Ethnicity Have an Impact? In *Journal of Perinatal Education*. 2008, vol. 17, no. 3, p. 17-26. ISSN 1058-1243.
 20. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 2012. 872 s. ISBN 9788026202257.
 21. VODÁČKOVÁ, D. et al. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál. 2012. 544 s. ISBN 978-80-262-0212-7.

Kontakt

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD.
Ústav pôrodnej asistencie,
JLF UK v Martine
Malá Hora 5, 036 52 Martin
SLOVENSKO
tel. č. 00421 432633430
mazuchova@jfm.uniba.sk

