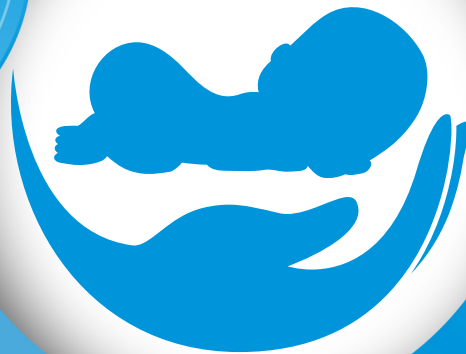


OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA

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

02
2017

ISSN 1339-5920



**Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek**

e-časopis Ošetrovatel'stvo 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 Slovákova, 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
Andy Gibbs, BSc (Hons), MSc, PGCert, RN
Glasgow Caledonian University, Scotland UK
Dr. Alice Coffey, PhD, M.Ed, BA, RGN, RM, RNT.
Director of Globalisation and Internationalisation / College Lecturer, Leader of Healthy Ageing Research Theme, Catherine McAuley School of Nursing and Midwifery, Brookfield Health Sciences Complex, University College Cork, Cork, Ireland
Josip Božić, MSN, RN, specialists in anesthesia activities
President of the Expert Society for the Suppression of pain (Croatian Nurses Pain Society).
School for Nurses, Zagreb, Croatia
Prof. Oleh Lyubinets, M.D., Ph.D.
Head of Department of Public Health Management, Faculty of Postgraduate Education Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

Vydáva / Published by

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Amurská 71
821 06 Bratislava

Dátum prvého vydania: 28. február 2014
IČO vydavateľa: 37 999 991
Tel. 02/4020 2066, fax. 02/4020 2064
sksapa@sksapa.sk
www.sksapa.sk

Kontrola textu / Text checking

Mgr. Ivana Harvanová, PhD.

Grafická úprava / Graphics

Ing. Peter Grejták

Informácie / Informations

Periodicita 6 x ročne
Predplatné na rok 2017 je 6 EUR.
Bezplatný pre členov SKSaPA.
Dostupný na web stránke:
[http://www.sksapa.sk/](http://www.sksapa.sk)

Indexácia / Indexation

Bibliographia medica Slovaca

Citačná databáza / Citation database

CiBaMed

Pokyny pre autorov / Instructions for authors

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

Redakcia si vyhradzuje právo na formálnu úpravu príspevkov a ich prípadné skrátenie.
Uzavierka čísla: 01. 04. 2017
Dátum vydania: 30. 04. 2017



Prezidentkou Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek je na najbližšie štyri roky Iveta Lazorová	09 - 11
Prieskum: Sestry a pôrodné asistentky sú nespokojné s nízkou mzdou, prepracovanosťou a minimálnou podporou pri sústavnom vzdelávaní	12 - 13
SK SaPA vyzýva ministra zdravotníctva, aby podporil ošetrovanie pacientov v domácom prostredí	13 - 15
Prezidentka Regionálnej komory sestier a pôrodných asistentiek Košice II získala cenu v oblasti zdravotníctva za odbornosť, dynamiku a ochotu pomôcť iným	15
Máme novú hlavnú odborníčku pre ošetrovatelstvo	16
Odliv zdravotných sestier do zahraničia sa stopnúť zatiaľ nepodarilo	17 - 18
EFN k Medzinárodnému dňu žien „Rodová rovnosť pracovníkov v zdravotníctve“	19
Aj Francúzske sestry bojujú za lepšie postavenie profesie v systéme zdravotnej starostlivosti	20
Sestry oslavujú 60. výročie podpísania Rímskej zmluvy	21
Bonebridge, BAHA - Implantáty využívajúce kostné vedenie v rehabilitácii sluchu	22 - 24
Aspekty ovplyvňujúce život paciena po laryngektómii	25 - 27
Postavenie chirurgického ošetrovatelstva v komplexnej liečbe karcinómu jazyka	28 - 32
Možnosti využitia biodebridementu lariev	33 - 35
Perioperačná starostlivosť a bezpečnosť pacienta	36 - 39
Prítomnosť cudzieho telieska v orbite – kazuistika	40 - 41
Plánované konferencie organizované odbornými sekciami SK SaPA a spoluorganizované SK SaPA v roku 2017	42 - 43
Zastupovali sme sestry na prestížnej medzinárodnej konferencii v Berlíne	43 - 44
Colours of sepsis Ostrava	45
4. Postgraduálny kurz sester v intenzívnej péči v ostrave a prezentácia sestier zo Slovenska	46
VIII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v oftalmológii	47 - 48
Ďakujeme Vám, prof. MUDr. Gerinec CSc., PhDr. J. Jarinová...	49

Suplementum Vedecká recenzovaná časť

Kvalita života osob s poruchou čichu

51 - 55



**O krok ďalej
pre zdravie**

PARTNERI

PIELĘGNIARSTWO SPECJALISTYCZNE

Pismo nowoczesnej pielęgniarce i położnej



POVRCH
BEZ UMELÝCH
MATERIÁLOV

Zdravá pokožka a spoľahlivá ochrana

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

Spoľahlivé

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

Diskrétné

- Anatomicky tvarované vo variantoch

Udržiavajú pokožku zdravú

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

Príhovor prezidentky SKSaPA

Vážené kolegyně,
vážení kolegovia,

V dňoch 28.- 29. apríla 2017 sa v Žiline konal 17. Snem Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek, na ktorom delegáti pozitívne zhodnotili doterajšie fungovanie komory a opätovne ma zvolili na funkciu prezidentky na najbližšie štyri roky, čo prijímam s veľkou pokorou, ale aj predsavzatím, že budem naďalej konať tak, aby som pracovala zo všetkých síl za slovenské sestry a pôrodné asistentky.

Nie je ľahké postaviť sa v tejto náročnej dobe na čelo akejkoľvek organizácie, nehovoriac o tom, že je omnoho zložitejšie obhájiť pozíciu, pretože delegáti Snemu hodnotia aj výsledky za predošlé obdobie. V ňom môže byť veľa úspechov, ale i nedokončená práca.

Mňa veľmi teší, že som dokázala presvedčiť zástupcov sestier o tom, že prezident a celé vedenie komory robí dobrú prácu a že sa s ňou sestry stotožňujú a podporujú nás. Musím povedať, že som ešte nikdy necítila toľko podpory a energie od sestier, veľmi si to vážim a ďakujem všetkým. Chcela by som sa poďakovať aj svojej vyzývateľke Márii Ivanovej, že svojou kandidatúrou a programom prispela k podnetnej diskusii na Sneme.

Musím sa vyjadriť aj k niektorým medializovaným informáciám, že voľba prezidenta Komory mala byť zmanipulovaná, pretože voľba prebehla legitímne pri dodržaní všetkých pravidiel, ktoré voľba prezidenta obnáša, čo potvrdili aj delegáti Snemu, ktorí sa dištancovali od klamlivých informácií. Pozývanie členov komory na voľbu delegátov Snemu bolo uskutočnené v súlade s vnútornými predpismi komory. Proti voľbe delegátov Snemu neboli vznesené žiadne námietky v žiadnej z regionálnych komôr SK SaPA. Na voľbu delegátov Snemu boli pozvaní všetci členovia komory podľa vnútorných predpisov komory, čo bolo overené Kontrolným výborom komory. Prezident komory nemá žiadnu možnosť ovplyvniť rozhodnutia valných zhromaždení regionálnych komôr SK SaPA, ktoré sú volené výlučne členskou základňou regionálnych komôr.

Na tohtoročnom Sneme som získala 166 hlasov z celkového počtu 209 odovzdaných hlasov, pričom samotné vyhlásenie výsledkov sprevádzal potlesk delegátov postojacky v plnej sále, čo sa doteraz nikdy neudialo. Myslím si, že hlasovanie na Sneme jasne potvrdilo to, že som pre väčšinu z Vás prijateľná, a teda, že súhlasíte s doterajším smerovaním komory. Nielen ja, ale všetci vo vedení sa budeme snažiť, aby sme úlohy, ktoré sme si na Sneme zadefinovali, sme ich čo najskôr zrealizovali, aj keď už teraz vieme, že nie všetko sa bude dať spraviť za jeden rok.



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

Editoriál

Vážení čitatelia.

Nespokojnosť sestier a pôrodných asistentiek so stavom odboru narastá chronologicky niekoľko rokov. Sľuby MZ SR sú vždy len nesplnené frázy bez reálnych priamych a pozívnych dopadov na sestry a pôrodné asistentky na Slovensku. Kompetentní sa rozhodli riešiť roky neriešený problém s alarmujúcim nedostatkom sestier a pôrodných asistentiek v systéme slovenského zdravotníctva navýšením kompetencií zdravotníckych asistentov, bez akceptácie zásadných pripomienok Komory. Tí, ktorí sú v reálnej praxi a nerozhodujú len od stola veľmi dobre vedia, že táto jediná zmena, ktorá má údajne uľahčiť prácu sestrám a pôrodným asistektkám v ich namáhavej práci neprinesie žiadne pozitívne výsledky v priamej ošetrovateľskej starostlivosti. V skutočnosti pacient nepocíti prospech z tejto nesystémovej a neodbornej zmeny, skôr naopak. Zdravotníckych asistentov potrebujeme pri zabezpečovaní základnej ošetrovateľskej starostlivosti a pod priamym dohľadom sestry, alebo pôrodnej asistentky. Nie je predsa mysliteľné, aby asistent, ktorý realizuje činnosti súvisiace s ošetrovateľskou starostlivosťou, nebol súčasou komplexnosti ošetrovateľského procesu. Zodpovednosť za takúto činnosť nepreberie žiadna sestra a predpokladám, ani žiaden zdravotnícky asistent, ktorý bude vykonávať činnosti zadarmo, tak ako to už dlhé roky robia aj sestry a pôrodné asistentky za iných zdravotníckych aj nezdravotníckych pracovníkov v mnohých nemocniciach, ústavoch, ambulanciách, domovoch sociálnej starostlivosti a pod. Pod touto zmenou si môžeme jasne všimnúť, že tu v skutočnosti nejde o pacienta, nejde tu o sestry, pôrodné asistentky, ani o „blaho“ zdravotníckych asistentov. Kladiem si teda otázku: „Ide tu o snahy ambulantného sektora a zamestnávateľov nahrádzať kvalifikované, možno „drahé“ sestry a pôrodné asistentky lacnou pracovnou silou, menej vzdelanou a ľahšie manipulovateľnou?“ Je na nás všetkých, aby sme si k tejto závažnej téme vytvorili vlastný názor a zaujali postoj.

Aj pre to Vám v každom čísle e-časopisu prinášame prehľad mediálnych výstupov Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (ďalej SK SaPA), ktoré úzko súvisia s jej aktívnym prístupom v riešení problémov sestier a pôrodných asistentiek. Zároveň realizujeme preklady tlačových správ Európskej federácie sesterských asociácií, ktorá si všima aj problémy slovenského ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie.

Nedá sa nespomenúť podstatná časť obsahu e-časopisu, ktorú tvoria odborné príspevky. V tomto čísle sme ponechali priestor trom aplikovaným odborom ošetrovateľstva a to: otorinolaryngológia, chirurgia a oftalmológia, ktoré sa tejto úlohy ujali na 100 %. Veľké poďakovanie patrí predsedníčkam odborných sekcií sestier pracujúcich v ORL, chirurgii a oftalmológii, ktoré boli pri zostavovaní čísla hodnotným spojencom. Ich pozvánku k čítaniu odborných príspevkov Vám prinášame v jednotlivých príhovoroch.



PhDr. Lukáš KOBER, PhD.
predseda redakčnej rady

Prajme Vám príjemné listovanie stránok nášho spoločného e-časopisu.

Príhovor predsedníčky Sekcie sestier pracujúcich v ORL

Vážené kolegyně, vážení kolegovia,

Všetkým nám je známe, že otorinolaryngológia je samostatný chirurgický odbor, ktorý sa zaoberá prevenciou, diagnostikou, liečbou chorôb ucha, dýchacích orgánov, tváre a krku, maxilofaciálnej oblasti, hltana, hrtana, pažeráka, slinných žliaz, štítnej žľazy, sluchu a rovnováhy. Vo svojej činnosti využíva predovšetkým chirurgickú liečbu, prostredníctvom špeciálnych mikrochirurgických, endoskopických, resekčných a rekonštrukčných postupov. Odbor chirurgicky alebo konzervatívne lieči ORL ochorenie nielen detský ale aj dospelý vek. Sestry poskytujú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť pacientovi v predoperačnom, intraoperačnom a pooperačnom období. Realizujú špecializované pracovné činnosti, ktoré sú špecifické pre ORL chirurgické ošetrovateľstvo.

Súčasťou otorinolaryngologického ošetrovateľstva je starostlivosť o pacientov s poruchou sluchu, pre ktorých sa jednoduchá komunikácia stáva obrovským problémom, čo môže viesť až k spoločenskej izolácii pacienta. Audiológia je vedný odbor, ktorý sa zaoberá štúdiom normálneho a patologicky zmeneného sluchu. Audiologická ambulancia poskytuje komplexnú diagnostiku porúch sluchu, pridelenie audioprotetických pomôcok. V rámci Centier kochleárnej implantácie je vyšetřovanie sluchu novorodencov s cieľom včasnej diagnostiky vrodených chýb sluchu, ich liečba vrátane indikovania kochleárnej implantácie a sledovanie efektu. Audiometria je časť audiológie, ktorá zahŕňa rôzne kvantitatívne a kvalitatívne vyšetřovacie metódy sluchu pomocou audiometra.

Nezastupiteľné miesto v diagnostike porúch sluchu má audiometrická sestra, ktorá realizuje subjektívne a objektívne audiologické testy v spolupráci s lekárom. Výsledky vyšetření majú veľký význam pri indikovaní a hodnotení prínosu rehabilitačných pomôcok pri korekcii poruchy sluchu, pri indikácii chirurgickej liečby poruchy sluchu. Vďaka rozvoju implantovateľných načúvacích prístrojov sa zvyšujú nároky na rozsah teoretických vedomostí a praktických zručností na prácu audiometrickej sestry. V rámci prevencie poškodenia sluchu edukuje pacientov o nepriaznivých účinkoch nadmerného hluku na sluchový orgán.

Organizovanie odborných celoslovenských konferencií je výbornou príležitosťou na výmenu skúseností a poznatkov z ošetrovateľstva v ORL, a preto záverom dovoľte, aby som Vás úctivo pozvala na XX. Celoslovenskú konferenciu sestier pracujúcich v ORL, ktorá sa koná 13.- 14.10.2017 vo Zvolene.



*Mgr. Daniela JARABOVÁ
predsedníčka Sekcie sestier pracujúcich v ORL*

Príhovor predsedníčky Sekcie sestier pracujúcich v oftalmológii

Vážené kolegyne, kolegovia,

pri humanizácii súčasnej medicíny a ošetrovatelstva patrí popredné miesto sestre, ktorá preberá na seba väčšiu rolu v stanovených, implementujúcich a akceptovateľných normách klinickej sesterskej praxe, manažmentu, výskumu a vzdelávania.

Oftalmológia, ako každý iný odbor má všeobecné charakteristiky. Je to najmenšia medicínska disciplína rozsahom – oko zaberá 0,3 % povrchu tela a má najviac diagnostických jednotiek na takej malej časti tela. Zrak je najdôležitejší ľudský zmysel, ktorým sa prijíma nad 80 % všetkých informácií zvonka, a ktorého strata je po strate života azda najbolestnejšia.

Sestra v odbore oftalmológia zabezpečuje komplexnú individuálnu ošetrovateľskú starostlivosť o zrakový orgán a zrak osobám všetkých vekových kategórií. Diagnostika, vyšetrenie a liečba konzervatívnymi a mikrochirurgickými metódami je zameraná o pacienta s kataraktou, glaukómom, strabizmom, s ochoreniami sietnice, degeneráciou makuly, ochoreniami mihalnic, s náhlou slepotou, trombózou, s perforačným poranením a úrazom na úrovni súčasného poznania. Sestra v praxi zabezpečuje predoperačnú a pooperačnú starostlivosť o pacienta po operáciách na koži, mihalniciach, spojovky, rohovky, svalov, vnútroočných operáciách predného a zadného segmentu, po keratoplastike a laserových operáciách. Súčasťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti je prevencia ochorení a úrazov orgánov zraku, na zlepšenie kvality života osôb s poruchami zrakového vnímania a ochorením orgánov zraku čo najrýchlejšie dosiahnuť nezávislosť a sebestačnosť.

Veľkým úspechom výboru Sekcie sestier pracujúcich v oftalmológii bolo minulého roku dosiahnutie certifikačného štúdia v odbore Ortoptika – Pleoptika, ktoré od roku 1995 do roku 2016 bolo pozastavené. Sestrám v oftalmológii detského veku sa umožnilo získať kvalifikáciu v tomto obore a profesionálne poskytovať deťom práve túto špecializovanú starostlivosť.

Snahou výboru oftalmologickej sekcie je každoročne sa stretávať na Celoslovenskej konferencii sestier pracujúcich v oftalmológii, kde si sestry vymieňajú svoje informácie, poznatky a vedomosti zo svojej praxe z jednotlivých zariadení na Slovensku a v zahraničí.



Mgr. Jana SEDLÁKOVÁ, dipl. s.
Predsedníčka Sekcie sestier pracujúcich v oftalmológii



Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

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

Z činnosti Slovenskej Komory Sestier a Pôrodných Asistentiek

PREZIDENTKOU SLOVENSKEJ KOMORY SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK JE NA NAJBLIŽŠIE ŠTYRI ROKY IVETA LAZOROVÁ

Funkciu prezidentky Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA) bude počas najbližších štyroch rokov zastávať opätovne Iveta Lazorová. Rozhodli o tom delegáti na 17. Sneme, ktorý sa v dňoch 28. – 29. apríla 2017 konal v Žiline. Vyhlásenie výsledkov sprevádzal standing ovation (potlesk postojacky) v plnej sále, čo sa doteraz nikdy neudialo.

Na Sneme sa zúčastnilo 212 delegátov z celého Slovenska. O post prezidentky sa uchádzali dvaja kandidáti, pričom z celkového počtu 209 odovzdaných hlasov získala Iveta Lazorová 166, čo je viac ako pred štyrmi rokmi v roku 2013, keď získala 135 hlasov. „Mňa veľmi teší, že som dokázala presvedčiť zástupcov sestier o tom, že prezident a celé vedenie komory robí dobrú prácu a že sa s ňou sestry stotožňujú a podporujú nás. Musím povedať, že som ešte nikdy necítila toľko podpory a energie od sestier, veľmi si to vážim a ďakujem všetkým,“ konštatovala po vyhlásení výsledkov prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek SK SaPA Iveta Lazorová, ktorá sa v úvodnom príhovore poďakovala aj svojej vyzývateľke Márii Ivanovej, že svojou kandidatúrou a programom prispela k podnetnej diskusii na Sneme. Podľa novej prezidentky SK SaPA nie je ľahké postaviť sa v tejto náročnej dobe na čelo akejkolvek organizácie, nehovoriac o tom, že je omnoho zložitejšie obhájiť pozíciu, pretože delegáti Snemu hodnotia aj výsledky za predošlé obdobie. V ňom môže byť veľa úspechov, ale i nedokončená práca.



Zdroj: SK SaPA



Prezidentka SK SaPA Iveta Lazorová je hrdá nato, že sa jej za posledné štyri roky podarilo finančne stabilizovať komoru, vybudovať dobre fungujúci tím, zlepšiť komunikáciu s členmi, ako aj zlepšiť komunikáciu s odbornou a laickou verejnosťou. „Veľmi ma teší, že sestry a pôrodné asistentky sa učia presadzovať svoje práva. Sme aktívni v spolupráci s odborom ošetrovateľstva na Ministerstve zdravotníctva SR, participujeme na projektoch MZ SR a okrem iného máme veľmi dobrú zahraničnú spoluprácu so združeniami sestier,“ povedala ďalej pred samotnou voľbou prezidentka SK SaPA Iveta Lazorová.

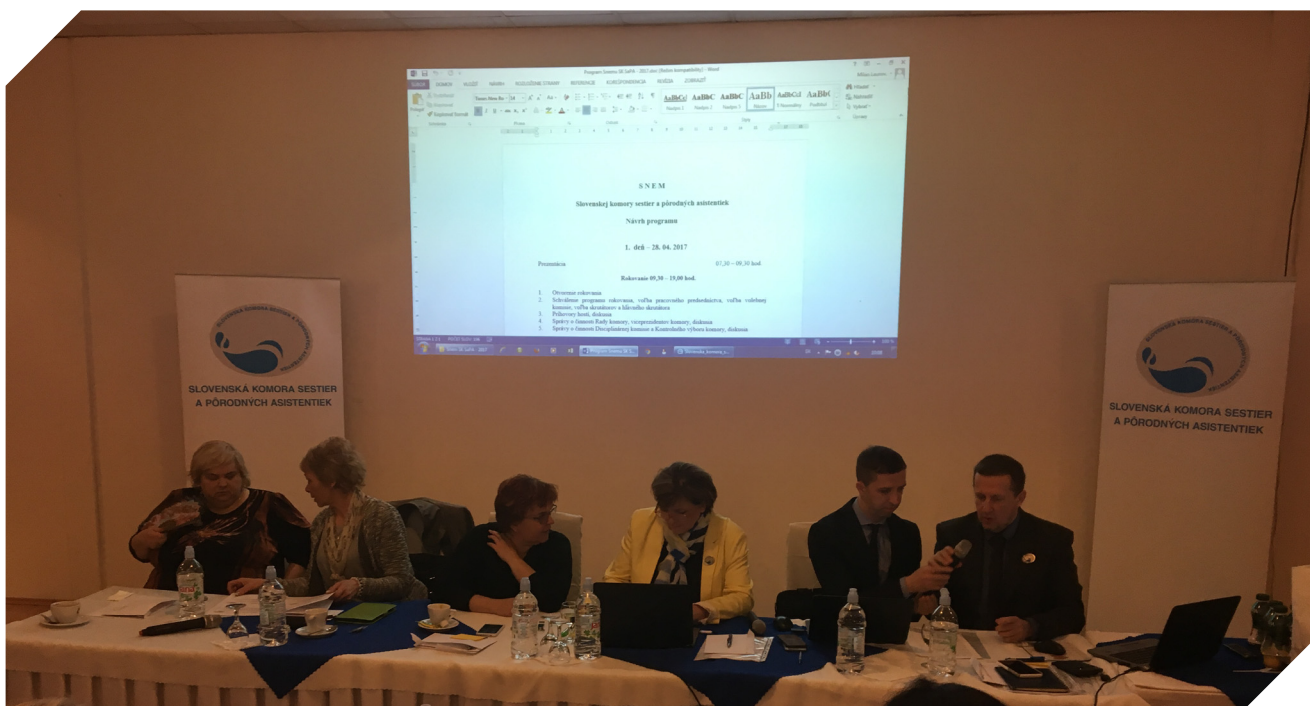
Nová prezidentka SK SaPA Iveta Lazorová by chcela pokračovať v dobre nastavenej stratégii, pričom by chcela ešte viac zapájať odborníkov v ošetrovateľstve do prípravy projektov Ministerstva zdravotníctva SR či do prípravy klasifikačných systémov pre E-health. „Na pozície manažérov v ošetrovateľstve by som chcela presadzovať nielen vzdelaných, ale aj kvalitných ľudí. No a v neposlednom rade by som chcela podporovať odbory u zamestnávateľov, byť im k dispozícii, ak to potrebujú, nemôžeme stále riešiť odmeňovanie, na to majú byť odborové organizácie, ale keďže ich nemáme, musíme to robiť my, lebo naši členovia to od nás žiadajú,“ uviedla prezidentka SK SaPA Iveta Lazorová.



Zdroj: SK SaPA

Prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. považuje za hlavné dôvody nespokojnosti sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku nízku mzdu, prepracovanosť a minimálnu podporu zamestnávateľov pri sústavnom vzdelávaní, čo vyplynulo aj z prieskumu, ktorý robila komora v štvrtom kvartáli v roku 2016 na reprezentatívne výskumnej vzorke 2298 sestier a pôrodných asistentiek. „Sestry od šéfa rezortu zdravotníctva v roku 2017 očakávajú prvé návrhy na riešenie nedostatku sestier, či možnosti motivácie, prečo by ľudia mali pracovať v povolani sestera a pôrodná asistentka. Je potrebné prijať čo najrýchlejšie také opatrenia, aby sa v slovenskom zdravotníctve stabilizovala situácia so sestrami a pôrodnými asistentkami, aby prácu sestry alebo pôrodnej asistentky chcelo robiť viac mladých ľudí,“ dúfa prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. s.

Na Sneme sa osobne zúčastnila riaditeľka odboru ošetrovateľstva Ministerstva zdravotníctva PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., ktorá delegátov Snemu ubezpečila, že sa snaží presadzovať záujmy v prospech sestier. „Komunikácia Ministerstva zdravotníctva SR so sestrami existuje, rozbehlo sa veľa projektov, ktoré súvisia s projektmi ošetrovateľskej starostlivosti,“ uviedla v príhovore PhDr. Tatiana Hrindová, PhD. Delegátom Snemu sa taktiež osobne prihovorili prezidentka Slovenskej komory medicínsko-technických pracovníkov Bc. Janka Strápková, prezident Slovenskej komory fyzioterapeutov RNDr. Mgr. Csabu Csolyho, MPH, MBA, predsedníčka Odborového združenia sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Monika Kavecká, MHA, MPH, či hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva SR pre ošetrovateľstvo PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.



Zdroj: SK SaPA

PRIESKUM: SESTRY A PÔRODNÉ ASISTENTKY SÚ NESPOKOJNÉ S NÍZKOU MZDOU, PREPRACOVANOSŤOU A MINIMÁLNOU PODPOROU PRI SÚSTAVNOM VZDELÁVANÍ

Tlačová správa SK SaPA, Bratislava 20. 4. 2017

Nízka mzda, prepracovanosť a minimálna podpora zamestnávateľov pri sústavnom vzdelávaní. To sú hlavné dôvody nespokojnosti sestier a pôrodných sestier na Slovensku. Vyplýva to z prieskumu, ktorý robila v štvrtom kvartáli v roku 2016 SK SaPA.

Vyše tri štvrtiny dotazovaných sestier (1734) nie je spokojná so svojou mzdou v porovnaní s výkonom odborných pracovných činností. Iba 3 percentá sestier je rozhodne spokojná so svojou mzdou, respektíve skôr spokojná (19 %), pričom zvyšné sestry sa nechceli vyjadriť ku svojmu platu. „Na základe prieskumu vyplýva, že väčšina sestier na svojej výplatnej páske nevidela priemernú mzdu v slovenskom hospodárstve, ktorá v minulom roku dosiahla 912 eur. SK SaPA dlhodobo upozorňuje Ministerstvo zdravotníctva SR na to, že ak chce doplniť chýbajúce tisíce sestier v systéme, potrebuje ich motivovať jednak úpravou mzdového ohodnotenia, zlepšením pracovných podmienok, ako aj zvýšením spoločenského statusu,“ konštatovala prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. Najviac sestier má podľa nej priemernú hrubú mesačnú mzdu v rozmedzí 601 - 700 eur (21 %), pričom 19 % sestier má priemerný plat od 701 do 800 eur, 19 % sestier od 801 do 900 eur a 11 % sestier od 501 do 600 €. Aj dnes v slovenskom zdravotníctve pracujú aj také sestry, ktoré majú priemernú hrubú mesačnú mzdu od 405 do 500 eur (2 %), či dokonca menej ako 405 eur (1 %).

