

Potřeba vysokoškolsky vzdělaných sester v kardiologické praxi

Věra Adámková^{*,***}, Petra Zdražilová^{**}

^{*}Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, ^{**}Fakultní Thomayerova nemocnice,

^{***}Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, Česká republika

Adresa: doc. MUDr. Věra Adámková, CSc., IKEM, Vídeňská 1958/9, 142 01, Praha 4, Česká republika, e-mail: vera.adamkova@ikem.cz

Úvod

V současné době prochází naše zdravotnictví velkými změnami, jednou z nich je nutnost vyhovět nové legislativě. Chápání zdravotní sestry se mění, protože ošetrovatelství je vlastní vědní disciplínou a vyžaduje vysokoškolsky vzdělané odborníky. Zejména kardiologie je obor interní medicíny, který prodělal v posledních dvaceti letech skutečně ohromující rozvoj, a tak zásadním způsobem přispěl ke zlepšení prognostických ukazatelů nemocných, jistě i k prodloužení života české populace. Jedním z průkopníků zásady vysoce erudované kardiologické sestry byl prof. MUDr. Petr Niederle, DrSc., přednosta Kardiologického oddělení Nemocnice Na Homolce v Praze. Prof. Niederle se snažil již v první polovině 90. let minulého století zavést alespoň semináře pro sestry pracující v echokardiografických laboratořích. A vyškolit je tak, aby samy mohly provádět základní echokardiografické vyšetření. Nutno říci, že jeho snaha nebyla přijata s dostatečným pochopením, a že v tomto směru poněkud předstihl dobu (v českých poměrech).

Vývoj moderní medicíny ukázal, že je zcela nezbytné změnit chápání postavení zdravotní sestry v péči o pacienta.

Možnosti – teorie a praxe

Zdravotní sestra musí být v současné době jasně rovnocenným partnerem v týmu, který zajišťuje komplexní péči o nemocného. Vzhledem k rozmachu vyšetřovacích metod v kardiologii a k možnostem léčby pacientů s kardiovaskulárním a cerebrovaskulárním postižením, došlo ke změně legislativy ve vzdělávání zdravotnických pracovníků; těmto požadavkům je třeba vyhovět (i pro nutnost dodržování požadavků platných v Evropě).

Vysokoškolské vzdělávání sester probíhá v současné době na fakultách lékařských nebo zdravotně sociálních nebo i na dalších, které mají příslušné akreditace splněny. Kontrolu nad vzděláváním sester zajišťuje regulační systém, jehož hlavním cílem v ošetrovatelství je ochrana nemocných.⁽¹⁾ Legislativní zabezpečení je zahrnuto v Registru zdravotnických pracovníků, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Registr je vymezen zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních.⁽²⁾ Na základě získání osvědčení k výkonu povolání jsou pak stanoveny kompetence sester, které upravuje Vyhláška č. 424/2004 Sb.⁽³⁾

Nutnost uvést do souladu dosažené vzdělání a požadovanou odbornost vedla vedení Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích k náročné akreditaci nových studijních programů.

V současné době lze studovat v souladu s platnou legislativou a s nově požadovanými nároky následující programy:

- › *Management v ošetrovatelství* – legislativně upraven Vyhláškou č. 424/2004 Sb., § 145;
- › *Mentor v ošetrovatelství* a dále specializaci podle výběru;
- › *Ošetrovatelská péče v oborech specializačního vzdělávání* (podle Nařízení vlády č. 463/2004 Sb.), které stanoví obory specializačního vzdělávání.

Student si může zvolit ze dvou oborů specializačního vzdělávání:

- › *Ošetrovatelská péče v pediatrii* (Vyhláška č. 424/2004 Sb., § 51)
- › *Ošetrovatelská péče o pacienty ve vybraných klinických oborech* (Vyhláška č. 424/2004 Sb., § 3).

V oboru Ošetrovatelská péče o pacienty ve vybraných klinických oborech je zahrnuta i *Ošetrovatelská péče v kardiologii*.

Cílem tohoto předmětu je připravit studenty pro zvládání specializované ošetrovatelské péče o nemocné s kardiovaskulárními onemocněními. Absolventi jsou schopni posoudit, po základním zhodnocení celkového zdravotního stavu, celkové riziko nemocného, v zásadě určit další vyšetřovací postupy, asistovat při specializovaných kardiologických vyšetřovacích metodách (katetrizační techniky, koronarografie, implantace stimulatoru, kardioverteru, elektrofyzilogické vyšetření, echokardiografie a další). Znájí principy primární, sekundární i terciární prevence u nemocných s kardiovaskulárními onemocněními a umějí je provádět v praxi. Takto vyškolení odborníci potom mohou do jisté míry samostatně pečovat o pacienty v kardiologických lůžkových i ambulantních provozech a být zcela plnohodnotnými členy ošetrovatelského týmu.

Tyto formy studia jsou již nutně doplněny funkcí „mentora“, protože význam klinické praxe v průběhu studia je velký a je třeba, aby absolventi přicházeli do praxe připraveni tak, aby mohli být zapojeni v co možná maximální míře do práce oddělení.

Termín „mentor“ není v medicíně nový, poprvé se objevil již v Homérových spisech.⁽¹⁾ Jde o osobu, která je rádcem a učitelem.

