

# REVUE OŠETROVATEĽSTVA

NULTÉ ČÍSLO



# M

## MILÉ KOLEGYNE, MILÍ KOLEGOVIA, VÁŽENÍ ČITATELIA !

Prihováram sa Vám na stránke nášho časopisu, ktorý sa z technických príčin na čas odmlčal. Absenciu chceme čiastočne vynahradíť bezplatným doručením výtlačku všetkým členom Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti SZP technických odborov.

Máme záujem nadalej Vám približovať život a činnosť v našich odborných spoločnostiach a samozrejme v prvom rade uverejňovať prednášky našich členov, ktoré odozneli na podujatiach našich spoločností a v Sekcii SZP pri Spolkoch lekárov.

Veríme, že obohatia Vašu prácu o nové poznatky, ktoré budete môcť uplatňovať vo svojej práci, či už pri príprave seminárnych školení, event. na individuálne štúdium.

Spoliehame sa, že pri tvorbe časopisu nezostaneme osamotení. Bez spätnej väzby čitateľov naše príspevky strácajú význam i podstatu. Pri každodennej práci sa často stretávame so situáciami, o ktoré by sme sa radi podelili s inými, prípadne momenty, pred ktorými by sme iných vystríhali. Budeme od Vás očakávať každý podnet, nápad, návrh event. otázky, ktoré uverejnime alebo zodpovieme v nasledujúcim vydaní.

Pretože časopis sa dostáva do Vašich rúk na prelome rokov, dovoľte aby som Vám popriala v mene výboru Slovenskej spoločnosti sestier veľa úspechov pri riešení náročných situácií, veľa lásky, pochopenia a radosti vo svojom najbližšom okolí na pracovisku i medzi svojimi najdrahšími v súkromí.

J. Sepešiová  
predseda Slov. spol. sestier

Analýza geografickej distribúcie incidence (obr. 4) neodhalila výrazné rozdiely. V súhlase s poznatkami zahraničných epidemiologických štúdií to možno považovať za jeden z dôkazov zníženého vplyvu faktorov vonkajšieho prostredia na vznik zhoubných nádorov u detí. (Vonkajšie príčiny však hrajú podstatnú úlohu v etiológii zhoubných nádorov u dospelých!)

Na obr. 5 porovnávame trendy incidence a mortality vo vekových skupinách detí. Klesajúca mortalita za pomerne stabilnej incidence svedčí o zlepšujúcej sa celkovej prognóze pre deti so zhoubným nádorom. Výnimkou sú najmladšie deti, najmä do 1 roku veku, pre ktoré očividne vzrástá incidence a mortalita.

Predošlé zistenie potvrzuje aj obr. 6, na ktorom pozorujeme zmeny v prežívanií detí diagnostikovaných v troch 6-ročných obdobiah. Zatiaľ čo sa prognóza významne zlepšila pre 1 - 14-ročné deti, veku do 1 roka zostáva naďalej nepriaznivá.

Na obr. 7, 8 a 9 demonštrujeme vývoj prežívania detí s nádormi najpočetnejších diagnostických skupín. Tu treba zdôrazniť, že vypočítané hodnoty prežívania sa vzťahujú na celú populáciu pacientov hlásených na zhoubný

nádor. Zahŕňajú teda prípady v priaznivom i nepriaznivom štádiu, a preto sú pochopiteľne nižšie ako hodnoty z klinických štúdií.

Tab. 1 porovnáva publikované hodnoty prežívania zistené v populačných registroch niektorých krajín. Pritom 5-ročné prežívanie (percento prežívajúcich 5 rokov po stanovení diagnózy) nie vždy charakterizuje celkovú proporcii vyliečených pacientov. Pri viacerých diagnózach (akútnej lymfatickej i nelymfatickej leukémii, Hodgkinova choroba, non-Hodgkinove lymfomy, astrocytóm, Wilmsov tumor, fibrosarkóm) zvýšená úroveň mortality pretrváva aj naďalej.

Výrazné predĺženie prežívania, pozorované vo vyspelých krajinách sveta, je dôsledkom prelomového zlepšenia terapií v 70-tych rokoch. Ďalšie zlepšovanie prognózy detských pacientov sa podľa viacerých autorov dosiaholo dôslednom centralizáciou liečby. V prípade veľmi zriedkavého ochorenia, akým sú zhoubné nádory u detí, má sústredovanie materiálových zdrojov, najnovšej techniky, skúseností a rozumového potenciálu zásadný význam. Umožňuje poskytnutie najlepšej možnej starostlivosti, pričom koncentruje nové poznatky k úžitku budúcich pacientov.

Tab.1 : 5 - ročné prežívanie detí v populačných registroch niektorých vyspelých krajín v uvedených obdobiah diagnózy

Diagnostická skupina	5- ročné prežívanie v %					
	Slovensko 1978 - 87	Británia 1973 - 81	USA 1973 - 81	Austrália 1977 - 82	Švédsko 1980 - 84	Nemecko 1980 - 89
Leukémie ( spolu )	44	43	51	-	59	-
ALL	54	51	59	62	-	77
ANLL	16	12	20	21	-	45
Hodgkinova choroba	88	86	84	89	92	94
Non - Hodgkinove lymfomy	37	36	51	53	77	75
Ependymóm	33	30	32	44		
Astrocytóm	60	60	66	73	47*	52*
Medulablastóm	27	33	41	43		
Neuroblastóm	33	24	50	39	59	52
Retinoblastóm	93	87	88	92	96	84
Oblíčkové nádory ( spolu )	60	70	76	-	77	83
Wilmsov tumor	63	-	-	77	-	-
Zhubné nádory kosti	43	-	-	-	48	-
Osteosarkóm	29	27	43	53	-	65
Ewingov sarkóm	38	36	48	42	-	59
Sarkómy mäkkého tkaniva	51	-	-	-	66	-
Rabdomiosarkóm	34	42	54	54	-	59

\* Ependymóm, astrocytóm a meduloblastóm spolu

- 
1. Daniela Dluholucká - NsP Banská Bystrica
  2. Majerová Andrea - NsP Banská Bystrica
  3. Kubisová Helena - NsP Banská Bystrica
  4. Selecká Mária - NsP Banská Bystrica
  5. Galusová Hana - NsP Banská Bystrica
  6. Figová - NsP Banská Bystrica

## DOMÁCA STAROSTLIVOSŤ - ÚVOD

Pre zdravý život a vývoj človeka sú dané v prírode zákonitosti. Akokoľvek by sme ich chceli ignorovať alebo pretvárať podľa svojich predstáv, čas nás utvrdí v tom, že sme biologickou súčasťou prírody a jej zákonov. Všetko, čo spravíme v snahe obísť tento fakt, spravíme proti sebe.

Najvýraznejšie sa táto skutočnosť prejavuje na zdraví človeka, ktoré je súčasťou viacerých faktorov, ale najzávažnejšie ho ovplyvňuje prostredie a spôsob života.

Už 2 - 3 desaťročia zaznamenáva ľudstvo vo viacerých krajinách sveta snahu o návrat k prírode.

K zdravému spôsobu života v zdravom prostredí, ako je bývanie mimo mestských aglomerácií, boj proti fajčeniu, alkoholu, drogám, prirodzená výživa dojčiat a iné. Návrat k prirodzeným materiálom v odievaní, bývaní a stravovaní, k prirodzenému pohybu, ale aj k životu plnému porozumenia a lásky pre všetkých, ktorý bezvýhradne zdravie dotvára.

Niekde v týchto snahách o znáškanie a poľudštenie života vznikla v sfére zdravotníckej

starostlivosti myšlienka - vrátiť človeka s narušeným zdravím do prirodzeného prostredia jeho rodiny. Neizolovať ho mimo domova, pokial to nie je nevyhnutné a snažiť sa o nápravu v domácom prostredí za pomoci rodiny, aj kvalifikovaných zdravotníkov. A to je domáca starostlivosť - Home care.

Bola tu už kedysi - ako prirodzený spôsob starostlivosti človeka o človeka najmä v rámci rodiny. Bola samozrejme nevyhnutným (jediným) spôsobom starostlivosti, vzhľadom na úroveň medicínskych poznatkov tej-ktorej doby.

Ľudia spoločne v rodinách prežívali svoje životy. Doma sa rodilo, liečilo, aj umieralo - za účasti všetkých príslušníkov rodiny. Handicapovaný človek bol zrejme málokedy ponechaný sám na seba alebo na cudzích.

Späťosť rodiny, účasť príbuzných na prosperovaní každého jej člena, ako aj povinnosť pestovať si svoje zdravie predovšetkým sám, je jedným z cieľov zavedenia domácej starostlivosti.

Daniela Dluholucká

# POSTHOSPITALAČNÁ STAROSTLIVOSŤ V NsP F.D.ROOSEVELTA V BANSKEJ BYSTRICI

S myšienkom - pokúsiť sa zaviesť domácu starostlivosť pri našom ústave - sme sa začali zaoberať na jar 1991. Inšpirácia prišla z Holandska a objavili sa aj prvé články v odborných časopisoch. Niečo sme sa dozvedeli na seminároch s medzinárodnou účasťou od kolegov z USA, Anglicka a viacerých štátov Európy. Spôsob starostlivosti o chorých v zahraničí postavený vedaľ nášho modelu, dal vyniknúť nedostatkom toho nášho:

- nedostatok individualizovaného prístupu
- značné odľudženie
- ako aj rozšafné, nehospodárne liečenie.

Uvedomiac si výhody ošetrovania chorých doma, sformovali sme svoje predstavy do projektu v lete 1991.

Cieľom bolo krátky prolongované hospitalizácie, ale aj umožniť chorým rekonvalescenciu v domácom prostredí za účasti príbuzných. V úvode sme vybrali dve oddelenia. Chirurgiu, s pacientmi na doosetrovávanie rán a úpravu životosprávy po závažnejších operáciach. Neurológiu, s pacientmi po cievnych mozgových príhodách s rôznym stupňom ochrnutia.

Skôr než sme celý projekt odštartovali, bolo nutné získať preň samotné oddelenia - ich personál. Napriek značnému tlaku na lôžka, nechápalí spočiatku užitočnosť projektu a účasť na posthospitalizačnej starostlivosti pôkladali za príťaž.

Ďalším krokom bol výber sestier pre domácu starostlivosť. Museli sme skúbiť našu požiadavku na viacročné skúsenosti pri lôžke, schopnosť samostatne pracovať a rozhodovať, ako aj primerané vystupovanie, so žiadostami mnohých sestier po MD o zamestnanie v jednej smene.

Bolo vybratých 10 sestier - 5 pre chirurgiu, 5 pre neurológiu. 5 preto, že dve dvojice sestier sú pre návštevy chorých doma a piata sestra zostáva na oddelení. Tu absolvuje vizitu, získava informácie o ďalších doporučených pacientoch na domáce ošetrovanie, stará sa o nich, získava od nich anamnestické údaje, ktoré použije na stanovenie sesterskej dg a ošetrovateľského plánu pre ošetrovanie doma.

Obidve skupiny absolvovali pred zahájením návštev 4 - 6 týždňovú stáž na vybraných oddeleniach a súčasne cyklus prednášok z práva, sociológie, rehabilitácie a dietológie. Okrem toho každá skupina absolvovala prednášky zo svojho odboru; chirurgie a neurológiu) pripravené oddielenskými lekármi.

Boli vybraní lekári - konzultanti, na každom z oddelení jeden, ktorí medicínsky riadia starostlivosť doma u vybraných pacientov. To znamená, preberajú od sestier hlásenia o stave navštěvovaných pacientov, ordinujú vyšetrenia, ošetronia, kontroly v nemocnici, rozhodujú o ukončení posthospitalizačnej starostlivosti.

Pred zahájením svojho pôsobenia dostali sestry pracovnú náplň, ktorá má dve časti:

- práca na oddelení pri lôžku
- práca v domácom prostredí pacienta.

Úkony obsiahnuté v pracovnej náplni umožňujú sestrám byť pri práci v domácom prostredí nezávislými, poskytovať starostlivosť čo najlepšiu a najkom-

plexnejšiu a pritom neprekročiť svoje kompetencie.

Zostavovaná bola v spolupráci s vrchnými sestrami oddelení za rešpektovania Záväzných opatrení MZ z decembra 1972 (Vest. čiastka 23 - 24) o Náplni činnosti stredných, nižších a pomocných zdravotníckych pracovníkov. Súčasťou projektu je aj spolupráca s dopravným oddelením ústavu, ktoré vyčlenilo dve osobné vozidlá na prepravu sestier v teréne a tieto sú im k dispozícii (aj s vodičom) počas celej pracovnej doby. Domácu starostlivosť poskytujeme pacientom v okruhu blízkeho okolia Banskej Bystrice (je to cca do 25 - 30 km).

