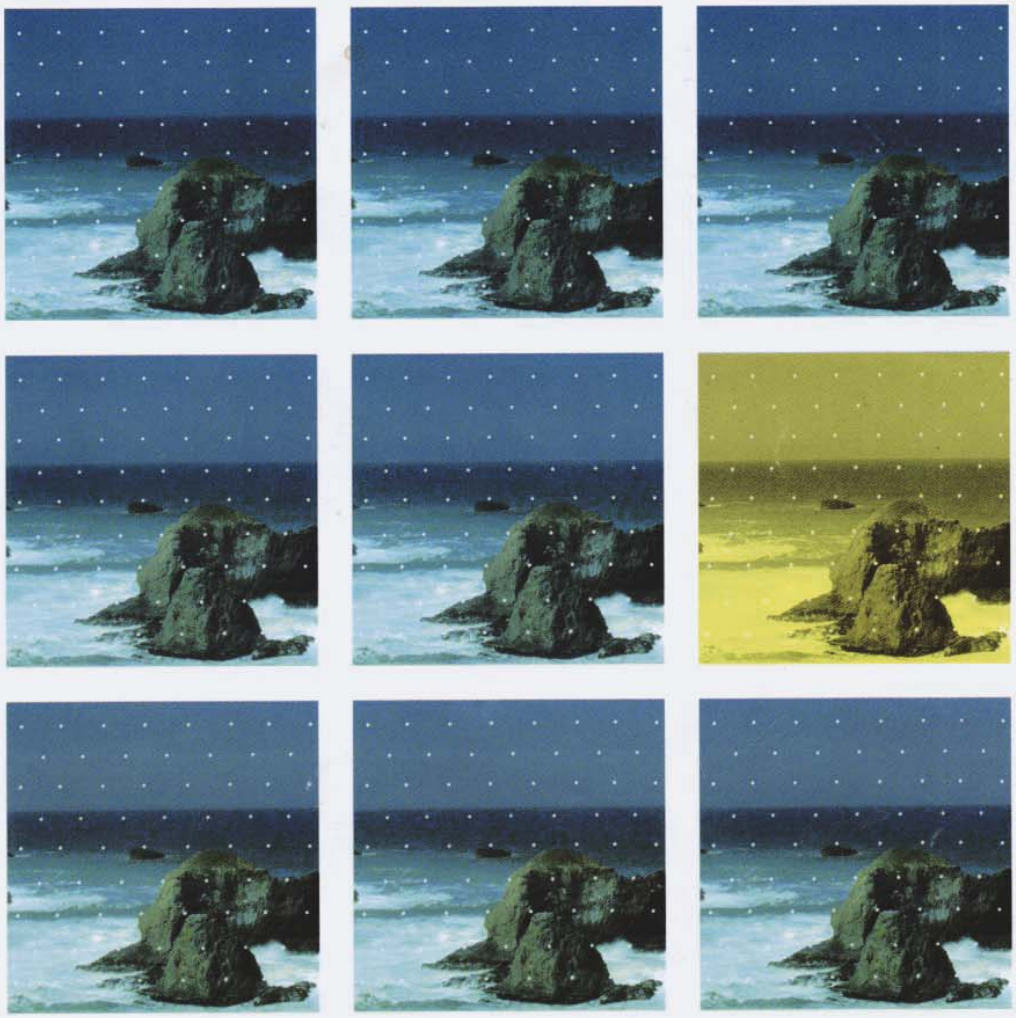
REVUE OŠETROVATEĽSTVA A LABORATÓRNYCH METODÍK

ROČNÍK I. CENA 10 SK 3/95



SLS
SLOVENSKÁ LEKÁRSKA SPOLOČNOSŤ

ODBORNÝ ČASOPIS SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ SPOLOČNOSTI

Obsah

4 Význam, náplň a úlohy klinickej biochémie (T. R. Niederland)

5 Proteinúria a hematúria u bežcov po maratónskom behu, cestnom behu na 100 km a 24-hodinovom supermaratóne na dráhe (M. Knapová, V. Bliczová, M. Mitrová, K. Derzsiová, M. Mydlík, Y. Machaňová, B. Bohuš)

7 Formaldehyd v pracovnom ovzduší (A. Bérešová)

9 Laboratórna diagnostika vybraných sexuálne prenosných ochorení (V. Chlapíková, M. Šimkovičová, D. Kruckmayerová, H. Kovalovská)

12 Univerzitné vzdelávanie v ošetrovateľstve na Jeseniovej lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Martine (D. Meško, D. Mištuna, A. Hanzlíková, S. Funiak)

13 Multidimenzionálne hodnotenie chronických stavov v geriatrii (L. Smoleňová, A. Herianová)

15 Nové trendy ošetrovateľstva na oddelení klinickej imunológie a alergológie v Prešove (J. Pavlinská)

16 Kaudálna anestézia v pediatrii (M. Foltýnová)

17 Starostlivosť o dutinu ústnu (G. Holóssyová)

19 História žilinskej očnej nemocnice (M. Rumanová)

20 Podmienky života a práce detí v Základnej škole pre slabozrakých a nevidiacich na Svrčej ulici v Bratislave (M. Klimanová, D. Vlachová, M. Pavlovičová)

21 Dieťa v ohrození (M. Šupínová)

23 Prenatálna starostlivosť - informovanosť a spokojnosť (M. Ballová)

25 Správy zo Slovenskej lekárskej spoločnosti

26 Školské okienko

27 Správy z inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve

Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík
Odborný časopis Slovenskej lekárskej spločnosti - Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov v Bratislave
Prináša pôvodné príspevky, referáty a informácie z odbornej činnosti v ošetrovateľstve a laboratórnych metodikách používaných v zdravotníctve, informácie z oblasti vzdelávania, zo zahraničia, z činnosti Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov, organizačných zložiek Slovenskej lekárskej spoločnosti.
Vedúci redaktor: Prof. MUDr. Gustáv Čierny, DrSc.
Zástupca vedúceho redaktora: Prof. MUDr. Eva Brixová, DrSc.
Odborný redaktor: PhDr. Magdaléna Jentnerová
Technický redaktor: MUDr. Radko Menkyna
Tajomníčka redakcie: Oľga Ďuržová
Redakčná rada: Prof. MUDr. Eva Brixová, DrSc., PhDr. Irma Bujdáková, Prof. MUDr. Gustáv Čierny DrSc. (predseda), Mgr. Anna Čunderlíková, PhDr. Dana Farkašová, PhDr. Anna Herianová, MUDr. Mária Kovářová, Jozefína Sepéšiová, Mgr. K. Žiaková
Vydáva Slovenská lekárska spoločnosť v Bratislave, Legionárska ul. č. 4., 813 22 Bratislava vo vydavateľstve Designland s.r.o.
Adresa redakcie: Slovenská lekárska spoločnosť
Legionárska 4
813 22 Bratislava
Tel.: 07/214 015, Fax: 07/212 363
Inzercia: designland s.r.o., reklamná agentúra, slovinská 12, 821 04 Bratislava, tel.: 07/238 794, fax: 07/238 807
Fotosadzba a grafická úprava: designland grafické štúdio s.r.o.
Lito: Concordia Trading s.r.o.
Cover design: Roman Lazar, Karol Šimunič
Výtvarná spolupráca: Gabriel Takáč
Rozširuje: Slovenská lekárska spoločnosť. Vychádza 4 ráz do roka. Cena jedného čísla Sk 10,-
(pre členov Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov zadarmo).
Inprimovanie rukopisov 20.júl 1995. Číslo vyšlo: september 1995 Reg. číslo: 1206/95
Vydavateľ neručí za kvalitu výrobkov a služieb ponúkaných v inzercii jednotlivých firiem.
Podávanie novinových zásielok povolené Rp v Ba č.j. 687/95 - zo dňa 14.2.1995

Všetky práva vyhradené,copyright designland s.r.o.september 1995.

T.R.Niederland

Význam, náplň a úlohy klinickej biochémie

Podmienkou správnej terapie je presná diagnóza. Medzi dôležité diagnostické postupy patria aj biochemické vyšetrovania. Prudkému rozvoju diagnostických metód po druhej svetovej vojne predchádzalo intenzívne štúdium mechanizmov a vývoja rôznych chorobných stavov. Jednou z ciest bolo /a dodnes zostáva/ štúdium chemických pochodov v organizme pri rôznych chorobách.

Biochémia, veda o chemických procesoch v živom organizme, sa rozvíjala od minulého storočia. Spočiatku to bola analýza chemických látok, ktoré sa vyskytujú v organizme. Neskôr sa pristúpilo k syntéze uvedených látok. Koncom minulého storočia a hlavne začiatkom nášho začína sa biochémia koncentrovať na štúdium chemických pochodov v organizme. Tie nazývame súborným názvom premena látok, resp. metabolizmus. Väčšina biochemických nálezov sa získala na experimentálnych zvieratách, tkanivovoých rezoch a homogenátoch, na mikróboch atď. Tie odkryli zväčša všeobecné zákonitosti premeny látok v živej hmote. Ich aplikácia na človeka, pochopiteľne, narážala na ťažkosti. Bolo preto treba vypracovať metódy, ktoré by dovolili štúdium metabolizmu v ľudskom organizme. Postupne vznikla klinická biochémia, ktorá sa koncentrovala na toto štúdium.

Klinická biochémia sa teda koncentruje na štúdium chemických pochodov pri rôznych chorobných stavoch u ľudí, teda u pacientov. Biochemický nález u pacientov sa musí vždy zrovnávať s biochemickým nálezom u zdravých ľudí. Preto sa musia získať tzv. referenčné biochemické hodnoty. Získavanie referenčných hodnôt /predtým často nesprávne nazývaných kontrolné, resp. normálne/ predstavuje dnes jeden z veľmi náročných a pracných úsekov klinickej biochémie. Referenčné hodnoty sa líšia podľa veku a pohlavia vyšetrovaných zdravých osôb a napokon aj podľa regionálnych vplyvov /strava, zamestnanie, denný stereotyp života atď./. Preto napr. biochemické nálezy u 20, resp. 30-ročných jedincov nemôžu byť referenčnými hodnotami pre 60, resp. 70-ročných. Biochemické hodnoty u žien nemôžu byť referenčnými hodnotami pre mužov v tej istej vekovej skupine.

Začiatky klinickej biochémie, ktoré sa v podstate datujú od dvadsiatych rokov nášho storočia, predstavovali skoro výlučne tzv. diagnostickú biochémiu. Je to praktická časť klinickej biochémie, ktorej úlohou je zisťovať biochemické ukazovatele /tzv. biochemické parametre/ v biologickom materiáli u ľudí /moč, stolica, tkanivá atď./ a tým pomôcť pri určení diagnózy. Pre dnešného lekára je už nepochopiteľné, že po prvej svetovej vojne sa ani na popredných klinikách neanalyzoval moč. Až v tridsiatych rokoch sa začali vyšetrovať niektoré chemické látky u malej skupiny pacientov /vyšetrenie moču, stolice, žalúdočnej šťavy atď./. Skutočný rozmach klinickej biochémie vidíme až po druhej svetovej vojne, keď biochemická analytika vyvinula tzv. mikrometódy, resp. semimikrometódy, ktoré umožnili zisťovať parametre v malom množstve biologického materiálu. Zatiaľ, čo napr. v tridsiatych rokoch sa musela nabrať krv zo žily na určenie hladiny cukru v krvi /glykémia/, dnes stačí na to kvapka krvi. Súčasne s rozvojom biochemickej metodológie začali sa budovať v našich špičkových zdravotníckych zariadeniach tzv. centrálne biochemické laboratóriá, ktoré sa stali neskôr dôležitou súčasťou tzv. diagnostických komplementov aj v ostatných nemocniciach a neskôr aj na poliklinikách. Sú malými chemickými továrničkami, ktoré často deň a noc chŕlia biochemické údaje, ktoré sú dôležitým faktorom pri objektivizácii podstaty choroby. Biochemické parametre môžu byť niekedy pozitívne, keď ešte nie sú klinicky zreteľné prejavy choroby. Pomocou biochemických ukazovateľov možno napr. odkryť diabetes mellitus /cukrovku/ ešte v štádiu, keď pacient necíti ťažkosti /zvýšenie hladiny cukru v krvi alebo zjavenie sa cukru v moči/. Túto vlastnosť biochemických parametrov možno využiť pri tzv. biochemickom skríningu /z angl. screening - presiatie/. Pomocou niektorých biochemických vyšetrení možno prešetriť určitú populáciu, resp. skupinu ľudí. Tento postup značne zjednodušili papierikové metódy /papierové prúžky/. Mnohé skríningové vyšetrenia sa robia už v ranom detskom veku, aby sa odkryli vrodené metabolické poruchy /napr. fenylketonúria/. Pri podozrení na epidemický výskyt infekčnej žltačky môže sa urobiť široký skríning skupiny ľudí, u ktorých je podozrenie, že sa dostali do kontaktu s infekčným okolím.

Niektoré biochemické parametre sú špecifické pre určitú chorobu, napr. cukor pre diabetes mellitus. Väčšina biochemických parametrov nie je špecifická pre určitú chorobu. V týchto prípadoch zoskupením určitej skupiny nešpecifických testov možno zvýšiť ich diagnostickú hodnotu. Postupne narastá počet takýchto skupinových testov /napr. pečeňové, obličkové, endokrinné atď./.

Sledovaním dynamiky biochemického parametru v priebehu času /v niekoľkodenných, resp. týždenných intervaloch/ možno získať objektívny obraz o zlepšení, resp. zhoršení stavu pacienta. Ústup patologicky pozmeneného biochemického ukazovateľa signalizuje zlepšene, jeho pretrvávanie predpovedá progresiu /často napriek tomu, že klinický stav nevykazuje patričné zmeny/. Z uvedenej skutočnosti vyplýva prognostický význam klinicko-biochemických vyšetrení. Pomocou združených biochemických testov, resp. ich dynamikou možno zisťovať štádiovosť choroby. Treba zdôrazniť, že dynamika biochemických testov môže byť cenným ukazovateľom aj efektívnosti terapie.

Eminentný význam majú biochemické vyšetrovacie metódy v toxikológii pri zisťovaní rôznych otráv, a to nielen rôznych chemických látok, ale aj liekov požitých náhodou alebo úmyselne. Pracoviská intenzívnej starostlivosti využívajú biochemické vyšetrenia /napr. parametre elektrolytovej, acidobázickej a vodnej rovnováhy/. Tie sa musia robiť často vo veľmi krátkych časových intervaloch, aby sa pružne mohla prispôsobiť terapia.

Biochemické parametre signalizujú obvykle ochorenie určitého orgánu. Väčšina orgánov nášho tela má ale relatívne veľkú funkčnú kapacitu, takže mierne poškodenie sa nemusí manifestovať patologickými hodnotami. K odkrývaniu takýchto miernych poškodení slúžia klinickému biochemikovi tzv. záťažové biochemické testy, často nazývané aj bilančné testy. Podstatou týchto testov je náhle zaťaženie organizmu väčším množstvom nejakej chemickej látky. Zdravý metabolizmus ju metabolizuje dobre, kým aj mierne poškodenie orgánu sa môže prejaviť patologickými hodnotami sledovaných parametrov. Dobre možno tento proces demonštrovať na priebehu glykemickej krivky u latentnej cukrovky. Po záťaži organizmu glukózou /50, resp. 100 g v čaji/ u zdravého človeka hladina glykémie stúpne, ale po určitej dobe sa vracia k východiskovej hodnote. Pacient s latentnou cukrovkou nevie glukózu správne metabolizovať. Hladina glykémie obvykle prudko vystúpi na vyššiu hodnotu a v patričnej dobe sa vracia k východiskovej hodnote. Glukózovou záťažou sa teda podarilo odkryť určitú funkčnú poruchu určitého orgánu, resp. systému v organizme.

Keď rekapitulujeme a vyhodnotíme vyššie uvedené fakty, ukazuje sa, že klinická biochémia má dva dôležité úseky:

a/ laboratórne metodický a b/ diagnosticko-interpretačný.

Laboratórne metodický úsek predpokladá ovládanie biochemickej analytiky, ktorá sa spája so vznikom nových metód viazaných

často na novú laboratórnu techniku /nová prístrojová technika, analytické automaty, vývoj novej mikrometódy a ultramikrometódy atď/. Aby sa mohli zrovnávať výsledky biochemických vyšetrení, je potrebné zaviesť štandardizáciu biochemických analytických metód, používaných v našich biochemických laboratóriách. Zvláštny úsek predstavuje kontrola presnosti analytických postupov. Táto má v podstate dva stupne: vnútrolaboratórna a celoštátna.

Diagnosticko-interpretačný úsek predpokladá správne vyhodnotenie biochemických nálezov vo vzťahu k chorobným prejavom u pacienta. Zrovnávanie klinického stavu a biochemických nálezov vykazuje niekedy určitý nesúlad. V uvedených prípadoch treba doplniť biochemické vyšetrenia, alebo revidovať klinickú diagnózu. Niektoré konfrontácie biochemických nálezov s klinickým obrazom viedli v minulosti k odkrytiu nových klinických jednotiek. Tie potom potrebujú špeciálne biochemické vyšetrenia.

V posledných 10-15 rokoch sa rozšírila analytika laboratórnych metód na sledovanie hladín liekov pri medikamentóznej terapii. Hovoríme o farmako-biochemických metódach. Z praktického hľadiska ide o dôležitý úsek, pretože sledovaním hladín niektorých liekov v krvi alebo v iných telesných tekutinách možno upraviť dávkovanie medikamentu. Súčasne pomáhajú tieto vyšetrenia pri odkrývaní príčiny tzv. nežiadúcich účinkov a interakcií pri podávaní dvoch alebo viacerých liekov.

Záverom treba konštatovať, že biochémia značne prispela k objektivizácii klinických príznakov a vytvorila vedecký podklad pre diagnózu rôznych chorôb. Ako som uviedol, v poslednej dobe značne prispieva pri posúdení správnej medikamentóznej terapie.

Do redakcie došlo:
2. mája 1995

Adresa autora:
Prof. MUDr. T. R. Niederland, Dr.Sc.
Šulekova 22
811 03 Bratislava

M. Knapová, V. Bliczová, M. Mitrová, K. Derzsiová, M. Mydlík, Y. Machaňová, B. Bohuš
IV. interná klinika, Klinika nukleárnej medicíny Fakultnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach, Klinika telovýchovného lekárstva Fakultnej nemocnice v Košiciach

Proteinúria a hematúria u bežcov po maratónskom behu, cestnom behu na 100 km a 24-hodinovom supermaratóne na dráhe

Prednesené na Konferencii nefrologických sestier r. 1994 v Podbanskom

Cieľom práce bolo vyšetrenie proteinúrie a hematúrie u bežcov po maratónskom behu, cestnom behu na 100 km a 24-hodinovom supermaratóne na dráhe.

Skupiny vyšetrených bežcov

Vyšetrili sme 29 dobre trénovaných bežcov priemerného veku 33,5 rokov a 42-ročnú bežkyňu pred, hneď po a 6 dní po Podvihorlatskom maratónskom behu družby, ďalej 21 dobre trénovaných bežcov priemerného veku 37,3 rokov pred, bezprostredne po a 21 dní po cestnom behu na 100 km a 6 dobre trénovaných bežcov priemerného veku 45 rokov a 34-ročnú bežkyňu pred, hneď po a 6 dní po 24-hodinovom supermaratóne na dráhe. Bežci absolvovali priemerne 143, 75±20, 20 km/24 h.

Metódy

Pri vyšetrení proteinúrie sme použili spektrofotometrickú metódu, radiálnu imunodifúziu a rádioimunologické metódy. Pri morfologickom vyšetrení erytrocytov v močovom sedimente sme použili mikroskop s fázovým kontrastom.

Výsledky

Zmiešaná glomerulo-tubulárna proteinúria bola u 19 bežcov hneď po maratónskom behu, u 10 bežcov po cestnom behu na 100 km a u 2 bežcov po 24-hodinovom supermaratóne na dráhe. Neglomerulová erytrocytúria sa zistila u 10 bežcov po maratónskom behu, u 14 bežcov po cestnom behu na 100 km a u 2 bežcov po 24-hodinovom supermaratóne na dráhe. Podrobnejšie údaje uvádzajú tabuľky 1-9.

Záver

1. Najvýznamnejšia zmiešaná glomerulo-tubulárna proteinúria bola u bežcov po cestnom behu na 100 km a najmenej významná po 24-hodinovom supermaratóne na dráhe.
2. Najčastejšia a najvýznamnejšia neglomerulová erytrocytúria sa zistila u bežcov po cestnom behu na 100 km. Významná neglomerulová erytrocytúria po 24-hodinovom supermaratóne na dráhe bola iba u jedného bežca.
3. Pri kontrolnom vyšetrení bežcov o 6 až 21 dní po rôzne dlhých pretekoch proteinúria a erytrocytúria sa nezistili.

Tabuľka 1. Proteinúria pred, hneď po a 6 dní po maratónskom behu /42, 195 km/
xx p - 0,01 vzťahované k hodnotám pred versus po a po 6 dňoch po maratónskom behu
a - pred maratónskym behom, b - po maratónskom behu, c - 6 dní po maratónskom behu

Koncentrácia bielkovín v glomerulárnom filtráte (mg/l)		
Celková proteinúria	β_2 - mikroglobulín	Myoglobín
a 0.247 ± 0.004	0.0009 ± 0.0002	0.0013 ± 0.0003
b 2.784 ± 0.640xx	0.0007 ± 0.0002	0.0032 ± 0.0008xx
c 0.242 ± 0.007 xx	0.0008 ± 0.002	0.0005 ± 0.0001xx xx

Tabuľka 2. Proteinúria pred, hneď po a 6 dní po maratónskom behu /42, 195 km/

Koncentrácia bielkovín v glomerulárnom filtráte (mg/l)		
α_1 - orosomukoid	Albumín	IgG
a 0.0	0.120 ± 0.090	0.0
b 0.165 ± 0.023xx	1.790 ± 0.450xx	0.110 ± 0.050xx
c 0.0	0.083 ± 0.023 xx	0.0

Tabuľka 3. Morfológia erytrocytov v močovom sedimente pred, hneď po a 6 dní po maratónskom behu /42, 195 km/

Erytrocytúria (%)	
Glomerulová	Neglomerulová
a -	-
b 8.9 ± 1.1	91.1 ± 2.3
c -	-

Tabuľka 4. Proteinúria pred, hneď po a 21 dní po 100 km cestnom behu

Koncentrácia bielkovín v glomerulárnom filtráte (mg/l)		
Celková proteinúria	β_2 - mikroglobulín	Myoglobín
a 0.248 ± 0.114	0.0014 ± 0.0006	0.0031 ± 0.0006
b 2.845 ± 0.937xx	0.0018 ± 0.0006	0.0051 ± 0.0019
c 0.237 ± 0.070	0.0006 ± 0.0002	0.0013 ± 0.0004

Tabuľka 5. Proteinúria pred, hneď po a 21 dní po 100 km cestnom behu

Koncentrácia bielkovín v glomerulárnom filtráte (mg/l)		
α_1 - orosomukoid	Albumín	IgG
a 0.0	0.146 ± 0.005	0.0
b 0.188 ± 0.033xx	1.963 ± 0.663xx	0.122 ± 0.072xx
c 0.0	0.111 ± 0.035 xx	0.0

Tabuľka 6. Morfológia erytrocytov v močovom sedimente pred, hneď po a 21 dní po 100 km cestnom behu

Erytrocytúria (%)	
Glomerulová	Neglomerulová
a -	-
b 5.5 ± 1.1	94.5 ± 2.5
c -	-

Tabuľka 7. Proteinúria pred, hneď po a 6 dní po 24-hodinovom supermaratóne na dráhe

Koncentrácia bielkovín v glomerulárnom filtre (mg/l)	
Celková proteinúria	β_2 - mikroglobulín
a 0.653 ± 0.240	0.0014 ± 0.0005
b 1.108 ± 0.350x	0.0016 ± 0.0007
c 0.256 ± 0.010x xx	0.0019 ± 0.0007x

Tabuľka 8. Proteinúria pred, hneď po a 6 dní po 24-hodinovom supermaratóne na dráhe

Koncentrácia bielkovín v glomerulárnom filtráte (mg/l)		
α_1 - orosomukoid	Albumín	IgG
a 0.072 ± 0.018	0.202 ± 0.025	0.0
b 0.188 ± 0.045xx	0.464 ± 0.015x	0.061 ± 0.012xx
c 0.0	0.067 ± 0.009 xx	0.0

Tabuľka 9. Morfológia erytrocytov v močovom sedimente pred, hneď po a 6 dní po 24-hodinovom supermaratóne na dráhe

Erytrocytúria (%)	
Glomerulová	Neglomerulová
a -	-
b 8.3 ± 1.0	91.7 ± 1.0
c -	-

Do redakcie došlo:
24. januára 1995

Adresa autorov:
Marta Knapová
044 41 Sady nad Torysou
- Časť Zdoba

A. Bérešová
Štátny zdravotný ústav v Michalovciach

Formaldehyd v pracovnom ovzduší

Úvod

Kontrola škodlivých látok v pracovnom prostredí musí vždy prekonať zásadný a spravidla najťažší problém, akú metódu zvoliť pre daný účel tak, aby získané výsledky boli dostatočne spoľahlivé a náklady na ich získanie primerané. Rozhodujúce na zvýšenie spoľahlivosti analytických metód a zjednodušenie ich zavedenia do kontrolnej praxe je ich dôsledné zhodnotenie a metodické zjednotenie. Zavedenie publikovaných analytických metód do praxe si vyžaduje na konkrétnych pracoviskách znovu ich preskúšať a o správnosti získaných dát sa periodicky presvedčovať.

