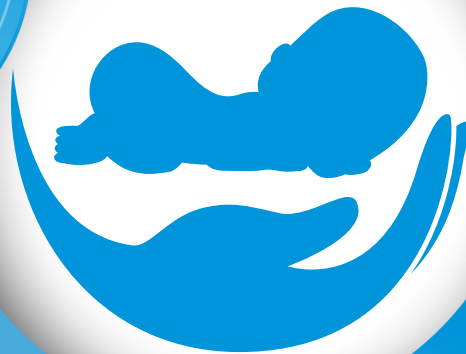


OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA

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

04
2018

ISSN 1339-5920



SK SaPA

Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek

e-časopis Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia

Predseda redakčnej rady / Editor-in-Chief

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

Redakčná rada / Editorial Board

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

Medzinárodná redakčná rada / International Editorial Advisory Board

Prof. dr sci. med. Vida Živanović
Medical College of Professional Studies Belgrade, Serbia
Assoc. Prof. Natalia Shygonska, PhD., RN
Zhytomyr Nursing Institute, Ukrainian scientific and practical journal Master of Nursing, Ukraine
dr n. med. Ewa Molka, RN
Journal of modern nurses and midwives, Poland
MA. Renata Mroczkowska, RN
Journal of modern nurses and midwives, Silesian Center for Heart Diseases in Zabrze, Department of Cardiology, Congenital Heart Diseases and 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](http://www.ciBaMed.sk)

Pokyny pre autorov / Instructions for authors

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

Redakcia si vyhradzuje právo na formálnu úpravu príspevkov a ich prípadné skrátenie.
Uzavierka čísla: 01. 08. 2018
Dátum vydania: 31. 08. 2018



XI. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou	08 - 09
Vyhlasenie účastníkov XI. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti	10
Vážené kolegyne, kolegovia, sestry pracujúce na anestezických úsekoch, manažéri/ky ošetrovateľskej praxe	11 - 12
Pohľad právnika na telefonickú ordináciu (konzultáciu) lekárom	12 - 13
Odbery krvi, žilové kanyly a lieky podávané do žily	13
Praktická sestra – s Mgr. alebo doktorátom je rovnako dobrá ako lekár	14
História anestéziológie na „našom“ území	15 - 16
Čo je vlastne anestézia?	17 - 19
Z kalendára	20
Fabryho choroba ako multisystémové ochorenie	21 - 22
Plánované konferencie organizované odbornými sekciami SK SaPA a spoluorganizované SK SaPA v roku 2018	23

Suplementum Vedecká recenzovaná časť

Možnosti časných rehabilitácií a jej význam pre pacientov v intenzívnej starostlivosti	24 - 28
Subjektívne vnímanie liečby u pacientov s mnohočetným myelómom	29 - 35
Komunikačné zručnosti sestier v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov na umelej pľúcnej ventilácii	36 - 41
Skúsenosti sestier s fyzickým násilím pacientov	42 - 47

PARTNERI



**O krok ďalej
pre zdravie**

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

Udržávajú pokožku zdravú

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

Editoriál

Vážené kolegyně, kolegovia, milí čitatelia.

Štvrté vydanie odborného – vedeckého časopisu „Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia“ je každoročne zamerané na odbor anestéziológie a intenzívna starostlivosť. V jednotlivých príspevkoch tohto čísla sa môžete dozvedieť o nových trendoch ošetrovateľskej starostlivosti o kriticky chorých pacientov na pracoviskách anestéziológie a intenzívnej medicíny a získať informácie o tom, čo je nové v odbore anestéziológie a intenzívna starostlivosť na Slovensku. Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Vám môže s radosťou oznámiť, že sa stala právoplatným členom **Európskej federácie sesterských asociácií v intenzívnej starostlivosti (EfCCNA)**, ktorej heslom je „**pracovať spoločne – dosahovať viac**“. Slovenským reprezentantom v EfCCNA sa stal **Bc. František Ňaňo**, ktorý pracuje ako sestra na Klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny Univerzitnej nemocnice v Bratislave. V júni 2018 sa nám opäť podarilo zorganizovať už „**XI. Celoslovenskú konferenciu sestier pracujúcich v intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou**“, ktorá sa konala v metropole východného Slovenska v Košiciach. Bolo nám nesmiernou cťou privítať na tomto odbornom podujatí **Anne Kokko**, viceprezidentku EfCCNA z Fínska. Tak ako po iné roky, aj tohtoročnú konferenciu môžeme pozitívne hodnotiť, pretože si zachovala vysokú odbornú úroveň. Zúčastnilo sa jej **148 sestier** z Poľska, Srbska, Fínska, Ukrajiny, Česka a zo Slovenska, odznelo na nej 42 odborných príspevkov a boli prezentované dva postery. Okrem vzdelávacích aktivít Sekcia sestier pracujúcich na pracoviskách anestéziológie a intenzívnej starostlivosti priebežne pripomienkuje legislatívu týkajúcu sa ošetrovatelstva a špecializačného, študijného programu anestéziológie a intenzívna starostlivosť.

Záverom by som Vás chcel pozvať na „**8th EfCCNaCongress 2019**“, ktorý sa bude konať 13.–16. 02. 2019 v Ľubľane v Slovinsku.



*PhDr. Milan LAURINC, PhD., dipl. s.
Predseda Sekcie sestier pracujúcich
na pracoviskách anestéziológie
a intenzívnej starostlivosti*

Príhovor

Milé kolegyně, kolegovia,

stalo sa už tradíciou, že jedno číslo časopisu Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia je venované intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti a anestéziológii a vychádza po Celoslovenskej konferencii sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti už 10 rokov s medzinárodnou účasťou. Mnohé roky nielen sledujem, ale spolupodieľam sa na napredovaní „intenzívnej“ sekcie. Teraz mi dovoľte, aby som Vám podala svoj pohľad na intenzívnu a anestetickú ošetrovateľskú starostlivosť z pohľadu hlavnej odborníčky MZ SR pre odbor Ošetrovateľstvo.

Dlhé roky problémom dennodennej ošetrovateľskej praxe boli výkony, ktoré sestry vykonávali mimo rozsah svojej praxe, teda mimo svojich kompetencií. Predovšetkým to bolo podávanie liekov do žily. Podľa novej vyhlášky na podávanie liekov do žily netreba poverenie lekára, ktoré málokto rešpektoval tak, ako to legislatíva vyžadovala (na každého pacienta osobitne, lekár (!) požiadal sestru a následne ju písomne a podpisom poveril, čo sestra potvrdila tiež podpisom). Dokument mal byť súčasťou dokumentácie pacienta a nie v „šuflíku“ na oddelení. Otázne bolo, podľa čoho lekár posúdil, 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 - ošetrovateľstve. Problém bol aj v tom, že v prípade právneho sporu sa takéto poverenie rado stratilo a sestra nemala ako dokázať, že bola poverená na podanie lieku do žily. Teraz je každá sestra kompetentná podávať lieky do žily – bez poverenia. Ale transfúzie krvi, krvných derivátov a podávanie kontrastných látok do žily naďalej spadá do kompetencie lekára.

Z časti sa vyriešil aj problém zvyšovania a znižovania kontinuálne podávaných liekov (napr. noradrenalín, tlmiace zmesi, predovšetkým v noci !), čo nebolo v kompetencii sestry. **Sestra špecialistka** aplikuje medikamentóznú liečbu v **dávkovacom rozmedzí** a farmakologickom zložení na základe indikácie lekára a po **posúdení potreby osoby** a vyhodnocuje účinnosť liečby.

Do právnych lapsusov sa sestry dostávajú aj pri telefonických ordináciách. Citujem právnika: „Obávam sa, že telefonicky a ani elektronicky v iných, než život bezprostredne ohrozujúcich prípadoch, to nepôjde. V prvom rade, ako som uviedol, sestra nesmie realizovať výkon len na základe telefonickej konzultácie.“

Problémom bolo aj zavádzanie periférnych venózných kanýl, čo sestra nemala v kompetencii – legislatíva neumožňovala kanylu zavádzať ani po poverení lekárom. Bol to pre sestru nelegálny výkon so všetkými právnymi dôsledkami za nelegálnu činnosť. Podľa novej vyhlášky **každá sestra** môže na základe indikácie lekára periférnu venóznou kanylu zavádzať aj rušiť. **Sestra špecialistka** môže aj **indikovať** výmenu a zrušenie kanyly z periférnej žily.

Naďalej ostáva problematiqué vedenie nonphysician anaesthesie (anestézie bez stálej priamej prítomnosti lekára). Podľa výskumu, až do 70% respondentov – sestier na anestetickom úseku uviedlo, že sú konfrontované so situáciami, kedy ostávajú počas anestézie pri pacientovi na operačnej sále bez stálej priamej prítomnosti lekára, čo neumožňujú ani Základné záväzné postupy pre vedenie anestézie. Moja snaha o riešenie situácie sestrou s pokročilou praxou ostala lekáorskými odbornými spoločnosťami nepochopená a zavrhnutá s odôvodnením, že by sa znížila bezpečnosť pacienta. Je nepochopiteľné, ako tieto spoločnosti môžu z dôvodu bezpečnosti pacienta tolerovať nelegálnu nonphysician anaesthesiu z rôznych dôvodov. V rámci riešenia (neriešenia?) uvedenej problematiky som cez krajských odborníkov

pre odbor Ošetrovatelstvo a následne cez manažmenty ošetrovateľskej praxe na úrovni zariadení a anestetických pracovísk vyzvala anestéziologické sestry ku nepraktizovaniu nonphysician anaesthesie, čo sa na Slovensku považuje za hrubé porušenie pracovnej disciplíny. Zrejme ešte musí prejsť nejaký čas, aby slovenská odborná verejnosť nielen pochopila, ale bola ochotná prijať skutočnosť, že mnohé anestézie sa dajú **legálne** viesť bez priamej stálej prítomnosti anestéziológa, tak ako je to napr. vo Švajčiarsku, kde 70% intraoperačnej anestetickkej starostlivosti poskytujú sestry. Sestra s pokročilou praxou (VŠ II. stupeň + špecializácia + prax) by bola určite prijateľnejším variantom legálne poskytovanej anestetickkej starostlivosti.

Slovensko ignoruje odporúčania **Európskej federácie sestier (EFN)** - organizácie, ktorá zastrešuje odborníkov v ošetrovatelstve v európskom regióne a uvádza zdravotníckeho asistenta ako jeden článok 4-stupňovej ošetrovateľskej starostlivosti: zdravotnícky asistent – registrovaná sestra – sestra špecialistka – sestra s pokročilou praxou. Poslanci Národnej rady SR zákonom o lieku premenovali zdravotníckeho asistenta na praktickú sestru, aj keď takýto zdravotnícky pracovník nie je v odporúčaní EFN. Oslovila som všetkých poslancov NR SR, predsedu vlády SR, predsedu Výboru NR SR pre zdravotníctvo, Ministerstvo zdravotníctva SR s vyjadrením nesúhlasu s uvedeným premenovaním a podaním patričných argumentov. Jedným z argumentov bola aj skutočnosť, že v zahraničí zdravotnícky asistent, ktorý poskytuje základnú ošetrovateľskú starostlivosť, predovšetkým hygienu, polohovanie, stravovanie, má len niekoľko mesačnú prípravu a nepotrebuje štyri roky odbornej prípravy, nepodáva lieky. Prečo na Slovensku prevzdelávame zdravotníckeho asistenta? Prečo pacientov oberáme o základnú ošetrovateľskú starostlivosť? A nič, resp. ignorácia odporúčaní odborníkov v ošetrovatelstve nielen na Slovensku, ale i v európskom regióne, ktoré sú podložené praxou založenou na dôkazoch, ignorácia svetových trendov, ignorácia aj listu EFN s nesúhlasným stanoviskom ku tomuto kroku Slovenska v konečnom dôsledku pocítia pacienti. Odpoveď som nedostala, aj keď je pomerne jednoduchá - potrebujeme lacné sestry, ktoré dobre zapadnú do plánov biznismenov v zdravotníctve.

Ošetrovateľská starostlivosť sa nevykoná sama. Musia ju poskytnúť odborne pripravení pracovníci. V dobe, keď narastá objem zdravotnej starostlivosti na pracoviskách intenzívnej starostlivosti, sú paradoxne snahy o zvyšovanie počtu pacientov, ktorým má poskytovať starostlivosť. Určite to nie je krok ku stabilizácii sestier v systéme, ani ku kvalitnej starostlivosti. Ďalší neodborný krok sa plánuje v zameniteľnosti zdravotníckych povolání sestra (4600 hodín odbornej prípravy) a zdravotnícky asistent alias praktická sestra (2170 hodín odbornej prípravy). Prečo potom radšej nezakomponovať zameniteľnosť povolania sestra a lekár? Ved' sestra má bližšie odbornou prípravou k povolaniu lekár, ktorý má 5500 hodín odbornej prípravy.

Vážené kolegyně, kolegovia,
to je niekoľko skutočností, ktoré sa priamo dotýkajú intenzívnej a anestetickkej ošetrovateľskej starostlivosti. Asi neštandardne ukončím môj príhovor, ale za pravdu dávam vete, ktorú som čítala na sociálnej sieti: „Obetovať sa znamená prehlbovať krízu.“



PhDr. Helena GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, dipl. s.
hlavná odborníčka MZ SR
pre odbor Ošetrovatelstvo

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

XI. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ANESTÉZIOLÓGII A INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

V dňoch 14. – 15. 6. 2018 sa v Košiciach konala XI. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou, ktorá mala hlavnú tému: *Bezpečné poskytovanie zdravotnej starostlivosti na pracoviskách anesteziológie a intenzívnej medicíny*. Konferencia, ktorej organizátorom bola Sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti SKSaPA, sa konala pod záštitou Mgr. Eleny Červeňákovskej, dipl. s., poslankyne Národnej rady SR. Na konferencii sa zúčastnilo viac ako 150 účastníkov zo Slovenska, Česka, Fínska, Srbska, Poľska a Ukrajiny. Konferenciu, ktorú otvoril PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., predseda Sekcie a riaditeľ Kancelárie SKSaPA, svojou aktívnou účasťou poctila aj p. Anne Kokko z Fínska, ktorá je viceprezidentkou *European federation of Critical Care Nurses associations* (EfCCNa). Anna Kokko srdečne pozdravila všetkých účastníkov kongresu a zároveň vyslovila radosť z toho, že sa budeme aktívne spolupodieľať, spolupracovať a vzájomne participovať v rôznych oblastiach európskej intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Všetkým adresovala pozvanie na medzinárodné podujatia, ktoré budú v blízkej dobe (<http://www.efccna.org/about/about-efccna>; <http://www.efccna.org/events/cat.listevents/2018/06/18/>).

SKSaPA; PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s., hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva SR; doc. PhDr. Ľubica Derňárová, PhD., MPH z Prešovskej univerzity; PhDr. Monika Matošová, predsedníčka Sekcie sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej medicíny, o. z. SLS. K účastníkom konferencie sa prihovorili aj zahraniční

hostia: Anne Kokko, viceprezidentka *European federation of Critical Care Nurses associations* (EfCCNa) (Fínsko); Bc. Tomáš Válek (Česko); p. Jovan Filipovič, predseda Udruženja anestezičara Srbije (Srbsko); dr. n. m. Sylwia Kremlínska (Poľsko) a assoc. prof. Natalia Shygonska, PhD., RN (Ukrajina).



Obr. 1 Časť Výboru sekcie sestier pracujúcich AaLS s prezidentkou SKSaPA

Ďalšími hosťami konferencie boli: Mgr. Ivera Lazorová, dipl. p. a., prezidentka

Na konferencii bolo prezentovaných viac ako 40 odborných príspevkov. Prvý blok prednášok začal príspevkom z Košíc: Klinika pediatickej anestéziológie a intenzívnej medicíny, DFNSP v Košiciach (Behunová).

Prednáška Anne Kokko bola o poslaní, úlohách, cieľoch a plánoch EfCCNa. Nasledoval príspevok hlavnej odborníčky MZ SR, v ktorom bola priblížená predovšetkým nová legislatíva, ktorá sa dotýka ošetrovateľskej praxe. Hovorila o odbornej spôsobilosti pre riadenie a organizáciu ošetrovateľskej praxe, sústave špecializačných odborov, nových kompetenciách sestier, preskripcii sestrou. Položila otázku: „Ak na Slovensku

Základných záväzných postupov pre vedenie anestézie: „Jeden anestéziologický tím (lekár a sestra) musí podávať v tom istom čase anestéziu len jednému pacientovi“, ktorých porušenie znamená vážne porušenie nariadenia odbornej SSAIM, čo predstavuje porušenie pracovnej disciplíny so všetkými následkami. V duchu legislatívnych zmien sa niesla aj ďalšia prednáška s názvom *Reforma ošetrovateľstva v roku 2018 na Slovensku*.

Súčasťou zmien a vývoja intenzívneho ošetrovateľstva je aj napredujúca spolupráca so sesterskými zahraničnými organizáciami, čoho dôkazom je aj členstvo Sekcie sestier pracujúcich

pre európsku prax v intenzívnej starostlivosti, vzdelávanie, publikovanie, manažment a výskum.

Vzdelávanie v ošetrovatelstve v kontexte reformy v legislatíve na Ukrajine (Shygonska), manažment kvality vysokoškolského vzdelávania na Ukrajine (Gordiichuk), postavenie sestry v anestetickom tíme (Rybárová), nadviazali na predchádzajúce príspevky.

V nasledujúcich prednáškach rezonovala problematika anestéziologickej starostlivosti (Martin, Trnava, Košice, Ružomberok, Stará Ľubovňa, Rožňava; Pančevo - Srbsko), nozokomiálnych nákaz (Banská Bystrica, Trnava, Wrocław - Poľsko), špeciálnych postupov v intenzívnej starostlivosti (Bratislava, Nitra, Vyšné Hágy, Prešov; Ostrava – Česká republika; Beograd – Srbsko; Wrocław - Poľsko), pediatická starostlivosť (Praha). To sú niektoré z tém príspevkov konferencie.



Obr. 2 Časť účastníkov konferencie

platia smernice EÚ, prečo neplatia odporúčania Európskej federácie sestier - organizácie, ktorá zastrešuje odborníkov v ošetrovatelstve v európskom regióne, ktorá uvádza zdravotníckeho asistenta ako jeden článok 4-stupňovej ošetrovateľskej starostlivosti?“ Totiž novým „zákonom o lieku“ sa zdravotnícky asistent považuje podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. septembra 2018 za praktickú sestru. V tejto súvislosti s negatívnym stanoviskom oslovila 194 poslancov NR SR, ministerku zdravotníctva SR, štátneho tajomníka MZ SR, generálneho riaditeľa Sekcie zdravia MZ SR, Odbor ošetrovateľstva MZ SR a žiadala prezidenta SR, aby nepodpísal uvedený zákon, ktorý podľa jej vyjadrení môže prispieť ku zníženiu kvality poskytovanej starostlivosti. Uviedla, že podporuje kroky SKSaPA ku ochrane povolania sestry. Vyzvala sestry pracujúce na anestéziologických úsekoch, vrátane manažmentov ošetrovateľskej praxe, na dodržiavanie

v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti SKSaPA v EfCCNa. Našu Sekciu v uvedenej európskej federácii zastupuje Bc. František Ňaňo (<http://www.efccna.org/news>), člen Výboru sekcie, uviedol predseda Sekcie.

EfCCNa je formálna sieť ošetrovateľskej starostlivosti v Európe, bola založená v roku 1999 a v súčasnosti má zastúpenie 28 medzinárodných členov, ktorí zastupujú približne 25 000 európskych sestier pracujúcich v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Od svojho vzniku bolo poslaním EfCCNa: podporiť spoluprácu a spravodlivosť medzi kriticky chorými pacientmi s cieľom zlepšiť ošetrovanie kriticky chorých pacientov a ich rodín. EfCCNa poskytuje jedinečnú príležitosť



Obr. 3 Viceprezidentka EfCCNa p. Anne Kokko a člen výboru sekcie sestier pracujúcich v AaIS Bc. František Ňaňo

Na záver konferencie predseda Sekcie prečítal vyhlásenie účastníkov konferencie adresované Ministerstvu zdravotníctva SR.

PhDr. Milan Laurinc, PhDr., dipl. s., predseda
PhDr. Andrea Bratová, PhD., podpredseda
 Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti SKSaPA

VYHLÁSENIE ÚČASTNÍKOV XI. CELOSLOVENSKEJ KONFERENCIE SESTIER PRACUJÚCICH V ANESTÉZIOLÓGII A INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU KONANEJ 14. – 15. 6. 2018 V KOŠICIACH

Účastníci XI. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou dávajú na vedomie:

- » Apelujeme na Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky o vytvorenie jednotného špecializačného študijného programu, spoločného pre anesteziológiu, intenzívnu starostlivosť o dospelých a intenzívnu starostlivosť o dieťa. Absolvovaním ktorého by vznikla sestra špecialistka, ktorá by bola uplatniteľná na viacerých úsekoch v oblasti anesteziológie a intenzívnej starostlivosti, čo by bolo prínosom nielen pre sestru špecialistku, ale i pre jej zamestnávateľa.
- » V rámci tvorby normatífov minimálneho personálneho obsadenia žiadame o vytvorenie minimálneho personálneho obsadenia na pracoviskách OAIM: jedna sestra / jeden pacient a na lôžkach jednotiek intenzívnej starostlivosti jedna sestra / dva pacienti.
- » Žiadame o riešenie problematiky personálneho obsadenia anesteziologických tímov, tak aby nedochádzalo ku poskytovaniu anesteziologickej starostlivosti non lege artis, z čoho vyplýva nielen zníženie kvality poskytovanej starostlivosti, ale i hrubé porušovanie pracovnej disciplíny dotknutými pracovníkmi.
- » Vyslovujeme ne súhlas s premenovaním zdravotníckeho asistenta na praktickú sestru, v čom vidíme ohrozenie názvu regulovaného povolania sestera. Pomenovanie praktická sestra

v zahraničí patrí sestere s pokročilou praxou (sestra s Mgr. alebo doktorátom). Je to sestra s pokročilou praxou, ktorá vykonáva mnohé výkony, ktoré na Slovensku vykonávajú lekári. Na Slovensku paradoxne pomenovanie praktická sestra patrí zdravotníckemu pracovníkovi, ktorý nie je sestra, to znamená, že nemá odbornú prípravu 4600 hodín v študijnom odbore Ošetrovateľstvo.

- » Žiadame zákonodarcov o prijatie pomenovania registrovaná sestra pre povolanie sestera (4600 hodín odbornej prípravy, na základe smerníc EU), čím by sa odlíšilo od ľahko zameniteľného názvu praktická sestra (1760 hodín odbornej prípravy). Pomenovanie registrovaná sestra by bolo kompatibilné i s pomenovaním sestry, tak ako ju uvádza Európska federácia sestier v 4. stupňovom modeli ošetrovateľstva.
- » Žiadame o zabezpečenie pracovísk Anesteziológie a intenzívnej starostlivosti manažérmi ošetrovateľskej starostlivosti, ktorí spĺňajú odbornú spôsobilosť pre riadenie a organizáciu ošetrovateľskej praxe.
- » Požadujeme vykonať všetky dostupné a potrebné kroky pre stabilizáciu sestier na pracoviskách Anesteziológie a intenzívnej starostlivosti, vrátane platového ohodnotenia a vhodných pracovných podmienok.
- » Navrhujeme formou všeobecne záväzného opatrenia (usmerenia) zabezpečiť pravidelný praktický tréning v oblasti poskytovania kardiopulmonálnej resuscitácie v zariadeniach po-

skytujúcich zdravotnú starostlivosť.

- » European Federation of Critical Care Nursing Associations (EfCCNa), v zastúpení jej viceprezidentky Anne Kokko, ktorá sa konferencie zúčastnila, odporúča v kontexte vyššej dostupnosti zdravotnej starostlivosti i vyššej bezpečnosti pacienta, podporovať rovnocenné partnerstvo sestier v tímoch a spolupracovať na rozvoji európskej kritickej praxe, vzdelávania, riadenia a výskumu.

V Košiciach dňa 15.06.2018

Na vedomie:

Ministerka zdravotníctva SR, doc. MUDr. Andrea Kalavská, PhD., MHA

Štátny tajomník MZ SR, MUDr. Jaroslav Ridoško, PhD. MBA

Generálny riaditeľ Sekcie zdravia MZ SR, MUDr. Miroslav Bdžoch, PhD., MPH

Riaditeľka Odboru ošetrovateľstva MZ SR, PhDr. Darina Danyiová, dipl. s.

Riaditeľka Odboru zdravotníckeho vzdelávania MZ SR doc. PhDr. Zuzana Slezáková, PhD., MPH

Hlavná odborníčka MZ SR pre odbor Ošetrovateľstvo PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.

Prezidentka SKSaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

VÁŽENÉ KOLEGYNE, KOLEGOVIA, SESTRY PRACUJÚCE NA ANESTETICKÝCH ÚSEKCH, MANAŽÉRI/KY OŠETROVATEĽSKEJ PRAXE,

Základné záväzné postupy a podmienky pre vlastný výkon anestézie uvádzajú: „Pri akomkoľvek spôsobe podávania anestézie musí byť prítomný na anestéziologickom pracovisku kvalifikovaný anestéziológ (anestéziológ v príprave na kvalifikačnú atestáciu) a anestéziologická sestra. Jeden anestéziologický tím (lekár-sestra) musí podávať v tom istom čase anestéziu len jednému pacientovi - teda jeden tím smie podávať anestéziu len jednému pacientovi.“

Opakovane sú mi doručované sťažnosti sestier z mnohých anestetických úsekov, že sestry sú dennodenne konfrontované so situáciou, kedy ostávajú počas anestézie pri pacientovi samé, bez priamej stálej prítomnosti lekára, a teda reálne vedú non physician anaesthesiu.

Takáto situácia sa najčastejšie vyskytuje na pracoviskách, kde jeden anestéziológ zabezpečuje službu pre anestetický úsek + lôžkovú časť + konziliárne služby zo zariadení, čo sú prakticky všetky „menšie“ nemocnice. Ak je lekár na jednom úseku, nemôže byť prítomný na druhom úseku. Situácia sa týka aj fakultných nemocníc, v ktorých je nedostatok anestéziológov, čo potvrdil aj výskum v roku 2014. Keďže takýto spôsob anestézie nie je na Slovensku legislatívne upravený, anestézia je poskytovaná **nelegálne**, vrátane ošetrovateľskej anestetickej starostlivosti, čo ako hlavná odborníčka MZ SR pre odbor Ošetrovateľstvo nemôžem tolerovať.