V polovici októbra 1991 sme slávnostne a so zatajeným dychom vyštartovali na prvé návštevy: Sestry boli vybavené kufríkmi s potrebným ŠZM, inštrumentami, liekmi, tlakomerom, fonendoskopom, dokumentáciou. Okrem toho si viezli v duši štipku neistoty a obáv z prijatia v rodinách, z improvizácií, ktoré ich čakajú a možno aj zo svojej úspešnosti.

Trvalo snáď mesiac, pokiaľ sa „ľad“ pohli a z 1 - 2 vynútených pacientov sa stalo pravidelne cca 15 - 20 navštěvovaných doma.

Rozplynuli sa počiatočné obavy aj nedôvera.

Sestry s nadšením referovali svoje úspechy pri doliečovaní chorých, posmeľované všeobecnosťou pacientov aj ich rodín. Čím ďalej - tým viac sa utvrdzovali o užitočnosti svojej práce a tým aj projektu posthospitalizačnej starostlivosti.

Po pol roku sme urobili prieskum spokojnosti navštěvovaných pacientov formou ankety. Dopadla jednohlasne pozitívne. Lekári na chirurgickom a neurológickom oddelení sa presvedčili, že na schopnosti sestier domácej starostlivosti sa môžu v plnej miere spoľahnúť a že je nesmierne výhodné uvoľňovať lôžka o 1, 2 - 3 týždne skôr.

S uznaním začali brať na vedomie aj terapeutické a ošetrovateľské úspechy - zhojené rany, dekubity, ktoré v nemocnici tvrdošijne „nešli“, mobilizovaných pacientov po ťažkých iktoch atď. Na úspechu sa bezpochyby okrem ošetrovateľskej starostlivosti podieľalo aj domáce prostredie.

Po ročných skúsenostach sme začali uvažovať o rozšírení tejto služby, čo zaznievalo mimochodom ako požiadavka aj z pacientskej verejnosti.

Ako ďalšie bolo vybrané gynekologicko-pôrodnícke oddelenie, ktoré zahájilo posthospitalizačnú starostlivosť v apríli 1993. Pre domácu starostlivosť bola vybraná kategória žien po gynekologických operáciach so skrátenou hospitalizáciou a druhú skupinu tvoria ženy s rizikou graviditou. U prvej skupiny sestry okrem operačnej rany a sledovania stavu pacientky robia osvetu a informujú ženu o možných problémoch po napr. hysterektómii, adnexotómach, plastických operáciach a zároveň o možnosti ich riešenia. U gravidných žien sleduje ženská sestra celkový stav matky, vývoj plodu - ozvy a pod. a zároveň využíva intimitu prostredia na dôverný rozhovor o príp. problémoch sexuálnych, o obavách z pôrodu, o antikoncepcii. Nakoľko na gyn.-pôr. oddelení nášho ústavu prebieha už rok program „výchovy a výuky k plánovanému rodičovstvu a antikoncepcii“ (pod vedením amer. organizácie HOPE), sestry využívajú pri návštěvách pacientiek nielen svoje odborné,

praktické skúsenosti, ale aj poznatky a inštrukcie zo školení menovaného programu.

Opäť sa stretávame v domácnostiach s absolútne pozitívou odozvou.

Efekt - tzn. väčší počet zdarne ukončených rizikových gravíd - sa pre krátkosť času od zavedenia domácej starostlivosti gyn.-pôr. oddelenia nedá výčisliť.

Posledným oddelením v projekte je nelôžkové - FRO, ktoré prišlo samé s iniciatívou poskytovať služby pacientom doma. Pokiaľ pri lôžkových oddeleniach vznikli skupiny sestier ako nové útvary - tzn. personál naviac, FRO poskytuje služby v domácom prostredí v rámci svojho personálneho vybavenia od marca 1993. Návštevy boli prerušené len na dva letné - dovolenkové - mesiace.

Nadväznosť starostlivosti obvodného lekára a komunikácia medzi členmi tímov posthospitalizačnej starostlivosti a obvodom bola dosť dlho problematická.

Napriek tomu, že pred zahájením celého projektu bolo riaditeľstvo mestskej polikliniky (bývalý OÚNZ) informované, bola táto starostlosť zo strany obvodných lekárov chápána dosť dlho ako vmešovanie sa do kompetencie obvodu, ukracovanie obvodných lekárov o pacientú a pod.

Zrejme sa stala chyba aj na našej strane, že sme nie dostatočne dlho a dôkladne komunikovali a vysvetlovali svoj projekt tým, s ktorími musia naše sestry pri práci spolupracovať a dobre vychádzia. Obvodní lekári v mnom poznejú lepšie svojich pacientov, ich chronické choroby - iné ako tie, s ktorými boli hospitalizovaní a preberajú ich po ukončení hospitalizácie naspať do svojej starostlivosti.

Je teda nevyhnutné porozumenie a kolegialita, aby starostlosť o pacienta pochádzajúca z viacerých zdrojov, bola plynulá a bez zádrheľov.

Pre dokonalejší tok informácií sme zaviedli novú dokumentáciu - okrem tej,

ktorú si vedú sestry. Ide o hlásenia, ktoré obdrží obvodný lekár - prvýkrát pri prepustení pacienta do domácej starostlivosti (č. I.), druhýkrát pri ukončení domácej starostlivosti (č. II).

Zavedením tejto dokumentácie chceme predísť nedorozumeniam - komu, odkedy a dokedy pacient patrí.

Je isté, že nôš projekt naprieč mnohým pozitívam, má aj svoje nedostatky. Nie je domáca starostlosť kompletná:

- chýba ošetrovateľka, opatrotvateľka, lekár - domov
- je tu nedoriešená spoluodpovednosť dvoch objektov: nemocnice a obvodu, pričom pacient bol už prepustený (má vypísanú správu) a obvodný lekár sa zdráha ho navštěvoať, pokiaľ sa oň staráme my. Finančný prínos je bezpochyby pozitívny, hoci:

- sestry sú zamestnankyňami nemocnice, nemocnicou platené,
- použité sú nemocničné dopravné prostriedky s vodičom,
- použitý je nemocničný materiál a lieky,
- uhrádzané sú sestrám aj vodičom diéty z nemocničných prostriedkov.

S maximálnym finančným efektom pre nemocnicu táto služba bude - ako služba odštátnená, fungujúca nezávisle.

Napriek tomu je obrovským prínosom v zmysle humanizácie zdravotníckej starostlivosti, ale aj sebarealizácie tých sestier, ktoré ju poskytujú. Z výsledkov po dvoch rokoch a z odozvy v pacientskej verejnosti vystáva naliehavá potreba rozširovať a rozvíjať starostlosť o chorých, aj zdravých všetkých vekových kategórií v domácom prostredí.

Vytvoríť nezávislé agentúry, ktoré budú poskytovať vysoko odbornú, komplexnú domácu starostlosť.

D. Dluholucká

## STAROSTLIVOSŤ O CHIRURGICKÝCH PACIENTOV

S chirurgickými pacientami sa stretávame v dvojakom prostredí. V nemocnici a doma. Keďže sú to dve rozličné roviny, psychika pacienta je rozdielna počas hospitalizácie a iná v domácom prostredí. Jej prínos je veľký ako sa dozvedáme zo skúseností iných štátov môžeme ju však hodnotiť aj z našej praxe. Na prvom mieste je domáca starostlosť prínosom pre pacientov, u ktorých je pobyt v nemocnici rizikom pre celkové zhoršenie zdravotného stavu. Ide predovšetkým o starsích chorých so zniženou obranyschopnosťou proti nozokomiálnym nákazám, vývoja imobilizačného syndromu, straty sociálneho kontaktu a podobne. Druhú a to väčšiu skupinu tvoria pacienti prepustení z nemocničnej opatery, kde domáca starostlosť slúži k doliečeniu pacienta. Týka sa to prevažne našich chirurgických pacientov.

Ako prax ukázala, obavy a neistota, ktoré nás pri našich začiatkoch sprečádzali sa stávajú zbytočnými, pretože skutočne narastá záujem o druh tohto ošetrovania nielen zo strany pacientov, ale aj prevádzky oddelenia.

S odstupom času môžeme konštatovať blahodárny vplyv domáceho prostredia na priebeh uzdravovania. Je rozhodne rýchlejší s menšími komplikáciami. Okrem toho sa stretávame v domácom prostredí s väčšou dôverou a

otvorenosťou pacientov.

Nôš team je rozdelený podľa rozpisu na dve dvojice, ktoré sú výjazdové a navštievujú pacientov. Piata sestra zostáva na oddelení, kde sa oboznamuje s pacientami, ktorí budú zverení do našej starostlivosti. Okrem ošetrovateľských výkonov sa snažíme pri osobnom kontakte zistiť sociálne pomery a celkový psychický stav pacienta. Spolupracujeme s lekárom, ktorý pacienta prepúšťa a vypracúvame ošetrovateľský plán podľa diagnózy.

Rada by som Vás oboznámila s kazuistikou týchto pacientov konkrétniešie. Jedná sa o 75 ročného pacienta so základnou diagnózou Ischemická gangréna pedis I. sinistri s komplikáciami diabetes melitus a ischemickou chorobou srdca. Pacient v priebehu pol roka opakovane hospitalizovaný na septickej časti chirurgického oddelenia. Počas týchto hospitalizácií konzervatívna liečba gangrény bola neúspešná a musel byť vykonaný chirurgický zákrok ( extirkulácia metatarzu a odstránenie chrupky ). Na siedmy deň po vybratí stehov dochádzal k hojeniu rany per secundam a šíreniu nekrózy. Z toho dôvodu vykonaná reamputácia.

Po operačnom výkone dochádzal k vysokému výstupu telesných teplôt. Po

nasadení antibiotík dochádza k úprave stavu, keď rana sa ďalej hojí per sekundam. Po trojtýždňovej hospitalizácii a stabilizácii stavu pacienta preberáme do našej starostlivosti. Tá spočíva v dennej toalete rany, sledovaní hladiny glučózy v krvi a v dodržiavaní dietného systému, meraní vitálnych hodnôt a sledovaní celkového psychického stavu. Návštevy trvali tri mesiace, ktoré by pacient musel stráviť v nemocnici, nakoľko transport na chirurgickú ambulanciu nebol možný. Na začiatku návštev bola z našej strany nedôvera k zhojeniu takejto rany. Trpežlivosťou tímu a pacienta došlo k úplnému zhojeniu. Pacient sa plnohodnotne zapojil do normálneho života. Jeho obavy z

amputácie dolnej končatiny sa ukázali ako neopodstatnené.

Ďalším pacientom z rady chirurgických diagnóz je popálenina oboch horných končatín a tváre 2. stupňa. Pacientka prijatá 4. 3. 93 po obarení polievkou s popáleninou 2. stupňa, čo tvorí 15 % povrchu tela. Liečená konzervatívne antibiotikami, lokálne preväzy, dosťatočný príjem tekutín v podobe infúzií. Pacientka po ustálenom zdravotnom stave prepustená do domácej starostlivosti. Pobyt v nemocnici trval 11 dní. Preväzy našim tímom trvali po dobu 1 mesiaca. Pri ošetrovaní popáleniny bolo potrebné dodržiavanie maximálnej sterility, čo však v danom prípade bolo vzhľadom na domáce prostredie náročné. Potrebný materiál - peány, pinzety, nožnice, obväzový materiál bol a je jednorazovo sterilne balený. Pacientke sa rany zhojili per - primam bez väčšej zjazvenej pigmentácie.

Prácu v teréne vykonávame nepretržite vrátane sobôt a nediel.

Veľakrát sa ku svojim pacientom, ak ich môžeme tak dôverne nazvať, vraciame aj po uzdravení. Je to kontrola vitálnych hodnôt, správne vedená rada, alebo sa len tak informujeme ako sa im vedie.

Veľkým prínosom by bolo vykonávanie návštev aj v popoludňajších hodinách, kedy to stav pacienta vyžaduje, nakoľko práca zdravotníckeho personálu nie je zamestnaním, ale povolením, čo nás zavádzajú k určitej oddanosti.