Na našom pracovisku chemických laboratórií preventívneho pracovného lekárstva v rámci zavádzania správnej laboratórnej praxe /s.1.p./ sme sa pri vypracovávaní štandardného operatívneho pracovného postupu na formaldehyd a jemu príbuzné látky na širokú aplikáciu v našom regióne rozhodli pre podrobnejšie štúdium, ktorého výsledky sa uvádzajú v ďalšom texte.

Formaldehyd a jeho využitie

Formaldehyd je v súčasnej dobe jedna z najdôležitejších technických surovín a jeho praktický význam neustále narastá. Vyrába sa katalytickou oxidáciou metanolu. Vysoká reaktivita a čistota technického produktu podmieňuje jeho aplikovateľnosť v iných oblastiach priemyselnej výroby, ktorá priamo súvisí s výrobou aglomerových dosiek v drevárenskom a nábytkárskom priemysle, s výrobou náterových hmôt, čiastočne i výrobou priemyselných trhavín. Ďalšie použitie je v textilnom, papierenskom a potravinárskom priemysle. Používa sa aj v poľnohospodárstve na výrobu močovino - formaldehydových polykondenzátov. Najvýznamnejšie je jeho uplatnenie pri výrobe umelých hmôt. Široké uplatnenie má aj voľný formaldehyd. Používa sa ako vysokoúčinný dezinfekčný prostriedok v zdravotníctve pri sterilizácii pomôcok. Jeho dezinfekčný a dezodoračný účinok sa využíva aj pri výrobe kloktadiel, ústnych vôd, šampónov a ďalších kozmetických prípravkov.

Formaldehyd patrí medzi škodliviny, ktoré sa najčastejšie vyskytujú v ovzduší. Formaldehydu sú najsilnejšie exponované osoby, ktoré s ním prichádzajú do styku v pracovnom procese. Ide o pracovníkov vo výskume, zdravotníkov /dezinfekcie, balzamovanie, fixácia preparátov/, pracovníkov v poľnohospodárstve, v chemickom a textilnom priemysle. Druhým veľmi významným zdrojom formaldehydu je jeho únik z finálnych výrobkov počas ich užívania. Najintenzívnejším zdrojom sú drevotrieskové dosky, niektoré druhy tapiet a lepidiel. Ďalším zdrojom formaldehydu je spaľovací proces, pri ktorom je produktom nedokonalého spaľovania fosílnych palív. Nachádza sa vo výfukových plynoch a v tabakovom dyme.

Účinky formaldehydu na organizmus

Účinky formaldehydu na organizmus sú akútne a chronické. K *akútnym* patrí podráždenie očí so slzením, dráždenie nosa a hrdla s kašľom, krátenie dychu, bolesti hlavy, pocit sucha v ústach. K *chronickým účinkom* patria chronický kašeľ a poruchy dýchacích ciest, astma, bronchitída, faryngitída, menštruačné a reprodukčné poruchy, nechutenstvo, úbytok telesnej hmotnosti, poruchy činnosti obličiek, pečene a nervové príznaky.

Formaldehyd má toxické účinky, lebo pri perorálnom použití vyvoláva nekrózu v ústnej dutine a v tráviacom trakte. Pri vysokých koncentráciách formaldehydu vo vzduchu a pri dlhšej dobe pôsobenia na organizmus vyvoláva pľúcny edém a krvácanie do pľúc.

Toxicky pôsobí aj na pokožku. Spôsobuje jej vysušovanie, tvorenie šupín, nádchu, dráždenie očí, kašeľ a bolesti v hrdle.

Alergické účinky formaldehydu na kožu a dýchacie ústrojenstvo vznikajú pri profesionálnom kontakte na rôznych pracoviskách, napr. pri výrobe a úprave textilu, výrobe drevotrieskových dosiek, lepidiel, papiera, farieb, kozmetiky a pod., a pri neprofesionálnom kontakte /nosením odevov, používaním kozmetických prípravkov obsahujúcich formaldehyd a pod. /. Alergia na formaldehyd sa prejavuje aj formou prieduškovej astmy. Niekedy táto látka spôsobuje zníženie imunity.

Mutagénne a karcinogénne účinky formaldehydu sa dokázali na zvieratách. Preto je podozrivý z karcinogénnych a mutagénnych účinkov aj u ľudí.

Formaldehyd a jeho sprievodné látky majú široké uplatnenie, využitie, výskyt v životnom prostredí a závažné účinky na ľudský organizmus. Preto si vyžaduje zvýšenú pozornosť pri sledovaní expozície. Na to je potrebná správna chemicko - analytická metóda na získanie presných a správnych výsledkov.

Prehľad doterajších výsledkov

Dodnes bolo vypracované veľké množstvo chemicko-analytických metód na sledovanie formaldehydu /fd/. Hlavná pozornosť sa venovala *spektrofotometrickým metódam*, aby sa dali zistiť aj stopové množstvá v ovzduší a vo vodách. Zhodnotenie metód publikovaných do r. 1973 urobili vo svojej monografii o aldehydoch *Sawinski a Sawinská* /1/. Metódy určenia fd. vo vzduchu porovnali a zhodnotili *Knight a Tannaut* /2/, iné hodnotenie na fd. urobili *Isai a kol.* /3/. Kompletnú literárnu rešerš do r. 1980 spracoval, zhodnotil a metódu pre malé množstvá navrhol *Šingliar* /4/.Princíp metódy spočíva v koncentrovaní fd. na kolónke s Porapakom Q a spektrálnom zistení vo viditeľnej oblasti svetla /s fenylhydrazínhydrochloridom/.Doslahol podobne ako *Stankovič* /5/ možnosť zistiť fd. v rozmedzí /0,02-1/$\mu g/^{-1}$.

Možnosť zistenia nižších koncentrácií formaldehydu umožňuje chemicko-analytická metóda s fenylhydrazínhydrochloridom pre hygienickú službu, ktorej detekčný limit je 0,05/$\mu g.ml^{-1}$ absorbovaného roztoku, resp. 0,2/$\mu g.1^{-1}$ vzduchu.

Prehľad najnovších prác na určovanie formaldehydu opísal Whitle /6/ a vypracoval postup vo vzorkách po absorbcii a reakcii ako 2,4 dinitrofenylhydrazón s použitím vysokoúčinnej kvapalinovej chromatografie s UV detektorom. Metóda má detekčný limit 0,56/$\mu g.1^{-1}$ vzduchu. Osobitnou a samostatnou časťou je odber vzoriek z prostredia /ovzdušia/.V literatúre sa opisujú dva rôzne *spôsoby absorbcie formaldehydu*. Využíva sa priama absorbcia do vodného roztoku jednotlivých sorbénov zapojených do série. Druhý spôsob je priama sorbcia, resp. chemisorbcia s reagenčnými činidlami, napr. kyselinou chrómotropovou, fenylhydrazínhydrochloridom a i. a ich spektrometrické meranie.

Pre hygienickú službu na kontrolu pracovného prostredia, ovzdušia interiérov obytných a občianskych budov sa odporúčajú /7/ dve chemické metódy:

s *pararosanilínom* za prítomnosti pyrosiričitanu sodného v prostredí roztoku tetrachlórortuťnatanu sodného a s *kyselinou chrómotropovou* v prostredí kyseliny sírovej, ktorú sme na našom pracovisku rozpracovali.

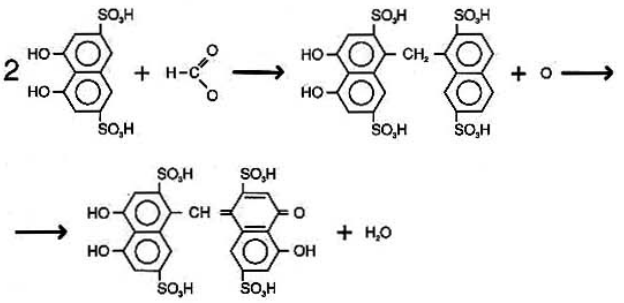
Experimentálna časť

Zistenie formaldehydu kyselinou chrómotropovou

Základom správnej analýzy je v prvom rade správny odber vzoriek pracovného ovzdušia. Pri odbere sa analyzovaný vzduch presáva dvoma za sebou zapojenými štandardnými fritovými absorbérmi, naplnenými sorbčným roztokom, ktoré sú v dychovej zóne pracovníka. Najsprávnejšie je odoberať súbežne tesne pri sebe a v rovnakom čase dve vzorky. Slúžia ako paralelné odbery a sú zároveň kontrolou správnosti merania na porovnanie.

Pri krátkodobých odberoch sa získava 3-5 litrov vzduchu prietokom okolo

500 ml.min^{-1}, pri dlhodobých 10-15 litrov vzduchu takým prietokom, aby odber trval požadovanú dobu.
Metóda sa zakladá na reakcii formaldehydu s dvojsódnou soľou kyseliny chrómotropovej /dvojsódna soľ 1,8-dihydroxinaftalén-3,6-disulfónovej kyseliny/ v kyslom prostredí po kyslej hydrolýze a destilácii. Reakciou vzniká modrofialový komplex, ktorý sa hodnotí fotometricky. Chemizmus reakcie nie je úplne známy, možno ho schematicky znázorniť schémou:



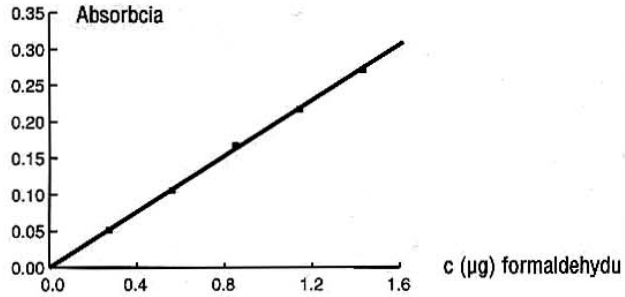
Analýzy sa robia tak, že obsah u každého absorbéra analyzujeme oddelene. Odoberieme časť vzorky, pridáme kyselinu chrómotropovú a aby nenastali straty analyzovaného roztoku, opatrne a pomaly pridáme koncentrovanú kyselinu sírovú. Roztok dôkladne premiešame a necháme samovoľne vychladnúť na laboratórnu teplotu. Intenzitu vzniknutého sfarbenia odčítame na spektrofotometri v kyvetách 1 a 5 cm pri vlnovej dĺžke 580 nm oproti slepej vzorke. Zafarbenie je stále 24 hodín. Stanovenie ruší akrolein, etanol, alkoholy s väčšou molekulovou hmotnosťou, olefíny a aromatické uhľovodíky, ktoré dávajú v kyslom prostredí podobnú reakciu. Fenoly spôsobujú chybu 10-20 % v prebytku formaldehydu 8:1, etylén a propylén 5-10 % v prebytku 10:1, 2-metyl-1,3 butadién 15 % v prebytku 15:1. Za prítomnosti cyklohexanónu klesá intenzita sfarbenia.
Veľmi dôležitá je *kalibračná krivka*, ktorej sme zvlášť venovali zvýšenú pozornosť. Pomocou štandardného overeného roztoku formaldehydu sme pripravili sadu štandardných roztokov. Pre nižšie koncentrácie od 0,28 až po 1,70/µg formaldehydu a pre vyššie koncentrácie od 1,69 až po 14,04 µg formaldehydu. Kalibračné krivky sú v daných rozsahoch lineárne /graf 1, 2/. Kalibračné krivky sme spracovali lineárnou regresiou pomocou metódy najmenších štvorcov s týmito parametrami:

Pre nižšie koncentrácie:
a = 0,0024
b = 2,0474
R = 0,9994
SD = 0,0038
n = 5 meraní

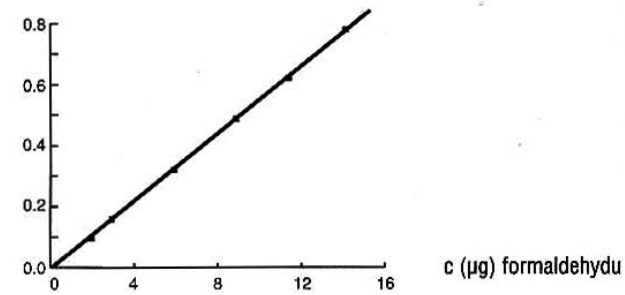
Pre vyššie koncentrácie:
a = 0,0144
b = 0,0563
R = 0,9998
SD = 0,0056
n = 5 meraní

Táto metóda umožňuje zistiť 0,06 mg formaldehydu v 1 m^3 vzduchu pri odbere 10 litrov vzduchu a pri krátkodobých odberoch /5 litrov/ 0,1 mg formaldehydu v 1 m^3.

Graf 1. Kalibračná krivka pre koncentrácie od 0,28 µg do 1,70 µg formaldehydu v 5 cm kyvete. Merané proti slepej vzorke pri vlnovej dĺžke 580 nm.



Graf 2. Kalibračná krivka pre koncentrácie od 1,7 µg do 14,0 µg formaldehydu v 1 cm kyvete. Merané proti slepej vzorke pri vlnovej dĺžke 580 nm.



Kalibračný bod 0,843/µg formaldehydu bol nameraný 8-krát. Hodnoty merania sme štatisticky spracovali. Ak sa výsledky jednotlivých meraní, získané v sérii n meraní, označujú $x_1, x_2, x_3 ... x_n$, najlepším odhadom správnej hodnoty µ meranej veličiny je aritmetický priemer.

$$\bar{\chi} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n} \chi_i \qquad \chi = 0{,}181$$

Odhad smerodajnej odchýlky jednotlivého merania je priamym ukazovateľom rozptýlenia, teda v skutočnosti vyjadruje nepresnosť merania. Definuje sa vzťahom:

$$s = \sqrt{\frac{1}{(n-1)} \sum_{i=1}^{n} (\chi_i - \bar{\chi})^2} \qquad s = 0{,}0016$$

Interval spoľahlivosti /intervalový odhad/ je exaktnejším spôsobom /porovnaním s bodovým odhadom, aritmetickým priemerom/. V analytickej chémii sa interval spoľahlivosti obvykle určuje pre hladinu významnosti $\alpha = 0{,}05$. Využíva Studentovo rozdelenie, ktorého tvar závisí od n. Pri výpočte intervalu spoľahlivosti sa používajú tabelované hodnoty Studentovho koeficientu t, kde L_1 značí dolnú a L_2 hornú medzu intervalu spoľahlivosti - medze chyby.

$$L_{1,2} = x_{priem} \pm t_{\upsilon,\alpha} \cdot s_{x(priem)} = 0{,}181 \pm 0{,}004$$

Záver

Na zistenie formaldehydu v pracovnom ovzduší sa na našom pracovisku vypracoval štandardný operatívny systém v rámci s.l.p. a zahrnul do Príručky kvality laboratórií ústavu.
Metóda sa aplikovala na posúdenie expozície výroby formaldehydu /A/, močovino-formaldehydových /A/, acetaldehydformaldehydových /B/, fenol-formaldehydových /G/ kondenzátov, zlúčenín formaldehydu s amoniakom a amínmi /C/, výroby cyklických nitrózo-amínov /E/, čistenia obalov po formaldehydových kondenzátoch /D/, spracovania výrobkov /I/, sterilizácie /H/ a dezinfekcie /CH/. Namerané hodnoty uvádza tab. 1.

Tabuľka 1.
N.D.nedetekovateľné, detekčný limit 0,04 mg.m^{-3} resp. 0,05 mg.m^{-3} formaldehydu /podľa použitého postupu/

Podnik	Počet meraní n	Min. hodnota mg.m^{-3}	Max. hodnota mg.m^{-3}	Priemerná hodnota mg.m^{-3}
A	42	0,12	6,4	0,88
B	30	N.D.	8,7	3,1
C	6	0,44	2,63	1,33
D	12	0,13	0,88	0,54
E	3	0,14	0,25	0,18
F	26	0,36	6,3	1,9
G	4	0,1	0,06	0,035
H	27	N.D.	1,18	0,25
CH	46	N.D.	1,40	0,32
I	8	0,045	0,25	0,14

Namerané hodnoty v pracovnom ovzduší sú z pohľadu spoľahlivosti a presnosti pre posúdenie práce a pracoviska na dobrej úrovni a sú prijateľné na riešenie zlepšenia pracovných podmienok. Hlbším rozborom nameraných analytických dát je možné pozorovať a vyhodnotiť určité časové a priestorové závislosti a ich vplyv na zdravie pracovníka. Môžu byť východiskom na hodnotenie zdravotného stavu pracovníkov /8/.

Literatúra:
1. Sawinská, E., Sawinskí, C.R.; Aldehydes-Photometrie Analysis, New York, Acad. Press 1975. - 2. Knight, H., Tennaut, R.W.; Lab pract, 22, 1963, s. 169. - 3. Isai, S.V., Vaskovskij, V.E.; Chim Prir Soed, 9, 1973, s. 465 a Chem Abst, 80 /1974/,92770d. - 4. Šingliar, M.; Stanovenie voľného a celkového formaldehydu v odpadových vodách a pitných vodách, správa. VÚP Nováky, 1980. - 5. Stankovič, V. a kol.; Analytické metódy stanovenia závadných látok v odpadových vodách. Záverečná správa. Bratislava, VÚV 1965. - 6. Whittle, P.J., Rennie, P.J.; Analyst, 113, 1988, č. 4 s. 665-668. - 7. Acta hygienica, epidemiologica et microbiologica Príloha 16, s. 55. - 8. Výročné správy za r. 1992-94 Michalovce, ÚHE

Do redakcie došlo:
9. mája 1995

Adresa autorky:
A. Bérešová
ul. Saleziánov 6
071 01 Michalovce

V.Chlapíková, M.Šimkovičová, D. Kruckmayerová, H. Kovalovská
Štátny zdravotný ústav Slovenskej republiky, Bratislava

Laboratórna diagnostika vybraných sexuálne prenosných ochorení

Sexuálne prenosné ochorenia sa označujú ako STD /Sexual Transmitted Diseases/. Pôvodcami týchto ochorení môžu byť baktérie, vírusy, parazity. V našom príspevku sa bližšie zaoberáme laboratórnou diagnostikou syfilisu, kvapavky, chlamýdiových infekcií a AIDS, ktorú na našom pracovisku rutinne vykonávame.

Laboratórna diagnostika syfilisu

Syfilis je sexuálne prenosné ochorenie zapríčinené spirochétou *Treponema pallidum subsp. pallidum*. Je chronickou infekciou s rôznymi klinickými manifestáciami, ktoré sa prejavujú v rozličných štádiách ochorenia. Na rozdiel od iných bakteriálnych ochorení, u ktorých môžeme etiologické agens vykultivovať z biologického materiálu, tým, že Treponema pallidum je nekultivovateľná in vitro, na jej dôkaz používame iné alternatívne metódy.

Laboratórna diagnostika syfilisu sa opiera hlavne o:
1. Priamu mikroskopickú diagnostiku z lézií v tmavom poli.
2.Inokuláciu zvierat, predovšetkým králikov, intratestikulárne alebo intradermálne biologickým materiálom.
3.Priamy dôkaz antigénu imunofluorescenčnými metódami, DNA próbami, PCR technikami.
4. Sérologické reakcie na dôkaz reagínov a špecifických protilátok proti vyvolávateľovi ochorenia.

Najrozšírenejšie a najčastejšie metódy používané v laboratórnej diagnostike syfilisu sú metódy sérologické. Tieto rozdeľujeme na 2 základné typy reakcií:
a/ netreponémové - skríningové,
b/ treponémové - konfirmačné.

Z netreponémových testov sa v súčasnosti používajú VDRL /Veneral Disease Research Laboratory/ mikroflokulačný test, kde ako antigén sa využíva fosfolipid - kardiolipín, kombinovaný s lecitínom a cholesterolom. Ak sa antigén vhodne upraví cholín-chloridom a EDTA, zvýši sa jeho reaktivita, stabilizuje sa a využíva sa v tzv. RRR reakcii /rýchla reagínová reakcia/. Výhodou tejto reakcie je, že sa séra pacientov nemusia inaktivovať. Z nových netreponémových testov sa začal používať VISUWELL REAGIN TEST, nepriama ELISA, s využitím VDRL antigénu nadviazaného na mikroplatničky. Prednosťou prvých dvoch testov je ich časová a prístrojová nenáročnosť, rýchlosť reakcie /5 min./ a malé finančné náklady, čo umožňuje vyšetrenie veľkých počtov sér. Môžeme ich robiť aj kvantitatívne v rôznych riedeniach a sledovať vzostup alebo pokles titru protilátok v závislosti od terapie a klinického stavu pacienta.

U niektorých pacientov, ktorí neprišli do styku s Treponema pallidum infekciou, bývajú sérologické testy s netreponémovými antigénmi pozitívne. Nazývame ich BFP - biologicky falošne pozitívne testy. Približne 1 % dospelých jedincov môže mať BFP reakcie. Protilátky typu reagínov reagujú približne s 200 inými bunkovými lipoidnými antigénmi, ktoré sa uvoľňujú počas rôznych ochorení. Tieto reakcie rozdeľujeme na akútne, ktoré obyčajne vymiznú do 6 mesiacov a chronické, ktoré pretrvávajú. Väčšina akútnych BFP býva u pacientov s pneumóniou, hepatitídou, po vakcinácii, u vírusových exantémových ochorení. Titer protilátok je obyčajne nízky 1:8. Približne 2/3 pacientov má akútnu BFP. Chronické BFP reakcie bývajú u pacientov s chronickou hepatitídou, leprou, kolagénovými vaskulárnymi ochoreniami, u systémového lupus erythematosus, u starších vekových skupín a jedincov závislých na drogách.

Z treponémových testov sa v súčasnosti najčastejšie používajú *pasívne hemaglutinačné testy*, a to *MHA-TP mikrohemaglutinačný test*, v ktorom formolizované tanínované erytrocyty sú senzibilizované antigénom Treponema pallidum /Nicholsov kmeň/. Nesenzibilované erytrocyty slúžia ako kontroly pre nešpecifické reakcie.

Ďalším z treponémových testov je *FTA-ABS - fluorescenčný absorbčný test*, založený na dôkaze protilátok proti T. pallidum pomocou fluoresceínu označenými antihumánnymi imunoglobulínmi a fixovaným antigénom T. pallidum /Nicholsov kameň) za použitia fluorescenčného mikroskopu. Tento test je časovo náročný, drahý a vyžaduje si skúsených pracovníkov, ako aj kvalitný fluorescenčný mikroskop. Séra pacientov sú preabsorbované so sorbentom, ktorý eliminuje skupinovo špecifické protilátky iných treponém.

Test IgM FTA-ABS sa uplatňuje v diagnostike vrodeného syfilisu a umožňuje diferenciáciu medzi pasívne transplacentárne prenesenými protilátkami z matky na dieťa s vlastnou tvorbou antitreponémových protilátok typu IgM plodu. Nakoľko IgG protilátky prechádzajú placentou, ale IgM nie, dôkaz IgM protilátok v plode je výsledkom aktívnej infekcie plodu. Ďalším testom, ktorý sa uplatňuje v diagnostike vrodeného syfilisu, je *IgM-ELISA test*.

Treponema pallidum imobilizačný test - TPI sa zakladá na schopnosti reagínových protilátok a komplementu imobilizovať suspenziu živých pohyblivých teponém, množiacich sa v králičích testes. Účinok pacientského séra na pohyb spirochét sa pozoruje v mikroskope v tmavom poli. Tento test je veľmi komplikovaný, náročný a drahý, vyžaduje živé mikroorganizmy, robí sa len vo vybraných laboratóriach. Používa sa na vylúčenie alebo potvrdenie pozitivity v predchádzajúcich netreponémových, ako aj treponémových reakcií /1/.

Sérologické vyšetrenia na syfilis pozostávajú z *diagnostiky cielených vyšetrení* s podozrením na ochorenie, z kontrolných vyšetrení liečených pacientov evidovaných na toto ochorenie, ako aj *povinných preventívnych vyšetrení* všetkých hospitalizovaných pacientov, gravidných žien, novorodencov, našich občanov pri odchode a príchode zo zahraničia pri dlhšom pobyte, ako aj cudzích štátnych občanov prichádzajúcich na dlhší pobyt k nám.

Na určenie diagnózy syfilisu je potrebná úzka spolupráca lekára - dermatovenerológa s laboratórnymi pracovníkmi, správna interpretácia laboratórnych výsledkov, anamnéza a klinický obraz pacienta, ako aj včasná špecifická terapia antibiotikami.

Liekom voľby zostáva penicilín, nakoľko zatiaľ nie je žiadna evidencia o rezistencii Treponema pallidum na toto antibiotikum. U pacientov alergických na penicilín sa podávajú erytromycín, tetracyklín alebo cefalosporínové preparáty.

Laboratórna diagnostika kvapavky

Kvapavka patrí medzi pohlavne prenosné ochorenia. Nevenerický prenos je zriedkavý a ide napr. o prenos z matky na novorodenca pri pôrode. Možný je tiež prenos prstami alebo bielizňou, kontaminovanou tesne pred použitím. Inkubačná doba kolíše u mužov od 2 do 7 dní, u žien býva väčšinou neurčitá, pravdepodobne 2 až 7 dní. Klinický obraz infekcie sa líši podľa pohlavia. U mužov ide prevažne o manifestné ochorenie, prejavujúce sa ako akútna hnisavá uretritída, sprevádzaná hnisavým výtokom z uretry, s pálením alebo bolesťou pri močení. Ochorenie dosahuje vrchol 24-48 hodín od uplynutia inkubačnej doby. Ak sa nelieči, ustupuje spontánne do 3 až 6 týždňov, ale len výnimočne sa zhojí. Obyčajne prechádza v chronickú asymptomatickú formu, ktorá je rezervoárom ďalších nákaz a zdrojom rôznych komplikácií. U žien je najčastejšie priebeh asymtomatický, s nejasnými príznakmi, s lokalizáciu infekcie v cervixe a uretre. Neliečené a nerozpoznané infekcie prechádzajú do chronicity a z miest primárnej infekcie môže nastať disseminácia ochorenia, bakteriémia a zanesenie infekcie do rôznych lokalít. Postihnuté bývajú predovšetkým kĺby, najčastejšie kolenný, kde počiatočný sérofibrinózny zápal sa neskôr mení na hnisavý. Dissemináciou infekcie môže tiež vzniknúť chronická endokarditída alebo gonokoková sepsa /2/. Infekcia sa môže zaniesť aj do spojiviek, rektálnych krýpt alebo na sliznicu ústnej dutiny.

