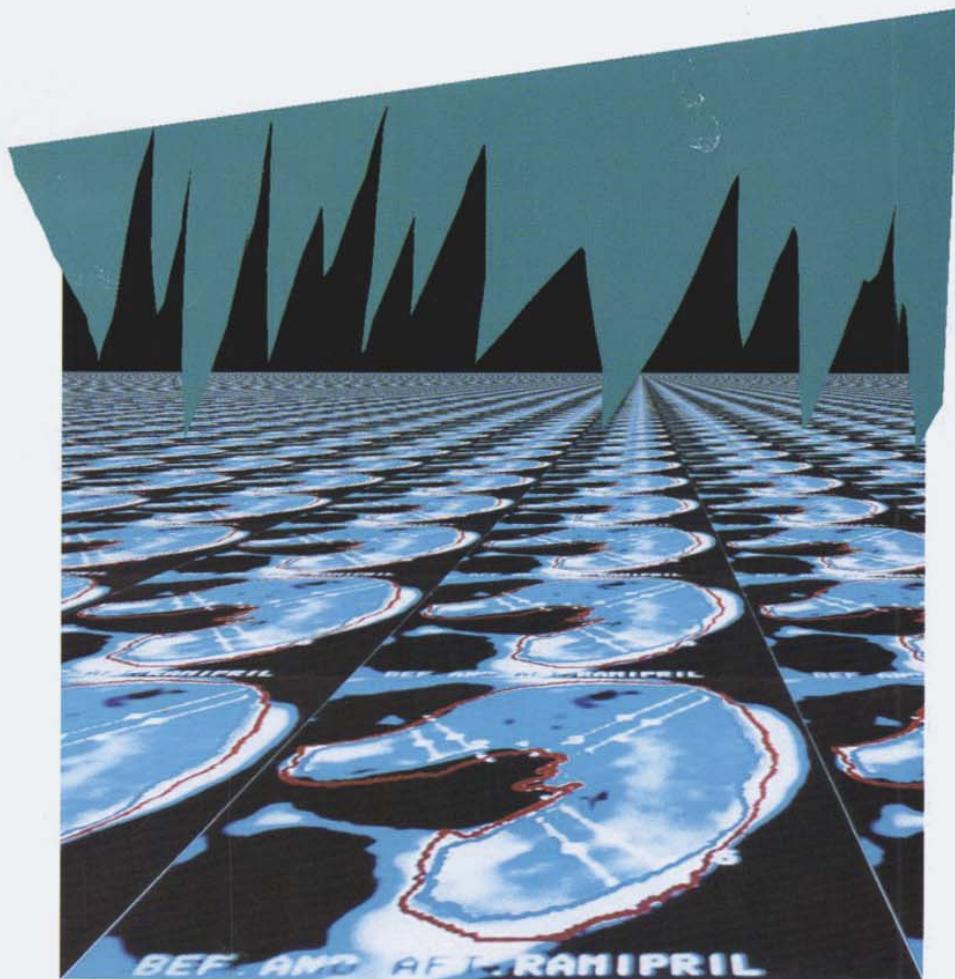


REVUE OŠETROVATEĽSTVA a LABORATÓRNYCH METODÍK



ROČNÍK II. CENA 25 SK

2/96



SLS

SLOVENSKÁ LEKÁRSKA SPOLOČNOSŤ

ODBORNÝ ČASOPIS SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ SPOLOČNOSTI