A. Majerová



# DOMÁCA STAROSTLIVOSŤ O PACIENTKY PO GYNEKOLOGICKÝCH OPERÁCIÁCH SO SEKUNDÁRNYM HOJENÍM OPERAČNEJ RANY A ŽENY S RIZIKOVÝM TEHOTENSTVOM

Po šesťmesačnej praxi sa môžeme pochváliť dobrými výsledkami. Do našej starostlivosti zahrňujeme pacientky po gynekologických operáciách so sekundárnym hojením operačnej rany a ženy s rizikovým tehotenstvom. Uvediem prípad 59-ročnej Antónie H. s dg: Ca corporis uteri. U pacientky bola vykonaná Hysterectomy abd. cum adnexitomia bilateralis. Siedmy deň po operácii bol vybratý ob steh a operačná rana začala hojne secerovať. Sonograficky bol potvrdený v laparotomickej jazve infil-trát v rozsahu 6 cm. Ošetrovanie tejto rany by si vyžadovalo približne 2-mesačnú hospitalizáciu. Pacientka s radosťou prijala návrh do domáceho ošetrovania. Na 22. deň bola pacientka prepustená domov a ošetrovanie operačnej rany sme prevzali do našej starostlivosti, čím sa ušetrilo 46 dní hospitalizácie. Operačnú ranu sme vyplavachovali 3 % Peroxidom vodíka. Po dôkladnom vyčistení sme tri dni aplikovali Peruánsky balzam, ďalšie dni po dohotovosti s lekárom sme používali Chlorophyl spray a neskôr Framykoin-zásyp. Po každom ošetrení sme operačnú ranu prekryli steril-nou longetou. U pacientky bolo hojenie operačnej rany zdľhavejšie tým, že absolvovala rádioterapeutickú liečbu. Keďže sme pacientku poznali už počas hospitalizácie, môžeme skonštatovať, že aj jej psychický stav sa v domácnosti kompenzoval. Každý deň nás s radosťou očakávala a na konci liečenia sa s nami fažko lúčila. Ako ďalší prípad uvediem 30-ročného tehotného ženu prvorodičku, ktorá bola prijatá v 22. týždni gravidity s dg: Trombophlebitis acuta ľavého predkolenia. U pacientky bola zahájená liečba Fraxiparinom 2 x denne s. c. + bandáže. Po zvládnutí akútneho stavu bola na 15. deň prepustená do našej starostlivosti. U pacientky pretrvávali bolesti predkolenia pri chôdzi. Z toho vyplýva, že nemohla navštievoať krúžok psychofyzickej prípravy na pôrod, čo je u prvorodičky veľmi dôležité. Pri našich návštavách sa snažíme pripraviť tehotnú ženu na pôrod tak, aby psychicky zvládla bolesti a spolupracovala pri pôrade. Naučíme ju ekonomicky dýchať, šetriť si sily a uplatňovať ich vtedy, keď je to potrebné. Informujeme ju o pôrode a

môžnych nepravidelnostiach v jednotlivých pôrodných dobách. Takto psychicky pripravená pacientka znáša pôrod a resp. komplikácie s ním spojené oveľa lepšie. Ďalším cieľom našej návštavy u pacientky je kontrola zdravotného stavu tehotnej, poučenie o životospráve a zásadách hygieny. Vyšetríme jej moč, odmeríame TK, skontrolujeme vývoj gravidity, v druhej polovici tehotnosti počúvame ozvy plodu a pátrame po príznakoch gestózy. O výsledku návštavy informujeme lekára.

Keďže v dnešnej dobe sa propaguje plánované rodičovstvo, informujeme pacientky o vhodnej antikoncepcii po pôrode, aby nedochádzalo k nežiadúcemu tehotenstvu, nakoľko v poslednej dobe stúpa počet UPT. Doma pri individuálnom pohovore bývajú pacientky otvorennejšie a dôvernejšie ako v nemocnici, čo sa týka tejto problematiky. Často sa nám

stáva, že pri tomto rozhovore býva prítomný aj manžel. Veľký záujem o túto problematiku prejavujú najviac mladé manželské páry. Nezanedbateľný je aj psychický stav tehotnej doma a v nemocnici. V domácnosti sa pacientka číti lepšie, udáva menej tonizácií a nemá problémy s vyprázdnovaním. V nemocnici na jej psychický stav zle pôsobí, ak niektorá žena predčasne porodí alebo potratí. Z obavy o vlastné tehotenstvo reaguje častejšimi tonizáciami. Taktiež na ne zle vplyvá včasné ranné budenie. Všetky spomínané vplyvy v domácom prostredí odpadajú.

H. Kubišová



# POSTHOSPITALAČNÁ DOMÁCA STAROSTLIVOSŤ O NEUROLOGICKÝCH PACIENTOV

Nervový systém umožňuje prispôsobiť sa vonkajšiemu prostrediu, riadi a usmerňuje činnosť všetkých orgánov ľudského tela tak, aby vytvárali harmonický celok. Túto harmóniu môže narušiť choroba. Frekvencia neurologických ochorení je bohužiaľ vysoká. Patria sem závažné ochorenia, ktoré sú na prvých rebríčkoch morbidity, mortality, invalidity a dlhodobej práce neschopnosti. Na neurologickom oddelení sme sa zamerali na pacientov s náhlymi cievnymi poškodeniami mozgu.

Stabilizácia a zlepšenie zdravotného stavu na oddelení má relatívne dobrú prognózu, ale pacientova hospitalizácia (s negatívmi ako sú napr. nozokomiálne nákazy, riziko vývoja imobilizačného syndromu, straty sociálneho kontaktu) je vzhľadom k diagnóze dlhodobá a aj po prepustení pacienta domov môžu nastať a často aj nastanú recidívy zhoršenia zdravotného stavu s následnou dlhodobejšou rehospitalizáciou.

Počas dvoch rokov našej práce sme zistili, že pacient, ktorý chce po dohovore s lekárom a súhlasom príbuzných odísť z oddelenia do posthospitalizačnej domácej starostlivosti sa skôr aktivizuje, stabilizuje sa mu zdravotný stav, vyrovnáva sa s indispozíciami, ktoré má, zaraďuje sa do praktického domáceho života a tým oddiaľuje recidívy ochorenia a rehospitalizáciu na oddelení.

Naša práca „terénnnej sestry“ (pod týmto menom nás poznajú na oddelení aj príbuzní pacientov), začína správnym kontaktom s pacientom a vtipovaním pacientov, ktorí sú vhodní pre posthospitalizačnú domácu starostlivosť. Musíme mať na zreteli nielen záujem pacienta, jeho dôveru v nás, ale aj ochotu príbuzných prevziať na seba starostlivosť o pacienta, ktorý je častokrát málo pohyblivý s parézou alebo plégiou, má poruchy reči a dorozumievania, bolesti v plegických končatinách, viac rokov sa liečí pre vysoký krvný tlak, alebo cukrovku. Termín prepustenia pacienta na

odporučenie oš. lekára a primára oddelenia dohovoríme tak, aby bol jeho pobyt v nemocniči skrátený na únosnú mieru. Návštevy dohovoríme s príbuznými nielen podľa zdravotného stavu pacienta, ale aj podľa potreby. Napr. počas prvých dvoch týždňov denné a aj počas víkendu. (Viackrát sa nám stalo, že kolegynia bola s príbuznými v kontakte cez telefón aj častejšie po pracovnom čase.)

Ďalší týždeň sú návštevy tri- štyrikrát, podľa potreby a neskôr po zreferovaní lekárovi o zdravotnom stave pacienta raz do týždňa. S odporučením pre obvodného lekára po kontrolnom vyšetrení na neurolog. ambulancii.

Počas našich návštev sme zaučali príbuzných starostlivosti o pacientov, pretože nemajú ošetrovateľku na celých 24 hodín. Patrí sem: polohovanie, predchádzanie dekubitov, hygienická starostlivosť na posteli, výživa - podávanie stravy a praktické uplatnenie diétnych receptov doma, podávanie liekov, okrem toho aj aplikácia inzulínu, precvičovanie reči, duševná pohoda a rehabilitácia v spolupráci s rehabilitačnými sestrami, ktoré nás aj príbuzných inštruovali ako s chorými cvičiť v dobe, keď rehab. sestry neboli pri pacientovi.

Pacientom sme aplikovali podľa ordinácie lekára injekcie, kontrolovali arteériálnu hypertenu, kompenzáciu diabetu, hladiny cholesterolu v krvi, sedimentáciu, hladiny fibrinogénu v krvi, podľa požiadavky ošetruj. lekára a oboznamovali sme ho s výsledkami a zdravotným aj duševným stavom pacienta.

Alternatívny prístup v posthospitalizačnej starostlivosti závisí na povahе ochorenia, želaní pacienta, spolupráci s príbuznými. Tiež na postojí ošetrojujúceho ale aj obvodného lekára. Táto forma môže nadobudnúť charakter nadštandardnej starostlivosti.

Hana Gálušová

## TYPICKÝ PRÍPAD POSTHOSPITALIZAČNEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA DOMA

Šesťdesaťsestoročný pacient - hospitalizovaný na neurologickom oddelení od 25. 7. 93 do 9. 9. 1993.

Stav po mozgovej príhode s centrálnou pravostrannou hemiplégiou a afáziou, pseudobulbárny syndrom, dehydratačný syndrom.

TO: po prepustení z neurolog. oddelenia v r. 1990 pretrvávala pravostranná hemiplégia s afáziou a sekundárne epizáčhvaty.

V r. 1993 hospitalizovaný na chir. oddelení pre akútne pankreatítido s cholezystolithiazou. Od decembra zhoršovanie stavu, horšie hltá, epizáčhvaty nemá. Častejšie zabieha aj kašovitá strava. 25. 7. 1993 od rána ďalšie

zhoršenie, nič neprežie, pre afáziu kontakt nemožný. Interné vyšetrenie - v popredí zvýraznenie pseudobulbárneho syndrómu, ktorý je príčinou dehydratácie. Obehovo a tlakove t.č. stabilizovaný.

ORL vyšetrenie - predpoklad, že príčinou zhoršeného dýchania bola porucha abdukcie hlasoviek. Epikríza - pacient prijatý s recidiv. ENCPM ischemickou centrálnou pravostrannou hemiplégiou, afáziou, pseudobulbárny syndrom bol vyvolávateľom dehydratácie. U pacienta po prijatí dochádza k zhoršeniu stavu, k poruchám dýchania. Musel byť tracheostomovaný. Počas prvých dní na JIS bezvedomie. Postupne dochádza k úprave stavu. Preložený na odde-

lenie naďalej zlepšovanie celkového stavu, afázia pretrváva, jazva po tracheostomii zhojená. Postupne prechádza na rehabilitačný režim, je zlepšený v tom zmysle, že sa dokáže najesť, je pri vedomí afatický. V stabilizovanom zdravotnom stave prepustený do posthospitalizačnej starostlivosti terénnych sestier 9. 9. 1993. Naďalej je hemiplegický v oblasti pravej gluteli začínajúci dekubit. Na základe anamnézy stanovený ošetrovateľský plán:

- sledovanie užívania liekov
- kontroly krvného tlaku
- ošetrovanie dekubitu
- logopedické cvičenie
- pohybové cvičenie na posteli, nezaťažujúce pacienta, vysadzovanie do kres-

la v rámci predchádzania ďalších dekubitov a prevencie zápalu plúc.  
Pacienta navštievujeme denne.

Dekubit - rana epitelovaná s ružovými okrajmi, hojaca sa.

Plégia - prvé náznaky zlepšenia, pohyb ramena, pohyb pravej dolnej končatiny - zdvih z podložky o 10 cm.

Afázia - trochu sa zlepšujúca - slová: áno, okno, oko, noha, ruka, auto. Kontakt s pacientom zlepšený, začína rozumieť, snaží sa odpovedať. Spev melódii „Anička dušička kde si bola“ v slabikách na, na, na, na.

Všetku ošetrovateľskú starostlivosť pri lôžku výborne vykonáva manželka, ktorá s nami spolupracuje.

Hana Gálusová

## NAŠE DOTERAJŠIE SKÚSENOSTI S REHABILITAČNOU LIEČBOU V DOMÁCOM PROSTREDÍ

V marci 1993 sa nám naskytla možnosť začať s rehabilitačnou starostlivosťou v domácom prostredí. Centrom nášho záujmu sú pacienti s neurologickými a traumatologickými diagnózami.

Rehabilitačná pracovníčka preberá pacienta jednak po konziliu rehabilitačného lekára pri prepúštaní chorého z ústavnej starostlivosti, alebo na jeho doporučenie pri vstupnom vyšetrení. Stáva sa totiž, že chorý je ešte málo mobilný na to, aby mohol dochádzať na ambulantnú rehabilitačnú liečbu nie len sanitou, ale aj doprevádzajúcou osobou. Nehovoriac o tom, že presun z domu do nemocnice ho vyčerpá natoliko, že nedokáže vydáť ďalšiu energiu na kompletnejší cvičebný jednotku, lebo musíme mať na pamäti aj nármahu pri ceste späť domov. Nie je však zriedkavosťou, že chorého nemá kto sprevádzať, pretože je to časovo náročné. Tak sa môže stať, že celý dosiahnutý efekt liečebnej rehabilitácie, počas hospitalizácie chorého v nemocnici bude zabrzdzený ak nie zmarený. Rehabilitačná liečba v domácom prostredí práve tomuto zabraňuje. Chorý dostáva pocit istoty, že jeho stav po pohybovej stránke sa bude zlepšovať a tým podporíme aj psychiku chorého. Je predsa známe, že hlavne u chorých po NCPM sú často prítomné psychické obtiaže, ktoré si vyžadujú veľkú pozornosť a hlavne trpežlivosť zo strany terapeuta. Naším cieľom v tejto oblasti je dosiahnuť „automotivačný efekt“ u chorého. To znamená dať chorému konkrétny cieľ, ktorý je reálny. Nesmieme dopustiť, ak je to len trochu možné, aby sa chorý oddal pesimistickým myšlienkom a pohybovej pasivite.