Prieskum ďalej potvrdil prepracovanosť sestier, načo dlhodobo upozorňuje SK SaPA. Ako uviedol člen Prezídia a Rady SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., až 45 % dotazovaných sestier sa vyjadrilo, že sa nedodržiava príslušná norma počtu sestier a pôrodných asistentiek k počtu hospitalizovaných pacientov na ich pracovisku, pričom ďalších 27 % opýtaných sa nechcelo vyjadriť k tejto téme. Sestry majú v službách nedostatok pomocného personálu, keďže 36 % z nich sa vyjadrilo, že v každej službe na ich pracovisku nie je minimálne jeden zdravotnícky asistent, respektíve sanitár, pričom ďalších 17 % sa nechcelo vyjadriť k tejto téme.



Novinárov informovali: prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., a prezident RK SaPA Trnava Bc. František Naňo.

Väčšina sestier okrem bežných služieb musí odpracovať aj nadčasy. Ako ďalej vyplýva z prieskumu, najviac sestier mesačne v priemere odpracuje pre zamestnávateľa od 11,5 do 23 hodín (30 %), pričom ďalších 27 % sestier odrobí menej ako 11,5 hodín nadčasov, 13 % sestier mesačne odpracuje od 23 do 34,5 hodín pričom 8 % sestier odpracuje viac ako 34,5 hodín. Iba necelá štvrtina sestier mesačne nemusí vykonávať nadčasy. Podľa člena Prezídia a Rady SK SaPA PhDr. Milana Laurinca, PhD., dipl. s. len tretine sestier zamestnávateľ prepláca nadčasovú prácu (30 %), väčšina sestier čerpá náhradné voľno za prácu nadčas podľa dohody so zamestnávateľom (45 %), pričom sú aj také sestry, ktoré si môžu čerpať náhradné voľno za prácu nadčas výlučne podľa nariadenia zamestnávateľa (25 %). „Pracovné podmienky sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku nesvedčia o tom, že pracujú, v krajine európskeho spoločenstva, ktorá v súčasnosti ekonomicky prosperuje a životná úroveň obyvateľstva rastie. Mnohé zdravotnícke aj nezdravotnícke zariadenia v ktorých sestry a pôrodné asistentky pracujú nespĺňajú ani základné predpoklady civilizovanej spoločnosti. Sestry a pôrodné asistentky, sú v rámci šetrenia zamestnávateľov nútené uspokojiť sa aj so zníženým komfortom pracovného prostredia, napr. počítačové vybavenie pracovísk prioritne pre lekárov, kupovanie hygienických potrieb (toaletný papier), spoločné šatne pre mužov a ženy (týkajúce sa len nelekárskeho personálu),“ uviedol člen Prezídia a Rady SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s. s tým, že sestry a pôrodné asistentky by taktiež privítali motivačné faktory, ako sú napr. variabilná pracovná doba, reflektujúca na požiadavky praxe, daňové zvýhodnenie z dôvodu výkonu regulovaného povolania v nadväznosti na povinnosť sústavne sa vzdelávať.

Sestry a pôrodné asistentky taktiež trápí to, že zamestnávateľ im nielen že neumožňuje v súvislosti s povinnosťami sa sústavne vzdelávať, ale naopak im ani nevychádza v ústrety. Ako uviedol prezident Regionálnej komory sestier a pôrodných asistentiek Trnava Bc. František Naňo, väčšine sestier zamestnávateľ nehradí náklady spojené s ubytovaním, konferenčné poplatky a cestovné náklady (58 %), pričom ďalších 8 % dotazovaných sa k téme nechcelo vyjadriť. Iba 34 % opýtaných sestier má to šťastie, že ich zamestnávateľ participuje na sústavnom vzdelávaní, ktoré je povinné zo zákona. „Až 42 % sestier a pôrodných asistentiek sa vyjadrilo, že nemajú možnosť na základe zákonníka práce využívať 5 dní pracovného voľna s náhradou mzdy na sústavné vzdelávanie, pričom ďalších 14 % dotazovaných sa k danej otázke nechcelo vyjadriť.“

Väčšina sestier a pôrodných asistentiek (83 %) si myslí, že je dostatočne pripravená prevziať zodpovednosť za samostatné vykonávanie špecializovaných pracovných činností. „Drvivá väčšina oslovených sestier (95 %) si myslí, že úpravou kompetencií sestier a pôrodných asistentiek by malo dôjsť aj k úprave ich miezd. Väčšina sestier (81 %) si taktiež myslí, že je potrebná zmena legislatívy a úprava, respektíve vytvorenie kompetencií sestier a pôrodných asistentiek,“ dodala prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

Prieskum sa realizoval formou písomných dotazníkov od 1. októbra 2016 do 31. decembra 2016 na reprezentatívnej výskumnej vzorke 2298 sestier, z toho 2205 žien a 93 mužov.

SK SAPA VYZÝVA MINISTRA ZDRAVOTNÍCTVA, ABY PODPORIL OŠETROVANIE PACIENTOV V DOMÁCOM PROSTREDÍ

Na Slovensku pribúdajú pacienti, ktorí nemôžu chodiť na ošetrovanie či rehabilitáciu do zdravotníckeho zariadenia a potrebujú domácu ošetrovateľskú starostlivosť (DOS). Žiaľ, táto zdravotná starostlivosť je zatiaľ na okraji záujmu zdravotných poisťovní a tak agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti doslova riešia existenčné problémy. SK SaPA preto vyzýva ministra zdravotníctva Tomáša Druckera, aby ešte tento rok podporil vypracovanie koncepcie rozvoja a financovania ADOS, ktorá by mohla prispieť k efektívnejšiemu zdravotníctvu na Slovensku a k zlepšeniu kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre pacientov.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je dôležitou súčasťou poskytovanej zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Žiaľ, prioritou financovania zdravotných poisťovní sú stále nemocnice, pričom ambulantná zložka vrátane agentúr domácej starostlivosti je poddimenzovaná a na chvoste záujmu. „Je najvyšší čas, aby sme urobili radikálne zmeny v ponímaní akútnej a dlhodobej, chronickej starostlivosti. Musíme vedieť oddeliť tieto formy starostlivosti tak, aby každý z týchto segmentov bol správne nastavený pre potreby našich pacientov. Pre štát je vysoko neefektívne, aby pacient bol doliečovaný v nemocnici niekoľko týždňov, keď systém zdravotnej starostlivosti poskytuje aj efektívnejšiu ošetrovateľskú starostlivosť,“ konštatovala prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová dipl. p. a. Zdôrazňuje, že nemocnice sú určené na akútne riešenie zdravotných problémov pacientov, ale na dlhodobé liečenie pacientov sú predsa agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, liečebne dlhodobých chorých, domy ošetrovateľskej starostlivosti, hospicové zariadenia a zariadenia pre paliatívnu starostlivosť, centrá integrovanej starostlivosti, či zariadenia sociálnych služieb, ktorých existencia by mala byť podporovaná zo strany Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. Prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. je presvedčená, že Slovensko bude v krátkom čase potrebovať čoraz viac zariadení dlhodobej zdravotnej starostlivosti, pretože populácia starne, ľudia sú čoraz viac chorľaví a bude čoraz väčší tlak na to, aby boli pacienti čo najkratšie v nemocniciach.



Prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. spolu s predstaviteľmi Sekcie sestier pracujúcich v ADOS pri SK SaPA v utorok 28. marca 2017 na tlačovej konferencii informovali novinárov o aktuálnych problémoch agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS). Predstavitelia komory novinárov oboznámili so situáciou vo VŠZP a nadlimitnými výkonmi ADOS, stave rokovaní o platných zmluvných podmienok (cien a objemov) pre rok 2017, potrebe zmeny koncepcie ADOS na Slovensku z pohľadu poskytovateľov, ako aj o význame a potrebe ADOS v systéme zdravotnej starostlivosti. Na tlačovej konferencii sa zúčastnili členka Rady SK SaPA a podpredsedníčka Sekcie sestier pracujúcich v ADOS Mgr. Tereza Lengyelová, predseda Sekcie sestier pracujúcich v ADOS Mgr. Jaroslav Straka, členka Výboru Sekcie sestier pracujúcich v ADOS Bc. Zuzana Maderová a pacienti.

Podľa členky Rady Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek a podpredsedníčky Sekcie sestier pracujúcich v ADOS Mgr. Terezy Lengyelovej je potrebné okamžite odstrániť bodovanie na zamestnancov, ktoré robí VŠZP. Táto požiadavka jed nad rámec zákona, keďže ju neuvádza žiadny zákon, vestník ani vyhláška MZ SR, pričom v žiadnom inom zdravotníckom zariadení na Slovensku, ani v zahraničí obvodní ani odborní lekári, či nemocnice nebudujú na zamestnancov, ako to jedine od agentúr ADOS vyžaduje VŠZP. „Máme nedostatočné limity zo strany VŠZP, v ktorých chýba presná špecifikácia, ktorí pacienti a ktoré výkony boli zaplatené, a ktoré zaplatené neboli. Revízní pracovníci pri následných kontrolách kontrolujú všetky výkony ktoré sme vykázali. Ako môžeme my ADOS pracovníkom VŠZP pri kontrolách dokázať, že kontrolujú niečo, čo sme uhradené nemali?“, pýta sa Mgr. Tereza Lengyelová, ktorá požaduje vrátiť bodové zvýhodnenia za ošetrovanie pacientov čiastočne, alebo úplne imobilných, psychiatrických pacientov, a naopak zrušiť obmedzovanie rozsahu pri ošetrovaní pacientov s dekubitami, vredami predkolenia a inými ranami čo do počtu aj veľkosti rán.

Predseda Sekcie sestier pracujúcich v ADOS Mgr. Jaroslav Straka upozorňuje na skutočnosť, že problematika nadlimitných výkonov za posledné roky ale hlavne za rok 2015 a 2016, má rastúci charakter. Napriek tomu, že niektorí poskytovatelia ADOS zaznamenali takmer o 50 % viac výkonov, VŠZP napriek písomným žiadam zo strany ADOS v roku 2016 vôbec neupravila výšku mesačných limitov so zdôvodnením, že na to nie je dostatok disponibilných prostriedkov. „Opakovane žiadame vrátenie bodového systému výkonov ADOS, nie ceny za výkon. Ostatní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú bodový systém ako to určuje zákonná norma: katalóg-zoznam zdravotných výkonov, pretože súčasné ceny výkonov sú výrazne pre nás poddimenzované ako napr. podanie infúzie v domácom prostredí za 1hodinu 6,67 € (návšteva, podanie),“ uviedol predseda Sekcie sestier pracujúcich v ADOS Mgr. Jaroslav Straka, podľa ktorého by Ministerstvo zdravotníctva SR malo pristúpiť v čo najkratšom čase ku zmene koncepcie a financovaniu ADOS na Slovensku. Dôvodom sú veľmi nízke tržby poskytovateľov za poskytnutú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť, jej nákladovosť nedosahuje ani 0,2 % z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. ADOS je najnižšie financovaný segment zdravotnej starostlivosti, čo pre viacerých poskytovateľov znamená problém vôbec ďalej túto starostlivosť prevádzkovať.

Členka Výboru Sekcie sestier pracujúcich v ADOS Bc. Zuzana Maderová považuje za problém aj nedostatočnú informovanosť klienta o službách a možnostiach ADOS, či častú zámenu s opatrovateľskou službou. Nie sú presné pravidlá pre vedenie dokumentácie, iba záchytné body, ktorých sa treba držať, čo umožňuje poisťovni hľadať chyby. „Sestra nemôže pripraviť

samostatne bez lekára návrh na ošetrovateľskú starostlivosť. Nemôže pri zmene zdravotného stavu, indikovať zmenu liečby. Pri každej novovzniknutej rane, je nutná konzultácia so špecialistom, čo mnoho krát pri imobilných pacientoch nie je možné. Nemá možnosť predpisu absorpčných pomôcok, obväzového materiálu," dodala Bc. Zuzana Maderová s tým, že definovaním kompetencií sestier a prevzatím zodpovedností by sa výrazne skrátil čas vybavovania náležitých tlačív a dokladov.

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

PREZIDENTKA REGIONÁLNEJ KOMORY SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK KOŠICE II ZÍSKALA CENU V OBLASTI ZDRAVOTNÍCTVA ZA ODBORNOSŤ, DYNAMIKU A OCHOTU POMÔČŤ INÝM

Prezidentka RK SaPA Košice II Mgr. Iveta Fabianová, získala cenu Mestskej časti Nad Jazerom v oblasti zdravotníctva za odbornosť, dynamiku, ochotu pomôcť iným.

Ocenenie získala za profesionálnu prácu, kvalifikačné schopnosti, odbornosť, ochotu pomôcť iným, dôveru pracovníkov v jej profesii nielen ako prezidentke, ale aj ako sestry pracujúcej na Oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny, UN L.Pasteura. Košice. Svojim pracovným prístupom prispieva k šíreniu dobrého mena SK SaPA. Svoju rolu profesionálnej sestry a manažérky zvláda bravúrne. Je vždy pripravená a ochotná pomôcť čo zvyšuje jej morálny kredit. Jej profesionalita je na vysokej úrovni, čo sa odráža v jej každodennej práci. K oceneniu jej blahoželáme a prajeme veľa síl do ďalšej práce.



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

Cena mestskej časti Nad Jazerom Košice sa udeľovala prvý krát v histórii (15.12.2016) za účasti starostky Ing. Mgr. Lenky Kovačevičovej, zástupcu starostky, členov miestnej rady, rodiny i blízkych priateľov. Tejto pocty sa dostalo siedmim významným ľuďom za ich prínos v oblasti školstva, zdravotníctva, kultúry i starostlivosti a obetavosti. Ocenenia boli rozdelené do troch kategórií.

Viac informácií:

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

tel.: +421 0918 518 178

e-mail: lazorova@sksapa.sk

Amurská 71, 821 06 Bratislava

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

člen Rady a Prezídia SKSaPA

tel.: +421 0915 943 571

e-mail: laurinc@sksapa.sk

Amurská 71, 821 06 Bratislava

MÁME NOVÚ HLAVNÚ ODBORNÍČKU PRE OŠETROVATEĽSTVO

Hlavnou odborníčkou pre ošetrovateľstvo sa stala od 1. 4. 2017

PhDr. Helena Gondárová Vyhníčková, dipl. s.

Pozícia hlavného odborníka pre ošetrovateľstvo je zriadená ako poradný orgán ministra zdravotníctva, ktorý spolupracuje s ministerstvom zdravotníctva pri odbornom usmerňovaní poskytovania zdravotnej starostlivosti a pri odborno-metodickom vedení zdravotnej starostlivosti v odbore ošetrovateľstvo. V odbore ktorý má svoju metaparadigmu: osoba – zdravie – prostredie – ošetrovateľstvo. Hlavný odborník úzko spolupracuje s krajskými odborníkmi pre ošetrovateľstvo. Rozsah pôsobnosti je uvedený v Štatúte hlavných a krajských odborníkov. Pozícia hlavného odborníka je čestná funkcia.

PhDr. Helena Gondárová Vyhníčková, dipl. s. po ukončení SZŠ v Ružomberku v odbore detská sestra v roku 1979, nastúpila do zamestnania v NsP F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici na JIS infekčného oddelenia, kde tri roky zastávala funkciu staničnej sestry. V rokoch 1997 – 1999 pracovala v Nemocnici Zdravie, a. s., Púchov na úseku anestéziológie, zdravotnej záchranej služby, v algéziologickej ambulanci a na JIS chirurgického oddelenia. Následne pracovala desať rokov v NsP L. N. Jágeho v Dolnom Kubíne na OAIM. Od roku 2009 pracuje v ÚVN SNP Ružomberok, fakultnej nemocnici na Klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny. Absolvovala pomaturitné špecializačné štúdium v odbore Anestéziológia, resuscitácia a intenzívna starostlivosť na SZU v Bratislave, neskôr vyššie odborné vzdelanie na SZŠ v Banskej Bystrici. V roku 2009 získala bakalárske vzdelanie v odbore Ošetrovateľstvo na SZU v Bratislave, Fakulte zdravotníctva v Banskej Bystrici, kde o 2 roky obhájila aj magisterský titul. V roku 2014 na Trnavskej univerzite úspešne obhájila rigoróznu prácu „Skúsenosti sestier s personálnym zabezpečením vedenia anestézie, kompetencie v rámci anestetickeho tímu“ a vykonala rigoróznu skúšku. Absolvovala viaceré domáce aj zahraničné kurzy, napr.: kurz zavádzanie laryngeálnych masiek, kurz obtiažneho zaistenia dýchacích ciest, kardiologické minimum pre sestry. Je členkou odbornej pracovnej skupiny Komisie pre zdravotné výkony v špecializovanom odbore ošetrovateľstvo pri MZ SR, členkou výboru Sekcie sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek, členkou Sekcie sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej medicíne Slovenskej spoločnosti sestier a pôrodných asistentiek, o. z. Slovenskej lekárskej spoločnosti, členka Redakčnej rady odborného časopisu Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia, členka Občianskeho združenia pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek, recenzent viacerých zborníkov príspevkov z konferencií, školiteľ/vedúci viacerých záverečných prác (bakalárska, magisterská, rigorózna), autor on-line kurzov a AD testov, prezentuje ošetrovateľskú problematiku formou prednášok a posterov na celoslovenskej i medzinárodnej úrovni, publikuje odborné a vedecké príspevky v domácich i zahraničných odborných periodikách, zborníkoch konferencií. Podieľa sa na organizovaní celoslovenských konferencií s medzinárodnou účasťou, je členkou viacerých vedeckých rád celoslovenských i zahraničných konferencií. V roku 2008 jej Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek udelila ocenenie Biele srdce na celonárodnej úrovni a v roku 2012 sa stala laureátkou ocenenia Sestra roka na celonárodnej úrovni. Je vydatá, matka dvoch synov.

Od 1. 4. 2017 na päťročné funkčné obdobie bola menovaná za hlavnú odborníčku Ministerstva zdravotníctva SR pre ošetrovateľstvo.

V mene Redakčnej rady prajeme novej hlavnej odborníčke pre ošetrovateľstvo a zároveň členke Redakčnej rady časopisu Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia veľa síl, odhodlania a trpezlivosti pri presadzovaní odborných pripomienok a názorov na pôde MZ SR.



ODLIV ZDRAVOTNÝCH SESTIER DO ZAHRANIČIA SA STOPNÚŤ ZATIAĽ NEPODARILO

Slovenský Pacient www.slovenskypacient.sk

Autor: Danka Šoporová

Slovenské zdravotníctvo sa už dlhšiu dobu nachádza v nezávideniahodnej situácii. Jeho dlhodobým problémom nie sú iba mediálne známe kauzy, nákupy predražených prístrojov a nedostatok peňazí, ale tiež úbytok zdravotníckeho personálu. Veď za posledných 14 rokov Slovensko prišlo až o desaťtisíc sestier, pričom toto číslo neustále narastá.

Čo je pre vás z pohľadu spokojnosti v zamestnaní a kariérneho rozvoja najdôležitejšie? Je to pracovné prostredie? Kolegovia? Mzdové ohodnotenie, možnosť profesijného rastu či slová uznania zo strany nadriadených? Nech už sú vaše preferencie akékoľvek, jedno je viac než isté. Zdravotným sestram na Slovensku chýba akákoľvek perspektíva a tie, ktoré v práci napriek nepriaznivej situácii zotrávajú, zrejme motivuje už iba láska k práci. Ani tá však nemusí byť bezhraničná.

Trpia pacienti i sestry

Zdravotných sestier v ostatnom čase rapidne ubúda. Kým ešte pred dvoma rokmi ich bolo v slovenských štátnych nemocniciach evidovaných približne 13 700, dnes je to už o niekoľko stoviek menej. Dá sa predpokladať, že toto číslo bude klesať i naďalej, keďže lepšie pracovné podmienky, o ktoré zdravotné sestry dlhodobo usilujú, sú v nedohľadne. Nie je pritom žiadnym tajomstvom, že priamoúmerne s klesajúcim počtom zdravotných sestier rastie pracovné zaťaženie tých, ktoré v odbore zostali. Sestry sú tak vyťažené až do krajnosti, pracujú a žijú v permanentnom strese, a to môže mať fatálne následky nielen pre ne, ale rovnako aj pre pacientov.

Náplň práce zdravotných sestier je pritom pre pacienta (nielen) v procese zotavovania sa kľúčová, veď jeho príjem, prepustenie, každodennú hygienu, v prípade potreby kŕmenie, prebaľovanie a samozrejme celý rad odborných úkonov zabezpečujú práve ony. Na niektorých oddeleniach dokonca nebýva ničím výnimočným vidieť sestru realizovať úkony, ktoré by mali byť v kompetencii lekárov, napríklad prevážovanie rán.

Sestry sú vyhoreté

Dlhodobá vyčeranosť, v najbližšom období bez vidiny zásadnejších zmien, sa v nemalej miere podpisuje pod pracovné výkony zdravotných sestier. Mnohé z nich bývajú vystresované a vyčerpané, čo si v konečnom dôsledku odnáša nielen ich zdravie, ale aj samotný pacient. Je celkom iné, keď sa o hospitalizovaného stará usmiata sestrička a ochotne mu pomôže lepšie bojovať s chorobou, ako vyhoretá zdravotná sestra, ktorá má v momente privolania pacientom ústa plné nadávok. No ak vezmeme do úvahy fakt, že na oddelení ležia dve desiatky imobilných pacientov a na všetkých pripadá jedna, v lepšom prípade dve sestry, ich psychické rozpoloženie sa dá minimálne pochopiť.

Chýba viac ako tisíc sestier

Inštitút zdravotnej politiky (IZP) MZ SR vypracoval analýzu Stavu zdravotníckeho personálu v Slovenskej republike s cieľom priniesť objektívne údaje o aktuálnom stave zamestnancov v oblasti zdravotníctva, a vyhnúť sa tak dohadom i neobjektívnym číslam, ktoré sa v posledných mesiacoch šírili internetom. S akými závermi prišli?

Podľa hlásení samotných poskytovateľov chýba v zdravotníctve dovedna 1032 sestier. Tieto údaje vyplývajú z mimoriadneho štatistického zisťovania NCZI realizovaného na jeseň 2016, v rámci ktorého boli oslovené všetky ústavné zdravotnícke zariadenia. V porovnaní s rokom 2010, keď v slovenských nemocniciach chýbalo (podľa hlásení samotných poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti) 1277 sestier, je to o 21 % menej, čiže ide, údajne, o pozitívny vývojový trend. Skutočne?

O probléme sa vie

Šéf rezortu zdravotníctva Tomáš Drucker o akútnom nedostatku zdravotníckeho personálu na Slovensku pochopiteľne vie. Ako prezradil, riešenie vidí napríklad v zlučovaní podaktorých špecializácií, keďže nájdu sa i také, ktoré vyštuduje len malý počet sestier a z pohľadu celkových nákladov sa ich zamestnávanie výlučne na tejto úrovni javí ako neefektívne. Ako ďalej uviedol pre televíziu Košice: „Nedostatok zdravotných sestier súvisí s atraktívnosťou povolania, zamestnávania – tam hľadáme možnosť akým spôsobom ho zatraktívniť. Jedna otázka, samozrejme, je aj odmeňovanie. Odmeňovanie v mojich očiach ale nie je jediným problémom. Je to otázka pracovného prostredia, podmienok na pracovisku.“

A aj tie stoja za odchodom personálu do zahraničia, veď už v susednom Rakúsku majú pracovné podmienky, vrátane mzdového ohodnotenia sestier a pôrodných asistentiek, celkom iný ráz.

Prečo by sa vracali?

Čoraz viac zdravotných sestier a pôrodných asistentiek sa popri práci vzdeláva, pretože už ovládanie jedného svetového jazyka im pomôže získať stabilnejšiu prácu v zahraničí a splniť tak sen o lepšej budúcnosti. To, čo je na Slovensku totiž bežnou praxou (staré a ťažko ovládateľné posteľe pre pacientov na izbách, permanentné nadčasy, spoločné šatne mužov a žien, absencia medicínskeho materiálu, problémy s vykurovaním v zimných mesiacoch a naopak neznesiteľné teplo počas tých letných či zastaralé pomôcky, je už niekoľko kilometrov za našimi hranicami nepredstaviteľné sci-fi. Prečo by sa mali sestry a pôrodné asistentky, ktoré odídu do zahraničia a sú tam spokojné, vrátiť niekam, kde zarobia minimálne o polovicu menej a to všetko v priam katastrofálnych podmienkach?

Odchodom si výrazne prílepšia

Rozdiely v mzdovom ohodnotení sestier na Slovensku v porovnaní so zahraničím sú vskutku priepastné. Kým sestry so špecializáciou si u nás zarobia 824 € a sestry s certifikátom 729 €, ostatné sestry sa musia zmieriť so sumou 695 € na výplatnej páske. Veľa samozrejme závisí aj od rokov praxe, prípadne či je zdravotná sestra zamestnaná v štátnej nemocnici alebo v súkromnom zdravotníckom zariadení. Mnoho ľudí, ktorí sa rozhodnú študovať daný smer dúfa, že do ukončenia štúdia sa situácia zmení. Opak je však pravdou. Ukázalo sa, že situácia v slovenskom zdravotníctve je každým rokom kritickejšia, odchod do zahraničia je preto (nielen) pre absolventov jediným uspokojivým riešením. Pozrime sa, ako by vyzeral ich príjem v zdravotníckom zariadení vo vybraných štátoch.

Kam odchádzajú najčastejšie?

V Nemecku mesačný plat zdravotnej sestry neklesne pod 1500€ až 2200€ mesačne, Rakúsko je na tom s ponúkanými mzdami veľmi podobne. Niekoľko stoviek slovenských zdravotných sestier pracuje aj vo Veľkej Británii, kde ich mesačný príjem môže dosiahnuť 2000 libier. Ako sa bude situácia vyvíjať v súvislosti s Brexitom, je však zatiaľ otáznе. Lukratívnym pôsobiskom šikovných a vzdelaných zdravotných sestier zo Slovenska sa stali aj arabské krajiny. Za všetko hovorí doslova masový ošiaľ v rokoch 2013 – 2014, kedy bol sestrám ponúkaný plat až 40 000€ ročne. K tomu si pripočítajte preplácanie dopravy, ubytovania, 10 týždňov dovolenky a ihneď dostanete odpoveď na otázku, čím je arabský svet pre Slovákov taký lákavý.

Rok zmien?

Prezidentka SK SaPA (Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek) Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. je presvedčená, že v legislatíve treba čo najrýchlejšie prijať konkrétne opatrenia, aby sa problém s nedostatkom sestier a pôrodných asistentiek v slovenskom zdravotníctve podarilo zdarene vyriešiť, zatraktívniť tak medicínske pozície mladým adeptom a zároveň zabrániť odchodu schopných ľudí za totožnou prácou do zahraničia. Úplne presné počty sestier, ktoré v súčasnosti odchádzajú do zahraničia, SK SaPA neviduje. V niektorých krajinách je totiž registrácia v domovskej krajine požadovaná a v iných krajinách, napr. v Českej republike alebo v nečlenských štátoch Európskej únie ako je USA, nie.