obsah

- | | | | |
|-----------|---|-----------|--|
| 44 | Etické zásady v chirurgii (J. Černý) | 58 | Materstvo - proces premeny a podporná úloha sestry (M. Ballová) |
| 45 | Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (I. Papp) | 60 | Histologické vyšetrovacie metódy aplikované pri pečeňovej biopsii (O. Rantová, I. Hnáthová, L. Lauko, T. Hojová) |
| 46 | Možnosti využitia počítačovej techniky v zlepšení ošetrovateľstva a manažmentu oddelení (P. Gavorník, K. Dachová, D. Hlaváčová) | 61 | Larválna toxokaróza - diagnostická novinka v parazitologickom laboratóriu (O. Kútiková, R. Kissová, T. Baniat) |
| 49 | Sesterská dokumentácia a vyučovanie ošetrovateľského procesu v študijnom odbore všeobecná sestra a diplomovaná všeobecná sestra (Z. Rimarčíková) | 63 | Životné prostredie a kvalita potravín (Bányiová, Červeňanská, Ďurišová) |
| 51 | Ludské potreby ako ošetrovateľský problém (M. Paseková) | 66 | Nové trendy výroby mlieka v okrese Prešov (M. Mihoková) |
| 54 | Empátia a ošetrovateľský proces u pacienta po operácii srdca (V. Trebichavská) | 69 | Príprava vzoriek zo zložiek životného prostredia na zisťovanie fažkých kovov mineralizáciou (Z. Merschitzová) |
| 55 | Komplexná ošetrovateľská starostlosť na jednotke intenzívnej starostlivosti interného oddelenia (R. Kohn, Z. Matovská, A. Petrovičová, S. Morvayová, Z. Chvalová, M. Palčová, A. Szabová, S. Dvořáková) | 70 | Náš rozhovor |
| 56 | Sexualita z pohľadu ošetrovateľstva (M. Ballová, M. Stromková) | 71 | Správy zo Slovenskej lekárskej spoločnosti |
| 57 | Výchova k manželstvu a rodičovstvu ako súčasť rodinnej výchovy (M. Stromková) | 72 | Správy z inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve |
| | | 74 | Školské okienko |

Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík

Odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti - 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: MUDr. Radko Menkyna

Jazykový redaktor: PhDr. Magdaléna Jentnerová

Tajomníčka redakcie: Olga Duržová

Redakčná rada: prof. MUDr. Eva Brixová, DrSc., PhDr. Irma Bujdáková, prof. MUDr. Gustáv Čierny, DrSc. (predseda), Mgr. Anna Čunderlíková, Doc. PhDr. Dana Farkašová, CSc., Mgr. Anna Herianová, doc. MUDr. Mária Kováčová, Jozefína Sepéšiová, Mgr. K. Žlaková

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

Rozšíruje: Slovenská lekárska spoločnosť. Vychádza 4 razy do roka. Cena jedného čísla Sk 25,- (pre členov Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov zadarmo).

Imprimovanie rukopisov 20. mája 1996 Číslo výšlo: júl 1996, Reg. číslo: 1206/95

Vydavateľ neručí za kvalitu výrobkov a služieb ponúkaných v inzerči jednotlivými firmami.

Podávanie novinových zásielok povolené Rp v Ba č.j. 687/95 - zo dňa 14.2.1995

Všetky práva vyhradené, copyright designland s.r.o. marec 1996.

Tlač: Gerhofer

Etické zásady v chirurgii

Úroveň zdravotníckej práce spočíva na troch základných pilieroch: na vysokej odbornosti, rešpektovaní právnych predpisov a noriem a na rešpektovaní princípov medicínskej etiky.

Chirurgia má osobitné postavenie medzi medicínskymi disciplínami, determinované tým, že v centre jej činnosti je *operácia*, ktorá už sama znamená určité iatropatogénne poškodenie organizmu. Táto skutočnosť vyžaduje vysoké nároky na etickú úroveň nielen chirurgov, ale aj sestier. Prílišná ctižiadlosť, nekritické preceňovanie vlastných schopností, túžba po sláve a odmene, túžba po prevýšení ostatných spolupracovníkov je v chirurgickej práci nebezpečná a môže viesť ku katastrofálnym následkom pre pacienta (neprimerané heroické operácie s neúnosným rizikom, neprimerané zásahy sestry do ošetrovania chirurgických pacientov, motivované túžbou po "sláve"). Rovnako nebezpečný môže byť nekriticky skeptický postoj pri liečení chirurgického pacienta (vyhlásenie operabilného pacienta za inoperabilného, motivované pohodlnosťou alebo strachom chirurga, voľba paliatívneho výkonu, napr. kolostomie aj v prípade možnosti radikálneho, kuratívneho výkonu, podcenenie sesterských výkonov, napr. prevázov u tzv. infaustrálnych pacientov a pod.).