V liečebnej telesnej výchove (LTV) využívame všetky špeciálne metodiky, ktoré sa dajú v domácom prostredí realizovať. Pomôcok zataiť veľa nemáme, pomáhamo si čím sa dá. LTV vykonávame zataiť 2 x týždenne. Ak sa stav chorého zlepší a je schopný dochádzať na rehabilitačné oddelenie pokračujeme ambulantnou liečbou.

Dovoľte, aby som Vám postup našej liečby priblížila na konkrétnom príklade: Ide o pacientku Evu K. narodenú v roku 1939 t. j. 54 ročnú s Dg. NCP mozgová s pravostrannou hemiparézou a fatickými poruchami v oboch zložkách,

M. hypertonicus.

Ku vzniku ochorenia došlo 25. 9. 1992. Príbuzní ju našli doma ležať na zemi. V bezvedomí nebola, nemohla rozprávať, mala nehybnú pravú polovicu tela.

Pacientka bola hospitalizovaná na neurologickom oddelení, kde bola zahájená aj liečebná rehabilitácia. V LTV sme využívali pasívne až aktívne asistované cvičenie pravostranných končatín, udržiavanie aktívnej hybnosti ľavostranných končatín, vysadzovanie a samozrejme sme dohliadali na polohovanie pacientky. Stav sa však náhle zhoršil, pridali sa intenzívne bolesti v brušnej oblasti a zvracanie. Pre sfázený kontakt s pacientkou (afázia) sa vyšetrovanie predĺžovalo, až bola preložená na interné oddelenie, neskôr na chirurgické oddelenie, kde 14. 12. 92 bola robená cholecystektómia.

Pre tieto komplikácie bola intenzita liečebnej rehabilitácie spomalená. Po preložení späť na neurologické oddelenie, kedy od začiatku ochorenia prešli už 3 mesiace, sme vlastne začínali v LTV od samého začiatku. Zlepšila sa však spolupráca s pacientkou, nakoľko sa stratil rušivý moment - bolest. Pacientka však bola veľmi zoslabnutá, rýchlo unaviteľná, čo si vyžadovalo dávkovanie LTV v kratších časových intervaloch, ale viackrát denne. Na nohy sme ju postavili až 4. januára 1993, vtedy sa objavili prvé známky pohybu na PDK. PHK zostávala naďalej plegická. Pri prepúštaní pacientky koncom februára urobila párok krokov v G-aparáte. Bola jej doporučená rehabilitácia v domácom prostredí.

V domácom prostredí sa jej stav hlavne vďaka dobrému rodinnému zázemiu a ďalšej ošetrovateľskej a rehabilitačnej starostlivosti rôzne zlepšoval. Zlepšila sa aj psychika pacientky.

V LTV sme už mohli zaradiť náročnejšie cvičenia s využívaním posturálnych reakcií a zároveň potláčaním patologických reakcií, ktoré v našej neprítomnosti vykonávala ďalej za pomocí manžela. Tým zosilnelo svalstvo trupu, zlepšila sa hybnosť PDK, zlepšila sa obratnosť pacientky a tým aj samotná chôdza. Pacientka sa začala postupne za opory o francúzsku barlu pohybo-

vať po byte, zapájala sa do niektorých domácich prác (žehlenie). Žiaľ veľmi málo sa jej zlepšila hybnosť PHK, zatiaľ ovláda len svalstvo v okolí lopatky, ďalej pretrváva aj afázia v motorickej zložke. Približne v tomto stave sme 27. 4. 1993 ukončili rehabilitáciu v domácom prostredí a pacientka nastúpila do RÚ v Kováčovej.

Od júna 1993 dochádza v doprovode manžela na ambulantnú liečbu na naše oddelenie, kde sa už vykonávajú náročné cvičenia podľa manželov Bobatovcov, ďalej zdokonaľovanie posturálnych reakcií a zdokonaľovanie chôdze. Stav pacientky má ešte stále tendenciu zlepšovania.

Zaujímavá v tomto prípade je kontinuita liečebného procesu s využitím rehabilitácie v domácom prostredí v období, keď pacientka nebola schopná dochádzať na rehabilitačné oddelenie.

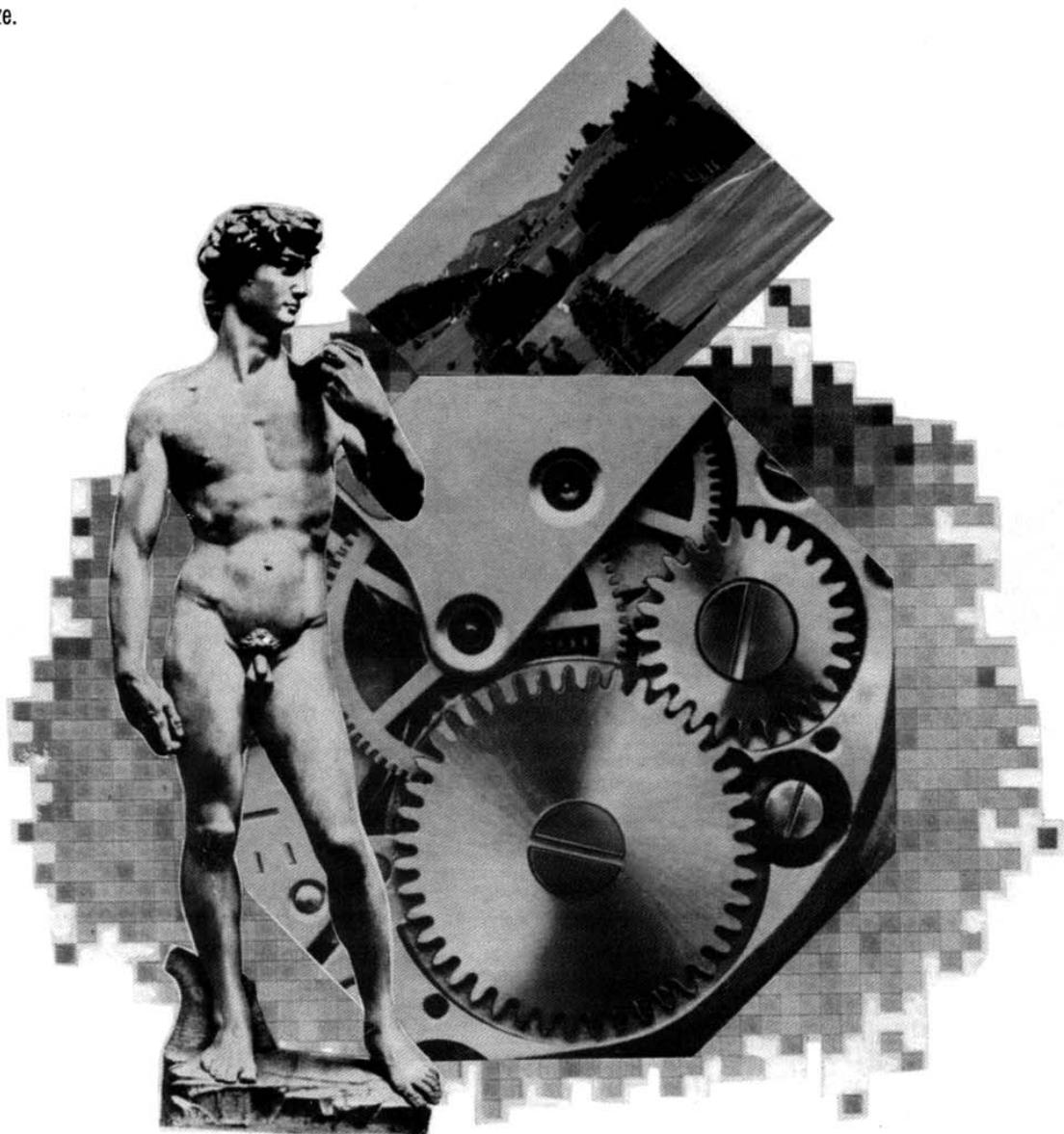
Pri našej práci je veľmi dôležitá súhra medzi rehabilitačnou pracovníčkou a terénnou zdravotnou sestrou. Často sa stáva, že centrom nášho záujmu je jeden a ten istý pacient. Kým RP ho navštievuje 2 x týždenne, ZS v ostatné dni v týždni a popri svojej odbernej práci vykonáva aj niektoré jednoduché cvičenia, ktoré konzultuje s rehabilitačnou pracovníčkou a podieľa sa tiež na reedučácii chôdze.

Rovnako je dôležitá spolupráca RP s príbuznými, ktorí sú tiež zapájaní do liečebného procesu.

Takúto rehabilitačnú starostlivosť poskytujeme najdlhšie dva mesiace. Ak sa stav chorého upravil natočko, že ho považujeme za sebestačného (hlavne u starších ľudí) schopného sa o seba postarať, liečbu ukončíme, rovnako aj vtedy, ak je chorý schopný dochádzať na rehabilitačné oddelenie. Môže sa stať, že aj napriek intenzívnej rehabilitačnej starostlivosti sa u chorého nedosiahne adekvátnie zlepšenie. Stav sa po pohybovej stránke nezlepšuje, je stabilizovaný, vtedy doporučujeme pokračovať len v ošetrovateľskej starostlivosti.

Práca rehabilitačnej pracovníčky v domácom prostredí je nielen veľmi zaujímavá ale aj náročná. Tým cennejší však je dosiahnutý konečný efekt jej práce.

Marta Selecká



## EPIDEMIOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA ZHUBNÝCH NÁDOROV DETSKÉHO VĒKU

Zo zhubných nádorov v populácii sa u detí (0 - 14 ročných včitane) vyskytuje asi 1 %. Napriek zriedkavému výskytu predstavujú zhubné nádory aj v detskej populácii závažný zdravotný problém. Vo vyspelých krajinách Európy, v USA, Kanade, Austrálii a inde sú trefou najčastejšou príčinou úmrtí detí do jedného roka veku. U 1 - 14-ročných však predstavujú až 15 % úmrtí a sú po úrazoch (XV. trieda MKCH) trefou najčastejšou príčinou smrti. Navyše, deti s onkologickým ochorením musia v mnohých prípadoch znášať celoživotné následky ochorenia (diedičnej dispozície) či agresívnej terapie. U vyliečených pacientov sa často vyskytujú poruchy fyzického rastu, mentálneho vývoja, reprodukcie a vo zvýšenej miere aj ďalšie zhubné ochorenie. Zhubné nádory u detí sa líšia od nádorov u dospelých najmä svojou morfológiou. Karcinómy, ktoré u dospelých tvoria asi 87 % nálezov, sú do 20 rokov veku pomerne zriedkavé (5 %). V detskom veku postihuje zhubné ochorenie najmä krvotvorbu a CNS. Prítom jeden typ nádora môže byť lokalizovaný na viacerých miestach tela (napr. neuroblastóm). Preto na rozdiel od dospelých nádorov nie je jednoznačne určený jeho topografiou. Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH) sú zhubné nádory klasifikujú podľa lokalizácie nálezu, čo neumožňuje správne triedenie zhubných nádorov u detí. Tento fakt bol hlavným dôvodom vzniku samostatnej klasifikácie zhubných nádorov v detskom veku, založenej na histológii. Táto klasifikácia bola medzinárodne zavedená publikáciou

INTERNATIONAL INCIDENCE OF CHILDHOOD CANCER (Medzinárodná incidencia zhubných nádorov v detskom veku), vydanou organizáciou IARC v Lyone v roku 1988 a zostavenou kolektívom autorov Parkin et al. Zhubné nádory sa podľa tej delia do 12 hlavných diagnostických skupín a v ich rámci dovedna na 42 menších podskupín. Jednotná klasifikácia umožňuje porovnávať údaje z viacerých populácií a má význam aj z hľadiska štúdia etiologie jednotlivých typov nádorov.

Incidencia je základnou mierou výskytu ochorenia v populácii. Vyjadruje frekvenciu vzniku (nových) prípadov v určitej populácii za určitý čas. Vo vyspelých krajinách sveta sa údaje o incidencii získavajú najmä z poľačných onkologických regiszrov. Na Slovensku zaznamenáva všetky nové prípady ochorenia už od roku 1968 Národný onkologický register Slovenskej republiky.