Z uvedeného dôvodu som sa obrátila na tvorcu *Základných záväzných postupov a podmienok pre vlastný výkon anestézie*, Slovenskú spoločnosť anestéziológie a intenzívnej medicíny s výzvou o riešenie uvedenej situácie s tým, že som ako možnosť riešenia navrhla využitie odborného potenciálu sestier tak, aby sestry činnosti nevykonávali nelegálne, čo nie je zlučiteľné s kvalitou starostlivosti, bezpečnosťou pacienta. Zároveň, aby nedošlo k obmedzeniu poskytovania anestetickej starostlivosti, som navrhla možnosť úpravy *Základných záväzných postupov a podmienok pre vlastný výkon anestézie* s využitím pozície sestry s pokročilou praxou (sestra s VŠ II. stupňa + špecializácia + prax). Môj návrh na **zlegalizovanie už praktizovanej** non physician anaesthesie nebol prijatý s pochopením, ale aj tak situáciu vnímam pozitívne, lebo k problému nelegálneho **už praktizovania** non physician anaesthesie na Slovensku začala široká odborná diskusia.

Vychádzajúc z uvedených *Základných záväzných postupov* je nepripustná aj opačná situácia – jedna anestetická sestra poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť súčasne dvom pacientom počas anestézie (na dvoch sálach).

K porušovaniu *Základných záväzných postupov a podmienok pre vlastný výkon anestézie* sa vyjadri:

Výbor Spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny (SSAIM) považuje za mimoriadne dôleži-

té dodržanie *Základných záväzných postupov vedenia anestézie* pri udržaní bezpečnosti anestézie. Bezpečnosť podávania anestézie sa v súčasnosti považuje za najvyššiu prioritu odboru A+IM. „Ak by sme súhlasili s non-physician anestéziami na Slovensku, vystavili by sme pacientov mimoriadnemu riziku. Riešením nemôže byť zníženie náročnosti predpisu a zvýšenie rizika!“

Hlavný odborník MZ SR pre odbor Anestéziológia a intenzívna medicína doc. MUDr. Jozef Firment, PhD. uvádza:

„Ak sa niekde vykonávajú anestézie bez anestéziológov, považujeme to za vážne porušenie nariadenia našej odbornej SSAIM. A s tým sa ako hlavný odborník MZ SR pre odbor anestéziológia a intenzívna medicína stotožňujem. Cestou na riešenie problému je vytvorenie podmienok pre to, aby na Slovensku bolo viac anestéziológov a anestéziologických sestier.“

Doc. MUDr. Roman Záhorec, CSc., prezident Slovenskej spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny pri Slovenskej lekárskej spoločnosti sa vyjadruje následne: „Jeden anestéziologický tím (lekár a sestra) musí podávať v tom istom čase anestéziu len jednému pacientovi. T. j. jeden anestéziologický tím (anestéziológ + anestetická sestra) smie podávať anestéziu len jednému pacientovi.“

Na základe vyššie uvedených skutočností **vyzývam** všetky sestry na anestetických úsekoch,

vrátane manažmentov ošetrovateľskej praxe, na dodržiavanie Základných záväzných postupov pre vedenie anestézie, ktorých porušenie znamená vážne porušenie nariadenia odbornej SSAIM, čo predstavuje porušenie pracovnej disciplíny so všetkými následkami. Je absurdné, aby sestra úmerne vykonanej nelegálnej práci bola zvýhodnene odmeňovaná z finančných prostriedkov poistencov, ktorí práve naopak očakávajú kvalitnú starostlivosť v súlade s platnými predpismi.

K úlohám manažmentov patrí aj kontrola dodržiavania záväzných dokumentov, preto je nemysliteľné, aby sestry, ktoré chcú pracovať podľa platnej legislatívy, boli terčom bossingu a mobingu.

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológie a intenzívna medicína uvádza, že kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti zabezpečujú vedúci pracovníci AIM oddelení, jej kontrolu vykonáva hlavný odborník spolu s krajskými odborníkmi a stavovské organizácie.

Vychádzajúc zo *Štatútu hlavných a krajských odborníkov*, predovšetkým Článok IV Úlohy hlavných odborníkov a krajských odborníkov, písm. i) *podieľajú sa na kontrole plnenia špecifických úloh na danom úseku zdravotnej starostlivosti...* a písm. j) *písomne informujú ministerstvo o závažných nedostatkoch a o problémoch svojho odboru, vrátane návrhov na prijatie potrebných opatrení...*,

budem spolu s krajskými odborníkmi pre odbor Ošetrovateľstvo dbať na to, aby sestry nepraktizovali nelegálnu non physician anaesthesiu, teda neostávali počas anestézie bez priamej a stálej prítomnosti anestéziológa pri pacientovi. Činnosti mimo rámec kompetencií neprispievajú bezpečnosti pacientov, ich dôveryhodnosti v poskytovanú starostlivosť a vznikajú právne problémy z prekročenia kompetencií.

Hlavní odborníci a krajskí odborníci sú poradným orgánom Ministerstva zdravotníctva, ktorí spolupracujú s ministerstvom pri odbornom usmerňovaní poskytovania zdravotnej starostlivosti a pri odbornom

-metodickom vedení zdravotnej starostlivosti v príslušnom odbore. Preto o uvedenej problematike informujem aj Sekciu zdravia MZ SR.

Nie som toho názoru, že najlepšou cestou k vyriešeniu problému je smerovanie autorov sťažnosti - sestier z anestezických úsekov, v rámci prešetrovania situácií, na Inšpektoráty práce, ÚDZS, zdravotné poisťovne. Aj naďalej uvítam každý podnet a návrh na riešenie uvedenej problematiky, tak aby bola **odstránená** nelegálna práca sestier na anestezických úsekoch **bez zníženia** rozsahu a kvality poskytovanej anestetickej starostlivosti, ktorej bude pribúdať v súvislosti s trendom starnutia populácie i vyššími nárokmi ľudí na kvalitu života. Verím, že spoločným úsilím všetkých zainteresovaných sa to podarí.

V Bratislave 8.3.2018

S úctou

PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.

hlavná odborníčka MZ SR pre odbor ošetrovateľstvo

POHĽAD PRÁVNÍKA NA TELEFONICKÚ ORDINÁCIU (KONZULTÁCIU) LEKÁROM

V rámci platnej legislatívy konzultácie cez telefón alebo e-mailom sú problematické. Sestry v zariadeniach sociálnych služieb (ZSS), domoch ošetrovateľskej starostlivosti (DOS) v snahe riešiť subakútne zhoršovanie zdravotného stavu pacienta bývajú bežne konfrontované so situáciami, kedy porušujú platnú legislatívu.

Na základe prieskumu ošetrovateľskej praxe v uvedených zariadeniach, najčastejšie situácie,

keď **lekár telefonicky ordinuje**, sú: pri známkach novovzniknutej infekcie (symptómy ako kašeľ, zvýšená TT, zvýšený CRP) napr. antibiotiká, antipyretiká a pod.; pri bolesti analgetikum, vyšetrenie podľa klinického obrazu; pri nepokoji, prejavoch úzkosti, poruchách správania sedatívum, anxiolytikum; úpravu chronickej liečby, napr. antihypertenzívnej. Sestra s lekárom telefonicky konzultuje, konzultáciu zapíše do dokumentácie a ordináciu vykoná.

Telefonické konzultácie sú dennodennou praxou aj v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti, preto uvádzam vyjadrenie právniky k uvedenej problematike:

„Obávam sa, že telefonicky a ani elektronicky v iných, než živito bezprostredne ohrozujúcich prípadoch, to nepôjde. V prvom rade, ako som uviedol, sestra nesmie realizovať výkon len na základe telefonického konzultácie (rovnako ani lekár), pretože:

- 1) lekár v takom prípade nevie urobiť záznam do zdravotnej dokumentácie, hoci je na to podľa ust. § 21 ods.2 zák. č. 576/2004 Z. z. povinný,
- 2) lekár je ten, do koho kompetencie patrí výkon, preto on by mal získať informovaný súhlas pacienta (poučenie sestrou nestačí, lebo nie je tou, ktorá má odbornú spôsobilosť na objasnenie liečby, postupu alebo iného výkonu), teda sestra by uskutočnila výkon bez informovaného súhlasu,
- 3) sestra nevie preukázať, že pokyn dostala, ak bol vykonaný telefonickou formou, a teda znáša s tým spojené značné riziká,

4) záznamom do ošetrovateľskej dokumentácia by sestra de facto potvrdila, že urobila výkon, ktorý nepatrí do jej kompetencie (rozsahu).

Teda taký postup je prípustný jedine v situácii, kedy sú súčasne naplnené tieto podmienky:

- 1) hrozí bezprostredné ohrozenie života alebo hrozba ťažkého poškodenia zdravia pacienta, najmä ak nie je možné získať informovaný súhlas pacienta,
- 2) nie je možné zabezpečiť v potrebnom čase zdravotnú starostlivosť lekárom osobne.

Lenže, to už je stav, kedy sestra komunikuje s RZP (dispečer, lekár), teda rozhovor je nahrávaný a preto nie je potrebné vykonať odposluch. Zároveň poukazujem na to, že odposluch nie je možný bez predchádzajúceho súhlasu lekára. Ako bude sestra dokazovať, že ho získala. V zásade neodporúčam toto vkladať do ošetrovateľských postupov.

Podotýkam, že uvedený názor je identický s právnickou literatúrou, napr.: Soudní lékařství a jeho moderní trendy, Štefan, Hladík a kol., vydavateľstvo Grada, str. 374 alebo Lékař a právo, Mach J., Grada, str. 148“ (Mgr. Slávik, právnik).

ODBERY KRVI, ŽILOVÉ KANYLY A LIEKY PODÁVANÉ DO ŽILY

Vyhláška č. 95/2018 Ministerstva zdravotníctva SR, 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 uvádza, že

1. sestra samostatne na základe indikácie lekára:

» **Odbery:**

- odoberá krv z periférnej žily (pozor - vena femoralis je centrálna žila!),
- krv z centrálného žilového kateétra.

» **Periférne žilové kanyly:**

- zavádza kanylu do periférnej žily,
- ruší kanylu z periférnej žily.

» **Lieky do žily:**

- aplikuje lieky intravenózne s výnimkou transfúzie krvi, krv-

ných derivátov a kontrastných látok, (pozn.: na intravenózne podanie lieku sestrou nie je potrebné poverenie lekára; transfúzie krvi, krvné deriváty a kontrastné látky nemôže podávať ani po poverení lekárom!),

- aplikuje parenterálnu výživu.

2. sestra špecialistka

Sestra, ktorá získala odbornú spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností a odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností navyše samostatne:

- indikuje výmenu a zrušenie kanyly z periférnej žily (pozn. prvé zavedenie periférnej kanyly indikuje lekár – písomne. Ak nie je písomná ordinácia a sestra zdokumentuje, že kanylu zaviedla, tak dokumentuje výkon nad rozsah svojej praxe).
- aplikuje medikamentóznú liečbu v dávkovacom rozmedzí a farmakologickým zložením

na základe indikácie lekára a po posúdení potreby osoby a vyhodnocuje účinnosť liečby.

(pozn.: Dávkovacie rozmedzie musí byť uvedené lekárom písomne - napr. Furosemid 20 mg po 6 – 8 hodinách, Noradrenalin 5 – 10 ml /hod.. Ak v dokumentácii nie je uvedené dávkovacie rozmedzie, tak sestra svojvoľne mení lekárom ordinovanú liečbu, na čo nemá kompetenciu).

(Spracované výborom Sekcie sestier pracujúcich v Anestéziológii a intenzívnej starostlivosti podľa Vyhlášky č. 95/2018 Ministerstva zdravotníctva SR, 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).

PRAKTICKÁ SESTRA – S MGR. ALEBO DOKTORÁTOM JE ROVNAKO DOBRÁ AKO LEKÁR

Holandskí autori realizovali prehľad z 18 medzinárodných prípadových štúdií, ktorý dokazuje, že starostlivosť poskytovaná sestrami sa zohoduje so starostlivosťou poskytovanou lekármi v primárnej starostlivosti.

Nedávno aktualizovaná správa - s názvom *Sestry ako náhrada za lekárov v primárnej starostlivosti* ukazuje, že starostlivosť poskytovaná praktickými sestrami je rovnako účinná a vysoko kvalitná ako starostlivosť poskytovaná lekármi, ak nie lepšia.

Vyššia pracovná záťaž lekárov a stále náročnejšia zdravotná starostlivosť znamenajú, že sú naliehavo potrebné alternatívne modely primárnej starostlivosti. Mnohí pacienti navštevujúci centrá primárnej starostlivosti nemusia nevyhnutne vyžadovať odborné znalosti lekára, preto správa skúma koncepciu využívania sestier ako spôsobu na zlepšenie prístupu a efektívnosti primárnej starostlivosti.

Cieľom výskumov bolo zistiť, ako pracujú sestry ako náhrada za lekárov v primárnej starostlivosti na základe výsledkov, procesov v starostlivosti o pacientov.

V správe sa zistilo, že uvedená starostlivosť sestier by mohla viesť k lepšej spokojnosti pacientov, ako

aj k nižšej miere úmrtnosti. Analyzované údaje ukázali, že šesť z 1000 pacientov zomrelo pri starostlivosti lekárom a štyria až šesť pacientov zomrelo pri starostlivosti sestrou.

Zistilo sa, že aj iné klinické problémy, ako napríklad krvný tlak, hladiny cholesterolu a reumatoidná artritída, sú rovnako pozitívne riešené zdravotnými sestrami ako lekármi.

Autori správy uviedli v príspevku: „*Toto preskúmanie ukazuje, že vzdelané sestry poskytujú starostlivosť, ktorá je rovnaká alebo lepšia ako starostlivosť poskytovaná lekármi primárnej starostlivosti a pravdepodobne dosiahne rovnaké alebo lepšie zdravotné výsledky pre pacientov.*“

Napriek tomu, že uvedené štúdie poukazujú na výsledky nezávislej praxe sestier, kvalita starostlivosti o pacienta závisí od celkového fungovania tímu primárnej starostlivosti, vrátane zdravotných sestier, lekárov a iných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Spracované redakciou podľa článku: Practice nurse-led care just as good as that of doctors, report shows z 24. 7. 2018, uverejneného v periodiku Practice Business.

Odkaz na zdroj: <http://practicebusiness.co.uk/practice-nurse-led-care-just-as-good-as-gp-care-report-shows/>

Poznámka redakcie: Uvedený článok je jeden z príkladov ako využiť vysokoškolsky vzdelané sestry v prospech pacientov so zachovaním kvality poskytovanej starostlivosti. Takto je v zahraničí vnímaná praktická sestra, ktorá má Mgr. alebo doktorát.

Nie sme taká bohatá krajina, aby sme mohli pohrdať vzdelaním občanov. Tendenčné smerovanie slovenského ošetrovateľstva neodborníkmi, ignorovanie svetových trendov a odporúčani slovenských a európskych odborníkov je na škodu celej našej spoločnosti. Ošetrovateľstvo je súčasťou každej spoločnosti. Je nemysliteľné, ak sa naša spoločnosť nachádza v 21. storočí a paradoxne ošetrovateľstvo je smerované do polovice 20. storočia. Úprimný záujem o čo najzdravšiu populáciu, odborné diskusie, okrúhle stoly odborníkov sú určite prínosnejšie pre každú demokratickú spoločnosť ako represívne opatrenia z pozície moci.

PREČO BYŤ ČLENOM V SK SaPA?



HISTÓRIA ANESTÉZIOLÓGIE NA „NAŠOM“ ÚZEMÍ

**HELENA GONDÁROVÁ -VYHNIČKOVÁ^{1,7}, ANDREA BRATOVÁ^{2,3,7}, MILAN LAURINC^{4,7}, FRANTIŠEK ŇAŇO^{5,7},
VIERA KORMANÍKOVÁ^{6,7}**

¹ KAIM, ÚVN SNP Ružomberok, fakultná nemocnica

² Ústav ošetrovatelství, 2. LF UK a Fakultní nemocnice Motol, Praha

³ Hospic dom pokoja a zmiery u Bernadetky, Nitra

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

⁵ I. KAIM LF UK a UNB; Univerzitná nemocnica Bratislava – Ružinov

⁶ OAIM, Ľubovnianska nemocnica n.o, Stará Ľubovňa

⁷ Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti SKSaPA

Dátum 8.2.1847 je dôležitý aj pre vývoj anestéziológie na Slovensku. Je to dátum, kedy milosrdný brat (člen spoločnosti františkánov) Celestín Opitz podal prvú éterovú narkózu v nemocnici Milosrdných bratov v Prahe. Opitz bol medzi prvými, ktorí v Rakúsko - Uhorsku éterovú narkózu po pokusoch na zvieratách zaviedli do praxe. Opitz sa už dlho predtým zaujímal o možnosti, ako uľaviť operovaným pacientom od bolesti. Chirurgia v tom čase ako narkózu u pacienta používali len omámenie alkoholom (1). Prvá zmienka anestézie na Slovensku pochádza z roku 1777 počas krátkeho pôsobenia Trnavskej univerzity, kde vznikla publikácia od Prof. Wenczeslaus Trnku s názvom Comentarium de tetano (2). Koncom 19. storočia sa anestézia používala aj na Slovensku. Prvá inhalčná anestézia na území Uhorska sa vykonala v roku 1847 v Budapešti, vykonal ju János Barass. Rozvoj miestnej anestézie ovplyvnil rakúsky lekár Carl Keller, spoznal účinok kokaínu, prezentoval svoj objav vo Viedni 17. septembra 1884.

Na našom území, v rámci bývalého Československa, prvé anestéziologické oddelenie bolo založené po 2. svetovej vojne v roku 1948 v Ústrednej vojenskej nemocnici v Prahe (1, 3). Vojenské zdravotníctvo vytvorilo v tomto období podmienky pre klinický rozvoj

anestéziológie. Po Ústrednej vojenskej nemocnici v Prahe, neskôr ústredná vojenská správa zriadila Druhý vojenský anestéziologický kabinet aj na Slovensku, a to vo Vojenskej nemocnici v Ružomberku (4).



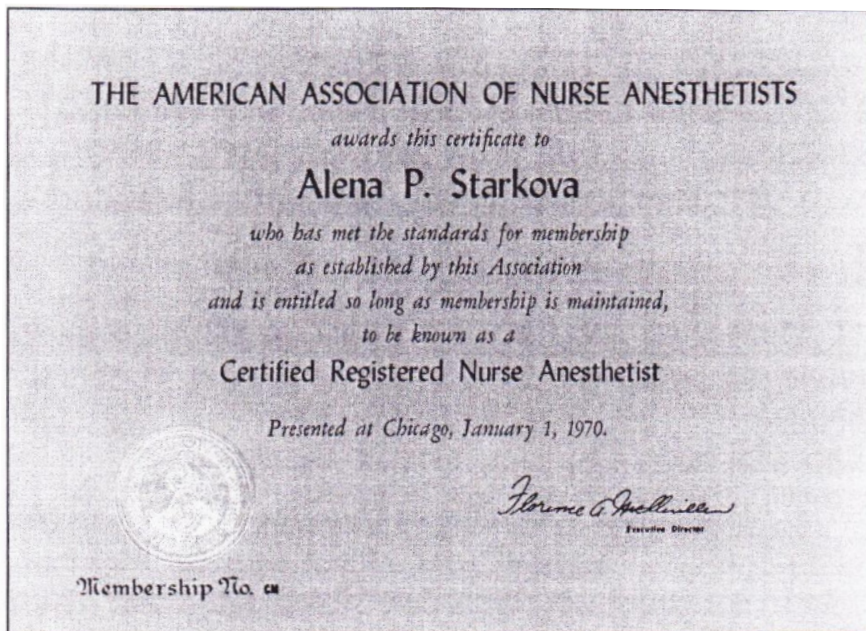
Obr. 1 Prvou anestéziologickou sestrou v bývalom Československu bola Alena Stárková – Palečková (6)

Prof. Pavol Steiner sa považuje za zakladateľa modernej slovenskej chirurgie, no bol tiež zdrojom nových poznatkov aj o anestézii, načerpal ich počas pobytu v Anglicku. Po príchode do Martina poznatky, ktoré získal v Anglicku, mal záujem ihneď uplatniť, preto v roku 1946 pozval z Anglicka prof. Ruth E. Mansfieldovú. Bola prvou, ktorá na Slovensku vykonala éterovú en-

dotracheálnu vyváženú celkovú anestéziu. Pojem „vyvážená anestézia“ zaviedol Lundy v roku 1926, v súčasnosti sa čiastočne prekrýva s pojmom doplňovaná, balancovaná anestézia. Uvádza sa, že prvé podanie celkovej anestézie lekárom na Slovensku bolo po 2. svetovej vojne. Vývoj, ktorý začal v roku 1946, sa nedal zastaviť (4). V roku 1952 bola založená Anestetická komisia pri Chirurgickej sekcii československej lekárskej spoločnosti J. E. Purkyňe. Prvé anestéziologické oddelenie na Slovensku vzniklo v roku 1960 ako subkatedra anestéziológie UDL v Martine pri Katedre chirurgie (2). Formovanie odboru sa uzatvorilo 28. februára 1969 vznikom Slovenskej spoločnosti anestéziológie a resuscitácie. Prvým predsedom sa stal doc. MUDr. Tomáš Kadlic, CSc. (4). Osobnosťou v sedemdesiatych rokoch bol MUDr. Bohuš, ktorý bol i predsedom Slovenskej spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny (SSAIM), vydal niekoľko odborných publikácií. Medzi významné osobnosti patrili prof. MUDr. Pokorný, CSc. a prvá dáma československej anestéziológie doc. MUDr. Drábková, CSc. V roku 1966 vzniklo v NsP Prešove prvé lôžkové ARO (2).

Prvá anestéziologická sestra na našom území

Vzhľadom na krátku históriu Slovenskej republiky a naše dlhoročné za-



Obr. 2 Diplom spoločnosti American Association Nurse Anesthetists (6)

členenie do bývalého Československa sú údaje v historických prameňoch uvedené v rámci bývalého štátneho zriadenia. V polovici 19. storočia, už spomínaný milosrdný brat (člen spoločnosti františkánov) Celestín Opitz, podal prvú éterovú narkózu v nemocnici Milosrdných bratov v Prahe (3, 5). Koncom 19. storočia na Slovensku inhalačnú anestéziu pacientom podávali mníšky, uvádza Fiment (6). Prvou anestéziologickou sestrou v bývalom Československu bola Alena Stárková – Palečková (1925 – 1970), ktorá pracovala v Ústrednej vojenskej nemocnici v Prahe. Vedela nielen dôkladne spolupracovať s lekárom podávajúcim anestéziu, ale ovládala aj samostatné vedenie celkovej anestézie vrátane laryngoskopie a endotracheálnej intubácie po podaní svalového relaxancia. V prípade onemocnenia lekára vykonávala celkové anestézie samostatne. Pôsobila tiež ako pedagóg na strednej zdravotníckej škole, kde sa venovala ošetrovateľským technikám. Neskrát aj špecializačnému štúdiu pre anestéziologické sestry. Stále viac si uvedomovala potrebu celoživotného vzdelávania, preto v roku 1950 oslovila Asociáciu amerických anestéziologických sestier v Chicagu, ktorá vydávala v Spojených štátoch odborný časopis pre anestéziologické sestry. Jej žia-

dosti o zasielanie tohto časopisu bolo vyhovené a stala sa tak do polovice 80-tych rokov odberateľkou *Journal of the American Association of Nurse Anesthetist*. V americkom časopise bol každoročne zverejňovaný zoznam členiek a medzi nimi bola po mnoho rokov uvádzaná pani Alena Stárková – Palečková ako jediná sestra nielen z Československa, ale z celej Európy. Jej ďalšie profesijné úspechy na seba nenechali dlho čakať. Americkú asociáciu anestéziologických sestier jej bol vystavený diplom „*Certified Registered Nurse Anesthetist*“ - diplomovaná registrovaná anestéziologická sestra. Bola spoluautorkou príručky *Anestéziologická technika*, ktorá vyšla v roku 1961. Ako spoluautorka sa podieľala aj na ďalších odborných publikáciách (7). Alenu Stárkovú – Palečkovú môžeme právom považovať za zakladateľku ošetrovateľskej starostlivosti v odbore anestéziológia a intenzívna medicína, nielen v Česku ale celé desaťročia aj „u nás“.

Literárne zdroje

1. DVOŘÁČEK, B. 2003. Historie anesteziologie - má nám i dnes co říci? In: *Anesteziologie & intenzivní medicína*. ISSN: 1214-2158, 2003, r. 14, č. 5, s. 247 - 248.
2. FIRMENT, J., STUDENÁ, A. a kol.

2004. *Anestéziológia a intenzívna medicína*. 2. vyd. Košice : Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2004. 370 s. ISBN 80-7097-562-8.

3. PETKOVÁ, J., NOVOTNÁ, V., KASKOVÁ, M. 2012. *Historie anestézie až do současnosti* (online). 2012 (Citované 10.08.2018). Dostupné na: <http://www.slideshare.net/Bulovka/historie-anestzie-a-do-souasnosti>
4. ONDERČANIN, M. 2011. Vážené kolegyně, kolegovia (online). 2011 (Citované 11.08.2018). Dostupné na: <http://www.ssaim.sk/uvod.html>
5. FIRMENT, J. a kol. 2013. *Historia anestéziologie a intenzivnej medicíny na Slovensku*. Košice : Kniha Hanzlůvka, 2013. 486 s. ISBN 978-80-8954-610-7.
6. FIRMENT, J. 2001. *Korene anestéziologie siahajú do čias bylinkárov a barbierov...* [online]. 2001 (Citované 10.08.2018). Dostupné na: <http://korzar.sme.sk/c/4700467/korene-anesteziologie-siahaju-do-cias-bylinkarov-a-barbierov.html>
7. POKORNÝ, J. 2007. První anesteziologická sestra v Československu - d. s. Alena Stárková-Palečková. In: *Anesteziologie a intenzivní medicína*. ISSN 1214-2158, 2007, r. 18, č.4, s. 241-243.

Kontakt na autorov

PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.

helenagondar@centrum.sk

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

abratova@gmail.com

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

milan.laurinc@gmail.com

Bc. František Naňo

frantisek.nano@gmail.com

Mgr. Viera Kormaníková

vierkakor@gmail.com

ČO JE VLASTNE ANESTÉZIA? WHAT IS ANESTHESIA?

DANIELA RYBÁROVÁ¹, INGRID LABAŠKOVÁ²

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava, detašované pracovisko Rožňava, Nemocnica s poliklinikou Spišská Nová Ves, a.s.

² Fakultná nemocnica J. A. Reimana v Prešove

Abstrakt

Hlavnou úlohou modernej medicíny a ošetrovateľskej starostlivosti je poskytovať kvalitnú zdravotnú starostlivosť, zlepšovať diagnostiku, prognostiku, kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, zachraňovať a predlžovať život pacientovi. Jej súčasťou je aj smerovanie ku skvalitňovaniu poskytovania anestézie, ktorá je neoddeliteľnou súčasťou každého operačného výkonu za účasti profesionálneho anestéziologického tímu. Vďaka širokej ponuke vysoko účinných liekov a stále dokonalejších zdravotníckym technikám umožňuje poskytnúť pacientom tlmenie bolesti a vytvoriť optimálne podmienky na akýkoľvek operačný výkon bez ohľadu na vek pacienta a jeho pridružené ochorenia.