Pôvodcom ochorenia je *Neisseria gonorrhoeae*, grampozitívny diplokok s oploštenou stenou, podobný kávovému zrnu. Je nepohyblivý, neopúzdrený a nesporulujúci. Je to aeróbny mikrób, k svojmu rastu však vyžaduje zvýšenú tenziu CO_2. Kultivuje sa pri 35 - 37 °C. Rastovo je náročný a v starších kultúrach podlieha autolýze. Produkuje katalázu a cytochrómoxidázu a zo sacharidov štiepi len glukózu. Virulentné kmene sú vybavené fimbriami, čím zabezpečujú adherenciu a zvyšujú rezistenciu k fagocytóze polymorfonukleárnymi leukocytmi. Fimbrie sú antigénne značne heterogénne, čo vysvetľuje, prečo po prekonanom ochorení nevzniká imunita /3/.

Klinickú diagnózu kvapavky si potvrdíme *bakteriologickým vyšetrením*, keď z odobratého materiálu izolujeme Neisseria gonorrhoeae. Pre úspešnosť záchytu je dôležitý správny odber a rýchly transport do laboratória. Najvyššiu záchytnosť zaručíme, ak robíme odber priamo na kultivačné pôdy. U nás sa však väčšinou používajú transportné pôdy, tzv. Stuartovo médium.

V laboratóriu sa robí jednak *mikroskopické vyšetrenie*, keď sa preparáty farbia podľa *Grama* a prítomnosť gramnegatívnych diplokokov umožňuje vysloviť predbežnú diagnózu. Potom nasleduje *kultivačné vyšetrenie*. Neisseria gonorrhoeae sa musí kultivovať na špeciálnych pôdach obohatených krvou a rastovým suplementom. Na zlepšenie záchytu používame tzv. selektívne pôdy s antibakteriálnymi látkami na potlačenie rastu sprievodnej flóry, ktoré však neobmedzujú rast Neisseria gonorrhoeae. Naočkované platne sa inkubujú v prostredí s 5-10 % CO_2 po dobu 24-48 hodín pri 35-37 °C. Narastené kolónie sa identifikujú podľa biochemických vlastností, alebo sérologicky koagulačným testom. Tento test je vysoko špecifický a pri jeho použití biochemická identifikácia už nie je potrebná.

Liekom voľby v terapii kvapavky je stále injekčný penicilín. Na zistenie primárnej rezistencie na PNC je potrebné robiť test citlivosti, určovať MIC a zisťovať produkciu betalaktamázy. Pri alergii alebo rezistencii na PNC je možné podať iné antibiotiká, napr. spektinomycín, tetracyklín, erytromycín alebo kotrimoxazol.

V súčasnosti zaznamenávame zníženie výskytu kvapavky, čo predpokladáme, že súvisí s používaním ochrany z obavy z infekcie AIDS.

Laboratórna diagnostika chlamýdií

Kazár a Hlavatý /4/ prvýkrát u nás upozornili na chlamýdie ako na vyvolávateľov ľudských nákaz, spôsobujúcich najčastejšie pohlavne prenosné ochorenia. *Chlamýdie* sú vnútrobunkové parazity so zložitým vývojovým cyklom. Zatrieďujú sa medzi baktérie. Napádajú sliznice a rozmnožujú sa vo vnútri epitelových buniek. K najväčšiemu rozmnoženiu s následnými patologickými zmenami prichádza na slizniciach uretry, cervixu, rohovky, spojovky a dýchacieho ústrojenstva.

Rod Chlamydia má druhy:Chlamydia trachomatis, Chlamydia psittaci a nedávno opísaný Chlamydia pneumoniae. Niet pochýb o tom, že Chlamydia trachomatis je najbežnejšou infekciou prenášanou pohlavným stykom. Najčastejšie je postihnutá sexuálne aktívna populácia do 25 rokov. V súčasnosti je jasné, že mnohé aspekty klinických prejavov epidemiológie pohlavných infekcií vyvolaných gonokokmi a chlamýdiami sú podobné. Mnohí pacienti s kvapavkou sú súčasne infikovaní aj Chlamydia trachomatis.

Na našom pracovisku diagnostikujeme Chlamydie trachomatis štyrmi spôsobmi:

1. *Priamym dôkazom v bunkách:* Z postihnutých tkanív sa urobí uretrálny alebo cervikálny ster tampónom. Takto získaný materiál sa použije na zhotovenie odtlačku na podložné sklíčko, ktoré sa po osušení fixuje plameňom a zafarbí podľa *Gimeneza*. Preparáty sa pozorujú mikroskopicky pri 100-násobnom zväčšení. Ďalšie sklíčko sa fixuje acetónom pre imunofluorescenčnú diagnostiku. Na znázornenie chlamýdiových inklúzií v cytoplazme epiteliálnych buniek sa používa králičie anti-LGV sérum.
2. Po zhotovení odtlačkov na podložné sklíčka sa tampón vytrepe do transportného média. Suspenziou sa očkujú 7-dňové *kuracie embryá*, ktoré *infikujeme do žĺtkového vaku*. Po inkubácii sa zo žĺtkových vakov na podložné sklíčko urobí náter, vysuší sa, fixuje plameňom a farbí podľa *Gimeneza*. Pod mikroskopom pozorujeme elementárne častice.
3. *Sérologicky* dokazujeme prítomnosť protilátok proti Chlamydia psittaci KFR a ELISA testom skupinovo špecifickým.
4. Pomocou *génových sond* priamo z urogenitálneho materiálu. Test sa zakladá na princípe hybridizačných reakcií nukleovej kyseliny. Detekcia vzniknutého hybridu sa uskutočňuje pomocou chemiluminiscenice, ktorá vzniká pri špecifickej chemickej reakcii a meria sa na luminometri. Práca s GEN-PROBE je veľmi jednoduchá, rýchla a vysoko špecifická /5/.

Pre úspešné zvládnutie diagnostiky chlamýdiových infekcií je okrem úsilia mikrobiológov nevyhnutná koordinovaná spolupráca dermatovenerológov, infektológov a epidemiológov, do sféry záujmov ktorých pohlavne prenosné chlamýdiové infekcie spadajú. Na Slovensku má výskyt chlamýdiových infekcií stúpajúcu tendenciu, preto treba tejto nákaze venovať náležitú pozornosť.

Laboratórna diagnostika AIDS

Jednou z najvážnejších a najobávanejších STD je ochorenie AIDS, ktoré vyvoláva *HIV /Human Immunodeficiency Virus/*. Vírus objavili súčasne *Montagnier a Gallo* v r. 1983. Patrí do čeľade retrovírusov a podčeľade lentivírusov. Je termolabilný, citlivý na chemické prostriedky. Nositeľom genetického kódu retrovírusov je RNK /ribonukleová kyselina/. Ak retrovírus vnikne do vnímavej bunky, genetická informácia z RNK sa integruje do formy DNK /dezoxyribonukleová kyselina/. Tento dej spôsobuje enzým, ktorý sa nazýva reverzná transkriptáza /6/.

Cesty prenosu infekcie a jej priebeh:
- sexuálny kontakt /homosexuáli, bisexuáli, heterosexuáli, promiskuita/,
- krv a krvné deriváty /pochádzajúce od infikovaných alebo chorých/,
- transplantácia orgánov /štepy pochádzajúce od infikovaných/,
- i.v. podávanie drog /toxikomani, kontaminované injekčné striekačky/,
- prenos infekcie HIV v súvislosti s pôrodom /intrauterinná a perinatálna infekcia, kontakt po pôrode matka-dieťa-dojčenie/,
-zdravotnícki pracovníci /veľmi nízke riziko/.

Akútna infekcia - ide o súbor rozličných príznakov /bolesti hlavy, hrdla, horúčky, hnačky, zväčšené lymfatické uzliny/.

Druhé štádium - syndróm perzistujúcej lymfadenopatie, príznaky pretrvávajúce aspoň 3 mesiace /nevysvetliteľný úbytok telesnej hmotnosti, hnačky, nevoľnosť, horúčky/, zmeny bunkovej zložky imunity - znížený pomer T pomocných lymfocytov, zvýšená hladina sérových imunoglobulínov, zmeny v krvnom obraze /anémia, leukopénia, trombocytopénia, lymfopénia/, vzostup aktívne cirkulujúcich imunokomplexov, kožná alergia. Priebeh syndrómu býva obyčajne benígny, pričom tento stav môže pretrvávať i niekoľko rokov.

Tretie štádium - plne rozvinuté ochorenie AIDS, charakteristické vznikom oportunných infekcií a malígnych nádorov /Kaposiho sarkóm/.

Anti-HIV protilátky sa vyšetrujú v sérach *metódou ELISA*. Ide o skríningové vyšetrenie, kde dokazujeme špecifické IgG protilátky voči HIV na princípe enzýmovej imunoanalýzy. V našom laboratóriu vyšetrujeme vzorky sér súpravami WELLCOZYME HIV 1,2 MUREX DIAGNOSTICS Ltd., ENGLAND. V prípade, že sa vyskytne reaktívne, resp. pozitivitu vykazujúce sérum, toto sa tou istou metódou vyšetrí ešte dvakrát. Ak je sérum opätovne reaktívne, v Národnom referenčnom centre pre AIDS v Bratislave sa vyšetruje ďalej. Hovoríme o konfirmácii, teda potvrdení pozitivty. Použije sa ELISA test, ale od iného výrobcu. Ďalej to môže byť aglutinačný test a posledným konfirmačným testom je IMMUNOBLOT alebo WESTERN-BLOT. Je to reakcia na dôkaz špecifických protilátok voči jednotlivým antigénnym zložkám vírusu HIV 1 alebo HIV 2. Ak sa v blote potvrdí pozitivita, sérum sa ešte vyšetruje doplňujúcimi testami, a až potom sa pacient môže považovať za HIV pozitívneho.

Skríningovým testom ELISA anti-HIV vyšetrujeme i.v. toxikomanov, psychiatrických pacientov, väzňov, dermatovenerologických pacientov, našich občanov cestujúcich často do zahraničia, cudzincov, utečencov, gravidné ženy a ženy žiadajúce o interrupciu, pacientov prakticky zo všetkých oddelení, vyšetrenia v rámci prevencie a na vlastnú žiadosť. Na hematologicko-transfúznych oddeleniach sa vyšetrujú všetci darcovia krvi.

Záverom treba poukázať na skutočnosť, že dokiaľ nie je liek a očkovacia látka proti tomuto smrteľnému ochoreniu, všetci musíme ochoreniu predchádzať účinnou prevenciou a hygienickými zásadami.

Záver

Sexuálne prenosné choroby sú preventabilné. Prevencia závisí predovšetkým od správania sa jedincov a šírenia osvety. Pri včasnej diagnostike sa dajú úspešne liečiť, s výnimkou AIDS. Úspešnú terapiu zaručíme vtedy, ak liečime oboch sexuálnych partnerov súčasne.

Literatúra

1. Larsen, S.A., Steiner, B.M., Rudolph, A.H.; Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. Clin Microbiol Rev, 8, 1995, č. 1, s. 1-21. - 2. Potužník, V.; Štandardné vyšetrovacie metódy u kvapavky. Acta Hyg Epid Microbiol, Praha, Príloha 24/1977, s. 4-9. - 3. Kuzemenská, P. a spoluprac.; Laboratórny dôkaz gramnegatívnych kokov a kokobacilov. Praha, Avicenum 1987, s. 9-24. - 4. Kazár, J., Hlavatý, P.; Súčasné poznatky o chlamýdiách, Čs Dermatol, 51, 1976, č. 4, s. 243-247. - 5. Kluytmans, J.A.J.W., Goessens, W.H.F., Rijsoort-Vos, van J.H., Niesters, H.G.M., Stolz, E.; Improved performance of PACE 2 with modified collection system in combination with probe competition assay for detection of Chlamydia trachomatis in urethralspecimens from males. J clin Microbiol, 32, 1994, č. 2, s. 568-570. - 6. Mayer, W.; AIDS - Dráma, otázniky, východiská. Bratislava, VEDA 1990, s. 218.

Do redakcie došlo:
18. apríla 1995

Adresa autorov:
V. Chlapíková
Budyšínska 12
831 03 Bratislava

D.Meško, D.Mištuna, A.Hanzlíková, S.Funiak
Jeseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského v Martine

Univerzitné vzdelávanie v ošetrovateľstve na Jeseniovej lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Martine

V systéme univerzitného vzdelávania majú lekárske fakulty svoje presne špecifikované miesto a tvoria jeden zo základných kameňov Univerzity Komenského. Keďže pri štúdiu medicíny sa kladie dôraz na základné poznatky a zručnosti, pretrvávajú pomerne stabilné požiadavky na prípravu lekárov. Aplikuje sa tu princíp všeobecného vzdelávania, ktoré učí uvažovať, kombinovať a naučené poznatky uvádzať do praxe.

V poslednom období sa začínajú uplatňovať porovnávacie prístupy, ktoré výrazne menia pohľady na koncepciu výchovy a vzdelávania v celosvetovom progresívnom odbore ošetrovateľstvo. Na Slovensku v meniacom sa systéme zdravotníckej starostlivosti sa postupne v praxi zvýrazňuje potreba dynamiky včleniť do vzťahu lekár - sestra univerzitne vzdelaných absolventov štúdia ošetrovateľstva, samostatného nelekárskeho medicínskeho odboru.

Systém ošetrovateľskej starostlivosti bol do r. 1990 v našich podmienkach striktne determinovaný subordináciou lekárom. V súlade s hlavnými programami SZO sa do popredia okrem lekárskych odborov dostáva aj naliehavosť kvalitnej prípravy vysokoškolských nelekárskych zdravotníckych profesií, čím sa výrazne zmení ich postavenie v systéme právomoci a zodpovednosti zdravotníckych pracovníkov.

V podmienkach SR príprava vysokoškolského vzdelávania nelekárskych pracovníkov do škol. r. 1989/90 riešila iba potreby zdravotníckeho školstva na Filozofickej fakulte UK v Bratislave. Štúdium sa realizovalo formou medziodborového štúdia s úväzkovou spoluúčasťou z LF UK. Neexistovali podmienky pre získanie vysokoškolského vzdelávania v klinickom ošetrovateľstve, manažérstve v zdravotníctve a ďalších potrebných oblastiach.

Vzhľadom na kritické pripomienky v tejto oblasti sa dňa 18. mája 1990 na oddelení výchovy a vzdelávania MZ a sociálnych vecí SR rokovalo o potrebe výchovy kádrov pre aktuálne potreby zdravotníctva zdravotníckeho školstva. Keďže sa Filozofická fakulta UK v Bratislave rozhodla zrušiť túto medziodborovú formu štúdia, akceptovala Lekárska fakulta UK v Martine na rokovaní požiadavku MZ a sociálnych vecí SR a vytvorila koncepciu a podmienky úplného 5-ročného univerzitného magisterského štúdia v študijnom odbore ošetrovateľstvo s možnosťou voľby špecializácie na manažérstvo v zdravotníctve a pedagogiku v ošetrovateľstve. Táto koncepcia a podmienky štúdia ošetrovateľstva na LF UK v Martine boli MZ a sociálnych vecí SR prijaté a študijný odbor ošetrovateľstvo na Jeseniovej LF UK schválený v Štatúte Univerzity Komenského. Naša lekárska fakulta mala tak česť začať univerzitné vzdelávanie v odbore ošetrovateľstvo ako prvá na Slovensku už v školskom roku 1990/91 v odbore, ktorý celosvetovo zaznamenáva dynamický rozvoj ako samostatný medicínsky nelekársky odbor či už vo forme vyššieho stredného alebo univerzitného vzdelávania.

Pri tvorbe koncepcie odboru ošetrovateľstvo sme vychádzali z týchto skutočností:

1. Pôvodná koncepcia medziodborovej formy štúdia ošetrovateľstva v SR už nespĺňa základné podmienky a potreby. V príprave dominovala príliš rozsiahla špecializácia v pedagogickej oblasti, zatiaľ čo v zdravotníckej oblasti bola nedostatočná príprava a spôsobilosť na výkon požadovaných činností.
2. Ekonomická situácia a finančné limity rezortov školstva a zdravotníctva nedovoľovali v tom čase adekvátne materiálne a personálne zabezpečiť samostatné fakulty ošetrovateľstva.
3. Vysoko erudovaný pedagogický zbor v základných disciplínach, v medicínskej predklinickej oblasti a v klinických predmetoch na našej fakulte umožňoval zabezpečiť kvalitnú prípravu študentov v odbore ošetrovateľstvo.
4. Samostatný študijný odbor ošetrovateľstvo vytvorí dostatočnú autonómiu na flexibilnú koncepciu prípravy kurikúl. Výhodou bol a je aj úzky vzťah kvalitného pedagogického zboru angažovaného vo výučbe ošetrovateľstva i všeobecného lekárstva.
5. Celosvetovo sa v praxi osvedčila tendencia k nelekárskym formám štúdia s možnosťou dosiahnuť rôzne stupne univerzitného vzdelania /bakalár, magister/.
6. Filozofia humanizácie - človek sa má chápať v ošetrovateľskej starostlivosti ako dynamická integrácia bio-psychosociálnych a duchovných faktorov. Aby si udržal alebo znovu dosiahol optimálny zdravotný stav, musí vedieť využívať najrôznejšie adaptačné reakcie, ktoré sa menia v závislosti od jeho veku, etnických vplyvov, regionálnych možností, etických hodnôt, ekonomických možností, modifikácie životného prostredia, sexuality a psychických schopností.

Ošetrovateľstvo, ktoré sa podieľa vo veľkej miere na rozvíjaní alebo obnove zdravia, sa musí stať rovnocenným partnerom lekárskym odborom. Preto musia absolventi tohto študijného odboru vedieť navrhnúť vhodnú ošetrovateľskú starostlivosť tak z hľadiska odborného /medicínskeho a ošetrovateľského/, ako aj z hľadiska postojov, potrieb a priania každého klienta s aplikáciou špecifického, individuálneho prístupu. Cieľom ošetrovateľstva je pomáhať jedincovi, rodine, skupine v zdraví alebo chorobe, vykonávať tie činnosti, ktoré prispievajú k zdraviu, uzdraveniu, alebo pokojnému umieraniu a ktoré by vykonával sám, keby mal na to potrebné sily, vôľu alebo vedomosti.

Podľa Koncepcie ošetrovateľstva, schválenej Ministerstvom zdravotníctva SR 19. júla 1994, sa ošetrovateľstvo definuje ako vedná disciplína, ktorá integruje poznatky z iných odborov zaoberajúcich sa štúdiom človeka, spoločnosti a prostredia. Pre ošetrovateľstvo je charakteristický komplexný prístup k človeku pri zachovávaní a podpore zdravia, pri prevencii a starostlivosti o chorého človeka.

Na základe získaných skúseností a akreditácie aj pre bakalárske štúdium ošetrovateľstva začala JLF UK od školského r. 1994/95 realizovať tzv. *úrovňové štúdium* v odbore ošetrovateľstvo /I. úroveň - bakalárske štúdium, II. úroveň - magisterské štúdium/. Z novorodenca a dieťaťa sa stáva mladá dáma. V tomto školskom roku získajú absolutórium prvé absolventky 5-ročného denného magisterského štúdia v odbore ošetrovateľstvo v rámci Slovenska. Diplomové práce našich študentiek tvoria základné priekopnícke práce v modernom poňatí ošetrovateľstva na Slovensku a veríme, že sa stanú žiadanou odbornou literatúrou.

Profesionálnym prístupom výraznou mierou ku kvalite prípravy našich študentov prispievajú pedagógovia z Pedagogickej fakulty z Banskej Bystrice, Fakulty manažmentu UK v Bratislave, za čo im i všetkým ostatným nemenovaným patrí naše úprimné poďakovanie.

Absolventi štúdia tohto odboru sú už dnes vysoko potrební snáď v každom zdravotníckom zariadení, na stredných zdravotníckych a vysokých školách, uplatnenie si môžu nájsť i v top-manažmente zdravotníckych zariadení.

Veľmi dôležitou oblasťou je aktuálna potreba vytvorenia *systému ďalšieho kontinuálneho vzdelávania*, či už vo forme špecializačného štúdia alebo postgraduálneho štúdia v odbore ošetrovateľstvo. Samozrejmou súčasťou práce sa stane aj vedecko-výskumná činnosť absolventov tohto študijného odboru. Tiež bude potrebné postupne doriešiť so zvyšovaním kvalifikácie, odborných i vedeckých skúseností týchto absolventov systém *získavania*

vedecko-pedagogických hodností v odbore ošetrovateľstvo. V prvej fáze snáď jediným spôsobom je možnosť získania vedecko-pedagogickej hodnosti pod tútorstvom príbuzného odboru /t.j. lekárskeho/, nakoľko pre odbor ošetrovateľstvo v plnom význame slova tieto hodnosti udeľované neboli a udeľované ani nemohli byť.

Pri všetkých týchto aktivitách ponúka naša fakulta svoje skúsenosti, um a ochotu na všetkých úrovniach, ktoré majú úprimnú snahu o úspešnú integráciu odboru ošetrovateľstvo do spektra modernej zdravotníckej starostlivosti tak, aby jediným cieľom a zmyslom tejto starostlivosti sa stal človek.

Do redakcie došlo:
2. mája 1995

Adresa autorov:
Doc. MUDr. D. Meško, CSc.
Záborského 2
036 45 Martin

L.Smoleňová, A.Herianová
Katedra ošetrovateľstva Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v Bratislave

Multidimenzionálne hodnotenie chronických stavov v geriatrii

Vplyvom viacerých faktorov, najmä však v dôsledku pôsobenia chronických stavov, sa postupne stráca sebestačnosť a mobilita starých ľudí. To vyvoláva u nich špecifickú situáciu, ktorá si vyžaduje osobitné zdravotné a sociálne opatrenia. V okamihu zhoršenia zdravotného stavu starého človeka sa prehlbuje jeho sociálna závislosť, čo zasa spätne spôsobuje jeho psychosomatickú dekompenzáciu. Udržanie chronika v kompenzovanom stave preto nezáleží len na účinnosti zdravotníckych metód a opatrení, ale i na operatívnosti a účinnosti sociálnej a psychologickej starostlivosti.
Pre vyšší vek je typická multiplicita chronických chorôb, tak ako i dizabilita v komunikácii a vnímaní. Chronické choroby nie je možné eliminovať, ale isté funkcie sa dajú zlepšiť, prípadne jednotlivé systémy prispôsobiť na zmenu funkcie. V posledných rokoch sa vo viacerých vyspelých krajinách rozvíjajú evaluačné metódy, ktoré vyhľadávajú, resp. upozorňujú na špecifické potreby chronicky chorých starých ľudí. Tieto poteby sú viacrozmerné, ich posudzovanie sa označuje ako geriatrický asesment. *Rubenstein* ho r. 1987 charakterizoval ako multidimenzionálny, interdisciplinárny diagnostický proces, vytvorený na kvantifikovanie funkčnej schopnosti a problémo chronicky chorých z hľadiska medicínskeho a psychosociálneho. Je označením pre mnohopočetné a komplexné potreby rizikových starých pacientov. Rapídnym narastaním populácie vyššieho veku, najmä osôb nad 75 rokov, vzniká vulnerabilná skupina, ktorá trpí chronickými chorobami, funkčnou dizabilitou a psychosociálnymi problémami.
Cieľom našej práce je zostavenie liečebného plánu a dlhodobej starostlivosti. K jeho zásadám patrí:
a/ medicínske objasnenie stavu - fyzikálny asesment,
b/ psychostatus so zameraním na kognitívne funkcie a emotivitu - mentálny asesment,
c/ zistenie funkčnej schopnosti s osobitným dôrazom na bežné denné činnosti - funkčný asesment,
d/ objasnenie sociálnych funkcií vrátane ekonomickej situácie - sociálny asesment.

Fyzikálny asesment
K medicínskemu posudzovaniu patrí presná anamnéza, objektívny fyzikálny stav, EKG, RTG snímka hrudníka a laboratórny skríning. Pri interpretácii nálezov sa zohľadňujú osobitosti kliniky chorôb vyššieho veku, akými sú mikrosymptomatológia, atypická priebeh chorôb a diskrepancia medzi prezentovanými symptómami a diagnózou. *Davison* v r. 1987 zaradil medzi najčastejšie príčiny, ktoré vedú k strate sebestačnosti a vzniku závislosti na druhej osobe:
a/ intelektové odbúravanie /demencia/,
b/ imobilitu,
c/ instabilitu,
d/ inkontinenciu.
Všetky tieto problémy geriatrickej medicíny často nenachádzajú adresáta v tradičných medicínskych evaluačných metódach.