Zmena musí byť komplexná

„Súčasný medicínsky model starostlivosti je nákladný a neefektívny, zadlžuje systém, do ktorého nalievame stále viac peňazí, avšak výkonnosť nie je uspokojivá, pretože sa rozkrádajú zdroje, pacienti nám zbytočne umierajú, zdravotníci sú nespokojní s ohodnotením a s pracovnými podmienkami, pričom sa od nich očakáva, aby liečili lacnejšie, rýchlejšie a s úsmevom,“ vyjadrila sa prezidentka SK SaPA Iveta Lazorová pre portál www.aktualne.sk na margo súčasnej situácie.

Dodala tiež, že ošetrovateľských zariadení, ktoré by riadili sestry, a kde by pracovali sestry, zatiaľ na Slovensku nemáme v potrebnom množstve. „Je nevyhnutné, aby sme si uvedomili, že sestry dokážu poskytovať kvalitnú starostlivosť v dostatočnom objeme, pričom je dostupná, lacnejšia a efektívna pre pacienta, ako aj pre samotný systém.“

Ministerstvo sa výziev nebojí

Ministerstvo o probléme vie a chce ho riešiť. Zatraktívniť prácu plánuje najmä rozšírením činností, ktoré môžu zdravotné sestry vykonávať, čím by sa údajne zlepšilo aj ich ohodnotenie. SK SaPA však nadšenie ministra nezdiera. Podľa SK SaPA totiž rozšírenie kompetencií zdravotníckeho personálu spôsobí iba ak chaos, ktorý môže ohroziť poskytovanú zdravotnú starostlivosť a problém s nedostatkom pracovníkov v konečnom dôsledku i tak nevyrieši. A hoci by povedzme asistenti úkony typu injekčné podanie lieku nepochybne zvládli, v prípade komplikácií by si už vo väčšine prípadov poradiť nedokázali a mohli by ohroziť život pacienta. Nedostatok sestier v krajine ostáva aj naďalej alarmujúci. Je preto nevyhnutné, ideálne v čo najkratšom čase, uskutočniť tak dlho očakávané zmeny. Ako by mali vyzeráť, sa zatiaľ kompetentné orgány dohodnúť nevedia ...

Blog je dostupný online na <https://www.slovenskypacient.sk/odliv-zdravotnych-sestier-do-zahranicia-sa-stopnut-zatial-nepodarilo/>

Správy zo zahraničných partnerských organizácií

Messages from the foreign partner organizations

EUROPEAN FEDERATION OF NURSES ASSOCIATIONS



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

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

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

Registration Number
NG00476.356.013

Európska federácia asociácií sestier (EFN) bola založená v roku 1971. EFN zastupuje viac ako 35 národných asociácií sestier a jej práca má vplyv na každodennú prácu 6 miliónov sestier v celej Európskej únii a Európe. EFN je nezávislý hlas ošetrovateľskej profesie a jej úlohou je posilniť postavenie a výkon povolania sestry v prospech zdravia občanov a záujmov sestier v EÚ a Európe.

EFN K MEDZINÁRODNÉMU DŇU ŽIEN „RODOVÁ ROVNOSŤ PRACOVNÍKOV V ZDRAVOTNÍCTVE“

Spravodlivá reforma pracovného práva bude tým prvým krokom pri budovaní väčšej sociálnej inklúzie (začlenenia) v Európe. Posúdením všetkých oblastí politiky je potrebné zvýšiť prístup, schopnosti a účasť žien na trhu práce. V tomto procese budovania dostupnosti hrajú kľúčovú úlohu národné a európske parlamenty. Tie vytvárajú podmienky s cieľom posilniť postavenie žien v politickej a ekonomickej oblasti.

Hlas sestier v Európskom parlamente je kľúčovým k získaniu rodovej rovnosti pracovníkov v zdravotníctve. Práca vo Výbore FEMM nám dáva predpoklad pokroku v tejto oblasti v rámci EÚ. Dve poslankyne Krisztina Moravi and Pimenta Lopes (GUE/NGL, PT) vyzvali na zníženie nerovností v mzdách medzi ženami a mužmi a rozdielov v dôchodkoch a teda bojovať voči chudobe žien, čo je dôležité aj pre 3 milióny sestier v EÚ. Na poslednom zasadnutí výboru FEMM Krisztina Moravi poukázala na „príklad“ východnej Európy z ktorej prichádzajú na západ kvalifikované sestry kvôli nízkym mzdám vo svojich domovských krajinách. Toto je v roku 2017 neprijateľná situácia!

EFN vyzýva národné parlamenty vrátane Európskeho parlamentu, ktorý má jedinečné postavenie s cieľom riešiť nerovnosti medzi ženami a mužmi v rámci rozpočtov, zákonov a politík, ktoré zahŕňajú aj sestry/ženy v tomto procese. Vodcovstvo sestier/žien môže viesť k rovnakej účasti na hospodárskom, sociálnom a politickom živote.

EFN sa domnieva, že kroky smerujúce k realizácii inklúzie, vrátane lepšieho života pre všetkých sú na zákonodarcoch a politikoch, ktorí musia pracovať na tom, aby sa nastolili sociálne a spravodlivé štruktúry pre pracovníkov v zdravotníctve, vrátane lepších pracovných podmienok pre európske sestry, ktoré sú prevažne ženami.

Zlepšenie pracovného práva/legislatívy, zvýšenie miezd, podpora v rámci kolektívneho vyjednávania, ako aj ochrana materstva patria medzi najpotrebnejšie opatrenia na dosiahnutie rodovej rovnosti.

Sestry majú jasnú predstavu o tom, ako by sa mal reformovať zdravotnícky a sociálny sektor. Reformovať, nie rozvracať! „Čo to v EÚ znamená pre mňa?“ Jasný obraz o tom, ako sestry vidia budúcnosť EÚ, vrátane významu pohlaví pri navrhovaní politík EÚ.

EFN naozaj dúfa, že Výbor pre zamestnanosť na svojom poslednom hlasovaní dňa 25.4.2017 nesklame ženy!

Viac informácií:

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

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

Preklad textu: Lukáš Kober

AJ FRANCÚZSKE SESTRY BOJUJÚ ZA LEPŠIE POSTAVENIE PROFESIE V SYSTÉME ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI



Francúzska národná asociácia sestier (ANFIIDE) apeluje k podpore Európskeho a medzinárodného ošetrovateľstva. Ako uvádza vo svojej výzve: „Nikdy neboli sestry vo Francúzsku konfrontované s toľkým utrpením v práci v dôsledku stresu, depresii, syndrómu vyhorenia a samovrážd“. „Sestry vo Francúzsku neboli nikdy konfrontované s toľkou ľahostajnosťou zo strany ministerstva zdravotníctva.“

Európska federácia sesterských asociácií (EFN) bola informovaná o hlbokom znepokojení francúzskych sestier v tlačovej správe, ktorú vypracovala ANFIIDE (Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et Etudiants) spoločne s inými profesijnými a odborovými organizáciami. Tieto organizácie za niekoľko mesiacov vytvorili platformu, zahŕňajúcu 16 organizácií z asociácií sestier a ošetrovateľských odborov, s cieľom vyzvať k jednotnej mobilizácii sestier vo Francúzsku. Ich cieľom je upozorňovať na pracovné podmienky a vývoj profesie v súlade so zdravotnými potrebami francúzskej populácie. Situácia sestier sa zhoršuje a za posledný rok došlo k spáchaniu ôsmich samovrážd sestrami počas služby v nemocnici!!! Táto kríza v rámci profesie je zosilnená nedostatkom pozornosti zo strany kompetentných a v dôsledku nedostatku konkrétnych opatrení zo strany francúzskeho Ministerstva zdravotníctva.

Sme veľmi znepokojení touto situáciou, ktorá, ak bude naďalej pretrvávať, hlboko ovplyvní kvalitu, bezpečnosť a prístup k zdravotnej starostlivosti pre každého pacienta vo Francúzsku.

Od začiatku globálnej finančnej krízy v roku 2008 EFN a jeho 36 členských asociácií pozorujú negatívne účinky na sestry a aj samotnú starostlivosť o chorých: zníženie počtu sestier, zmrazovanie a znižovanie miezd, nezájum o profesiu, nedostatočný nábor nových sestier, zavádzanie pochybných kompromisov v kvalite starostlivosti a bezpečnosti pacientov, a dokonca aj návrhy na zníženie úrovne vzdelávania sestier, aby sa starostlivosť stala lacnejšou. Politici dokonca tvrdia, že krízu je potrebné využiť ako príležitosť k zmene! Akú príležitosť? Sestry opúšťajú profesiu! Sestry páchajú samovráždy!

Považujeme za nutné upozorniť na tento stav týmto listom, nakoľko sme sa po toľkých rokoch nepretržitého boja dostali do situácie, ktorá je neuveriteľná a neprijateľná! Tvorcovia politik, politici a lekári (často Ministri!) hovoria: „Sestry sú veľmi dôležité!“ Ale je tu naliehavá potreba dať tieto pekné slová do praxe! Preto EFN naliehavo vyzýva všetkých politikov, ktorí sú volení zo strany verejnosti a tvorcov politik, ako na národnej a európskej úrovni, aby hľadali adekvátne a okamžité riešenia všetkých problémov sestier, ktoré stoja v prednej línii systému. Všetci vieme, že sestry sú základným stavebným kameňom každého zdravotníckeho systému, pričom sú pri lôžku pacienta ako najbližší zdravotnícki pracovníci 24 hodín dene, 7 dní v týždni, 365 dní v roku a ich práca má u občanov dôveru!

Teraz nastal čas, politici a politickí činitelia začať zlepšovať pracovné podmienky sestier. Máme dostatok správ a štatistík! Musíme konať teraz!

Viac informácií:

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

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

Preklad textu: Lukáš Kober

Anfiide

Pred 60 rokmi, 25. marca 1957, bola v Ríme podpísaná zmluva o vytvorení Európskeho hospodárskeho spoločenstva (EHS) so signatárskymi krajinami (Belgicko, Francúzsko, Taliansko, Luxembursko, Holandsko a Západné Nemecko). Tieto krajiny položili základy užšej spolupráce medzi národmi Európy. V tento deň Európania oslavujú 60. výročie Rímskej zmluvy a ošetrovateľská komunita oslavuje 46. výročie založenia Európskej federácie asociácií sestier (EFN). Dnes môžeme konštatovať, že Európa dosiahla oveľa silnejšiu a užšiu integráciu, než len colnú úniu.

Dosiahnuté úspechy a prínosy pre občanov EÚ sú početné, ale my v EFN sme veľmi hrdí na všetky vylepšenia, ktoré sme boli schopní poskytnúť 3 miliónom sestier v celej Európe. Prostredníctvom vnútroštátnych orgánov a členstvom v EFN, sestry dokázali integrovať legislatívu EÚ do pracovných podmienok svojho povolania. Najväčší zisk pre našu profesiu je voľný pohyb pracovníkov! Už v roku 1977 existovali dve smernice o vzájomnom uznávaní certifikátov a diplomov pre ošetrovateľskú profesiu. Samozrejme v tom čase išlo o dotknuté krajiny akými boli Nemecko, Belgicko, Dánsko, Francúzsko, Írsko, Taliansko, Luxembursko, Holandsko a Spojené kráľovstvo. V roku 2005 bola schválená **smernica o všeobecnom uznávaní kvalifikácií** a v roku 2013 sa inštitúcie EÚ dohodli na presadzovaní ošetrovateľskej profesie prostredníctvom **smernice 2013/55 / EÚ**. Sestry sú hrdé, že článok 31 hovorí o kompetenciách sestier a výraznejšej autonómii profesie. Popri tom **EFN Competency Framework** (EFN kompetenčný rámec) podporuje dodržiavanie týchto smerníc. Chceme, aby sa každý študent ošetrovateľstva, prichádzajúci na Európsky trh, stal zároveň sestrou EÚ. Táto sestra EÚ je súčasťou veľmi jasným EFN pracovných síl „**Matrix 3 + 1**“, ktorý jasne hovorí o troch kategóriách ošetrovateľskej starostlivosti (sestra všeobecnej starostlivosti, sestra špecialistka a sestra s pokročilou praxou). EFN uznáva dôležitú úlohu zdravotníckych asistentov (HCA) a vedúcu úlohu sestry nad ich dohľadom a vývojom.

Okrem toho sú sestry súčasťou veľkého ekosystému reformy, ktorá spája zdravotnú a sociálnu starostlivosť a podporuje kontinuitu starostlivosti. Tento vývoj umožňuje sestram zlepšovať výsledky starostlivosti a spokojnosť pacientov.

Služby eHealth v ošetrovateľstve a sociálnej starostlivosti majú prvoradý význam, a my sme v tejto oblasti získali podporu zo strany EÚ. Nedávno sme dokončili EFN EÚ projekt **ENS4Care**. Tento projekt je len jedným príkladom toho, ako EÚ podporuje tento vývoj.

Samozrejme, musíme priznať, že na politickej úrovni sme prežívali pomerne turbulentné obdobie. Avšak, sestry veria, že EÚ poskytuje mier a prosperitu v regióne! Mnoho výziev je stále pred nami, avšak nezabudnite, že keď poviete sestry, môžete tiež povedať ženy, agentky zmeny!

V neposlednom rade je dôležité mať všeobecný rozhľad, pozrite sa na spoločnosť ako celok, na všetkých občanov. Neexistuje žiadna inovácia, nasadenie, žiadne výsledky výskumu, žiadny preklad presných krokov, ktoré vedú ku konkrétnym opatreniam, ak občania nepochopia zložitost' a komplexnosť politik EÚ. Nie sú to občania, ktorí tvoria tieto zložité komplexy. Politici a politickí činitelia vytvárajú sieť zložitosti. Politici a úradníci by nemali vytvárať politiky pre ľudí, ale s ľuďmi. Výskumné projekty by mali byť nielen o chudobe, ale aj spolupráci s organizáciami, ktoré sa venujú chodobným, lebo tieto organizácie poznajú každodennú realitu lepšie ako ktokoľvek iný. Inovácia by nemala byť len o pohode a zdraví, mala by byť vyvinutá v spolupráci s poprednými odborníkmi zaoberajúce sa problematikou 24 hodín denne, 365 dní v roku.

Takže môžeme povedať, že 25. marec je dňom osláv pre sestry a občanov EÚ. Máme za sebou dlhú cestu od doby založenia EHS a dokážeme dosiahnuť veľa veľkých vecí. Hoci sa jedná o dôvod na oslavu a mali by sme byť hrdí na našu nedávnu minulosť, sme to my občania, my sestry, ktorí by sme nemali dať dôvod na odpočinok tým, čo tvoria politiku tohto spoločenstva. **Je možné urobiť viac a je potrebné to urobiť!** Nedávno sa začali nové iniciatívy, akými sú napr. Európsky zbor solidarity, alebo Európsky pilier sociálnych práv. Tu je však dôležité si uvedomiť, či tieto aktivity povedú k zlepšovaniu života občanov EÚ, alebo sa stanú viac politikou a teóriou.

Viac informácií:

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

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

Preklad textu: Lukáš Kober

BONEBRIDGE, BAHA - IMPLANTÁTY VYUŽÍVAJÚCE KOSTNÉ VEDENIE V REHABILITÁCII SLUCHU

BONEBRIDGE, BAHA - IMPLANTS USING BONE CONDUCTION IN HEARING REHABILITATION

GABRIELA LIŠČINSKÁ, ADRIANA ĎURČOVÁ

Univerzitná nemocnica L. Pasteura v Košiciach, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku, Audiologická ambulancia

Abstrakt

Bonebridge a BAHA sú implantačné systémy kostného vedenia pre pacientov s prevodovou alebo kombinovanou poruchou sluchu a s jednostrannou hluchotou, kedy sa zvuk nedostane do vnútorného ucha prirodzenou cestou cez vonkajšie a stredné ucho. Pomocou Bonebridge a BAHA sa zvukové vlny prenesú kostným vedením priamo do vnútorného ucha na implantovanej strane, ale aj do kontralaterálneho vnútorného ucha, čo sa využíva u pacientov s jednostrannou hluchotou.

Kľúčové slová

Bonebridge BAHA; implantáty kostného vedenia; rehabilitácia sluchu.

Abstract

Bonebridge and BAHA are bone conduction implant systems for patients with transitional or combined hearing disorder and unilateral deafness, when the sound does not reach inner ear in a natural way through the outer and middle ear. With Bonebridge and BAHA, the sound waves are transmitted via bone conduction directly to the inner ear on the implanted side, but also to the contralateral inner ear, which is used by patients with unilateral deafness.

Key words

Bonebridge BAHA; bone conduction implants; hearing rehabilitation.

Úvod

Sluchovým analyzátorom získavame viac ako polovicu informácií z prostredia, preto sa sluch radí medzi najdôležitejšie zmysly. Pacient s poruchou sluchu si túto stratu uvedomuje a hľadá možnosti, ako ju kompenzovať a rehabilitovať. Porucha sluchu je pre človeka vážnym problémom. Prejavuje sa zhoršenou komunikáciou, ktorá sa pre pacienta stáva unavujúca a nepríjemná. Tento problém môže viesť až k spoločenskej izolácii pacienta.

Najčastejšie spôsoby korekcie sluchu sú chirurgická liečba a konvenčné načúvacie aparáty. U väčšiny pacientov je jeden zo spomínaných spôsobov aj metódou voľby. Napriek tomu tu ostáva skupina pacientov, u ktorej tieto spôsoby rehabilitácie nie sú účinné, alebo ich použitie nie je možné.

Tento nedostatok bol odstránený rozvojom implantológie. Pre pacientov s veľmi ťažkou sensorineurálnou poruchou sluchu a s praktickou hluchotou je určený kochleárny implantát. U pacientov, u ktorých nie je možné z rôznych medicínskych dôvodov (chronický zápal stredného ucha, zápaly vonkajšieho zvukovodu, kongenitálna malformácia vonkajšieho a stredného ucha) použiť konvenčné načúvacie aparáty, je metódou voľby aktívny implantačný systém kostného vedenia Bonebridge alebo kostný vibrátor BAHA (Bone-anchored hearing aid) ukotvený do kosti (1). Pri týchto implantovateľných sluchových pomôckach zostáva vonkajší zvukovod otvorený.

Zásadnou výhodou implantovateľných naslúchadiel je umiestnenie zdroja energie čoraz bližšie ku kochlei, čo dáva možnosť kvalitnejšieho a vernejšieho zosilnenia zvuku. Tieto prístroje nepotrebujú funkčnú bubienkovú dutinu a otvorený zvukovod na prenos energie zo zdroja na vnútroušnú tekutinu, sú účinnejšie v prenose energie na kostné štruktúry pevným spojením s kosťou lebky (2).

Princíp fungovania Bonebridge

Implantát Bonebridge od firmy MED-EL je prvým transkutánnym implantátom využívajúcim kostné vedenie, ktorý aktívne stimuluje kosť v oblasti processus mastoideus. Implantát je implantovaný do lebky pod kožu, pričom koža zostáva neporušená. K implantátu sa pripája rečový procesor s mikrofónom a batériami, ktorý je spojený s vnútornou časťou pomocou magnetu. Pre úspešnú implantáciu Bonebridge je potrebná dostatočná hrúbka kosti, preto nie je vhodný pre deti mladšie ako 5 rokov (3).

Bonebridge je prvý aktívny implantát kostného vedenia, ktorý zachováva kožu neporušenú, keďže sa implantát umiestňuje celý pod kožu. V porovnaní s inými systémami kostného vedenia sa takto minimalizuje riziko podráždenia kože a priama stimulácia kosti dosahuje optimálne výsledky. Riziko kožných komplikácií, ako je napríklad zápal, je znížené na minimum (4).



Obr. č. 1 Pacientka po implantácii vnútornej časti Bonebridge



Obr. č. 2 Pacientka s pripojeným rečovým procesorom Bonebridge

Princíp fungovania kostného vibrátora BAHA

Mikrofón rečového procesora zachytáva zvuky z vonkajšieho prostredia. Procesor zvuky spracuje a ako vibrácie ich prostredníctvom nosiča prenáša na implantát, ďalej cez kosť do vnútorného ucha. Nosič umožní perkutánnu prenos energie. Základom implantácie je osteointegrácia titánovej skrutky do okolitej kosti, vďaka schopnosti jednotlivých osteocytov pevne prilnúť k titánovému implantátu, ktorá prebieha približne 3 mesiace. Po osteointegrácii sa na nosič pripojí samotný rečový procesor zodpovedný za zosilnenie zvukov v uchu. Rečový procesor je nastavený podľa individuálnych potrieb pacienta audiológom, alebo biomedicínskym inžinierom (1).

Rehabilitácia jednostrannej hluchoty pomocou BAHA implantátu funguje ako tzv. transkranálny CROS systém. Zvuky zachytené BAHA systémom sú prenášané do funkčnej kochley kontralaterálne - cez lebku- pomocou kostného vedenia. Pacient nenadobudne stereo pocity, ale eliminuje sa tieňový efekt hlavy (5).

U detí, zvyčajne do 6 rokov, sa samotná implantácia nevykonáva a rečový procesor sa pripája na mäkkú čelenku. Ukotvenie implantátu do lebky vykonávame neskôr v závislosti od kvality kosti u dieťaťa.

Indikácie implantátov pre kostné vedenie

Implantáty pre kostné vedenie sú určené pacientom:

1. S jednostrannou alebo obojstrannou prevodovou poruchou sluchu.
2. S jednostrannou alebo obojstrannou kombinovanou poruchou sluchu. Do týchto skupín patria pacienti s vrodenou poruchou sluchu následkom kongenitálnej malformácie vonkajšieho alebo stredného ucha. Taktiež je indikovaná u pacientov s otosklerózou na jedinom počujúcom uchu, u detí s recidivujúcimi sekretorickými otitídami, ktoré sú súčasťou základnej diagnózy. Patria tu aj pacienti s intoleranciou konvenčného načúvacieho aparátu. Pomôcku je možné

Obr.č. 3 Pacientka po implantácii BAHA, viditeľný nosič



Obr. č.4 Pacientka s pripojeným rečovým procesorom BAHA



použiť aj u pacientov s funkčným neúspechom chirurgickej liečby pri chorobách vonkajšieho a stredného ucha.

3. S jednostrannou ťažkou poruchou sluchu, alebo jednostrannou hluchotou. Patria sem pacienti s vrodenou jednostrannou idiopatickou hluchotou, alebo ako následok jednostrannej VVCH vnútorného ucha. Taktiež pacienti so získanou idopatickou jednostrannou stratou sluchu, progresívnou poruchou sluchu napr. pri otoskleróze, či Menierovej chorobe. Do tejto skupiny radíme pacientov s hluchotou vzniknutou ako následok chirurgickej liečby, najčastejšie po translabryntnej extirpácii vestibulárneho schwanómu (1).

Postu pri výbere kandidátov

Pacienti pred zaradením medzi kandidátov implantácie podstupujú audiologické vyšetrenia: tónovú prahovú audiometriu, tympanometrické vyšetrenie, vyšetrenie prahu strmienkového reflexu, slovnú audiometriu, slovnú audiometriu vo voľnom poli, slovná audiometria vo voľnom poli s testerom Bonebridge alebo testerom BAHA. U detí realizujeme aj objektívne vyšetrenie sluchu pomocou kmeňových evokovaných potenciálov (BERA vyšetrenie). Každý pacient má realizované CT a /alebo NMR vyšetrenie. V indikovaných prípadoch je u pacientov realizované logopedické a psychologické vyšetrenie (1).

Záver

Implantačný systém Bonebridge a kostný vibrátor BAHA sú moderné rehabilitačné pomôcky na korekciu prevodovej alebo kombinovanej poruchy sluchu a jednostrannej hluchoty. Pomôcka zabezpečí optimálnu a prirodzenú percepciu reči, zlepšuje smerové počutie a zrozumiteľnosť reči v hluku. Vzhľadom na jednoduchosť operačného výkonu, výslednú efektivitu implantácie a spokojnosť pacientov sú implantačné systémy kostného vedenia vhodné aj pre tých pacientov, ktorí netolerujú štandardné načúvacie aparáty. Rehabilitačné pomôcky sú dostupné pre všetkých pacientov, u ktorých bola správne diagnostikovaná porucha sluchu a splnili indikačné kritéria pre implantáciu. V súčasnosti by už nemali byť pacienti, ktorí majú komunikačné obmedzenia, sú znevýhodnení v bežnom živote kvôli nevhodnej kompenzácii poruchy sluchu. Implantovateľné načúvacie prístroje pomôžu, aby sa im svet plný zvukov nestratil a neoddelil ich od ľudí.

Zdroje

1. KREMPASKÁ, S., KOVAL, J. 2010. Kostný vibrátor ukotvený do lebky (BAHA) - naše skúsenosti. In: *Otorinolaryngologie a foniatrie*. ISSN 1210-7867, 2010, roč. 59, č. 4, s. 233-237.
2. PROFANT, M. 2012. Implantovateľné načúvacie prístroje. In: KABÁTOVÁ, Z., PROFANT, M. a kol. 2012. *Audiológia*. Praha: Grada Publis-

hing, 2012. 360 s. ISBN 978-80-247-4173-4.

3. KABÁTOVÁ, Z. 2016. *Sluch zlepšujúce implantáty*. [online].[cit. 2017-01-26]. Dostupné na internete: <http://www.alphamedical.sk/casopis-invivo/sluch-zlepsujuce-implantaty>.
4. MED-EL. 2017. *Bonebridge-nový implantát kostného vedenia Bonebridge*. [online].[cit. 2017-01-26]. Dostupné na internete: <http://www.medel.com/sk/bonebridge/>.
5. KREMPASKÁ, S., KOVAL, J. 2012. Hodnotenie prínosu BAHA implantátu u pacientov s jednostrannou hluchotou. In: *Otorinolaryngologie a foniatrie*. ISSN 1210-7867, 2012, roč. 61, č. 4, s. 249-254.

Kontakt na autora

Mgr. Gabriela Liščinská
Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku
Audiologická ambulancia
UNLP Košice
Trieda SNP 1, 040 01 Košice
e - mail: gliscinska@centrum.sk

MONIKA SODOMKOVÁ, DANIELA JARABOVÁ, ANNA JAMBOROVÁ

Klinika ORL a ChHaK JLF UK a UNM v Martine

Abstrakt

Laryngektómia je rozsiahly chirurgický výkon, kedy dochádza k odstráneniu celej časti hrtana. Pacienti s touto diagnózou sú vystavení veľkej psychickej záťaži. Musia sa vyrovnávať s mnohými zmenami, ktoré v ich živote nastanú po operácii. V súčasnej medicínskej praxi je zdravotný stav pacienta a výsledok jeho liečby hodnotený predovšetkým podľa somatických, laboratórnych a zobrazovacích parametrov. Dôležité je však hodnotiť stav pacienta komplexne za pomoci veľkej rady životných aspektov, ktoré môžu byť v rôznej fáze ochorenia a liečby rozdielne zasiahnuté.

Kľúčové slová

nádory hrtana; laryngektómia; aspekty.

Abstract

Laryngectomy is extensive surgery consisting of the entire larynx removal. Patients with this diagnosis are exposed to extreme mental stress. They are facing a lot of changes that occur in their lives after surgery. In current medical practice it is somatic, laboratory and radiology parameters that are primarily used to evaluate the health of the patient and the outcome of treatment. However, it is important to evaluate the patient globally using the broad range of life aspects that can be in different phase of the disease and treatment affected in a different way.

Key words

larynx tumors; laryngectomy; aspects.