Kľúčové slová

Anestézia. Druhy anestézie. Štádia anestézie. Helskinská deklarácia.

Key words

Anesthesia. Types of anesthesia. Stages of anesthesia. Helsinki Declaration.

Anestézia je slovo gréckeho pôvodu an aisthetos (nevnímanie) a úlohou anestézie je predovšetkým odstránenie vnímania bolesti pri operačných a diagnostických výkonoch a má dve časti - hypnotickú a analgetickú (1).

Anestéziológia je vedná disciplína o anestézii, ktorá čerpá poznatky aj z iných medicínskych a nemedicínskych vedných disciplín (2).

Anestéziologická starostlivosť zabezpečuje bezbolestné vykonávanie diagnostických a liečebných výkonov tak na operačnej sále aj mimo nej, kde musia byť vytvorené také podmienky, aby tieto výkony mohli byť vykonávané

bezpečne s čo najmenším nepriaznivým ovplyvnením stavu pacienta (3).

Klasifikácia anestézie podľa spôsobu vyvolania anestézie (4):

- a) anestézia navodená liekmi – *farmakoanestézia* – najčastejšie používaný spôsob anestézie,
- b) anestézia navodená fyzikálnymi faktormi – *tlakom na nervovú štruktúru*, chladom – *kryoanestézia*, elektrickým prúdom – *elektroanestézia*.

Medzi neštandardné spôsoby vedenia anestézie patrí hypnoanestézia a audioanestézia, ktoré potlačujú vnímanie bolesti a vyvolávajú sedáciu.

Anestéziu delíme podľa rozsahu pôsobenia anestézie na (4,5,6):

Celkovú anestéziu – aplikovanými liekmi riadený útlm centrálného nervového systému - spánok až bezvedomie, kde sa dýchacie cesty u pacienta udržiavajú priechodné tvárovou, laryngeálnou maskou alebo endotracheálnou intubáciou a pacient je súčasne napojený na anestéziologický dýchací prístroj. Celková anestézia má rozličné modifikácie podľa typu výkonu, veku a zdravotného stavu pacienta, dĺžky operácie a iných faktorov.

Typy celkovej anestézie podľa cesty vstupu anestetika do organizmu: *inhalačná* - pacient je uspávaný inhaláciou vysokou koncentráciou anestéziologických plynov (plyny a pary vstupujú do organizmu pľúcami, prestupujú do krvi a pôsobia v centrálnom nervovom systéme), *intravenózna* - podávanie intravenózných anestetík, omamných látok, relaxancií (liekov na relaxáciu svalov) za súčasnej inhalácie anestéziologických plynov, *kombinovaná* – celková anestézia

v kombinácii s regionálnou anestéziou, *doplňovaná* – podávajú sa pri nej rôzne lieky, aby sa dosiahli žiaduce účinky a znížili nežiaduce účinky, a aby sa vyhovelo potrebám operátora a prihliadlo sa aj na celkový stav pacienta (moderná doplňovaná anestézia pozostáva z analgézie na potlačenie bolesti, bezvedomia a amnézie a svalovej relaxácie vedúcej k zníženému tónusu prične pruhovalného svalstva), *navodená ne-tradičnými spôsobmi podania* – rektálne, bukálne, intranazálne.

Regionálnu anestéziu - znečítlenie určitej oblasti tela vyvolané podaním lokálnych anestetík do blízkosti väčších nervových štruktúr (miechy, nervových zväzkov, jednotlivých periférnych nervov); vedomie pacienta môže, ale nemusí byť zachované, prípadne intraoperačný stres obmedzíme sedatívami a spolupráca pacienta je nevyhnutná. Ak pacient nesúhlasí, nie je vhodné naliehať, pretože sa môže stať, že regionálna anestézia nebude úspešná z psychologických dôvodov.

Typy regionálnej anestézie: *subarachnoidálna anestézia* – podanie lokálneho anestetika do subarachnoidálneho priestoru (priestor medzi tvrdou plenou a pavučnicou), môže byť jednorazová alebo kontinuálna, má rýchly nástup účinku, dosiahne sa spoľahlivá blokáda, podávajú sa nižšie dávky lokálneho anestetika; *epidurálna anestézia* - jednorazové alebo kontinuálne podanie lokálneho anestetika do priestoru medzi dura mater, kosťou a väzmi chrpticového kanála - peridurálneho priestoru (epidurálneho); *kombinovaná* – jednorazová subarachnoidálna a kontinuálna epidurálna anestézia; *periférna nervová blokáda* – jednorazová alebo kontinuálna - spoľahlivá

a bezpečná metóda, pri ktorej sa pomocou prístroja neurostimulátora vyhľadávajú periférne nervy a aplikuje lokálne anestetikum tesne k cieľovému nervu, ak sa vykonáva aj v kombinácii s ultrazvukom, dosahujú sa lepšie výsledky pri lokalizácii nervu.

Podľa miesta podania sa regionálna anestézia delí na: *topickú* – podanie anestetika na povrch slizníc alebo na intaktnú kožu, *infiltračnú* – podanie lokálneho anestetika k terminálnym zakončeniam nervov, *intravenóznou regionálnu blokádu* (Bierova blokáda) – spočíva v podaní lokálneho anestetika do žily končatiny ischemizovanej nafúknutou manžetou, *zvodovú* – podanie lokálneho anestetika k nervovým štruktúram.

Výhodou regionálnej anestézie je jej vyššia bezpečnosť tým, že pacienta neohrozíme infekciou horných dýchacích ciest, aspiráciou pri plnom žalúdku pri urgentných operačných výkonoch, nie je potrebná okamžitá analgetická liečba po skončení operácie, pretože analgézia pretrváva v závislosti od použitého lokálneho anestetika alebo kontinuálneho podávania lokálneho anestetika, či omamných látok do epidurálneho katétra. Pacient môže jesť a piť bezprostredne po skončení operácie (dôležité hlavne pre diabetikov), ak to nie je kontraindikované z chirurgického hľadiska.

Kombinovanú anestéziu – celková anestézia v kombinácii s anestéziou regionálnou alebo periférnou nervovou blokádu, kde je súčasne zabezpečená intraoperačná a pooperačná analgézia; tento typ anestézie sa využíva u rizikových pacientov, hlavne na veľkých pracoviskách, kde sú dostatočne vytvorené podmienky na vedenie kombinovanej anestézie, ktorej príprava pacienta je časovo náročná.

Hodnotenie hĺbky anestézie

Jednotlivé časti centrálného nervového systému sú rôzne citlivé na anestetiká, čo nám ukazujú jednotlivé štádiá celkovej anestézie (4, 7):

v 1. štádiu - usínaní dochádza k útlmu buniek mozgovej kôry,

v 2. štádiu – excitačnom – dochádza k excitácii pacienta s motorickým nepokojom, obehovou instabilitou a zvýšením reflexu vracania,

v 3. štádiu – tolerancie nastupuje útlm nižších oblastí centrálného nervového systému s dobrou somatickou analgéziou, automatickým dýchaním a znížením svalového napätia; toto štádium je cieľom celkovej anestézie pre realizáciu chirurgických výkonov, v 4. štádiu dochádza k útlmu mozgového kmeňa a vegetatívnych centier.

Na hodnotenie správnej hĺbky anestézie používame klinické známky svalového napätia, vegetatívne odpovede (potenie, reakcia zreníc, hodnoty pulzu a krvného tlaku). Pri používaní inhalačných anestetík monitorujeme koncentráciu anestetika vo vdychovej a vydychovej zmesi. Spoľahlivou metódou monitorovania hĺbky anestézie je meranie na základe hodnotenia EEG krivky snímanej pacientovi počas anestézie.

Anestézia má riziká z predoperačného hľadiska, ale nie je príčinou ohrozenia života, prejavuje sa však výskytom vedľajších účinkov a komplikácií v súvislosti s jej podávaním.

Iba dostatočne kvalifikovaný anestéziologický personál s primeranými znalosťami ovláda diagnostické a liečebné postupy pri predchádzaní rizík z anestézie. Platí pre neho prijatý štandard ako *lege artis* postup, ktorý musí zachovávať. Pri nesplnení *lege artis* postupu je jednoznačnou príčinou poškodenie zdravia, zhoršenie stavu alebo smrť pacienta, pričom tento dôsledok je možné predvídať.

Riziko anestézie sa do určitej miery označuje ASA klasifikáciou, pri ktorej sa perianestéziologická mortalita zvyšuje s vyšším ASA hodnotením. Mortalita s najvyšším stupňom ASA a výskytom komplikácií často nie je chybou anestéziológa, ale závažnosti stavu pacienta, preto je veľmi dôležité skúmať faktory v predoperačnej prí-

prave, ktoré vedú k ohrozeniu života. Okrem veku, sú to komplikujúce ochorenia a pridružené ochorenia, taktiež nedodržiavané postupy štandardu predoperačnej prípravy pacienta.

Indikácia k chirurgickému výkonu je v rukách chirurga. Odloženie výkonu z anestéziologického hľadiska vyplýva zo stavu pacienta, či jeho zdravotný stav môžeme upraviť liečbou, alebo či je možné plánovaný výkon odložiť. Ak chirurg rozhodne inak, berie za toto rozhodnutie lekársku aj právnu zodpovednosť, tiež za správnosť zhodnotenia indikujúcich a kontraindikujúcich faktorov po vzájomnej dohode medzi lekármi. Operačný výkon nemožno odložiť, ak je pacient ohrozený na živote. Riziko výkonu chirurga je malé z pohľadu bezprostredného ohrozenia života pacienta, naproti tomu riziko poškodenia pacienta v súvislosti s anestéziou je občas, či dokonca vždy vysoké (8).

Význam aktivít, ktoré predchádzajú pred operačným výkonom u pacienta tkvie v tom, že ich dôsledky sa prejavujú v celom jeho perioperačnom období.

Svetová zdravotnícka organizácia (SZO), chirurgické a anestéziologické spoločnosti, spoločnosti sestier a pacientov pripravili a v roku 2008 uviedli v New Yorku iniciatívu „Bezpečný operačný výkon zachraňuje životy“. Helsinská deklarácia bola podpísaná 14. júna 2010 v rámci kongresu ESA v Helsinkách a uverejnená ako *Helsinki Declaration for Patient Safety in Anaesthesiology*. Vznikla v spolupráci s Európskou anestéziologickou spoločnosťou (ESA) – vedecké aspekty, sekciou anestéziológov Európskej rady (EBA) – organizačne a politické aspekty a sekciou anestéziológov Únie európskych medicínskych špecialistov (UEMS). Deklaráciu podpísali aj zástupcovia Slovenskej spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny. Reprezentanti anestéziologických spoločností sa 14. júna 2010 stretli a dohodli (9) na týchto princípoch:

- » pacienti majú právo očakávať, že počas poskytovania zdravotnej starostlivosti sa bude postupovať bezpečne a budú chránení pred poškodením zlepšovaním perioperačnej bezpečnosti pacienta,
- » na bezpečnej starostlivosti sa zúčastňujú aj pacienti, ktorých je potrebné vzdelávať, poskytnúť možnosť spätnej väzby,
- » zdravotné poisťovne musia poskytnúť dostatočné finančné zdroje na bezpečnú perioperačnú anesteziologickú starostlivosť,
- » podpora vývoja, rozširovania, tréningu a zvyšovania vzdelávania pacienta na zvyšovanie jeho bezpečnosti,
- » pri poskytovaní bezpečnej starostlivosti ľudské faktory hrajú dôležitú úlohu, preto na dosiahnutie cieľa je nevyhnutná spolupráca s chirurgmi a sestrami,
- » dôležitá úloha v priemysle pri vývoji, výrobe a dodávke bezpečných liekov a prístrojov pre starostlivosť o pacientov,
- » podporiť výskum a inovácie anesteziológie na ceste pri rozvoji bezpečnosti pacienta,
- » žiadne etické, legálne alebo regulačné požiadavky nesmú obmedzovať ktorýkoľvek z krokov na zvýšenie bezpečnosti pacienta v tejto Deklarácii.

Na dosiahnutie cieľov na zlepšenie bezpečnosti pacientov v Európe je potrebná úzka spolupráca medzi európskymi organizáciami Európska anesteziologická sekcia (EBA), Európska únia medicínskych špecialistov (UEMS), Európska anesteziologická spoločnosť (ESA) a tie sa dohodli:

- » dodržiavanie minimálnych štandardov monitorovania v operačných sálach a prebúdzacích miestnostiach (*recovery room*),
- » potrebné vedenie protokolov a vybavenie na manažment procesov: predoperačné vyšetrenie a príprava pacienta, kontrola prístrojovej techniky a liekov, farebné značenie striekačiek, obtiaž-

na/nemožná intubácia, malígna hypertermia, anafylaxia, liečba toxicity lokálnych anestetík, masívne krvácanie, kontrola infekcie, pooperačná starostlivosť, liečba bolesti,

- » pre výkon sedácie u pacienta musí byť anesteziológmi prijatý štandard pre bezpečnú sedáciu,
- » podporovať iniciatívu WHO - *Bezpečná chirurgia zachraňuje životy a používať Kontrolný protokol*,
- » všetky anesteziologické oddelenia v Európe pripravujú výročnú správu o opatreniach, ktoré boli dosiahnuté pri zvyšovaní bezpečnosti o pacienta,
- » zber údajov, výročná správa o morbidite a mortalite pri poskytnutej anesteziologickej starostlivosti,
- » poskytovatelia anesteziologickej starostlivosti sa musia podieľať na auditoch o bezpečnej praxi a hlásení kritických príhod.

Základom bezpečnosti pacienta v anesteziologickej starostlivosti je tak zo strany pacienta ako aj sestier perfektne zvládnutá predoperačná príprava, perioperačná starostlivosť i edukácia pacienta, ktorej, ak nevenujeme náležitú pozornosť, môže byť zdrojom akútnych anesteziologických príhod u pacienta v perioperačnom období. Komplexná anesteziologická starostlivosť síce zabezpečuje bezbolestné vykonávanie diagnostických a liečebných výkonov na operačnej sále i mimo nej vo forme sedácie, analgézie, relaxácie pri rôznych typoch operačných výkonoch, ale taktiež zabezpečuje základné životné funkcie (dýchanie, kardiovaskulárny systém, centrálny nervový systém a ostatné orgány pacienta tak, aby tieto výkony mohli byť vykonávané bezpečne s čo najmenším nepriaznivým ovplyvnením stavu pacienta.

Zdroje

1. RYŠAVÁ, M., BYSTRICKÝ, Z. *Základy detské anesteziologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ. 2000. 203 s. ISBN 80-7013-309-0.
2. FIRMENT, J., STUDENÁ, A. a kol.

Anesteziológia a intenzívna medicína. 2. vyd. Košice: UPJŠ. 2004. 370 s. ISBN 80-7097-562-8.

3. BRATOVÁ, A., MANKOVECKÁ, M., BRÁZDILOVÁ, D. Vplyv nedostatku vedomostí o anestézii na stav pacientov. In: *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2009, roč. VIII, č. 3 - 4, s. 22 - 23.
4. MÁLEK, J. a kol. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada publishing. 2011. ISBN 978-80-247-3642-6.
5. BELEJ, P., JANOSCHEK, U., HELLAND, G. Perianestetický manažment pri veľkých operačných výkonoch v dutine brušnej (celková anestézia, kombinovaná celková a hrudná epidurálna anestézia – výhody a nevýhody). In *Zborník prednášok Novinky v anesteziológii a intenzívnej medicíne 2007*. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška, 2007. ISBN 978-80-7165-611-1, s. 53 - 54.
6. JECKOVÁ-THOLEOVÁ, S., HALLBAUMOVÁ, I., PICHLMAYROVÁ, I. *Anesteziológia - praktická príručka*. 1.vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 1998. 311 s. ISBN 80-88824-81-8.
7. VOMASTOVÁ, K., JANDUROVÁ, V. Co je celková anestezie. In: *Florence*. ISSN 1801-464X, 2016, roč. XII, č. 6, s. 26-27.
8. ONDERČANIN, M. Rizikový pacient v predoperačnom období. In *Novinky v anesteziológii a intenzívnej medicíne 2007*. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška, 2007. ISBN 978-80-7165-611-1, s. 11 - 15.
9. GROCHOVÁ, M. a kol. Helsinská deklarácia a bezpečnosť pacienta počas anestézii. In *Novinky v anesteziológii a intenzívnej medicíne 2011*. Prešov: A-print s.r.o., 2011. ISBN 978-80-970708-0-9, s. 78 - 85.

Kontakt na autora

e-mail: rybdan1131972@gmail.com

Florence Nightingaleová, ktorá ovplyvnila nielen moderné profesionálne ošetrovatelstvo, ale aj štatistiku, prakticky využila grafy a diagrany, znížila úmrtnosť vojakov zo šesťdesiat na dve percentá, zaznávanému povolaniu dokázala vy dobyť uznanie, zomrela 13. augusta 1910.

Budúca reformátorka zdravotníctva získala vedomosti o filozofii, histórii, klasickej literatúre, hudbe. Vynikala v matematike a štatistike. Učila sa aj cudzie jazyky – latinčinu, gréčtinu, francúzštinu, nemčinu, taliančinu. Zaujímali ju správy o nemocniciach, stále študovala dostupné materiály o verejnom zdravotníctve, o hygiene.

- *V roku 1853* sa stala predstavenou Ústavu pre starostlivosť o choré šľachtické v Londýne, ktoré zmodernizovala. Navrhla výťah na dopravu jedla na poschodie, vymyslela signalizačné zariadenie od lôžka pacienta, pričínala sa o to, aby teplá voda bola dostupná v celej nemocnici, vytvárala pavilóny pre pacientov s rovnakými diagnózami.
- *V októbri 1854* sa vybrala s tridsiatimi ôsmimi sestrami do vojenskej nemocnice v Scutari. Trvala na piatich podmienkach: na ochrane zdravého prostredia, čistom vzduchu, funkčných odpadoch, čistote a svetle. Pacientov v ťažkom stave umiestňovala čo najbližšie k miestnosti sestier, bojovala za práva pacientov, postarala sa aj o sociálne záležitosti, aby chorí a ranení vojaci dostávali nemocenské dávky.
- *V roku 1860* otvorila školu pre ošetrovatelky a jej zameranie a spôsob výučby bol prelomový, školu navštevovali i mnohé cudzinky (Dánky, Nemky, Finky, Švédky, Francúzky). Kniha *Zápisky o ošetrovatelstve* sa stala alfou a omegou v novodobom profesionálnom ošetrovatelstve (1, 2).

Spracovala PhDr. Andrea Bratová, PhD. podľa:

1. Florence Nightingale Biography Nurse (1820–1910). 2014. [online]. 2014 [cit. 2018-08-04]. Dostupné na: <<http://www.biography.com/people/florence-nightingale-9423539>>.
2. FLORENCE NIGHTINGALE MUSEUM. 2015 [online]. 2015. [cit. 2018-08-04]. Dostupné na: <<https://lunchbreaktourist.com/2015/10/02/florence-nightingale-museum/>>.



Florence Nightingaleová (1820 – 1910) (1)

DANA BRÁZDILOVÁ

UKF v Nitre, Fakultná nemocnica Nitra

Abstrakt

Autorka sa v príspevku venuje Fabryho chorobe ako multisystémovému ochoreniu. Fabryho choroba patrí do skupiny ochorení označovaných ako „orphan diseases“, teda zriedkavo sa vyskytujúce ochorenia s prevalenciou nižšou ako 5 chorých/10 000 obyvateľov. Výskum a vývoj liekov pre pacientov s takýmito ochoreniami je finančne veľmi náročný. Fabryho choroba je vrodená choroba charakterizovaná multiorgánovým postihnutím pri metabolickom defekte degradácie glykosfingolipidov, vedúcom k ich ukladaniu v lyzozómoch organizmu. Dochádza tak k poškodeniu štruktúry a funkcie viacerých orgánov, najmä však kardiovaskulárneho systému a obličiek.

Kľúčové slová

Fabryho choroba. Orphan diseases. Alfa-galaktosidázy A. Náhla cievna mozgová príhoda.

Abstract

The author deals with Fabry disease as a multisystem affection. Fabry disease belongs to a group of diseases called „orphan diseases“, a rarely occurring disease with a prevalence of less than 5 people / 10,000. Research and development of medicines for patients with these diseases is financially demanding. Fabry disease is an inherited disorder characterized by multiorgan failure in the metabolic defect of glycosphingolipid degradation leading to its deposition in the lysosomes of the organism. This causes damage to the structure and function of several organs, especially the cardiovascular system and kidneys.

Key words

Fabry disease. Orphan diseases. Alpha-galactosidase A. Stroke.

Výskyt cievnych mozgových príhod, rovnako ako aj iných kardio a cerebro-vaskulárnych ochorení, je na vzostupe, a to nielen na Slovensku, ale aj v celosvetovom meradle. Hoci dôvody nárastu prevalen-

cie nie sú úplne známe, hlavný význam sa pripisuje starnutiu populácie. Jedným z možných dôvodov výskytu CMP hlavne v mladšom veku sa pripisuje Fabryho chorobe. Fabryho choroba (ďalej FCH) patrí do skupiny ochorení označovaných ako „orphan diseases“. Orphan diseases sú zriedkavo sa vyskytujúce ochorenia s prevalenciou nižšou ako 5 chorých/10 000 obyvateľov. Výskum a vývoj liekov pre relatívne malé množstvo pacientov s takýmito ochoreniami je finančne veľmi náročný. Fabryho choroba je vrodená choroba charakterizovaná multiorgánovým postihnutím pri metabolickom defekte degradácie glykosfingolipidov (hlavne globotriaosyl-ceramidu GL-3, menej galaktozylglukozyl-ceramidu), vedúce k ich ukladaniu v lyzozómoch organizmu. Dochádza tak k poškodeniu štruktúry a funkcie viacerých orgánov, najmä však kardiovaskulárneho systému a obličiek. Fabryho choroba, ako zriedkavé ochorenie, nemusí byť včas diagnostikovaná. Môže sa stať, že diagnóza a príčina pacientových závažných zdravotných následkov, ako sú zlyhanie obličiek, infarkt myokardu alebo náhla cievna mozgová príhoda, bude stanovená až post mortem.

Fabryho choroba (ďalej FB) „rovňako označovaná ako Fabryho-Andersonova choroba (či deficiencia alfa-galaktosidázy A, deficit ceramid trihexosidázy, OMIM 301500) je vzácné geneticky podmienené ochorenie, ktoré bolo popísané už pred viac ako 100 rokmi (1898)“ (1, s. 58). V roku 1898 dvaja dermatológovia William Anderson z Anglicka a Johannes Fabry z Nemecka nezávisle na sebe opísali pacientov s kožnými zmenami, ktoré nazvali angiokeratómy. V literatúre sa preto stretávame aj s názvom Fabryho-Andersonova choroba, dnes sa však častejšie používa termín Fabryho choroba (2, s. 27). Ide o dedičné multiorgánové ochorenie so závažnou prognózou (3).

Genetickou analýzou rodokmeňa postihnutých jedincov bolo určené, že ide o ochorenie viazané na X chromozóm,

a že ide o vlohu s prevažne recesívnym spôsobom dedičnosti (1). Je to vrodená choroba charakterizovaná multiorgánovým postihnutím pri metabolickom defekte degradácie glykosfingolipidov. Dochádza tak k poškodeniu štruktúry a funkcie viacerých orgánov, najmä však kardiovaskulárneho systému a obličiek (2). „Je spôsobené mutáciou génu pre enzým α -galaktosidázu A. Následkom mutácie dochádza k nedostatku enzýmu a hromadeniu globotriaosylceramidu (GL-3) v lyzozómoch buniek rôznych tkanív s postihnutím ich funkcie. Prevalencia choroby sa udáva 1 prípad na 100 tisíc obyvateľov. Pravdepodobne je však ochorenie často nerozpoznané a jeho výskyt bude častejší“ (3, s. 378).

Frekvencia výskytu sa odhaduje v populácii na 1 : 40 000, aj keď sa jednotlivé štúdie v odhadoch dramaticky líšia. Veľká časť chorých (hlavne žien) veľmi pravdepodobne evidencii a liečbe uniká (1). Ľudia s Fabryho chorobou sa môžu bez tohto enzýmu už narodiť, alebo je tvorba enzýmu v určitej miere zachovaná, no nepôsobí na rozklad tukov tak, ako by mal. Následne sa i určité typy tukových látok ukladajú v organizme, zužujú krvné cievy a môžu poškodiť rôzne orgány – srdce, kožu, obličky, mozog či nervový systém (4).

Spektrum klinických prejavov je veľmi široké. Na základe fenotypu rozlišujeme klasický variant a atypické formy. Veľmi významnými prejavmi, u ktorých by sa malo pamätať na prítomnosť FCH, sú hlavne: typické cievne lézie na koži a slizniciach charakteru angiokeratomov (angiokeratoma corporis diffusum); poruchy kožných sudorimotorických funkcií (tj. poruchy potenia); periodická výrazná bolesť v akách (koži a svaloch končatín, akroparestezie); typické zmeny rohovky a šošovky (cornea verticillata); iktus nejasného pôvodu; renálna insuficiencia nejasného pôvodu (vrátane nevyšetriteľnej proteínúrie a mikroalbuminúrie) a ľavostranná ventrikulárna hypertrofia nejasného pôvodu (1, 3).

Ochorenie sa v detstve začína typickými epizódami bolesti a diskomfortu rúk a nôh. Kožné prejavy patria medzi najčastejšie pozorované. Typické sú angiokeratómy, ktoré bývajú lokalizované hlavne v oblasti medzi pupkom a kolenami alebo na slizniciach. Už od detstva majú pacienti problémy so zníženým potením (hypohidróza). Typické sú záchvatovité horúčkovité stavy, bolestivé krízy, závraty, parestézie a s pribúdajúcim vekom ischemické cievne mozgové príhody (2).

U mužov potvrdíme diagnózu stanovením hladiny α -galaktozidázy A v plazme, leukocytoch alebo fibroblastoch. Hladiny veľmi nízke, resp. nulové. Pacienti s izolovaným orgánovým postihnutím mávajú prítomnú reziduálnu aktivitu enzýmu. U žien sa hodnoty enzýmu často prekrývajú s referenčnými hodnotami u zdravej populácie, diagnózu musí preto potvrdiť molekulárne genetické stanovenie mutácie (3).

FCH je progresívne ochorenie a jej prognóza bez liečby je zlá. Pokroky vo farmaceutickom priemysle ponúkajú nové terapeutické možnosti v symptomatickej liečbe, vedúce k miernemu zlepšeniu prognózy. Značný rozdiel je medzi priemerným vekom nástupu príznakov (10,5 rokov) a vekom pri stanovení diagnózy FCH (28,5 rokov). Priemerná očakávaná dĺžka života je u mužov 50–60 rokov, ženy sa dožívajú 60–70 rokov. Ich prognóza je vo všeobecnosti lepšia ako u mužov, u ktorých sa v neskorších rokoch života prejavujú závažné príznaky ochorenia. Najčastejšou príčinou úmrtia sú kardiovaskulárne príhody a renálne zlyhania (5, 3). Progresívna renálna insuficiencia je hlavným zdrojom morbidity, ďalšie komplikácie sú dôsledkom kardio- a cerebrovaskulárneho postihnutia. Prežitie sa znižuje u postihnutých jedincov a symptomatických ženských nositeľov (6).