Úroveň chirurgickej práce nesmie ovplyvniť ani únava, ani zdravotná indispozícia, ani osobné starosti a problémy. Niekoľko sa to ľahšie povie, ako uskutoční - ale vždy musí zdravotnícky pracovník rešpektovať a dodržiavať *principy medicínskej etiky*, ktoré sformuloval už antický lekár a filozof Hippokrates (460 - 370 pred našim letopočtom) a ktoré sú obshoam aj "lekárskej prísahy" absolventov medicíny pri promocii: Najväčším príkazom je zdravie chorého ("Salus aegroti suprema lex") a základnou požiadavkou liečby je neškodiť pacientovi ("nil nocere").

Problematickejšie sú ďalšie dva etické princípy v medicíne: **princíp autonómie pacienta** (sebaurčenia), dovoľujúci mu rozhodnúť sa o navrhovanej liečbe, vrátane operácie, pravda, po náležitom poučení zo strany lekára. Tento princíp je zakotvený aj v paragrade 231 nášho trestného zákona o obmedzovaní osobnej slobody. V príkrom protiklade je **princíp paternalizmu lekára**, ktorý mu umožňuje rozhodnúť o liečbe aj bez súhlasu pacienta, pravda, v intencích vyššie uvedenej hippokratoskej etiky. Tento etický princíp sa často uplatňuje v urgentnej chirurgii, traumatólogii, ale aj počas plánovanej operácie, ak nastane nepredvídaná komplikácia, ktorá sa musí riešiť bez súhlasu pacienta, ktorý je v narkóze. Je v súlade s paragrafom 207 nášho Trestného zákona, vyjadrujúcim povinnosť záchrany života v prípade jeho ohrozenia, a to aj bez súhlasu postihnutého. Ako príklad sa môže uviesť odmietnutie transfúzie krvi potrebné k operácii príslušníkom náboženskej sekty Svedkov Jehovových. Toto odmietnutie sa musí rešpektovať (princíp autonómie pacienta). V USA pred nedávnom uskutočnili aj operáciu srdca v mimotelovom obehu bez použitia krvi, len s náhradnými roztokmi. Avšak ak pri operácii vznikne život ohrozujúce akútnu krvácanie, je zákonnou povinnosťou podať transfúziu krvi v záujme záchrany života, v zmysle vyššie citovaného paragrafu č. 207 nášho Trestného zákona. Komplikovanejšia, na štastie ale zriedkavá, je situácia, keď matka odmietne operáciu priškrtenej prieťre v svojho malého dieťaťa, napriek upozorneniu, že sa dopúšťa trestného činu.

Súhlas či nesúhlas pacienta s navrhovanou liečbou závisí vo veľkej mieri od jeho **dôvery k zdravotníckemu zariadeniu, lekárom a tiež sestrám**, a najmä od spôsobu objasnenia jeho zdravotného stavu lekárom alebo sestrou. Takéto objasnenie zdravotnej situácie pacienta vyžaduje citlivý psychologický prístup, daný schopnosťou empátie, t.j. vžitia sa do psychického stavu pacienta a tiež schopnosťou získať si jeho dôveru.

Všetky odborné aj etické problémy a úskalia sa podielajú na formovaní osobnosti chirurga a sestry na chirurgickom oddelení. Ich profesionálny

život sa odvíja v podobe sínusoidnej krvinky, oscilujúcej medzi dvoma krajnými psychickými stavmi: pozitívnym pocitom vŕťazstva a sebauspojenia, až megalománie pri úspechoch chirurgickej práce a na druhej strane hibokou depresiou, sklamáním a aj výštkami svedomia pri neúspechoch. Majákom v často zložitom bludisku problémov chirurgickej práce musí vždy byť Hippokratovo krédo: základnou požiadavkou je zdravie pacienta a našou liečebnou aktivitou mu nikdy nesmieme uškodit.

Do redakcie došlo:
24. apríla 1996

Adresa autora:
Prof.MUDr. J. Černý, DrSc.
Mudroňova ul. č. 5
911 01 Bratislava

Nová hlavná odbornička pre ošetrovateľstvo Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

Minister zdravotníctva MUDr. Lubomír Javorský vymenoval dňa 1. marca 1996 za hlavnú odborničku pre ošetrovateľstvo Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky Mgr. Annu Heriannovú, odbornú asistentku Katedry ošetrovateľstva Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v Bratislave, ktorá je i členkou redakčnej rady nášho časopisu. V zodpovednej a významnej funkcií jej želá redakčný kolektív veľa úspechov.