Úvod

Nádory hrtana rozdeľujeme predovšetkým podľa ich miesta výskytu a šírenia do okolitých štruktúr (1). Podľa Pafka et al. (2) je najčastejším zhubným nádorom hrtana spinocelulárny karcinóm, menej časté sú bazocelulárne karcinómy, alebo karcinómy vyrastajúce zo žľazového epitelu -adenokarcinómy. Etiologicky sa uplatňujú najmä vonkajšie škodliviny - fajčenie a nadmerná konzumácia

koncentrovaného alkoholu. Úlohu zohrávajú aj škodliviny v životnom prostredí. Častejšie sú postihnuté osoby z nižších sociálnych vrstiev, s nižším stupňom vzdelania, čo je spôsobené najmä životným štýlom a prehliadaním prvotných príznakov. Nádorové zmeny vznikajú najmä v marginálnych zónach (hlasivky, príchlopka) v mieste prechodu rôznych typov epitelu (3). V liečbe rakoviny hrtana sa využíva chirurgická liečba, rádioterapia, chemoterapia a biologická liečba, a v pokročilých štádiách najčastejšie v ich kombinácií (4). U pacientov po laryngektómii vo veľkej miere dochádza k strate funkcií ako je chuť, čuch, k úplnej strate reči, je zmenené prehĺtanie a dýchanie. Tieto funkcie sú mimoriadne dôležité pre sociálnu interakciu, kvalitu života a prežité. Významnou úlohou sestry je zmierniť svoju primeranou komunikáciou a správnym psychologickým správaním nepriaznivé faktory, ktoré počas hospitalizácie na pacienta často pôsobia, pričom musí mať stále na pamäti, že sa nelieči len choroba, ale človek ako holistická bytosť.

BIOLOGICKÉ ASPEKTY

Bolesť

Bolesť po operácii je očakávaným dôsledkom každého chirurgického výkonu. Je to akútna bolesť – má známu príčinu, jej intenzita sa v priebehu hojenia operačnej rany znižuje a po jej zhojení prestáva (5). Vnímanie bolesti je u rôznych ľudí s prakticky rovnakým poškodením veľmi individuálne. Pri poskytnutí ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s bolesťou zohrávajú dôležitú úlohu faktory ovplyvňujúce toleranciu bolesti, medzi ktoré patrí senzitivita a osobnostná charakteristika pacienta, typ osobnosti, vrodenný typ nervovej sústavy, momentálny psychický stav, pohlavie, vek, príslušnosť k etnickej skupine, prostredie či okolnosti a situácie (6). Podľa Markovej (7) sa liečba bolesti veľmi často podceňuje, preto primárnou úlohou sestry je ju správne monitorovať,

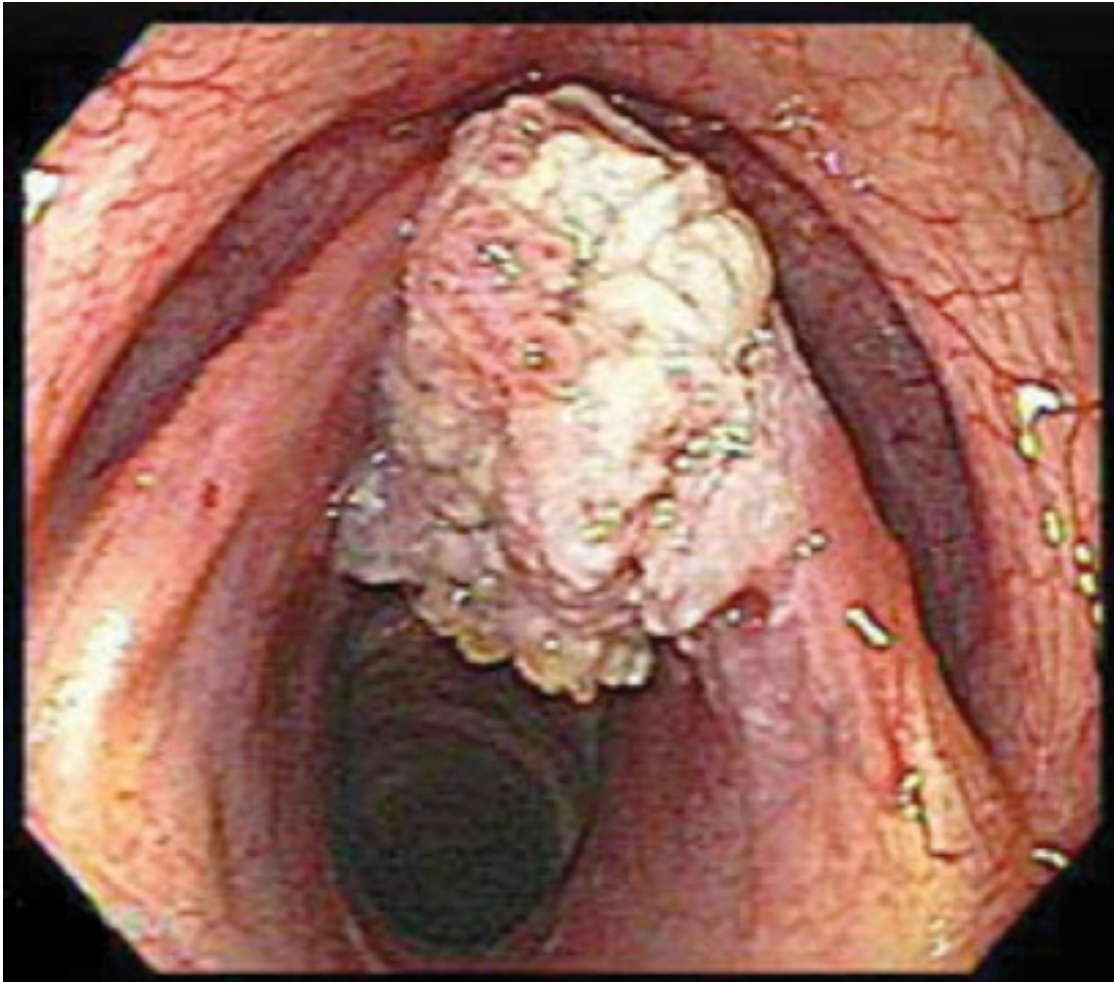
hodnotiť, eliminovať, a tak zaistiť, aby bola adekvátne liečená.

Dýchanie

Laryngektómia je operačný výkon, ktorý si vyžaduje tracheostómiu. Tracheostómia je vyústenie priedušnice navonok na koži, s cieľom spriechodnenia dýchacích ciest a zaistenia ich celkovej priechodnosti pre spontánnu, či umelú ventiláciu. Po jej prevedení sa menia fyziologické pomery v dýchacích cestách, čo následne zvyšuje nároky na pooperačnú starostlivosť. Dochádza k vyradeniu časti horných dýchacích ciest, fyziologickej ventilácie vedľajších nosových dutín a strate čuchu. Pokiaľ nie je táto činnosť dýchacích ciest dostatočne kompenzovaná dochádza ku komplikáciám (8).

Výživa

U pacientov po laryngektómii je nutná zmena stravovacích návykov. Zavedenie nazogastrickej sondy pacientovi patrí medzi základne opatrenia alimentácie enterálnej výživy po operácii. Inzercia sondy je dôležitým predpokladom primárneho hojenia, zamedzenia sekundárnej infekcie v sutúrovanej časti prehĺtacieho orgánu. Do zahojenia operačnej rany, čo predstavuje väčšinou dobu 13-14 dní má pacient zavedenú NGS a bežnú konzumáciu stravy nahradza enterálna výživa. Pacientovi je podávaná mixovaná strava upravená kuchynskou technológiou do tekutej formy a farmaceutické prípravky vo forme polymérnej výživy. Pokiaľ sa pacient cíti primerane, aktívne ho zapájame do aplikácie tekutej stravy cez NGS. Po zhojení operačnej rany pacient začne prijímať stravu cez ústa, kde môžu nastať problémy, ako je porucha prehĺtania, či znížená chuť do jedla. Enterálna výživa zaisťuje zvýšenú potrebu proteínov, esenciálnych živín a kalórií, minimalizuje metabolickú reakciu na stres, znižuje rozpad viscerálnych proteínov, bráni poklesu obranyschopnosti, podporí hojenie rany a je prevenciou možnej sepsy.



Endoskopické vyšetrenie spinocelulárneho karcinómu hrtana

(Zdroj: Projekt ERBITUX Nádory oblasti hlavy a krku, <http://erbitux.registry.cz/index.php?pg=home--nadory-oblasti-hlavy-krku>)



Hlasová protéza a jej použitie

(Zdroj: Život po totálnej laryngektómii, http://www.radixcz.cz/stranka_data/subory/provox-zivot-po-laryngektómii.pdf)

Komunikácia

Pri laryngektómii chorý prichádza o hlasový orgán, čo znamená stratu hlasu, na ktorú sa dá ťažko dopredu pripraviť. Aj keď je pacient poučený o nevyhnutnosti písomnej komunikácie ešte pred operáciou, na písomnú formu komunikácie si zvykne pomerne rýchlo, je táto situácia nová a veľmi obmedzujúca. Písomný prejav je väčšinou orientovaný len na konkrétne témy a praktické potreby. Veľmi obmedzené je aj vyjadrovanie duševných pocitov, správne ich pomenovať a popisovať tak, aby informácie neboli skreslené a zavádzajúce (9). Pacient dýcha cez tracheostómiu, pri rečovej komunikácii sa dorozumieva pseudošeptom, ktorý neumožňuje dorozumieť sa v hlučnom prostredí a je ťažšie zrozumiteľný. Na zlepšenie rečovej komunikácie majú laryngektomovaní pacienti niekoľko možností:

- náhradný pažerákový hlas a reč,
- hovorenie pomocou elektronickej protézy elektrolaryngu,
- tvorenie hlasu a reči pomocou tzv. ventilovej, hlasovej protézy.

Narušená komunikačná schopnosť nie je v skutočnosti neschopnosť komunikovať, iba narušená spôsobilosť komunikovať spôsobom bežným v našej spoločnosti.

PSYCHICKÉ ASPEKTY

Psychickými ťažkosťami trpí 20 – 40 % onkologických pacientov. Najčastejšie ide o strach, úzkosť a depresiu, ktoré z veľkej časti vyplývajú z pocitu ohrozenia života. Pacienti často nie sú schopní vykonávať bežne denné aktivity, následne sa mení ich osobnosť, sú utiahnutí alebo podráždení a nahnevaní. To všetko vyúsťuje do narušenia sociálnych vzťahov v rodine a zhoršenia kvality života (10). Ich psychiku nepriaznivo ovplyvňujú rozličné faktory ako znížené sebahodnotenie a sebaúcta, odkázanosť na cudziu pomoc a zmena spôsobu života. Operácia zanechá trvalé mutilujúce následky: tracheostómia, strata hlasu, častý dráždivý kašeľ s vykašliavaním hlienu, čo môže viesť pacienta k izolácii.

SOCIÁLNE ASPEKTY

Prostredníctvom sociálnych vzťahov a komunikácie sa mnohé ľudské potreby nielen vyjadrujú, ale aj uspokojujú (11). Vážnym sociálnym problémom pa-

cientov po laryngektómii, najmä v produktívnom veku je zaradenie do pracovného pomeru. Poväčšine sa z chorých stávajú invalidní dôchodcovia, čo je pre nich ako žiteľov rodiny stresujúce. Narúšajú sa rodinné vzťahy, kedy pacient odmieta komunikovať s rodinou, vyhýba sa akýmkoľvek spoločenským aktivitám a prestáva sa venovať svojim záujmom. V tomto prípade je ich sociálnou podporou nielen rodina a priatelia, ale aj zdravotnícky personál, s ktorými sa pacienti môžu podeliť o svoje obavy a ktorý im poskytne odbornú pomoc.

Záver

Rakovina nie je len diagnóza, je to stály stav, nový spôsob života, ktorý sa netýka len človeka samotného, ale celej jeho rodiny a okolia. Spolu s náročnou liečbou prináša do života pacienta množstvo zmien, ktoré dlhú dobu zásadne ovplyvňujú jeho kvalitu.

Laryngektómia ako liečba karcinómu hrtana prebúda v pacientovi nádej na vyliečenie. Zároveň je však náročným obdobím pre jeho telo aj psychiku. Okrem fyzických ťažkostí, ktoré ju môžu sprevádzať, nie je ľahké adaptovať sa na všetky zmeny, ktoré do života pacienta prináša. Vo väčšine prípadov je pre pacientov hospitalizácia neprijemným zážitkom. Na dlhší čas sa menia jeho sociálne a pracovné role a zo zdravého človeka sa stáva pacient.

Prvé „stretnutie“ pacienta s diagnózou „rakovina hrtana“ a s tým súvisiacou nutnosťou operačného zákroku je vždy šokujúce. U pacientov sú často negatívne ovplyvnené psychické aspekty – obava, úzkosť, depresie. Z fyziologického hľadiska sa pacienti musia vyrovnávať so stratou hlasu, čuchu a chuti a zo sociálneho hľadiska predstavuje pre nich hrozba invalidného dôchodku nepredstaviteľný problém.

Zdroje

1. FAIT, T., VRABLÍK, M., ČEŠKA, R. et al. 2011. *Preventivní medicína*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 780 s. ISBN 978-80-7345-237-7.
2. PAFKO, P. et al. 2008. *Základy speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 385 s. ISBN 978-80-7262-402-7.
3. ČALKOVSKÝ, V., HAJTAM, A. 2015. *Vybrané kapitoly z otorinolaryngologie*. 1. vyd. Bratislava: Jesseniova

lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského, 2015. 122 s. ISBN 978-80-89544-83-7.

4. KORCH, J. 2015. *Kvalita života pacienta po laryngektómii*: dizertačná práca. Nitra: Univerzita Konštantína filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2015. 108 s.
5. ŠIMONOVÁ, J. a kol. 2014. Rizikové faktory chronifikácie bolesti po operácii. In *Slovenská chirurgia*. [online]. 2014, roč. 11, s. 14 [cit. 04-16-2016]. Dostupné na internete: http://www.slovenskachirurgia.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6811&magazine_id=17.
6. JEŽORSKÁ, Š., BERANOVÁ, T. 2012. Bolest- fyziologie, fáze a léčba. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2012, roč. 4, s. 49.
7. MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 97 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
8. LUKAŠ, J. et al. 2005. *Tracheostomie v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 128 s. ISBN 80-247-0673-3.
9. SPURNÁ, Z. 2007. Psychologické problémy pacienta s tracheostomií. In *Onkologická péče*. [Online]. 2007, roč. 11, č. 4, s. 21. [Cit. 2016-03-26]. Dostupné na internete: <http://www.linkos.cz/files/onkologicka-pece/4/51.pdf>.
10. HLINKOVÁ, E. - NEMCOVÁ, J. – MIERTOVÁ, M. a kol. 2015. *Nehojace sa rany*. Martin: Osveta, 2015. 284 s. ISBN 978-80-8063-433-9.
11. MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 97 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

Kontakt na autorov

Bc. Monika Sodomková

Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku

Univerzitná nemocnica Martin

Kollárova 2

036 59 Martin

e-mail: monikasodomkova@gmail.com

Mgr. Daniela Jarabová

e-mail: djarabova@gmail.com

Mgr. Anna Jamborová

e-mail: jamborova@unm.sk

Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku

Univerzitná nemocnica Martin

Kollárova 2

036 59 Martin

POSTAVENIE CHIRURGICKÉHO OŠETROVATEĽSTVA V KOMPLEXNEJ LIEČBE KARCINÓMU JAZYKA

THE POSITION OF SURGICAL NURSING IN COMPLEX TONGUE CARCINOMA TREATMENT

VERONIKA VADKERTIOVÁ^{1,3}, LÍVIA KOLLÁROVÁ^{2,3}, FRANTIŠEK KURINEC¹

¹ FN sP Nové Zámky, ORL klinika,

² VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, FZaSP sv. Ladislava Nové Zámky

³ Sekcia sestier pracujúcich v ORL, SK SaPA

Abstrakt

Karcinóm jazyka je agresívna forma spinocelulárneho karcinómu s rýchlym lokoregionálnym šírením do krčných uzlín a hematogénnym metastazovaním do pľúc. V príspevku popisujeme teoretické východiská riešenia problému ochorenia, liečby ako aj prevencie karcinómu jazyka. Na základe konkrétnej kazuistiky poukazujeme na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti a na nezastupiteľné miesto sestry – edukátorky u pacienta po prepustení do domácej starostlivosti.

Kľúčové slová

karcinóm jazyka; ošetrovateľská starostlivosť; edukácia; prevencia.

Abstract

Tongue carcinoma is an aggressive form of squamous cell carcinoma with rapid locoregional spread to lymph nodes in the neck and hematogenous metastases to lungs. In this report the theoretical basis of the problem solving of tongue cancer, its treatment as well as its prevention are described. On the basis of a concrete case study the authors of the report demonstrate the specifics of nursing care and the irreplaceable position of the nurse - educator in a patient after being discharged to home care.

Key words: tongue carcinoma; nursing care; education; prevention.

Úvod

Jazyk je veľmi citlivý a pohyblivý orgán. Nachádza sa v dutine ústnej, tvorí ho priečne pruhované svalstvo, je vôľou ovládateľný. Nádory jazyka

sa zo začiatku nevyznačujú žiadnou špecifickou symptomatológiou, prvé príznaky sa obyčajne podobajú zápalu príslušnej oblasti. Na možnosť karcinómu nás upozorní viditeľná, nepravidelná rozpadajúca sa lézia, porucha plazenja jazyka a bolesťivosť. V liečbe nádorov jazyka sa uplatňuje chirurgia, rádioterapia aj chemoterapia, pričom prvá modalita má dominujúce postavenie (1).

Jazyk má tri základné časti: koreň (radix linguae), telo (corpus linguae), hrot (apex linguae). Najväčšiu časť tela tvoria svaly jazyka, ktoré rozdeľuje väzivová priehradka (septum linguae) pozdĺžne na dve symetrické polovice. Je pokrytý sliznicou, ktorá je tvorená viacvrstvovým dlaždicovým epitelom. V sliznici sú jazykové papily, ktoré sú zodpovedné za vnímanie chuťových aj hmatových podnetov. Tieto papily sú rôzneho tvaru (kužeľovité, hradené, listovité, nikotivité a hubovité). Funkcie jazyka sú: prijímanie a posun stravy a tekutín, vnímanie chuti a rečová funkcia (artikulácia reči).

Karcinóm jazyka je jedna z najčastejších malignít (40% zo zhubných nádorov v ústach). Charakteristické pre toto nádorové ochorenie sú časté recidívy. Maligný proces postihuje nie len samotný orgán, ale aj okolité štruktúry (tonzila, larynx). U pacientov často dochádza k alterácii funkcií, ako sú napr. reč, hltanie (2).

Etiológia je multifaktoriálna, k najčastejším rizikovým faktorom patria:

- fajčenie
- alkohol

- chronická traumatizácia
- zlá dentálna hygiena
- genetická predispozícia
- životné prostredie (aromatické uhľovodíky, azbest, zväračský dym)
- malnutícia
- infekcia (papilomavírusy, huby).

Diagnostika nádorov dutiny ústnej vo všeobecnosti nie je náročná vzhľadom k dobrej prehľadnosti, hlavne pri léziách, nachádzajúcich sa na povrchu jazyka. Náročnejšia je identifikácia ložiska, ktoré je uložené podsliznične hlbšie v tele, v koreni jazyka alebo v parafaryngeálnom priestore za tonzilou. Základné diagnostické postupy sú: anamnéza (pátrame po výskyte rakoviny u pacienta a jeho rodiny a zisťujeme etiologické faktory), aspekcia (posudzujeme hybnosť a vzhľad jazyka a oblasť pod jazykom), palpácia (využíva sa pri vyšetrení rozsahu infiltrácie jazyka, vrátane jeho koreňa), endoskopické vyšetrenie (vylúčenie pretrastania primárneho tumoru do okolitých oblastí), biopsia (odber vzorky na histologizáciu v celkovej anestézii), zobrazovacie metódy (slúžia na posúdenie veľkosti primárneho ložiska a na vylúčenie metastáz): ultrasonografia, CT, RTG hrudníka, MRI a PET (4).

Liečba karcinómu jazyka sa riadi vždy staging-om (TNM), histológiou, vekom a celkovou kondíciou chorého. Charakter liečby je multidisciplinárny. Menšie nádory v predných 2/3 jazyka sa ožarujú (brachyterapia), môže sa podávať chemoterapia alebo kombinovaná chemorádioterapia, v niektorých prípadoch sa vyu-

živa cieleňá biologická liečba (erbitux) a pri rozsiahlejších nádoroch nastupuje chirurgická intervencia. Źiaľ, výsledky liečby sú napriek tomu nepriaznivé; pri karcinóme predných 2/3 jazyka je celkové 5 - ročné prežívanie u 70% pacientov, pri karcinóme koreňa jazyka okolo 50% (5).

Chirurgická liečba má niekoľko modul: klasická resekcia nádoru alebo možnosť použitia lasera. Pri veľkej resekcii je dôležité zachovanie motorickej inervácie aspoň jednej polovice jazyka, ktorá je schopná adaptácie. Nádory koreňa jazyka vyžadujú iný prístup podľa umiestnenia a veľkosti (mediálna alebo laterálna mandibulotómia a mediálna faryngotómia).

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta s nádorom jazyka je veľmi náročný. Sestra pri plánovaní ošetrovateľských činností už vo fáze predoperačnej prípravy musí zohľadniť zmeny, ktoré nastanú po operačnom výkone, ako sú napr. poruchy príjmu potravy, poruchy reči a bolesť. „Vo fáze realizácie sestra vykonáva naplánované činnosti, závislé a súčinné intervencie“ (3). Nakoľko nádory jazyka patria medzi neprijemné ochorenia, ktoré môžu pacientovi značne zneprijemniť život, sestra zohráva kľúčovú úlohu v poskytovaní starostlivosti o pacienta v perioperačnom období. Po operácii je dôležité, aby pacient mohol plnohodnotne fungovať, predovšetkým hovoriť, jesť a piť. Dôležité aspekty pri plánovaní ošetrovateľských intervencií v pooperačnom období sú napr. eliminácia bolesti, zabezpečenie príjmu potravy (NGS, PEG), rehabilitácia (terapia, zameraná na zlepšenie pohybu jazyka, žuvanie a prehĺtanie), logopedická starostlivosť a v neposlednom rade systematické sledovanie dutiny ústnej, hrdla a pažeráka zamerané na prevenciu recidívy.

Edukácia pacienta po operácii je dôležitá súčasť ošetrovateľskej starostlivosti, nakoľko sa zmení kvalita života pacienta po liečbe. Odporúčá sa zabezpečiť pacientovi psychoterapiu, a to nielen po operácii, ale už aj v rámci predoperačnej prípravy. Nesmieme zabúdať na informovanie príbuzných (manželka, rodina) so zameraním sa na pokyny, na čo by si mal dávať pacient po operácii pozor. Je veľmi dôležité poukázať na nevyhnutnosť prevencie ochorenia, na dodržanie správnej životosprávy (nefajčiť, abstinencia, stravovanie), na starostlivosť o chrup a dutinu ústnu.

Kazuistika

- 50-ročný muž, fajčiar, alkoholik
- 5 mesiacov progredujúce bolesti pri hltaní
- schudol 5 kg
- tumor ľavého okraja jazyka a tela jazyka veľkosti 5x3 cm
- mierne obmedzená pohyblivosť
- lymfatické uzliny neboli zväčšené ani palpačne ani na CT
- skvamocelulárny karcinóm G 1
- endorálna resekcia nádoru a krčná selektívna disekcia vľavo
- histologicky – okraje a spodina voľné, 24 LU bez metastáz, gl. submandibularis s chronickým zápalom
- následne CHRT
- ošetrovateľská starostlivosť zameraná na uspokojovanie bio-, psycho-, sociálnych potrieb pacienta
- logopedická starostlivosť
- na požiadania pacienta zabezpečený pohovor so psychológom
- pri edukácii spolupráca s manželkou pacienta
- t.č. pacient 1 rok bez recidívy, dispenzarizovaný na ORL klinike, abúzy neguje.

Záver

Nebezpečenstvo karcinómu jazyka závisí do značnej miery od toho, v ktorej časti jazyka je lokalizovaný a ako rýchlo sa diagnostikuje. Treba si uvedomiť, že i na túto formu

rakoviny sa umiera, šanca na prežitie môže byť len po rozsiahlom chirurgickom výkone. Kvalita života pacienta je do značnej miery ovplyvnená nezájumom pacienta, často až ignoráciou odporúčaní, týkajúcich sa životosprávy po operácii (nefajčiť, abstinovať – vynechať najmä destiláty, chodiť na pravidelné kontroly, vykonávať pravidelne selfmonitoring dutiny ústnej).