„Existuje špecifická liečba substitúciou chýbajúceho enzýmu. K dispozícii sú v súčasnej dobe 2 preparáty, agalzidáza alfa a agalzidáza beta. Liek je vyrábaný na tkanivových kultúrach a podáva sa intravenózne v 2-týždňových intervaloch. Liečba je účinná, ak sa začne pred rozvinutím ireverzibilných zmien v orgánoch“ (3, s. 168).

V posledných rokoch sa skúšajú šaperony. Ide o malé molekuly, ktoré sa naviažu na endogénne, popr. exogénne podaný enzým, dokážu ho stabilizovať a zvýšiť jeho účinnosť. Túto liečbu možno použiť, ale iba u foriem ochorenia, u ktorých je prítomná reziduálne aktívna aktivita enzýmu (7).

Záver

Z hľadiska klasifikácie sa Fabryho choroba radí medzi jednu z príčin výskytu ischemickej mozgovej príhody, konkrétne v kategórii iné príčiny, a to metabolické ochorenia s arteriopatiou (8). Ročný výskyt CMP na Slovensku je približne 350 nových prípadov v prepočte na 100 000 obyvateľov, čo je 2-3 krát viac ako vo vyspelých európskych krajinách. Akútne mozgové infarkty u mladých ľudí sú zriedkavé a ich etiológiu sa častokrát nepodari presne určiť (9). Tu je potrebné pamätať na možnosť výskytu FCH ako ochorenia, ktoré je spojené s ukladaním glykosfingolipidov v tkanivách a prejavuje sa angiokeratómami, poškodením obličiek, myokardiálnymi a mozgovými ischemickými léziami.

Zdroje

1. LACINA, L., KODET, O. 2017. Fabryho choroba – prehľad pro dermatovenerologa. In Solen, Dermatologie pro praxi 2017; 11(2): 58–62. [online]. Citované 2018-03-02. Dostupné na: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2017/02/03.pdf>
2. KÁKOŠOVÁ, V. 2007. Fabryho choroba-lysozomální onemocnění ze střádání s multiorgánovým postižením. In Solen, Klinická farmakologie a farmacie 2007; 21: 27–30. [online]. Citované 2018-02-27. Dostupné na: <https://www.solen.cz/pdfs/far/2007/01/06.pdf>
3. GOLÁŇ, L. 2012. Fabryho choroba-lysozomální onemocnění ze střádání s multiorgánovým postižením. In Solen, Interní medicína. 2012; Roč. 14(10): 378–382. [online]. Citované 2018-02-27. Dostupné na: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2012/10/07.pdf>
4. HUDECOVÁ, D. 2016. Fabryho choroba: Keď telo nevie vytvárať enzým. [online]. Citované 2018-02-27. Dostupné na: <https://zdravie.pravda.sk/zdravie-a-prevencia/clanok/403589-fabryho-choroba-ked-telo-nevie-vytvarat-enzym/>

5. SCHAEFER, R., M., TYLKI-SZYMAŃSKA, A., HILZ, M., J. 2009. Enzyme replacement therapy for Fabry disease: a systematic review of available evidence. [online]. Citované 2018-01-18. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/19852524>
6. DIB, R., GOMAA, H., CARVALHO, R., P., CAMARGO, S., E., BAZAN, R., BARRETTI, P., BARRETO, F., C. 2016. Enzyme replacement therapy for Anderson-Fabry disease. [online]. Citované 2018-01-15. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/27454104>
7. WARNOCK D.G., BICHET D.G., HOLIDA M., GOKER-ALPAN O., et al. 2015. Oral Migalastat HCl Leads to Greater Systemic Exposure and Tissue Levels of Active α -Galactosidase in Fabry Patients when Co-Administered with Infused Agalsidase. PLoS ONE. 10(8): e0134341. Bibcode:-2015PLoS.1034341W.
8. GOGOLÁK, I. 2010. Diagnostika a liečba náhlych cievnych mozgových príhod. In Solen, Vaskulárna medicína. Roč. 2 (2): 56-62. [online]. Citované 2018-02-27. Dostupné na: http://www.solen.sk/index.php?page=pdfview&pdf_id=4403.
9. GREGOROVICHOVÁ E., VESELÝ B., MALÁ M., BROZMAN M. 2012. Akútny mozgový infarkt u 35-ročnej pacientky v puerpériu pri známej, ale neliečenej tyreotoxikóze. Neurologia pre prax – Supplement 1 2012; 13(S1), str. 12-13. [online]. Citované 2018-02-15. Dostupné na: <http://www.snmo.sk/akcie/subory/W%20XXVII.%20Zjazd%20slovensk%FDch%20a%20%E8esk%FDch%20mlad%FDch%20neurolog%F3gov.%20Martin,%202029.-31.3.2012.pdf>

Kontakt na autora

PhDr. Dana Brázdilová, PhD.
Fakulta soc. vied a zdravotníctva,
Katedra klinických disciplín a urgentnej medicíny
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Kráskova 1
949 74 NITRA
Tel. č. 0949/710 690
mail: dbrazdilova@ukf.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.

VII. Celoslovenská konferencia Sekcie manažmentu v ošetrovatelstve s medzinárodnou účasťou

Miesto konania: Demänová dolina

Termín: 27. 09. – 28. 09. 2018



Celoslovenská konferencia SK SaPA

Ošetrovatelstvo 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



X. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v oftalmológii s medzinárodnou účasťou

Miesto konania: Trenčín

Termín: 19. 10. – 20. 10. 2018



IX. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v dermatovenerológii

Miesto konania: Martin

Termín: 19. 10. – 20. 10. 2018



Celoslovenská konferencia Sekcie sestier pracujúcich v pediatrii

Miesto konania: Banská Bystrica

Termín: 26. 10. 2018

MOŽNOSTI ČASNÉ REHABILITACE A JEJICH VÝZNAM PRO PACIENTY V INTENZIVNÍ PÉČI

POSSIBILITIES OF EARLY REHABILITATION AND THEIR IMPORTANCE FOR PATIENTS IN INTENSIVE CARE

RENÁTA ZOUBKOVÁ^{1,2}, IVA CHWALKOVÁ³, MILAN MÁJEK⁴, JAN MÁČA¹

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče FNO, 1

² Vysoká škola zdravotníctví a sociální práce Sv. Alžběta, Bratislava

³ Klinika fyzioterapie, FNO, Ostrava

⁴ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Abstrakt

V intenzivní péči se směřuje k prevenci sekundárního poškození pacienta vlivem imobilizace, umělé plicní ventilace, nutričního a imunitního deficitu. Prostřednictvím časně mobilizace lze obnovit svalovou sílu a současně ovlivnit výslednou délku léčby včetně průběhu rekonvalescence u pacientů hospitalizovaných na intenzivní péči. Cílem randomizované studie, která probíhá na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ve Fakultní nemocnici Ostrava, je zhodnotit efekt časně fyzioterapie s využitím motomedu u pacientů na umělé plicní ventilaci. Po splnění kritérií pro zařazení do studie zařazení byli pacienti s umělou plicní ventilací déle než 4 dny rozděleni do sledované a kontrolní skupiny. V průběhu fyzioterapie cvičili pacienti sledované skupiny na motomedu. Fyzioterapie pacientů kontrolní skupiny probíhala dle mobility protokolu pod vedením fyzioterapeuta. Výsledky pilotního projektu prokázaly zkrácení délky hospitalizace u pacientů sledované skupiny. Současně byla u sledované skupiny pacientů zaznamenána vyšší úroveň soběstačnosti dle Barthelova testu. Uplatnění motomedu v průběhu fyzioterapie u pacientů s umělou plicní ventilací se dle výsledků pilotního projektu jeví efektivnější na obnovu svalové síly a soběstačnosti pacienta.

Klíčová slova

motomed, fyzioterapie, umělá plicní ventilace, svalová síla, intenzivní péče

Abstract

In intensive care, it aims to prevent secondary damage to the patient due to immobilization, pulmonary ventilation, nutritional and immune deficiency. Through early mobilization, muscle strength can be restored, while at the same time influencing the resulting length of treatment, including the course of convalescence, in patients receiving intensive care. The aim of the randomized study conducted at Clinic of Anaesthesiology, Resuscitation and Intensive Medicine at the Faculty Hospital Ostrava is to evaluate the effect of early physiotherapy using cycling in patients with pulmonary ventilation. After meeting the inclusion criteria, patients with pulmonary ventilation were divided into the monitoring and control groups for more than 4 days. During physiotherapy, the patients were trained with cycling too. The physiotherapy of patients in the control group proceeded according to the protocol mobility under the guidance of a physiotherapist. The results of the pilot project have shown a reduction in the length of hospitalization in the patients of the monitored group. At the same time, a higher level of self-sufficiency

according to Barthel's test was observed in the monitored group of patients. The use of motomedics during physiotherapy in patients with pulmonary ventilation seems to be more effective in restoring muscle strength and patient self-sufficiency.

Keywords

motomed, physiotherapy, ventilation, muscle strength, intensive care

Úvod

Generalizovaná slabost je jednou z komplikací u nemocných na jednotkách intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko-resuscitačních odděleních s víceorgánovým selháním, sepsí a déletrvající mechanickou ventilací. Je důsledkem imobilizace, zánětlivých procesů, léčby farmakologických činidel, jako jsou kortikosteroidy, svalová relaxancia, nervosvalové blokátory, antibiotika a přítomnosti neuromuskulárních syndromů spojených s kritickým stavem (1, 2, 3, 4, 5, 6). Může být i důvodem protrahované závislosti na mechanické ventilaci, což vede k prodloužení pobytu na JIP. Frekvence klinické periferní svalové slabosti byla zaznamenána u 25% až 33% u uměle ventilovaných pacientů 4-7 dnů (7, 8), u 60% pacientů s akutním syndromem respirační tísně (9), a 35% až 76% septických pacientů (10, 11, 12, 13). Generalizovaná slabost byla spoje-

na se zvýšenou úmrtností. Z tohoto důvodu je důležité, aby se zabránilo nebo zmírnilo svalové dekonkoci co nejdříve, také u pacientů s očekávaným prodlouženým klidem na lůžku.

V tomto ohledu byl v roce 2009 formulován koncept “Enhanced Early Physiotherapy Rehabilitation Protocol in Intensive Care Unit”, který má sloužit ke snížení mortality a morbiditity ventilovaných kriticky nemocných pacientů (14).

Cílem navrhované studie je zhodnotit efekt časné mobilizace u pacientů ventilovaných déle než 48h s využitím fyzioterapie na motomedu. Ten nabízí ideální možnost k vytrvalostnímu charakteru tréniku, který hraje v rehabilitaci polyneuromyopatických pacientů zásadní roli.

Metody

Prospektivní randomizovaná studie probíhá na lůžkovém oddělení Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM) FN Ostrava. U pacientů s umělou plicní ventilací déle než 48h, poté co lékař indikuje zahájení weeningu, jsou zhodnoceny kritéria pro zařazení do studie. (Tabulka 1) Randomizace probíhá obálkovou metodou. Pacienti jsou rozčleněni do dvou skupin – sledovaná a kontrolní skupina. Ve sledované skupině pacientů je po zahájení weeningu prováděna fyzioterapie dle mobility protokolu s využitím motomedu. (Obr. 1). Fyzioterapie probíhá 2x denně. 1 x denně je fyzioterapie realizována pomocí cvičení na motomedu. Pacientům je dle aktuálních schopností umožněno cvičit v servo režimu, bez odporu nebo proti dózovanému odporu. V kontrolní skupině fyzioterapie probíhá dle mobility protokolu KARIM 2x denně. Před propuštěním pacienta z JIP je sledování ukončeno testem jízdy na motomedu za standardizovaných podmínek u obou skupin pacientů.

Mobility protokol KARIM FNO

	RHB 0	RHB 1	RHB 2	RHB 3
Úroveň	Bez rehabilitace	Rehabilitace na lůžku	Rehabilitace na lůžku + sed	Rehabilitace na lůžku, sed + stoj
Fyzioterapeut		a.pasivní b.aktivní	a.kardio sed b.nácvik sedu s DKK přes okraj	a.nácvik stoje u lůžka b.nácvik přesunů do křesla c.nácvik chůze
Sestra	Polohování	Polohování	Dopomoc na lůžku	Dopomoc na lůžku a v sedě
	Míčkování Kontaktní dýchání Vibrace	Podpora ventilace + dechové trenažéry	Posazování	Přesun do křesla
		Soběstačnost a sebeobsluha na lůžku	Aktivace v sedě	Doprovod při chůzi

Kontraindikace RHB:

- U RHB pomocí dechových trenažérů: akutní pneumothorax a hemothorax
- Hypoxie s častou desaturací pod 88%
- Hemodynamická nestabilita pacienta se zahájením podávání vasopresorické podpory
- Kontraindikace stanovené ordinací lékařem.

Obr. 1 Mobility protokol KARIM FNO

V průběhu ledna – května 2017 bylo sledování vyhodnoceno formou pilotní studie.

Získaná data byla zpracována nejdříve popisnou statistikou. Pro srovnání charakteristik skupiny kontrolní a sledované byl použit dvou-výběrový χ^2 test na hladině významnosti 5 % a Fischerův exaktní test na hl. významnosti 5 %.

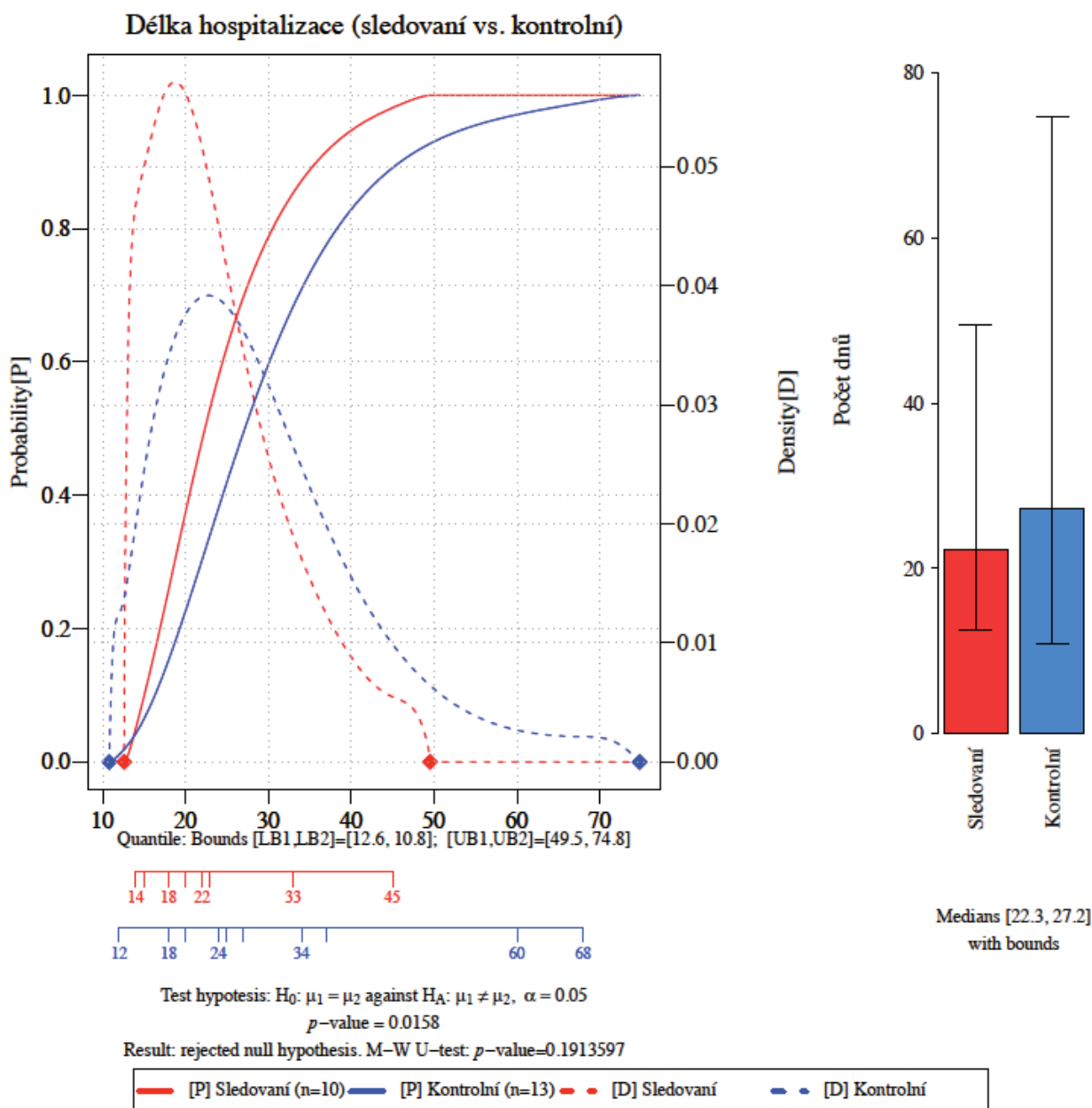
Výsledky

Do pilotní studie bylo zařazeno 10 pacientů, kteří splnili kritéria pro zařazení do studie. U pacientů sledované skupiny (u nichž probíhá fyzioterapie s využitím motomedu) byla prokázána kratší délka hospitalizace (Graf 1, 2). Ve sledované skupině byla průměrná délka hospitalizace 22.3 dnů, v kontrolní skupině 27.2 dnů. Vyšší



Graf č. 1 Délka hospitalizace sledování vs. kontrolní

Graf č. 2 Délka hospitalizace (sledování vs. kontrolní)



úrovně rehabilitace dle mobility protokolu dosáhli pacienti sledované skupiny, kteří dosáhli průměrně úrovně č. 3 (Obr. 1) v průměrném počtu 5.8, zatímco v kontrolní skupině této úrovně dosáhlo pouze 3.7 pacientů (Graf 3, 4). Ve sledované skupině pacientů byla při propuštění prokázána vyšší úroveň soběstačnosti dle Barthelova testu (Graf 5). Na základě hodnocení ujeté průměrné vzdálenosti na motocyklu při testování obou skupin před propuštěním pacienta, lze konstatovat, že pacienti sledované skupiny ujeli větší vzdálenost (sledovaná

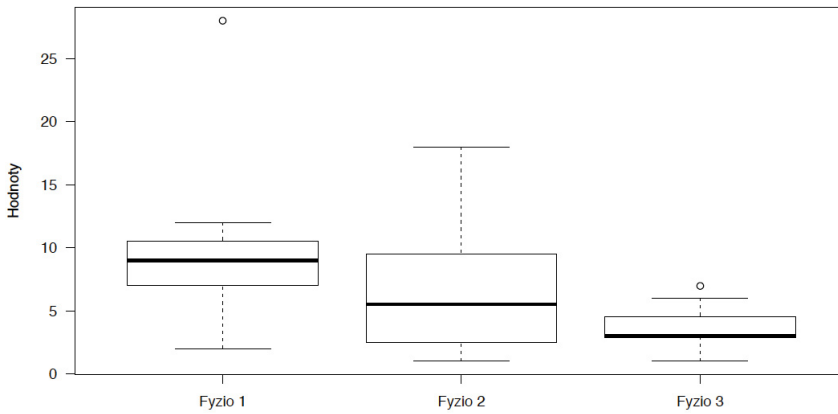
skupina = 3310 m, kontrolní skupina = 2595 m).

Diskuse

Je všeobecně známo, že se u pacientů přijatých na JIP často objevují komplikace v důsledku imobilizačního syndromu. Mimo jiné se u nich projevují nervosvalové poruchy, které označujeme termínem myopatie a polyneuropatie kriticky nemocných pacientů. Jsou hlavní příčinou svalové slabosti, prolongované hospitalizace a problémů při odpojování od UPV.

Dlouhotrvající pobyt na JIP přispívá ke zhoršenému funkčnímu stavu a kvalitě života, která může přetrvávat i déle než 1 rok po hospitalizaci na JIP. Za nejčastější rizikové faktory pro rozvoj polyneuropatie kriticky nemocných jsou v současnosti považovány hlavně SIRS, sepse, MODS. Některé studie uvádí, že i dlouhodobé užívání neuromuskulárních blokátorů může vést k rozvoji těchto komplikací.

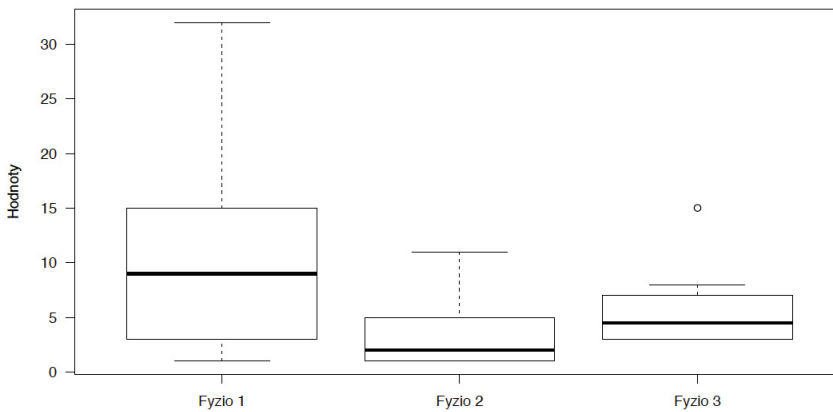
Fyzioterapie – kontrolní



Graf č. 3 Fyzioterapie – kontrolní

K prevenci vzniku těchto komplikací (1, 2, 3, 4). Bylo prokázáno, že denní je vhodná včasná rehabilitace, která jízdá na motomedu (pasivní či aktivní) může zlepšit funkční kapacitu, pacienta, jeho spolupráce a celkové osobní pocit funkčního stavu a zvýšit

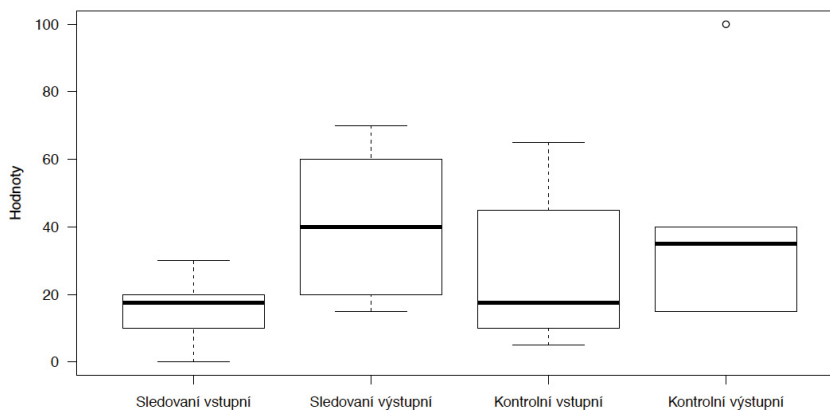
Fyzioterapie – sledování



Graf č. 4 Fyzioterapie – sledování

kondice. Nedávné studie ukázaly, že časná fyzická mobilizace může být bezpečně prováděna i u kriticky nemocných pacientů, i když tito pacienti ještě vyžadují mechanickou ventilaci svalovou sílu čtyřhlavého stehenního svalu u pacientů v intenzivní péči (6). Tato metoda byla hodnocena ve studii Pires-Neto et al. s ohledem na její bezpečnost pro pacienty

Barthel test



Graf č. 5 Barthel test

(15). V praxi se využívají také prvky respirační fyzioterapie s cílem aktivity oslabených respiračních svalů a pomoci při hygieně dýchacích cest, čímž podporujeme ventilaci a přispíváme k časnému odpojení pacienta od UPV. Důležitou roli má celodenní polohování kriticky nemocných a pasivní pohyby, u pacientů schopných spolupráce pohyby asistované, popř. odporované. Martin et al. hodnotili v retrospektivní analýze výskyt a velikost svalové slabosti u dlouhodobě ventilovaných pacientů. Dále se zabývali vlivem rehabilitace na problémy při odpojování z UPV, svalovou sílu a funkční stav pacienta. Dlouhodobý rehabilitační plán zahrnoval cvičení stabilizace trupu, pasivní, aktivní a odporované cvičení s thera-ban-dem, jízdu na cykloergometru, nácvik posazování a stoje, chůzi v bradlech, chůzi po schodech, to vše 5x týdně, s délkou trvání 30-60 minut. Po rehabilitaci byla zaznamenána výrazná zlepšení ve smyslu zvýšení svalové síly horních i dolních končetin, zlepšení přesunových aktivit, lokomoce, chůze do i ze schodů (i času pro odpojení od UPV) (16). Chiang et al. zkoumali v prospektivní, randomizované, kontrolní studii vliv šestitýdenního respiračního cvičení a cvičení horních a dolních končetin rovněž u pacientů dlouhodobě ventilovaných na UPV. Svalovou sílu měřili dynamometrem a celkovou kondici hodnotili ve dvou škálách – Barthelově testu a měřením funkční nezávislosti (Functional Independence Measurement). Program byl vyvinut jako pětítýdenní trénink, zaměřující se na cvičení respiračních svalů, cvičení končetin, funkční trénink a chůzi. U rehabilitované skupiny se funkční stav a svalová síla výrazně zlepšily oproti kontrolní skupině, ve které byl vidět zřetelný pokles obou hodnot. Opět byla u intervenční skupiny zaznamenána kratší doba pro odpojení z UPV (16).

Z daných výsledků vyplývá, že pravidelnou a cílenou rehabilitací dochází ke zlepšení svalové síly, soběstačnosti pacienta, zkrácení délky hospitalizace a zkvalitnění jeho života po propuštění z nemocnice.

Závěr

Cílem probíhající studie je zhodnotit efekt časně fyzioterapie s využitím jízdy na motomedu na obnovu svalové síly u pacientů na umělé plicní ventilaci. Závěry z pilotního projektu prokázaly zkrácení délky hospitalizace a zlepšení soběstačnosti a svalové síly u pacientů ve sledované skupině, kde probíhala fyzioterapie s využitím motomedu.