V detských populáciách sveta sa hodnoty incidencie pohybujú od 100 do 150 nových ochorení ročne na 1 milión (0 - 14-ročných) detí, pričom chlapci sú postihnutí asi o 20 % častejšie. Na Slovensku sa hodnoty incidencie pohybujú okolo 120 na milión. Na obr. 1 je znázornené pomerné zastúpenie 12 diagnostických skupín na celkovej incidencii podľa pohlavia.

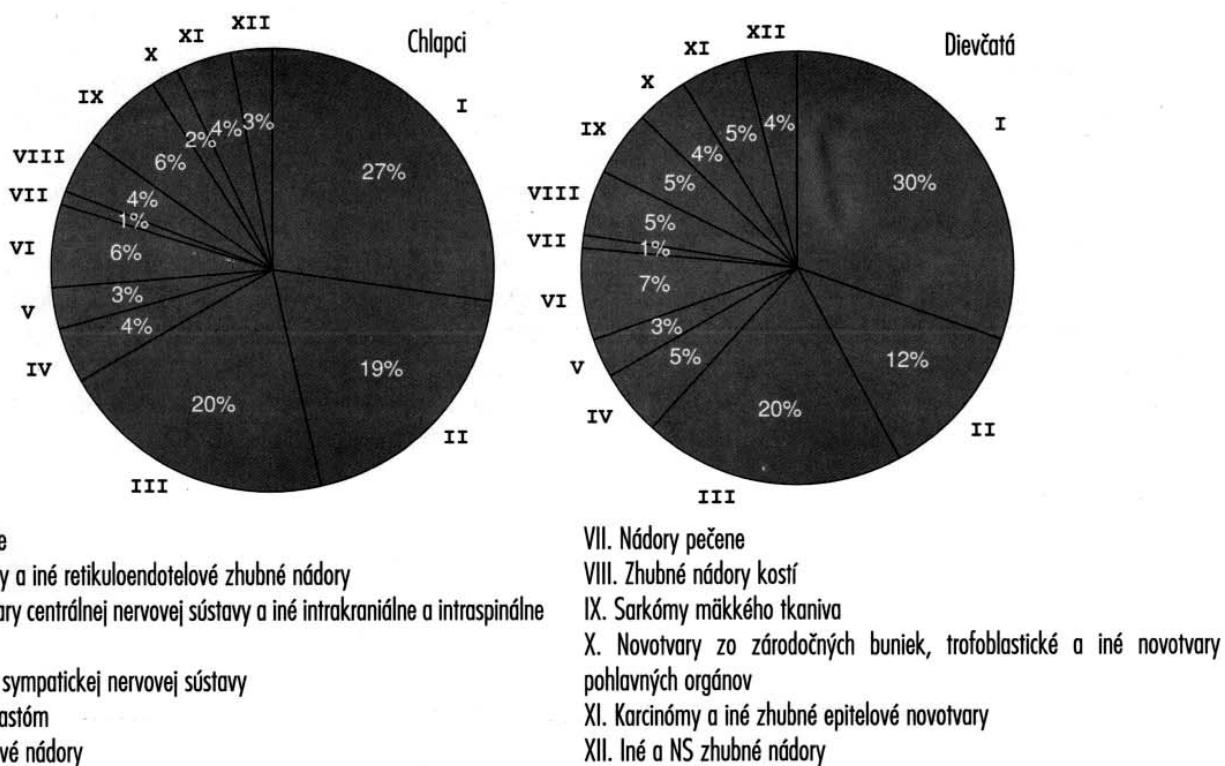
Na rozdiel od dospelých sú hodnoty incidencie v čase pomerne stabilné. Trendy celkovej incidencie stúpajú len veľmi mierne a v poslednom sledovanom období dokonca pozorujeme pokles. Tento vývoj je charakteristický takmer pre všetky diagnostické skupiny (obr. 2). Vzostup za obdobie 1968-87 sme pozorovali u chlapcov s nádormi CNS a u dievčat s nádormi zárodočných buniek.

Obr. 3 znázorňuje rozdelenie incidencie podľa veku v čase diagnózy. Väčšina prípadov sa vyskytne do 5. roku veku. Skorý nástup zhubného ochorenia sa považuje za príznak genetickej podmienenosť. Typické bimodálne (dvojvrcholové) rozdelenie pozorujeme najmä u leukémii, nádorov CNS, sarkómov mäkkého tkaniva. Neuroblastóm, Wilmsov tumor, či nádory pečene sa takmer všetky objavia v ranom detstve, neskôr ich incidencia klesá. Incidencia zhubných nádorov kostí alebo karcinómov sa naopak zvyšuje so zvýšujúcim sa vekom.



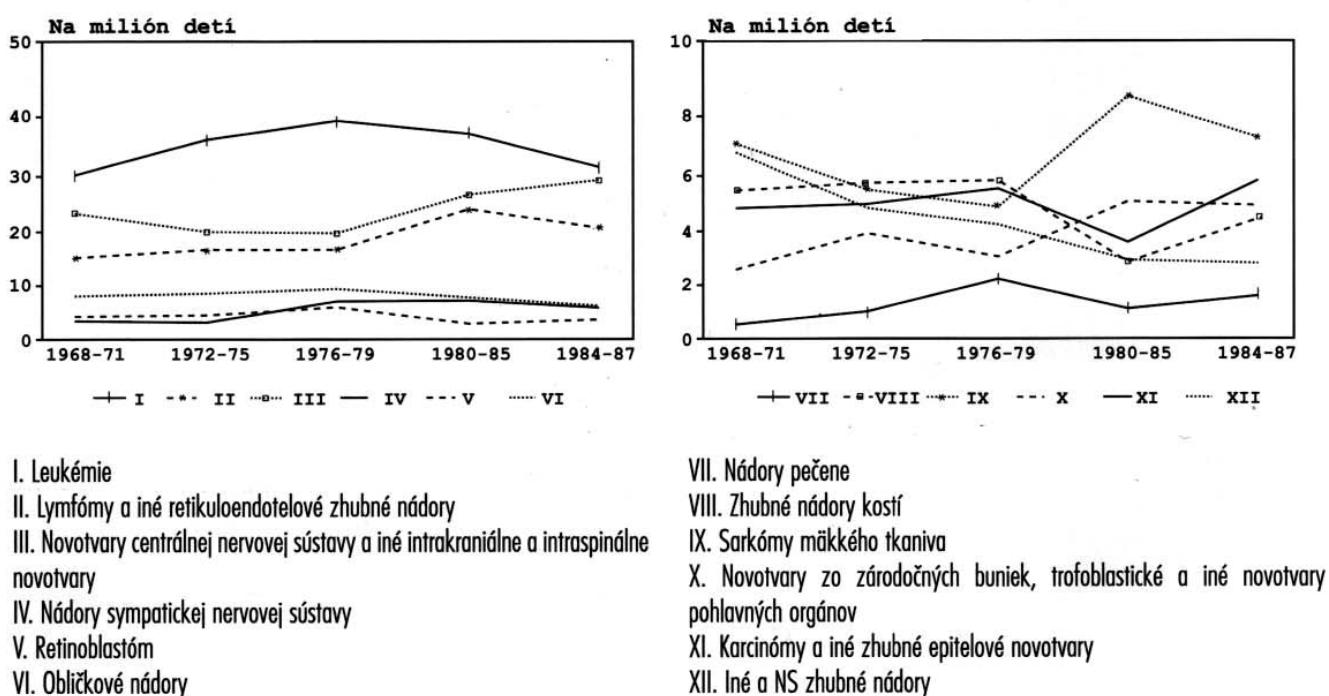
## Podiel hlavných diagnostických skupín na celkovom počte zhubných nádorov

Obr. 1



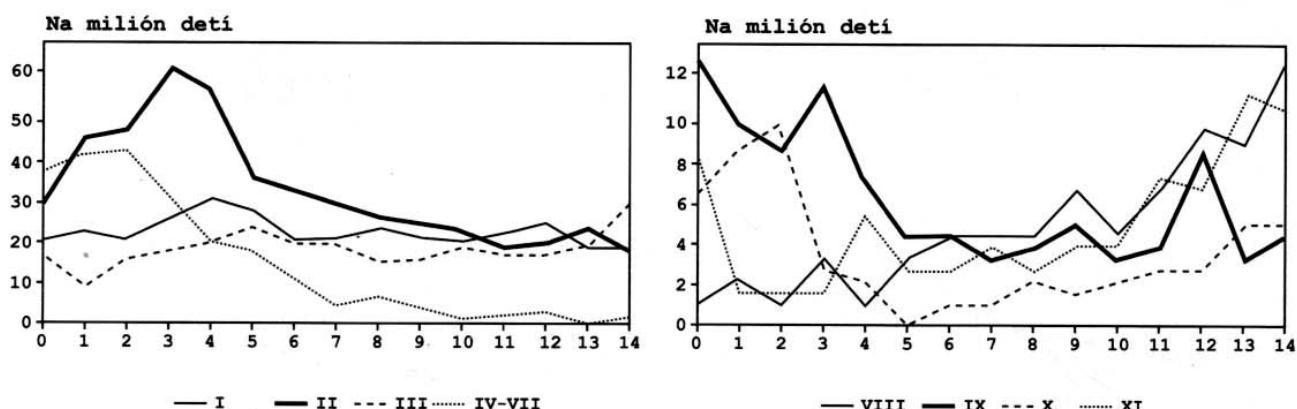
## Trendy incidencie v hlavných diagnostických skupinách

Obr. 2



Obr.3

Rozdelenie incidencie podľa veku v hlavných diagnostických skupinách



I. Leukémie

II. Lymfómy a iné retikuloendotelové zhubné nádory

III. Novotvary centrálnej nervovej sústavy a iné intrakraniálne a intraspinalné novotvary

IV. Nádory sympatheticnej nervovej sústavy

V. Retinoblastóm

VI. Obličkové nádory

VII. Nádory pečene

VIII. Zhubné nádory kostí

IX. Sarkómy mäkkého tkaniva

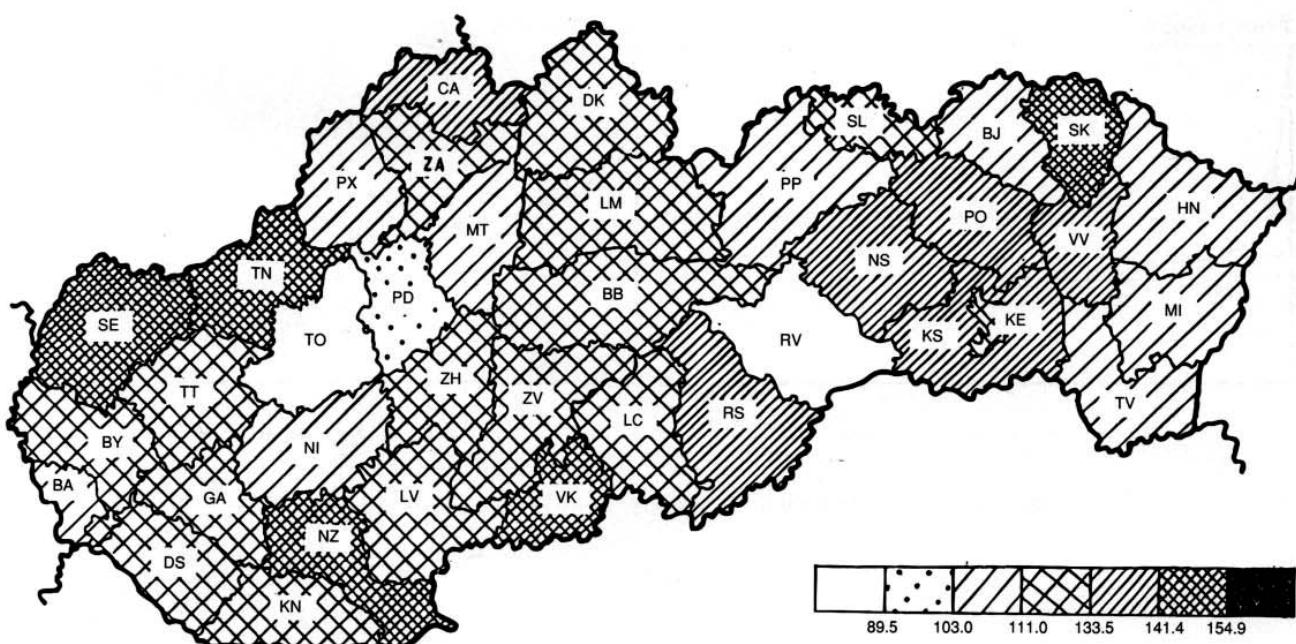
X. Novotvary zo zárodočných buniek, trofoblastické a iné novotvary pohlavných orgánov