Zdroje

1. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. a kol. 2011. *Chorobné znaky a príznaky 2*. Praha : Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3228-7.
2. ROSOLANKA, M., ŠTEFANIČKA, P., BARTA, T. 2009. Karcinóm orofaryngu. [online] 2009. [citované 2017-02-04]. Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/c047226d5c6842a62f-4840ba01729cbe.pdf>
3. SCHMIDTOVÁ, Z. 2008. *Vybrané odbory ošetrovateľstva*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2008. 148 s. ISBN 978-80-8063-295-3.
4. SMILEK, P. – PLZÁK, J. – KLOZAR, J. 2015. *Karcinomy dutiny ústnej a hltanu*. Tobiáš, 2015. 375 s. ISBN 978-80-7311-153-3.
5. ŠLAMPÁ, P., SMILEK, P. et. al. 2016. *Nádory hlavy a krku*. Praha : Mladá fronta a.s., 2016. 261 s. ISBN 978-80-204-3743-3

Kontakt na autorov

PhDr. Veronika Vadkertiiová
FNsP Nové Zámky,
ul. Slovenská 11/A,
940 34 Nové Zámky
vadkertiiova.veronika@nspnz.sk

PhDr. Lívia Kollárová, PhD.
FZ aSP sv. Ladislava Nové Zámky,
ul. Slovenská 11/A,
940 34 Nové Zámky
livia.kollar@gmail.com



Foto 1 - Pacient pred operáciou (zdroj: autori)



Foto 2 - Operačný výkon (zdroj: autori)

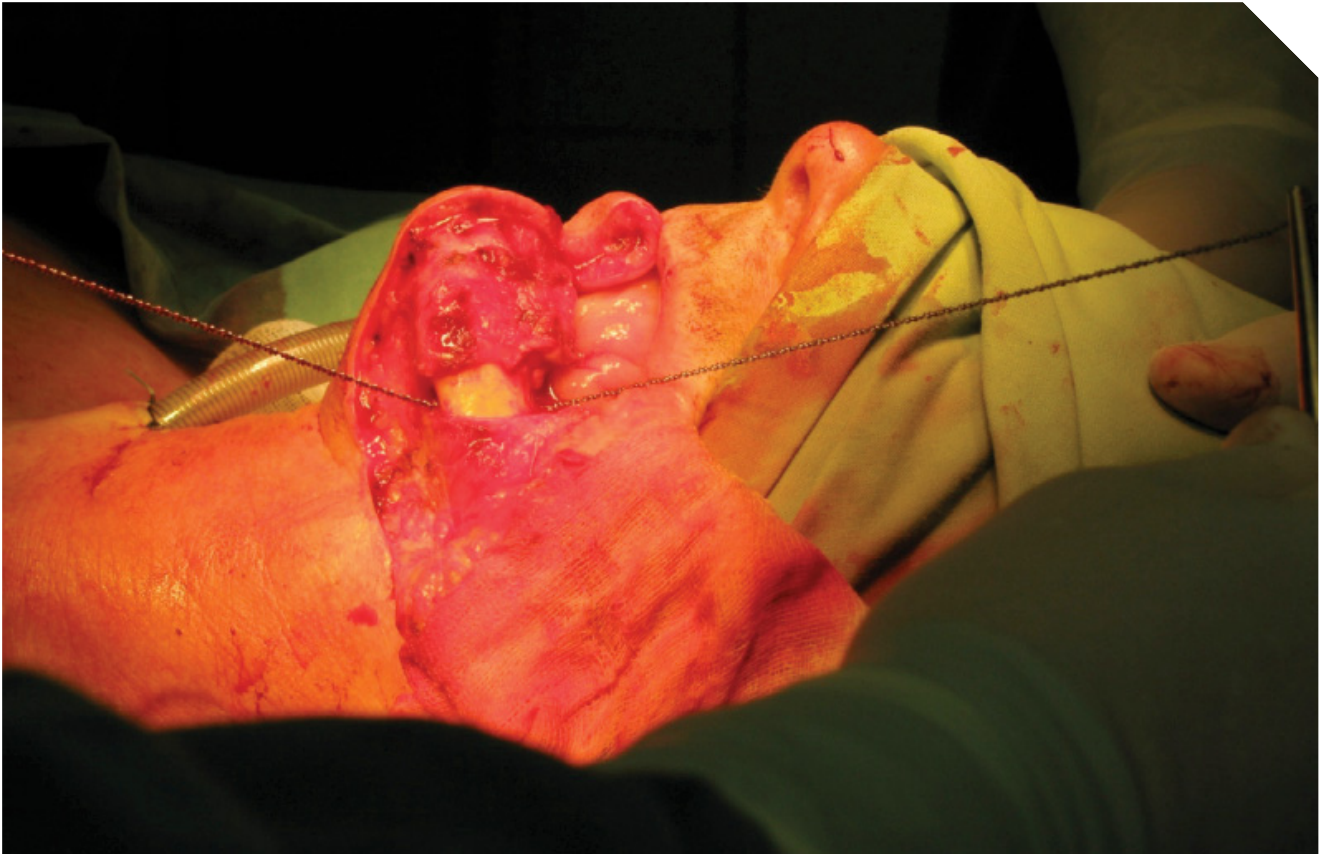


Foto 3 - Operačný výkon (zdroj: autori)

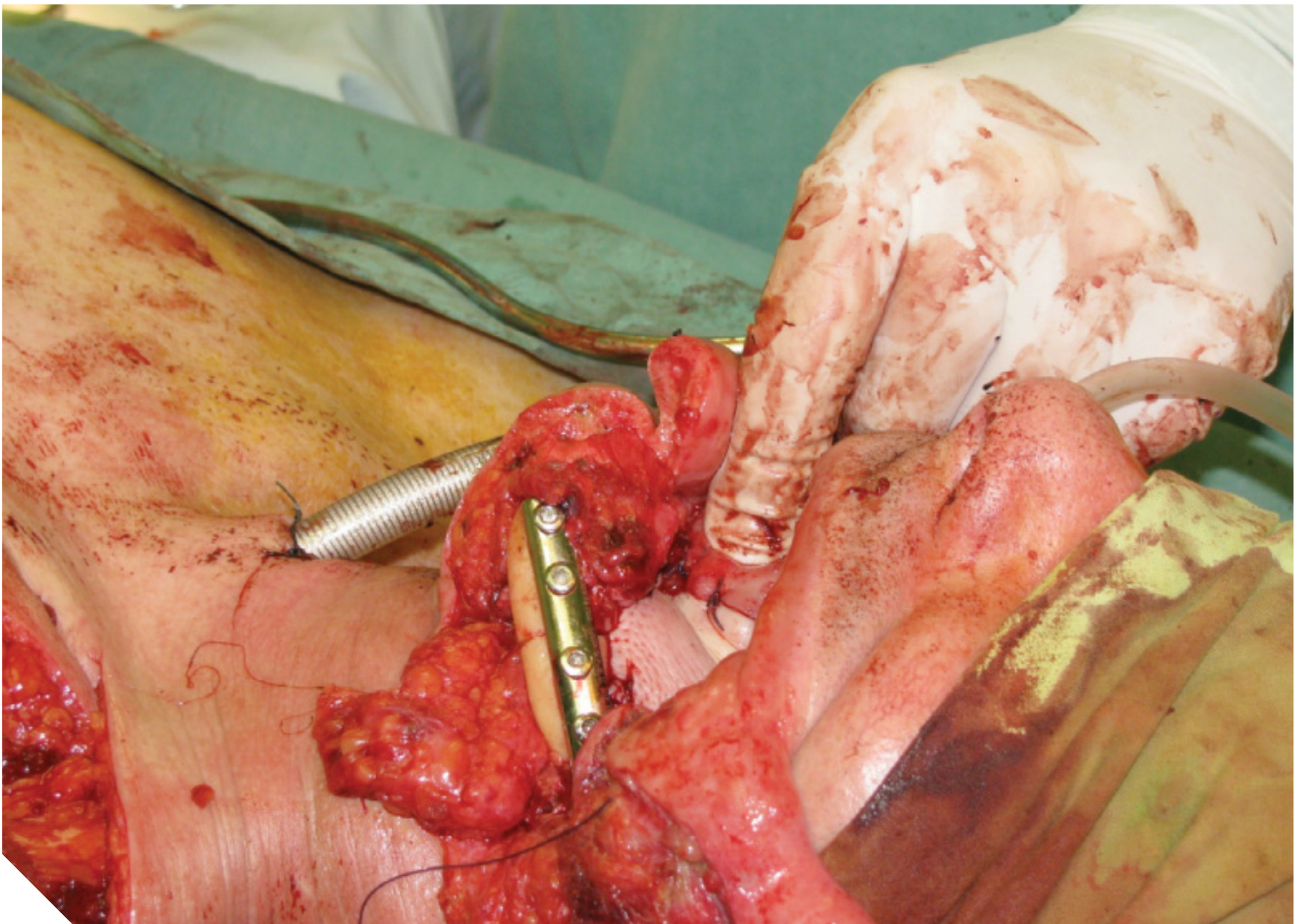


Foto 4 - Operačný výkon (zdroj: autori)



Foto 5 - Pacient po operačnom výkone (zdroj: autori)



Foto 5 - Pacient po operačnom výkone (zdroj: autori)

MOŽNOSTI VYUŽITIA BIODEBRIDEMENTU LARIEV

POSSIBILITIES OF USE OF MAGGOT (LARVAE) BIODEBRIDEMENT

ANDREA ŠEVČOVIČOVÁ, KATARÍNA TARAGEL'OVÁ

VŠZaSP sv. Alžbety, Detašované pracovisko Rožňava
Nemocnica Poprad, a.s.

Abstrakt

Larvy majú pre svoje dezinfekčné účinky a čistiacu schopnosť široké využitie. Pozitívne účinky boli zaznamenané najmä pri infekčných ranách, dekubitoch, vredoch, popáleninách a pooperačných ranách. S aplikáciou lariev je spojených aj niekoľko nežiaducich udalostí. V niektorých prípadoch bola po zahájení terapie popisovaná bolesť, svrbenie, šteklenie a z technických problémov sa objavil únik lariev. Strach pacienta a negatívny pocit zo samotnej aplikácie lariev predstavuje podobne ako doplatok súvisiaci s aplikáciou zásadný nedostatok larválnej terapie. V porovnaní s inými metódami bola však potvrdená nižšia nákladovosť a skrátenie trvania liečby defektu.

Kľúčové slová

biodebridement; komplikácie liečby; larválna terapia; rany.

Abstract

Maggots (larvae) possess a wide spectrum of use due to their antiseptic and cleaning effects. Their positive effects have been recorded mainly when treating infected wounds, decubital ulcers, abscesses, burns and post-operative wounds. Several undesirable effects are connected with maggot (larvae) application. In certain cases, pain, itching, tickling have been described at the beginning of therapy and breaking away of maggots (larvae) as a technical problem. One of the essential lacks of maggot (larvae) therapy is the fear of the patient together with a negative feeling from the maggot (larvae) application. However, lower cost of treatment and shorter time of defect treatment have been confirmed in comparison with other methods.

Key words

biodebridement; treatment complications; maggot (larvae) therapy; wounds.

Larválna terapia je efektívna a relatívne rýchla metóda, pri ktorej sa do rany aplikujú sterilné larvy muchy bzučivky zelenej. Využíva sa pri liečbe dekubitov, vredov predkolenia, popálenín, abscesov, chirurgických rán (1). V kombinácií s kompresívnou skleroterapiou a modernou vlhkou terapiou sa larválna terapia stáva pre veľké percento pacientov trpiacich chronickými ranami vhodnou terapeutickou možnosťou (2). Larvy čistia rany rýchlo a efektívne, bez poškodenia živých tkanív. Sú fotofóbne (neschopné žiť na svetle) a prirodzene sa presúvajú do hlbokých štrbín, ktoré môžu byť mimo dosahu chirurgovho skalpela (3). Výhodou celej liečby je nižšia nákladovosť ako pri liečbe antibiotikami. Liečba larvami dokonca trvá kratší čas ako iné liečebné metódy (4). Podľa záveru výsledkov štúdie z roku 2009, vypracovanej na univerzite v Tromsø v ktorej skúmali pozitívny prínos larválnej terapie, má liečba larvami veľmi málo vedľajších účinkov a zároveň znižuje nutnosť amputácie. Terapia je efektívna a dokonca šetrná k životnému prostrediu (5). Larválna terapia začala pre svoje účinky a indikačné možnosti pomaly prenikať aj k slovenským pacientom. V súvislosti s aplikáciou lariev ale existuje niekoľko známych kontraindikácií, pri ktorých sa ich využitie neodporúča.

Účinky larválnej terapie

Pri larválnej terapii ide o úmyselnú aplikáciu živých, medicínskych mušičích lariev, ktoré sa do rán aplikujú za účelom debridementu, dezinfekcie a ich zhojenia (3). Klinické štúdia

z celého sveta popisujú ich vynikajúce účinky, ktoré okrem dezinfekcie spôsobujú hlavne vo vyčistení a urýchlení hojenia nehojajúcich sa rán (6). U nás je liečba larvami používaná pre svoje výborné účinky hlavne za účelom vyčistenia a ako dezinfekcia chronických rán pokrytých povlakmi a obsahujúcich nekrotické tkanivo. Sherman porovnával pri liečbe dekubitov larválnu terapiu s konzervatívnou liečbou. Zistil, že 80% dekubitov liečených larválnu terapiou sa kompletne vyčistilo, zatiaľ čo konzervatívnou liečbou sa vyčistilo len 48% liečených rán (3). Vhodnými kandidátmi pre použitie larválnej terapie sú pacienti s akútnymi aj chronickými infekčnými ranami a s diabetickými nehojajúcimi ranami (7). Na Slovensku bola larválna terapia použitá aj v liečbe ulkusov, pri perineálnej gangréne, dekubitoch, pooperačných ranách či popáleninách. S objavením sa rezistencie na antibiotiká sa ukázala ako užitočná metóda v liečbe rán infikovaných MRSA (Methicillin-resistant Staphylococcus aureus) (8).

Kontraindikácie larválnej terapie

Larválny debridement sa nevykonáva pri ranách ohrozujúcich život, kedy je v popredí rýchlejší chirurgický debridement (8). Larválna terapia nie je schopná liečiť ani nádorové ochorenia. Larvy však boli úspešne použité v manažmente troch komplikácií nekrotických nádorov - môžu efektívne zmenšiť nekrotickú masu, znížiť drenáž z rany a kontrolovať zápach (3). Za relatívnu kontraindikáciu sa považuje ischémia. Ak je rana nedokrvená, pravdepodobne sa nezahojí a môže byť indikáciou na amputáciu. Krátka kúra larválnej terapie (1-3 cychly) zvyčajne ukáže buď hranicu vaskularizovaného zdravého tkaniva, alebo

stále sa zväčšujúci okraj šedého ne-
prekrveného tkaniva. Touto metódou
je larválna terapia použitá na určenie
úrovne životnosti tkaniva a následné
posúdenie potreby a výšky amputá-
cie. Medzi ďalšiu relatívnu kontrain-
dikáciu patria suché defekty, nakoľko
larvy vyžadujú vlhké prostredie. Kon-
traindikáciou sú aj defekty, kde hrozí
peniknutie lariev do telových dutín
alebo môže dôjsť k narušeniu väčšej
tepny larvami. Ide väčšinou o rany ko-
munikujúce s telovými dutinami alebo
rany v blízkosti veľkých ciev a rany
s tendenciou k masívnemu krvácaniu.
Antibiotická liečba, tehotenstvo, vek
a imobilita nie sú kontraindikáciou pre
larvoterapiu. Samozrejmom kontrain-
dikáciou aplikácie larválnej terapie je
nesúhlas pacienta s metódou debri-
dementu (3).

Komplikácie sprevádzajúce liečbu larvami

Larválna terapia nie je spájaná s vý-
znamnými nežiaducimi účinkami

alebo komplikáciami. V jednotlivých
prípadoch bol zaznamenaný zápach
pri prvých výmenách lariev, ľahký
diskomfort a unikanie lariev. Preto je
dôležité počas umiestnenia obvazu
udržať larvy v rane. Počas liečebného
cyklu sa má preventívne pôsobiť proti
úniku lariev alebo predčasnému od-
stráneniu lariev personálom (6). Ako
komplikácia sa u malého percentá rán
liečených larválnou terapiou objavuje
krvácanie, kedy dochádza k nepatr-
nému presakovaniu malých kapilár
(7). Niektorí pacienti môžu vnímať ne-
príjemný pocit až bolesť, ktorá môže
byť až natoľko silná, že vedie k pred-
časnému ukončeniu liečby. Bolesť sa
pri larválnej terapii zvyšuje úmerne
s časom, ktorý sú larvy v ranách, čo
súvisí s ich následným zväčšovaním
sa. Predpokladá sa, že bolesť spô-
sobuje zvýšenie pH rany v dôsledku
metabolickej aktivity lariev v ranách
(9). Bolesť je všeobecne dobre kon-
trollovaná bežnými analgetikami (3).
Svrbenie je relatívne častou kompli-

káciou. Je spôsobené mechanickým
pôsobením lariev v rane a chemickým
dráždením spodiny rany. Zvýšená
telesná teplota patrí medzi občasné
sprievodné javy larvoterapie. K úniku
lariev z rany dochádza predovšetkým
pri prvých aplikáciách. V niektorých
prípadoch sa zistil úhyn aplikovaných
lariev. Strach pacienta (tzv. fuj faktor)
je často opisovaný ako zásadný ne-
dostatok larválnej terapie. Najlepšie
je zvládnuteľný správnou edukáciou.
Pacienti trpiaci chronickými ranami
väčšinou larválnu terapiu znášajú
dobře (3).

Cenová (ne)dostupnosť lariev

Na Slovensku sa larválna terapia v jej
modernej podobe postupne zavádza-
la do klinickej praxe od roku 2004 (10).
Až do polovice roku 2011 bola do-
dávka sterilných lariev zabezpečená
bezplatne. V súčasnosti cena lariev
pokrýva len časť nákladov a predsta-
vuje iba zlomok ceny bežnej v iných
krajinách (3).



Obr.1 Diabetická gangréna pred odstránením lariev. Zdroj (7, s.39)

Slovenská nezisková organizácia Medicínska alternatíva (Medalt) ponúka sadu 200 kusov lariev na ranu rozmerov 5 x 4 cm za 50 € a sadu 100 kusov lariev v biovrecku rozmerov 5 x 4 cm za 30 €. V Čechách hradí od roku 2008 larválnu terapiu zdravotná poisťovňa. Podmienkou je minimálne jednodňová hospitalizácia pacienta. Set pre aplikáciu lariev – dávka cca 300 lariev stojí 3 222 Kč, dávka cca 150 lariev 2 466 Kč (11).

Záver

Napriek nízkemu kultúrnemu rešpektu k larvám, sa v súčasnosti stále viac lekárov a pacientov obracia o pomoc so svojimi nehojacimi ranami práve na túto metódu. Závety z klinického využívania larválnej terapie prezentujú debridement ako mimoriadne účinný a zdôrazňujú výrazný vplyv na dezinfekciu rany a stimuláciu jej hojenia. Vynikajúci bezprostredný účinok bol zaznamenaný pri všetkých typoch liečených rán. Dlhodobý účinok dosiahol najlepšie výsledky pri venózných ulkuso-och (3). Nevýhodou našich pacientov je skutočnosť, že na Slovensku larvy nie sú štandardom a zatiaľ sa aplikujú iba v niektorých zdravotníckych zariadeniach.

Zdoje

1. ARENDÁŠOVÁ, M. 2014. Úloha lariev v chirurgickom ošetrovatelstve. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2014, roč. 13, č.9-10, s. 34-35.
2. ČAMBAL, M. 2014. Larválna terapia v liečbe venózných ulkusov. In *Vaskulárna medicína*. ISSN 1335-9444, 2014, roč. 6, č.1, s. 10-13.
3. ČAMBAL, M. a kol. 2013. Larválna terapia a chronicky nehojace sa rany. In *Slovenská chirurgia*. ISSN 1339-4169, 2013, roč. 10, č.1, s.8-11.
4. KLEŇOVÁ, M. 2009. Ľudový inštinkt v hľadaní liečiv. In *Diabetik*. ISSN 1335-9444, 2009, roč. 8, č.5-6, s.60.
5. HUDÁK, A. 2012. *Liečba vredových ochorení predkolenia*. Diplomová práca (Mgr.) Košice: UPJŠ v Košiciach, 2012, 69 s.
6. ČAMBAL, M. - KRUMPÁLOVÁ, Z. - KOZÁNEK, M. - TAKÁČ, P. 2008. *Liečba larvami bzučivky zelenej (Lucilia sericata)*. Bratislava : NOI, 2008. 134 s. ISBN 978-80-89088-67-6.
7. FLEISCHMANN, W. et al. 2004. *Maggot Therapy*. 1 vyd. Stuttgart, Germany: Georg Thieme Verlag, 2004. 85 p. ISBN 3-13-136811-X.
8. PODRAZILOVA, P. 2016. Larvy jako aktivní pomocníci při terapii chronických rán. In *Florence*. ISSN 1801-464X, 2016, roč.12, č.6.
9. THOMAS, S. 2010. *Surgical Dressings and Wound Management*. Cardiff: Medeted Publications, 2010, 708 s. ISBN 978-1-84426-834-4.
10. FALISOVÁ, A. - LENGYELOVÁ, T. 2013. *Bioterapia optikou histórie*. Bratislava: Scientica, 2013. s. 41. ISBN 978-80-971483-1-7.
11. SAV. 2012. *Socioekonomická analýza bioterapeutických metód*. Bratislava: Scientica, 2012. s. 67-68. [online] [citované 2017-02-12]. Dostupné na internete: <https://www.scientica.sk/workspace/media/documents/soc-analyza-spolu.pdf>

Kontakt na autorov

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

Bc. Katarína Taragelová
Nemocnica Poprad, a.s., OAIM
Banická 28
05845 Poprad
e-mail: katka.taragelova@centrum.sk

PREČO BYŤ ČLENOM V SK SaPA?



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

¹ Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, Ústredná vojenská nemocnica SNP, Ružomberok, fakultná nemocnica

² Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

³ NÚSCH a. s., Detské kardiocentrum, OAIM, Bratislava

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

⁵ Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Rozhodnutím o operačnom výkone sa začína perioperačná starostlivosť o pacienta, ktorá pozostáva z predoperačnej prípravy, intraoperačnej starostlivosti a pooperačnej starostlivosti. Súčasťou perioperačnej starostlivosti o pacienta je aj ošetrovateľská perioperačná starostlivosť, ktorú vykonáva, zabezpečuje a koordinuje sestra. Kvalitná a bezpečná starostlivosť v perioperačnom období je vysoko náročná na zabezpečenie, vychádza aj z iniciatívy Svetovej zdravotníckej organizácie a Helsinskej deklarácie podpísanej európskymi anestéziologickými organizáciami. V príspevku prinášame stručný prehľad fáz perioperačnej starostlivosti a spomínaných dokumentov súvisiacich s bezpečnou perioperačnou starostlivosťou.

Kľúčové slová

perioperačná starostlivosť; pacient; sestra; bezpečnosť; anestézia; operácia; Helsinská deklarácia.

Abstract

Perioperative patient care begins The operational performance. This care consists of preoperative, intraoperative care, and postoperative care. Part of perioperative care for patients, perioperative nursing and care exercised by, managing and coordinating nurse. Quality and safe care in the perioperative period is highly demanding in terms of security, based on the initiative of the World Health Organization and the Helsinki Declaration signed by the European Anesthesiologists organizations. The article gives a brief overview of the phases of periopera-

tive care and referred to documents relating to the safe perioperative care.

Key words

perioperative care; patient; nurse; safety; anesthesia; operations; Helsinki Declaration.

Úvod

Operačný výkon znamená pre pacienta určitú záťaž, nebezpečenstvo a riziko. Účelom prípravy pacienta na operačný výkon je minimalizovanie rizika operácie a prevencia komplikácií. Ako uvádza Zeman (2003), „... vytvoriť nemocnému optimálnu podmienku ke zvládnutí operačnej záťaže, k dobrému, nekomplikovanému hojeniu s následnou rekonvalescenciou“ (1). Prevezitím pacienta na operačnú sálu začína intraoperačná starostlivosť, ktorá je zabezpečovaná operačným tímom, ktorý je tvorený operatérmi a jeho asistentmi, inštrumentujúcimi sestrami, ošetrovateľmi, sanitármi, anestéziológom a anestéziologickou sestrou. V pooperačnom období starostlivosť o pacienta vychádza zo znalosti stavu pacienta pred operáciou a miery operačnej záťaže. Sestra v rámci perioperačnej starostlivosti o pacienta vykonáva ošetrovateľskú prax, ktorá pozostáva z výkonov vykonávaných samostatne, výkonov vykonávaných na základe ordinácie lekára a výkonov vykonávaných v spolupráci s lekárom.

Obdobia perioperačnej starostlivosti

Starostlivosť o chirurgického pacienta – perioperačná starostlivosť je súhrn starostlivosti o pacienta v predoperačnom, intraoperačnom a pooperač-

nom období. Súčasťou tejto starostlivosti je ošetrovateľská perioperačná starostlivosť (2).

1. Predoperačná starostlivosť sa začína rozhodnutím o operačnom zákroku a končí prevzatím pacienta na operačnú sálu. Predoperačná starostlivosť sa delí:

- podľa lokality na celkovú a miestnu (lokálnu),
- podľa časového faktoru na dlhodobú, krátkodobú a bezprostrednú,
- podľa skupiny chorých na všeobecnú a špeciálnu,
- podľa zámeru na somatickú (telesnú), psychickú (psycho-sociálnu) a medikamentóznou (3, 4).

Všeobecná predoperačná príprava sa realizuje u všetkých pacientov pred operáciou bez ohľadu na ochorenie, jeho rozsah a je ovplyvnená stupňom závažnosti daného výkonu. Špeciálna príprava je ovplyvnená povahou závažného ochorenia, vekom pacienta, druhom anestézie, rozsahom, závažnosťou a zvláštnosťou operácie. Bezprostredná predoperačná príprava je príprava ráno v deň operácie pacienta (2). Každý operačný zákrok predstavuje určitý zásah do celého organizmu. Každá operácia je spojená s určitou záťažou, nebezpečenstvom a rizikom. Hovoríme o operačnom riziku, ktorého podstata je v riziku vzniku závažných intraoperačných a pooperačných komplikácií. Stupeň operačného rizika závisí od: obtiažnosti chirurgického výkonu, celkového klinického stavu chorého, časového faktoru operácie (urgentná operácia, akútna operácia, plánovaná operácia

(3). Hlavnou náplňou ošetrovateľskej starostlivosti v predoperačnom období je prijatie, všeobecné a špeciálne predoperačné posúdenie a príprava pacienta na operačný zákrok s cieľom vytvoriť podmienky pre optimálny intraoperačný a pooperačný priebeh u pacienta. Zahŕňa:

- vyhľadávanie faktorov podmieňujúcich operačné riziko,
- eliminovanie faktorov a minimalizovanie operačného rizika,
- vykonať prevenciu pooperačných komplikácií už v predoperačnom období (3).

Way (1998) uvádza: „*Predoperační příprava zahrnuje procedury vynucené diagnózou, predoperačným posouzením a povahou očekávané operace*“ (5).

2. Peroperačná (intraoperačná) starostlivosť začína prevzatím pacienta na operačnú sálu a končí odovzdaním pacienta na pooperačnú ošetrovaciu jednotku. Ošetrovateľská peroperačná starostlivosť zahŕňa špecializovanú prácu anesteziologickej sestry a inštrumentujúcej sestry a prácu ďalších pracovníkov (2, 3).

3. Pooperačná starostlivosť začína prevzatím pacienta z operačnej sály. V spolupráci s lekárom sestra prevzme pacienta od anesteziológa a anesteziologickej sestry, ktorí poskytnú aj informácie o intraoperačnom období a stave pacienta. Dôležité sú informácie o obehovej stabilite/nestabilite, dýchaní, krvných stratách a peroperačnom močení pacienta. Má obdobia bezprostrednej pooperačnej starostlivosti a následnej pooperačnej starostlivosti (2). Aj Zeman (2003) delí pooperačnú starostlivosť na bezprostrednú a následnú. Bezprostredná starostlivosť je zabezpečená anesteziologickým tímom v priestoroch operačného traktu do stabilizácie stavu – spontánne dýchanie a stabilizovaný krvný obeh. Na to nadväzuje následná starostlivosť na štandardnej jednotke alebo na JIS (1, 3).

Bezprostredná pooperačná starostlivosť predstavuje starostlivosť v prvej hodine, resp. hodinách po operačnom

výkone, kedy je pacient ohrozený vážnymi komplikáciami vyplývajúcimi hlavne z celkovej anestézie. Táto fáza starostlivosti až do návratu obranných reflexov, spontánneho dýchania a stabilizácie krvného obehu by mala byť zabezpečená už na operačnej sále alebo dospávacej izbe anesteziológom a anesteziologickou sestrou. Anesteziologická sestra ako aj sestra na pooperačnej izbe, Jednotke intenzívnej starostlivosti (JIS) alebo na úseku resuscitačnej a intenzívnej starostlivosti Oddelenia anesteziológie a intenzívnej medicíny (OAIM) realizujú a zabezpečujú intervencie v závislosti podľa aktuálneho stavu pacienta. Je dôležité monitorovať celkový stav pacienta, vedenie podrobnej dokumentácie a spolupráca s lekárom (3).

Následná pooperačná starostlivosť sa poskytuje pacientovi na štandardnom lôžkovom oddelení po stabilizácii celkového stavu. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti v tomto období je eliminovanie rizika vzniku pooperačných komplikácií a podporovanie návratu zdravotného stavu pacienta na optimálnu úroveň (3).

Way (1998) uvádza nasledujúce deelenie pooperačnej starostlivosti:

- bezprostredná starostlivosť v operačnom trakte,
- intenzívna starostlivosť na pooperačnej izbe, JIS, OAIM,
- intermediárna starostlivosť na štandardnom oddelení až po prepustenie domov,
- rekonvalescenčná starostlivosť ambulantne a v domácom prostredí (5).