Zdroje

1. TOPP R, DITMYER M, KING K, et al: The effect of bed rest and potential of prehabilitation on patients in the intensive care unit. *AACN Clin Issues* 2002; 13:263–276
2. HELLIWELL TR, WILKINSON A, GRIFFITHS RD, et al: Muscle fibre atrophy in critically ill patients is associated with the loss of myosin filaments and the presence of lysosomal enzymes and ubiquitin. *Neuropathol Appl Neurobiol* 1998; 24:507–517
3. WINKELMAN C: Inactivity and inflammation in the critically ill patient. *Crit Care Clin* 2007; 23:21–34
4. DEEM S: Intensive-care-unit-acquired muscle weakness. *Respir Care* 2006; 51:1042–1052
5. DE JONGHE B, LACHERADE JC, DURAND MC, et al: Critical illness neuromuscular syndromes. *Crit Care Clin* 2007; 23:55–69
6. SCHWEICKERT WD, HALL J: ICU-acquired weakness. *Chest* 2007; 131:1541–1549
7. DE JONGHE B, SHARSHAR T, LEFAUCHEUR JP, et al: Paresis acquired in the intensive care unit: A prospective multicenter study. *JAMA* 2002; 288:2859–2867
8. DE LETTER MA, SCHMITZ PI, VISSER LH, et al: Risk factors for the development of polyneuropathy and myopathy in critically ill patients. *Crit Care Med* 2001; 29:2281–2286
9. BERCKER S, WEBER-CARSTENS S, DEJA M, et al: Critical illness polyneuropathy and myopathy in patients with acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med* 2005; 33:711–715
10. WITT NJ, ZOCHODNE DW, BOLTON CF, et al: Peripheral nerve function in sepsis and multiple organ failure. *Chest* 1991; 99:176–184
11. TEPPER M, RAKIC S, HAAS JA, et al: Incidence and onset of critical illness polyneuropathy. 2504 *Crit Care Med* 2009 Vol. 37, No. 9 in patients with septic shock. *Neth J Med* 2000; 56:211–214
12. KHAN J, HARRISON TB, RICH MM, et al: Early development of critical illness myopathy and neuropathy in patients with severe sepsis. *Neurology* 2006; 67:1421–1425
13. ALI NA, O'BRIEN JM JR, HOFFMANN SP, et al: Acquired weakness, handgrip strength, and mortality in critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2008; 178:261–268
14. YU, D.T.W. Early Rehabilitation in Intensive Care Unit. *Hong Kong Respiratory Medicine* [online]. 2010 [cit. 2011-04-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.hkresp.com/index.php/administrator/128-critical-care/666-2010-may-early-rehabilitation-in-intensive-care-unit>>.
15. PIRES-NETO R C, KAWAGUCHI Y M F, HIROTA A S, Very Early Passive Cycling Exercise in Mechanically Ventilated Critically Ill Patients: Physiological and Safety Aspects - A Case Series, 2013, [online]. 2017 [cit. 2017-11-10]. Dostupné z WWW: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0074182>>
16. SILVA, A.P.P & MAYNARD, K. & CRUZ, M.R. Effects of motor physical therapy in critically ill patients: literature review. *Rev Bras Ter Intensiva* [online]. 2010; 22(1):85-91, [cit. 2011-04-26]. Dostupný z WWW: <http://www.amib.org.br/rbti/download/artigo_ingles_2010514194330.pdf>.

Podpořeno
MZ ČR – RVO – FNOs/2017

Kontaktní adresa

PhDr. Renáta Zoubková
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče FNO
17. listopadu 1790/5, Ostrava, 708 52
Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce Sv. Alžběta, Bratislava
Palackého č. 1, 810 00 Bratislava
renata.zoubkova@fno.cz

Mgr. Iva Chwalková
Klinika fyzioterapie, FNO
17. listopadu 1790/5, Ostrava, 708 52
iva.chwalkova@fno.cz

Doc. MUDr. Milan Májek, CSc.
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
Limbová 12, 833 03 Bratislava

MUDr. Jan Máca, PhD.
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče FNO
17. listopadu 1790/5, Ostrava, 708 52
jan.maca@fno.cz

SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ LÉČBY U PACIENTŮ S MNOHOČETNÝM MYELOMEM

SUBJECTIVE PERCEPTION OF TREATMENT IN PATIENTS WITH MULTIPLE MYELOMA

IVANA TVRDÁ¹, RADKA BUŽGOVÁ², KATEŘINA HAŠOVÁ³

¹ Fakultní nemocnice Ostrava, Klinika hematologické onkologie, Ostrava

² Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Ostravská univerzita, Ostrava

³ Fakultní nemocnice Ostrava, Klinika hematologické onkologie, Ostrava

Abstrakt

Cíl: Cílem práce bylo zhodnotit toleranci a vnímání léčby vysokodávkovanou chemoterapií s autologní transplantací periferních krvetvorných buněk (PBSC) a tandemovou transplantací u pacientů s mnohočetným myelomem v období hospitalizace od přijetí až do propuštění a krátce po propuštění do domácího ošetřování.

Metodika: Data byla sbírána formou dvou dotazníků vytvořených pro toto průzkumné šetření na pracovišti Kliniky hematologické Fakultní nemocnice Ostrava. První soubor tvořila skupina pacientů, kteří podstoupili vysokodávkovanou chemoterapii s autologní transplantací PBSC. Druhou skupinu tvořili pacienti, kteří podstoupili také tandemovou transplantaci. Kritériem výběru byla léčba první linie mnohočetného myelomu, zakončená vysokodávkovanou chemoterapií s autologní transplantací PBSC, provedena ve Fakultní nemocnici Ostrava.

Výsledky: Šetřením bylo zjištěno, že dobrý psychický stav má pozitivní vliv na průběh a prožívání procesu transplantace krvetvornými buňkami. Pouze 13 % pacientů se vyjádřilo, že měli psychické potíže jako strach a úzkost z toho, co přijde, což taky ovlivnilo jejich ochotu podstoupit proces znovu, případně tento postup doporučit. Mezi největší potíže označili v pořadí nechuť, zažívací potíže, psychické strádání a horečku.

Závěr: Plná informovanost pacienta o celém procesu a včasná preventivní opatření vedou ke zmírnění nežádoucích účinků vysokodávkované chemoterapie a zlepšení celkové psychické pohody. Při indikaci procesu autologní transplantace krvetvorných buněk je nezbytné zhodnotit nejen fyzický stav,

ale také psychickou stránku pacienta, která může výrazně ovlivnit vnímání celého procesu.

Klíčová slova

mnohočetný myelom, vysokodávková chemoterapie, autologní transplantace PBSC, krvetvorná buňka

Abstract

Goal: The main goal of the thesis was to evaluate tolerance and perception of treatment by high-dose chemotherapy in combination with peripheral blood stem cell autologous transplantation and tandem transplantation in patients with multiple myeloma in the period from hospital admission to release and the next days at home.

Methodology: The data was collected by two questionnaires created specifically for this research on Department of Hematology, University Hospital Ostrava. The first group contains patients who were treated by high-dose chemotherapy in combination with peripheral blood stem cell autologous transplantation. The second group contains these patients who were treated by tandem transplantation. Inclusion criteria included patients with multiple myeloma treated by the first line of chemotherapy followed by autologous transplantation of PBSC in University Hospital Ostrava.

Results: Good psychological condition has positive effect for the process and experiencing of hematopoietic stem cell transplantation. Only 13 % of patients said they had a fear and anxiety about what was coming, which also affected their willingness to repeat the process or recommend this procedure. The biggest problems of patients contained loss of appetite, digestive problems, psychological distress and fever.

Conclusion: Full patient awareness of the entire process and timely preventive measures go along with alleviation the adverse effect of high dose chemotherapy and improve overall mental well-being. It is necessary to evaluate not only the physical condition but also the mental aspect of the patient, which can significantly affect the perception of the process.

Keywords

multiple myeloma, high-dose chemotherapy, autologous transplantation of PBSC, hematopoietic cell

Úvod

Mnohočetný myelom (MM) patří mezi tři nejčastější krevní nádorová onemocnění, tvoří 10% všech hematologických malignit. Incidence se pohybuje 3-4 případy na 100 000 obyvatel. Medián věku v České republice při stanovení diagnózy je 66 let, nejsou však výjimkou ani nemocní, kteří nedosahují 40-ti let (1).

Vysokodávkovaná chemoterapie s autologní transplantací PBSC by měla být součástí primární strategie léčby u pacientů s nově diagnostikovaným MM do věku 70 let nebo vhodného biologického věku s optimálním přípravným režimem, který představuje melfalan 200mg/m² (2).

Provedení dvou autologních transplantací (tzv. tandemové transplantace) je indikováno u nemocných, u nichž není dosaženo velmi dobré parciální remise po první autologní transplantaci, a na základě průběhu první transplantace nejsou důvodné obavy, že průběh časně druhé (tandemové) transplantace bude mít pro nemocného vysoké riziko smrti v důsledku potransplantační

reakce (TRM) a jiných závažných komplikací. Také pacienti ve věku 65-75 let v dobrém celkovém stavu, mohou být vhodnými kandidáty na tento postup s použitím melfalanu v redukované dávce. Zavedení auto-HCT přineslo zásadní zkrácení léčby a dlouhodobých výsledků (3).

Cílem práce bylo zjistit toleranci a vnímání léčby vysokodávkovanou chemoterapií s autologní transplantací periferních krvevorných buněk u pacientů s MM v období hospitalizace od přijetí až do propuštění a krátce po propuštění do domácího ošetřování, a to jak během první, tak i druhé tandemové transplantace.

Prostřednictvím dotazníků pacienti mohli zhodnotit, na základě svého zdravotního stavu, zda li by chtěli a zvládli relativně klidné období do projevů hematologické toxicity, tedy do poklesu krvinek, které nastupuje zhruba kolem 7-10 dne po chemoterapii, trávit v domácím prostředí. Poznatky by měli vést ke zlepšení komfortu pacienta během hospitalizace, případně zlepšení kvality ošetrovatelské péče po bio-psycho-sociální stránce pacienta.

Charakteristika souboru

Kritériem výběru byli pacienti starší 18 let s diagnózou mnohočetný myelom, hospitalizováni ve Fakultní nemocnici Ostrava na Klinice hematonekologie, u nichž byla provedena autologní transplantace periferních kmenových buněk krvetvorby (PBSC) v první léčebné linii u mnohočetného myelomu a v případě druhého dotazníku také provedena druhá tandemová transplantace. Průzkumu se zúčastnilo celkem 40 pacientů, kteří podstoupili vysokodávkovanou chemoterapii s autologní transplantací PBSC, z toho 32 podstoupilo také tandemovou transplantaci. Respondenti jsou rozděleni do dvou souborů. O provedení transplantace a zařazení do transplantačního programu rozhoduje transplantační komise, která podle typu, vývoje a stadia onemocnění s přihlédnutím k celkovému stavu každého pacienta, individuálně indikuje provedení transplantace, případně rozhodne o upřesnění přípravného režimu.

Metodika

Nástrojem pro získání informací byly dva nestandardizované dotazníky, vytvořené pro toto průzkumné šetření a zároveň pro potřeby pracoviště. První dotazník se zabýval problematikou první vysokodávkované chemoterapie s autologní transplantací PBSC, druhý byl zaměřen na tandemovou transplantaci. Proces transplantace se dá rozdělit na několik období, podle nichž byly dotazníky členěny. Jednotlivá období měly vypovídat o toleranci a vnímání celého procesu. Dotazníky byly označeny identifikačním číslem a byly zcela anonymní.

Organizace průzkumu

Sběr dat pro toto průzkumné šetření probíhal ve Fakultní nemocnici Ostrava v rámci Kliniky hematonekologie se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, a to v období od 2. 10. 2017 do 31. 1. 2018. Dotazníky byly pacientům osobně předány při propuštění z hospitalizace a byli poučeni o odezdání v zalepené obálce při první kontrole v hematonekologické ambulanci. Jelikož tandemové transplantace probíhají již od roku 2016, došlo k předání dotazníků také při kontrole v hematonekologické ambulanci zpětně.

Zpracování dat

Data byla zpracována programem MS Excel. Byla použita popisná statistika (procenta, modus).

Výsledky

Pacienti byli rozděleni do dvou souborů. První soubor tvoří 40 pacientů, kteří podstoupili první transplantaci, z toho 24 mužů a 16 žen, průměrný věk se pohyboval 58,7 let. Věkové rozpětí bylo široké, nejmladší 37 let a nejstarší 71 let, což mohlo mít vliv na vnímání celého procesu. Druhý soubor tvořilo 32 pacientů, 21 mužů a 11 žen, průměrný věk se pohyboval 59,6 let, u nichž proběhla také tandemová transplantace. Druhý soubor je menší, protože 3 pacienti z prvního souboru odmítli druhou transplantaci z důvodu psychického nezvládnutí pobytu v nemocnici a množství infekčních komplikací. Druhý soubor je menší také z důvodu, že v období sběru dat 5 pacientů ještě čeká na tandemovou transplantaci.

Hodnocení jednotlivých položek první vysokodávkované chemoterapie s autologní transplantací PBSC

V období do podání chemoterapie zhodnotilo svůj zdravotní stav jako dobrý 40 % pacientů. Dobrý, ale s obtížemi 37,5 %, spíše špatný s potížemi 17,5 %. Výborný a špatný, s řadou obtíží označilo 2,5 % pacientů, což odpovídalo po jednom pacientovi. Informace před přijetím k transplantaci mělo dostatek 67,5 %, spíše ano mělo 30 %, a spíše málo informací mělo 2,5 % pacientů. Hlavním důvodem pro rozhodnutí absolvovat transplantaci pro 42,5 % pacientů bylo, že tato léčba by mohla vést k uzdravení, 27,5 % pacientů se vyslovilo pro léčbu, která oddálí návrat nemoci o několik let a stejně 27,5 % označilo, že tomu nerozumí, ale důvěřuje lékařům, že je to pro ně to nejlepší, pouze jeden pacient označil odpověď, že kdyby nebylo rodiny, tak bych do transplantace nešel/a, což představovalo 2,5 %. Před hospitalizací cítilo 42,5 % pacientů obavy přiměřené jako obvykle, 20 % skoro žádné, 17,5 % uvádělo obavy minimální, 10 % pacientů mělo velké obavy až strach, 7,5 % nemělo žádné obavy a 2,5 % označilo hrozně jsem se bál/a. Jako největší obavy uváděli nevolnost a to 30 % pacientů, délku hospitalizace 22,5 %, komplikace obecně 15 %, bolest 7,5 % a smrti se obávalo 5 % pacientů, což byli 2 pacienti ze souboru.

V období prvních 5 dnů po transplantaci, tedy do poklesu parametrů krevního obrazu se ke svému zdravotnímu stavu vyjádřilo 55 % pacientů, že byli rádi, že toto období trávili v nemocnici, 17,5 % pacientů se cítili natolik dobře, že by tyto dny mohli být doma, 15 % nemělo žádné potíže, ale doma by museli mít blízkou osobu k ruce a 12,5 % neměli žádné potíže, ale doma by to sami nezvládli. Tyto údaje jsou zpracovány do grafu 2, kde jsou uvedeny také počty pacientů. Únavu ve střední intenzitě v tomto období udávalo 40 % pacientů, 27,5 % minimální, 17,5 % pacientů byli velmi unaveni, 10 % pociťovali těžkou únavu. Stejných 2,5 % pacientů pociťovali slabost anebo žádnou únavu, což představoval vždy jen jeden respondent. Nevolnost nejčastěji pociťovali lehkou a to 30 % pacientů, stejný podíl

17,5 % uvádělo nevolnost mírnou - občas, denně a výraznou, 10 % pacientů nemělo vůbec nevolnost a 7,5 % mělo nevolnost vytrvale, což představovali 3 pacienti. *Nechutenství* střední pociťovalo 30 %, těžké nechutenství udávalo 22,5 % stejně jako nemožnost jíst, 10 % lehké a 7,5 % stejně udávalo nechutenství mírné a žádné. *Průjem* nemělo 32,5 %, u 22,5 % pacientů se vyskytoval jen 1-2krát, stejně 20 % pacientů udávalo průjem 1-2krát denně a denně 3-5krát, 5 % pacientů udávalo víc jak 5krát denně. *Jiné potíže* uvádělo 22,5 % plynatost o intenzitě 1, 20 % uvedlo bolesti břicha na škále 1, ostatní neuvedli žádné potíže. *Horečky* 50 % pacientů nemělo, 37,5 % mělo jen trochu zvýšenou teplotu, pouze 12,5 % udávalo horečky, což představovalo 5 pacientů. *Svůj psychický stav* označilo 27,5 % pacientů za špatný, cítili se osamocení, 7,5 % pacientů na tuto otázku nechtělo odpovídat, ostatních 65 % během hospitalizace na tom špatně nebylo. *Problémy s usínáním a spánkem* jen občas mělo 47,5 %, 40 % nemělo žádné problémy, trvalé problémy mělo 12,5 % pacientů. *Strach a úzkost z toho co přijde*, mělo jen občas 50 % dotazovaných, 45 % nemělo vůbec, jen 2 % mělo strach a úzkost trvale, což byli dva pacienti. *Jiné potíže*, které nebyly uvedeny v dotazníku, upřesnilo 17,5 % dotazovaných, které specifikovali ve smyslu trvalý strach, bolesti skeletu, brnění, mravenčení, hučení v uších, malátnost, slabost, neklid, nesoustředěnost, ostatních 82,5 % neměli potřebu na tuto otázku odpovídat.

Ode dne 6 po transplantaci do propuštění pociťovalo únavu střední 45 % pacientů, minimální 27,5 %, velmi pociťovalo únavu 12,5 %, těžkou únavu 7,5 % a stejných 2,5 % pociťovalo únavu jako slabost nebo žádnou a 2,5 % nechtělo odpovídat, což představoval jeden pacient. *Bolesti v DÚ, v krku, při polykání* nemělo 50 %, jen lehce 22,5 %, 15 % pacientů nemohlo skoro jíst a 12,5 % mělo bolesti mírně, ale mohli jíst. *Nevolnost* denně mělo 25 % stejně jako lehkou nevolnost, 22,5 % mělo nevolnost mírnou jen občas, 12,5 % nemělo nevolnost, 10 % měli výraznou a trvale nevolnost mělo 5 % pacientů, což představovali dva pacienti. *Nechutenství* v tomto období bylo nejčastěji střední 40 %, 25 % bylo těžké, 12,5 % mírné, 10 % lehké, nemohlo jíst 7,5 % a 5 % udávali žádné nechutenství. *Průjem* 32,5 % stejně udávali vůbec ne a jen 1-2krát, 17,5 % denně 1-2krát, denně 3-5krát udávalo 15 %, denně více než 5krát udávalo 2,5 %, což byl jeden pacient. Výskyt průjmu v počtech pacientů ukazuje graf 3. V tomto období bylo bez teploty 57,5 %, trochu zvýšenou teplotu udávalo 37,5 % a 10 % mělo horečky. *Krvácivé projevy, krvácení z nosu* a podobně uvedlo 12,5 %, ostatní 87,5 % nemělo žádné krvácivé projevy. *Psychické potíže* udávalo 25 % pacientů, ostatní 75 % neměli žádné potíže po psychické stránce. *Spánek a usínání* měli narušený jen občas 55 % pacientů, 32,5 % neudávali problémy, 12,5 % mělo trvalé potíže. *Strach a úzkost z toho co přijde*, se u 50 % nevyskytovala, 47,5 % uvádělo jen občas, a trvale pouze jeden pacient což je 2,5 %. *Jiné potíže* pacienti neudávali.

Celkově hodnotili hospitalizaci, co se týká *délky pobytu* za očekávanou 70 %, 22,5 % považovalo délku dlouhou, 5 % nesnesitelně dlouhou a 2,5 % za poměrně krátkou dobu, což byl 1 pacient. *Za největší potíže* uvedlo 50 % pacientů nechutenství, 30 % zaživač potíže, 10 % psychické strádání, horečku uvedlo 7,5 % a 2,5 % nechtělo odpovídat.

Vybavení pokoje uvedlo 85 % na dobré úrovni a 15 % uvedlo průměrnou úroveň. Během pobytu v nemocnici pacientům *nejvíce vadila* nuda a to v 18 případech, což představovalo 45 % pacientů, klimatizaci uvedlo 15 %, hluk stejně jako ranní buzení uvedlo 7,5 % a 5 % pacientů uvedlo, že jim nevadilo nic.

Teplota na pokoji bylo pro 77,5 % příjemná, 12,5 % uvedlo, že bylo příliš teplo, 5 % uvedlo, že byla příliš zima, stejně tak 5 % nechtělo na tuto otázku odpovídat. *Kvalita a chuť stravy* byla dobrá pro 52,5 % pacientů, pro 20 % byla očekávaná, 12,5 % uvedlo nedobrou stravu, 10 % nechtělo odpovídat a pouze 5 % označilo stravu za výbornou, což byli dva pacienti. K hodnocení *přístupu sestry a lékařů* používali stupnici jako

ve škole, 90 % sester ohodnotili za 1, ostatní za 2, u lékařů 87,5 % za 1, ostatní za 2. *Informovanost o stavu a léčbě* během hospitalizace hodnotili z 65,5 % za výborné, 32,5 % považovali informovanost za průměrnou. Nejvíce během hospitalizace *pacienti uvítali* vycházky mimo pokoj a oddělení a to 40 %, 27,5 % uvítalo možnost volných návštěv, 22,5 % označilo všechny uvedené a 10 % uvítalo televizi a internet.

Nejvíce chyběl pacientům kontakt s rodinou 40 %, výběr z jídel postrádalo 30 %, 17,5 % pacientů nepostrádalo nic a 12,5 % postrádalo volnost pohybu.

V období rekonvalescence, přibližně první týdny doma 47,5 % pacientů označilo, že se moc dobře necítili, avšak žádné zvláštní potíže neměli, 27,5 % se cítilo velmi dobře a 6 pacientů se cítilo špatně, což je 15 % z celého souboru. Převažovala *únava* střední 55 %, minimální uvedlo 20 %, velmi unaveno bylo 17,5 %, stejně 2,5 % uvedlo těžkou únavu a slabost, což byl vždy jeden pacient. *Nechutenství* střední intenzity označilo 30 %, lehké 20 %, stejně 12,5 % uvedlo těžké nebo žádné. *Nevolnost* mírnou, občas pociťovalo 35 %, lehkou 30 %, 17,5 % nemělo žádnou nevolnost, 15 % uvedlo denně, 2,5 % mělo výraznou nevolnost. *Průjem* nemělo 47,5 %, jen 1-2krát 35 %, denně 3-5krát 10 %, jeden pacient nechtěl odpovídat, což bylo 2,5 %. Z jiných zaživačích potíží uvedlo 25 % plynatost, bolesti břicha a 57,5 % neuvedlo nic. *Horečky* mělo 7,5 %, zvýšenou teplotu 22,5 % a 70 % horečky nemělo. *Psychický stav* špatný označilo 15 %, 5 % nechtělo odpovídat a 80 % označili odpověď ne. Problémy se spánkem a usínáním mělo jen občas 52,5 %, trvale 5 % a žádné potíže uvedlo 52,5 %. *Strach a úzkost z další léčby* mělo jen občas nebo vůbec stejně 45 % pacientů, 10 % mělo strach trvale.

V posledním oddílu měli pacienti zhodnotit *celkový proces transplantace*. *Průběh transplantace* podle očekávání uvedlo 65 %, částečně 25 % a stejně 5 % pacientů nesplnil očekávání, nebo nechtěli odpovídat. *Průběh léčby* od přijetí až po první dva týdny doma

po propuštění z nemocnice podle očekávání označilo 65 %, 17,5 % pacientů označilo horší, než jsem čekal/a, 15 % proběhlo lépe, než očekávali a pouze 2,5 % výrazně horší oproti očekávání. Na základě své zkušenosti se měli pacienti zamyslet, zda by zvládli první dny po podání buněk v domácí péči. 40 % si myslí asi ano, 30 % by to nezvládli, 22,5 % by to jistě nezvládlo a 7,5 % si myslí, že určitě ano. Osobně by upřednostnili období bez příznaků v domácí péči spíše ano 25 %, určitě ano 20 %, nerozhodně uvedlo 22,5 %, spíše ne 20 %, určitě ne 10 % a 2,5 % nechtělo na dotaz odpovědět.

Pokud by byla pacientům znovu nabídnuta tato léčba, určitě by ji podstoupilo 55 %, spíše ano 35 %, nerozhodně uvedlo 5 % a 5 % označilo určitě ne, což byli 2 pacienti. Tuto léčbu by určitě doporučilo 65 %, spíše ano 20 %, určitě ne 2,5 % a nerozhodně uvedlo 10 % pacientů. V posledním dotazu mohli pacienti vyjádřit své podněty pro zlepšení ve smyslu vybavení pokojů a oddělení co by sami uvítali. 32,5 % by uvítalo osobní chladničku na pokoji, 5 % upozornilo na větrák, věšák na oblečení před pokojem, skříňku na boty ven preferovalo stejně 2,5 % a 52,5 % pacientů nepostrádalo nic.

Hodnocení dotazníku tandemová transplantace

V období do podání chemoterapie byly odpovědi početně přibližně stejné. Zkušenost z první transplantace ovlivnila obavy pozitivně u 46,9 % pacientů ve smyslu menších obav, 28,1 % pacientů neovlivnila, 15,6 % ovlivnila spíše negativně a 9,4 % uvedlo, že ovlivněna byla určitě negativně kvůli potížím při první transplantaci, což představovali 3 pacienti z celého souboru pacientů.

V období prvních 5 dnů po transplantaci, tedy do poklesu parametrů krevního obrazu se 50 % pacientů cítilo asi tak stejně, 21,9 % spíše lépe, 15,6 % určitě lépe a stejným dílem 6,3 % pacientů se cítilo spíše hůře a určitě hůře. Za *menší potíže* považovali nevolnost a zvracení 28,1 %, obavy a úzkost 21,9 %, průjem 18,8 %, únavu 15,6 %, ostatní 12,5 % neuvedli nic. Za *větší potíže* považovali oblast únavy 28,1 %, nechutenství 25 %, průjem 15,6 %, nevolnost a zvracení 9,4 %, obavy a úzkost 6,3 %, ostatní 12,5 % neuvedli nic.

V období ode dne 6 po transplantaci do propuštění se cítilo 37,5 % asi tak stejně, spíše lépe 31,3 %, stejně 12,5 % se cítilo určitě dobře, ale také spíše hůře, určitě hůře se cítilo 6,3 % pacientů, což představovali 2 pacienti. Za *menší potíže* považovali nevol-

nost a zvracení 21,9 %, stejně 18,8 % průjem a nechutenství, únava 15,6 %, stejně 9,4 % bolesti a nespavost, obavy a úzkost 3,1 %. Za *větší potíže* považovali nejvíce nechutenství 28,8 %, únavu 18,8 %, stejně 9,4 % nevolnost a zvracení a průjem, nespavost 12,5%, obavy a úzkost 3,1 %.

V období rekonvalescence, přibližně první týdny doma 56,3 % pacientů označilo, že se moc dobře necítili, ale neměli žádné zvláštní potíže, velmi dobře se cítilo 37,5 %, a špatně 6,3 %, což byli pouze 2 pacienti. Srovnání nejčastěji vyskytujících se odpovědí obou transplantací tohoto období je uvedeno v tab. 1.

Celkové hodnocení hospitalizace během průběhu tandemové transplantace bylo ve všech položkách přibližně stejné. Tabulka č. 2 ukazuje nejčastěji vyskytující se odpovědi ve srovnání s první transplantací odpovědí ve srovnání s první transplantací.