Mentálny asesment
Pri evaluácii mentálnych porúch sa okrem štrukturovaného rozhovoru používajú krátke testy, najpoužívanejší je *Mini mental test* podľa *Folsteina*, ktorý slúži na diagnostiku kognitívnych porúch a prípadne *Hutchinského ischemické skóre* na diferenciáciu vaskulárnych porúch. Na testovanie pamäťových schopností *Wechslerova pamäťová škála.* Na základe týchto vyšetrení sa vypracúvajú buď individuálne alebo skupinové programy, vrátane tréningu pamäti.

Funkčný asesment
Funkčné posudzovanie fyzického stavu slúži ku kvantifikácii poškodenia v dôsledku choroby, resp. polymorbidity. V praxi sa používa test bazálnych činností denného života podľa *Barthela* /ADL - Activities of Daily Living/, resp. test pomocných denných činností /Instrumental Activities of Daily Living/. Podľa výsledku sa pacient zaraďuje do skupiny podľa *stupňa sebestačnosti* a vypracuje sa mu individuálny plán tréningu, zameraného na tie funkcie a činnosti, ktoré vykazujú deficit. Neodmysliteľnou súčasťou tréningu je i rehabilitácia.
Stav, v ktorom je pacient samostatný vo všetkých bežných denných činnostiach sa označuje ako sebestačnosť a nevyžaduje opatrenia. Prvý stupeň závislosti vyjadruje potrebu pomoci pri niektorých bazálnych činnostiach, ako napr. kúpanie, príprava jedla, chôdza do schodov a pod. Druhý stupeň závislosti na pomoci druhej osoby si vyžaduje pomoc pri väčšine denných činností /obliekanie, telesná hygiena, pohyblivosť/. Tretí stupeň závislosti znamená potrebu pomoci pri všetkých denných činnostiach a spravidla vyžaduje i potrebu inštitucionalizácie vzhľadom na charakter chorobných zmien.

Sociálny asesment

Pri hodnotení sociálnych funkcií sa vychádza z viacerých aspektov. Sú to najmä sociálne vzťahy, sociálne aktivity, sociálne podmienky, ako napr. príjmy, bývanie, okolie a sociálna podpora. Sociálny pracovník predstavuje dôležitý moment aj v kontakte s príbuznými, prípadne s opatrovateľmi a sociálnymi inštitúciami. Sociálny asesment je dôležitý najmä v prípadoch, keď klesá funkčná samostatnosť a vzniká akútna potreba riešiť situáciu buď doma, alebo v sociálnom zariadení.

Geriatrický asesment vzhľadom na jeho multidisciplinárny charakter si vyžaduje vyslovene tímovú prácu. K tomuto tímu patria najmä ľudia, ktorí bezprostredne participujú na komplexnej starostlivosti o starého človeka. Patrí sem lekár, sestra, rehabilitačný pracovník, ktorí predstavujú jadro tímu. Ak však ide o obsiahlejšie hodnotenie, do tímu sa pozývajú aj iní odborníci, ako sú ergoterapeut, psychológ, logopéd, psychiater, dietetológ, prípadne ďalší.

Pri zbieraní informácií a ich objektívnom hodnotení je vhodné použiť kombináciu informácií:

a/ od pacienta,

b/ rodinných príslušníkov alebo opatrovateľov,

c/ pozorovaním pacienta.

Hodnotenie údajov si vyžaduje interdisciplinárny spôsob spolupráce. Pomáha v diagnostike ochorení a plánovaní liečebnej starostlivosti, vrátane rehabilitácie, pri rozhodnutí o optimálnom umiestnení pacienta.

Cieľom geriatrického asesmentu je zlepšiť kvalitu a účinnosť starostlivosti, minimalizovať stupeň dizability a v konečnom dôsledku zlepšiť kvalitu života v starobe.

Do redakcie došlo:
29. mája 1994

Adresa autoriek:
MUDr. L. Smoleňová
Vazovova č. 11
811 07 Bratislava

Výskum v ošetrovateľstve

V súčasnej dobe sme svedkami a aj priamymi účastníkmi zmien v ošetrovateľstve a to hlavne z hľadiska hľadania jeho novej identity a orientácie k humanizácii a individualizácii smerom ku klientovi. Ošetrovateľstvo sa formuje aj ako samostatná vedná disciplína, ktorá sa spolu s medicínou podieľa na udržiavaní zdravia občanov a na starostlivosti o chorých, ťažko chorých a umierajúcich všetkých vekových kategórií.

O samostatnej vedecko-výskumnej základni ošetrovateľstva zatiaľ nemôžeme hovoriť. Do r. 1989 to bol predovšetkým Inštitút pre ďalšie vzdelávanie SZP, ktorý školil budúce učiteľky ošetrovateľstva. Bývalé Československo bolo zaangažované do výskumnej práce SZO v oblasti starostlivosti o geriatrických pacientov. Po r. 1989 a ešte viac po rozdelení Československa na dva samostatné štáty, sú na Slovensku výrazné snahy o progresívne kroky vo vzdelávaní sestier, a to v smere priblíženia sa k svetovým trendom. S týmito snahami ruka v ruke kráča aj snaha o vytvorenie vedecko-výskumnej základne ošetrovateľstva.

Výskum v ošetrovateľstve sa doteraz zameriaval na jednorázové úlohy sledujúce optimalizáciu organizácie práce sestier, využitie modernej zdravotníckej techniky, personálne zabezpečenie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti a v neposlednom rade sa zameriaval aj na otázky výchovy a vzdelávania stredných zdravotníckych pracovníkov. Prax potrebuje vedu, ktorá nemá svoje opodstatnenie bez uplatnenia v praxi. Základňami pre seriózny výskum sú univerzity, Inštitút pre vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve a stredné zdravotnícke školy, ktoré aktivujú vyššie odborné vzdelávanie v rôznych študijných odboroch.

Hľadanie novej identity ošetrovateľstva a jeho formovanie ako samostatnej vednej disciplíny prináša aj nové možnosti vedecko-výskumnej práce. V našich nemocniciach sa začína uplatňovať ošetrovateľský proces, ktorý je postavený na holistickom základe /filozofický smer, ktorý nazerá na človeka ako celok/. Samotný ošetrovateľský proces je novinkou v našich podmienkach a teda aj pôdou neoranou pre výskum. Mnohé sestry z praxe táto problematika vo vyššom odbornom vzdelávaní zaujala. Škála okruhov vhodných pre výskumnú činnosť v ošetrovateľstve je dnes približne táto:

- možnosti uplatnenia a skvalitnenia ošetrovateľského procesu v našich podmienkach,
- osobnosť sestry v ošetrovateľskom procese,
- komunikácia medzi sestrou a klientom v záťažových situáciách,
- etika v ošetrovateľstve,
- možnosti ďalšieho rozvoja a skvalitnenia pregraduálneho a postgraduálneho vzdelávania sestier.

Sestry z praxe sa veľmi často pýtajú, či môžu byť účastníčkami výskumu, resp. výskumníčkami. Jednoznačná odpoveď je áno. Ich priama aktívna účasť na takejto práci je žiadúca, pretože ju môžu obohatiť svojimi skúsenosťami, novými návrhmi a plánmi prinesie nové pohľady na riešenie mnohých problémov, a spätne ich táto práca obohatí.

Treba tiež poznamenať, že každý sa nehodí na takýto typ práce. V prvom rade by mala byť chuť a ochota neustále pátrať po nových informáciách, podieľať sa na práci, ktorá je aj nad rámec pracovných povinností s vedomím, že na konci snaženia je zlepšenie a skvalitnenie práce sestry a väčšia spokojnosť klienta.

PhDr. B. Frčová
Stredná zdravotnícka škola v Banskej Bystrici

Nové trendy ošetrovateľstva na oddelení klinickej imunológie a alergológie v Prešove

Ošetrovateľstvo je samostatná vedná disciplína, ktorá úzko spolupracuje s ostatnými vednými odbormi, ako je sociológia, psychológia, medicína, pedagogika či manažment. Rozpoznáva a využíva fyziologické, psychosociálne a kultúrne princípy v poskytovaní starostlivosti jednotlivcovi, rodine i rôznym kolektívom. Prispieva k zdraviu, uzdraveniu alebo k pokojnému umieraniu. Cieľom ošetrovateľstva je pomáhať jednotivcovi získať čo najrýchlejšie nezávislosť a sebestačnosť. Ošetrovateľské služby musia vychádzať zo zdravotníckych potrieb populácie. Na jednotlivých oddeleniach má ošetrovateľská starostlivosť svoje špecifiká.

Oddelenie klinickej imunológie a alergológie NsP v Prešove bolo zriadené 1. novembra 1993. Vzniklo zlúčením ambulantnej a laboratórnej časti, ktoré spolu úzko spolupracujú. Amabulantnú časť tvoria dve ordinácie so zameraním na imunológiu a alergológiu. Časť ich návštevníkov tvoria pacienti s ochorením dýchacích ciest alergického pôvodu. Najčastejším predstaviteľom týchto ochorení je asthma bronchiale. Pacienti s týmto ochorením častokrát prichádzajú nielen na bežné ošetrenie a predpis liekov, ale aj so zhoršením zdravotného stavu, so záchvatmi výdychovej dýchavice - s astmatickým záchvatom alebo silného kašľa. Toto zhoršenie stavu nie je možné zvládnuť bežnou medikamentóznou liečbou vrátane inhalácií aerosolových brochodilatancií, napr. Ventolin, Berotec. Vtedy je potrebné podávať intravenóznu bronchodilatačnú liečbu a inhalácie kyslíka. Kým sme pracovali ako samostatné ambulancie z priestorových a prevádzkových dôvodov sme pacientov so zhoršeným zdravotným stavom museli odosielať na hospitalizáciu na interné oddelenie alebo oddelenie respiračných chorôb. Keďže ide prevažne o pacientov s chronickými ochoreniami dýchacích ciest, už samotné zhoršenie ich zdravotného stavu a z toho vyplývajúca potreba hospitalizácie negatívne vplýva na ich psychiku a následne na celý zdravotný stav. Ťažko znášajú pomerne časté odlúčenie z rodinného prostredia, sú depresívne ladení, čo tiež predlžuje dĺžku liečenia. Preto najmä títo pacienti uvítali možnosť ambulantnej liečby, pri ktorej im môžeme podávať infúznu bronchodilatačnú a inhalačnú liečbu. Máme dve postele, kyslíkové zdroje a dva inhalátory.

Ambulantný spôsob infúznej liečby sa osvedčil aj u pacientov s poruchami imunitného systému. Pri vrodených imunodeficitoch sú pacienti doživotne odkázaní na podávanie intravenóznych preparátov, čo sú vlastne náhrady chýbajúcich imunoglobulínov /napr. Ivega, Gamavenin/. Tieto preparáty sa musia aplikovať veľmi pomaly a pacienti musia byť pod stálym dohľadom sestry a lekára. Pravidelne im meriame krvný tlak a telesnú teplotu. S pacientmi udržiavame slovný kontakt. Spočiatku majú k sestre akýsi odstup a niektorým sa ani veľmi nechce rozprávať, ale po čase svoju nedôverčivosť prekonajú a sú radi, že vidia známe a nie cudzie tváre. Ku každému pacientovi si preto utvárame individuálny vzťah. Niektorí sa radi porozprávajú na veselšiu tému, starší pospomínajú na mladosť, ale všetci potrebujú pocítiť, že sa tu má kto o nich postarať, potrebujú počuť povzbudivé slová. Našim spoločným cieľom je zabezpečiť optimálny zdravotný stav našich pacientov.

Počet infúzií a inhalácií u jednotlivých pacientov je individuálny, u niektorých aj 5-6 dní po sebe. Počas víkendu infúznu liečbu robia na príjmovom internom oddelení nemocnice. O pacientoch, ktorí prichádzajú na infúzie si sestra vedie presnú dokumentáciu. Od marca 1994 do decembra 1994 sme podali spolu 211 infúzií a 97 inhalácií u 84 pacientov. Minimálne u 3/4 z nich /63 pacientov/ sme odvrátili potrebu hospitalizácie. Dosiahli sme skrátenie doby trvania akútneho respiračného ochorenia u alergikov alebo exacerbácie infektu u astmatikov. Zlepšili sme ich osobný komfort a nezanedbateľný je aj ekonomický efekt. Prínosom ambulantnej bronchodilatačnej a inhalačnej liečby je aj to, že ošetrujúci lekár, ktorý pozná pacienta dlhšiu dobu, môže aktuálne meniť a upravovať aj ostatnú perorálnu a aerosolovú liečbu. V budúcnosti plánujeme zaviesť základné monitorovanie dychových funkcií pred a po infúznej liečbe jednoduchým peackflow metrom.

Časté chronické ochorenie dýchacích ciest - bronchiálna astma - vystavuje pacientov možnosti vzniku akútnych záchvatov a tak ich robí aj psychicky oveľa viac zraniteľnejšími. Preto je potrebné vytvoriť dobrý vzťah medzi pacientom a sestrou pri ich dennom kontakte v čase výrazných zdravotných ťažkostí pacienta. Snažíme sa vžiť do ich problémov a pomôcť im nielen po odbornej stránke, ale aj osobným prístupom, milým úsmevom a pekným slovom, a tak napomáhame ich rýchlejšiemu uzdraveniu.

Hoci ošetrovateľstvu ako samostatnému vednému odboru sa začala venovať väčšia pozornosť až v posledných rokoch, myslím si, že nám nie je cudzie. Pevne verím, že tento nový trend neostane len na papieri, ale rýchlo prenikne medzi nás, zdravotníckych pracovníkov a bude osožiť pacientom.

Do redakcie došlo:
9. mája 1995

Adresa autorky:
J. Pavlinská
Sibírska 1
080 01 Prešov

IV. kongres o popáleninách a medicíne katastrof s medzinárodnou účasťou

Centrum pre liečbu popálenín a rekonštrukčnej chirurgie v Košiciach-Šaci v spolupráci s Klinikou plastickej chirurgie Nemocnice s poliklinikou L. Pasteura v Košiciach usporiadajú IV. kongres o popáleninách a medicíne katastrof s medzinárodnou účasťou.

Kongres sa bude konať v dňoch 18. až 20. septembra 1995. V jeho rámci sa pripravuje pre stredných zdravotníckych pracovníkov odborný seminár s programom:

- popáleniny,
- traumatológia,
- plastická chirurgia - mikrochirurgia,
- rôzne /zamerané na problémy v príbuzných odboroch/.

Ubytovanie sa zaisťuje prihláseným účastníkom na požiadanie. Registračný poplatok pre stredných zdravotníckych pracovníkov je 250,- Sk.

Kontaktná adresa:
A. Humeníková
Centrum pre liečbu popálenín
044 53 Košice-Šaca

M.Foltýnová
Anesteziologicko-resuscitačné oddelenie Martinskej fakultnej nemocnice v Martine

Kaudálna anestézia v pediatrii

Kaudálna anestézia je najčastejšie používaná zvodová anestézia v pediatrii. Je jednoduchá, bezpečná a účinná. Používa sa u detí pri operáciách pod úrovňou bránice, napr. cirkumcízia, orchidopexia, ingvinálna a skrotálna hernia, hydrokéla, dilatácia rekta, transplantácia obličiek ako aj u detí náchylných k pooperačným spazmom močového mechúra a ďalšie.
Kaudálnu anestéziu možno použiť:
1. Ako doplnok celkovej anestézie
2. Ako samostatný anestetický postup
3. Za účelom pooperačnej analgézie

Výhody kaudálnej anestézie
Kaudálna anestézia zaisťuje dobrú analgéziu pri minimálnych fyziologických zmenách. Ak sa použije na začiatku operácie, znížia sa celkové dávky inhalačných anestetík. To urýchli prebúdzanie, skráti pobyt na prebúdzacej izbe alebo na operačnej sále. Prebúdzanie je oveľa pokojnejšie, rýchlejšie a bez dyskomfortu, spôsobeného bolesťou. Väčšina detí sa prebúdza do bezbolestného stavu a v operačný deň je bez bolestí, prípadne s malými dobre tolerovateľnými bolesťami.
Pri aplikácii na konci operácie zaistí pooperačnú analgéziu s malým rizikom dychovej depresie, ktorú môže spôsobiť podávanie opiátových analgetík v bezprostrednom pooperačnom období. Toto bezbolestné obdobie výrazne prispieva k dobrému psychickému stavu dieťaťa, ale aj detských spolupacientov, prípadne rodinného príslušníka, najmä matky.
Niektoré bolesti sa dajú ťažko zmierniť celkovými analgetikami. Opiáty môžu však vyvolať aj spazmy močového mechúra po urologických operáciách. Reagujú však veľmi dobre na zvodovú anestéziu.
Do kaudálneho alebo epidurálneho priestoru je možné zaviesť aj katéter a intermitentne alebo kontinuálne pridávať anestetikum. Táto forma sa na našom pracovisku nevyužíva pre nedostatok špeciálneho materiálu a často to ani nie je žiadúce vzhľadom na rozsah operačných výkonov.
Na našom pracovisku aplikujeme takmer všetky kaudálne bloky v celkovej anestézii. Vtedy sa musí zabezpečiť priechodnosť dýchacích ciest a monitorovanie životne dôležitých funkcií. Po úvode do celkovej anestézie vzniká otázka, či vôbec aplikovať blok alebo nie. Pri rozhodovaní je závažným argumentom práve bezbolestné pooperačné obdobie.

Nevýhody kaudálnej anestézie
Použitie kaudálnej anestézie vyžaduje technickú zručnosť so znalosťou rozdielnych anatomických pomerov u detí. Dôležité sú detailné poznatky o lokálnych anestetikách, ich dávkovaní a vedľajších účinkoch. Na prípravu blokády a nástup účinku lokálneho anestetika je potrebný dlhší čas.

Kontraindikácie kaudálnej anestézie
Absolútne kontraindikácie pre aplikáciu zvodovej anestézie sú:
1. Infekcia v mieste aplikácie
2. Degeneratívne ochorenie nervov
3. Koagulopatia

Kaudálna anestézia v kombinácii s celkovou anestéziou
Z psychologického i praktického hľadiska je výhodnejšie použitie kaudálnej anestézie v kombinácii s celkovou anestéziou. Blok sa dá realizovať na začiatku alebo na konci celkovej anestézie.
Ak sa kaudálny blok aplikuje po úvode do anestézie, tak sa po nástupe účinku lokálneho anestetika výrazne zníži spotreba inhalačných anestetík. Pretrváva aj analgetický účinok po skončení operácie a zabezpečuje kvalitnú analgéziu v prvých pooperačných hodinách.
Ak sa anesteziológ rozhodne aplikovať blok až na konci celkovej anestézie, jej najvýznamnejší efekt je pooperačná analgézia.

Kaudálna anestézia bez celkovej anestézie
V prípade, že sa anesteziológ rozhodne pre aplikáciu kaudálneho bloku u neanestezovaného dieťaťa, je potrebná adekvátna sedácia. Deti pri aplikácii blokády zväčša nespolupracujú a nevydržia v pokoji. Veľmi dôležitý je pokojný a priateľský prístup sestry, neustále slovné upokojovanie. Veľmi výhodná by bola prítomnosť adekvátne poučeného a pripraveného rodiča.
Rovnako ako pri každej anestézii je pri obidvoch uvedených postupoch potrebné, aby sa pripravili pomôcky na resuscitáciu pre prípad náhlej kombinácie. Sú to:
1. Pomôcky na zabezpečenie priechodnosti dýchacích ciest
2. Prívod kyslíka
3. Odsávačka
4. Lieky /sedatíva, atropín, katecholamíny, vazopresory/

Pomôcky na kaudálnu anestéziu
Povinnosťou zdravotnej sestry je pripraviť sterilné aj nesterilné pomôcky, potrebné na aplikáciu kaudálneho bloku. Na vydezinfikovaný, sterilný inštrumentačný stolík si pripraví tieto sterilné pomôcky:
1. Jeden peán na dezinfekciu miesta vpichu
2. Päť tampónov na dezinfekciu miesta vpichu
3. Jeden mulový štvorec na prekrytie miesta vpichu
4.Jednu ihlu PP 18 G na natiahnutie lokálneho anestetika
5. Jednu ihlu PP 21 G alebo PP 22 G na aplikáciu kaudálneho bloku
6. Jednu injekčnú striekačku - 5 ml
7. Jednu bezodporovú striekačku - 10 ml
8. Jeden pár rukavíc /potrebnej veľkosti/
9. Jeden perforovaný kompres
10. Jeden kompres na zakrytie
Na nesterilný podnos alebo inštrumentačný stolík si pripraví tieto pomôcky:
1./ Štvorpercentný roztok tanín-alkohol na dezinfekciu miesta vpichu
2./ Polpercentný roztok akriflavínu na dezinfekciu miesta vpichu
3./ Jednopercentný Mesocain /ak dieťa nie je v celkovej anestézii/
4./ Lokálne anestetikum - 0,25 % Marcaine, alebo 0,5 % Xylocaine
5./ Leukoplast
6./ Dermograf

Postup pri aplikácii kaudálneho bloku
Po príchode dieťaťa do operačnej sály ho napojíme na kardiomonitor. Pomocou jednocestného systému napojeného na anestetický prístroj N dieťa inhalačne uspíme. Pomocou vzduchovodu alebo endotracheálnej kanyly zabezpečíme priechodnosť dýchacích ciest. Dieťa uložíme do polohy na boku. Dolné končatiny pokrčíme v kolenách a pritiahneme k brušku. Vyššie uložené koleno zohneme viac ako spodné. Dieťa je v priebehu výkonu kontinuálne anestezované, najčastejšie Halotanom v koncentrácii 2 - 2,5 objemových percent. V tejto polohe lekár dermografom označí miesto vpichu. Lokálne anestetikum sa injikuje do epidurálneho priestoru cez dolný otvor krížovej kosti - hiatus sacralis, ktorý sa nachádza na vrchole trojuholníka, vzniknutého spojením horných zadných tŕňových výbežkov bedrovej kosti s dolným okrajom krížovej kosti.
Po dezinfekcii kože sa do tohto miesta injikuje tenkou ihlou znecitlivujúci roztok - 1 % Mesocain - len v prípade, že dieťa nie je v celkovej anestézii. V opačnom prípade lekár priamo zavedie cez hiatus sacralis do kanála krížovej kosti punkčnú ihlu tak, aby jej dlhá os zvierala s povrchom tela uhol 60°C. Postupne sa robí opakovane aspirácia. Ak je negatívna, podá lekár testačnú dávku 0,25 % Marcainu na vylúčenie prípadného subarachnoideálneho alebo venózneho podania.
Ak aspiruje krv, vyberie ihlu a pichá v inom mieste hiatus sacralis. Pri

správne zavedenej ihle nemá mať anesteziológ pocit veľkého odporu pri aplikácii lokálneho anestetika. Ak ihla nie je zavedená správne, ale je nad zadnou plochou krížovej kosti /pod kožou alebo v podkožnom väzive/, vytvorí sa po aplikácii lokálneho anestetika pod kožou hrboľ.
Po podaní plánovaného množstva lokálneho anestetika 0,5 - 1,5 mg/kg 0,25 % Marcainu, lekár ihlu vytiahne. Sestra vpich sterilne prekryje a dieťa uloží do pôvodnej polohy na chrbte.
Počas celého výkonu sestra musí sledovať vitálne funkcie a každú zmenu hlásiť lekárovi.

Naše poznatky a skúsenosti
Kaudálna anestézia sa na našom pracovisku aplikovala 53 deťom v období šiestich mesiacov takto:
- počet aplikácií na začiatku anestézie - 50
- počet aplikácií na konci anestézie - 2
- počet aplikácií bez anestézie - 1

Dávka lokálneho anestetika sa pohybovala od 0,5 do 1,5 mg/kg 0,25 % Marcainu.
Aplikovať kaudálny blok bez celkovej anestézie sa dal len u jedného pacienta. Bol to 12-ročný chlapec, ktorému bolo možné vysvetliť postup a význam výkonu. Výborne spolupracoval počas celej aplikácie a aj na obdobie operácie postačila mierna intravenózna sedácia Dormicom.
Všetkým deťom okrem dvoch stačil na analgéziu v prvý pooperačný deň kaudálny blok. Dve deti požadovali doplniť analgéziu. Podal sa im Valoran kvapky v dávke 2,5 mg/kg per os.
Vážnejšie komplikácie sme nezaznamenali. Iba jedno dieťa sa na druhý deň sťažovalo na svrbenie v mieste vpichu.

Záver
Zámerom tejto práce bolo podať komplexný pohľad na jeden z postupov zvodovej anestézie - kaudálny blok v pediatrii.
Úloha sestry pri aplikácii kaudálnej anestézie je špecifická. Jej úlohou je pripraviť všetky pomôcky na začatie celkovej anestézie a tiež k aplikácii kaudálneho bloku. Podrobne musí poznať postup práce, aby dokázala správne asistovať lekárovi a včas ho upozorniť na prípadnú zmenu stavu pacienta.
Aj keď je aplikácia kaudálnej anestézie časovo a psychicky náročnejšia, je veľmi výhodné ju používať pre výbornú pooperačnú analgéziu a psychický komfort detských pacientov.
Pre tieto deti bezbolestná operácia znamená zážitok, o ktorom hovoria svojim kamarátom. Tieto deti prichádzajú pri reoperácii do operačnej sály v dobrej psychickej kondícii a výborne sa s nimi spolupracuje. Za to vďačíme práve kaudálnej blokáde.