Vomela (1998) delí diferencovanú pooperačnú starostlivosť do štyroch skupín:

1. *chorí po ambulantných výkonoch bez komplikácie sú prepustení domov,*
2. *chorí po ľahkej a stredne ťažkej operácii, bez komplikácie sú ďalej ošetrovaní na štandardnej ošetrovacej jednotke,*
3. *chorí po veľkej operácii sú ošetrovaní na jednotke intenzívnej starostlivosti,*
4. *chorí po operácii kedy sa predpokladá vznikla vážna komplikácia sú*

ošetrovaní na lôžkovej časti OAIM (4).

Viacere miniinvazívne zákroky a endoskopické operácie, pacienti absolvujú v ambulantnom režime, bez nutnosti hospitalizácie. Do domáceho prostredia odchádzajú po niekoľko hodinovom odpočinku po celkovej anestézii, po úplnom návrate plného vedomia a stabilizácii celkového stavu (6). „*Ambulantně lze provádět i operační výkony v celkové anestézii za předpokladu že je přítomný anesteziolog a k dispozici je perioperační monitorace pacienta. Po dokonalém odeznění anestezie pacient opouští zdravotnické zařízení v doprovodu zodpovědné osoby*“ (7). Už pred viac ako dvoma desiatkami rokov Herman (2003) uvádza, že chorý je po niektorých výkonoch, po ústupe anestézie, prepustený do domácej starostlivosti do štyroch hodín. Dostane analgetiká na dva dni a ešte v deň operácie večer a potom nasledujúci deň ráno ho navštívi sestra z miesta bydliska. Siedmy deň sestra v domácom prostredí pacienta odstráni stehy. Na chirurgické pracovisko sa pacient dostaví až za šesť týždňov (8). Svetová zdravotnícka organizácia (SZO), chirurgické a anesteziologické spoločnosti, spoločnosti sestier a pacientov, pripravili a v roku 2008 uviedli v New Yorku iniciatívu „*Bezpečný operačný výkon zachraňuje životy*“ (Safe surgery saves lives) (9). Tento proces prebieha aj v Európe vrátane Slovenska. V tejto iniciatíve sa zdôrazňuje tímová spolupráca lekárov a sestier, spolupráca pacienta s lekárom a sestrou. Bol vypracovaný kontrolný protokol (checklist), ktorý má byť vyplnený pred, počas a po operačnom výkone. Vyplnením protokolu sa majú skontrolovať úkony, ktoré musia byť urobené pre bezpečné perioperačné obdobie. Nemá to byť práca navyše, iba kontrola, či je pacient a tím pripravený na operačný výkon (10).

Každý rok sa vo svete vykoná v anestézii okolo 230 miliónov veľkých operácií. Sedem miliónov pacientov má v súvislosti s týmito operáciami závažné komplikácie, pričom 1 milión

pacientov na ne zomrie (v Európe 200 000) (11). Anestéziológia a intenzívna medicína je medicínskym odborom, ktorý má v perioperačnom období rozhodujúcu úlohu a zodpovednosť, ale do procesu znižovania tohto rizika by sa mali zapojiť všetky zainteresované zložky. Od roku 2008 sa zaregistrovalo do tejto aktivity vyše 3 925 nemocníc z vyše 122 krajín a prejavilo záujem zaviesť kontrolný protokol SZO v ich operačných sálach. Z nich vyše 1 800 už uviedlo, že rutinne používa kontrolný protokol najmenej v jednej operačnej sále. Dvadsaťpäť krajín podniklo kroky na zavedenie kontrolného protokolu na celonárodnej úrovni (10).

Reprezentanti národných anestéziologických spoločností 14. júna 2010 v Helsinkách podpísali „*Helsinskú deklaráciu pre bezpečnosť pacienta v anestézii*“ (Helsinki Declaration for Patient Safety in Anaesthesiology), ktorá obsahuje body vypracované Európskou anestéziologickou sekciou (European Board of Anaesthesiology – EBA) a Európskou úniou medicínskych špecialistov (European Union of Medical Specialists – UEMS) (11, 12). Deklaráciu podpísali aj zástupcovia Slovenskej spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny. Deklarácia hovorí o bezpečnosti pacienta v perioperačnom období a protokoloch, ktoré majú byť vypracované pre bezpečné podávanie anestézie, perioperačný priebeh a pooperačné obdobie, vrátane liečby bolesti. Hlavné body deklarácie:

Pacienti majú právo očakávať, že počas zdravotnej starostlivosti sa bude postupovať bezpečne, takže budú chránení pred poškodením. Bola vyslovená plná podpora pre Medzinárodné štandardy pre bezpečnú prax v anestéziológii pripravené Svetovou federáciou anestéziologických spoločností (World Federation of Societies of Anaesthesiologists – WFSA).

Na bezpečnej starostlivosti sa podieľajú aj pacienti; je potrebné ich k tomu vzdelávať a poskytnúť im možnosť spätnej väzby, aby bolo možné ten-

to proces ďalej zdokonaľovať v prospech ďalších pacientov.

- Organizácie financujúce zdravotníctvo majú právo očakávať, že perioperačná anestéziologická starostlivosť bude poskytovaná bezpečne, a preto musia poskytovať potrebné finančné zdroje.
- Pri zvyšovaní bezpečnosti pacientov má dôležitú úlohu vzdelávanie; preto bola vyslovená podpora pre vývoj, rozširovanie a poskytovanie tréningu zvyšujúceho bezpečnosť pacienta.
- Ľudské faktory hrajú dôležitú úlohu pri poskytovaní bezpečnej starostlivosti pacientom; preto je potrebná spolupráca s chirurgmi, sestrami a ďalšími klinickými partnermi, aby bol dosiahnutý tento cieľ.
- Partneri v priemysle majú dôležitú úlohu pri vývoji, výrobe a dodávke bezpečných liekov a prístrojov pre starostlivosť o našich pacientov.
- Anestéziológia bola vždy kľúčovou špecializáciou pri rozvoji bezpečnosti pacienta. S dosiahnutými výsledkami sa ale nechceme uspokojiť, pretože vieme, že existujú ďalšie oblasti, ktoré je možné zlepšiť cestou výskumu a inovácií.
- Žiadne etické, legálne alebo regulačné požiadavky nesmú obmedzovať alebo eliminovať ktorýkoľvek z krokov na zvýšenie bezpečnosti pacienta, uvedených v tejto Deklarácii.
- Všetky európske organizácie, ktoré poskytujú perioperačnú starostlivosť pacientom, musia dodržiavať minimálne štandardy monitorovania odporúčané EBA, a to tak v operačných sálach, ako aj v zotavovacích miestnostiach. Musia mať protokoly a potrebné vybavenie na manažment týchto procesov: predoperačné vyšetrenie a príprava pacienta, kontrola prístrojového vybavenia a liekov, označovanie striekačiek, obtiažna/nemožná intubácia, malígna hypertermia, anafylaxia, toxicita lokálnych anestetík, masívne krvácanie, kontrola infekcie, pooperačná starostlivosť, vrátane liečby bolesti. Musia mať anestéziológmi prijaté štandardy pre bezpečnú sedáciu.
- Všetky organizácie majú podporovať iniciatívu SZO *Bezpečný operačný*

výkon zachraňuje životy a používať kontrolný protokol (tzv. checklist).

- Všetky anestéziologické spoločnosti v Európe musia byť schopné vypracovať ročný sumár prijatých opatrení a výsledkov zlepšujúcich bezpečnosť pacientov.
- Všetky inštitúcie poskytujúce anestéziologickú starostlivosť musia zbierať potrebné dáta na ročné zhodnotenie morbidity a mortality pacientov.
- Všetky inštitúcie poskytujúce anestéziologickú starostlivosť sa musia podieľať na národných a iných významných auditoch bezpečnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti a na systémoch hlásenia kritických príhod. Musia byť zabezpečené finančné zdroje na realizáciu.

Najviac príhod v súvislosti s činnosťou anestéziologického oddelenia je zapríčinených problémami netechnického charakteru – nedostatočné plánovanie operačného výkonu, nedostatočné informovanie pacientov, porucha na vybavení, zlá komunikácia v tíme, nedostatočná liečba bolesti (10, 12).

Perioperačný kontrolný protokol je jednoduchý, ale dôležitý koncept v ktorom je stanovených 10 kľúčových momentov, ktorých nedodržanie býva príčinou poškodenia pacienta:

1. *Operovať správneho pacienta na správnej strane tela.*
2. *Použiť známe metódy na prevenciu poškodenia po podaní anestetík a ochranu pacienta pred bolesťou.*
3. *Byť pripravený na život ohrozujúce zlyhanie dýchacích ciest alebo respiračných funkcií.*
4. *Byť pripravený na možnosť veľkých krvných strát.*
5. *Prijať opatrenia na prevenciu vzniku alergickej reakcie alebo vedľajšieho účinku na látku, ktorá je pre pacienta známa ako riziková.*
6. *Používať metódy na zníženie rizika vzniku infekcie rany.*
7. *Predchádzať neočakávanému ponechaniu inštrumentov alebo rúšok v operačnej rane.*
8. *Odobrať a správne označiť odobraté vzorky.*
9. *Efektívne komunikovať a vymieňať*

si najdôležitejšie informácie pre bezpečné vedenie operácie

10. Zabezpečiť rutinné sledovanie o počtoch a výsledkoch operačných výkonov zo stranynemocníc a systému zdravotníctva (10, 11, 12).

Škrla a Škrlová (2003, s. 36) uvádzajú Palmerovu definíciu kvality: „Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi.“ Ďalej uvádzajú že kvalita v zdravotníctve má tri perspektívy:

1. perspektíva lekárskeho a ošetrovateľského personálu, ktorá je zameraná na splnenie medicínskych a ošetrovateľských cieľov a na kvalitu multidisciplinárnej spolupráce,
2. perspektíva pacienta znamená spokojnosť pacienta so zdravotníckymi službami a ich subjektívne vnímanie a hodnotenie,
3. perspektíva výstupu kde ide o reálne a objektívne zlepšenie zdravotného stavu pacienta a zvýšenie kvality jeho života (13).

V súčasnosti kvalitná ošetrovateľská starostlivosť znamená poskytovanie individuálnej starostlivosti vychádzajúcej z potrieb pacienta, ktorá je poskytovaná metódou ošetrovateľského procesu (14). Za kvalitnú môžeme považovať takú starostlivosť, ktorá efektívne rieši zdravotné problémy pacienta, je chorým pozitívne prijatá a z hľadiska zdrojov je adekvátna (15).

Záver

Každý operačný zákrok predstavuje určitú mieru zásahu do organizmu, čo nesie so sebou aj určitú mieru rizika vzniku komplikácií. Pacient očakáva bezpečnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť aj v takom náročnom období akým je perioperačné obdobie. Sestra kvalitnou ošetrovateľskou prácou môže v značnej miere eliminovať riziko vzniku komplikácií vyplývajúcich z operačného výkonu.

Zdroje

1. ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propeutika*. Druhé prepracované a doplnené vydanie. Praha: Grada, 2003. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.
2. KUBICOVÁ, L. a kol.: *Chirurgické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2005. 152 s. [ISBN 808063176X](#).
3. HLINKOVÁ, E., NEMCOVÁ, J. a kol. 2015. *Multimediálna e-učebnica Ošetrovateľské postupy v špeciálnej chirurgii* [online]. Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2015. Dostupné na internete: <http://oschir.jfmed.uniba.sk/>. ISBN 978-80-89544-72-1.
4. VOMELA, J. a kol. *Chirurgie pro sestry*. Brno: institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 210 s. ISBN 80-7013-262-0.
5. WAY, L. W. *Současná chirurgická léčba a diagnostika I-II*. Praha: Grada, 1998, 1660 s. ISBN 80-7169-397-9.
6. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 2004. *Ošetrovateľstvo 1., 2.* Martin: Osveta, 2. vyd. 2004. 1474 s. ISBN-80-21-70-05-28-0.
7. SCHNEIDEROVÁ, M. *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing. 2014. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
8. HERMAN, J. a kol. *Chirurgie vari xů dolních končetin*. Praha: Grada Publishing. 2003. 186 s. ISBN 80-247-0252-5.
9. WHO GUIDELINES FOR SAFE SURGERY 2009: SAFE SURGERY SAVES LIVES. 2009. [online]. 2009. [citované 16.01.2017] Dostupné na: http://apps.who.int/iris/ream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf.
10. GROCHOVÁ, M., TRENKLER, Š., HUDÁK, V., FIRMENT, J. Implementácia aktivít Bezpečný chirurgický výkon zachraňuje životy a Helsinská deklarácia do praxe. In *Anestéziológia a intenzívna medicína* [online]. 2013. [cit. 12-01-2017]. Dostupné na: <http://www.solen.sk/pdf/4e9c01230773bb7d7e-e5cd8bc24a5c32.pdf>.

11. HELSINKY DECLARATION ON PATIENT SAFETY IN ANAESTHESIOLOGY. [online]. 2010. [citované 16.01.2017] Dostupné na: http://www.finnanest.fi/files/uutis_helsinki_declaration.pdf.
12. HELSINSKÁ DEKLARÁCIA ZA BEZPEČNOSŤ PACIENTOV V ANESTÉZIOLÓGII. 2010. [online]. 2010. [citované 16.01.2017] Dostupné na: http://www.ssaim.sk/documents/helsinska_deklaracia.pdf.
13. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreatívny ošetrovateľský management*. Praha: Advent-Orion s. r. o., 2003, 496 s. ISBN 80-7172-841-1.
14. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovateľstvo, Teória*. 3. Martin: Osveta, 2005. 216 s. ISBN 80-8063-182-4.
15. KUBEROVÁ, H. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva*. Ružomberok: Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku. 2003. 104 s. ISBN 80-89039-18-9.

Kontakt na autorov

PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.

e-mail: helenagondar1@centrum.sk

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

e-mail: abratova@gmail.com

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

e-mail: laurinc@sksapa.sk

JANA SEDLÁKOVÁ, MÁRIA MICHALKOVÁ, LÍVIA JAVORSKÁ

Očné oddelenie JZS, Nemocnica Poprad, a.s.

Úvod

Sekundárny glaukóm – zvýšený vnútroočný tlak môže byť vyvolaný aj dlhodobým dráždením cudzieho telieska v orbite. V príspevku opíjame konkrétny prípad sekundárneho glaukómu (zvýšeným vnútroočným tlakom) formou kazuistiky.

Príčiny sekundárneho glaukómu

- pigmentový glaukóm (syndróm pigmentovej disperzie)
- steroidný glaukóm
- traumatický glaukóm
- glaukóm vyvolaný šošovkou
- glaukóm pri očných zápaloch
- my sa budeme venovať špeciálnou skupinou a to zvýšeným episklerálnym tlakom, ktorého príčinou je:
 - » zvýšený odpor v episklerálnych vechách
 - » neovaskularizácie v (IKU) komorovom uhle
 - » zvýšené množstvo krvi v uveálnom tkanive
- Retrobulbárne nádory
- Varixy
- Karotidokavernózna fistula
- (Naevus flammeus) kožné naevusy, ktoré tlačia na cievy (1,2)

Kazuistika

Pacient prišiel na vyšetrenie prvý krát v roku 2006 kedy bol aj hospitalizovaný. Bol to - 55 ročný muž (L.Ch.) pri-

jatý s primárnym glaukómom otvoreného uhla obojstranne, bol už nastavený na liečbu Cosoptom a Xalatanom obojstranne. Pri prijatí mal dekompenzované hodnoty vnútroočného tlaku, kvôli tomu bol aj prijatý na prešetrenie glaukomového ochorenia a na nastavenie liečby. V anamnéze udáva, že: ako 10 ročný utrpel úraz PO kedy mu kamarát pri detských hrách strelil brok do hornej mihalnice, ktorý je tam už 35 rokov, ale nerobi mu žiadne problémy !!!

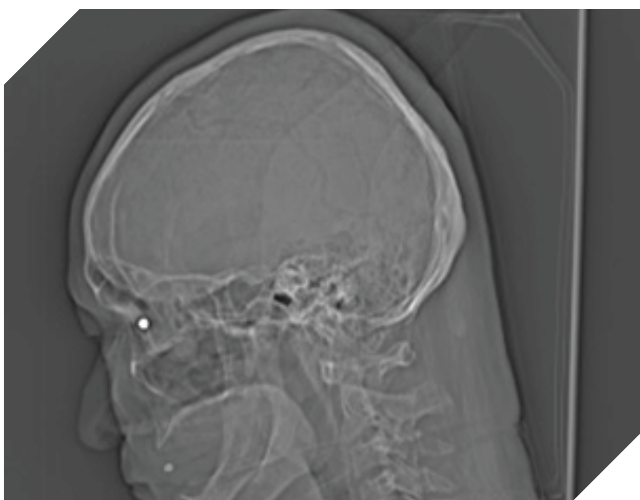
V roku 2006 počas hospitalizácie mu boli urobené vyšetrenia:

- Symetrický bol: predný segment obojstranne pokojný, tak isto vyšetrenia HRT., pachymetria a gonioskopia boli obojstranne v norme.
- Asymetricka: bola denná krivka IOT, kde v pravo bol tlak: IOT o.dx. do 28 Torr čo znamená zvýšený vnútroočný tlak IOT o.sin. do 18 Torr v norme počítačový periméter bol v LO bez nálezu a v PO vidno relatívne skotómy v dolnom kvadrante

Pacient bol po krátkej hospitalizácii prepustený domov na štedrý deň, a možno táto predsviatočná nálada skreslila aj odporúčania a do pravého oka mu bol pridaný Brimonal gtt a naďalej bol 5 rokov sledovaný ambulantne u svojho spádového lekára. Vpravo napriek vyťa-

ženej liečbe /4 kombinácii liekov/ boli vysoké hodnoty IOT a vľavo hodnoty IOT boli kompenzované, preto mu postupne bola vysadená liečba. V apríli 2011 bol pacient ošetrovaný v očnej ÚPS pre bolesť PO, hlavne vo vnútornom kútiku. Udával liečbu glaukomového ochorenia na pravom oku. Objektívne je dráždený pravý bulbus a stav je uzatvorený ako - myositis o. dx. Doporučený mu bol Ibalgin a Spersadex gtt a kontrola na očnej ambulancii. V máji 2011 bol opäť odoslaný na konzultáciu na prešetrenie glaukómu pre pretrvávajúcu bolesť PO aj napriek mesačnej antialergickej a cortikoidnej liečbe. Výrazná je asymetria vnútroočného tlaku IOT : PO – 23 Torr, LO – 19 Torr, liečba PO – pokračovať v terapii, LO – bez liečby. Výrazná je asymetria na prednom segmente, bulbus je stále dráždený a je výrazná iritácia pravého bulbu. V tomto období sa už začína pátrať po príčine tejto asymetrie a prečo vznikol takýto stav. Môže byť príčinou brok ktorý je v očníci od detstva ? Z tohto dôvodu mu bolo indikované CT vyšetrenie, brok je zreteľný, je vidieť ako tlačí na bulbus a preto bola naplánovaná extrakcia presne lokalizovaného broku v orbite.

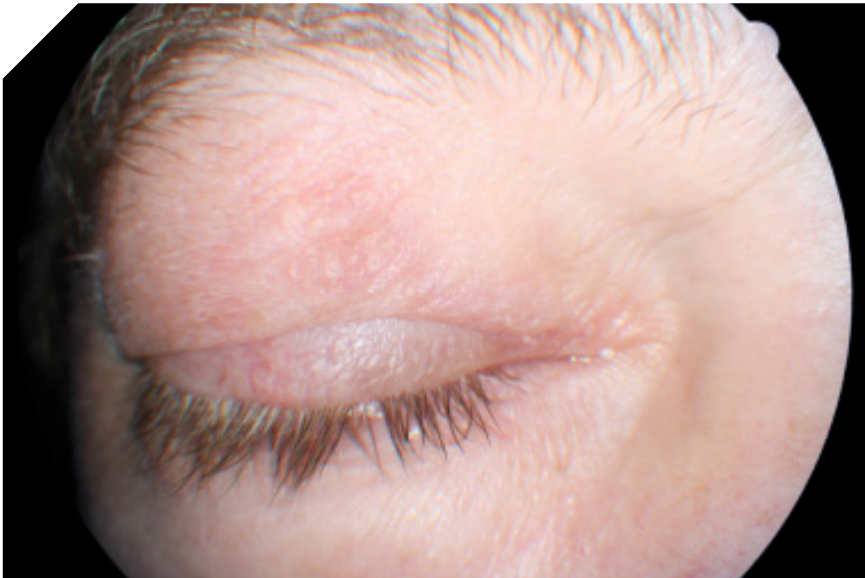
V júli roku 2011 v CA bola vykonaná eliminácia cudzieho telieska pre polohu broku vzhľadom k bulbu.



Obr. 1 CT vyšetrenie. Zdroj: fotoarchív autora



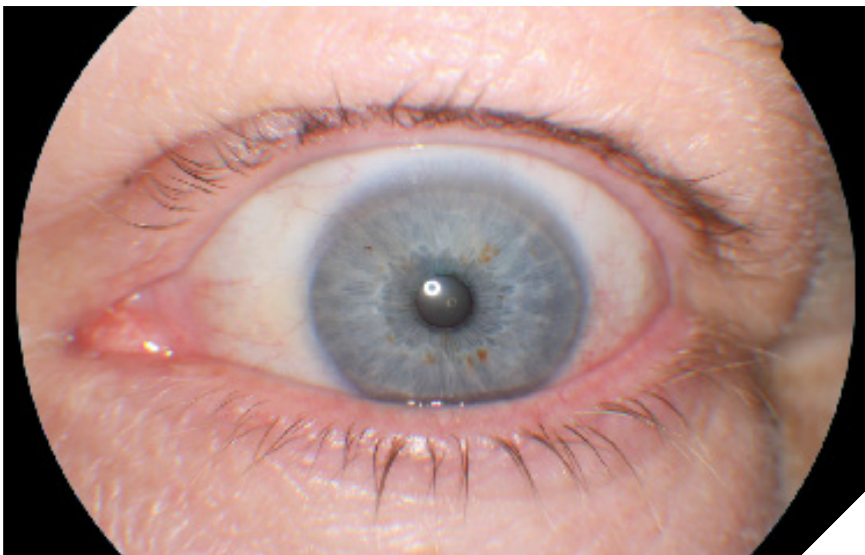
Obr. 2 CT vyšetrenie. Zdroj: fotoarchív autora



Obr. 3 Pacient pred elimináciou. Zdroj: fotoarchív autora



Obr. 4 Vybratý brok. Zdroj: fotoarchív autora



Obr. 5 Pacient tesne po eliminácii broku z orbity. Zdroj: fotoarchív autora

V septembri 2011 mal pacient pri opakovaných meraniach vnútroočný tlak od 18 do 26 torr pri liečbe Cosoptom v PO a v L'O bez liečby. Iritácia bulbu je menšia, ale čo je podstatne, pacient sa subjektívne cíti oveľa lepšie. Aj naďalej je sledovaný na očnej ambulancii, stále pretrvávajú vyššie hodnoty vnútroočného tlaku pri kombinovanej antiglaukomatickej lokálnej liečbe, bulbus je dráždený a preto v apríli 2012 bol odoslaný na vyššie pracovisko kde mu bola vykonaná protiglaukomová filtračná operácia s implantátom expres.

Po operácii mu boli urobené kontrolné vyšetrenia: CT mozgu, MR s kontrastnou látkou, kde sú normálne nálezy orbít. HRT je bez progresie glaukomových zmien na zrakovom nerve. No napriek tomu pretrvávajú zvýšené hodnoty IOT a bulbus je stále dráždený aj pri dostatočnej kombinovanej lokálnej liečbe.

Záver

Predpokladá sa, že cudzie teliesko - brok bolo príčinou vzniku sekundárneho glaukómu. V každom prípade sa treba pozastaviť nad dlhým časom, kedy tam to cudzie teliesko bolo kým nevznikli symptómy sekundárneho glaukómu u tohto pacienta a je otázne aký? Aký dlhý čas bude potrebný na reparáciu stavu ?

Zdroje

1. VÝBORNÝ, P. a kol. *Glaukom – vybrané kapitoly*. Hradec Králové : Nucleus HK, 2008. ISBN 978-80-87009-35-2.
2. KUCHYNKA, P. a kol. *Oční lékařství*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1163-8.

Kontakt na autorov

Mgr. Jana Sedláková, dipl.s.
predsedníčka sekcie sestier pracujúcich v oftalmológii
saknajs@gmail.com

MUDr. Mária Michalková
Prímárka očného odd. JZS
Nemocnica Poprad, a.s.
maria.michalkova@nemocnicapp.sk

MUDr. Lívia Javorská
Očné odd. JZS, Nemocnica Poprad, a.s.
livia.javorska@nemocnicapp.sk

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

Podrobnejšie informácie o všetkých plánovaných aktivitách sústavného vzdelávania nájdete na stránkach:

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

II. Vedecká konferencia pôrodných asistentiek s medzinárodnou účasťou

Miesto: Zvolen

Termín: **04. 05. – 05. 05. 2017**

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

XXVII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich na operačných sálach s medzinárodnou účasťou

Miesto: Sliač

Termín: **11. 05. – 12. 05. 2017**

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

XI. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v zubnom lekárstve

Miesto: Nový Smokovec, Vysoké Tatry

Termín: **26. 05. – 27. 05. 2017**

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

VIII. Celoslovenská konferencia Sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek SK SaPA a zároveň VII. ročník Dňa Sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek SK SaPA

Miesto: Trenčín

Termín: **03. 06. 2017**

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



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

Miesto konania: Bratislava

Termín: **15. 06 – 16. 06. 2017**

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



XX. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v psychiatrii

Miesto konania: Košice

Termín: **28. 09. – 29. 09. 2017**

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

XX. konferencia sestier pracujúcich v ORL s medzinárodnou účasťou

Miesto konania: Zvolen

Termín: **13. 10. – 14. 10. 2017**

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



Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistancia v procese zmien II. Celoslovenská konferencia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek s medzinárodnou účasťou

Miesto konania: Nový Smokovec, Vysoké Tatry

Termín: **21. 09. – 22. 09. 2017**

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



IX. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v oftalmológii

Miesto konania: Tále

Termín: 20. 10. – 21. 10. 2017

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



VIII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v dermatovenerológii

Miesto konania: Prešov

Termín: 20. 10. 2017

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



VIII. Celoslovenská konferencia geriatrických sestier s medzinárodnou účasťou

Miesto konania: Liptovský Ján

Termín: 20. 10. – 21. 10. 2017

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



ZASTUPOVALI SME SESTRY NA PRESTÍŽNEJ MEDZINÁRODNEJ KONFERENCII V BERLÍNE



2nd Annual Global Nursing

Management & Innovation Forum

PhDr. Iveta Drahoňová, dipl.s. – viceprezidentka pre sestry pracujúce v zdravotníckych zariadeniach

PhDr. Dagmar Richnáková – členka Rady SKSaPA

Mgr. Martina Dubovcová, PhD. – predsedníčka odbornej Sekcie sestier pracujúcich v psychiatrii

V dňoch 09.03. – 10.03.2017 sa v Nemecku – Berlíne konala prestížna, medzinárodná konferencia s názvom 2nd Annual Global Nursing Management & Innovation Forum. Na tejto konferencii mala zastúpenie aj Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. Slovenské sestry zastupovala viceprezidentka pre sestry pracujúce v zdravotníckych zariadeniach PhDr. Iveta Drahoňová, členka Rady Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek PhDr. Dagmar Richnáková a predsedníčka odbornej Sekcie sestier pracujúcich v psychiatrii Mgr. Martina Dubovcová, PhD.