Celkově proces tandemové transplantace zhodnotilo s očekávaným průběhem 68,8 % pacientů, ostatní označili částečné očekávání. Celý procesu až po první dva týdny doma zhodnotilo 71,9 % podle očekávaného průběhu, stejně 12,5 % označilo průběh lepší, než očekávali a horší než očekávali a jeden

	14 dnů v domácí péči 1. transplantace	14 dnů v domácí péči 2. transplantace
subjektivní pocit	moc dobře jsem se necítil, ale neměl jsem žádné potíže	moc dobře jsem se necítil, ale neměl jsem žádné potíže
Únava	Střední	střední
Nevolnost	mírná, občas	žádná
Nechutenství	Střední	střední
Průjem	vůbec ne	vůbec ne
jiné zažívací potíže	Neměli	neměli
Horečky	Ne	ne
psychické strádání (samota)	Ne	ne
usínání a spánek	Občas	občas
strach, úzkost z toho co přijde	ne, nebo jen občas	nehodnoceno
jiné potíže	Neměli	neměli

Tab. 1 Srovnání nejčastějších odpovědí období rekonvalescence, 14 dnů v domácí péči po jednotlivých transplantacích

	celkové hodnocení během 1. transplantace		celkové hodnocení během 2. transplantace	
	Modus	%	modus	%
doba pobytu	Očekávaná	70	očekávaná	81,3
největší potíže	Nechutenství	50	nechutenství	46,9
úroveň vybavení pokoje	Dobrá	85	dobrá	78,1
co mi nejvíce vadilo	Nuda	45	nuda	43,8
teplota na pokoji	Příjemná	77,5	příjemná	81,3
kvalita a chuť stravy	Dobrá	52,5	dobrá	43,8
přístup sester	1	90	1	90,6
přístup lékařů	1	87,5	1	100
informovanost o stavu a léčbě	Výborná	67,5	výborná	78,1
co postrádali za hospitalizace	kontakt s rodinou	40	kontakt s rodinou	43,8
co uvítali za hospitalizace	vycházky mimo oddělení	40	volné návštěvy	31,3

Tab. 1 Srovnání nejčastějších odpovědí období rekonvalescence, 14 dnů v domácí péči po jednotlivých transplantacích
Modus – nejčastěji vyskytující se odpověď, % - procentní zastoupení odpovědi jednotlivých souborů

pacient 3,1 % označil průběh výrazně horší oproti očekávání. Celkově proti první transplantaci pacienti uváděli, že jak po stránce fyzické a psychické vše vyšlo spíše lépe 34,4 %, nastejno 31,3 %, spíše hůře 21,9 %, určitě lépe 9,4 % a určitě hůře 3,1 % což byl jeden pacient. Tuto léčbu by podstoupilo znovu, pokud by jim byla doporučena 46,9 % pacientů spíše ano, určitě ano 37,5 %, určitě ne jeden pacient 3,1 % a 6,3 % pacientů zatím neví. 56,3 % by tuto léčbu určitě doporučilo, pokud by se zeptal někdo, kdo se pro ni rozhoduje, 25 % spíše ano a ostatní buď nechtěli odpovídat, nebo označili neví.

Diskuze

Pacientovy představy o tom, co se s ním bude odehrávat dále, ovlivňují daného člověka při jeho vnímání vlastního zdravotního stavu a zároveň ovlivňují jeho interpretaci. Ne každý vnímá stejně, co se odehrává. Pouhý věk a pohlaví může ovlivňovat vnímání toho, co se děje. Největší rozdíly mohou být viděny například při vnímání bolesti nebo délky hospitalizace. Rozdílné typy osobností, mohou vidět věci jako nepodstatné a nedůležité, naopak někteří mohou být na tyto věci citliví a reagují na každý podnět (4).

Možnost postoupit tento léčebný postup nabízí více než 20 % pacientů přežití

delší než 10 let. V dnešní době je autologní transplantace hematopoetických buněk považována za zlatý standard pro všechny nemocné do 60-70 let dle zvyklostí jednotlivých pracovních skupin. Provedení dvou za sebou jdoucích transplantací by mělo vést k prohloubení léčebné odpovědi a oddálení návratu nemoci (5).

Naše data prokázala velmi dobrou informovanost pacientů o procesu, což mohlo také přispět k lepší snášenlivosti a toleranci, ve smyslu předcházení negativních účinků chemoterapie. Přestože měli dobrou informovanost, obavy z toho, co přijde, se nejčastěji vyskytovaly přiměřeně jako obvykle. Nejvíce se obávali nevolnosti. Na rozhodnutí podstoupit tento proces měla vliv víra v uzdravení, nebo oddálení nemoci o několik let. Zkušenost z první transplantace také pozitivně ovlivnila převážně obavy pacientů ve smyslu menších obav.

Dále jsme zjistili, že největší potíže měli pacienti do poklesu krevního obrazu a srovnání s tandemovou transplantací. Nejvíce uváděli *nechutenství* a *únavu* střední intenzity, pak lehkou *nevolnost*, problémy se *spánkem* a *usínáním* měli jen občas stejně jako *strach* a *úzkost z toho, co přijde*. Průjem většinou nikdo neuváděl. Ostatní a jiné potíže byly za-

nedbatelné. Přesto převážná část pacientů byla ráda, že byli v nemocnici. Nicméně po zkušenosti z celého procesu v hodnocení uvedli, že by spíše upřednostnili toto období v domácí péči. Pro takové rozhodnutí je nutný individuální přístup, přítomnost blízké osoby a dobré sociální zázemí. V úvahu by se měla také brát časová dostupnost pracoviště v případě komplikací a nutnosti hospitalizace na transplantační jednotce. Zvládnání obtíží může negativně ovlivnit psychická stránka pacienta. Také široké věkové rozmezí ovlivňuje pohled na zvládnání tohoto období. V jednotlivých položkách obou dotazníků byly nejčastější odpovědi stejné, za menší potíže však považovali nevolnost a zvracení a větší byla únava.

Největší potíže byly v období fáze přihojování štěpu, přibližně ode dne 6 po převodu štěpu a srovnání s tandemovou transplantací. Nejčastěji uváděli denní *nevolnost* a střední *nechutenství*, střední byla také *únava*. *Průjem* a jiné potíže většinou neuváděli, protože nepředstavovaly tak velkou intenzitu. Ve srovnání jednotlivých oblastí s tandemovou transplantací byla pouze *nevolnost* na lehkém stupni, všechny ostatní položky byly nejčastěji stejné. V dotazníku tandemové transplantace nejčastěji uvedli za menší potíže v pořadí *nevolnost* a *zvracení*, *průjem* a *nechutenství*,

pak únavu, ostatní bylo zanedbatelné. Za větší uváděli potíže v tomto pořadí nechutenství, pak únavu, stejně uváděli průjem, nevolnost a zvracení, ostatní bylo zanedbatelné.

Za zmínku stojí, že jen šest pacientů udávalo bolest dutiny ústní, v krku, při polykání v intenzitě, že nemohli skoro jíst, ale perorální příjem zůstal zachován v přijatelném stavu. Ostatní neměli tyto potíže vůbec nebo jen lehce, což bylo ovlivněno použitím kryoterapie.

Efekt kryoterapie byl opakovaně ověřen a jeho účinnost je velmi významná. Tato léčebná metoda výrazně přispívá k poklesu výskytu a tíži mukozitidy dutiny ústní, jak u pacientů po vysokodávkované chemoterapii se samotným melfalanem, kde byl výskyt mukozitidy při kryoterapii 18 % oproti 68 % bez kryoterapie, tak u pacientů kde byl melfalan aplikovaný v kombinaci s dalším cytostatikem (6).

Při zjišťování jaké potíže provázely 14 denní období v domácí péči po propuštění z nemocnice u obou transplantací, jsme získali tyto odpovědi. Nejčastěji uváděli, že se doma moc dobře necítili, ale žádné zvláštní potíže neměli. *Únava a nechutenství* se projevovaly nejčastěji ve střední intenzitě, *průjem* a jiné *zažívací potíže* nejčastěji neuváděli. Jediný rozdíl byl v *nevolnosti*, kdy ji nejčastěji vůbec nepociťovali. Pacienti sami porovnali obě transplantace převážně s pozitivním výsledkem, ať už vše proběhlo lépe nebo stejně, pouze 3 pacienti označili, že průběh byl horší. Nemalý vliv měla zkušenost z předchozí transplantace ve smyslu, že pacienti již měli konkrétní představu o průběhu. Vlastní zážitek má větší hodnotu než jen slova a edukace jako před první transplantací.

V rámci hodnocení celého procesu první transplantace, ve srovnání s tandemovou transplantací jsme nejčastěji zjistili, že obě transplantace proběhly z velké části podle očekávání, nebo v některých případech dokonce lépe než čekali. Pouze pár jednotlivců zhodnotilo průběh za horší, než čekali. Převážná část

by také tento postup doporučila. Po psychické stránce tolerovali proces obou transplantací bez strádání za hospitalizace, nebo jen občas pociťovali samotu. Pouze malé množství pacientů udávalo psychické potíže, úzkost a strach z toho co přijde. Na žebříčku výskytu potíží byl strach, úzkost a psychická nepohoda až na posledních místech a jejich procentní zastoupení s blížící se rekonvalescencí se snižovalo. Z těchto důvodů také tři pacienti odmítli podstoupit tandemovou transplantaci.

Studie Schulmeister et al. zahrnuje pacienty nejen s diagnózou MM, kteří podstoupili autologní transplantace (auto-HCT) ambulantně, popisuje ve většině případů pozitivní zkušenost pacientů s léčbou. Ti co měli negativní zkušenost, měli zároveň i nějaké závažné nebo život ohrožující vedlejší účinky (proto negativní zkušenost). Prezentují se zde výsledky vnímání kvality života, kvality péče a spokojenosti pacientů, kteří dostávali vysokodávkovanou chemoterapii s auto-HCT v ambulantní sféře s diagnózami MM, non-Hodgkinův lymfom, Hodgkinův lymfom a rakovina prsu. Nejvíce kvalita života klesala 4–6 týdnů po léčbě oproti období před léčbou, ale po šesti měsících od léčby byla kvalita lepší než před léčbou. Dobrý klinický výsledek po auto-HCT byl spojen s lepší kvalitou života, ale i větší spokojeností s péčí. Pro ošetřovatelství je tedy důležitá ambulantní zkušenost s auto-HCT, její vliv na kvalitu života, která by vedla k vylepšení výchovných a podpůrných postupů pro pacienty podstupující auto-HCT (7).

Výsledky tříleté prospektivní studie na 220 pacientech, kteří podstoupili alogenní nebo auto-HCT, kde hodnotili svůj psychický a fyzický stav v časech T1(při přijetí), T2 (v den transplantace), T3 (den 7), T4 (den 14) prezentoval Prieto et al.. Vyplývalo z toho, že úzkost byla největší v čase T1 a to z důvodu, že se toho báli, nevěděli, do čeho jdou, jak jim následně bude, která pak s postupem času klesala. Naopak deprese narůstala od T1 do T3 z důvodu rapidně se zhoršujícího fyzického stavu. S tím, jak se pak zvyšovala fyzická kondice, klesla i deprese (8).

V průzkumu na našem pracovišti ocenili pacienti během hospitalizace vycházky mimo pokoj a oddělení, 40% z celého souboru. Literatura uvádí, že pacienti jsou hospitalizováni na transplantačních jednotkách s řízenou cirkulací vzduchu a reverzní izolací. Jak přísná bude reverzní izolace pro oslabeného pacienta, je plně v kompetenci daného pracoviště. V mnohém záleží na tíži imunity oslabeného pacienta, hygienické situaci a zázemí daného pracoviště, zkušenostech a zodpovědnosti personálu. V posledních letech je snaha omezit nutnost izolace, která pro pacienta představuje nemalou psychickou zátěž. (9).

Na naší klinice, jsou pacienti hospitalizováni jak na transplantační jednotce intenzivní péče, ale také na standardním oddělení. Jsou přijata taková opatření, která odpovídají reverzní izolaci, ve smyslu používání osobních ochranných prostředků pro personál a pacienta, nutnost a možnost používání roztoků pro hygienickou dezinfekci rukou pro personál, pacienta a návštěvy. Průzkum ukázal, že pacienti uvítali možnost vycházek mimo pokoj a volné návštěvy. Přibližně 55% pacientů, kteří se zúčastnili průzkumu, byli hospitalizováni v celé délce pobytu na jednotce intenzivní péče nebo na oddělení (45 %), bez toho aniž by to mělo vliv na délku pobytu, která činila v průměru u první transplantace 15,5 dne a u tandemové 14,5 dne.

Také nuda, kterou označila v obou souborech téměř polovina pacientů, může mít vliv na prožívání celého procesu, ať už po stránce vnímání nežádoucích příznaků, nebo celkového pobytu. Hlavou se promítají různé myšlenky, zvláště když neví, co se bude dít, jak dlouho bude trvat, než se hodnoty krevního obrazu dostanou zpět do normy a další otázky. Přestože mají pacienti dostatek informací, je vhodné také odpoutat pozornost od nemoci, zvláště pokud pacienti nemají výraznější potíže. Vyplnit volný čas činnostmi, které jsou schopni akceptovat vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Může jít o četbu, sledování televize, internet, vycházky mimo pokoj a oddělení, což také velmi ocenili. Byl také pořízen rotoped, kdy možnost použití rozhodne lékař.

Myelom má velmi emoční dopad jak na nemocné tak i na jejich pečovatele. Článek, který prezentuje výsledky dotazovaných pacientů s MM a jejich pečovatelů (nejčastěji manželé) ukazuje vliv na sociální i pracovní oblast života. Často to bylo více vnímáno pečovatelem, který na úkor zanedbávání sám sebe se stará o nemocného. Jak pacienti, tak i pečovatelé měli obavy o budoucnost, často to vedlo ke stresovým situacím. Nyní se klade na důraz psychosociální pomoc pacientům v průběhu léčby, ale je také důležité se jim věnovat i po léčbě (10).

V české republice působí organizace s názvem Klub pacientů s mnohočetným myelomem, která vznikla z iniciativy pacientů. Organizace každoročně pořádá několik setkání pod názvem Info odpoledne. Program těchto edukačních setkání je tvořen podle aktuálních potřeb jednotlivých regionálních klubů, pacienti mají možnost diskutovat o svých zdravotních problémech a navzájem si vyměňovat své životní zkušenosti. Přednášejícími informačního odpoledne jsou lékaři-hematoonkologové, farmaceuti, psychologové, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, sociální pracovníci či další odborníci. Třikrát ročně vychází klubový časopis, který kombinuje odborné informace s nejvýznamnějšími událostmi klubového života. Časopis je k dispozici ve všech specializovaných ambulancích léčebných center zabývajících se léčbou MM v ČR. Mnoho informací o nemoci mohou pacienti a jejich blízcí získat také na webových stránkách www.mnohocetnymyelom.cz.

Závěr

Mnohočetný myelom je druhé nejčastější zhoubné hematologické onemocnění. Přes značný vývoj diagnostiky a léčby zůstává stále nevléčitelným onemocněním. Prognóza onemocnění ve smyslu, že se onemocnění začíná považovat za chronické s délkou přežití několika desítek let, se značně změnila. Pro praxi zdravotnických pracovníků to znamená, že plná informovanost pacienta může vést k předcházení nežádoucích účinků. Empatický přístup a komunikace s pacienty přispívá k lepší psychické pohodě

a snášenlivosti prostředí nemocnice. Snaha co nejvíce prostředí nemocnice přizpůsobit pacientovi, za předpokladu dodržování nepodkročitelných hygienických opatření v potransplantačním období v době neutropenie. Některé připomínky, které pacienti vyjádřili v dotazníku, se mohou stát motivující, ať už po stránce co chybělo, něco co by uvítali za hospitalizace. Významnou roli hraje edukace pacienta a jeho přesvědčení v pozitivním smyslu léčby. Neméně důležité je zapojení rodiny jako podpory v léčbě pacientů s MM.

Zdroje

1. ADAM, Z., KREJČÍ, M., VORLÍČEK, J. et al. Hematologie: přehled maligních hematologických nemocí. 2. doplněné a zcela přepracované vydání. Praha: Grada, 2008. s. 392 + 12 stran barevné přílohy. ISBN 978-80-247-2502-4.
2. HÁJEK, R., MAISNAR, V., MINAŘÍK, J., et al. Mnohočetný myelom. In MAYER, J. Léčebné postupy v hematologii: doporučení České hematologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Praha 2016: Česká hematologická společnost České lékařské společnosti J.E. Purkyně, 2016. s. 179-194 ISBN 978-80-260-9718-1.
3. POUR, L. et al. HCT v léčbě mnohočetného myelomu. In CETKOVSKÝ, P. et al. Transplantace kostní dřeně a periferních hematopoetických buněk. Praha: Galén 2016. s. 366-371. ISBN 978-80-7492-267-1.
4. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada 2002. s. 200. ISBN 80-247-0179-0
5. POUR, L. et al. HCT v léčbě mnohočetného myelomu. In CETKOVSKÝ, P. et al. Transplantace kostní dřeně a periferních hematopoetických buněk. Praha: Galén 2016. s. 366-371. ISBN 978-80-7492-267-1.
6. VOKURKA, S. et al. The risk factors for oral mucositis and the effect of cryotherapy in patients after the BEAM and HD-I-PAM 200 mg/m² autologous hematopoietic stem cell transplantation. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011;15(5):508-

512. ISSN 1462-3889

7. SCHULMEISTER, L., QUIETT, K., MAYER, K. Quality of Life, Quality of Care, and Patient Satisfaction: Perceptions of Patients Undergoing Outpatient Autologous Stem Cell Transplantation. *Oncology Nursing Forum*. 2005; 32(1): 57-67.
8. PRIETO, J M, ATALA, J., BLANCH, J., CARRERAS, E., ROVIRA, M., CIRERA, E., GASTÓ, C. Quality of life Patient-rated emotional and physical functioning among hematologic cancer patients during hospitalization for stem-cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*. 2005; 35(3): 307-314.
9. VOKURKA, S. Únava při nádorovém onemocnění. In VOKURKA, S. Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie. Praha: Galén, 2005. s. 55-62. ISBN 80-7262-299-4.
10. MOLASSIOTIS, A., WILSON, B., BLAIR, S., HOWE, T., CAVET, J. Living with multiple myeloma: experiences of patients and their informal caregivers. *Supportive Care in Cancer*. 2011; 19(1): 101-111.

Kontaktní adresa

Bc. Ivana Tvrda,
Fakultní nemocnice Ostrava,
Klinika hematoonkologie, Ostrava,
ivana.tvrda@fno.cz,
59 737 4576

doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.,
Ústav ošetrovatelství
a porodní asistence,
Ostravská univerzita, Ostrava,
radka.buzgovasuz.cz,
553 46 10604

Mgr. Kateřina Hašová,
Fakultní nemocnice Ostrava,
Klinika hematoonkologie, Ostrava,
katerina.hasova@fno.cz,
59 737 2214

KOMUNIKAČNÉ ZRUČNOSTI SESTIER V INTENZÍVNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI U PACIENTOV NA UMELEJ PLŮCNEJ VENTILÁCII

COMMUNICATION SKILLS NURSES IN INTENSIVE NURSING CARE OF PATIENTS ON PULMONARY VENTILATION

ANNA ZSILINSZKÁ¹, ZUZANA BYSTRICKÁ², LÍVIA KOLLÁROVÁ^{1,2}

¹ FNŠP Nové Zámky, ul. Slovenská 11/A, 940 34 Nové Zámky

² FZaSP sv. Ladislava Nové Zámky, VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, ul. Slovenská 11/A, 940 34 Nové Zámky

Abstrakt

Práca sa zameriava na oblasť komunikácie s pacientom v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorému jeho zdravotný stav neumožňuje komunikovať tak, ako v období pred chorobou alebo úrazom. Cieľom bolo poukázať na to, že v ošetrovateľskej praxi má komunikácia nezastupiteľné miesto, je súčasťou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a nie je možné ju oddeliť. Je dôležité, aby sestra disponovala vedomosťami, ale zároveň aj zručnosťami v oblasti komunikácie, aby mohla pacientom pomôcť prekonať toto náročné obdobie efektívnou komunikáciou. Na získanie údajov v prieskume sme použili štruktúrované pozorovanie, ako výskumnú metódu získavania informácií. Výsledky prieskumu sme spracovali kvantitatívne a kvalitatívne. Prieskum sme uskutočnili vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Nových Zámkoch. Respondentmi prieskumu bolo 22 sestier pracujúcich v trojzmennej prevádzke, ktoré súhlasili s realizáciou prieskumu. Zistili sme, že u sestier v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta na umelej pľúcnej ventilácii (UPV) sa vyskytovali najčastejšie nedostatky v oblasti oslovenia pacienta a používania zdobnín. Z výsledkov vyplýva, že komunikácia je dôležitou a neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti aj u pacientov na UPV a náš prieskum odhalil výrazné medzery a nedostatky.

Kľúčové slová

Komunikácia. Komunikačné zručnosti. Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť. Umelá pľúcna ventilácia. Pacient.

Abstract

We focused in this work on communication with patient in intensive nursing care, which health not allow communicate than in period before disease or accident. The aim of this work was to show that communication have irreplaceable role in nursing care and it is inseparable part of provide nursing care. It is very important than nurse has knowledges and skills in communication that she help patients overcome this difficult period with effective communication. We used structured observation to obtain data in exploration as research method to obtain informations. Results of exploration we processed qualitative, quantitative. We conducted a exploration in University hospital in Nové Zámky. Exploration respondent were 22 nurses working in three shifts, who agreed with realization of exploration. We recognized, that nurses in nursing care about patients on pulmonary ventilation had problem with adress patients and used diminutives. Result of this work point out that communication is important and inseparable part of nursing care about patients on pulmonary ventilation, this exploration detected significant weaknesses.

Key words

Communication. Communication skill. Intensive nursing care. Pulmonary ventilation. Patient.

Úvod

Práca na klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny (KAIM) so sebou prináša každodenné stretnutia s kriticky chorými, u ktorých je ohrozené nielen zdravie, ale najmä život, čím sú

sestry vystavené veľkému emocionálnemu tlaku pacientov a ich rodín (1). Zodpovedná práca sestry na (KAIM) vyžaduje celkom osobitnú kvalifikáciu (2). Sestry musia spĺňať vysoké psychické aj fyzické nároky, neustále zdokonaľovať svoje zručnosti, mať dostatočné vedomosti, technické a interpersonálne zručnosti a osobnostné vlastnosti, ktoré im umožňujú správne využívať prvky efektívnej komunikácie. (3).

Komunikácia tvorí základnú zložku každého vzťahu a je neodmysliteľnou súčasťou ošetrovateľských činností. Nesmieme dopustiť, aby sestra svoje povolanie vykonávala rutinne, bez slov a bez ohľadu na kvalitu vedomia pacienta. Trpezlivé a empatické správanie sestry je aj pri dlhodobej liečbe predpokladom úspechu a spokojnosti pacienta (3). Na oddeleniach anestéziológie a intenzívnej medicíny a jednotkách intenzívnej starostlivosti sú hospitalizovaní pacienti, ktorí si vyžadujú špeciálnu formu komunikácie z dôvodu ich diagnózy. Na tieto oddelenia sa dostávajú pacienti často nečakane z plného zdravia. Počas hospitalizácie sú napojení na množstvo prístrojov a snímačov, zrazu je pre nich doteraz najjednoduchšia a najsamozrejmější, teda verbálna komunikácia nemožná (4). Úlohou sestier je zabezpečovať potreby pacienta, a to aj v prípadoch, že pacient svoju požiadavku vysloviť nevie alebo nemôže. Takéto obmedzenia majú najčastejšie pacienti po náhlych cievnych príhodách, úrazoch, ale aj pacienti napojení na umelú pľúcnu ventiláciu (5).

Umelá pľúcna ventilácia je mechanický spôsob dýchania, ktorý má nahradiť spontánne, prirodzené dýchanie u pacienta, ktorý dýcha nedostatočne alebo nedýcha vôbec. Dôvodom sú predovšetkým rôzne formy respiračného zlyhávania. Pri umelej pľúcnej ventilácii je nevyhnutná tracheálna intubácia, čo je zavedenie gumenej alebo plastickej tracheálnej kanyly do priedušnice (6). Endotracheálna kanyla má za úlohu zabezpečiť priechodnosť dýchacích ciest pri obštrukcii, zabrániť nožnej aspirácii, umožniť odsávanie sekrétov z dolných dýchacích ciest a zaistiť presnú kontrolu dychových objemov pri indikovanej spontánnej alebo dlhodobej umelej pľúcnej ventilácii (1). Prítomnosť tracheálnej kanyly spôsobuje u pacienta pocit neistoty, stres a výrazné obmedzenie komunikácie. Sestry musia dbať na správnu prípravu pacienta a nepodceňovať obmedzenia, ktoré pacientovi môžu spôsobiť vážne fyzické, ale aj psychické problémy. Optimálne by bolo pacienta dopredu pripraviť na zmenený spôsob komunikácie, ale v intenzívnej medicíne je to často nemožné. U pacientov, ktorí sú pri vedomí a sú schopní spolupracovať, má sestra dôležitú úlohu pripraviť ich na priebeh výkonu a predísť tak možným komplikáciám.

Tracheálna intubácia je často život zachraňujúci výkon, pri ktorej akákoľvek príprava pacienta neprichádza do úvahy. Aj napriek obmedzeniam by mala sestra s pacientom komunikovať, oboznámiť ho s každým výkonom, ktorý sa u neho uskutoční. „Svet sa zúži v priebehu pár minút alebo hodín na jednu miestnosť a jeden výhľad. Pacient je odkázaný čakať na chvíľu, keď do miestnosti niekto vstúpi, nájde si dostatok času a prejaví záujem o jeho prežívanie a potrebu kontaktu, aby porozumel jeho požiadavkám, ktoré má problém vysloviť sám“ (3). Sestra je pre pacienta v tejto fáze nenahraditeľná. Z ošetrovateľského personálu trávi najviac času s pacientom práve ona, a tým sa stáva akýmsi sprostredkovateľom všetkých informácií z oko-

lia. Pacienta musí s profesionálnym spôsobom upokojiť, vysvetliť mu danú situáciu a viesť ho k vyjadreniu svojich potrieb iným spôsobom, nájsť spôsob komunikácie, ktorý bude pre pacienta prijateľný a zvládnuteľný (3).