Do redakcie došlo:
19. januára 1995

Adresa autorky:
M. Foltýnová
Thurzova č. 9/10
035 01 Martin

G.Holóssyová
Geriatrická klinika Ústavu tuberkulózy a respiračných chorôb v Bratislave - Podunajských Biskupiciach

Starostlivosť o dutinu ústnu

Po každom jedení ostávajú v ústnej dutine zvyšky potravy, ktoré sa rozkladajú a podporujú rozmnožovanie viacerých druhov mikroorganizmov prítomných v ústnej dutine. Na tomto podklade vznikajú rozličné zápalové procesy. Preto je veľmi dôležité udržiavať ústnu dutinu v čo najväčšej čistote. Súčasťou rannej toalety pacienta je aj hygiena ústnej dutiny, ktorá je mimoriadne dôležitá najmä pre ležiacich chorých v horúčke. Sliznica dutiny ústnej týchto pacientov rýchlo vysychá. V bezvedomí je zase porušená aj samočistiaca schopnosť. V ústach sa hromadí hlien a zasychá na sliznici, čo môže vyvolať jej zápal, ktorý môže postihnúť aj slinné žľazy. Sestra a ďalší členovia ošetrovateľského tímu preto musia najmä u takýchto pacientov dbať o zvýšenú hygienu ústnej dutiny. Niekoľkokrát vyčistia chorému ústa tampónami alebo štvorcami mulu navlhčenými v roztoku peroxidu vodíka a sliznicu i pery natrú bóraxglycerínom. Vysychanie sliznice sa znižuje, ak chorému položíme na ústa dvojitý navlhčený štvorec mulu.
Umývanie zubov. Chorý, ktorý sa môže sám pohybovať si čistí sám previdelne zuby tak, aby z nich dokolane odstránil zubný povlak a zvyšky potravín. Ak je však pripútaný na posteľ a bezvládny, treba mu pri udržiavaní hygieny dutiny ústnej pomôcť. Najvhodnejšie je, ak sa na umývanie zubov používa mäkká detská kefka. Ak sa v dutine ústnej chorého nahromadili hlieny a na sliznici sa tvoria povlaky, použijeme na vyplachovanie roztok sódy bikarbóny /jedna polievková lyžica na 500 ml vody/. Chorému pomôžeme zaujať správnu polohu a vysvetlíme mu, čo sa chystáme robiť. Umyjeme si ruky a pod bradu chorého podložíme uterák. Ústnu dutinu čistíme zhora nadol. Postupne vytierame všetky plochy zubov, a to pohybmi zhora nadol, zo strany na stranu i krúživo. Umývanie kefkou je jediný spôsob, ako sa dá zo zubov odstrániť povlak a ďalšie nečistoty. Detajlnejšie údaje o problémoch a ošetrovateľských postupoch pri ich riešení uvádza tab. 1.
Čistenie zubných protéz: Zubnú protézu vložíme do nádoby a v kúpelni ju kefkou a zubnou pastou dôkladne vyčistíme a opláchneme tečúcou vodou. Až potom ju možno vložiť do úst pacienta.

Tabuľka 1. Starostlivosť o ústnu dutinu

Problém	Príčina	Ošetrovateľské postupy
Zdravá ústna dutina, chodiaci pacient		Čistenie zubov 2-3x denne po jedle, výplachy rumančekom, Stopanginom, cumľanie Pantenolu
Zdravá ústna dutina, ležiaci pacient	Pri rôznych ochoreniach	Čistenie zubov (zubnej protézy) 2-3x denne. Zvýšená starostlivosť o ústnu dutinu. Dostatok tekutín (bilancia). Úpravy stravy p.p.
Zdravá ústna dutina, Neschopnosť starať sa o dutinu ústnu	Bezvedomie Náhle cievne mozgové príhody Umierajúci pacient po úraze	Pacient vníma - poučiť, oboznámiť s výkonom, Fowlerova poloha. Výkon - 3 hod. opakovať, pomocou 3% H_2O_2 v bezvedomí vytierať štetôčkami (H_2O_2 + Stopangin). Vytierať štetôčkami zuby a jazyk od koreňa k hrotu. Na záver vytrieť celú ústnu dutinu. Masáž pery - Calcium panthothenicum
Afty - Aftózna stomatitída (jazyk), Ulcerózna stomatitída rozsiahle vredy na sliznici ústnej dutiny	Bolesť Zvýšený slinotok Zápach z úst	Výplachy rumančekom, antibiotická liečba. Výživa - mixovaná vlažná strava, dostatok tekutín. Vynechať zubnú pastu. Vlastný uterák + pohár.
Suché ústa	Ochorenie + nedostatok tekutín	Bilancia tekutín - zvýšiť príjem, časté vytieranie ústnej dutiny bóraxglycerínom. Zvýšená hygiena.
Husté hlieny	Pooperačný stav, rádioterapia	Výplachy. Používame roztok Nátrium bicarbonicum (1 lyžica prášku + 500 ml vody). Neskôr výplach ústnej dutiny slanou vodou
Suché pery	Dehydratácia, liečba O_2 odsávanie, rádioterapia	Zvýšiť príjem tekutín. Natierať podľa potreby masťou Calcium pantothenicum
Infekcia ústnych kútikov	Nedostatok vitamínu B_1 Oslabený organizmus	Dostatok vitamínu B_1. Lokálne ošetrenie - zasušiť. Dodržiavať hyg. zásady, vlastný uterák, pohár. Úprava stravy.
Opar Herpes multiplex	Vírus. Ožarovanie. Oslabený organizmus	Duvira gel. Zovirax (dľa ordinácie lekára). Zvýšená starostlivosť.

Význam: preventívny a liečebný charakter, podpora tkaniva ústnej dutiny, zabezpečiť vlhkosť ústnej dutiny, zvýšiť komfort.

Do redakcie došlo:
7. februára 1995
Gazdovský rad 1
931 01 Šamorín

Adresa autorky:
G. Holóssyová

M.Rumanová
Nemocnica s poliklinikou Žilina

História žilinskej očnej nemocnice

V prvých rokoch 20. storočia vládla v žilinskej oblasti nepriaznivá epidemiologická situácia, ktorú charakterizovalo premorenie obyvateľstva trachómom. Bolo potrebné vybudovať zdravotnícke zariadenie, v ktorom by sa liečili očné a infekčné choroby. Vzhľadom na to, že Žilina nepatrila medzi župné mestá i napriek svojej veľkosti a významu, nebolo možné vybudovať nemocnicu, pretože tie vznikali zásadne iba v župných sídlach. V tomto čase žilinský rodák *Dr. V. Spanyol* pracoval ako univezitný volontér-asistent v Budapešti. Tu sa dozvedel, že vláda má v úmysle postaviť v Ružomberku štátnu očnú nemocnicu. Po zistení tohto úmyslu vyslovil myšlienku, že Žilina by bola výhodnejším sídlom nemocnice ako Ružomberok. Je predsa na križovatkách štyroch železničných tratí a ani do pôvodne vyhliadnutého Ružomberka nie je z nej ďaleko. Tieto dôvody podporovala i skutočnosť, že Žilina stále bojovala s trachómom. Pri troche usilovnosti, životného šťastia a zaklopaní v tejto veci nie na jedny dvere sa plán premenil na skutočnosť.

V r. 1913 dala Rakúsko-Uhorská vláda súhlas na vybudovanie prvej očnej nemocnice na území severného Rakúsko-Uhorska s pomenovaním Uhorská kráľovská štátna očná nemocnica. Za rok sa postavila krásna a účelová stavba s očarujúcim vyhľadom na prekrásne okolie Žiliny, ktorá vyhovuje svojmu účelu aj po osemdesiatich rokoch. Budovu vyprojektoval piešťanský dieloodborný radca *Ing. A. Jandrassik* a stavbu realizoval žilinský staviteľ *K. Grúň* so synom, na ktorú uhorská vláda uvoľnila 200 000 zlatých. Jednoposchodová budova s osemdesiatimi posteľami bola odovzdaná verejnosti v júli r. 1914. Jej symbolom bola soška sovy, ktorá symbolizovala lekársku múdrosť a cenu očí. Nemocnica mala k dispozícii elektrické osvetlenie, domáci a vonkajší telefón, elektrické pracie stroje, sterilizátor. Kúrenie sa zabezpečovalo parou z dvoch kotlov, ktoré dodávali teplú vodu a ďalšie dva kotle vytvárali paru na sušenie bielizne.

Nemocnica zamestnávala riaditeľa, ktorý bol zároveň aj hlavným lekárom a dvoch sekundárnych lekárov, ktorým boli k dispozícii štyri opatrovkyne. Piata opatrovkyňa bola určená na všeobecný dozor a na vykonávanie sterilizácie. Ďalší zamestnanci boli správca, strojník, vrátnik, kurič, domáci sluha, gazdiná, dve kuchárky, dve kuchynské slúžky, dve upratovačky a tri práčky.

Potravu pre chorých i pre seba čiastočne zabezpečovali zamestnanci prácou svojich rúk, a to pestovaním ovocia, chovom domácich zvierat a pod. Na čele žilinskej nemocnice stál od jej vzniku až do r. 1951 *Dr. V. Spanyol*. Bol to mimoriadne vzdelaný človek, ktorý svojou húževnatou prácou prispel podstatnou mierou k rozvoju oftalmológie. Bol zakladateľom bezplatného ošetrovania, viedol boj proti trachómu, ktorý i napriek ťažkostiam vyplývajúcim z vtedajších spoločenských pomerov bol úspešný. Postupne sa zo žilinského očného oddelenia stalo moderné diagnostické a terapeutické centrum a až do r. 1937 sa staralo o severnú časť stredného Slovenska.

Pri rozvoji diagnostických a terapeutických metód najmä v povojnovom období boli snáď najpálčivejším problémom detské očné choroby, a to hlavne škuľavosť a tupozrakosť. Dalo by sa povedať, že je to jeden zo základných problémov oftalmológie vôbec, pretože na jeho vyriešení často záleží, akým smerom sa bude uberať život toho-ktorého jedinca. Právom môžeme byť hrdí na to, že práve očná nemocnica v Žiline pochopila ako prvá na Slovensku význam liečby škúliacich a tupozrakých detí. To viedlo k vytvoreniu samostatného ortoptického úseku, na zriadení ktorého mal hlavnú zásluhu *Dr. A. Vozár*. Činnosť ortoptického úseku sa začala v r. 1957. Priestory, v ktorých ortoptika začala sú už dnes zmenené. V r. 1989 dôsledkom rekonštrukcie očného pavilónu sa ortoptický úsek presťahoval na detské oddelenie, kde zotrváva dodnes. Zdravotnícka starostlivosť sa poskytuje vyškolenými ortoptickými sestrami. V r. 1971 zriadili ordinariát pre strabológiu, ktorý slúžil pre región severného Slovenska.

Dôležitým úsekom očného lekárstva, ktorý sa začal presadzovať hneď od založenia očnej nemocnice, bola oftalmochirurgia. Jej základy položil *Dr. V. Spanyol* a ďalej ich budovali a upevňovali ďalší, primár *Dr. A. Vozár, Dr. M. Zelníková*. Doménou oftalmochirurgie je katarakta, na ktorej sa dá najlepšie dokumentovať vývoj operatívy. Na očnom oddelení v Žiline sa vždy operovalo na úrovni doby, to znamená, že do praxe sa zaviedli všetky operačné postupy: v r. 1969 kryoextrakcia, v r. 1989 irigácia-aspirácia a dnes veľmi známa fakoemulzifikácia, ktorá sa vykonáva od r. 1993. Prvá implantácia vnútroočnej šošovky sa vykonala v r. 1984. V tomto roku bolo implantovaných ďalších 14. Dnes sa tu implantuje šošovka takmer u každej operovanej katarakty, čo predstavovalo 634 implantácií v r. 1993.

Žilina vždy patrila medzi popredné mestá vyhľadávané pacientami s očnými chorobami. Množstvo ľudí chorých na glaukóm pribúdalo, zvyšoval sa počet diagnostických vyšetrení. To si v r. 1983 vyžiadalo vznik glaukómovej ambulancie, ku ktorej bolo vyčlenených 9 postelí. Liečbu poskytovanú ambulanciou vyhľadávajú pacienti z celého severného Slovenska. Ako jediná na Slovensku využíva terapiu inhaláciou CO_2+O_2, ktorá blahodarne pôsobí na rozšírenie ciev a zlepšenie výživy zrakového nervu. K neodmysliteľnej technickej vybavenosti ambulancie patrí i počítačový perimeter a automatický tonometer.

Dynamickou cestou rozvoja v oftalmológii prechádzali i mnohé vyšetrovacie metódy, ktoré sa zdokonaľovali, pribúdalo množstvo práce a to viedlo v r. 1992 k otvoreniu laserovej ambulancie a ambulancie fluoresceinovej angiografie. Ich neodmysliteľnou súčasťou je taktiež moderná technika.

História očnej nemocnice a neskôr oddelenia je uchovaná v archívoch a v pamäti skôr narodených. V súčasnosti ju zdokonaľujeme, zveľaďujeme, odborne sa vzdelávame a zároveň dotvárame svoje osobnosti.

Pevne verím, že výborná spolupráca lekárov a sestier na našom oddelení povedie rovnou cestou bez prekážok ku krásnej a perspektívnej budúcnosti.

Do redakcie došlo:
29. júna 1995

Adresa autorky:
M. Rumanová
Štiavnik 484
013 55 Žilina

M. Klimanová, D.Vlachová, M.Pavlovičová
Ústav hygieny a epidemiológie hl. m. SR Bratislavy

Podmienky života a práce detí v Základnej škole pre slabozrakých a nevidiacich na Svrčej ulici v Bratislave

Zariadenia so zvláštnou starostlivosťou svojou špeciálnou výchovou odhaľujú skryté schopnosti detí, zisťujú zachovalé zvyšky niektorých schopností, nahradzujú stratené funkcie, odstraňujú ich psychické dôsledky a upravujú porušené sociálne vzťahy.

Školy pre deti a mládež so zvláštnou starostlivosťou a podľa defektu sa rozdeľujú na 3 skupiny:

1. Školy pre duševne zdravé deti a mládež s chybami zmyslovými, telesnými, pre ťažko vychovávateľnú mládež a zdravotne oslabenú. Tvoria najväčšiu skupinu zariadení.
2. Školy a zariadenia pre deti a mládež duševne chybnú.
3. Školy a zariadenia pre deti a mládež s kombinovanými chybami.

Sú to zariadenia s celoročnou, týždennou a dennou pôsobnosťou.

V tomto roku sme výraznú pozornosť venovali Základnej škole pre slabozrakých a nevidiacich na Svrčej ulici v Bratislave. Komplex školy tvorí Osobitná škola pre slabozrakých, Základná škola pre slabozrakých a nevidiacich a Základná umelecká škola - odbor hudobný. Okrem toho má škola, ako každý typ špeciálneho zariadenia s celoslovenskou pôsobnosťou, pedagogickú poradňu, ktorá zabezpečuje diagnostické, poradenské, psychoterapeutické a metodické činnosti. Zároveň slúži ako výukové stredisko pre poslucháčov špeciálnej pedagogiky tyflopedického smeru.

Výsledkom vzájomnej spolupráce Ústavu hygieny a epidemiológie v Bratislave na Ružinovskej ulici č. 8, Školskej správy Bratislava IV. a vedenia Základnej školy pre slabozrakých a nevidiacich bola realizácia opatrení na zlepšenie hygienického štandardu, ako aj špecifických opatrení pre slabozrakých - farebné rozlíšenie stien v interiéroch, odstránenie ostrých hrán v komunikačných priestoroch a úpravy vonkajších relaxačných plôch. Odborní pracovníci nášho ústavu vykonali vo všetkých výukových priestoroch meranie umelého osvetlenia, ktoré vo väčšine prípadov nevyhovovalo. Bol vypracovaný projekt rekonštrukcie osvetlenia, ktorý sa už zčasti zrealizoval.

Podľa rozsahu zrakového poškodenia sú žiaci zaradení do deviatich diagnostických skupín. Najčastejšie sa vyskytujúce chyby sú afakia a myopia gravis. Počet žiakov umiestnených v triedach je v zmysle Vyhlášky o špeciálnych školách od 5 do 9 žiakov v triede. Ide o klasický typ internátnej základnej školy, rozšírený o učebne na písanie na stroji a bodové písmo, žiacku výuku domácich náuk a tzv. účebňu „Videomatic". Je to učebňa vybavená televíznymi lupami - Optocon, ktorá slúži najmä žiakom prvého stupňa na rozvíjanie čítania s výsledným porozumením obsahu. Triedy sú vybavené špeciálnym nábytkom podľa vekových kategórií žiakov.

Pri hodnotení pedagogického procesu, denného a prestávkového režimu sme zistili, že sa dodržujú podmienky na zabezpečenie fyziologickej krivky výkonnosti. Výukové predmety zodpovedajú klasickej ZŠ počtom a obsahom, ale v rámci tzv. nepovinných predmetov sa venuje pozornosť individuálnej logopedickej a tyflopedickej starostlivosti, pohybovým hrám na priestorovú orientáciu, telesnej výchove pre oslabených, bodovému písmu, hudbe a cudziemu jazyku. Na druhom stupni školy sa realizuje práca s počítačom, konverzácia v cudzom jazyku, starostlivosť o dieťa - vzhľadom na zrakový postih. Učebný plán pre zrakovo postihnuté deti v deviatom ročníku školy sa líši od klasickej ZŠ tým, že má dva varianty. Variant „A" pripravuje žiakov na stredné školy s maturitou, čo v praxi znamená zvýšený počet hodín matematiky, slovenského jazyka a zaradenie predmetu stretnutie s umením, ktorý sa vyučuje ako integrovaný predmet /hudba, dramatické a výtvarné umenie, architektúra/. Žiaci zaradení do variantu „B" majú voliteľné predmety - základy techniky, spoločenská výchova, práce v domácnosti a odborné kurzy, cieľom ktorých je príprava na povolanie v odbore - výroba užitkových predmetov, pestovateľstvo, záhradníctvo a pod.

Na posúdenie režimu práce a odpočinku žiakov školy sme vykonali prieskum dotazníkovou metódou zhodnotením odpovedí žiakov, rodičov a učiteľov. Prieskumu sa zúčastnilo všetkých 127 žiakov. Dotazníky sme spracovali podľa jednotlivých variant odpovedí na otázky /áno, nie, niekedy, občas/ i vzhľadom na vek žiakov. Zamerali sme sa na záťaž a vznik únavy v súvislosti s vyučovacím procesom.

Celkove podľa odpovedí v škole pociťuje únavu len polovica žiakov, a to väčšinou 1. a 7. ročníka. Jednoznačne sa potvrdilo, že najviac žiakov je unavených po 3. vyučovacej hodine. Avšak žiaci 1. a 7. ročníka pociťujú únavu najviac.

V obľúbenosti predmetov vedie na I. stupni matematika, čo potvrdzuje, že pri zvláštnej metodike je narábanie s číslami jednoduchšie ako s písmom. Slovenský jazyk je najobľúbenejší u žiakov II. stupňa. Z psychologického hľadiska je dôležité, že ovládanie písma a čítanie pomocou zvláštnych pomôcok uľahčuje vnímanie obsahu. Odpovede pri otázkach zameraných na *mimoškolskú a záujmovú činnosť* jednoznačne potvrdili snahu vykonávať činnosti, ktoré zraková chyba nedovoľuje - športy, modelárstvo, letectvo. Vyučovanie si predstavuje väčšina žiakov v takej forme ako je doteraz, ale podľa mienky niektorých žiakov chýba u učiteľov vtip, miesto lavíc by chceli kreslá a bufet v škole, t.j. prevláda túžba po uvoľnení.

Pri hodnotení *pocitu zdravia* väčšina žiakov odpovedala, že sa cíti zdravá. Predpokladané časté bolesti hlavy vzhľadom na zrakový defekt sa v odpovediach vyskytli ojedinele. Z toho usudzujeme, že hodnotený vyučovací proces je vyvážený.

Dotazník pre rodičov nadväzoval na zisťovanie príznakov únavy, zdravotný stav dieťaťa, jeho prejavy doma /tiky, nervózne pohyby, poruchy spánku/. Odpovede sa stotožňovali s odpoveďami žiakov. Z ďalších odpovedí zameraných na úpravy bytu vyplynulo, že špeciálne upravené byty sa vyskytujú u nevidiacich len čiastočne. V bytoch sa vo väčšine prípadov používa bežné celkové a lokálne osvetlenie. Žiaci sa pohybujú po byte samostatne, vedia sa obliecť - samozrejme stále vynímajúc nevidiacich.

Zhodnotenie dotazníkov od učiteľov:

1. *Výkonnosť žiakov* klesá po 3. vyučovacej hodine, v zmysle fyziologickej krivky výkonnosti. Zvýšenie výkonnosti v pozitívnom smere je badateľné po motivačnom prvku, t.j. pri očakávaní udalostí porušujúcich bežný sled - výlet, karneval, diskotéka.
2. *Únavu* ovplyvňuje stupeň zrakovej chyby, charakter a diagnóza ochorenia. Oddialenie únavy sa dá dosiahnuť uplatnením špeciálnej metodiky, t.j. zmenou štruktúry vyučovacej hodiny, dodržiavaním zásad zrakovej hygieny, využívaním tzv. *lupovej triedy*, používaním korekčných a tyflopedických pomôcok /zväčšovanie textov a obrazového materiálu/.
3. *Výuku zhoršuje* nesústredenosť žiakov, ich znížená priestorová predstavivosť, zlý grafický prejav pri kombinovanej chybe.

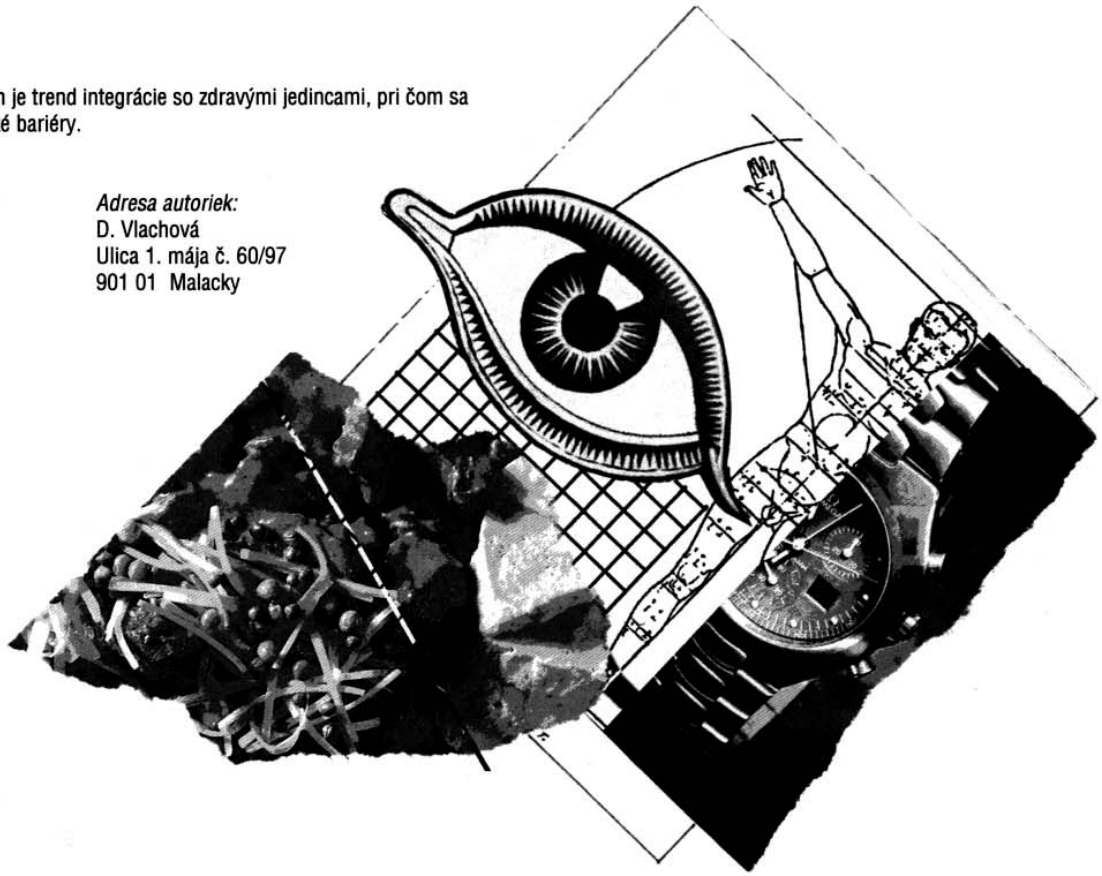
Záverom možno konštatovať, že v Základnej škole pre slabozrakých na Svrčej ulici v Bratislave sú z hygienického hľadiska vytvorené primerané životné a pracovné podmienky pre priaznivé ovplyvňovanie vývoja hendikepovaných jedincov. Avšak vážnym problémom aj naďalej zostáva:

- zaraďovanie postihnutých jedincov do života,
- zriaďovanie tzv. „chránených dielní" v podnikoch,
- bezbariérový prístup a pod.

Výrazným prínosom je trend integrácie so zdravými jedincami, pri čom sa prelamujú psychické bariéry.

Do redakcie došlo:
20. januára 1995

Adresa autoriek:
D. Vlachová
Ulica 1. mája č. 60/97
901 01 Malacky



M.Šupínová
Detské oddelenie Nemocnice s poliklinikou, Lučenec

Dieťa v ohrození

Drastické a neprimerané zaobchádzanie s deťmi má svoju dlhú históriu. Postoj spoločnosti k deťom podliehal mnohým zmenám. Týkalo sa to najmä hendikepovaných detí, ktorých sa bolo možné neľútostne zbaviť. Deti sa mohli predať do otroctva alebo beztrestne zabiť. V novovekom priemysle tvorili lacnú pracovnú silu. Používanie tvrdých trestov bolo všeobecne rozšírené a považované za správne. Deväťnáste storočie však prinieslo aj mnoho nových názorov na postavenie detí v spoločnosti a rozvoj starostlivosti o ne. Prvý opísaný prípad v histórii, kedy dieťa rodičom odobrali pre zlé zaobchádzanie, sa stal v New Yorku v r. 1874. V tom roku ochraňoval dieťa spolok na ochranu zvierat. Až v r. 1875 bola založená podobná spoločnosť na ochranu detí.