V posledních třiceti letech je tato pozice v ošetrovatelství velmi diskutována a její koncepce a výzkum se začaly utvářet po První mezinárodní konferenci o mentorství, konané ve Vancouveru v roce 1980.⁽⁵⁾

Každý absolvent této specializační přípravy bude mít nejen dosažené vzdělání, ale získá i kompetence pro specializovanou ošetrovatelskou péči.

Závěr

V současné době není stále v našem systému zcela jasně definováno postavení sestry s dokončeným středoškolským vzděláním a sestry s dokončeným vysokoškolským studiem bakalářské úrovně. Středoškolsky vzdělané sestry, které mají doplněné postgraduální vzdělávání, splňují nyní specializační odbornost, ale nespĺňují vysokoškolské vzdělání; naopak sestry s dokonče-

ným bakalářským stupněm vysokoškolského studia, splňují požadavek stupně vzdělání, ale podle současných norem nespĺňují specializační přípravu. Zavedením výše zmíněných forem studia je možné tedy připravit absolventy tak, aby splňovali vysokoškolské vzdělání a přitom získali i specializační kompetence.

Literatura

1. Zdražilová P. Bakalářská práce. České Budějovice: ZSF JU, 2009:5.
2. Zdražilová P. Potřeby sestry školitelky ve zdravotnických zařízeních pro nově nastupující sestry. Bakalářská práce. České Budějovice: ZSF JU, 2009:73.
3. Zákon č. 96/2004 Sb.
4. Vyhláška 424/2004 Sb.
5. Nařízení vlády č. 463/2004 Sb.
6. Pospíšilová A, Vránová V. Mentor klinické praxe. Názory na výuku studentů během jejich ošetrovatelské praxe. Diagnóza v ošetrovatelství 2006;2:403–6.

Terapeutická mírná hypotermie v přednemocniční neodkladné péči – jak na to?

Jitka Callero^{vá*,**}, Petra Šantorová^{*}, Věra Šestáková^{*}, Věra Zemanová^{***}, Jiří Kolář^{****}, Roman Škulec^{*,**}

Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje, výjezdové stanoviště Beroun a **Interní oddělení Nemocnice Beroun, Beroun, *Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje, Kladno, ****2. interní klinika kardiologie a angiologie, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, Česká republika*

Adresa: Jitka Callero^{vá}, Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje, výjezdové stanoviště Beroun, Prof. Veselého 461, 266 01 Beroun, Česká republika, e-mail: callero^{vá}.hypotermie@email.cz

Úvod

Terapeutická mírná hypotermie (TH) je standardní součástí časné poresuscitační péče. Co nejrychlejší ochlazení úspěšně resuscitovaného pacienta po náhlé zástavě oběhu na cílovou centrální tělesnou teplotu 32–34 °C v trvání 12–24 hodin zvyšuje šance na příznivý neurologický výsledek a snižuje mortalitu. Její použití je dáno konsensuálním stanoviskem k použití terapeutické hypotermie České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, České společnosti intenzivní medicíny a Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof.⁽¹⁾

Patofyziologický princip působení terapeutické mírné hypotermie

Na rozvoji posthypoxického poškození mozku se podílí nejenom nekroza neuronů během samotné srdeční zástavy, ale i ischemicko-reperfuční poškození vznikající po návratu spontánního oběhu. Dochází tak k celotělové zánětlivé reakci a aktivaci nepříznivých dějů v mozku. Ty vedou nejenom k další nekroze, ale i k programované buněčné smrti, apoptóze. TH tlumí všechny tyto nežádoucí pochody.

Používání terapeutické mírné hypotermie v nemocnicích

V České republice používalo v roce 2008 TH až 63,5 % všech jednotek intenzivní péče poskytujících časnou poresuscitační

terapii. Nejčastější ochlazovací metodou byla kombinace rychlé nitrožilní aplikace ledových krystaloidních roztoků (RIVA) a povrchového ochlazování ledovými obklady. TH byla indukovaná nejčastěji na dobu 24 hodin.

Terapeutická mírná hypotermie po srdeční zástavě v přednemocniční neodkladné péči

Ischemicko-reperfuční poškození mozku se začíná rozvíjet ihned po obnovení oběhu. V případě mimonemocniční srdeční zástavy (OHCA) však následuje po úspěšné resuscitaci další zajištění pacienta: obvykle obtížné naložení do sanitky a poté často řadu desítek minut trvající převoz do nemocnice. V té době již běží nepříznivé poresuscitační děje. Proto je logické, že se zahajuje ochlazování již v terénu, bezprostředně po obnovení oběhu.

Indikace a kontraindikace

Navození TH v přednemocniční neodkladné péči (PNP) je indikováno u dospělých pacientů po úspěšné kardiopulmonální resuscitaci pro OHCA, s iniciálním defibrilovatelným (fibrilace komor/komorová tachykardie) nebo nedefibrilovatelným rytmem (asystolie/bezpulsová elektrická aktivita), s přetrvávajícím bezvědomím a s nutností umělé plicní ventilace.^(1–3) Indukce TH v PNP může být individuálně indikována také u dětí po splnění stejných indikačních kritérií.^(1,4) Absolutní a relativní kontraindikace TH v PNP jsou shrnuty v tabulce 1.⁽¹⁾