Medzinárodnej konferencie sa zúčastnilo 65 delegátov z 23 krajín sveta. Prevažne to boli manažéri, riaditelia pracujúci v nemocniciach, pedagógovia z uznávaných univerzít. V rámci konferencie odznelo 11 prednášok, 2 workshopy a panelová diskusia. Obsah celého odborného podujatia a od-

borného programu sa niesol v duchu manažmentu týkajúceho sa sestier a ošetrovateľskej praxe.

Úvodné slová konferencie patrili Iris Meyenburg – Altwarg, prezidentke European Nurse Directors Associa-

tion (ENDA) – Nemecko, ktorá prítomných srdečne privítala a popriala úspešný priebeh rokovania. Medzi významných speakerov patrili Noel Scanlon, executive Director of Nursing County Durham and Darlington



(Zdroj: fotoarchív autora)

NHS Foundation Trust - Spojené kráľovstvo Veľkej Británie a Severného Írska, ktorý svojim príspevkom poukázal na zvýšený odliv sestier z krajiny a na zvýšenú potrebu registrovaných sestier. Predstavil Centrum národného systému zdravotníctva vo Veľkej Británii, ktorý sa podieľala na zvýšení úrovne zdravotnej starostlivosti. Zdôraznil dôležitosť silného marketingu, funkčnosti regrutačných náborových centier, zlepšenie jazykovej vybavenosti a motivácie sestier a dobrovoľníkov v oblasti zdravotníctva.

Edwin Cabigao z Centra Pointe Learning Institute – USA sa vo svojom príspevku zaoberal mentorstvom. Informoval prítomných o kvalitatívne vypracovanom mentorskom programe a jeho implementácii do praxe. V súčasnosti majú v systéme okolo 350 mentorov. Poukázal, že mentorstvo je kľúčom ako udržať sestry v systéme. Ďalej odznela prednáška o procese zapojenia sestier do systému zdravotnej starostlivosti, o zavedení elektronickej dokumentácie, video prezentácia o stratégiách na zvýšenie odolnosti sestier (stres, vzťahy,

prostredie...) v ošetrovateľskej praxi, o vývoji, podpore vodcovstva a vodcovských schopnostiach, profesionálnom vzdelávaní sestier, o premene zdravotnej starostlivosti pomocou IT technológií, jej úspešnej implementácii, o ošetrovatelstve založenom na dôkazoch – výskume.

Na konferencii boli predstavené softvéry a aplikácie, ktoré umožňujú plánovať domácu ošetrovateľskú starostlivosť a zároveň príklady ich úspešnej implementácie do praxe.

V panelovej diskusii 4 predstavitelia, Luc Rosseel – Belgicko, Kaat Siebens – Belgicko, John James Power – Veľká Británia, Helene B.H.Wiliams – Dánsko, diskutovali o manažmente ošetrovateľskej starostlivosti, o nástrojoch, ktoré by dopomohli zvýšiť kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti, o hľadaní stratégií, ktoré by boli efektívne a prínosné pre ošetrovatelstvo a napokon o možnostiach a benefitoch, ktoré by posilnili počet sestier v systéme starostlivosti v krajinách. Do diskusie sa zapájali aj ostatní zúčastnení.

V rámci workshopu mali zúčastnení delegáti vypísať a vyzdvihnúť pozitívna a negatívna interakcií pacient- sestra, sestra – kolega, zamestnávateľ – sestra, migrácia – sestra.

Na záver konferencie prezidentka európskej asociácie riaditeľov ošetrovatelstva (ENDA) Iris Meyenburg- Altwarg vyslovila veľkú radosť z účasti všetkých delegátov krajín a ich kreatívnu diskusiu k rôznym zaujímavým témam a vyslovila poďakovanie všetkým participantom podujatia. Vyslovila túžbu realizovať tradičné stretnutia tohto charakteru a pozvala zúčastnených na konferenciu, ktorá sa bude konať v októbri 2017 v Opatiji (Chorvátsko) a na konferenciu, ktorá sa bude konať vo februári 2018 v Barcelone (Španielsko) pod názvom 3rd Annual Global Nursing Management Conference.



(Zdroj: fotoarchív autora)

Ve dnech 7.-10. 2. 2017 proběhl již 19. ročník mezinárodního setkání lékařů i nelékařských pracovníků pracujících v oboru intenzivní péče - Colours of Sepsis Ostrava. Součástí kongresu byl 4. postgraduální kurz sester v intenzivní péči, který se připojil k této mimořádné akci s cílem zvýšit možnosti implementace preventivních opatření pro vznik sepse na pracovištích intenzivní péče do klinické praxe. V rámci vzájemné komunikace se sestrami různých intenzivních oborů můžeme rozšířit své zkušenosti při ošetřování našich pacientů. V tomto roce byla sesterská část kongresu obohacena o sekci fyzioterapie v intenzivní péči, kterou koordinovali fyzioterapeuti z FN Ostrava jmenovitě Mgr. I. Chwalková s podporou odborné společnosti Unie fyzioterapeutů v České republice. Tento záměr se potkal s výborným ohlasem, všichni zúčastnění potvrdili nesporný význam vzájemné spolupráce.

Na letošní ročník se přihlásilo na 1588 účastníků, z toho 447 sester a fyzioterapeutů. Pozvání přijali také zahraniční účastníci, kromě našich kolegů ze Slovenska se zástupcem Slovenské komory sester a porodních asistentek PhDr. M. Laurincem, PhD., pozvání přijali Dr. B. Stibor z Rakouska a Dr. A. Borodzicz- Cedro, Dr. S. Kremínska z Polska.

V sesterské sekci zanělo 28 aktivních příspěvků, v posterové sekci jich bylo 13.

Slyšeli jsme přednášky na téma bariérová opatření při přijetí pacienta se závažnou infekcí, postupů pre-



vence sepse a jejich uplatnění v klinické praxi, s mimořádným ohlasem se shledala také v praxi velmi často řešená problematika - kriticky nemocný pacient a co dál? V rámci pediatrické sekce zazněly velmi zajímavé kazuistiky pacientů v septickém stavu, které dokreslily aplikaci možnosti prevence u dětí. Otevřená diskuse byla věnovaná problematice Komunikace s pacienty trpící ztrátou. Její účast přijala psycholožka Mgr. J. Woleská, Doc. MUDr. J. Drábková a Prof. MUDr. P. Ševčík, CsC.

Také v tomto roce byly na sesterské sekci přijaty s velmi dobrým ohlasem workshopy, které byly věnovány problematice prevence katéetrové sepse -bezpečná infuzní linka a domácí péči o děti s umělou plicní ventilací. Při této příležitosti je potřeba vyzdvihnout spolupráci s Katedrou intenzivní medicíny a forezních oborů, Lékařské fakulty Ostravské univerzity v Ostravě, kde studenti oboru Zdravotnický

záchranář pod vedením PhDr. S. Psennerové, PhD. spolu s pracovníky z urgentního příjmu FN Ostrava a zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby MSK předvedli v modelové situaci kontraverzní případy přijetí pacientů v podmínkách přednemocniční péče. Tato forma se ukazuje být optimální pro vzájemnou komunikaci a možnost získat zkušenosti a postoje pracovníků z jiných pracovišť. Může nám všem pomoci odhalit mnohá úskalí jednotlivých rolí, lépe komunikovat, což nepochybně ovlivní výsledek naší práce. Budeme se snažit v následujících ročnících tento trend dále rozvíjet. Věříme, že nám zúčastnění zachovají přízeň, abychom společně mohli optimalizovat péči o naše pacienty.

*PhDr. Renáta Zoubková
Vrchní sestra
KARIM FN Ostrava*

4. POSTGRADUÁLNI KURZ SESTER V INTENZIVNÍ PÉČI V OSTRAVE A PREZENTÁCIA SESTIER ZO SLOVENSKA

PhDr. ANDREA BRATOVÁ PhD.^{1,2}, Mgr. MÁRIA SEDLIAKOVÁ²

¹ Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

² Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Súčasťou medzinárodného kongresu 19-th Colours of sepsis bol aj 4. Postgraduálny kurz sestier v intenzívnej péči. Tradične bolo sympóziom a kurz výborne organizované pracoviskom KARIM FN Ostrava, v spolupráci s Lekárskou fakultou Ostravskej univerzity. Počas tohto podujatia bola možnosť zúčastniť sa na množstve odborných príspevkov a zručností, ktoré prebiehali formou prednášok, workshopov a posterov.

Slovenské sestry sa zúčastnili s vysoko odborne spracovanými témami vo forme prednášok, workshopov a posterov. V sekcii prednášok bola prezentovaná Mobilná izolačná komora immunair – jej využitie a uplatnenie v obore AIM (Banská Bystrica). Prezentácia sumarizovala najčastejšie vzduchom prenášané nákazy, pôvodcov ochorení a možnosti ochrany v oblasti starostlivosti o ovzdušie so zameraním na ochranu personálu a pacientov. Analyzovala efektivitu použitia izolačnej komory v prostredí intenzívnej starostlivosti a poukazuje na jej efektivnosť a jednoznačný prínos. V prednáške „Benefit“ života dieťa s jednodukomovou cirkuláciou (Bratislava) uviedol Milan Laurinc, že aj keď rodičia detí s jednodukomovou cirkuláciou hodnotia ich kvalitu života ako dostatočnú, samotný priebeh ochorenia,

diagnostika a liečba prinášajú celej rodine mnoho problémov, s ktorými nie je jednoduché sa vysporiadať. Autor zdôraznil, že práve multidisciplinárny ošetrovateľský tím a podporné skupiny sú základom pre zlepšenie kvality života ich dieťaťa. Poslednou prezentáciou, v ktorej slovenské sestry prispeli v bloku prednášok boli Možnosti prevencie nozokomiálnych nákaz (Martin). Postery našich sestier priniesli poznatky z oblastí: Manažment sestry pri EBUS (Martin), Kontinuálna CVVH u dieťaťa ako jediná alternatíva riešenia renálneho zlyhania (Banská Bystrica), Etické aspekty v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti (Trnava, Bratislava, Ružomberok). Medzinárodná spolupráca priniesla postreh vo forme prezentácie Jak se osvědčili opatření k prevenci sepse na KARIM FN Ostrava? (Bratislava, Ostrava), v ktorej sa uvádzalo, že jednou z hlavných stratégií ošetrovania pacientov sú opatrenia založené na účinnej prevencii. Z ošetrovateľských intervencií ide o aseptické postupy, bariérové ošetrovateľské techniky, výber pomôcok, starostlivosť o ne a frekvencia výmeny ochranných bariér. Skupina autorov sa venovala prevencii Nozokomiálnej pneumónii ventilovaných pacientov (VAP), ktorá je považovaná za najčastejšiu nozo-

komiálnu infekciu pacientov vyžadujúcich umelú pľúcnu ventiláciu (UPV). Išlo o prevenciu tracheobronchiálnej kolonizácie, dodržiavanie hygienického režimu, starostlivosť o komponenty k UPV, prevenciu aspirácie, polohu pacienta, intubácie a reintubácie pacienta, respiračnú fyzioterapiu. Dôležitým krokom bolo zavedenie Check – listu na prevenciu VAP. Jeho cieľom bolo mapovať realizáciu preventívnych opatrení v klinickej praxi. Jednalo sa o opatrenie jednoduché a väčšinu z nich realizovali sestry. Veľmi veľký ohlas mala prezentácia Pronačná poloha (Baden, Rakúsko), ktorá hodnotí efektivitu pronačnej polohy (poloha na bruchu zlepšuje oxygenáciu a ventilačné perfüzne pomery) u pacientov vyžadujúcich intenzívnu starostlivosť. Výhodou je jej jednoduchosť a účinnosť. Kontraindikáciou sú nestabilné zlomeniny tváre, chrbtice, panvy a resuscitácia pacienta.

Chceme poďakovať organizátorom podujatia za sprostredkovanie nových informácií a poznatkov z oblasti sepsy a taktiež všetkým slovenským sestram, ktoré sa na podujatí aktívne zúčastnili a prezentovali svoju prácu, skúsenosti a zručnosti na medzinárodnom fóre.



(Zdroj: fotoarchív autora)

VIII. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V OFTALMOLÓGIÍ

V dňoch 30. septembra a 1. októbra 2016 v Kongresovej sále Hotela APOLLO Bratislava sa konala v poradí už VIII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v oftalmológii, ktorej sa zúčastnilo 153 sestier z celého Slovenska. Konferenciu organizovala SK SaPA a Sekcia sestier pracujúcich v oftalmológii pri SKSaPA v spolupráci s Regionálnou komorou SaPA Bratislava 5 a Očnou klinikou SZU, UNB Antolská, Bratislava.

Hlavnými témami konferencie boli: choroby oka, ošetrovateľská starostlivosť a manažment starostlivosti o pacienta s chorobami oka, varia. Program konferencie bol rozdelený do dvoch dní a tvorilo ho 30 prednášok rozdelených do šiestich odborných blokov. Medzi významných hostí konferencie patrili viceprezidentka SKSaPA PhDr. Iveta Drahoňová, námestníčka UNB PhDr. Eva Somogyová, primárka Očnej kliniky SZU a UNB MUDr. Erika Vodrážková, MPH, viceprezidentka Regionálnej komory SaPA Bratislava 5 Zuzana Polčinová, manažérka pre bezpečnosť UNB Mgr. Marta Baričičová, riaditeľka Rehabilitačného strediska pre zrakovo postihnutých v Levoči Mgr. Zuzana Labajová, zástupkyňa Únie nevidiacich a slabozrakých v Bratislave Jarmila Antalíková a riaditeľka Aliancie žien Slovenska Mgr. Katarína Farkašová.

Počas dvoch pracovných dní konferenciu viedla staničná sestra očnej kliniky UNB Mgr. Gabriela Hanáčková, ktorá privítala hostí, požiadala ich o krátke príhovory a predsedníčku Sekcie sestier pracujúcich v oftalmológii Mgr. Sedlákovú vyzvala o slávnostne otvorenie konferencie.

Prvý blok odborných prednášok tvorili 4 prednášky na tému Refrakčná chirurgia a venovali sa problémom pacientov s okuliarovou korekciou. Ďalší blok odborných prednášok bol

na tému Varia, obsahoval 6 prednášok a to z oblasti nevidiacich a slabozrakých ľudí, z očného bankovníctva a iné skúsenosti v očnom odbore. Po obedňajšej prestávke pokračoval tretí odborný blok so šiestimi prednáškami na tému Ošetrovateľská starostlivosť a manažment starostlivosti o pacienta s chorobami oka. Posledný blok odborných prednášok bol venovaný Retine – sietnici a novými vyšetrovacími a liečebnými metódami. Prvý pracovný deň bol ukončený Galavečerom v Double Tree by Hilton Hoteli Bratislava s bohatým programom.

Prezentácia odborných prednášok pokračovala na druhý deň dvomi blokmi prednášok, ktoré otvorila Mgr. Hanáčková a všetkých účastníkov privítala. V úvode druhého konferenčného dňa predsedníčka Sekcie oboznámila prítomných o úspešnom ukončení prvého ročníka Certifikačného štúdia Ortooptika – pleoptika. Po osobnom stretnutí a rozhovore s prof. MUDr. A. Gerincom, CSc. a PhDr. J. Jarinovou sa vzájomne dohodli, že ďalšia výučba bude prebiehať každý druhý rok za splnených podmienok. To znamená: kvalifikovaná sestra s dvojročnou praxou v odbore oftalmológia.

Piaty a šiesty blok odborných prednášok bol zameraný na tému Choroby oka s deviatimi veľmi zaujímavými odbornými prednáškami ako nám pri skvalitňovaní práci pomáhajú navigačné systémy a iné moderné technológie. Tento pracovný deň nám sprijemnil hostia svojim krátkym programom Maroš a Alexandra Bangovci, ktorí vytvorili príjemnú atmosféru a pokračovalo sa ďalšími odbornými prednáškami. Okrem odborných prednášok, bola veľmi zaujímavá a poučná prednáška: Násilie páchané na ženách – fyzické a psychické, odprednášaná riaditeľkou Aliancie žien Slovenska Mgr. Katarínou Farkašovou. Pani riaditeľka rozprávala, že

týranie žien je téma, o ktorej sa stále málo rozpráva a o to menej sa s týraním ako takým niečo robí. Násilie na ženách je problémom nás všetkých a to nielen ekonomickým, ale najmä spoločenským a politickým. Ak budeme dnes zatvárať oči pred násilím, ktoré postihuje podľa štatistík každú 3,5 – ú ženu, zvykneme si akceptovať aj iné násilie.

Na záver podujatia Mgr. Hanáčková poďakovala hosťom za ich účasť na konferencii, všetkým prednášajúcim za pekné a poučné prednášky a ostatným vzorným poslucháčom za plodnú diskusiu. Účasť na konferencii bola príležitosťou na výmenu skúseností pri starostlivosti o pacientov s chorobami oka v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach a na získanie nových vedomostí a poznatkov. Predsedníčka sekcie Mgr. Sedláková zhodnotila konferenciu, ktorá plnou mierou naplnila svoje poslanie o informácie, poznatky a vedomosti, ktoré prinesú úspech a odzrkadlia sa v ďalšej nesmierne náročnej práci v celom jej kontexte. Poďakovala Mgr. Hanáčkovej a jej dcére Dominike za príjemnú atmosféru počas týchto dní, všetkým účastníkom a celému organizačnému tímu za spoluprácu a úspešný priebeh tohtoročnej konferencie. Prítomných oboznámila s termínom konania IX. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v oftalmológii, ktorá sa uskutoční 20. – 21.10.2017 na Táloch, Hotel STUPKA. Organizátorom budúcej konferencie popriala veľa úspechov a sil.

*Mgr. Jana Sedláková, dipl.s.
predsedníčka výboru sekcie sestier
pracujúcich v oftalmológii*



Obr. 1 Hostia konferencie. Zdroj: fotoarchív autora



Obr. 2 Účastníčky konferencie. Zdroj: fotoarchív autora



Obr. 3 Organizačný tím. Zdroj: fotoarchív autora

Ďakujeme Vám, prof. MUDr. Gerinec CSc., PhDr. J. Jarinová...

„... svetlo, tma a medzitým záblesky nádeje. Tak sme sa narodili do života všetci. Hľadáme neviditeľné a nevidíme nájdene u tých, čo vidia srdcom. Pohládme všetko pekné za tých, čo nevidia. Spolu s nimi nazrime pod povrch vecí, snov i slov. Máme rovnaké oči. Líšime sa len tým, čo zo seba dávame.“
/slová neznáameho autora/

V praktickom živote si uvedomujeme, že zrak je jeden z najdôležitejších faktorov ovplyvňujúcich kvalitu bežného štandardu, ale aj vysokého komfortu života. Farby, tvary, rozlišovanie vzdialeností... za vnímanie vonkajšieho sveta vďačíme zmyslu „ZRAK“, ktorého orgánom sú oči. Oči tak dokonalé a zároveň nedokonalé. Dokonalé, ak prenatálny a postnatálny vývoj prebieha fyziologicky. Nedokonalé ak sa objaví patogenita rôzneho druhu. Zrak označujeme za najdôležitejší zo zmyslov človeka. Vďaka nemu môžeme vidieť svet taký, aký je, ovplyvňuje rozumovú i citovú stránku, aby sme mohli pohoťovo reagovať na množstvo podnetov prichádzajúcich zvonka. Toto všetko nie je samozrejmé. Uvedomíme si to väčšinou až vtedy, keď prideme o zrak, či už pri úrazoch, rôznych ochoreniach, prípadne vrodených, alebo získaných poruchách oka.

budú musieť rozhodovať pri voľbe povolania. Jednou z vážne obmedzujúcich príčin sa stane aj očný nález v zdravotnej dokumentácii. Z praktických skúseností môžem smelo napísať o rodičoch, ktorí sa ocitli v situácii, že ich deťom bola diagnostikovaná funkčná porucha zraku a boli odoslaní na vyšetrenie k ortoptistovi ani len netušili, že také niečo vôbec existuje (pokiaľ sami v detstve takéto vyšetrenia a cvičenia neabsolvovali). Práca ortoptistu je nesmierne dôležitá ako pre lekára pri diagnostikovaní a následnej liečbe, tak pre dieťa a celej jeho zainteresovanej rodine. Preto ortoptista musí mať vysoko profesionálny prístup, odborné teoretické vedomosti a praktické zručnosti vo svojom obore. Na Slovensku sa po dlhých 19 rokoch podarilo otvoriť na SZU v Bratislave certifikačné štúdium „ortoptiky a pleoptiky“ vďaka odhodlaniu a zaniušeniu pre dobrú vec profesorovi MUDr. A. Gerin-

absolventským skúškam. Takže: „Dámy a páni **ĎAKUJEME**, bolo nám ctou.“

Osobne by som sa chcela poďakovať MUDr. K. Schniererovej a ortoptistke už na zaslúženom dôchodku sestre/ortoptistke L. Osterreicherovej, ktoré celý svoj profesijný život zasvätili detskej oftalmológii a vďaka ktorým v našom regióne vyrástli nielen noví z detičiek/pacientov úspešní mladí ľudia.

„Práca s deťmi je krásna, zdravie vzácne, aj ten najmenší úspech pri zlepšovaní ich kvality života je neopísateľný“. Ortoptika tu bola a znovu je. Je potrebné rozširovať vedomosti v tomto odbore do povedomia širokej verejnosti, ako aj do radov pedagogických pracovníkov v materských škôlkach, v základných školách. Vzájomnou spoluprácou dosiahneme rýchlejšie a lepšie výsledky v liečbe funkčných porúch zraku.



Obr. 1 Absolventky certifikačného štúdia. (Zdroj : fotoarchív autora)

Pre správny psychomotorický vývoj jedinca má nevyčísliteľnú hodnotu popri vývoji zraku aj správny vývoj binokulárnych funkcií oka. Ak dôjde k jeho porušeniu, je nutné po odstránení príčiny čo najskôr začať s metódami podporujúcimi ich obnovovanie, funkcie. Touto problematikou sa zaoberá odbor „Ortoptika“. Človek prechádza vývojovými zmenami celý život. Vývoj a upevňovanie binokulárnych funkcií oka sa vyvíja zhruba do šiestich rokov života. Z tohto dôvodu väčšinu pacientov tvoria deti. Deti, ktoré majú celý život pred sebou, ktoré sa raz

covi, CSc., PhDr. J. Jarinovej, Mgr. J. Sedlákovej, dipl.s., predsedníčke sekcie sestier pracujúcich v oftalmológii a členkám výboru sekcie – PhDr. Ž. Horňákovéj, Z. Kramolišovej, Mgr. I. Slizovej, za čo im patrí veľký obdiv.

V mene všetkých absolventiek certifikačného štúdia, sa chcem touto formou z úprimného srdca poďakovať prof. MUDr. Gerincovi, CSc., PhDr. J. Jarinovej, J. Morvaiovej a celej skúšobnej komisii, ktorí priviedli úspešne certifikačné štúdium dňa 8.9.2016 k záverečným

Pomohli by aj lepšie postoje k danej problematike zo strany poisťovní, efektívnejšie a rýchlejšie jednanie s Ministerstvom zdravotníctva. Toto je už však námet pre iný článok.

*Mgr. L. Šramatyová, dipl.s.
Vedúca sestra očného odd. NsP
so sídlom v Bojniciach*

Vážené kolegyně a kolegovia,

POZOR, máme pre Vás veľkú novinku, ktorá Vám výrazným spôsobom uľahčí využívanie nášho SK SaPA benefitného systému. Na zimnú sezónu 2016/2017 máme pre Vás pripravené atraktívne až 50% výhody na skipasy v 16 významných lyžiarskych strediskách. **Odteraz už bez registrácie a novinka platí pre Vás členov našej komory.**

Stačí urobiť tri jednoduché kroky a môžete túto zimu ušetriť desiatky eur:

1. KROK: navštívte stránku www.firemnebenefity.sk (na stránke nájdete kompletnú ponuku benefitov bez nutnosti prihlásenia sa)

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



Objednanie

Prihlásenie:

E-mailová adresa účtu *

Heslo účtu *

* e-mail: benefity@sksapa.sk

* heslo: sksapa2017

3. KROK: vytlačte si vygenerovaný poukaz, preukážte sa ním u partnera a získajte výhodu.

V prípade, že by ste mali akékoľvek otázky ohľadom benefitov (ich využívanie, objednávanie, ...) môžete kontaktovať našu technickú podporu:

Tel. kontakt: 0948 177 203

e-mail: sakala@skbenefit.sk

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



Prajeme Vám veľa príjemných chvíľ s SK SAPA BENEFITNÝM SYSTÉMOM

KVALITA ŽIVOTA OSOB S PORUCHOU ČICHU

QUALITY OF LIFE IN PATIENT WITH OLFACTORY DYSFUNCTION

PAVLÍNA BROTHÁNKOVÁ^{1,2}, EVA NEDOMOVÁ², JAN VODIČKA^{1,2}

¹ Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubická nemocnice, Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku

² Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Abstrakt

Cíl: Cílem studie bylo zhodnotit kvalitu života osob s poruchou čichu pomocí specifického dotazníku a porovnat vnímání obtíží v závislosti na pohlaví.

Materiál a metodika: První výzkumný soubor tvořilo 60 osob (průměrný věk 52 let $\pm 15,83$, 57% žen a 43% mužů) s poruchou čichu. Druhý výzkumný soubor (kontrolní skupinu) tvořilo 30 zdravých osob (průměrný věk 51 let $\pm 16,76$, 57% žen a 43% mužů). K vyšetření čichu byly použity standardizované olfaktometrické testy - Test parfémovaných fixů (OMT) a Sniffin 'Sticks. Dotazník byl rozdělen na čtyři části a kromě specifických otázek obsahoval dvě otázky obecné.

Výsledky: Kvalita života osob s poruchou čichu byla narušena v oblasti psychické, v oblasti příjmu stravy a v souvislosti s riziky zevního prostředí. Byl prokázán statisticky významný rozdíl bodového zisku dotazníku mezi osobami s poruchou čichu a osobami zdravými ($p < 0,05$). Celkové skóre specifické části dotazníku ukazuje, že ženy vnímaly kvalitu života hůře než muži.

Závěr: Dotazník přináší nové informace o vnímání kvality života osob s poruchou čichu. Studie nadále pokračuje s cílem rozšířit soubor respondentů a zaměřit se na vliv parosmie a fantosmie na kvalitu života.

Klíčová slova

poruchy čichu, kvalita života, specifický dotazník, čich, olfaktometrie.

Abstract

Purpose: The aim of study was to determine quality of life in patients with smell dysfunction using the specific

olfactory disorders questionnaire. The results were compared between men and women.

Material and methods: A total of 60 participants with smell disorders (aged 52 years average $\pm 15,83$, 57% women and 43% man) and 30 healthy volunteers (aged 51 years average $\pm 16,83$, 76% women and 43% man) were included in to study. The sense of smell was tested by Odorized Markers Test (OMT) and Sniffin 'Sticks test (16 – items identification test). A questionnaire was divided into four part. The specific questions were complemented about two general questions.