XI. Karcinómy a iné zhubné epithelové novotvary

XII. Iné a NS zhubné nádory

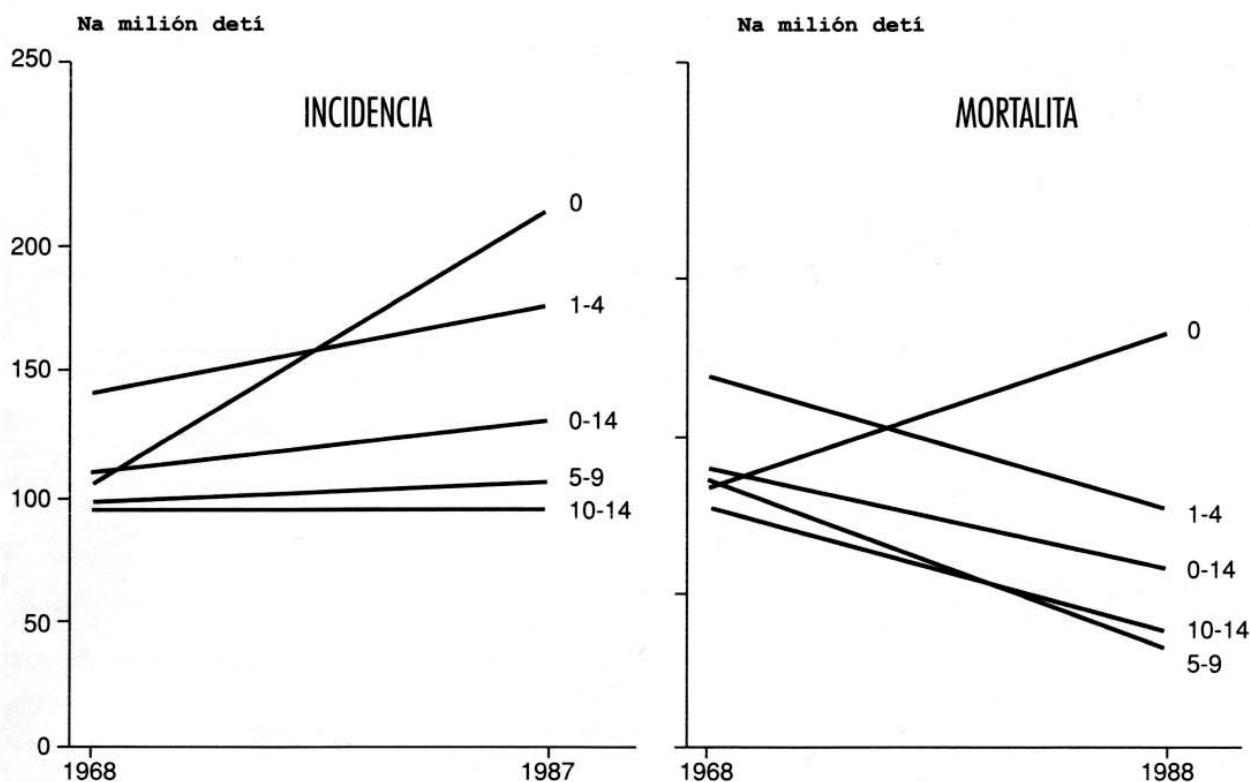
Obr.4 Geografická distribúcia incidencie zhubných nádorov v detskom veku na Slovensku

Všetky prípady hlásené v rokoch 1968-87



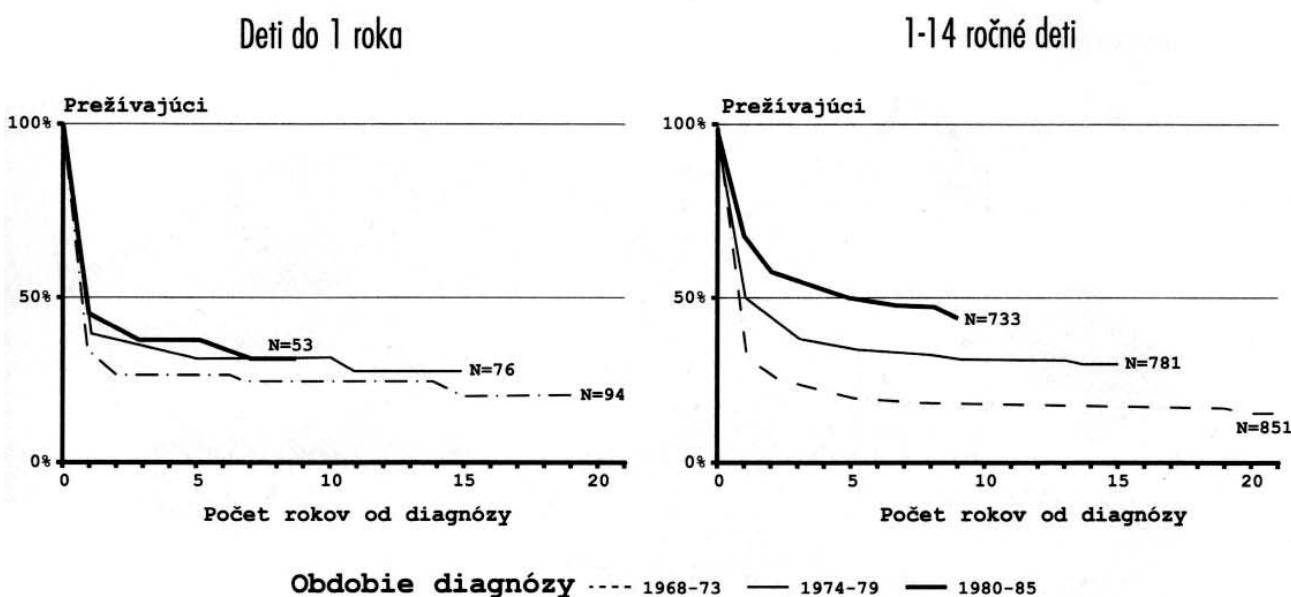
## Trendy incidencie a mortality vo vekových skupinách

Obr.5



## Trendy prežívania detí so zhubným nádorom podľa veku v čase diagnózy

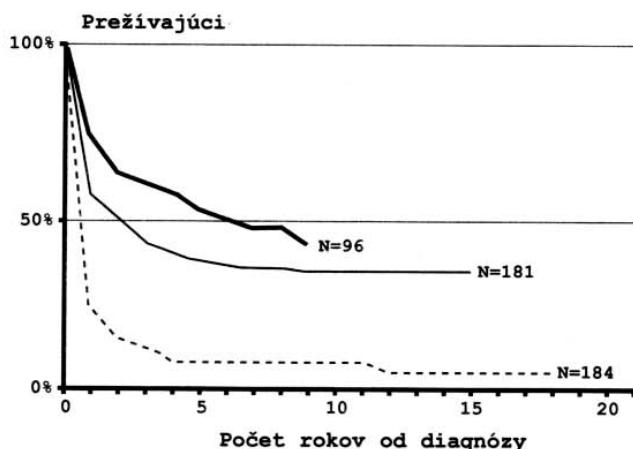
Obr.6



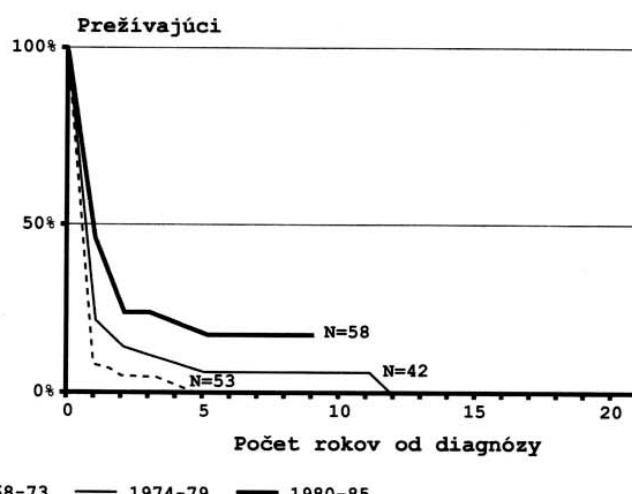
Obr.7

Trendy prežívania detí s leukémiami

ALL



ANLL

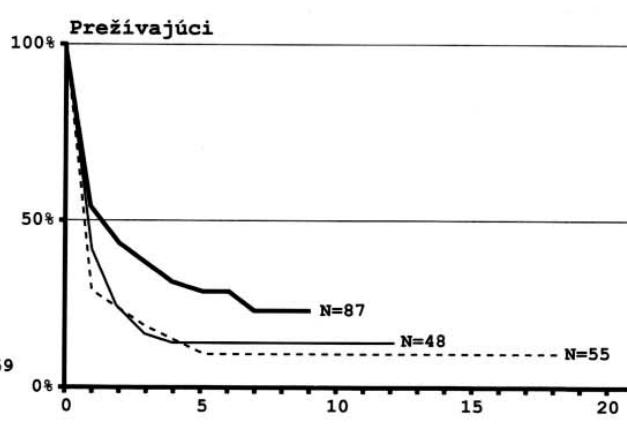
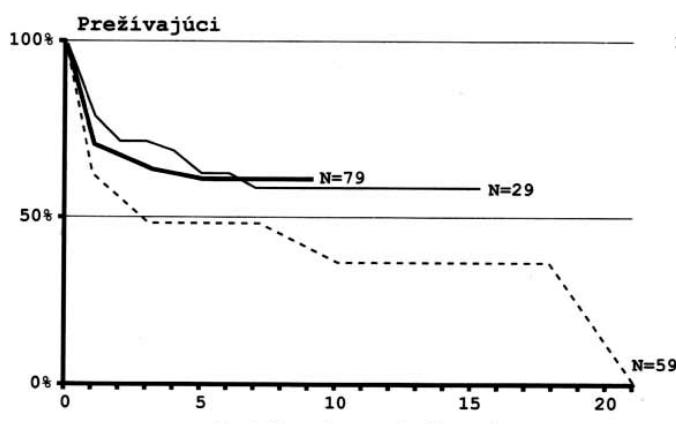


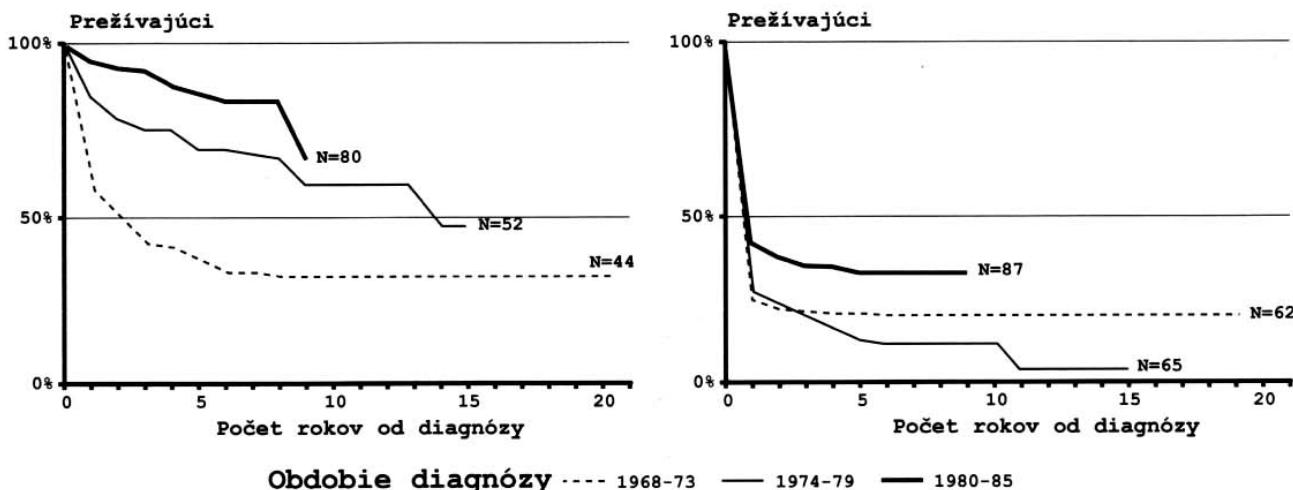
Obr.8

Trendy prežívania detí s nádormi CNS

Astrocytóm

Ependymóm, meduloblastóm, alebo iný intrakraniálny alebo intraspinalný z h.n.



**Hodgkinova choroba****Non-Hodgkinov, Burkittov,  
alebo NS lymfóm**

Škrabáková, Petrincová

NsP F.D. Roosvelta, detská klinika, Banská Bystrica

**MALÍGNE LYMFÓMY (LGR)**

V súčasnosti patria malígne lymfómy k jednej z najčastejších chorôb krvotvornej sústavy. Postihujú predovšetkým sekundárne lymfatické tkánivá.