Komunikáciu s pacientom s endotracheálnou kanylou podľa Husárikovej (7) nám môže uľahčiť dodržiavanie nasledovných zásad správnej komunikácie:

- ak pacient nemá zavedenú orotracheálnu kanylu, snažiť sa odčítať jeho slová z pier, nabádať ho k pomalej komunikácii a k opakovaniu jednotlivých slov,
- pacientovi jednoducho vysvetliť jeho aktuálny stav a nevyhnutnosť intubácie,
- pri komunikácii s pacientom udržiavať očný kontakt,
- oboznámiť pacienta s každým výkonom, ktorý sa u neho bude robiť,
- pacientovi kľásť jednoduché otázky, na ktoré môže odpovedať kývnutím hlavy (áno, nie),
- navrhnúť pacientovi náhradné komunikačné metódy s využitím ceruzky a papiera, pomocou ktorých môže napísať svoje požiadavky, stupnicu bolesti, na ktorých ukáže jej rozsah; môžeme pacientovi napísať krátke vety s jeho najčastejšími požiadavkami, ku ktorým pridáme čísla a pacient nám na prstoch naznačí iba číslo svojej požiadavky,
- zhotoviť a využívať komunikačné tabuľky s abecedou, pomocou ktorých pacient skladá vety s ukazovaním na písmená.; tento spôsob komunikácie si vyžaduje zo strany sestry viac času,
- naučiť používanie náhradných komunikačných metód aj príbuzných pacienta,
- neponáhľať sa a pacientovi nechať dostatok času, aby si mohol vyjadriť svoje myšlienky, počkať na spätnú väzbu od pacienta.

Konečná (8) zdôrazňuje, že zavedenie a dodržiavanie uvedených zásad

správnej komunikácie u pacientov s endotracheálnou kanylou je nevyhnutným prvkom ošetrovateľskej starostlivosti. Ďalej uvádza, že dominantným prvkom efektívnej komunikácie je aj využívanie komunikačných pomôcok a tabuliek.

Komunikačné pomôcky môžeme jednoducho charakterizovať ako prostriedky, ktoré napomáhajú naviazať komunikáciu s pacientom a uľahčujú vzájomné dorozumievanie. Tieto pomôcky sú praktické, jednoducho aplikovateľné, nenáročné pre sestry a pre pacienta a využiteľné na ktoromkoľvek oddelení.

Medzi najčastejšie používané pomôcky patrí ceruzka a papier, pomocou ktorých si pacient môže napísať svoje požiadavky. Pri ich používaní musíme brať ohľad na celkový zdravotný stav pacienta (parézy, plégie, slabosť, únava, imobilita a iné), lebo tento spôsob komunikácie im môže spôsobiť komplikácie.

Ďalšia komunikačná pomôcka, ktorá sa môže využívať, je predtlačená abeceda. Je to abeceda, ktorá je urobená pomocou počítača alebo ručne. Môže obsahovať aj základné číslice. Dôležité je, aby písmená a znaky boli dostatočne veľké. Používa sa tak, že pacient sám alebo pomocou sestry ukazuje na jednotlivé písmená a tak skladá slová. Táto metóda môže byť časovo náročnejšia pre personál. Ku komunikačným pomôckam patria aj jednoduché obrázky či značky, ktoré zobrazujú určité situácie. Napríklad pohár bude znamenať, že pacient sa chce napiť, príbor potrebuje jesť, červená tvár teplo, sprcha potrebuje hygieny a podobne. Môže sa niekoľko situácií vyobraziť na jednej tabuli a pacient, alebo personál na jednotlivé situácie ukazuje (8).

Nesmieme zabúdať ani na **neverbálnu komunikáciu**, lebo gestá majú tiež dôležitú úlohu. Podľa zdravotného stavu pacienta si s ním môžeme dohodnúť určité gestá, ktoré budú vyjadrovať

rôzne potreby alebo situácie. Napríklad držanie hlavy znamená bolesť hlavy alebo názorné ukážky situácií, ako sú pitie, spánok, písanie, umývanie (3). Pri komunikácii je veľmi dôležitý aj zrakový kontakt, ktorý je podľa Kapounovej (4) často jediná možná forma komunikácie pre pacientov v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Michňová (9) dopĺňa, že je dôležitá aj spätná väzba, ktorá je u týchto pacientov často iba signalizácia očami, hlavou – prikývnutie, alebo stisk ruky. Sestra by nikdy nemala zabúdať, že úsmev je ten najlepší liek, najlepšia pochvala a najrýchlejší prostriedok pre nadviazanie priateľského kontaktu s pacientom (4).

Komunikácia je schopnosť, ktorú môžeme počas celého života rozvíjať a zdokonaľovať, ale musí byť splnená základná podmienka chcieť. Sestra používa komunikačné zručnosti s pacientom ako súčasť profesionálneho vybavenia. Komunikačná schopnosť slúži k naviazaniu a rozvíjaniu kontaktu s pacientom. Správna vzájomná komunikácia je jedným z predpokladov účinného terapeutického vzťahu medzi sestrou a pacientom. Správna

znamená, že na prvé miesto vyzdvihneme prospech pacienta. Je potrebné tieto komunikačné metódy naučiť aj príbuzných a uľahčiť im tak vzájomnú komunikáciu. Sestra im môže pomáhať a názorne ukázať používanie komunikačných pomôcok a vysvetliť doporučené zásady komunikácie. Konečná upozorňuje, že nevhodný spôsob komunikácie môže u pacienta zhoršiť celkový fyzický stav, vývoj imobilizačného syndrómu, depresie a iných komplikácií (8).

Cieľom nášho prieskumu bolo poukázať na špecifiká komunikácie v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti, charakterizovať zásady a možnosti komunikácie s pacientom na UPV, poukázať na možnosť využitia komunikačných pomôcok u pacientov v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti, navrhnúť odporúčania, smerujúce k zlepšeniu komunikácie v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti, monitorovať úroveň komunikačných zručností sestier u pacientov na umelej pľúcnej ventilácii (UPV).

Materiál a metodika

Cieľovú skupinu prieskumnej vzorky tvorili sestry pracujúce na klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny vo FNŠP Nové Zámky. Prieskumnú vzorku tvorilo 22 sestier (100,00 %) pracujúcich v trojzmennej prevádzke. Vzdelanostná úroveň: 16 respondentov (72,70 %) so stredoškolským vzdelaním (SŠ) a 6 respondentov (27,30 %) s vysokoškolským vzdelaním (VŠ). V prieskume sme použili výskumnú metódu priame pozorovanie. Pre zaznamenávanie pozorovaných javov bol vytvorený pozorovací hárok s jednoznačnými položkami možnosťou odpovede áno – nie. Položky boli sformulované na základe vlastných skúseností autorov a po podrobnom preštudovaní skúmanej problematiky určené k pozorovaniu sestier pracujúcich v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Pozorovací hárok je zostavený z 18 položiek zameraných na dodržiavanie zásad správnej komunikácie sestier a na používanie alternatívnych komunikačných prostriedkov u pacientov na UPV. V tejto kategórii bolo 10 položiek zameraných na verbálnu komunikáciu, 4 položky na neverbálnu komunikáciu a 4 položky na pou-

Otázka	V časovom úseku A				V časovom úseku B			
	Áno		Nie		Áno		Nie	
	n	%	n	%	n	%	n	%
pri kontakte pozdraví sestra pacienta?	86	78,20	24	21,80	84	76,0	26	23,60
osloví sestra pacienta priezviskom?	56	50,90	54	49,10	43	39,10	67	60,90
oboznámi sestra pacienta s každým výkonom, ktorý u neho vykonáva?	100	90,90	10	9,10	110	100,00	0	0
používa sestra pri komunikácii zdrobneniny?	69	62,70	41	37,30	46	41,80	64	58,20
hovorí sestra jasne a zrozumiteľne?	98	89,10	12	10,90	97	88,20	13	11,80
kladie sestra pacientovi jednoduché otázky s možnosťou odpovede áno / nie?	80	72,70	30	27,30	95	86,40	15	13,60
vysvetlí sestra pacientovi, prečo nemôže verbálne komunikovať?	105	95,50	5	4,50	104	94,50	6	5,50
vyjadruje sestra pochopenie pacientovej požiadavky verbálne? (napr. rozumiem Vám a opakuje pacientovu požiadavku)	54	49,10	56	50,90	85	77,30	25	22,70
overuje sestra, či pacient porozumel informáciám? (napr. ak ste mi rozumeli prikývniťe, stísniťe mi ruku a pod..)	62	56,40	48	43,60	88	80,00	22	20,00
prejavila sestra dostatočnú trpezlivosť pri komunikácii s pacientom?	95	86,40	15	13,60	98	89,10	12	10,90

Tabuľka 1 Verbálna komunikácia sestier u pacientov na umelej pľúcnej ventilácii počas výkonov a počas terapeutickú komunikácie

Otázka	V časovom úseku A				V časovom úseku B			
	Áno		Nie		Áno		Nie	
	n	%	n	%	n	%	n	%
navrhla sestra pacientovi alternatívne komunikačné metódy?	76	69,10	34	30,90	101	91,80	9	8,20
používa sestra u pacienta na UPV komunikačnú pomôcku v podobe papiera a ceruzky?	51	46,40	59	53,60	78	70,90	32	29,10
používa sestra u pacienta na UPV komunikačnú pomôcku v podobe predtlačenej abecedy?	26	23,60	84	76,40	49	44,50	61	55,50
používa sestra u pacienta na UPV komunikačnú pomôcku v podobe obrázkov, či znakov?	18	16,40	92	83,60	21	19,10	89	80,90

Tabuľka 2

Využívanie alternatívnych komunikačných prostriedkov u pacientov na umelej pľúcnej ventilácii počas výkonov a počas terapeutickej komunikácie

Živanie alternatívnych komunikačných prostriedkov. Naše pozorovanie bolo rozdelené na dva časové úseky (A, B), podľa ktorých boli sestry pozorované v doobedňajších hodinách (časový úsek A od 6:00-10:00 hod.) počas jednotlivých výkonov a v poobedných hodinách (časový úsek B od 13:00-17:00 hod.) pri terapeutickej komunikácii. Pred samotným pozorovaním sme získali aj súhlas sestier pracujúcich na KAIM, ktoré boli objektom pozorovania. Výber vzorky bol zámerný. Ku kritériám výberu patrili: povolenie sestry, práca na KAIM a súhlas s realizáciou prieskumu. Celkovo sme mali 110 kusov vyplnených pozorovacích hárkov. Pre kvantitatívne spracovanie sme použili program Microsoft Excel, pomocou ktorého boli vypracované tabuľky.

Výsledky

V rámci verbálnej komunikácie sme v časovom úseku A pozorovali vo všetkých 110 prípadoch verbálnu komunikáciu, ktorá bola zaznamenaná v 10 kategóriách pozorovania. Naše zistenia sú nasledovné: Pozdrav pacienta na umelej pľúcnej ventilácii bol prítomný v 86 (78,20 %) prípadoch. Oslovenie pacienta priezviskom sme evidovali v 56 (50,90 %) prípadoch, oboznamovanie pacienta s každým výkonom v 100 (90,90 %) prípadoch, používanie zdobnenín v 69 (62,70 %) prípadoch, jasné a zrozumiteľne hovorenie sestry v 98 (89,10%) prípadoch,

kladenie jednoduchých otázok v 80 (72,70 %) prípadoch, vysvetlenie pacientovi, prečo nemôže komunikovať v 105 (95,50 %) prípadoch, vyjadrenie pochopenia pacientovej požiadavky verbálne v 54 (49,10 %) prípadoch, overovanie porozumenia pacienta informáciám v 62 (54,40 %) prípadoch a prejavenie dostatočnej trpezlivosti pri komunikácii v 95 (86,40 %) prípadoch.

V rámci verbálnej komunikácie sme v časovom úseku B registrovali pozdrav pacienta sestrou pri kontakte v 84 (76,40 %) prípadoch, oslovenie pacienta priezviskom v 43 (39,10 %) prípadoch, oboznamovanie pacienta s každým výkonom vo všetkých (100,00 %) prípadoch, používanie zdobnením v 46 (41,80 %) prípadoch, jasné a zrozumiteľne hovorenie sestry v 97 (88,20 %) prípadoch, kladenie jednoduchých otázok v 95 (86,40 %) prípadoch, vysvetlenie pacientovi, prečo nemôže komunikovať v 104 (94,50 %) prípadoch, vyjadrenie pochopenia pacientovej požiadavky verbálne v 85 (77,30 %) prípadoch, overovanie porozumenia pacienta informáciám v 88 (80,00 %) prípadoch a prejavenie dostatočnej trpezlivosti pri komunikácii v 98 (89,10 %) prípadoch.

V oblasti využívania alternatívnych komunikačných pomôcok sme v časovom úseku A pozorovali 4 kategórie. Čo sa týka navrhnutia alternatívnych

komunikačných prostriedkov pacientovi, zaznamenali sme jej prítomnosť v 76 (69,10 %) prípadoch, používanie komunikačnej pomôcky v podobe papiera a ceruzky v 51 (46,40 %) prípadoch, v podobe predtlačenej abecedy v 26 (23,60 %) prípadoch a v podobe obrázkov či znakov v 18 (16,40 %) prípadoch.

V oblasti využívania alternatívnych komunikačných pomôcok sme sa v časovom úseku B zamerali na ponuku alternatívnych komunikačných prostriedkov, ktoré navrhuje sestra pacientovi na umelej pľúcnej ventilácii. Pozorovali sme v 101 (91,80 %) prípadoch navrhnutie pacientovi alternatívnych komunikačných prostriedkov, v 78 (70,90 %) prípadoch používanie komunikačnej pomôcky v podobe papiera a ceruzky, v 49 (44,50 %) prípadoch v podobe predtlačenej abecedy a v 21 (19,10 %) prípadoch v podobe obrázkov, či znakov.

Diskusia

Na základe výsledkov možno konštatovať, že komunikáciu s pacientom na UPV môže výrazne uľahčiť dodržiavanie zásad správnej komunikácie. Verbálna komunikácia je v podstate pracovným nástrojom sestry. Pretože sa jedná o slovný kontakt, volíme slová uvážene, nakoľko nimi môžeme pomôcť, potešiť, ale aj ublížiť (10). Pacienti si všimajú každé slovo, ktoré sestra vysloví, lebo to má pre

nich významnú informačnú hodnotu. Pri pozorovaní sme zistili, že pacienti pri kontakte pozdraví sestru v časovom úseku A v 78,20 % a v časovom úseku B v 76,40 % prípadoch, čo je celkom pozitívny výsledok. Pacienta priezviskom osloví počas jednotlivých výkonov (úsek A) 50,90 % a počas terapeuticko-komunikácie (úsek B) 39,10% sester. Z toho vyplýva, že uvedenú zásadu správnej komunikácie väčšina sester nedodržava. Naopak Chrástkovej (11) uvádza, že podľa jej prieskumu túto zásadu dodržava 54,00% sester. Výsledky pri zisťovaní, či sestra oboznámi pacienta na UPV s každým výkonom, ktorý u neho vykonáva, sú veľmi uspokojivé, lebo sestry informovali pacienta počas výkonov v 90,90 % prípadoch a pri terapeuticko-komunikácii vo všetkých (100 %) prípadoch. Či sestra používa pri komunikácii s pacientom zdobneniny, sme spozorovali v 62,70% prípadoch počas výkonov a v 41,80 % prípadoch počas terapeuticko-komunikácii. Kabátová (12) vo svojej diplomovej práci, kde zisťovala používanie zdobnenín pri komunikácii s geriatrickým pacientom, dospela k porovnateľnému výsledku, kde iba 46,53 % sester súhlasilo s používaním zdobnenín. Naše výsledky opäť nie sú v zhode s výsledkami Chrástkovej (11), ktorá zistila, že ani jedna sestra, ktorá bola predmetom pozorovania v jej prieskume, nevedla komunikáciu s pacientom bez používania zdobnenín. Jasnú a zrozumiteľnú reč sme spozorovali v 89,10 % prípadoch počas výkonov a 88,20 % prípadoch počas terapeuticko-komunikácii. Aj Husáriková (7) vo svojej práci poukazuje na dôležitosť pacientovi klásť jednoduché otázky s možnosťou odpovede áno / nie. Naše zistenia tiež potvrdili, že túto zásadu správnej komunikácie s pacientom s endotracheálnou kanylou väčšina sester dodržava, lebo sestry pacientom kládli jednoduché otázky v časovom úseku A v 72,70 % prípadoch a v časovom úseku B v 86,40 % prípadoch. To znamená, že naše zistenia sú pozitívne a túto zása-

du správnej komunikácie s pacientom s endotracheálnou kanylou väčšina sester dodržava. Výsledok môžeme porovnať s výsledkom prieskumu Chrástkovej (11), ktorá mapovala, či sestry pri komunikácii s pacientom po cievej príhode mozgovej používajú krátke, jednoduché otázky. Aj v jej prípade väčšina 54,00 % sester používala krátke jednoduché otázky. Je to dôležité hlavne pre pacienta, ktorý má problém svoje požiadavky vysloviť sám, ale aj pre sestru, ktorá môže pacientovi takýmto spôsobom vyjadriť svoj záujem o jeho prežívanie a potrebu kontaktu. V ďalšej položke sme zisťovali, či sestra vysvetlí pacientovi, prečo nemôže verbálne komunikovať. Aj tu sme dostali veľmi pozitívne výsledky, ktoré sú takmer totožné v oboch časových úsekoch, a to informovanie pacienta v časovom úseku A v 95,50 % prípadoch a v časovom úseku B v 94,50 % prípadoch. Podľa Kristovej (13) moderné ošetrovatelstvo chápe potrebu informovanosti pacienta za zmysluplnú a dôležitú. Zdôrazňuje, že väčšina pacientov má záujem o všetko, čo sa týka ich zdravotného stavu. Je preto dôležité, aby sestra informovala pacienta o všetkom, čo sa týka jeho zdravotného stavu, lebo pacienti, ktorí sú na UPV z dôvodu zavedenia endotracheálnej kanyly, nevedia o svojom zdravotnom stave verbálne vyžiadať informácie. K úspešnej komunikácii je potrebná aj spätná väzba medzi komunikujúcimi. Na to, či sestry využívajú spätnú väzbu, sme sa zamerali v ďalších dvoch kategóriách. V prvej sme zisťovali verbálnu spätnú väzbu súhlasu zo strany sestry, kde sme pozorovali, či vyjadruje sestra pochopenie pacientovej požiadavky verbálne (napr. rozumiem Vám a opakuje pacientovu požiadavku). Spätnú väzbu využívali sestry v 49,10 % prípadoch v časovom úseku A a v 77,30 % prípadoch v časovom úseku B. Kabátová (12) vo svojej diplomovej práci zistila, že 82,45% sester využíva overenie pochopenia podaných informácií (parafrázovanie). Čo je výrazne viac ako v našom prípade. Tieto zis-

tenia môžu byť zapríčinené časovým deficitom, ale môžu upozorňovať aj na nezáujem zo strany sester. To, či si sestra vyžiada od pacienta neverbálny prejav pochopenia informácií v podobe prikývnutia alebo stisnutia ruky, sa nám potvrdilo v 56,40 % prípadoch v časovom úseku A a v 80,00 % prípadoch v časovom úseku B. To znamená, že sestry väčšinou spätnú väzbu využívajú. Pri verbálnej komunikácii sme s poslednou položkou sledovali, či sestra prejavila dostatočnú trpezlivosť pri komunikácii s pacientom (napr. nezvyšila hlas alebo neprerušila komunikáciu odchodom z izby). Naše výsledky pozorovania sú veľmi pozitívne, nakoľko sme zistili, že v časovom úseku A v 86,40 % prípadoch a v časovom úseku B v 89,10 % prípadoch prejavili sestry dostatočnú trpezlivosť pri komunikácii s pacientom. V prieskume Chrástkovej (11) to bolo iba 62,00 % sester. Z pohľadu pozorovateľa môžeme skonštatovať, že najčastejším prejavom nedostatočnej trpezlivosti pri komunikácii bolo, že sestry s pacientom prerušili komunikáciu alebo na pacienta zvýšili hlas. Pri komunikácii s pacientom na UPV musia byť sestry obzvlášť opatrné, ohľaduplné a mali by zistiť pacientove možnosti komunikovať a naučiť ich komunikovať neverbálne pomocou komunikačných pomôcok. V našom prieskume sestra navrhla pacientovi používanie alternatívnych komunikačných metód v časovom úseku A v 69,10 % prípadoch a v časovom úseku B v 91,80 % prípadoch. V druhej kategórii sme zisťovali používanie komunikačnej pomôcky v podobe papiera a ceruzky. Použitie týchto pomôcok sme zaznamenali v časovom úseku A v 46,40% prípadoch a v časovom úseku B v 70,90 % prípadoch. Použitie komunikačnej pomôcky v podobe predtlačenej abecedy sme zaznamenali v 23,60% prípadoch v časovom úseku A a 44,50% prípadoch v časovom úseku B. Použitie obrázkov, či znakov sme zaznamenali v časovom úseku A v 16,40% prípadoch a v časovom úseku B v 19,10 % prípadoch.

Z toho vyplýva, že sestry najčastejšie používali komunikačné pomôcky v podobe ceruzky a papiera. Po porovnaní týchto výsledkov v jednotlivých časových úsekoch sme zistili, že sestry viac využívajú komunikačné pomôcky v časovom úseku B (od 13:00–17:00 hod.) ako v časovom úseku A (od 6:00–10:00 hod.). Komunikácia v časovom úseku A bola viac formálna a plnila väčšinou iba informačnú úlohu, kým v časovom úseku B sa viac zamerala na pacienta ako osobu a jeho problémy a potreby.

Záver

Naším zámerom bolo zmapovať, ako sestry zvládajú špecifickú komunikáciu u pacientov na UPV. Výsledky nášho prieskumu dokázali, že v tejto oblasti je aj naďalej čo zlepšovať a rozvíjať. Sestry ako objekty pozorovania túto metódu poznali, no nemali s ňou ešte skúsenosti. Počas pozorovania sa nevyskytli žiadne problémy, sestry boli ochotné spolupracovať. Vzhľadom k tomu, že pozorovanie bolo realizované v nepravidelných intervaloch, sestry nevedeli, že v ktorom momente sú práve pozorované, takže sa správali prirodzene. Táto výskumná metóda má svoje výhody v tom, že sa zaznamenávajú skutočné prejavy verbálnej aj neverbálnej komunikácie, hoci je časovo náročná. Pri pozorovaní nás prekvapilo, koľkých zásadných chýb sa sestry pri komunikácii dopúšťajú. Podľa našich zistení je evidentné, že v oblasti komunikácie s pacientom na UPV sú ešte veľké rezervy zo strany sestier. Pozornosť sestier by nemala byť zameraná iba na liečbu, ale mala by byť komplexná. Správanie sestier vo vzťahu k pacientom vždy prezradí, akú dôležitosť pripisujú komunikácii. Ak je tá prioritou vysoká svojim profesionálnym prístupom, vedomosťami a zručnosťami, zanechá veľkú nádej u pacienta na uzdravenie.

Zdroje

1. SOVÁRIOVÁ SÓOSOVÁ, M. VARYOVÁ, A. 2015. *Stres v práci sestry v anesteziologickej a inten-*

zívnej starostlivosti. In: Ošetrovatelství a porodní asistence. 2015., roč. 3, č. 1/2012 2. vyd. Praha: 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.

2. GULÁŠOVÁ I. 2013. Komunikačné bariéry u zdravotníckych pracovníkov v paliatívnej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. [online]. [cit. 2018-03-03]. Dostupné na: <http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologických-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/4676/ti>

3. KOPINECOVÁ, J. 2007. *Komunikácia s pacientom na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny*. Bakalárska práca. Univerzita Komenského v Bratislave, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, 2007. 71 s. [online]. [cit. 2017-11-15] Dostupné na: <http://vili.uniba.sk:8880/dzb/UK/2007-LF-HXrKan/>

4. KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzívnej péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 97-80-247-1830-9.

5. MYŠKOVÁ, A. 2007. *Komunikácia s chorým s afáziou a dysartriou*. Diplomová práca. Univerzita Komenského v Bratislave, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, 2007. 70 s. [online]. [cit. 2017-11-11] Dostupné na: <http://vili.uniba.sk:8880/ddp/UK/2007-LF-vBvsXa/>

6. FIRMENT, J., STUDENÁ, A. 2004. *Anesteziológia a intenzívna medicína*. Košice: UPJŠ, 2004. 370 s. ISBN 80-7097-562-8

7. HUSÁRIKOVÁ, M. 2005. *Špecifiká komunikácie na OAIM*. In: *Sestra*, 2005, č. 2, ročník 4. s. 12-13, ISSN-1335-9444.

8. KONEČNÁ, J. 2011. *Komunikace s geriatrickými klienty po cévnej mozgové príhode*. Diplomová práca. Brno: Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, 2011. 106 s. [online]. [cit. 2017-11-16]. Dostupné na: http://is.muni.cz/th/363524/lf_m/DIPLOMOVA_PRACE_Konecna.pdf

9. MICHŇOVÁ, A. 2010. *Komunikácia s pacientom v bezvedomí*. In: *Zborník prednášok z 5. ročníka*

Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Bratislava 2010. 25-26 s. ISSN 1337-9917. [online]. [cit. 2017-12-20] Dostupné na: http://arl4.library.sk/arl-sllk/sk/detail-sllk_un_cat-0052729-Komunikacia-s-pacientom-v-bezvedomi/

10. TOMOVÁ, Š., KRÍVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. 136 s. ISBN: 978-80-271-0064-4.

11. CHRÁSTKOVÁ, E. 2009. *Komunikační dovednosti sester u klientů po cévní mozgové příhodě s poruchou řeči*. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 2009. 86 s. [online]. [cit. 2018-04-03]. Dostupné na: <http://theses.cz/id/35613r/>

12. KABÁTOVÁ, O. 2011. *Úskalí komunikácie medzi sestrou a geriatrickým pacientom*. Diplomová práca. Brno: Masarykova Univerzita, 2011. 116 s. [online]. [cit. 2017-12-04]. Dostupné na: http://is.muni.cz/th/363515/lf_m/diplomova_praca.pdf

13. KRISTOVÁ, J. 2009. *Komunikácia v ošetrovateľstve / 3. upravené a doplnené vydanie*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2009. 182 s. ISBN 80-8063-160-3.

Kontakt na autorov

Mgr. Anna Zsilinszka
anna.zsilinszka@gmail.com

PhDr. Zuzana Bystrická,
doktorand
Zuzana.Bystricka@azet.sk

PhDr. Mgr. Livia Kollárová, PhD.
livia.kollar@gmail.com

SKÚSENOSTÍ SESTIER S FYZICKÝM NÁSILÍM PACIENTOV

NURSES' EXPERIENCE WITH PHYSICAL VIOLENCE FROM PATIENTS

ANDREA ŠEVČOVIČOVÁ¹, LENKA KMECKOVÁ²

¹ VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, Detašované pracovisko Rožňava

² Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, Košice

Súhrn

Východiská: Sestry ako najpočetnejšia skupina zdravotníckych pracovníkov trávajú s pacientmi pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti veľa času. Zo strany pacientov sú často vystavené riziku agresie a násilia, čo má podľa viacerých štúdií vplyv na fyzickú a psychickú pohodu sestier a kvalitu poskytovanej starostlivosti.

Cieľ: Zmapovať skúseností sestier s výskytom fyzického násilia zo strany pacientov a zistiť v praxi využívané spôsoby predchádzania takejto nežiaducej agresii.