Results: The quality of life was altered in the area psychological well-being, reduced enjoyment of food and negative effects on safety (detect spoiled food, gas leaks and smoke). In our study we proved statistically significant difference of outcome questionnaire score depending on the patients with smell dysfunction and healthy volunteers ($p < 0,05$). Women have significantly more issues than men.

Conclusions: The questionnaire give us new information about perception quality of life in patient with olfactory dysfunction. The study further continues to purpose increase the number of respondents and focus on the impact of qualitative disorders (parosmia and phantosmia) on quality of life.

Key words

smell disorders, quality of life, specific questionnaire, olfaction, olfactometry.

Úvod

Kvalita života se řadí k významným tématům v oblasti výzkumu v ošetrovatelství. Od dob Florence Nightingale je pozornost kromě samotného uzdravení po fyzické stránce věnována také psychosociální oblasti. V tomto smyslu patří k determinantám kvality života také oblasti, které může sestra přímo ovlivnit. Těmi jsou například prostředí a kvalitní edukace, tedy systematické předávání informací a výchova (1). Na kvalitu života je pohlíženo jako na vícerozměrnou veličinu a bývá definována jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. Zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale také psychickou kondici, společenské uplatnění a náboženské a ekonomické aspekty (2). Posouzení kvality života je také součástí algoritmů používaných ke zhodnocení závažnosti onemocnění, účinnosti léčby nebo porovnání různých léčebných modalit (3).

Kvalita života osob s poruchou čichu je nejvíce narušena v oblasti stravování (nedostatečný požitok při příjmu stravy a tekutin), bezpečnosti (výskyt toxických látek v prostředí nebo požití zkažených potravin) a mezilidských vztahů (vnímání vlastního tělesného pachu a sexuální život). V těchto třech oblastech byla shledána také základní funkce čichu pro člověka (4). Pacienti se musí vyrovnat se ztrátou čichu, vyhledávají informace a vyžadují kontrolu druhou osobou při dochucování stravy, používání parfémů a v dalších každodenních činnostech. Zahraniční literatura představila již publikace zabývající se hodnocením kvality života osob

s poruchami čichu (4, 5, 6, 7). V České a Slovenské republice nebyl vytvořen a validizován specifický dotazník k hodnocení kvality života osob s poruchou čichu. Publikována byla studie hodnotící subjektivní vnímání poruch čichu (8). Upravená verze dotazníku „Kvality života osob s poruchou čichu“ byla přeložena do českého jazyka na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku v Pardubické nemocnici. Výsledky pilotní studie české populace byly předneseny na kongresu Smell and Taste 08 a practical introduction to the physiology and pathophysiology of the chemical senses v roce 2016. Cílem studie bylo zhodnotit kvalitu života osob s poruchou čichu pomocí specifického dotazníku a porovnat vnímání obtíží v závislosti na pohlaví.

Materiál a metodika

Studie probíhala od 1. 3. 2016 do 31. 1. 2017 na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Pardubické nemocnice. Projekt byl finančně podpořen grantem Studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice (Hodnocení zdravotního stavu v otorinolaryngologii - SGS_2016_006) a grantem TA ČR (Chemosenzorická percepce a vývoj jejího měření - TA04011114).

Studie byla schválena Etickou komisí Pardubické nemocnice. První výzkumný soubor tvořilo 60 osob (průměrný věk 52 let $\pm 15,83$, 57% žen a 43% mužů) s poruchou čichu vyšetřených ve specializované poradně. Osloveni byli pacienti, kterým byla na základě výsledků čichových testů diagnostikována úplná (anosmie) nebo částečná (hyposmie) ztráta čichu. Druhý výzkumný soubor (kontrolní skupinu) tvořilo 30

zdravých osob (průměrný věk 51 let $\pm 16,76$, 57% žena a 43% mužů), které subjektivně označily svůj čich jako normální a při sběru anamnestických údajů u nich nebyla shledána žádná abnormalita, která by měla souvislost s poruchou čichu. Výsledky kontrolní skupiny ověřily spolehlivost dotazníku ve vztahu ke specifickému onemocnění. K vyšetření čichu byly použity standardizované olfaktometrické testy - Test parfémovaných fixů (Odorized Markers Test – OMT) a Sniffin 'Sticks test (16 složkový identifikační test), které mají stanovené fyziologické hodnoty v české populaci (9).

Dotazník kvality života osob s poruchou čichu je rozdělen na čtyři části. První část dotazníku obsahuje 32 otázek, rozdělených na negativní tvrzení (27 otázek), pozitivní tvrzení (4 otázky) a společensky žádoucí tvrzení (1 otázka). Tři negativní tvrzení zároveň obsahují otázky zaměřené na kvalitativní poruchy čichu (parosmii a fantosmii). Nabíduta byla čtyř stupňová charakteristika odpovědí, kdy každému stupni byla při třídění a vyhodnocování přidělena bodová hodnota v rozmezí 1 – 4. U každé otázky respondenti rozhodovali, zda s uvedeným tvrzením „souhlasí“ (1 bod), „spíše souhlasí“ (2 body), „spíše nesouhlasí“ (3 body) nebo „nesouhlasí“ (4 body). Snahou bylo, aby participanti odpověď označili bez dlouhého rozmýšlení a byly tak zachyceny první reakce. Příklady otázek jsou ukázány v tabulce 1 (Tab. 1). Druhá část dotazníku obsahuje doplňující otázky, které souvisí s poruchou čichu (subjektivní hodnocení čichu a nosní průchodnosti, kouření, rizikové povolání, alergie). Ve třetí části dotazníku jsme se respondentů dota-

zovali, zda dokážou běžně rozpoznat skořici, kávu, koření, česnek, ocet, benzín. Čtvrtá část dotazníku měla za úkol zmapovat subjektivní hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím v obou souborech respondentů. Participantům byl vysvětlen záměr studie a podepsali informovaný souhlas. Poté podstoupili vyšetření čichu a vyplnili dotazník kvality života. Výzkumník následně ověřil úplnost vyplnění dotazníku. Ke statistické analýze dat byl použit program STATISTICA 12. Použita byla metoda deskriptivní statistiky, T-test pro nezávislé vzorky při porovnání kvality života osob s poruchou čichu a zdravých osob. Škálové bodové hodnocení (1 – 4), třiceti dvou otázek v první části dotazníku, kde celkový počet třiceti dvou odpovědí shrnutých do kategorií 1 – 4 body tvoří celkové skóre. Medián odpovědí jednotlivých otázek se stal ukazatelem hodnocení kvality života osob s poruchou čichu a zdravých osob. Čím nižší bodové skóre respondenti dosáhli, tím hůře vnímali kvalitu svého života. Pro popsání vztahu mezi subjektivním vnímáním kvality života, spokojeností s celkovým zdravím v obou souborech respondentů a pohlavím byla použita kontingenční tabulka.

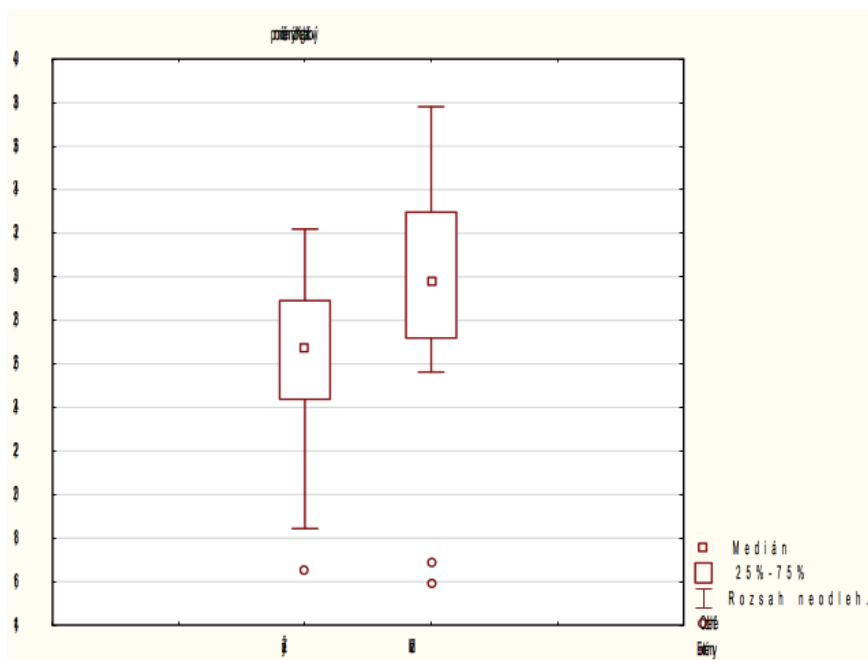
Výsledky

První část dotazníku

Celý den si uvědomuje potíže s čichem více než polovina (68%) respondentů s poruchou čichu. Potíže s čichem si neuvědomuje každý den 32% osob. Potíže s čichem dovede ignorovat 57% osob s poruchou čichu. Většina osob (85%) si představuje, že se jejich čich upraví. Vysoké procento osob (73%) má obavy, že nebudou nikdy schopni zvládnout potíže s čichem. Narušený

1.	Protože mám potíže s čichem, chodím do restaurace méně často než dříve.
6.	Většina mých problémů je způsobena poruchou čichu.
17.	Kvůli potížím s čichem mám strach, že jsem neustále vystaven různým nebezpečím (např. plyn, zkažené jídlo).
18.	Kvůli potížím s čichem mám problémy s psychikou.
21.	Často vnímám ošklivý zápach bez ohledu na to, zda je potencionální zdroj zápachu přítomen.
26.	Mám potíže s výkonem svého povolání pro poruchu čichu.
29.	Přestože mám poruchu čichu, vždy si přičichnu k jídlu, než ho sním.

Tab. 1 Příklady specifických otázek první části dotazníku



Graf 1 Porovnávání výsledného bodového zisku osob s poruchou čichu v závislosti na pohlaví

požitek při příjmu stravy a tekutin uvádí 70% osob. Problémy s hmotností udává 15% respondentů a 85% nevnímá souvislost mezi poruchou čichu a hmotností. Kvůli potížím s čichem má 70% osob strach, že jsou vystaveny různým nebezpečím zevního prostředí – únik plynu, chemikálií nebo požití zkažené stravy. Rizika zevního prostředí si neuvědomuje 30%. S nakupováním drogistického zboží a potravin má problémy pro poruchy čichu 55% dotázaných. Pro poruchu čichu se skupinám osob snaží vyhýbat pouze 10% dotázaných respondentů. V souboru osob

s čichovými obtížemi potvrdilo 30% respondentů problémy s psychikou. Narušený vztah s partnerem uvádí pouze 10% dotázaných osob. Krabicové grafy (Graf 1) zobrazují, že medián výsledků osob s poruchou čichu je v první části dotazníku u mužů vyšší a ženy tedy hůře vnímají poruchu čichu v každodenním životě. U skupiny žen i mužů se nachází odlehle hodnoty. Výsledky zdravých osob (kontrolní skupiny) byly v první části dotazníku vyjádřeny relativní četností. Pro příklad jsou výsledky odpovědí jedné vybrané otázky č. 20 uvedeny v porovnání s osobami s po-

ruchou čichu v grafu 2 (Graf 2). Pro porovnání výsledků bodového zisku u osob s poruchou čichu a zdravých osob byl použit t-test pro nezávislé vzorky na hladině významnosti 5% ($\alpha = 0,05$). Byl prokázán statisticky významný rozdíl bodového zisku dotazníku mezi osobami s poruchou čichu a osobami zdravými ($p < 0,05$). Zdravé osoby vnímaly kvalitu života lépe než osoby s poruchou čichu.

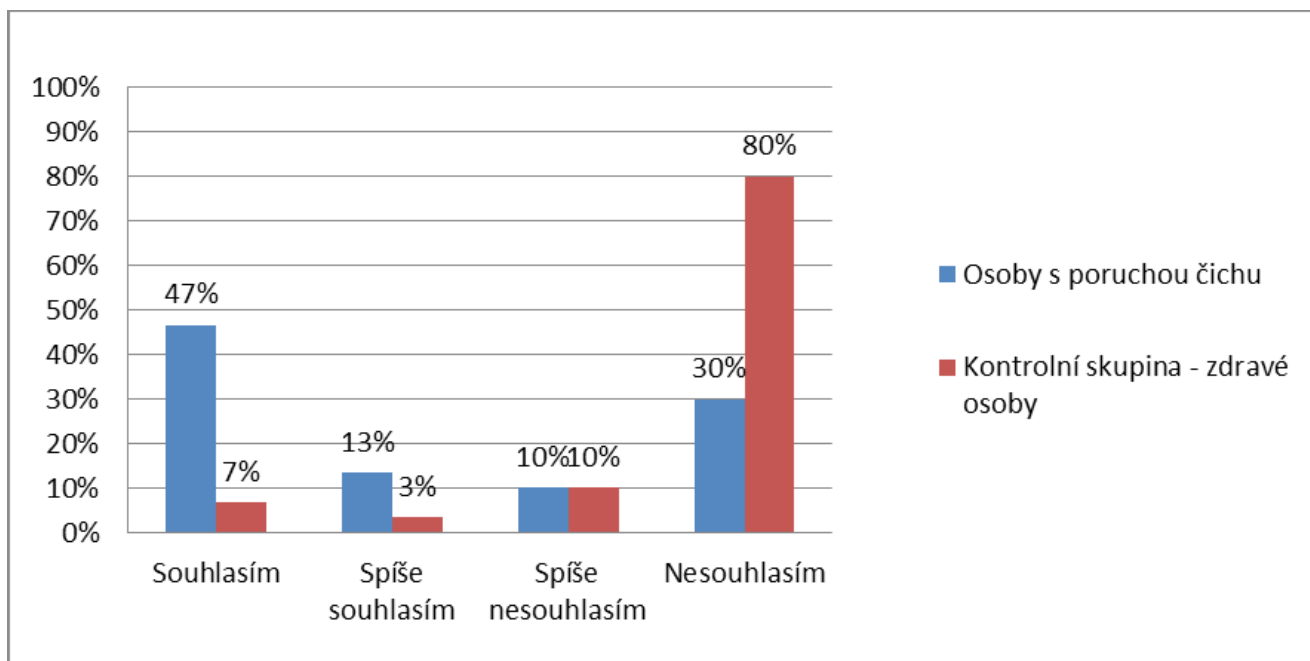
Druhá část dotazníku

Soubor osob s poruchou čichu tvořilo 28% kuřáků a 32% alergiků. Práci v rizikovém povolání pro čich uvedlo 20% a poruchu chuti 42% respondentů. Soubor zdravých osob tvořilo 23% kuřáků a 23% alergiků. Práci v rizikovém povolání pro čich uvedlo 23% a poruchu chuti žádný zdravý respondent.

Medián subjektivní hodnocení čichu na VAS 0 – 10 (0 = nejhorší čich; 10 = nejlepší čich) byl u osob s poruchou čichu 3 a u zdravých osob 10. Medián subjektivního hodnocení nosní průchodnosti na VAS 0 – 10 (0 = zcela neprůchodný; 10 = úplně průchodný) byl v obou souborech 10.

Třetí část dotazníku

Respondenti s poruchou čichu ve třetí části dotazníku uvedli, že nerozpoznají: skořici (62%), kávu (55%), koření (72%), česnek (57%), ocet (43%) a benzín (57%). Pouze 3% dotázaných zdravých



Graf 2 Vyhodnocení jedné otázky č. 20: Chuť jídla je odlišná, než bývala.

Tab. 2 Kontingenční tabulka hodnotící spokojenost se zdravím u osob s poruchami čichu v závislosti na pohlaví

Pohlaví	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani nespokojený/á ani spokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á	Celkem N počet
Muži	0	8	7	11	2	28
	0%	29%	25%	39%	7%	
Ženy	2	7	9	12	2	32
	6%	22%	28%	38%	6%	
Celkem	2	15	16	23	4	60

osob odpovědělo, že nerozpozná kořeni. 100% zdravých respondentů odpovědělo, že rozpozná ostatní uvedené látky.

Čtvrtá část dotazníku

Úkolem bylo zmapovat subjektivní hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím v obou souborech respondentů. Respondentům byla nabídnuta 5-ti stupňová charakteristika odpovědí. Kontingenční tabulka subjektivního hodnocení kvality života osob s poruchou čichu v závislosti na pohlaví ukázala, že nejvíce respondentů s poruchou čichu ohodnotilo kvalitu svého života jako dobrou (76 %). Muži v této obecné otázce hodnotí spokojenost se životem hůře (25 %), než je tomu u žen (13 %). Jedna žena však ohodnotila kvalitu svého života jako velmi špatnou. Neutrálně hodnotilo spokojenost se životem větší procento žen (41 %) než mužů (32 %). Kontingenční tabulka subjektivního hodnocení kvality života zdravých osob v závislosti na pohlaví ukázala, že kontrolní skupina žen a mužů nehodnotila spokojenost se svým životem záporně. Výrazně větší procento mužů (54 %) označilo kvalitu života jako velmi dobrou, oproti ženám (29 %). Ženy ohodnotily kvalitu svého života spíše jako dobrou. Kontingenční tabulka hodnotící spokojenost se zdravím u osob s poruchami čichu v závislosti na pohlaví ukazuje, že v souboru osob s čichovými potížemi není žádný muž, který by nebyl spokojen se svým zdravím. Sečteme-li pozitivní pásmo spokojenosti se zdravím, zjistíme, že v souboru osob s poruchami čichu, je většina žen i mužů se svým zdravím spokojená (Tab. 2). Kontingenční ta-

bulka hodnotící spokojenost se zdravím u zdravých osob v závislosti na pohlaví ukazuje, že v souboru zdravých osob žádný respondent nehodnotí své zdraví negativně. Ženy jsou se svým zdravím převážně spokojeny (71 %) a muži jsou ve většině velmi spokojeni (62 %).

Diskuze

Dotazník hodnotící subjektivní vnímání čichových poruch není doposud používaným nástrojem v klinické praxi. Česká otorinolaryngologická veřejnost má k dispozici validizovaný 22 položkový Sino-Nasal Outcome test (SNOT-22), pro hodnocení kvality života osob s chronickou rinosinuitidou. Zhodnocení čichu a chuti, které lze považovat za velmi důležité ukazatele kvality života, bylo do dotazníku zařazeno (3). Náš soubor osob s poruchou čichu sinonazální etiologie tvořilo 28% pacientů. První dotazník Questionnaire of Olfactory Disorders (QOD) vyvinuli a použili autoři Frasnelli, Hummel (4) se zaměřením na pacienty s parosmií. Dotazník je vhodným a validním nástrojem pro měření dopadu čichové dysfunkce na každodenní život. Otázky byly rozděleny do tří okruhů - negativní tvrzení (NS), pozitivní tvrzení (PS) a společensky žádoucí tvrzení (DS), které by měly přispět k věrohodnosti odpovědi. Zkrácená verze dotazníku QOD byla použita ve studii, která hodnotila kvalitu života osob s chronickou rinosinuitidou. Pacienti zařazení do studie vyplnili tři validizované všeobecné dotazníky kvality života Short Form-36 Health Survey [SF-36], Beck Depression Inventory [BDI], a Zung anxiety scale a s čichem související Questionnaire of Olfactory Disorders. Ženy dosáhly stati-

stický významně vyššího skóre v QOD, QOD-NS, BDI, a Zung (vše $p < 0,01$) ve srovnání s muži. Ženy s poruchou čichu tedy hůře vnímají kvalitu svého života. Zkrácená verze dotazníku QOD se ukázala jako snadno použitelný nástroj s vysokou citlivostí a specificitou (7). Naše studie využila v první části dotazníku otázky zaměřené na čichové poruchy z uvedených zahraničních výzkumů. Druhá část dotazníku byla zaměřena na doplnění obecných informací o souboru nemocných a zdravých osob (kouření, alergie, doba trvání poruchy čichu atd.). Standardně a cíleně se na tyto informace osob s poruchou čichu ptáme, protože mohou mít vliv na tíži poruchy čichu a souvisí s vnímáním kvality života. Navazující studie, které rozšíří soubor respondentů, umožní také porovnat další proměnné (etiologie poruchy čichu, délka trvání obtíží, věk atd.) ve vztahu ke kvalitě života. Ve třetí části jsme se dotazovali, zda osoby subjektivně rozpoznají některé pachy z běžného života. Důvodem je fakt, že pachové látky nevnímáme pouze ortonazálně (přes nosní vchody), ale také retronazálně (dutinou ústní přes nosohltan). Při vnímání pachové látky se uplatňuje také funkce trojklanného nervu. Mezi trigeminová stimulantů patří právě ocet, který člověk uvádí jako látkou dráždivou a byl zachycen i jedinci s anosmií (10). Výzkum probíhal v podmínkách klinické praxe, specifický dotazník byl proto doplněn o dvě otázky zaměřené na obecné hodnocení kvality života. Generický dotazník jsme pro velkou časovou náročnost ke zhodnocení celkového stavu nepoužili. Ptali jsme se, jak respondenti hodnotí kvalitu života a jak jsou spokojeni se svým

zdravím. Tyto generické otázky ukazují na nižší spokojenost mužů než žen. Celkové skóre specifické části dotazníku však ukazuje, že kvalita života mužů s poruchou čichu je lepší než u žen. Poruchy čichu trápí v každodenním životě více ženy (11). Neschopnost detekovat příjemnou vůni pokrmů, pocity osobní izolace a emocionální oploštělost jsou častou reakcí osob s úplnou ztrátou čichu (5). V našem souboru bylo 65 % anosmiků. Povirová dysosmie je častou příčinou ztráty čichu. Náš soubor tvořilo 47% osob s povirovou etiologií poruchy čichu. Studie (6) využila dotazníku Rhinosinusitis Disability Index (RSDI). Třicet otázek souvisejících s rinologickým onemocněním bylo rozděleno do tří domén: fyzické, funkční a emoční. Výsledky ukázaly, že nejvíce pacienty obtěžuje omezení v provádění běžných denních aktivit z důvodu problémů spojených s onemocněním a cítí se frustrovaní. Výrazně je také trápí, že strava má odlišnou (nedobrou) chuť, což je ve shodě s výsledky naší studie. První studie provedená ve Velké Británii (12) se snaží upozornit na opomíjenou skupinu pacientů s poruchou čichu, kteří si zaslouží kvalitní léčbu a empatické jednání. Výzkum ukázal u osob s poruchou čichu vysokou míru deprese (43%) a úzkosti (45%), potíže při příjmu stravy (92%) a sociální izolaci (57%). Ženy mají větší obtíže než muži v oblasti sociálních a rodinných funkcích. Kvalitativní poruchy výrazněji ovlivňují každodenní život a v souboru byly zaznamenány u 1 ze 4 participantů (parosmie 19% a fantosmie 24%). V naší studii uvedlo 33% respondentů parosmii a 28% fantosmii.

Závěr

Kvalita života osob s poruchou čichu byla hodnocena specifickým dotazníkem. Narušena byla v oblasti psychické, v oblasti příjmu stravy a v souvislosti s riziky zevního prostředí (únik chemikálií nebo plynu, požití zkažené stravy). Vedle kvalitní diagnostiky a léčby je vhodné zařadit do komplexní péče také edukaci a psychologické intervence. Byl prokázán statisticky významný rozdíl bodového zisku dotazníku mezi osobami s poruchou čichu a osobami

zdravými ($p < 0,05$). Zdravé osoby vnímaly kvalitu života lépe než osoby s poruchou čichu. Celkové skóre specifické části dotazníku ukazuje, že ženy vnímaly kvalitu života hůře než muži. Studie nadále pokračuje s cílem rozšířit soubor respondentů a zaměřit se na vliv kvalitativních poruch čichu na kvalitu života. Re-testování pacientů a zdravých osob umožní zhodnotit závislost mezi dvěma dotazníky vyplněných stejnou osobou a bude dalším krokem k validizaci dotazníku.

Zdroje

1. OLÍŠAROVÁ, V., DOLÁK, F., TÓTHOVÁ, V. Kvalita života jako součást ošetřovatelství. *Kontakt*. 2013, roč. XV., č. 1, s. 14 – 21. ISSN 1804-7122.
2. SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., JEBAVÝ, L., BLAŽEK, M., KAČEROVSKÝ, J. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, roč. LXXIII., č. 1, s. 6-9.
3. SCHALEK, P. Česká verze dotazníku kvality života pro pacienty s chronickou rinosinuitidou SNOT-22 (Sino-nasal outcome test). *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 2010, roč. 59, č. 3, s. 149–151. ISSN 1210-7867.
4. FRASNELLI, J., HUMMEL, T. Olfactory dysfunction and daily life. *European Archives Otorhinolaryngology*. 2005, vol. 3, no. 262, p. 231–235. ISSN 0937-4477.
5. VAN TOLLER, S. Assessing the Impact of Anosmia: Review of a Questionnaire's Findings. *Chemical Senses*. 1999, vol. 24, no. 6, p. 705–712. ISSN 1464-3553.
6. TOLEDANO, A., RODRÍGUES, G., MARTÍN, A.N., ONRUBIA, T., GALINDO, N. Quality of life in patients with smell loss due to upper respiratory tract infection. *American Journal of Otolaryngology – Head and Neck Medicine and Surgery*. 2011, vol. 32, no. 6, p. 504–510. ISSN 0196-0709.
7. SIMOPOULOS, E., KATOTOMICHELAKIS, M., GOUVERIS, H., TRIPSANIS, G., LIVADITIS, M.,

DANIELIDIS, V. Olfaction-associated quality of life in chronic rhinosinusitis: Adaptation and validation of an olfaction-specific questionnaire. *Laryngoscope*. 2012, vol. 7, no. 122, p. 1450–1454. ISSN 1531-4995.

8. BROTHÁNKOVÁ, P., FUKSOVÁ, T., VODIČKA, J. Poruchy čichu – subjektivní vnímání pacienty. *Profese*. 2013, roč. VI, č. 1, str. 1 - 5. ISSN 1803-4330.
9. VODIČKA, J., MENŠÍKOVÁ, A., BALATKOVÁ, Z., SHEJBALOVÁ, H., RACKOVÁ, R., MATOUŠEK, P., STRAKOVÁ, K., PELLANT, A., CHROBOK, V. Fyziologické hodnoty čichových testů v české populaci. *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 2011, roč. 60, č. 3, s. 119–124. ISSN 1210-7867.
10. BROTHÁNKOVÁ, P., VODIČKA, J. Normální hodnoty Nového Testu libosti pachů u zdravé populace. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2015, roč. 78/111(1) str. 78 – 82. ISSN 1210-7859.
11. HUMMEL, T., NORDIN, S. Olfactory disorders and their consequences for quality of life. *Acta Oto – Laryngologica*. 2005, vol. 152, no. 2, p. 116-121. ISSN 1651-2551.
12. PHILPOTT, C.M., BOAK, D. The Impact of Olfactory Disorders in the United Kingdom. *Chemical Senses*. 2014, vol. 39, no. 8., p. 711-718. ISSN 1464-3553.

Financovanie

Projekt byl finančně podpořen grantem Studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice (Hodnocení zdravotního stavu v otorinolaryngologii - SGS_2016_006) a grantem TA ČR (Chemosenzorická percepce a vývoj jejího měření - TA04011114).

Kontakt na autora

*Mgr. Pavlína Brothánková, Ph.D.
Nemocnice Pardubického kraje, a.s.,
Pardubická nemocnice,
Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku
Kyjevská 44, Pardubice, 532 03
e-mail: Pavlina.Brothankova@upce.cz*