Rozoznávame dve hlavné skupiny lymfómov:

I. Hodgkin

II. NHL

NHL tvoria značne heterogénnu skupinu chorôb imunitného systému, pričom NHL predstavujú morfológicky, terapeuticky a prognosticky samostatnú skupinu značne odlišnú od NHL dospelých. Lymfómy sú treťou najčastejšou malignitou v detskom veku (1. leukémie, 2. nádory CNS), tvoria asi 10 % detských malignít, pričom 60 % z nich sú detské NHL.

Najčastejšie býva postihnutá veková skupina 7 - 11 rokov. Príčina malígnnych lymfómov (ďalej NHL) je v podstate neznáma. Je pravdepodobné, že vírusy môžu hrať určitú úlohu pri vzniku niektorých ML. Deti s vrozenou alebo získanou imunodeficienciou majú väčšie riziko vývinu lymfoproliferatívnych malignít.

Malígy lymfogranulóm je nádorová choroba, ktorá postihuje lymfatické

uzliny s tendenciou šíriť sa do pečene, sleziny a iných orgánov. Chlapci bývajú postihnutí o niečo častejšie ako dievčatá. U veľkej väčšiny chorých LGR vzniká v jednej skupine lymfatických uzlín a šíri sa lymfatickými cestami do susedných uzlín, a neskôr aj krvou do vzdialených orgánov a tkániv. Na určenie diagnózy je najdôležitejšie histologické vyšetrenie chirurgicky odstránenej lymfatickej uzliny alebo tkaniva. Mikroskopicky rozlišujeme štyri histologické druhy LGR:

1. s prevahou lymfocytov - LP,
2. nodulárna skleróza NS (hlavne),
3. zmiešaná bunkovosť MC,
4. s úbytkom lymfocytov LD (najhoršia).

## KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O DETI NA ONKOLOGICKOM ODDELENÍ

Ošetrovateľstvo je samostatná disciplína zameraná na aktívne vyhľadávanie a uspokojovanie potrieb chorého. Svetová zdravotnícka organizácia formulovala tri hlavné ciele ošetrovateľstva: uplatňovať zdravie, navracať zdravie a zmierňovať utrpenie chorého. Ošetrovateľská starostlivosť umožňuje realizovať uvedené ciele do praxe. Sprekvádza ich ošetrovateľský tím, ktorého jadrom sú zdravotné a detské sestry. Ich práca je veľmi náročná, ale tiež veľmi humánna a krásna. Sestra je nablízku človeku v jeho náročnej životnej situácii, akou je choroba. Môže mu ju pomáhať zvládnuť, keď robí svoju prácu s láskou a na vysokej odbornej úrovni. Preto musí ovládať nielen postupy rôznych ošetrovateľských výkonov, ale súčasne má vedieť aj správne a rýchlo rozpoznať problematiku chorého a aktívne mu poskytovať takú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá je pre neho v danej situácii najvhodnejšia.

Na naše oddelenie sa prijímajú deti s malignymi chorobami z celého východoslovenského regiónu. Medzi najčastejšie maligné choroby u detí patria:

1. akútна lymfoblastová leukémia
  2. nádory mozgu
  3. maligné lymfómy
  4. iné zriedkavejšie solídne tumory (hlavne Wilmsov tumor - Neuroblastóm)
- Liečbu týchto nádorových chorôb, hlavne chemoterapiu a radioterapiu sprevádzajú rôzne nežiadúce účinky. Najčastejšie sú to: nevoľnosť a zvracanie, kožné a slizničné zmeny, nekrózy po paravenóznom podaní cytostatík, poruchy krvotvorby a bolest.

Pri intenzívnej chemoterapii je u pacientov mimoriadne silná nevoľnosť a zvracanie (po podaní CIS platiny, DTIC, cyklofosfamidu), ktoré aj keď neohrozujú bezprostredne život dieťaťa, vedú ku zníženému príjmu potravy a k zhoršeniu celkového stavu. Niektorí pacienti už pri vstupe na oddelenie majú nauzeu. V liečbe nevoľnosti a zvracania sa najlepšie osvedčil liek Zofran na našom oddelení.

Medzi kožné a slizničné vedľajšie účinky patrí stomatitída. Zmeny na slizniči úst signalizujú ako prvé klinické kritérium reakciu ostatných chemosenzitívnych tkanív organizmu včítane odpovede krvotvorného systému na podané cytostatiká. Vo vývoji stomatitídy z klinického hľadiska môžeme zaznamenať 3 štádiá:

- I. štadium je charakterizované slizničným erytémom, subjektívne ťažkosti sú mierne a nebránia príjmu potravy.
- II. štadium je charakterizované povrchovými ohrazenými ulceráciemi v priemere do jedného centimetra, subjektívne ťažkosti sú výrazné, per orálny príjem je sťažený.
- III. štadium je charakterizované splyvajúcimi hlbokými exulceráciemi ústnej sliznice (postihujú pery, jazyk, líca, podnebie). Normálny príjem potravy je sťažený až nemožný.

Ošetrovateľská starostlivosť spočíva v tom, že dieťa izolujeme, dbáme na zvýšenú hygienu, používame sterilné nádoby a príbory, použité pomôcky dezinfikujeme. Bolesť potlačíme výplachmi harmančekom, Stopanginom, Mesokainom. Pliesňové ložiská natierame gencianovou violehou, roztokom Entizolu, podávame antimykotickú liečbu (Nizoral, Diflucan). Stravu podávame kašovitú alebo tekutú, lebo dieťa má ťažkosti s prehĺtaním. Ku kožným nežiadúcim účinkom patria aj dekubity a alopecia. Dekubity vznikajú pomerne ľahko, keď je pacient v bezvedomí alebo bezvládný. Sestra dbá aby bola koža stále čistá a suchá. Pravidelne mení polohu pacienta, ohrozené miesta dostatočne vetrá, na preleženiny používa dekuby a protidekubitové matrace. Po cytostatickej liečbe je veľmi častá alopecia, ktorú veľmi ťažko znášajú hlavne dospevajúce deti. Parochňa môže tento stav zmierniť.

Pri podávaní cytostatík sa často vyskytujú kožné zmeny po paravenóznej aplikácii (Vincristin, Adriblastin). Podľa povahy a množstva aplikovaného lieku, ktoré vniklo mimo žily, sa vyuvinie erytému, bolestivý infiltrát s následnou nekrózou. Aby boli následky čo najmenšie, okamžite prerušíme aplikáciu cytostatika, odsajeme roztok Hydrokortizónu. Na postihnuté miesto prikladáme vrecko s ľadom. Nekrotické miesto ošetrujeme v spolupráci s chirurgom.

Medzi najzávažnejšie poškodenie krvotvorby patrí leukopénia a trombocytopenia. Týchto pacientov izolujeme, aby boli chránení pred infekciou. Sestra starostlivo sleduje prejavy krvácania infekcie, nadmernú tvorbu hematímov po injekčných vpichoch, ako aj krvácanie z nosa a dásien a tiež sleduje stolicu. Pri malokrvnatosti podávame transfúzie krvi a krvné deriváty.

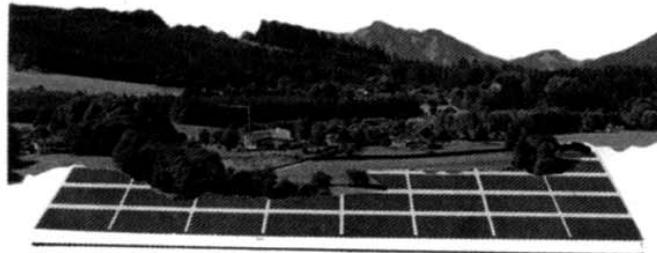
Bolesť je častým sprievodcom nádorových chorôb u detí hlavne u terminálnych štadiá ochorenia. Treba na ňu myslieť hlavne u malých detí, ktoré nevedia povedať jej rozsah a charakter. Pri riešení bolestivých stavov je potrebné individualizovať a do liečebného postupu začleniť i psychologické činitele, ktoré môžu pôsobiť veľmi pozitívne - ide o to, aby dieťa vedelo, že jeho ťažkosti sa snažíme odstrániť. Forma zaobchádzania s dieťaťom, slovo pochopenia a útechy tu môžu zohrať takú významnú úlohu ako aj liek. Na našom oddelení tlmíme somatickú, eventuálne psychogennú bolesť medikamentózne rôznymi analgetikami a sedatívmi.

Okrem ošetrovania nežiadúcich účinkov sa sestra na našom oddelení usiluje čo najviac uplatniť svoje schopnosti zblížiť sa s dieťaťom, má na zreteli, že niekedy ide o nevyliečiteľné choré deti, a preto je trpežlivá, láskavá, súcitná, usiluje sa o individuálny prístup ku každému malému pacientovi. Chráni ho pred negatívnym vplyvom nemocničného prostredia, pomáha mu preklenúť prvé dni adaptácie. Snažíme sa vytvoriť pre tieto deti čo najvhodnejšie prostredie, aby čo najmenej pocíťovali odlúčenosť od rodiny. Na oddelení

sme zriadili herňu pre deti, kde ich zamestnávame rôznymi hrami, pozoráním televízie, videa, počúvaním rádia a magnetofónu.

V detskej onkológii sa však stretávame aj napriek nemalým liečebným úspechom s umieraním a smrťou dieťaťa najčastejšie. Pri ošetrovaní umierajúceho pacienta postupuje sestra pokoje, rozvážne, s vysokým spoločenským taktom. Ošetrovať choré deti s malignými chorobami je veľmi namáhavá

práca. Nie každý môže v tejto oblasti pôsobiť, nie každý unesie ťachu nárokov najmä emocionálnej záťaže počas dlhej liečby, pomalého umierania a smrti dieťaťa. Nie je to ľahké, ale vedomie, že je táto práca vysoko humánna, šľachetná, zmierňujúca ťažké chvíle dieťaťa, nám pomôže splniť aj túto úlohu voči deťom so zhoubnými nádormi.



## PROBLÉMY STAROSTLIVOSTI O DIEŤA S MALÍGNOU CHOROBOU

Práca detskej sestry pri komplexnom diagnostickom liečebnom postupe u detí s onkologickými chorobami má veľký, často však nedocenený význam. Škola ani prostredie, v ktorom sme vyrastali, nás dosťatočne nepripravila na to, aby sme s vyrovnaným postojom čeliли problémom, ktoré prináša stály styk s dlhodobo či nevyliečiteľne chorými deťmi.

Už na prvých kontaktoch sestry s chorým dieťaťom záleží, aký vzťah si vytvorí malý pacient k zdravotníckemu zariadeniu, do ktorého prichádza - či to bude vzťah založený na dôvere, alebo na strachu. Prvé milé slová privítania, odbornosť podmienená istota pri vyšetrovacích a liečebných zádkoch pomáhajú prekonať pocity neistoty, strachu, úzkosti. Pretože je sestra v kontakte s chorým dieťaťom častejšie než lekár, dieťa sa jej ľahšie zveruje so svojimi problémami, príznakmi choroby, a tak sa sestra stáva často sprostredkovateľkou medzi pacientom a lekárom.

Dôležitá je i jej úloha pri vysvetľovaní niektorých komplikovanejších vyšetrovacích alebo liečebných zádkov - často stačí niekoľko upokojujúcich slov, a zárok, ktorý bol opradený záhadnosťou, sa zmení na jednoduché vyšetrenie. Intenzívna liečba často vedie k rôznym komplikáciám, ktoré sestra musí poznáť, predvídať ich a podľa možnosti im predchádzať, ale aj na ne pripraviť tak dieťa, ako i rodičov.

Mnohé cytostatiká, (napr. Alcysten, Cyklophosphamid, Natulan) ako nepriaznivý vedľajší účinok so sebou prinášajú nevoľnosť a úporné zvracanie. Leky odvodené z Vinca alkaloidov (Vincristin, Vinblastin) vedú k neurotoxicite, v dôsledku ktorej vzniká hypotónia hladkého svalstva, prejavujúca sa obstatíciu až ileózny stavom, slabosť kostrového svalstva, ktorá spôsobuje poruchy chôdze, neobratnosti, čo môže u týchto detí viesť k častejším úrazom.

Už len choroba sama a cytostatická liečba vedú k väčšej náchylnosti na infekcie. Preto musí sestra kontrolovať najmä dutinu ústnu, perianálnu a perigenitálnu oblasť, ktoré sa môžu stať východiskom septických stavov. Pravidelne treba odoberať materiál na bakteriologické vyšetrenia, tampóny z nosa, tonsíl, konečníka, z kožných lézii, moč na kultivačné vyšetrenie, pri horúčkach krv na hemokultúru. Nesprávnym odberom sa môže tento materiál znehodnotiť a výsledok značne skresliť.