V súčasnej dobe sa do čela snáh „Za výchovu detí bez trestov" postavilo Švédsko. Aj nás pediatrov neustále zaujíma zdravý vývin detí, a to nielen fyzický, ale aj psychický. Takýto pohľad na dieťa tvorí bio-psycho-sociálnu jednotu, z ktorej ani jedno hľadisko nemôžeme beztrestne vyškrtnúť. Už v 60-tych rokoch nášho storočia badať výrazné úsilie zakotviť postavenie dieťaťa v spoločnosti. V hnutí mentálneho zdravia sa zjavuje zoznam šiestich základných práv dieťaťa:

1. *Právo byť želané.* Zahrňuje problematiku kontroly počatia, plodenie detí a narodenie dieťaťa citovo zrelým rodičom.
2. *Právo narodiť sa zdravé.* Vyžaduje dlhodobo pred pôrodom, ale i pred plodením dieťaťa zdravý životný štýl, dostatok vhodnej stravy a popôrodnú starostlivosť o dieťa.
3. *Právo žiť v zdravom prostredí.* V genetickom vybavení dieťaťa môžeme prostredím podporiť alebo potlačiť jeho vlohy. Chudobné, nekultúrne, citovo nenasýtené prostredie vykazuje oveľa vyšší výskyt úrazov, chorôb a problémov správania sa u detí.
4. *Právo na uspokojenie základných potrieb.* Zo základných potrieb sú to zdravá strava, vhodné ubytovanie, adekvátna výchova, primerané vzdelanie, celoživotné povolanie.
5. *Právo získať intelektové a emocionálne spôsobilosti* potrebné k sebarealizovaniu a k efektívnemu vyrovnaniu sa v spoločnosti.
6. *Právo na starostlivosť a liečenie.*

Podrobnejšie sa budem zaoberať tromi právami, ktorých nedodržiavanie a neuspokojovanie môže ohroziť nielen zdravie a zdravý vývin dieťaťa, ale aj jeho život. Sú to právo žiť v zdravom prostredí, právo na uspokojovanie základných životných potrieb, právo na starostlivosť a liečenie. Samozrejme znejúce slová, ktoré predsa museli byť napísané a ich dodržiavanie sa musí vymáhať mnohokrát násilím. Prostredie môže spolu s dedičnosťou do veľkej miery ovplyvniť inteligenciu dieťaťa, a to kladne, ale i záporne. Podvýživa, bohatstvo alebo nedostatok podnetov z prostredia, kvalita výchovy sú faktory, ktoré ovplyvňujú inteligenciu dieťaťa.

Sociálne zaostalé, výchovne zanedbané prostredie v rozvrátených rodinách alkoholikov, v niektorých rómskych rodinách môže zabrzdiť rozvoj inteligencie u ich detí. Zlepšenie sociálneho prostredia, skvalitnenie výchovy, dômyselný tréning môžu zasa odstrániť uvedené zaostávanie a prispieť k zvýšeniu inteligenčnej úrovne.

Prevažná časť rodičov svoje deti nadovšetko miluje, zahŕňa ich starostlivosťou, prežíva s nimi radostné chvíle, pomáha im prekonávať drobné i veľké prekážky a začleňuje ich do praktického života. Iná skupina rodičov uspokojuje síce materiálne požiadavky svojich detí, ale žijú citovo chudobný, prázdny život. Z takýchto citovo prázdnych detí vyrastú aj citovo prázdni dospelí. Najhoršiu skupinu tvoria rodičia, ktorí nielenže neuspokojujú ani základné potreby dieťaťa, ale dokážu toto bezbranné stvorenie týrať. Príčiny sú rôzne. Sú to jednak mladí rodičia, ktorí nedorástli do takého stupňa vlastného vývoja, aby dokázali používať vhodné výchovné formy, rodičia, ktorých psychika neunesie záťaž výchovného procesu, rodičia, ktorí sa domnievajú, že dieťa nespĺňa ich predpoklady, ktoré do neho vkladali. Niekedy je príčinou rozkol v rodine. Sú ešte aj asociálne rodiny, ktoré tvoria najväčšiu časť problému.

Týranie detí je nebezpečné nielen z dôvodov poškodenia s možnými následkami smrti, ale tiež preto, že vedie k prenikavým, len ťažko zvratným zmenám, k narušenému správaniu sa dieťaťa, k jeho zlyhaniu v škole a k problémom v jeho výchove, vrátane negatívnych následkov pre neskoršiu sociálnu integráciu v dospelosti. Týraním dieťaťa sa hlboko narušuje jeho dôvera k okoliu a tým aj jeho sociálne cítenie, z čoho vyplývajú poruchy v nadväzovaní kontaktov, vnútorné zábrany a plachosť ako následok neustáleho strachu pred trestom. Z toho vyplýva často i motorický nepokoj ako následok psychického napätia, enkopréza, nechutenstvo a iné regresívne a psychoreaktívne symptómy.

Spôsoby týrania detí sú rôzne:
- syndróm týraného a zanedbávaného dieťaťa,
- sexuálne zneužívanie detí,
- nedostatočné zabezpečenie výživy,
- úmyselné podávanie neindikovaných liekov, až po úmyselné otravy,
- zanedbávanie liečebnej starostlivosti /nepodanie inzulínu diabetikovi, alebo, ako sa stalo v našom meste, nepodanie liekov astmatikovi pri záchvate/,
- hrubé zanedbanie dozoru,
- rôzne formy citového týrania až k psychologickému terorizmu.

Zvlášť ma zaujal *Munchausenov syndróm*. Boli to prípady s tzv. alergickou formou syndrómu. Matky týchto detí boli až chorobne presvedčené, že ich deti trpia ťažkou formou alergie, a to buď potravinovej alebo na prach a roztoče. Aj keď ani u jedného z týchto detí sa alergia nedokázala, boli vystavené bizarným diétnym a režimovým opatreniam. Napr. v jednej z týchto rodín deti spávali na otočených skriniach a namiesto posteľnej bielizne boli zabalené v toaletnom papieri a striebornej fólii.

Počas mojej praxe na detskom oddelení som sa stretla s niekoľkými prípadmi týrania detí. Uvediem niektoré z nich. Trojmesačné dojča priniesli na naše oddelenie so zlomeninou hornej končatiny, spôsobenou otcom dieťaťa. Päťročný chlapec bol privezený s pomliaždeninami na oboch stranách hrudníka, na chrbte, na oboch stranách predlaktia, na krku, na ľavom pleci a pravom predlaktí. Tieto zranenia mu spôsobil otec údermi elektrickým káblom. Najviac mnou však otriasol prípad tri a polročného chlapca, ktorého na naše oddelenie priviezli na odporúčanie obvodnej lekárky. Neznáma občianka upozornila terénnu sestru na zanedbávanie starostlivosti o dieťa zo strany rodičov. Dieťa bolo pri prijatí extrémne vychudnuté, apatické, nepohyblivé, bez záujmu, neplakalo, nebránilo sa. Nápadne mu vyčnievali rebrá, ako ťažko podvýživenému dieťaťu. Brušná stena bola taká tenká, že sa mu cez ňu rysovali črevné slučky. Celé dieťa bolo zanedbané, veľmi špinavé. Vlasatá časť hlavy bola strapatá, vlasy riedke. V záhlavnej krajine bola pozdĺžna chrasta dlhá 1,5 cm, v čelovej krajine 1 cm. Na temene malo početné škrabance, pod ľavou lopatkou krvnú podliatinu. Na pravej strane hrudníka bola malá krvná podliatina, na pravej strane stehna krvné podliatiny s priemerom 6 cm. V oblasti pravého kolenného zhybu boli početné krvné podliatiny a škrabance. Ďalšie malé škrabance a podliatiny boli v oblasti oboch členkov. Na chrbtovej strane nôh boli veľké opuchy z podvýživy. Na pravej strane hornej pery v dĺžke 1cm bola porušená sliznica, konček jazyka bol rozhryznutý v dĺžke 8 mm. Pri kúpaní bolo dieťa natoľko smädné, že pilo z vody napustenej vo vani. Až dodatočne sme sa dozvedeli, že dieťa bolo v domácnosti umiestnené v sude, ktorý mu bránil v pohybe.

Rodičia spomenutých detí sa museli zodpovedať pred súdom a odpykať si trest v nápravnovýchovných zariadeniach. V poslednom z uvedených prípadov matka neuniesla psychickú záťaž výčitiek svedomia a spáchala samovraždu.

Týranie detí v rodine je závažným sociálnym problémom. Týka sa nielen postihnutých detí, ale aj rodiny. Uskutočňuje sa v intimite rodiny a vyznačuje sa rôznorodosťou. Týranie dieťaťa má sklon k recidívam. Pri opakovaní môže nastať ďalšie ohrozenie alebo i trvalé poškodenie zdravia, či smrť dieťaťa. Týranie dieťaťa v rodine predstavuje závažný problém, ktorý okrem bezprostredných dôsledkov na zdravotný stav môže poznamenať dieťa v psychickej i sociálnej oblasti. Je známe, že cyklus týrania dieťaťa dosť často prechádza na ďalšiu generáciu.

Z uvedeného vyplýva veľký význam prevencie. Každý zistený prípad vyžaduje dispenzarizáciu ohrozeného dieťaťa na obvodnom detskom stredisku. Prevencia je aj zlepšenie pomerov a riešenie narušených vzťahov v rodine. Detskí lekári musia zoznamovať s problematikou týraného a zanedbávaného dieťaťa aj lekárov iných odborov, ďalších zdravotníkov i sestry, pedagógov, pracovníkov sociálnej služby a miestnych úradov. Dôležitá je aj spolupráca s riaditeľmi škôl a triednymi učiteľmi. Prostredníctvom zdravotnej výchovy a hromadných oznamovacích prostriedkov treba informovať i širokú verejnosť.

Aj keď je to ťažké uveriť, treba laickej verejnosti vysvetliť, že ohrozenie dieťaťa môže prichádzať aj zo strany dospelých, ktorí ho majú najviac milovať a chrániť, zo strany vlastných rodičov.

Do redakcie došlo:
29. júna 1995

Adresa autorky:
M. Šupínová
985 52 Ružiná č. 83

Práva pacientov

Správa z konzultácie Svetovej zdravotníckej organizácie, Amsterdam, 1994

The rights of patients: Regist on a WHO consultatic abstracts.

WHO regional office for Europe, Copenhagen, November/December 1994

Regionálna úradovňa Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu organizovala Európsku konzultáciu o právach pacientov. Konala sa v Amsterdame 28. až 30. marca 1994. Zúčastnilo sa jej viac ako 60 účastníkov z 36 štátov /členov Svetovej zdravotníckej organizácie v Európe/, ktorí prezentovali názory občanov, pacientov, zdravotníckych pracovníkov, politikov a vedcov. Úlohou bolo definovať zásady a stratégie na podporu práv pacientov ako súčasť dnešných snažení o reformu zdravotnej starostlivosti. Účastníci sa sústredili na vypracovanie dokumentu, ktorý pripravila skupina expertov zvolaných Regionálnou úradovňou Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu a ktorý sa zaoberal princípami práv pacientov. Účastníci do konzultácie zahrnuli najdôležitejšie odporúčania do Deklarácie na podporu práv pacientov v Európe. Potvrdzujú sa v nej princípy uvedené v dokumente Svetovej zdravotníckej organizácie, odporúčajú stratégie činnosti, vyzývajú medzinárodné organizácie k užšej spolupráci a navrhujú monitorovanie vývoja problému.

Ďuržová

M.Ballová
Posluchárka V. ročníka Jeseniovej lekárskej fakulty UK Martin

Prenatálna starostlivosť - informovanosť a spokojnosť

Úlohou prenatálnej starostlivosti je cieľavedome pripraviť ženu na plnenie materských povinností, na dojčenie a správnu opateru dieťaťa. Je účinná len pri správnej organizácii práce, včasnej depistáži, dispenzarizácii a hospitalizácii gravidných. Ďalšie vyšetrenia a ošetrenia vyplývajú z anamnézy, zo základných vyšetrení alebo až počas gravidity. Počas prvej návštevy v ambulancii by mala podstúpiť komplexné vyšetrenie, ktoré neobsahuje len základné fyzikálne vyšetrenie, ale aj rozbor životosprávy klientky. Veľmi dôležitá je osobná anamnéza a komplexné psychologické vyšetrenie. Pri vyšetrení je dôležité zistiť schopnosť klientky pochopiť a dodržať všetky odporúčané rady. Vyšetrenie zakončíme prvým individuálnym výchovným pôsobením, na ktorom veľmi záleží, lebo už vtedy sa začína utvárať dôvera vyšetrovanej ženy k nám. Všetky aspekty fyzikálnych a laboratórnych vyšetrení by sa mali prediskutovať s klientkou. Mala by vedieť svoj krvný tlak, výhliadky gravidity a donosenia, výsledky laboratórnych testov a začiatok fetálnych zvukových tónov. Dôvody pre medikamentóznu liečbu sa majú vysvetliť. Často sa predpisujú multivitamíny i napriek tomu, že sa môžu dodať vhodnou stravou. Sestra odporúča bohatú stravu na vitamíny a minerály, a to hlavne na železo a vápnik, pretože v gravidite sa zvyšujú požiadavky na tieto prvky. Pacientku je potrebné oboznámiť s tým, že nesmie brať lieky, ktoré nemá predpísané. Samozrejmosťou pre ženskú sestru musí byť, že pacientku oboznámi s priebehom invazívnych a neinvazívnych vyšetrení. Zároveň sa dopĺňajú údaje o domácom a pracovnom prostredí.

Sestra poskytne gravidnej žene podrobné informácie o návšteve skupinového telocviku, alebo jej dá návod na individuálne cvičenie doma. Upozorní ju aj na správnu životosprávu a vhodný režim dňa. Poučí ju, ako sa má starať o prsníky, zvýšenú telesnú hygienu, zvlášť vonkajšieho genitálu a chrupu. Poukáže na zásady správneho obliekania a obúvania. Upozorní ženu na škodlivosť nikotínu, alkoholu a užívania liekov bez vedomia lekára. Zmieni sa o úprave pohlavného života, o duševnej hygiene a samovzdelávaní pre nadchádzajúce materstvo. Vhodné je, ak má ženská sestra základné pokyny spracované ako letáčik, ktorý dáva každej žene spolu so zdravotno-výchovnou brožúrou.

Informácie o príprave na pôrod sa môžu poskytovať rôznymi spôsobmi, hlavne pri návštevách poradne, skupinovými kurzami psychoprofylaktickej prípravy na pôrod a domácou návštevou sestry. Iným informačným kanálom môže byť literatúra, televízia, počúvanie pokynov z magnetofónových pások v čakárňach. Tieto informácie sú rozdelené podľa trimestrov. Toto delenie zodpovedá pacientkiným záujmom a potrebám vedieť základné informácie o danom trimestri. Sestra by sa mala zaujímať o to, čo by pacientka chcela prediskutovať. Tento záujem by sa mal posilniť tým, že by mala byť oboznámená s graviditou podľa trimestrov. Sestra má byť oporou pre matku, musí sa vedieť prispôsobiť kultúre, vzdelaniu a spoločenskej vrstve matky a na základe tohto prispôsobiť literatúru a audiovizuálne prostriedky na výučbu a poradenstvo. Klientka sa bude učiť viac, ak je motivovaná a motivácie môžu vzrastať splňaním špecifických potrieb a atraktívnou prezentáciou informácií.

Výhodou kurzu fyzickej prípravy na pôrod je, že matka môže konzultovať so sestrou o fyzickej aktivite, ktorá je dovolená a odporúčaná počas gravidity. Vyučovanie v tejto oblasti sa môže vykonávať formou bežných kurzov alebo osobných konzultácií. Rôzne druhy aktivity, ako je chôdza, plávanie a tancovanie, sú pre pacientku len výhodné, ale len pokiaľ nenastanú komplikácie, ako je napr. krvácanie. Fyzická aktivita, pri ktorej je riziko pádu /lyžovanie, jazda na koni/ sa majú zakázať. Cviky sa majú začať už v prvom trimestri, majú koordinovať dýchacie a relaxačné cvičenia, posilniť brušné svalstvo a mali by pokračovať počas celej gravidity. Cvičenie môže viesť aj fyzioterapeut, zvyčajne so súhlasom lekára. Metódy na prípravu pôrodu zahrňujú vyučovanie správneho dýchania a relaxácie v predpôrodnom a pôrodnom období. Konečným cieľom týchto cvičení je umožniť pacientke znížiť, až odstrániť potrebu medikamentóznej liečby ak ju má naordinovanú, uľahčiť samotný pôrod.

Neodmysliteľnou zložkou prípravy na pôrod je psychická príprava, ktorej význam spočíva v tom, že gravidná žena sa naučí pristupovať k pôrodu ako k fyziologickému procesu. Oboznámi sa so základnými poznatkami o pôrode, jeho normálnom priebehu a pocitoch pri ňom, pretože ak chápe a pozná podstatu tohto fyziologického namáhavého úkonu, disciplinovane si šetrí sily, zbavuje sa strachu z neho a aktívne pri ňom spolupracuje. Jej správanie vo veľkej miere určuje normálny priebeh pôrodu a jeho úspešné ukončenie.

Domáca zdravotnícka starostlivosť

Je veľa dôvodov na domáce prenatálne sledovanie klientky za pomoci kvalifikovanej sestry. V prenatálnom období musí pacientka nadobudnúť veľa informácií o svojom zdraví a o svojom ešte nenarodenom dieťati. Veľké množstvo klientiek nedodržiava pravidelné návštevy prenatálnych poradní, treba ich teda povzbudzovať a poučiť o dôležitosti pravidelnej prehliadky a poradenstva. Preto je potrebné zabezpečiť domácu návštevu sestrou, posilniť výchovu, aby bola spokojnosť klientok čo najlepšia. Toto je zvlášť dôležité pre klientky primipary a ženy s rizikovými a komplikovanými graviditami.

Po úvodnej návšteve sa identifikačné informácie o klientke odovzdávajú ženskej sestre. Identifikačné informácie zahrňujú meno, adresu, celkové vyšetrenie, stupeň gravidity a abnormálne nálezy, ako je krvácanie a plány na operačný pôrod. Sestra si plánuje návštevy v súlade s týmito informáciami. Navštevuje gravidnú podľa potreby, najmenej však 2 - 3-krát počas gravidity. Prvá návšteva by sa mala uskutočniť v prvej polovici gravidity, ďalšie návštevy v posledných mesiacoch. Tieto návštevy môžu byť aj častejšie, ak sú indikované klientkinými potrebami, obzvlášť v poslednom trimestri.

Gravidná žena má byť posledných 6 týždňov pred pôrodom na materskej dovolenke a pripravovať sa telesne a duševne na pôrod. Musíme vynaložiť všetky schopnosti, aby sme ju udržali v dobrej pohode, lebo práve tesne pred pôrodom pod vplyvom nesprávnych informácií alebo pri odbornej sčítanosti sa u niektorých žien prejavia príznaky duševného nepokoja a z toho plynúci strach z pôrodu.

Na základe uvedených informácií, ktoré sa majú vykonávať v rámci prenatálnej starostlivosti v gynekologických ambulanciách, by som chcela poukázať na výsledky štúdie, ktorá je súčasťou mojej diplomovej práce. Vo svojej štúdii som sa zaoberala psychoprofylaktickou prípravou gravidnej, jej informovanosti o priebehu gravidity a pôrodu a celkovou spokojnosťou s poskytnutou ošetrovateľskou starostlivosťou. Štúdiu som uskutočnila v troch zdravotníckych zariadeniach formou anonymného dotazníka u 100 respondentiek, ktorý mal 26 otázok, riadeným rozhovorom so 14 sestrami, ktoré pracovali na gynekologických ambulanciách a štúdiom chorobopisov a ošetrovateľskej dokumentácie, týkajúcich sa respondentiek. Predpokladala som, že informovanosť žien o priebehu gravidity nie je na požadovanej úrovni a zanedbáva sa psychoprofylaktická príprava na pôrod. Zo 100 respondentiek bolo len 29 % plne informovaných, čiastočne 57 % a nedostatočne 14 % /tab. 1./.

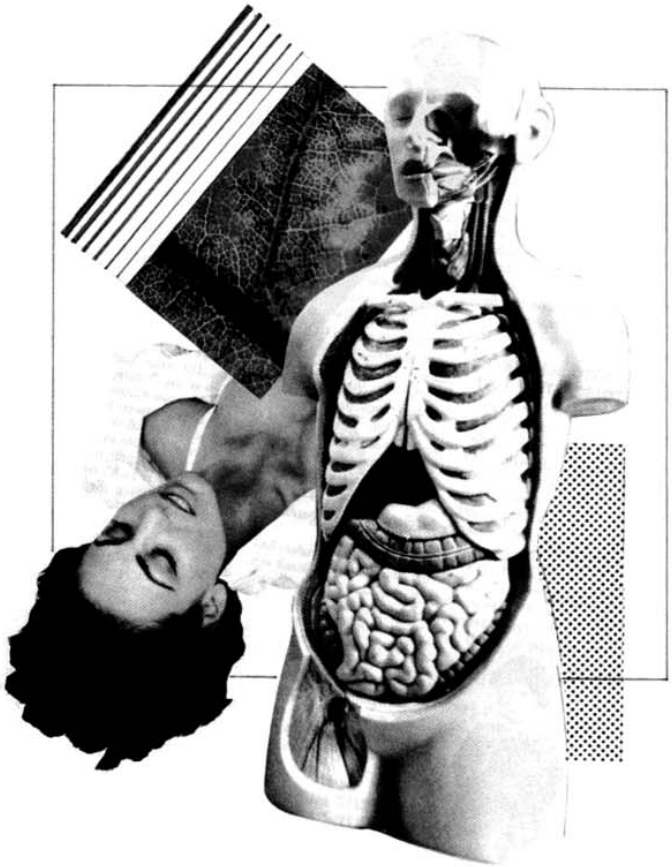
Tabuľka 1. Informovanosť žien o priebehu gravidity

Informovanosť	n	%
Plná	29	29
Čiastočná	57	57
Nedostatočná	14	14
Spolu	100	100

Ďalším podnecujúcim výsledkom bola návštevnosť ženskej sestry doma pred pôrodom /tab. 2./. U 72 % žien ženské sestry nenavštívili klientky ani raz, zatiaľ čo 87 % gravidných považuje návštevu ženskej sestry doma za potrebnú /tab. 3./.

Tabuľka 2. Návštevnosť ženskej sestry

Návšteva	n	%
0 - krát	72	72
1 - krát	14	14
2 - krát	7	7
3 - krát	3	3
5 - krát	2	2
7 - krát	2	2
Spolu	100	100



Tabuľka 3. Potreba návštevy ženskej sestry

Návštevy	n	%
Potrebné	87	87
Zbytočné	13	13
Zasahovanie do súkromia	0	0
Spolu	100	100

V rozhovore so sestrami som zhodnotila výsledky, ktoré som zistila a dospela som k záveru, že sestry v 71,4 % neinformujú klientky o kurzoch psychoprofylaktickej prípravy na pôrod, v 85,8 % sestry nenavštevujú gravidné pred pôrodom s odôvodnením, že gravidné chodia do poradne a tam ich dostatočne informujú.
Z celkového počtu respondentiek 77 % uvádza spokojnosť s ošetrovateľskou starostlivosťou o gravidnú klientku /tab. 4./.

Tabuľka 4. Spokojnosť s ošetrovateľskou starostlivosťou

Spokojné	n	%
Áno	77	77
Nie	23	23
Spolu	100	100

Pacientky mali možnosť dať návrhy na zlepšenie ošetrovateľskej starostlivosti v ambulanciách a v nemocnici. Respondentky kládli najväčší dôraz na informovanosť ako v ambulanciách, tak aj v nemocnici.
Z mojej práce vyplýva, že je potrebné zvýšiť informovanosť gravidných žien, aby aktívne spolupracovali.

Do redakcie došlo:
12. júna 1995

Adresa autorky:
M. Ballová
Imeľská 4
947 01 Hurbanovo

Pracovná skupina európskych výskumníkov v ošetrovateľstve

V dňoch 24. až 27. júna 1996 sa koná v Štokholme vo Švédsku 8th Biennal Conference of the Workgroup of Euroean Nurse Researchers
Usporiada ju Swedish Association of Health Officers /Švédska spoločnosť organizátorov zdravotníctva/ a Specialist Group of Nursing Researchers in Sweden /Skupina špecialistov pre výskum v ošetrovateľstve vo Švédsku/.
Hlavnými témami sú:
Deti v nemocnici
Zodpovedá ošetrovateľský výskum potrebám zdravia dospelých?
Starší ľudia a ošetrovateľský výskum
Výskum v rodinnom ošetrovateľstve
Zdravotnícke snaženia v Európe dnes a v budúcnosti
Sekretariát konferencie:
WENR
Stockholm Convention Bureau
P. O. Box 6911
S-102 39 Stockholm, Sweden
Telefón: # 46 8 736 15 00
Fax: # 46 8 34 84 41
Účastnícky poplatok pri prihláške do 15. marca 1996 je 3.625,- švédskych korún, potom 4.375,- švédskych korún. Účastnícky poplatok zahŕňa: účasť na plenárnych a paralelných zasadnutiach, kávu a čaj, program konferencie, zoznam účastníkov, knižné vydanie abstaktov, uvítaciu recepciu a recepciu na radnici.
Konferenciu dopĺňa bohatý spoločenský program.
Podrobnejšie informácie možno vyžiadať na sekretariáte konferencie.