Metódy: Na zisťovanie skúseností sestier s násilím zo strany pacientov bol použitý neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Elektronický zber dát sa uskutočnil v termíne od 15. novembra do 15. decembra 2017. Dotazník bol distribuovaný registrovaným sestrám a pôrodným asistentkám cez portál Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek a na sociálnej sieti. Pri spracovaní údajov bola použitá jednoduchá a opisná deskriptívna štatistika – absolútna početnosť (n) a relatívna početnosť (%). Výsledky boli spracované v programe STATISTICA CZ a MS Excel.

Výsledky: Štúdie sa zúčastnilo 531 respondentov. Výsledky potvrdili u 94,5 % (n= 502) respondentov pozitívnu skúsenosť s agresívnym pacientom, predovšetkým mužského pohlavia. Najčastejšou formou fyzického násilia bolo v 45,2 % (n=227) prípadov poškrabanie. Po 42 % (n=213) respondentov hádzali pacienti predmety a takmer 40

% (n=204) potvrdilo, že sa stretlo s oplúťím a kopnutím. Na tlmenie agresie a násilného správania sa najčastejšie využívajú lieky (61,8 %, n=310) alebo fixácia popruhmi (55,8%, n=280). Napriek potvrdenému záujmu až vyše 80 % (n=428) respondentov neabsolvovalo žiadnu aktivitu alebo školenie, kde by ich naučili chrániť sa pred násilným pacientom.

Záver: Skúseností sestier s výskytom fyzického násilia zo strany pacientov predurčujú k ich účasti na edukačnom stretnutí, komunikačnom tréningu alebo školení, ako zvládať agresívneho a násilného pacienta.

Kľúčové slová

Agresivita pacienta. Fyzické násilie. Eliminácia násilia. Sestra ako obeť. Skúsenosti sestier.

Summary

Basis: Nurses as the most numerous group of medical workers spend plenty of time with patients, providing treating care. They are often exposed to the risk of aggression and violence from patients' side, what according to multiple studies influences their physical and mental comfort and quality of provided care.

Objective: To map nurses' experience with occurrence of physical violence from patients' side, and to find out in practice the methods used to prevent such undesired aggression.

Methods: Non-standardized own questionnaire has been used to find out the experience of nurses with violence from patients. Electronic col-

lection of data took place between 15th November and 15th December 2017. The questionnaire was distributed to registered nurses and midwives through the portal of Slovak Chamber of Nurses and Midwives on social networking site. Single and descriptive statistics – absolute percent occurrence (n) and relative percent occurrence (%) have been used in processing the data. The results have been processed in programme STATISTICA CZ and MS Excel.

Results: The study included 531 respondents. The results confirmed by 94,5 % (n= 502) of respondents the positive experience with an aggressive patient, mainly of male sex. The most common form of physical violence was in 45,2 % (n=227) cases scratching. 42 % (n=213) of respondents were thrown objects at by patients, and almost 40 % (n=204) confirmed, that they experienced spitting and kicking. To calm aggression and violent behaviour, the most often used are medicaments (61,8 %, n=310), or fixation by straps (55,8%, n=280). In spite of confirmed interest, more than 80 % (n=428) of respondents have never participated in any activity or training, where they would be trained to protect themselves against a violent patient.

Conclusion: Nurses' experience with occurrence of physical violence from patients' side determines them to participate in educational meeting, communication training, or training on how to handle an aggressive and violent patient.

Key words

Patient's aggression. Physical violence. Elimination of violence. Nurse as a victim. Nurses' experience.

Úvod

V zdravotníctve sú najčastejším objektom agresívnych atakov práve sestry (1). Autori v kvantitatívnom prehľade 136 článkov zahrňujúcich údaje od 151 347 sestier zo 160 výskumných súborov zistili, že približne tretina sestier je zo strany pacientov vystavovaná fyzickému násiliu (2, 3). Fyzické násilie môže mať zo strany pacientov voči ošetrovúcemu personálu rôzne podoby, často v spojitosti so slovnou agresiou. Zdravotnícki pracovníci sa môžu stretnúť s ťahaním za vlasy, sácaním, napadnutím rôznymi predmetmi, poškrabávaním, škrtením, údermi, kopancami, oplúťím, fackovaním, udieraním a pod. Autori viacerých štúdií (4, 5, 6) štatisticky dokázali, že najvyšší výskyt fyzického násilia zo strany pacientov sa objavuje na psychiatrických a geriatrických oddeleniach a na oddeleniach urgentného príjmu. Až 99 % respondentov (n=170) z psychiatrických zariadení sa stretlo s násilným správaním pacienta (7). Známa je situácia, ktorá sa odohrala koncom roka 2017 v Bojníckej nemocnici na oddelení psychiatrie. Pacient zaútočil najprv na sestru, ktorú zhodil na zem a kopal ju, pričom jej spôsobil prasknutie stavcov. Vzápätí pri útoku zlomil druhej sestre nos a napadol ďalších dvoch pacientov.

Na výskyt násilia na zdravotníckych pracovníkoch poukazujú výsledky domácich i zahraničných štúdií. Anonymný prieskum na vzorke 1220 sestier z celého Slovenska potvrdil, že viac ako 97 % sestier sa pred vyplnením dotazníka stretlo s nejakou formou násilia (5). Zo 116 respondentov z nemocnice v Rimavskej Sobote a v Rožňave, nemalo iba 7

% skúsenosti s agresívnym pacientom (8). V Olomouckej Fakultnej nemocnici v Českej republike potvrdilo pozitívnu skúsenosť s agresívnym pacientom 98 % (n=52) respondentov (9). V skupine 123 sestier z Nemecka malo až 95 % respondentov za obdobie posledných 12 mesiacov skúsenosti s násilným správaním a agresiou pacienta (10).

Cieľom prieskumnej štúdie bolo zmapovať skúsenosti sestier s výskytom fyzického násilia zo strany pacientov a zistiť, ktoré spôsoby predchádzania násilného správania a agresie pacientov sú využívané v praxi.

Materiál a metodika

Metódou zberu údajov bol neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý obsahoval otvorené, poloopené a uzavreté položky s možnosťou výberu jednej alebo viacerých odpovedí. Dotazník sme overovali prostredníctvom pilotnej štúdie (október 2017) vo Východoslovenskom ústave srdcovo-cievnych chorôb v Košiciach na oddelení intervenčnej kardiológie. Jej realizácii predchádzal písomný súhlas pracovníka. Pilotnej štúdie sa zúčastnilo 20 sestier, ktoré nemali k dotazníku výhrady. Po získaní súhlasného stanoviska Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA) bol dotazník prostredníctvom portálu SK SaPA následne elektronicky distribuovaný do mailových schránok registrovaným sestrám a pôrodným asistentkám. Zber údajov prebiehal súčasne aj na sociálnej sieti Facebook oslovením administrátora skupiny „Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek“. Elektronický zber dát trval od 15. novembra do 15. decembra 2017. Výber prieskumnej vzorky bol zámerne. Kritérium výberu bola ochota spolupracovať a registrácia sestier/

pôrodných asistentiek v SK SaPA. Pri spracovaní údajov bola použitá jednoduchá a opisná deskriptívna štatistika – absolútna početnosť (n) a relatívna početnosť (%). Spracovanie výsledkov prebehlo v programe STATISTICA CZ a MS Excel.

Výsledky

Sledovaný súbor tvorilo 531 respondentov. Prieskumu sa zúčastnilo 94,5 % (n = 502) sestier a 5,5 % (n = 29) pôrodných asistentiek, medzi ktorými dominovalo 95,7 % (n = 508) žien. Priemerný vek respondentov bol 39,26 rokov. Najmladší z nich mal 21 rokov a najstarší 66 rokov. Z 531 respondentov tvorili najpočetnejšiu skupinu zdravotnícki pracovníci vo vekovej kategórii 40 - 50 rokov, t. j. 31,6 % (n = 168). Najpočetnejšiu skupinu v súbore tvorili zdravotnícki pracovníci s dĺžkou praxe v rozmedzí 1-5 rokov, t. j. 18,5 % (n = 98) a 16,9 % (n=90) respondentov, ktorí sú v praxi viac ako 30 rokov. Najväčšie zastúpenie v prieskumnej vzorke malo 30,9 % (n =164) zdravotníckych pracovníkov s dosiahnutým 1. stupňom vysokoškolského vzdelania a 26,7 % (n=142) s vysokoškolským vzdelaním 2. stupňa. Vyše dve tretiny respondentov (67,2 %; n=357) tvorili zdravotnícki pracovníci z ústavnej starostlivosti pôsobiaci na rôznych oddeleniach.

Vzhľadom na výsledky domácich i zahraničných štúdií, ktoré potvrdili, že zdravotnícki pracovníci sú v praxi konfrontovaní s agresívnym správaním pacientov, nás zaujímalo, aké skúsenosti majú respondenti zo Slovenska. Z výsledkov vyplýva, že až 94,5 % (n=502) respondentov malo skúsenosť s agresívnym pacientom, pričom 22,5 % (n=113) potvrdilo, že je to niekoľkokrát do týždňa a 31,7 % (n=159) uviedlo, že je to individuálne bez konkrétneho časového intervalu.

	n	%
Iné (kopanie do dverí, strelná zbraň)	3	0,6%
Škrtenie	11	2,2%
Verbálna agresivita	18	3,6%
Facka	23	4,6%
Ťahanie za vlasy	40	8,0%
Napadnutie predmetom	93	18,5%
Uhryznutie	101	20,1%
Nestretol/a som sa s formou fyzického násillia	103	20,5%
Strkanie	117	23,3%
Štípanie	128	25,5%
Úder	138	27,5%
Kopnutie	204	40,6%
Oplútie	204	40,6%
Hádzanie predmetov	213	42,4%
Poškrabanie	224	45,2%

Tabuľka 1 Skúsenosti s fyzickými formami násillia. Zdroj: vlastné spracovanie

Viac agresívnych pacientov je z radov mužov, v prípade nášho prieskumu až 57,2 % (n=287). V odpovediach sme zaznamenali konkrétny rozsiahly popis negatívnej skúsenosti sestry, ktorá bola v službe konfrontovaná práve neprispôsobivým a sociálne veľmi dobre situovaným pacientom. Jeho správanie k nej ako sestre s prvkami verbálneho násillia, zastrašovania, vulgárneho vyjadrovania a znižovania dôstojnosti vnímala ako poburujúce.

Pri zisťovaní konkrétnych foriem fyzického násillia zo strany pacientov mohli respondenti označiť viacero možností odpovede. Z výsledkov (tabuľka 1) vyplýva, že najčastejšou formou fyzického násillia je až v 45,2 % (n=227) prípadov poškrabanie. Viac ako 42 % (n=213) respondentov potvrdilo hádzanie predmetov

a v 40,6 % (n=204) prípadov sa zdravotnícki pracovníci stretli s oplúťím a kopnutím. Úderu od pacienta čelilo 27,5 % respondentov. Medzi voľnými odpoveďami, ktoré sme zaznamenali ako „iné“ (n=3), uviedol jeden respondent, že pacient sa mu vyhrážal strelnou zbraňou (!), v jednom prípade išlo o silné stláčanie rúk alebo kopanie do dverí.

Po fyzickom ataku reagujú respondenti individuálne, podľa situácie (42,2 %), alebo ihneď informujú lekára (40 %). Ak si situácia vyžaduje použitie obmedzovacích prostriedkov, pristupuje sa k riešeniu aj takouto formou. Pri výbere odpovedí na položku týkajúcu sa konkrétnych spôsobov používania obmedzovacích prostriedkov na pracovisku mohli respondenti vyznačiť viacero odpovedí (tabuľka 2). Najčastejšie je agresívny pacient tlmený pomocou

liekov, čo potvrdilo 61,8 % (n=310) respondentov alebo sa pristupuje k jeho fixácii pomocou popruhov (55,8 %). Viac ako štvrtina respondentov (27,7%) priznala, že v praxi nepoužívajú voči fyzicky agresívnym pacientom žiadne obmedzovacie prostriedky. V tejto položke sme zaznamenali 16 voľných odpovedí „iné“, kde respondenti v desiatich prípadoch potvrdili, že sa pacienta snažia verbálne upokojiť dohovorom.

Napriek skúsenostiam s výskytom násillia na pracovisku zo strany pacientov, iba 19,4 % (n=103) respondentov absolvovalo aktivitu alebo školenie, kde sa učili brániť pred agresívnym pacientom. Takmer 83 % (n=439) z opýtaných by však malo záujem absolvovať vzdelávaciu aktivitu s nosnou témou bezpečnosti zdravotníckych pracovníkov.

	n	%
Privolanie polície, ochranky	7	1,4%
Ochranný kabátik (zvieracia kazajka)	9	1,8%
Iné	16	3,2%
Umiestnenie v izolačnej miestnosti	18	3,6%
Nič z uvedeného	30	6,0%
Umiestnenie v ochrannom lôžku	49	9,8%
Použitie telesnej prevahy	58	11,6%
Žiadne	139	27,7%
Fixácia (popruhy)	280	55,8%
Tlmenie pacienta pomocou liekov	310	61,8%

Tabuľka 2 Používanie obmedzovacích prostriedkov na pracovisku. Zdroj: vlastné spracovanie

Hlavným cieľom novelizácie Trestného zákona č. 300/2005 Z.z. v znení neskorších predpisov, ktorý upravuje základy trestnej zodpovednosti, druhy trestov, druhy ochranných opatrení, ich ukladanie a skutkové podstaty trestných činov je zabezpečenie vyššej právnej ochrany zdravotníckeho pracovníka pri vykonávaní povolania (11). Aj keď 71,4 % (n=379) respondentov malo vedomosť o novelizácii Zákona, ku ktorej došlo 1. januára 2017, (kde sa v ustanovení § 139 Trestného zákona upravuje okruh chránených osôb, kde sa status chránenej osoby vzťahuje aj na zdravotníckych pracovníkov pri výkone zdravotníckeho povolania smerujúceho k záchrane života alebo ochrane zdravia), 51% (n=271) si nemyslí, že by napriek tomuto poskytnutiu vyššej právnej ochrany malo dôjsť k ochrane pred násilným správaním pacientov.

Diskusia

U zdravotníckych pracovníkov v Bratislavskom kraji sa dotazníkovým šetrením preukázalo, že 70 % respondentov sa stretlo s násilným správaním počas výkonu svojho

povolania (12). V našom prieskume sme zaznamenali horšie skóre, keď až viac ako 94 % respondentov malo pozitívnu skúsenosť s agresívnym alebo násilným správaním zo strany pacienta. Respondenti nášho prieskumu pracovali na ambulanciách alebo v ústavných zariadeniach na rôznych úsekoch, vrátane psychiatrických oddelení.

Sestra na psychiatrickom oddelení ošetrí za jednu pracovnú zmenu v priemere troch verbálne agresívnych pacientov. Až 84 % sestier je počas jedného mesiaca priamo fyzicky atakovaných. Za mesiac sestra ošetrí v priemere dvoch takýchto pacientov (7). Ďalšie výsledky prieskumu, ktorý nemapoval situáciu na psychiatrických oddeleniach uvádza, že 39 % respondentov sa s agresívnym správaním pacientov stretáva niekoľkokrát do roka. Z hľadiska frekvencie výskytu násilia sa 22,8 % respondentov nášho prieskumu stretáva s agresívnymi pacientmi niekoľkokrát do týždňa a 31,6 % potvrdilo, že je to individuálne, bez udania konkrétneho časového intervalu.

Autori štúdie realizovanej v Nemecku mapovali výskyt agresívnych prejavov pacientov voči sestram, dôsledky agresívneho správania a stratégie zvládania agresie na pracovisku. Výsledky preukázali, že počas 12 mesiacov malo 70,7 % sestier skúsenosť s fyzickou formou agresie (13). Najčastejšie išlo o poškrabanie. Iná nemecká štúdia potvrdila, že 70,7 % respondentov zažilo fyzickú a 89,4 % verbálnu agresiu (10). Výskum realizovaný v Štátnej nemocnici v Salzburgu na vzorke 179 sestier preukázal, že najväčšie skúsenosti mali sestry s ohováraním, vyhrážkami, kopnutím a poškrabaním (2). Iná štúdia preukázala, že v 88 % bolo násilie verbálne a v 12 % išlo o fyzické násilie (najčastejšie kopanie, údery päťou do chrbta) (12). Skúsenosti s fyzickou agresiou zo strany pacienta preukázali aj výsledky nášho prieskumu, kde najčastejšie uvádzanou formou bolo až v 45,2 % prípadov poškrabanie. Viac ako 42 % respondentov potvrdilo hádzanie predmetov a v takmer v 40 % sa zdravotnícki pracovníci stretli s oplúťím a kopnutím.

Sestry z nemocnice v Rožňave a v Rimavskej Sobote potvrdili, že viac agresivity preukázali pacienti silnejšieho pohlavia (8). Iná štúdia tiež potvrdila, že až v 76 % prípadoch boli agresívni pacienti mužského pohlavia (14). Podobné výsledky sme zaznamenali aj v našom prieskume, kde bolo viac agresívnych pacientov z radov mužov, čo potvrdilo 57,2 % respondentov.

Najčastejšou reakciou na agresívne a násilné správanie je prosba k pacientovi, aby prestal s násilím a informovanie nadriadeného (8). Polovica zdravotníkov reagovala na pacientovu agresivitu pokojne a snažila sa ho presvedčiť, aby prestal. Každý tretí zdravotník sa bránil a každý piaty sa pokúsil ujsť (15). Z nášho prieskumu vyplýva, že až v 42,2 % prípadoch reagujú po fyzickom ataku individuálne podľa situácie a tiež informujú lekára. Najčastejšie je agresívny pacient tlmený pomocou liekov (61,8 %) alebo sa pristupuje k jeho fixácii pomocou popruhov (55,8 %). Viac ako štvrtina respondentov (27,7%) priznala, že v praxi nepoužívajú voči fyzicky agresívnym pacientom žiadne obmedzovacie prostriedky. Desiatich respondentov potvrdilo, že sa pacienta snažia verbálne upokojiť dohovorom.

Zdravotníckym pracovníkom bol priznaný štatút chránenej osoby, ktorá má vyššiu právnu ochranu. Ak teda niekto na zdravotníkovi počas jeho služby spácha trestný čin, bude sa naň vzťahovať vyššia trestná sadzba. V našom prieskume malo 71 % respondentov vedomosť o zmene tohto zákona. Negatívnym zistením je však skutočnosť, že viac ako 50 % respondentov si nemyslí, že táto novela Trestného zákona ich nijako zvlášť lepšie neochráni. Neutrálny postoj zaujalo takmer 37 %. Pozitívny postoj vyjadrilo iba 12

% respondentov, podľa ktorých bude mať prijatie novely pozitívny vplyv na ich ochranu počas výkonu práce zdravotníckeho pracovníka. Podľa prezidentky Asociácie na ochranu práv pacientov SR Lévyovej, ktorá v minulosti hájila záujmy sestier v ich stavovskej organizácii, boli sestry aj v minulosti konfrontované s verbálnymi a fyzickými útokmi, ale obe odmietli podať trestné oznámenie, a to aj napriek tomu, že mali v rámci právnej ochrany garantované bezplatné zastupovanie advokátom pred súdom (16).

Vzhľadom na alarmujúce výsledky je nevyhnutné, aby sa sestry zúčastňovali pod vedením lektora kurzov zameraných na prevenciu a ochranu pred násilným pacientom, ktoré sa sústreďujú predovšetkým na správanie a vystupovanie zdravotníkov. Ide o najvýznamnejší aspekt predchádzania vzniku krízovej situácie, keď sa zdravotníci učia nedať svojim správaním agresorovi šancu vyhrotiť situáciu vedúcu až k fyzickému útoku (15). Z nášho prieskumu vyplýva, že až 80,6 % respondentov doposiaľ neabsolvovalo žiadnu aktivitu alebo školenie, kde by ich naučili chrániť sa pred násilným pacientom, hoci väčšina má záujem takúto aktivitu absolvovať.

O edukačné programy podobného charakteru bol záujem aj v minulosti, čo potvrdili respondentky iného prieskumu (7). Konkrétne prezentovali, že by uvítali príručku k tejto téme a možnosť oboznamovať sa s praktickými skúsenosťami riešenia agresivity pacienta z iných pracovísk. Záchranná zdravotná služba usporiadala v roku 2009 v Rožňave aj samotnú celoslovenskú konferenciu s názvom Agresívny pacient, kde zdravotníkov pripravovali a edukovali, ako správne komunikovať s agresívnym pacientom, spolpra-

covať s políciou a rozoberali pokyny na bezpečné správanie v zásahovom priestore. Podnetom boli zrejme výsledky prieskumu, kedy zdravotnícki pracovníci pracujúci na 74 staniach záchranej zdravotnej služby vyhodnotili počas piatich mesiacov spolu 48 228 výjazdov. Potvrdilo sa, že sa stretli so slovným aj fyzickým násilím, o ktorom informovali v 228 prípadoch, pričom najčastejším zdrojom agresie bol v 81 % prípadov sám pacient. (14). Podľa predsedu Etickej komisie Slovenskej komory zdravotníckych záchranárov Lackoviča je dôležité mať legislatívnu znalosť, osobno-mentálnu pripravenosť, absolvovať konzultáciu predkrízových situácií s odborníkom, ovládať sebaobranu a byť fyzicky pripravený, čo môže prispieť k zvýšeniu sebavedomia (17).

Záver

Výsledky nami realizovanej štúdie potvrdili pozitívne skúsenosti sestier a pôrodných asistentiek s výskytom fyzického násillia zo strany pacientov. Sestry sú pri výkone povolania konfrontované z rôznymi formami fyzickej agresie, pričom pacient je tlmený najčastejšie liekmi alebo za použitia fixačných popruhov. Vzhľadom na alarmujúce zistenia je preto nevyhnutné prijatie takých opatrení zo strany zamestnávateľa, ktoré by zvýšili vedomostnú úroveň ošetrojúceho personálu o opatreniach na zvýšenie bezpečnosti a elimináciu výskytu násillného správania pacientov za využitia rôznych deeskalačných techník (vyhodnotenie situácie, komunikácia s pacientom, vyjednávanie). Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci zdôrazňuje, že Smernica Európskej komisie č. 89/391 určuje zodpovednosť zamestnávateľa za zabezpečenie zamestnancom počas pracovnej doby pracovisko bez násillia. Ďalej predpisuje zamestnávateľovi,

aby vykonávali opatrenia na eliminovanie násilia na pracovisku.

Násilie a agresivita môžu negatívne ovplyvniť kvalitu starostlivosti a liečby, spôsobiť dlhšiu práceneschopnosť sestry a zhoršenie pracovnej atmosféry (10), preto by opatrenia na zaistenie bezpečnosti personálu a ochranu pred fyzickým napadnutím zo strany pacientov mali byť prioritou.

Zdroje

1. ČABANOVÁ, B. – DOBIÁŠOVÁ, K. – HNILICOVÁ, H. Násilí na pracovisku ve zdravotníctví. In *Zdravotníctví v ČR*, 2005, roč. 8, č. 3, s. 116-123. ISSN 1213-6050.
2. GURKOVÁ, E. – GÁLLIKOVÁ, D. – ŽIAKOVÁ, K. – GRZYWNA, T. 2015. Patient aggression and job satisfaction among Austrian nurses in selected health institution. In *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, vol. 5, no. 1, p. 6-12. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-1/agresia-pacientov-a-pracovna-spokojnost-sestier-vo-vybranom-zdravotnickom-zariadeni-v-rakusku>
3. SPECTOR, P. E. – ZHOU, Z. E. – XUAN CHE, X. 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. In *International Journal of Nursing Studie*. ISSN 0020-7489. 2014, vol. 51, no. 1, p. 72-84.
4. TOMAGOVÁ, M., et. al. 2016. Nurses' experience and attitudes towards inpatient aggression on psychiatric wards. In *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. ISSN 2336-3517. 2016, vol. 7, no. 3, p. 462-469.
5. LEPIEŠOVÁ, M. et al. 2015. Experience of nurses with in-patient aggression in the Slovak Republic. In *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. ISSN 2336-3517. 2015, roč.6, č. 3, s. 306 – 312.
6. LEPIEŠOVÁ, M. – NEMČEKOVÁ, M. 2013. Násilie a agresia voči sestram pri výkone povolania. In *Sociológia*. ISSN 1336-8613. 2013, roč. 45, č. 2, s. 172-194.
7. ČERŇANOVÁ, A. 2010. Agresívny pacient v podmienkach psychiatrického ošetrovatelstva. In *Ošetrovatel'ský obzor*. ISSN 1336-560. 2010, roč. 7, č.3, s. 47- 50.
8. BARTÓKOVÁ, T. 2016. *Násilie zo strany pacientov páchané na zdravotníckych pracovníkoch*. Bakalárska práca. Rožňava: VSŽaSP sv. Alžbety, n.o., 2016. Vedúca práce PhDr. Andrea Ševčovičová. 49 s.
9. KEJIKOVÁ, V. 2011. *Agresívny pacient v ošetrovatelskej praxi*. Bakalárska práca. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotníckych vied, Ústav ošetrovatelství. Vedúca práce Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D. 62 s.
10. HABERMANN, M. 2013. Introductory remarks: violence in nursing - international perspectives. In *Nursing International perspectives*. Edited by: Habermann M, Uys L. 2013, Frankfurt am Main: Peter Lang, 13-27.
11. Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov, novelizovaný 1.1.2017.
12. BULIKOVA T. 2008. Násilie v prednemocničnej starostlivosti. In *Agresívny pacient 2008*, II. Konferencia Falck Záchraná, Rožňava 2008, s. 84-86. ISBN 978 -80-8068-884-4.
13. FRANZ, S. – ZEH, A. – SCHABLON, A. – KUHNERT, S. – NIENHAUS, A. 2010. Aggression and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey. In *BMC Health Services Research* [online], 2010, vol. 10, no. 51, pp. 1-8. [cit. 2017-12-30]. Dostupné na internete: <http://www.biomed-central.com/1472-6963/10/51>.
14. TRENKLER, S. 2009. *Násilie pacientov na zdravotníkov*. [online]. [cit. 2018-01-18]. Dostupné na internete: <http://www.mia.sk/vseobecne-inf/denna-tlac/m-clanok.php?hop=4&dbr=8554>
15. PEKARA, J. 2016. Najčastejším terčom násilia sú sestry. In *Zdravotnícke noviny*. [online]. 32/2016 [cit. 2017-7-17]. Dostupné na internete: <http://www.vszdrav.cz/userdata/files/N%C3%A1sil%C3%AD%20na%20sestr%C3%A1ch.pdf>
16. LÉVYOVÁ, M. 2018. Osobná korešpondencia.
17. LACKOVIČ, B. 2018. Osobná korešpondencia.

Kontakt na autorov

PhDr. Andrea Ševčovičová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Detašované pracovisko

bl. Sary Salkaházi

Kósu Schoppera 22

048 01 Rožňava

Email: ada.sevcovicova@gmail.com

Bc. Lenka Kmecková

Email: kmeckovalenka@gmail.com