Niekteré cytostatiká ako sú Methotrexát, Adriablastin, Rubidomycín vedú k vzniku ulcerácií na slizničiach ústnej dutiny i celého tráviaceho ústrojenstva. Pri vzniku takejto komplikácie je dôležité starostlivé ošetrovanie slizník ústnej dutiny, zabezpečenie dostatočného príjmu tekutín a vhodne upravenej potravy, boj proti bolesti. Krvácané stavy sa najčastejšie prejavujú vo forme podkožných krvácaní, epistaxy, ďalej hematúrie alebo melény. Všetky tieto prejavy si treba včas všimnúť, hneď ich hlásiť lekárovi a pacienta správne ošetrif, aby sa zabránilo veľkým stratám krvi. Veľkú pozornosť treba venovať podávaniu biologických prípravkov, ktoré môžu viesť k vzniku alergickej až anafylaktickej reakcie.

U detí s malignymi chorobami je potrebné často podávať i krvné deriváty - či už erytrocytovú masu, plnú krv, leukocytové a trombocytové koncentráty,

fibrinogén. Pri ich podávaní treba dodržiavať všetky predpisy a pri akékoľvek komplikácii ihneď informovať lekára, ktorý určí ďalší postup.

Nepríjemnou komplikáciou pri i.v. aplikácii niektorých cytostatík (ako sú Vincristín, Vinblastin, Adriablastin, Rubidomycín, Vumon), je ich paravenózne podanie, v dôsledku ktorého vznikajú fažké nekrózy podkožia. Môže k tomu dôjsť buď nesprávnu technikou podávania, alebo v dôsledku krehkosti cievnej steny po opakovanych i.v. aplikáciach liekov.

Z ďalších nežiadúcich účinkov je to nefrotoxicita a hepatotoxicita niektorých liekov. Hepatotoxicitu musíme odlišiť od infekčnej hepatitídy, ktorá sa môže vyskytovať u našich pacientov, a to najmä hepatitída B v dôsledku častého podávania krvných derivátov a zníženej odolnosti pacientov. Preto je dôležité opatrné zaobchádzanie so všetkými biologickými materiálmi a dodržiavanie prísnych zásad hygiény a ochrany pri práci.

V priebehu ožarovania a intratekálnej aplikácie liekov mávajú deti často bolesti hlavy, nauze, vracajú, bývajú sklesnuté, mrzuté, náladové. V počiatkovej fáze štadiu choroby si pacienti vyžadujú intenzívnu starostlivosť. Sestra musí pravidelne sledovať vitálne hodnoty a celkový zdravotný stav dieťaťa. Dôležité je presné podávanie liekov, príprava pacienta na bolestivé zádky - najmä punkcie: lumbálnu, sternálnu, ale i na i.m. a i.v. podávanie liekov, infúzie, transfúzie, sledovanie vedľajších účinkov liekov.

Neoddeliteľnou súčasťou práce detskej sestry je i starostlivosť o psychický stav pacientov. V akútnej fáze štadiu je dieťa vystrašené príznakmi choroby, trpí bolesťou, a navyše je vytŕhnuté z domáceho prostredia - láskavý prístup sestry mu iste pomôže takéto fažké chvíle prekonáť. Po dosiahnutí remisie už nemáme pred sebou akútne choré dieťa, ale aj v tomto období je dôležité, aby si sestra starostivo všímala pacienta a na všetky zmeny v jeho stave upozornila lekára.

Predstava dieťaťa o chorobe a jej liečbe závisí od veku detského pacienta. A pretože na našom oddelení hospitalizujeme deti od dojčenského veku až do 18 rokov, je i starostlivosť o psychický stav detí veľmi pestrá a namáhavá a sestra musí diferencovať prístup k jednotlivým pacientom, utešovať ich, nahrádzať im matku, zamestnávať ich vo voľnom čase, no predovšetkým pozitívne vplyvať na ich vôľu uzdraviť sa. Veľmi fažké sú stavy, pri ktorých nastáva zmena vzhľadu, funkčnosti pohyblivosti dieťaťa, ako sú napr. amputácia končatín, enukleácia očného bulbu. Tu môže byť veľkou oporou pre pacientov i rodičov sestra s psychológom pri vyrovnaní sa dieťaťa s daným stavom.

Rovnako dôležitým momentom v psychologickej prístupe sestry k onkologickému pacientovi je aktivizácia dieťaťa - nikdy nesmieme ponechávať dieťa samo na seba. Dieťa musí cítiť, že všetci chceme, aby bolo veselé, zdravé, že nás jeho otázky neobťažujú, že mu chceme byť blízkymi, že to, čo preň robíme, robíme nie preto, že musíme, ale preto, že chceme. Detská duša je ten najcitlivejší barometér, ktorý sa nedá oklamat. Významnú úlohu pri liečbe detských onkologických pacientov má kontakt sestry s rodičmi. Je potrebné, aby sestra i k nim pristupovala trpeživo, s maximálnym pochopením usmerňovala ich prístup k chorobe a liečbe ich dieťaťa. Je to

veľmi dôležité najmä preto, lebo postoj rodičov sa odráža i na reakciách dieťaťa.

Najsmutnejšou kapitolou je starostlivosť o dieťa v terminálnom štádiu choroby. Tu nám nezostáva nič iné, len zmierňovať utrpenie pacienta, snažiť sa mu priniesť aspoň trochu radosti splnením dostupných prianí - najmä keď si želá prítomnosť blízkej osoby, väčšinou matky. Vhodným prístupom musíme zmierňovať napäťie a úzkosť tak zomierajúceho pacienta, ako i jeho rodičov. Napriek tomu, že dnešný stav medicíny nám ešte neumožňuje zachrániť všetkých pacientov s neoplastickejmi chorobami, naša práca nie je mŕvna, lebo niektorým týmto deťom dokážeme prinavrátiť zdravie.



## Zoznam vyznamenaných členov k Medzinárodnému dňu sestier (12. mája 94)

### Strieborné medaily SLS:

1. Mária Aradská, Komárno
2. Valéria Dóšová, Rimavská Sobota
3. Alžbeta Galbavá, Nitra
4. Emília Žuffová, Bratislava

### Bronzové medaily SLS:

1. Božena Arvayová, Rožňava
2. Antónia Bachanová, Zlaté Moravce
3. Eva Bachníčková, Bratislava
4. Mária Haraksimová, Košice
5. Mgr. Alžbeta Hanzlíková, Martin
6. Zdena Fundáková, Michalovce
7. Mária Kušnieríková, Trebišov
8. Eva Matulová, Žilina
9. Katarína Školníková, Bratislava
10. Mária Žitnáková, Liptovský Mikuláš
11. Mária Vinceová, Šaľa

# Plán celoštátnych akcií, konferencií, sympózií, vedeckých pracovných dní a vedeckých schôdzí realizovaných v I. polroku 1995

## SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ SESTIER :

Sekcie:

### 1. Sekcia detských sestier

Názov podujatia:	Celoslovenská konferencia detských sestier
Dátum a miesto konania:	April 1995 Bratislava
Tematika:	Novinky v pediatrii
Organizátor:	Anna Holigová, MFN Kollárova 2 036 59 Martin tel. 0842/341 31

### 2. Sekcia sestier pracujúcich na geriatrii

Dátum a miesto konania:	Jún 1995 Bratislava
Tematika:	Ošetrovateľská starostlivosť o geriatrických pacientov na lôžkovej časti, v teréne a zariadeniach sociálnej starostlivosti
Organizátor:	Melánia Godovičová, Penzión Zikova ul. 851 04 Bratislava

### 3. Sekcia sestier pre sociálnu službu a sociálnych pracovníčok

Názov podujatia:	XXV. celoslovenská konferencia sekcie pre sociálnu službu a sociálnych pracovníčok
Dátum a miesto konania:	Máj 1995 Trenčianske Teplice
Tematika:	Novodobá problematika populácie produktívneho veku
Organizátor:	Serafína Hermanová, DFNsP Limbová č. 1 833 40 Bratislava tel. 371 527

### Sekcia sestier pracujúcich na urológii

Názov podujatia:	Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich na urológii
Dátum a miesto konania:	Máj 1995 Martin
Tematika:	Detská urológia. Urologická ambulancia včera a dnes
Organizátor:	Anna Novotná, NsP 950 01 Nitra tel. 087 417 258

### Slovenská spoločnosť sestier

Názov podujatia:	V. celoslovenská konferencia Slovenskej spoločnosti sestier
Dátum a miesto konania:	12. mája 1995
Tematika:	Medzinárodný deň sestier
Organizátor:	Jozefína Šepešiová, NsP Ružinovská 6 826 06 Bratislava tel. 07/232 409

# SPOLOČNOSŤ SZP TECHNICKÝCH ODBOROV

I. polrok 1995

Sekcie:

## 1. Sekcia asistentov hygienickej služby:

Názov podujatia:	Celoslovenská konferencia AHS pracujúcich na úseku hygieny životného prostredia a SZP pracujúcich v hygienických laboratóriách
Dátum a miesto konania:	25. a 26. mája 1995 Trnava.
Tematika:	Problematika hygieny životného prostredia
Organizátor:	Marta Karlovská, Ústav hygieny a epidemiológie, Ružinovská č. 8 820 09 Bratislava, tel. 07/230 611

## 2. Sekcia farmaceutických laborantov:

Názov podujatia:	XVIII. slov. prac. dni farm. laborantov
Dátum a miesto konania:	Máj 1995, Fakultná nemocnica Martin
Tematika:	Aktualizácia poznatkov farmakoterapie, registrácie a distribúcie nových liekov Prezentácia liekov viazaných na lekárskych predpis i voľne predajných alopatík i homeopatík farmaceutickými firmami vo forme prednášok a panelovej výstavy
Organizátor:	Viera Jeníková, katedra galenickej farmácie, Farmaceutická fakulta UK, ul. Odbojárov 10, 832 32 Bratislava, tel. 07/604 51

## 3. Sekcia mikrobiologických laborantov:

Názov podujatia:	XXIV. celoslovenská konferencia mikrobiologických laborantov
Tematika:	Laboratórna diagnostika gastrointestinálnych infekcií
Organizátor:	PhDr. Irma Bujdáková, Inštitút pre vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, Limbova 12, 833 03 Bratislava tel. 07/374 560

## 4. Sekcia rádiologických asistentov:

Názov podujatia:	Celoslovenská konferencia rádiologických asistentov
Dátum podujatia:	8. a 9. júna 1995 Bratislava
Tematika:	Pokroky v rádiológii
Organizátor:	Štefan Čelinák, rádiolog. odd. Nemocnica s poliklinikou 056 01 Poprad, tel. 092/463

Toto „nulté“ číslo je zostavené z niektorých prednášok, ktoré prednesli autorky na Celoslovenskej konferencii vedúcich sestier a na Celoslovenskej konferencii onkologických sestier v r. 1993 a ktoré zhodnotili účastníci konferencií ako najlepšie.  
Za jazykovú úpravu zodpovedajú autorky príspevkov.  
Časopis Revue ošetrovateľstva bude vychádzať štvrtročne.  
Príspevky zasielajte na adresu tajomníčky redakcie :  
Olga Ďuržová, SLS, Legionárska 4, 813 22 Bratislava  
Uverejnené príspevky sa nehonorujú.  
Rukopisy redakčná rada nevracia  
Časopis distribuuje SLS pre členov Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov SLS bezplatne.  
Cena jedného čísla pre iných záujemcov je 10 Sk.  
Názov časopisu od riadneho 1. čísla v roku 1995 bude :  
Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík  
Rozdelenie príspevkov do tematických blokov :  
A) Ošetrovateľstvo  
    1) Klinické ošetrovateľstvo  
    2) Terénnne ošetrovateľstvo  
B) Laboratórne metodiky  
    1) Laboratórna diagnostika  
    2) Hygiena  
C) Študentské fórum  
D) Informácie



Revue ošetrovateľstva  
vydavateľ  
Slovenská lekárska spoločnosť  
Redakčná rada:  
Prof. MUDr. Gustáv Čierny, DrSc.,  
vedúci redakčnej rady  
Prof. MUDr. Eva Brixová, DrSc.,  
zástupkyňa vedúceho redakčnej rady  
Olga Ďuržová - tajomníčka redakčnej rady  
PhDr. Irma Bujdáková,  
členka redakčnej rady  
Mgr. Anna Čunderlíková,  
členka redakčnej rady  
Mgr. Anna Herianová,  
členka redakčnej rady  
MUDr. Mária Kovářová,  
členka redakčnej rady  
Jozefína Sepěšiová,  
členka redakčnej rady  
adresa vydavateľstva a redakcie  
Slovenská lekárska spoločnosť  
Legionárska 4, 813 22 Bratislava  
Tel. 07 / 214 015, Fax: 07 / 212 363  
Typo, litho, design a inzercia:  
dip.p. studio  
Tel.: 07 / 238 807, Fax: 07 / 238 794  
výtvarná spolupráca  
Roman Lazar  
Reg. č. : MK SR 283/90, MIČ 49255