Medzinárodný deň sestier

Slovenská spoločnosť sestier a Česká spoločnosť sestier usporiadali dňa 12. a 13. mája 1995 Slávnostnú konferenciu k Medzinárodnému dňu sestier v Strednej zdravotníckej škole v Modre-Harmónii. Účastníčky konferencie medzi sebou privítali prezidentku Slovinskej asociácie sestier *pani Darju Cíbic.* Konferenciu pozdravil starosta mesta Modry *Ing. V. Medlen,* ktorý vyslovil potešenie, že taká významná konferencia sa uskutočnila v tomto historicky významnom meste.

Ústredná téma konferencie bola Zdravie žien. Počas konferencie odznelo 40 prednášok, ktoré rozoberali v širokom zábere problematiku starostlivosti o ženu všeobecne, najmä však o ženu - matku, ženu - sestru.

Konferencie sa zúčastnilo 236 sestier, z toho 61 z Českej republiky. Toto slávnostné podujatie, ktoré prebiehalo v priateľskej atmosfére, splnilo po odbornej stránke svoje poslanie. Škoda, že počasie nebolo najpríjemnejšie. Veríme, že všetky predsavzatia, ktoré si účastníčky osvojili na konferencii s cieľom upevniť zdravie a spokojnosť žien, sa budú realizovať čo najintenzívnejšie v blízkej i vzdialenej budúcnosti.

Ďuržová

XVIII. Slovenské pracovné dni farmaceutických laborantov

Pod záštitou Slovenskej lekárskej spoločnosti a Slovenskej komory stredných zdravotníckych pracovníkov, Sekcie farmaceutických laborantov sa v dňoch 19. a 20. mája 1995 v Martine konali XVIII. Slovenské pracovné dni farmaceutických laborantov, zamerané na farmakoterapiu, registráciu a distribúciu nových liekov. Po otvorení predsedníčkou Sekcie farmaceutických laborantov pri SLS pani *V. Jeníkovou* v mene Riaditeľstva MFN pozdravil námestník riaditeľa pre liečebno-preventívnu starostlivosť *prim. MUDr. M. Vrlík, CSc.* Martin, Turiec, Martinská fakultná nemocnica, minulosť, prítomnosť i plány do budúcnosti pradstavila hosťom z celého Slovenska zástupkyňa námestníčky riaditeľa pre úsek ošetrovateľstva pani *A. Šutáková.* Predsedníčka Regionálnej komory SZP pani *J. Serátová* zhrnula činnosť Komory v regióne Martin.

Odborná časť programu sa venovala výstave prípravkov a prednáškam zástupcov firiem Galena, Léčiva, Slovakofarma, Hoechst-Biotika, Pharmavit, Dr. Peithner, Eli Lilly, Rhodon a Biomin. Prednášajúci prestavili firmy, zopakovali staré a zoznámili s novými preparátmi a ich indikáciami. Diskusia potvrdila záujem o problematiku a snahu využiť teoretické vedomosti v praxi. Po skončení odborného programu vystúpili s kultúrnym programom žiaci zo Základnej školy na Ulici mládeže.

Druhý deň rokovania bol venovaný téme „Perspektívy uplatnenia farmaceutického laboranta v lekárni". S prednáškami vystúpili a na mnohé otázky odpovedali najkompetentnejší hostia. *Mgr. J. Nantl* zo Sekcie farmácie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky informoval o legislatívnych zmenách, ktoré majú priamy dopad na lekárne. Situáciu v regióne zhrnul *RNDr. R. Smieško,* člen Prezídia Slovenskej lekárnickej komory a predseda Spolku farmaceutov v Martine. S novelizáciou pregraduálneho vzdelávania farmaceutických laborantov oboznámila *PharmDr. O. Slivková* zo SZŠ v Bratislave, s koncepciou diplomantského štúdia *PhMr. M. Križanová* zo SZŠ v Banskej Bystrici a s koncepciou špecializačného štúdia v niekoľkých odboroch *doc. RNDr. S. Szücsová, CSc.* z Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v Bratislave. Diskusia dokázala, že kontinuálne vzdelávanie v odbore, kde je každý deň niečo nové, je potrebná. Chuť, ale hlavne povinnosť zopakovať si staré, naučiť sa nové a využiť teoretické vedomosti a praktické zručnosti v praxi, s cieľom zlepšiť svoju prácu, je potrebné v konečnom dôsledku pre zdravie chorého, alebo ochranu zdravia zdravého. So situáciou v Českej republike oboznámila predsedníčka Sekcie farmaceutických laborantov pri Českej farmaceutickej spoločnosti *J. Vaňharová.*

V. Jeníková odovzdala pri príležitosti pracovných dní striebornú medailu zaslúžilej členke SLS, prvej absolventke odboru farmaceutický laborant v Brne *J. Vilémovej* za dlhoročné členstvo a aktívnu prácu v SLS a v odbore. *J. Vilémová* potom informovala o svojej práci v Univerzitnej lekárni v Bratislave a na Farmaceutickej fakulte Univerzity Komenského. Z jej slov vyžarovala láska k práci a zmysel pre zodpovednosť.

Na záver pracovného dňa *V. Jeníková* informovala o činnosti Sekcie farmaceutických laborantov pri SLS za uplynulý rok, poďakovala organizátorom, hosťom i všetkým prítomným za účasť a s prianím všetkého dobrého XVIII. Slovenské pracovné dni farmaceutických laborantov ukončila. Každá farmaceutická laborantka dostala osvedčenie o účasti na neinštitucionálnom vzdelávaní poriadanom Slovenskou lekárskou spoločnosťou.

Pracovné dni farmaceutických laborantov splnili svoj účel, lebo umožnili vymeniť si vzájomné skúsenosti, diskutovať o odborných a pre farmaceutické laborantky špecifických problémoch. Dokázali a potvrdili skutočnosť, že farmaceutické laborantky, farmaceuti a ostatní pracovníci lekární svojou odbornou a kvalitnou prácou tvoria neoddeliteľnú súčasť veľkého tímu ľudí, ktorých cieľom je pomôcť tým, ktorí to potrebujú - chorým ľuďom. A na túto skutočnosť by sa nemalo nikdy zabúdať.

A. Bukovská

Oznámenie

Prezident Slovenského Červého kríža oznámil Slovenskej lekárskej spoločnosti dňa 28. apríla 1995, že na základe konkurzu dňa 3. apríla 1995 uviedol do funkcie generálneho sekretára Slovenského Červeného kríža *MUDr. Viliama Dobiáša,* CSc..

MUDr. V. Dobiáš, CSc. sa narodil 14. februára 1950 v Bratislave. Promoval v roku 1974 na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. Potom pracoval ako lekár-anesteziológ, posledných 13 rokov ako primár anesteziologicko-resuscitačného oddelenia. Je spoluautorom knižných publikácií a autorom viacerých prednášok na domácich, európskych a svetových kongresoch. Ako externý prednášateľ sa podieľa na postgraduálnej výchove lekárov a sestier v Inštitúte pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve. Bol predsedom Slovenskej spoločnosti anesteziológie a intenzívnej medicíny. Vedeckú hodnosť získal za práce v oblasti liečby bolesti. V Slovenskom Červenom kríži pracoval vo funkcii poradcu v oblasti poskytovania prvej pomoci. Za bezprispevkové darcovstvo krvi bol vyznamenaný Zlatou madailou *prof. J. Jánskeho.*

Novému generálnemu sekretárovi Slovenského Červeného kríža blahoželáme, vo významnej funkcii mu prajeme veľa úspechov a tešíme sa aj na dobrú spoluprácu s našim časopisom.

Redakcia

Správa o Konferencii o vzdelávaní v odbore ošetrovateľstvo s medzinárodnou účasťou

V dňoch 7. a 8. apríla 1995 sa v Martine uskutočnila Konferencia o vzdelávaní v odbore ošetrovateľstvo s medzinárodnou účasťou. Záštitu nad konferenciou prevzala ministerka školstva a vedy SR *PhDr. Slavkovská, CSc.*, minister zdravotníctva SR *MUDR. L. Javorský* a rektor Univerzity Komenského *prof. MUDr. Švec, Dr.Sc.*. Organizátormi konferencie boli Jeseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského v Martine a Stredná zdravotnícka škola M. R. Štefánika v Martine. Rokovanie konferencie svojou účasťou poctili mnohí vzácni hostia, medzi nimi *MUDr. Šedivá*, manželka veľvyslanca ČR na Slovensku.

Rokovanie konferencie otvoril minister zdravotníctva SR, ktorý vo svojom príhovore vyzdvihol aj medzinárodne uznávané úspechy Jeseniovej LF UK v oblasti vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo.

Konferencie sa zúčastnilo vyše 350 odborníkov zo Slovenska, Českej republiky, Maďarska, Rakúska, Írska, Veľkej Británie a USA, ktorí v sekcii základného a vyššieho odborného vzdelávania a v sekcii vysokoškolského vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo prezentovali vyše 80 prác. Práce sa zaoberali prítomnosťou, ale najmä budúcnosťou vzdelávania v ošetrovateľstve v celom jeho spektre. Súčasťou konferencie bola výstava zdravotníckych, farmaceutických a počítačových firiem, dostupnej svetovej literatúry i diplomové práce prvých absolventiek tohto odboru.

Ohlas domácich i zahraničných účastníkov na obsah a kvalitu prezentovaných príspevkov bol veľmi vysoký. Plné znenia príspevkov budú publikované v zborníku z konferencie.

Doc. MUDr. D. Meško, CSc.

Aktivita študentov Strednej zdravotníckej školy vo Zvolene

Správna rada Open Society Fund /Fond otvorenej spoločnosti/ v rámci programu Regional Youth Program poskytuje grant na mimoškolskú aktivitu stredných škôl. Jednou z takýchto odborných škôl sa stala i Stredná zdravotnícka škola vo Zvolene, v našom prípade I. VS trieda. Študenti I. VS triedy pod vedením triednej učiteľky *V. Fraňovej* spracovali dva projekty.

1. Diskusný klub zameraný na aktuálne problémy dospievajúcej mládeže, ako sú partnerské vzťahy, ako úspešne komunikovať, ako prijať a tolerovať hendikepovaných ľudí, na poznatky z prevencie drogovej závislosti, AIDS, negatívny vplyv fajčenia na zdravie a pod.
2. Divadelný krúžok „Úsmev", ktorý sa zameriava na program zdravého spôsobu života s cieľom zvyšovať zdravotné uvedomenie obyvateľov.

Študenti s radosťou prijali oznámenie Správnej rady Open Society Fund o schválení obidvoch projektov s poskytnutím výraznej finančnej pomoci. Prvý projekt bol ukončený v školskom r. 1994/95 a v druhom projekte sa pokračuje.

V rámci diskusného klubu prijali pozvanie študentov odborníci z praxe: lekári z rôznych odborov liečebno-preventívnej starostlivosti, psychológovia a skúsení strední zdravotnícki pracovníci, ktorí svojimi teoretickými vedomosťami a praktickými skúsenosťami prispeli k rozšíreniu vedomostného obzoru študentov. Touto cestou sa chce kolektív I. VS triedy SZŠ vo Zvolene poďakovať všetkým, ktorí prispeli k realizácii tohto zaujímavého projektu, ale najmä Správnej rade Open Society Fund, zastúpenej pani *Dr. K. Orgovánovou* a vyjadriť ubezpečenie, že v druhom započatom projekte bude naďalej pokračovať.

Do redakcie došlo:
20. júna 1995
Adresa autorky:
V. Fraňová
ul. I. Krasku č. 21, 960 61 Zvolen

Upozornenie pre výbory organizačných zložiek Slovenskej lekárskej spoločnosti

Sekretariát SLS upozorňuje výbory organizačných zložiek, že v rezorte zdravotníctva SR došlo k úprave právomocí a kompetencií, z ktorých vyplývajú záväzné normy. Smernice o systéme kontroly boli uverejnené v Zdravotníckych aktualitách MZ SR (ročník 5, číslo 4, máj 1995). V súvislosti s uverejnením Sekretariát SLS oznamuje, že vo svojej činnosti sú organizačné zložky povinné:

- Pri organizovaní podujatí uvádzať v materiáloch Slovenskú lekársku spoločnosť ako organizátora podujatia, nakoľko je právnym subjektom a zodpovedá za právnu a finančnú stránku podujatia. Organizačné zložky SLS, ktoré nie sú právnym subjektom, sa uvádzajú ako spoluorganizátori, prípadne spolu s inými spoluorganizátormi, ktorí môžu byť samostatné právne subjekty (napr. zdravotnícke zariadenia, školy, nadácie, firmy a iné).
- Pri získavaní finančných, alebo iných darov od spoluorganizátorov, alebo iných darcov, uzatvárať s darcami zmluvy, z ktorých jasne vyplýva, kto je darcom, kto je obdarovaný, aká je hodnota a druh daru, na aký účel sa poskytuje a ako s ním obdarovaný bude nakladať Darovacia zmluva nemôže byť uzatvorená bez uvedenia právne zodpovedného subjektu - Slovenskej lekárskej spoločnosti a ktorá, ako obdarovaný - spolu s príslušnou organizačnou zložkou, zodpovedá za použitie a zúčtovanie daru.
- Pri inkasovaní finančných hotovostí akéhokoľvek druhu (účastnícke poplatky, poplatky za ubytovanie, stravu, slávnostnú večeru, poplatky od firiem za vystavovanie, inzerciu, sympóziá atď.), postupovať len ako sprostredkovateľ právne zodpovedného subjektu - Slovenskej lekárskej spoločnosti, teda v súlade s dohodou, uzatvorenou medzi organizačnou zložkou a SLS. Zdôrazňujeme, že všetky finančné prostriedky, ktoré získajú organizačné zložky ako dary, sponzorské a iné príspevky vyššie uvedeným spôsobom, vedie Sekretariát SLS zásadne na účtovnom konte organizačných zložiek. Používanie týchto prostriedkov je viazané vždy na súhlas výboru organizačných zložiek, resp. ich poverených zástupcov.

Sekretariát SLS upozorňuje ďalej organizačné zložky, že Predsedníctvo SLS dňa 8.6.1995 prijalo správu o ekonomickej situácii sekretariátu, z ktorej uvádzame najčastejšie sa vyskytujúce porušovania právnych predpisov organizačnými zložkami SLS a následné finančné straty, súvisiace s ich odstraňovaním. Ide najmä o:

- nesprávny postup pri inkase poplatkov od účastníkov podujatí, firiem, sponzorov, dačrcov,
- neskoré zúčtovanie poskytnutých záloh (na drobné výdavky, cestovné),
- zasielanie dokladov na zúčtovanie bez predpísaných náležitostí (cena, druh, množstvo, čitateľná pečiatka s adresou dodávateľa, atď.),
- vstupovanie do právnych vzťahov nad rámec kompetencií organizačných zložiek SLS.

Z uvedeného vyplýva, že:zodpovednosť za spôsobené chyby a nedostatky sa prenáša na konkrétnych zástupcov organizačných zložiek, finančné výdavky spojené s odstraňovaním nedostatkov sa budú uhrádzať z vlastných finančných prostriedkov organizačných zložiek SLS,-SLS a jej organizačné zložky budú vstupovať do prípravy a realizácie len takých podujatí, kde sa neočakáva strata.

Želmíra Mácová, riaditeľka Sekretariátu SLS

Absolventi špecializačného štúdia SZP za 1. polrok 1995

PŠŠ - Ošetrovateľská starostlivosť o ženu
Arvová Alžbeta, Bratislava, Bielopotocká Mária, Topoľčany, Blahutová Darina, Levoča, Boháčová Gabriela, Banská Bystrica, Caletková Zlata, Skalica, Čermáková Dana, Banská Bystrica, Činčarová Ľubomíra, Trstená, Danková Viera, Snina, Dravecká Eva, Levoča, Eštoková Darina, Trebišov, Hlavajová Janka, Trenčín, Holáková Iveta, Košice, Hulová Mária, Topoľčany, Husárová Eva, Košice, Jakabčicová Viera, Hnúšťa, Jakubcová Zdenka, Poprad, Kajčiková Ingrid, Banská Bystrica, Kelemenová Helena, Košice, Kentošová Marcela, Vranov nad Topľou, Kiliková Mária, Revúca, Kolačkovská Monika, Martin, Kotulová Anna, Čadca, Kotulová Jozefa, Čadca, Krupcová Iveta, Martin, Kucková Iveta, Ružomberok, Lančaričová Beáta, Spišská Nová Ves, Lazová Eva, Trenčín, Lukáčová Zuzana, Bratislava, Machová Mária, Skalica, Murgašová Ľubica, Banská Bystrica, Ovčariková Agneša, Poprad, Popíková Mária, Nitra, Radičová Mária, Hnúšťa, Rišianová Elena, Martin, Stenchláková Margita, Čadca, Szalontayová Ingrid, Košice, Šimková Anna, Košice, Štefančíková Gabriela, Svidník, Štetiarová Viera, Čadca, Takácsová Emoke, Galanta, Terpáková Helena, Krompachy, Ulrichová Anna, Banská Bystrica, Urgeová Alžbeta, Bratislava, Zimová Anna, Partizánske, Žemberová Jana, Trenčín, Žofčinová Štefánia, Krompachy

ŠŠ - Ženská sestra v primárnej zdravotníckej starostlivosti
Benkovská Mária, Bratislava, Dzupková Jana, Snina, Fekecová Darina, Sučany, Hradská Helena, Rabča, Ivancová Jana, Spišská Nová Ves, Kačaniová Danka, Trenčín, Kohútová Marta, Stropkov, Kotušová Mária, Humenné, Miškovičová Marta, Námestovo, Spišiaková Helena, Levice, Srnčíková Anna, Lokca, Szilagyiová Oľga, Medzilaborce, Teseriová Andrea, Bratislava

PŠŠ - Ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v chirurgických odboroch
Baďura František, Bratislava, Baková Helena, Svidník, Bartková Jana, Kežmarok, Barbasová Beáta, Trnava, Bedočová Veronika, Bratislava, Brisantová Mária, Považská Bystrica, Brisudová Mária, Trenčín, Bucheňová Ľudmila, Zlaté Moravce, Cagalová Zuzana, Trenčín, Ducaničová Anna, Košice-Šaca, Diheneščíková Marcela, Košice, Dovičičová Mária, Trnava, Fabryová Marcela, Vyšné Hágy, Gašperáková Anna, Čadca, Hrivnáková Alena, Martin, Holáková Eva, Košice, Chrenová Soňa, Zlaté Moravce, Jankovičová Helena, Bratislava, Jansčová Irena, Čadca, Jelenčiaková Dagmar, Bratislava, Kardošová Silvia, Rožňava, Keresztéssyová Kvetoslava, Michalovce, Klučiarová Janka, Trenčín, Konečná Libuša, Bratislava, Králiková Beáta, Zlaté Moravce, Králiková Alena, Trenčín, Kutníková Helena, Poprad, Lišková Darina, Kežmarok, Martišková Jana, Považská Bystrica, Martinkovičová Margita, Galanta, Ondrisová Mária, Bratislava, Ovšonková Ľudmila, Považská Bystrica, Pelleová Vlasta, Piešťany, Petríková Jarmila, Gelnica, Prázdnovská Vlasta, Galanta, Rothová Jozefína, Čadca, Szabová Viera, Poprad, Simčáková Anna, Košice, Schwarzová Veronika, Bratislava, Sersen Denis, Trnava, Slechanová Soňa, Košice, Stanková Jana, Bratislava, Sučanská Soňa, Bratislava, Šišková Dagmar, Trnava, Šutková Adriana, Bratislava, Švecová Jana, Vyšné Hágy, Tóthová Mária, Komárno, Vajtová Dana, Košice, Vidová Alena, Rožňava, Vrbatová Viera, Bratislava, Zelizňáková Darina, Svidník, Zvíjačová Mária, Svidník, Župčanová Agáta, Košice-Šaca

PŠŠ - Intenzívna starostlivosť v chirurgii
Bobotová Ella, Trenčín, Bražinová Valéria, Liptovský Mikuláš, Cyprianová Anna, Ilava, Kunová Anna, Poprad, Lorinczová Helena, Komárno, Makovická Jana, Ružomberok, Mráziková Dáša, Čadca, Petrovčíková Anna, Michalovce, Pilarčíková Jolana, Trstená, Remšíková Jana, Ilava, Rosiarová Dana, Hnúšťa, Strižencová Mária, Ilava, Suszková Eva, Michalovce, Šimeková Eva, Liptovský Mikuláš, Tichá Mária, Ilava

PŠŠ - Fixné náhrady
Domaniková Ľudmila, Bratislava, Ondáková Anna, Martin

PŠŠ - Čeľustná ortopédia
Karpelová Anna, Martin, Nebedová Zita, Trenčín, Rakytková Eva, Banská Bystrica

PŠŠ - Liečebná telesná výchova v pediatrii
Balogová Anna, Spišská Nová Ves, Dobreová Monika, Bratislava, Halaszová Bibiana, Bratislava, Haviarová Anna, Bratislava, Horváthová Irena, Bratislava, Hricovínyiová Eva, Revúca, Kaľavská Zdena, Poprad, Kollárová Edita, Trnava, Korcová Dana, Bratislava, Krišková Andrea, Bratislava, Nezhodová Oľga, Senica, Prívarová Helena, Trenčín, Sakalíková Mária, Bardejov, Štecová Eva, Košice, Štefančíková Božena, Senica, Štefíková Mária, Mgr., Bratislava

PŠŠ - Medicínska informatika
Dzurjaninová Valéria, Vranov nad Topľou, Fričová Margita, Bratislava, Glosíková Viera, Stará Ľubovňa, Hrebeňáková Helena, Svidník, Struhárová Viera, Bratislava

PŠŠ - Zdravotná výchova obyvateľstva
Tekeľová Jana, Bratislava

PŠŠ - Centrálna sterilizácia
Birová Eva, Bratislava, Demková Valéria, Rožňava, Ebringerová Ľudmila, Bratislava, Polanská Janka, Prešov, Radvanyiová Katarína, Galanta, Valková Mária, Komárno

PŠŠ - Hygiena výživy
Bačiková Mária, Žilina, Buchová Oľga, Galanta, Hengericová Zuzana, Levice, Kovátschová Adriana, Trebišv, Lechmanová Darina, Košice, Lenartová Zita, Prešov, Mihoková Mária, Prešov, Oravcová Tatiana, Dolný Kubín, Sršňová Anna, Banská Bystrica, Valouchová Katarína, Košice

PŠŠ - Epidemiológia
Hudziková Adriana, Poprad, Huláková Andrea, Galanta, Juhošová Alžbeta, Galanta

PŠŠ - Hygiena životného prostredia
Hrnčiarová Renáta, Považská Bystrica

PŠŠ - Preventívne pracovné lekárstvo
Bielková Martina, Prievidza

PŠŠ - Ochrana zdravia pred žiarením
Červenková Blanka, Bratislava, Kastellová Daniela, Košice

PŠŠ - Hygienický dozor
Gabiková Judita, Bratislava

PŠŠ - Radiačná hygiena
Považanová Zuzana, Levice, Brinská Soňa, Košice

PŠŠ - Klinická biochémia
Anderková Silvia, Košice, Apfelová Tatiana, Banská Bystrica, Birešová Jana, Banská Bystrica, Cucvarová Iveta, Ružomberok, Dolincová Jana, Bratislava, Drbliková Mária, Bánovce nad Bebravou, Grmanová Dagmar, Topoľčany, Hollá Ingrid, Banská Bystrica, Jakubíková Monika, Martin, Kaščáková Janka, Spišská Nová Ves, Krajniková Magdaléna, Bratislava, Orgoňová Ľubica, Malacky, Pangracová Anna, Bardejov, Paniková Anna, Martin, Petríková Mária, Humenné, Rajtoková Eva, Štúrovo, Segeňová Darina, Nitra, Siarna Daniela, Spišská Nová Ves, Slížová Elena, Bratislava, Šlosárová Alena, Bánovce nad Bebravou, Šolcová Denisa, Košice, Táborecká Jana, Martin, Tkáčová Alžbeta, Humenné

PŠŠ - Laboratórne vyšetrovacie metódy v toxikológii
Cirnerová Terézia, Košice, Kaanová Miroslava, Košice, Macalák Peter, Levice

PŠŠ - Klinická biochémia
Avuková Jarmila, Snina, Csalová Renáta, Veľký Krtíš, Filková Ingrid, Michalovce, Fraštacká Oľga, Bratislava, Gašparovičová Denisa, Bratislava, Herdová Anna, Bratislava, Homolová Katarína, Banská Štiavnica, Hušeková Zuzana, Bratislava, Jágerová Viera, Poprad, Kopcová Ľudmila, Košice, Križalkovičová Gabriela, Vyšné Hágy, Krupinská Anna, Poprad, Némethová Jana, Košice, Raffayová Silvia, Bratislava, Rusnáková Silvia,

Bratislava, Rybáriková Lýdia, Bratislava, Slivková Dana, Veľký Krtíš, Tkáčová Marcela, Liptovský Hrádok

PŠŠ - Laboratórne metódy v lekárskej mikrobiológii

Banasová Monika, Trebišov, Bobocký Tomáš, Trenčín, Borlašová Alena, Rimavská Sobota, Ďateľová Tatiana, Bratislava, Danieličová Adriana, Banská Bystrica, Franeková Emília, Dolný Kubín, Gáliková Janka, Bratislava, Hudáková Jana, Košice, Mičáková Janka, Svidník, Nemčeková Zdenka, Bratislava, Niklová Edita, Brezno, Oravcová Aneta, Lučenec, Svobodová Alena, Spišská Nová Ves, Tešlárová Adriana, Banská Bystrica, Tóthová Anna, Levice, Wiedermannová Manuela, Bratislava, Zekuciová Dana, Spišská Nová Ves