Nový časopis o rodinnom ošetrovateľstve

Od roku 1994 vychádza vo Veľkej Británii vo vydavateľstve Sage nový časopis zaobrájajúci sa rodinným ošetrovateľstvom
Journal of Family Nursing

Časopis publikuje najmä informácie o rodinnom ošetrovateľstve, a to o pokrokoch v jeho výchove, praxi, výskume, teórii, o zdravotnej politike a rodine a o ďalších tématách. Predsedkyňou redakčnej rady je paní Janice M. Bell z fakulty ošetrovateľstva v Calgary, na ktorej adresu možno posielat príspevky na uverejnenie:

Dr. Janice M. Bell
Family Nursing Unit, Faculty of Nursing
University of Calgary
2500 University Drive, NW
Calgary, Alberta
Canada T2N 1N4

Časopis vychádza štvrtročne vo februári, máji, auguste a novembri v spolupráci s Fakultou ošetrovateľstva v Calgary v Kanade. V súčasnosti je zľavnené predplatné na dva roky.

Časopis možno objednať na adrese:

Sage Publications Ltd
6 Bonhill Street, London EC2A 4 PU, United Kingdom
(red.)

Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Súhrn: Súčasťou odštátrňovania zdravotníctva je aj zriaďovanie agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS). Ich úlohou je poskytovať komplexnú odbornú ošetrovateľskú starostlosť klientom (pacientom), rodinám a skupinám v prirodzenom sociálnom prostredí. Sú súčasťou primárnej zdravotníckej starostlivosti a patria do siete zdravotníckych zariadení. Autor podrobne rozoberá ciele týchto agentúr, pričom zdôrazňuje, že sú určené pre všetky vekové skupiny. Detailne sa zaoberá hlavnou náplňou ich činnosti v oblasti opatrovateľsko-zdravotníckej a opatrovateľsko-sociálnej, vedením dokumentácie, stykom s poisťovňou a zaobstarávaním zdravotníckych pomôcok. Ďalej sa zaoberá organizačnou štruktúrou a prevádzkou ADOS, ako aj jej spoluprácou s lekárom, revíznuou sestrou poisťovne, financovaním a uzaváraním dohôd so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou.

Kľúčové slová: agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Odštátrňovanie vo sfére zdravotníctva Slovenskej republiky intenzívne prebieha a neodmysliteľnou súčasťou tohto procesu je aj zriaďovanie agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS). Ide o samostatné funkčné jednotky, zmožňujúce ošetrovateľský monitoring, určenie ošetrovateľskej diagnózy a na jej základe umožňujúce poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v prevencii, terapii, rehabilitácii, poradenstve, zdravotno-sociálnej a výchovnej oblasti. Budú teda poskytovať **komplexnú odbornú ošetrovateľskú starostlosť** o klienta (pacienta), rodiny, skupiny v prirodzenom sociálnom prostredí.

Podľa Vestskej Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len MZ SR), čiastky 12-13 zo dňa 30. augusta 1995 je ADOS súčasťou primárnej zdravotnej starostlivosti a patrí do siete zdravotníckych zariadení. Ďalšími cieľmi tejto agentúry je zabezpečenie *dostupnosti ošetrovateľskej starostlivosti* pre každého, úspora postelí v nemocničiach a liečebniach pre dlhodobu chorých, humanizácia starostlivosti o chorých, výchova populácie k zodpovednosti za svoje zdravie. Zdravotná starostlosť poskytovaná v rámci ADOS obsahuje jednak *odbornú ošetrovateľskú starostlosť* a jednak *lekársku starostlosť*. Táto starostlosť je určená pre všetky vekové skupiny s potrebou dollečenia po skončení ústavnej hospitalizácie, u terminálnych stavov a u sociálne a zdravotne rizikových skupín obyvateľstva.

Medzi **hlavné náplne činnosti ADOS** patria: úprava domáceho prostredia a životosprávy podľa povahy ochorenia, zabezpečenie osobnej hygiena, starostlosť o základné životné funkcie, aplikácia liekov a ošetrovanie rán, rehabilitácia, odber biologického materiálu na rôzne vyšetrenia, na skríningové vyšetrenia, zdravotná výchova a poradenstvo. Ďalšími úlohami zdravotných sestier týchto agentúr, ktoré už nie sú bezprostredne spojené s ošetrovateľskou starostlivosťou o pacienta, sú: vedenie dokumentácie, administrativné práce a výkazníctvo pre poisťovňu, koordinácia práce v agentúre, nákup zdravotníckeho materiálu, zapožičiavanie zdravotníckych pomôcok.

Okrem opatrovateľských zdravotníckych činností by mali tieto agentúry zabezpečiť aj **činnosti opatrovateľskej-sociálnej** v zmysle poskytnutia sociálnej pomoci tým občanom, ktorí takúto pomoc potrebujú. Na týchto činnostach by personálne i finančne mala participovať Sociálna poisťovňa, resp. režort sociálny. Táto participácia je v súčasnosti predmetom rokovania oboch zúčastnených rezortov na tejto starostlivosti.

Prevádzkovateľom agentúry môže byť bud fyzická osoba - zdravotnícky pracovník alebo právnická osoba. Neštátna ADOS poskytuje zdravotnú starostlosť na základe povolenia, v zmysle zákona Národnej rady

Slovenskej republiky č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti. Ak prevádzkovateľom je právnická osoba, táto musí určiť odborného zástupcu - zdravotného sestru, ktorá zodpovedá za odbornú úroveň.

Ošetrovateľskú starostlivosť **indikuje príslušný lekár**. Štatút zdravotníckeho zariadenia umožňuje uzavretie dohody s poisťovňou o preplácaní zdravotnej starostlivosti. Agentúry majú uzavreté dohody s lekárom, s ktorým má klient-pacient uzavretú dohodu, teda u ktorého je registrovaný.

V organizačnej štruktúre agentúry je na jej čele sestra - *manažérka* s príslušnou kvalifikáciou. Zodpovedá za prevádzku agentúry po stránke odbornej, finančnej, materiálno-technickej a kontrolouje činnosť agentúry. *Sestra - koordinátorka* organizuje a koordinuje poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti, zohľadňuje indikácie ošetrovacieho lekára, individuálne požiadavky klientov, odporúčania úradu sociálnej starostlivosti, má zoznamy sestier, zabezpečuje kontakty s cirkvami a s charitatívnymi organizáciami, referármi sociálnej starostlivosti a inými organizáciami. Sestra koordinátorka vyberie podľa typu, charakteru a fázy ochorenia z tímu sestier *skúsenú zdravotnú sestru*, ktorá vypracuje adekvátny ošetrovateľský plán, realizuje a koordinuje jeho splnenie.

Zdravotná sestra agentúry (výkonná) v súlade s lekárskou diagnózou a stavom klienta urobí **ošetrovateľskú diagnózu**, v ktorej určí klientove problémy vyžadujúce ošetrovateľský zásah. Na základe tejto ošetrovateľskej diagnózy vypracuje **ošetrovateľský plán**, v ktorom určí rozsah, úroveň a čas potrebej ošetrovateľskej starostlivosti. Určí v ňom aj potrebu zainteresovania a úlohy ďalších pracovníkov agentúry (sestier špecialistiek, fyzioterapeutov apod.), prípadne úlohy klienta samotného alebo jeho rodinných príslušníkov.

Veľmi dôležitou je **spolupráca s lekárom**, ktorý musí byť oboznámený s ošetrovateľským plánom priebežne tento plán prípadne aj ovplyvňuje podľa stavu pacienta. Tento plán by mal pravidelne (týždenne, mesačne - podľa závažnosti stavu pacienta) parafovať ošetrovajúci lekár, ktorý je v konečnom dôsledku zodpovedný za celkovú liečebnú strategiu u pacienta.