PŠŠ - Laboratórne vyšetrovacie metódy v hygiene

Bakitová Nora, Bratislava, Egyudová Marta, Rimavská Sobota, Hviščová Marcela, Bardejov, Kamonová Elena, Martin, Mošková Anastázia, Michalovce, Nováková Anna, Komárno, Pastirčíková Iveta, Bardejov, Pyšná Mária, Trenčín, Škorvanová Anna, Martin, Spustová Anna, Bratislava, Vyparinová Jana, Liptovský Mikuláš

PŠŠ - Histológia

Beňová Beáta, Bratislava, Cumriková Blanka, Košice, Fašková Dana, Bratislava, Klačíková Eva, Humenné, Svobodová Eva, Galanta, Šulková Radovana, Bratislava, Trgiňová Oldřiška, Banská Bystrica, Zámečníková Andrea, Bratislava

PŠŠ - Hematológia a transfuziológia

Bothová Mária, Dunajská Streda, Čopáková Libuša, Humenné, Ďatelinková Viera, Bratislava, Foldosiová Zu[redacted]dra, Galová Elvíra, Rimavská Sobota, Hraľová Štefánia, Krupina, Hurková Erika, Košice, Ilková Janka, Revúca, Janíčková Zuzana, Bratislava, Jurkášová Mária, Košice, Kossová Iveta, Bratislava, Košiarová Danica, Banská Štiavnica, Lihanová Margita, Brezno, Margorínová Jozefína, Banská Bystrica, Mladšia Marcela, Revúca, Moščáková Jana, Partizánske, Obchodnická Monika, Bratislava, Pavlišáková Irena, Snina, Romanová Marta, Čadca, Senecká Emília, Poprad, Slaviková Anna, Dolný Kubín, Slotová Monika, Bratislava, Šimonová Zuzana, Dunajská Streda, Švirková Anna, Bardejov, Svrčková Jana, Žilina, Zábojníková Adriana, Považská Bystrica, Zacharová Daniela, Trenčín

PŠŠ - Ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v interných odboroch I

Červienková Kvetoslava, Bratislava, Cibulková Anna, Levice, Ďurníková Anna, Čadca, Farkasová Angela, Komárno, Haragová Oľga, Prievidza, Hercová Hedviga, Levice, Herinková Anna, Ružomberok, Horváthová Gyongyi, Dunajská Streda, Jašurková Milada, Čadca, Jendzelovská Daniela, Košice, Kazimírová Daniela, Trebišov, Kolesárová Emília, Svidník, Kubová Mária, Ružomberok, Liptáková Terézia, Trnava, Lučanská Lýdia, Bratislava, Malá Eva, Bratislava, Melicherová Helena, Čadca, Miníková Anna, Čadca, Modrovská Hana, Bratislava, Molcová Beata, Liptovský Mikuláš, Nagyová Edita, Galanta, Pajdičová Anna, Snina, Rusnáková Mária, Trebišov, Sichtová Anna, Zvolen, Sidlíková Alojzia, Čadca, Slizová Mária, Čadca, Spustová Daniela, Bratislava, Stašeková Tatiana, Štiavnička, Szalayová Iveta, Trebišov, Tothová Estera, Komárno, Tothová Petronela, Rožňava, Valušková Slávka, Bardejov, Vlčková Alena, Levice

PŠŠ - Ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v interných odboroch II

Čunčíková Edita, Piešťany, Gemzová Mária, Vyšné Hágy, Hajdinová Jana, Smrdáky, Hricíková Mária, Bardejov, Hudecová Mária, Sliač, Chladoňová Viera, Kvetnica, Jamrišková Magdaléna, Ružomberok, Jančiarová Helena, Zvolen, Kanová Jarmila, Prievidza, Kormaníková Ľubomíra, Stará Ľubovňa, Kováčová Helena, Štúrovo, Kráľová Miloslava, Kováčová, Kucharíková Gabriela, Piešťany, Lakatošová Edita, Komárno, Líšková Alena, Bratislava, Manasová Sylvia, Piešťany, Petríková Katarína, Kráľovský Chlmec, Šalková Mária, Bratislava, Šimonová Ida, Kráľovský Chlmec, Júlia Sisková, Nová Polianka, Sninčáková Ľudmila, Humenné, Straňánková Veronika, Bratislava, Zoščáková Anna, Svidník, Zvarová Viera, Kováčová

PŠŠ - Intenzívna starostlivosť v interných odboroch

Bartalošová Ružena, Dunajská Streda, Bodnárová Mária, Kráľovský Chlmec, Cagalová Monika, Trenčín, Czetoová Margita, Kráľovský Chlmec, Dziaková Terézia, Stará Ľubovňa, Glovová Anna, Krompachy, Gracová Martina, Brezno, Imbergerová Zuzana, Bratislava, Jankovičová Marta, Martin, Kapaková Hedviga, Košice, Kocianová Jana, Trnava, Kollárová Helena, Vranov nad Topľou, Orešanská Zuzana, Bratislava, Pappová Eva, Galanta, Seraová Alžbeta, Kráľovský Chlmec, Sinanská Monika, Košice, Toroniová Bernarda, Trebišov, Uličníková Daniela, Poprad, Urdová Marta, Banská Bystrica, Zálšák Ján, Skalica

PŠŠ - Rádiodiagnostika

Angelovičová Ida, Kežmarok, Balcár Rastislav, Brezno, Bobotová Mária, Dubnica nad Váhom, Dobrocková Alžbeta, Bratislava, Hanzelová Tatiana, Martin, Jakubová Anna, Michalovce, Kapeľová Klára, Košice, Kohár Jozef, Dolný Kubín, Kolesárová Iveta, Trebišov, Koukolová Helena, Košice, Kubicseková Irena, Galanta, Lehončák Ján, Vranov nad Topľou, Melichovská Magdaléna, Košice, Otrubová Tatiana, artin, Pivalincová Alžbeta, Nitra, Prokopová Mária, Košice, Rajniaková Mária, Kežmarok, Šarkanová Daniela, Martin, Sedrovič Miroslav, Košice, Slamková Mária, Nitra, Šmondrk Anton, Nová Baňa, Udai Július, Bratislava, Urbanec Vladimír, Prievidza, Vaško Ladislav, Košice, Voskárová Jaroslava, Michalovce, Vrbová Alena, Nitra, Bartošová Vlasta, Bratislava, Adamíková Dana, Bratislava, Bombaľová Ľubica, Trenčín, Crkoňová Eva, Považská Bystrica, Dudáková Viera, Považská Bystrica, Gerlachová Klára, Košice, Ivan Branislav, Ružomberok, Kanková Irena, Galanta, Kapasný František, Levoča, Kellnerová Daniela, Trnava, Kočišková Monika, Vranov nad Topľou, Konečná Marta, Trenčín, Kostková Kornélia, Bratislava, Kuciaková Lucia, Bratislava, Lacová Dana, Dolný Kubín, Líška Jaroslav, Košice, Murányiová Zlatica, Bratislava, Nováková Erika, Trnava, Pazdurová Alžbeta, Hnúšťa, Pribulová Lívia, Pezinok, Rosina František, Poprad, Šalamonová Anna, Trebišov, Šarková Anna, Snina, Siládiová Eva, Brezno, Šimigová Mária, Nový Smokovec

PŠŠ - Nukleárna medicína

Beličáková Dagmar, Poprad, Frischová Darina, Košice, Haková Jolana, Michalovce, Jurčová Emília, Prešov, Matušovičová Milica, Michalovce, Mihoková Mária, Košice, Mravíková Iveta, Bratislava, Prokopová Erika, Košice, Spratek Rastislav, Bratislava, Tóthová Alžbeta, Košice

PŠŠ - Rádioterapia

Guštafíková Zuzana, Bratislava

PŠŠ - Lekárenstvo

Antalová Mária, Trenčín, Boriová Jaroslava, Piešťany, Harenčáková Sylvia, Bratislava, Homolová Irena, Nitra, Horňáková Slávka, Trenčín, Hovancová Ľudmila, Spišská Nová Ves, Jančová Juliana, Šaľa, Masárová Mária, Nové Mesto nad Váhom, Mojžišová Eva, Zvolen, Olejníčková Jana, Bardejov, Sabolová Anna, Michalovce, Sabotová Beata, Trenčín, Sabová Eva, Bratislava, Slovjaková, Trebišov, Szabová Agáta, Galanta, Tomková Mária, Michalovce, Vajlová Monika, Skalica, Vartovníková Stela, Bratislava, Zacharová Erika, Bratislava

PŠŠ - Ošetrovateľská starostlivosť o novorodencov na JIS

Bazárová Jana, Košice, Briatková Alena, Piešťany, Dedinská Viera, Trstená, Dorniaková Ľubica, Liptovský Mikuláš, Gašková Gabriela, Košice, Gašperová Nora, Banská Bystrica, Gotthardtová Monika, Košice, Greškovitsová Dana, Košice, Jariabková Ingrid, Martin, Knechtová Janka, Hnúšťa, Kormancová Marta, Trenčín, Kovácsová Mária, Bratislava, Krásna Lenka, Považská Bystrica, Leváková Mária, Dolný Kubín, Lukáčová Daniela, Bratislava, Lysičanová Elena, Hnúšťa, Magurová Anna, Vranov nad Topľou, Malatincová Elena, Zvolen, Praščáková Eva, Trebišov, Purdová Anna, Košice, Spišáková Mária, Dolný Kubín, Šuroová Štefánia, Spišská Nová Ves, Vajdová Irena, Bratislava, Vostřelová Jana, Trnava, Zajdenová Dáša, Skalica

PŠŠ - Výchovná starostlivosť o deti

Krausová Zuzana, Bratislava, Šimková Ružena, Šaľa

PŠŠ - Ošetrovateľská starostlivosť o deti I

Belešová Zuzana, Bratislava, Firdová Ľudmila, Humenné, Hambálková Blahomíra, Bratislava, Hutyrová Edita, Trebišov, Kalináčová Alžbeta, Košice, Katunská Jana, Košice, Kottrová Helena, Štúrovo, Krnáčová Mária, Trstená, Kruľová Katarína, Svidník, Michalovičová Lýdia, Senica, Mikulová Mária, Ilava, Mináriková Emília, Trenčín, Mizikárová Mária, Krompachy, Mucsková Marta, Bratislava, Nittnausová Adriana, Bratislava, Očenášová Oľga, Šamorín, Papuláková Dana, Bratislava, Pavlendová Margita, Krupina, Rybová Helena, Považská Bystrica, Savarová Mária, Bratislava,

Skurčáková Monika, Bratislava, Suváková Oľga, Bratislava, Švecová Gabriela, Bratislava, Takácsová Eva, Bratislava, Vakunová Dana, Bratislava, Vanovcová Jarmila, Čadca, Vezdurová Zina, Brezno, Zakopčanová Aneta, Bratislava, Zuščáková Katarína, Snina

PŠŠ - Anesteziológia a resuscitácia

Belázová Bibiana, Košice, Blanárová Viera, Košice, Danková Lýdia, Revúca, Dolejšová Helena, Prešov, Domaradská Iveta, Trebišov, Dunčáková Marta, Levoča, Dzureňová Eva, Prešov, Džubinská Daniela, Prešov, Fedorová Iveta, Košice, Galgoczyová Gabriela, Trebišov, Oroszová Dana, Michalovce, Choková Ľudmila, Košice, Kaššay Kamil, Prešov, Kobanová Monika, Michalovce, Kozáková Viera, Stará Ľubovňa, Kucerová Jana, Humenné, Murcková Erika, Stará Ľubovňa, Nováková Irena, Košice, Onderíková Emília, Vranov nad Topľou, Príhodová Beata, Prešov, Reznická Mária, Kežmarok, Stejskalová Bibiana, Prešov, Šurcová Katarína, Levoča, Vajanská Tatiana, Snina, Vasilková Diana, Košice, Antalová Daniela, Spišská Nová Ves, Balážová Alena, Žilina, Bariaková Leona, Zvolen, Červeňová Marta, Martin, Dolníková Melánia, Považská Bystrica, Fiačanová Dáša, Liptovský Mikuláš, Gereková Zlatica, Námestovo, Kubalová Anna, Ilava, Mahitová Eva, Dolný Kubín, Majdanová Zuzana, Považská Bystrica, Martincová Veronika, Čadca, Moresová Jarmila, Liptovský Mikuláš, Mutňanská Darina, Ilava, Oceľová Anna, Brezno, Pakošová Mária, Trstená, Paulová Helena, Nová Baňa, Pilná Mária, Banská Bystrica, Polák Ľuboš, Ilava, Valentová Dana, Martin, Zimaniová Dáša, Liptovský Mikuláš, Čavojská Emília, Zvolen

PŠŠ - Kardiologické vyšetrovacie metódy

Bujdošová Mária, Stropkov, Chynoradská Jarmila, Bratislava, Danková Melánia, Snina, Kačurová Oľga, Medzilaborce, Kalivodová Marta, Bratislava, Krížová Zuzana, Banská Bystrica, Lorincová Jaroslava, Prešov, Meressová Miroslava, Banská Bystrica, Petrovičová Viera, Zlaté Moravce, Pigová Gabriela, Košice, Rusnáková Anna, Púchov, Vargová Ružena, Bratislava, Zelenayová Jana, Bratislava

PŠŠ - Ošetrovateľská starostlivosť o deti II

Badušková Anna, Bratislava, Barátová Alžbeta, Košice, Barátová Ľuboslava, Staré Mesto Bratislava, Bocáková Alica, Košice, Bondorová Zuzana, Bratislava, Brachnová Anna, Zvolen, Brodňanská Mária, Krupina, Cvachová Erika, Trenčín, Čarnogurská Marta, Košice, Čonková Katarína, Košice, Dugovičová Anna, Bratislava, Filipčíková Jana, Zlaté Moravce, Hodáňová Helena, Košice, Horniaková Katarína, Bratislava, Hrehorová Renáta, Staré Mesto Bratislava, Chalachanová Dáša, Košice, Klučková Ľudmila, Bratislava, Klučková Mária, Topoľčany, Kováčová Darina, Staré Mesto Bratislava, Lacová Darina, Nitra, Ligasová Sidónia, Bratislava, Malichová Milada, Senica, Marková Mária, Bratislava-Petržalka, Michlíková Ingrid, Staré Mesto Bratislava, Moravčíková Dana, Piešťany, Nagyová Beáta, Bratislava, Nosková Zdena, Bratislava, Popelková Mária, Šaľa, Stará Jana, Nitra, Szakálová Margita, Dunajská Streda, Taligová Otília, Zlaté Moravce, Tlučáková Marcela, Košice, Tóthová Iveta, Košice, Valentová Mária, Bratislava, Velkovičová Janka, Zlaté Moravce, Valovičová Mária, Bratislava, Véghová Mária, Bratislava, Zaťková Helena, Dolný Kubín

PŠŠ - Liečebná telesná výchova v pediatrii

Balogová Anna, Spišská Nová Ves, Dobreová Monika, Bratislava, Halászová Bibiana, Bratislava, Haviarová Anna, Bratislava, Horváthová Irena, Bratislava, Hricovínyová Eva, Revúca, Káľavská Zdenka, Poprad, Kollárová Edita, Trnava, Korcová Dana, Bratislava-Petržalka, Krišková Andrea, Bratislava, Nezhodová Oľga, Senica, Petrisková Eva, Bojnice, Prívarová Helena, Trenčín, Sakalíková Mária, Bardejov, Štecová Eva, Košice, Štefančíková Božena, Senica, Štefíková Mária, Mgr., Bratislava

PŠŠ - Intenzívna starostlivosť v chirurgických odboroch

Bartíková Mária, Stará Ľubovňa, Cicáková Renáta, Trnava, Dobríková Anna, Banská Bystrica, Gazdačková Marta, Košice, Hromadová Ľubica, Piešťany, Ivargová Iveta, Zvolen, Jandíková Ingrid, Banská Bystrica, Királyová Katarína, Hnúšta, Kmotríková Lýdia, Čadca, Kohútová Jana, Banská Bystrica, Kontríková Anna, Čadca, Kováčová Darina, Trstená, Markovičová Zuzana, Ružomberok, Moskálová Anna, Michalovce, Nemešpetrová Katarína, Košice, Nôtová Dana, Banská Bystrica, Parobeková Danica, Banská Bystrica, Pašková Eva, Topoľčany, Szenteková Margita, Čadca, Škultétyová Valéria, Trnava, Važanová Iveta, Bratislava, Vrábová Anna, Trstená

Špecializačné štúdium v primárnej zdravotníckej starostlivosti

Barinková Daniela, Dubnica nad Váhom, Boteková Oľga, Trnava, Dányiová Darina, Bratislava, Drotárová Mária, Košice, Fenčáková Viera, Vranov nad Topľou, Ferancová Jana, Košice, Ferančíková Mária, Dolný Kubín, Galošová Zlata, Rožňava, Glodová Mária, Vranov nad Topľou, Gravecová Anna, Kráľovský Chlmec, Hanulová Zlata, Bratislava, Hriňová Margita, Bratislava, Jelínková Beata, Ilava, Komíková Lýdia, Púchov, Krajčovičová Marta, Bratislava, Kubišová Eva, Bánovce nad Bebravou, Kurincová Danka, Bratislava, Kuťková Viera, Humenné, Letková Alžbeta, Trenčianske Teplice, Maličká Jana, Michalovce, Meszarosová Eva, Nitra, Nováková Margita, Snina, Ogurčáková Oľga, Košice, Oláhová Ružena, Michalovce, Orlíčková Renáta, Nitra, Pechová Mária, Dubnica nad Váhom, Radová Rozália, Humenné, Romžová Mária, Snina, Ružičková Mária, Nitra, Savčáková Ľuba, Medzilaborce, Svetlíková Valéria, Nitra, Szerdahelyiová Zuzana, Kráľovský Chlmec, Szucsová Viola, Komárno, Špoňárová Beáta, Púchov, Tomášková Katarína, Michalovce, Tóthová Gabriela, Nitra, Vasarábová Ľudmila, Nitra, Vetríková Marta, Bánovce nad Bebravou, Žiačiková Jozefína, Púchov

Špecializačné štúdium pre sestry v klinickej imunológii a alergológii

Drábiková Valéria, Bratislava, Ďurkáčová Ľubomíra, Prešov, Falbová Zuzana, Bratislava-Podunajské Biskupice, Galbavá Anna, Senica, Homzová Gabriela, Trebišov, Hriadeľová Marcela, Nové Mesto nad Váhom, Jelšíková Anna, Bratislava, Kolačkovská Mária, Spišská Nová Ves, Kvasničková Gabriela, Nová Baňa, Lisyová Marcela, Medzilaborce, Mročková Daniela, Košice, Paulinská Jana, Prešov, Petrilláková Soňa, Nové Mesto nad Váhom, Pinková Helena, Humenné, Rinkovská Paulína, Stará Ľubovňa, Siranová Marta, Trenčín, Stromková Margita, Senica, Szalayová Czilla, Bratislava-Podunajské Biskupice, Vallová Viera, Michalovce

Špecializačné štúdium na prácu v kalmetizácii

Antlová Oľga, Košice, Bognárová Marta, Dunajská Streda, Csvaková Oľga, Šahy, Darážaová Oľga, Staré Mesto Bratislava, Ďurišková Daniela, Topoľčany, Fasáriková Miriam, Brezno, Flašíková Anna, Púchov, Francúzová Eva, Nitra-Zobor, Gašparovičová Mária, Galanta, Guziová Magdaléna, Humenné, Kazmaková Oľga, Nová Zámky, Kicková Mária, Sobrance, Komínková Hana, Sereď, Kubištová Zuzana, Staré Mesto Bratislava, Mancová Mária, Nové Zámky, Martinkovičová Andrea, Bratislava-Podunajské Biskupice, Paleová Eva, Rožňava, Panušková Terézia, Poprad, Slaninková Janka, Prešov, Sláviková Ľudmila, Bratislava-Podunajské Biskupice, Sookyová Edita, Veľký Meder, Štefániková Ružena, Sabinov, Tomčalová Iveta, Senec

Špecializačné štúdium v ultrazvukovom skríningu v pôrodníctve

Ihradská Daniela, Zvolen, Maličká Valéria, Poprad, Smolková Anna, Stará Ľubovňa, Šoltýsová Janka, Košice

Kvalifikačný kurz v manažmente v zdravotníctve pre vedúcich SZP

Bartoníková Alena, Pezinok, Cajchanová Mária, Rimavská Sobota, Černáková Angela, Poprad, Dobišová Irena, Šaľa, Doktoríková Jarmila, Pezinok, Franková Magda, Spišská Nová Ves, Gazíková Viera, Kežmarok, Halanová Anna, Pezinok, Hanus Ladislav, Bratislava, Hlavoníková Janka, Bratislava, Chmelová Silvia, Pezinok, Jakubáč Ferdinand, Nové Zámky, Kavuličová Helena, Vranov nad Topľou, Knoteková Veronika, Pezinok, Kočišková Anna, Bratislava, Krátka Blažena, Bratislava, Kukučková Mária, Považská Bystrica, Lehocká Mária, Trenčín, Lintnerová Anna, Bratislava, Liptáková Veronika, Trenčín, Lukáčová Mária, Košice, Majcherová Oľga, Bratislava, Mellenová Veronika, Nové Zámky, Mihočková Anna, Bratislava, Nehnevaj Jozef, Nová Baňa, Mgr. Ostráková Mária, Žilina, Pauerová Eva, Trnava, Petreková Mária, Spišská Nová Ves, Pružinec Dalibor, Bratislava, Rišková Jaroslava, Bratislava, Sabolčíková Mária, Sečovce, Sedláková Oľga, Pezinok, Slechan Igor, Košice, Šimig Peter, Starý Smokovec, Mgr. Šimová Jana, Žilina, Tomačeková Edita, Bratislava, Zlivarová Darina, Spišská Nová Ves, Žovincová Darina, Trenčín

Vysvetlenie skratiek:
PŠŠ - pomaturitné špecializačné štúdium
ŠŠ - špecializačné štúdium

Interdisciplinárna konferencia s medzinárodnou účasťou
Človek medzi životom a smrťou

Dekan Jeseniovej fakulty Univerzity Komenského v Martine, Riešiteľský kolektív výskumnej úlohy č. 1/695/93, Ústav ošetrovateľstva Jeseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine, I. Interná klinika Martinskej fakultnej nemocnice a Slovenská spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti pri Slovenskej lekárskej spoločnosti usporiadajú v Martine v dňoch 7. až 9. decembra interdisciplinárnu konferenciu s medzinárodnou účasťou.

Človek medzi životom a smrťou

Predpokladané okruhy problémov:

Medicínske a ošetrovateľské aspekty starostlivosti o nevyliečiteľne chorého a zomierajúceho pacienta, paliatívna starostlivosť. Etické, psychologické a právne aspekty problematiky nevyliečiteľne chorého a zomierajúceho pacienta a človeka vôbec.

Otázky utrpenia, zomierania a smrti vo filozofii. Náboženský a teologický pohľad na posledné veci človeka. Problémy pastorálnej medicíny.

Problematika nevyliečiteľne chorého človeka a obraz smrti a zomierania v literatúre a umení, vo folklóre a ľudovej tradícii. Smrť a zomieranie ako predmet demografie a sociológie.

Predbežnú prihlášku je potrebné poslať najneskoršie do 30. septembra 1995 na adresu: Ústav ošetrovateľstva Jeseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine, Sklabinská ul. č. 26, 037 53 Martin. Bližšie informácie na telefónnom čísle 0842/381 67 u pani *J. Kováčovej, PhDr. M. Nemčekovej, CSc, Mgr. K. Žiakovej.*

Prvá hlavná odborníčka pre ošetrovateľstvo Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

Dňom 1. mája 1995 bola vymenovaná za hlavnú odborníčku pre ošetrovateľstvo Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pani **Mária Magdaléna Kurillová**, rod. Šikulová, vedúca sestra Národného onkologického ústavu na Klenovej ulici č. 1. v Bratislave. V zodpovednej a významnej funkcii jej želá redakcia nášho časopisu veľa úspechov.

Prvé absolventky magisterského štúdia odboru ošetrovateľstvo, ktoré promovali 30.6.1995 na Jeseniovej Lekárskej fakulte UK v Martine

1. Ballová Martina
Imeľská 4, 947 01 Hurbanovo
2. Baníková Slavomíra (Kollarčíková)
Mierová D 33/11, 066 01 Humenné
3. Brodňanová Silvia
Kamence 1171/102, 024 01 Kysucké Nové Mesto
4. Brziaková Adriana
Komenského 20, 031 01 Liptovský Mikuláš
5. Chorvátová Anna
038 41 Turčiansky Peter č. 34
6. Dobiašová Monika
J. A. Komenského 17, 048 01 Rožňava
7. Džuponová Marcela
Třebíčska 11, 066 01 Humenné
8. Hullová Martina
038 23 Dubové č. 116
9. Kupkovičová Darina
Koniareková 2, 917 00 Trnava
10. Macková Beáta
Fr. Hečku 24, 052 01 Spišská Nová Ves
11. Purgatová Viera (Ondreková)
Lúčky 31, 908 51 Holíč
12. Stromková Martina
Agátova 485/10, 031 01 Liptovský Mikuláš
13. Súkeníková Žaneta,
956 53 Slatina nad Bebravou č. 109
14. Tudíková Ľubomíra (Gašková)
Klokočov č. 1027, 023 22 Čadca