Dokumentácia výkonnej sestry (realizátorky) musí obsahovať: sesterský chorobopis, ktorý má obsahovať osobnú i sociálnu anamnézu a ukladá sa na dispečing agentúry. Dokumentácia ďalej zahŕňa: dekurz, ktorý obsahuje všetky ošetrenia, zachytáva stav pacienta, zmeny stavu a slúži ako podklad pre zdravotnú poisťovňu na úhradu výkonov. Je uložený v byte pacienta a má zaručovať ošetrovajúcim lekárom a revíznym zdravotným sestrám presný prehľad o ošetrovateľskej starostlivosti. Pri každodenných návštěvach u klientov-pacientov sa tento dekurz nosí sestrou-realizátorkou do bytu pacienta, zaznamená sa doň poskytnuté ošetrenie a denne sa nosí späť do agentúry, aby bol k dispozícii lekárovi, revíznej zdravotnej sestre i sestre-manažérke.

Revízna zdravotná sestra príslušnej zdravotnej poisťovne (t.j. poisťovne, kde je pacient zdravotne poistený) kontroluje, či agentúra účtuje poisťovni len tie výkony, ktoré sestra-realizátorka alebo ďalší pracovníci agentúry vykonali. Ďalej kontroluje, či sa dodržuje vypracovaný ošetrovateľský plán, ktorý by mal byť k dispozícii v byte pacienta aj v dispečingu ADOS. Pri práci využíva svoj plán revíznych kontrol a využíva i možnosť telefonickej kontroly dodržiavania frekvencie návštěv sestry-realizátorkou v byte klienta. Kontroluje, či ošetrovateľský plán zodpovedá zdravotnému stavu pacienta (t.j. či sa nevyštujuje prípadné poškodzovanie záujmov pacienta jeho nedostatočnou opaterou, alebo záujmov zdravotnej poisťovne účtovaním nadstandardnej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorú poisťovňa neuhrázda). Ďalej kontroluje, či je doržiavaná dostatočná kvalita tejto starostlivosti a či je riadne vedená dokumentácia v súlade s účtovanou ošetrovateľskou starostlivosťou. Kontroluje aj to, či si pacient-poistenec

dostatočne plní povinnosti a najmä či dodržia liečebný režim určený ošetrujúcim lekárom a výkonnou sestrou-realizátorkou agentúry ADOS.

Financovanie, resp. spôsob financovania agentúr je t.č. v štádiu riešenia riaditeľstvom Všeobecnej zdravotnej poisťovne ako i Sociálnej poisťovne, pretože v komplexnej starostlivosti sa so zdravotnou ošetrovateľskou starostlivosťou prelínajú i činnosti sociálneho charakteru.

Všeobecná zdravotná poisťovňa je pripravená uzatvárať zmluvy s neštátnymi ADOS, akonáhle sa dorieši spôsob účasti Sociálnej poisťovne na personálnom i finančnom zaistení činností sociálneho charakteru týchto

agentúr. Ostáva len dúfat, že táto dohoda sa dosiahne čo najskôr a uzatváranie dohôd s agentúrami DOs prinesie okrem ekonomickej efektu i ďalšie zvýšenie etiky a humanizácie v našom zdravotníctve. V súčasnosti pôsobí v Slovenskej republike 24 ADOS.

Do redakcie došlo:
2. apríla 1994

Adresa autora:
MUDr. I. Papp, CSc.
Dohnányho ul. č. 6
821 08 Bratislava

P. Gavorník, K. Dachová, D. Hlaváčová
Očné oddelenie NsP v Trnave

Možnosti využitia počítačovej techniky v zlepšení ošetrovateľstva a manažmentu oddelení

Súhrn: Autori podávajú informáciu o svojich dvojročných skúsenostiach s využitím počítačov na očnom oddelení NsP v Trnave. Počítače sú navzájom prepojené počítačovou sieťou. Jednotný softver umožnil kompletne vedenie a spracovanie dokumentácie pacienta a ekonomickeho manažmentu oddelenia. V štádiu inštalácie je potrebné zohľadňovať požiadavky ochrany zdravia a zraku výberom vhodných počítačov, vhodného programu, nábytku a osvetlenia. V takejto zostave sú počítače nenahraditeľným pomocníkom zdravotníckeho pracovníka. Umožňujú racionálne vyplniť pracovný čas skrátením času potrebného na vedenie predpísanej dokumentácie.

Kľúčové slová: počítačová technika, zlepšenie ošetrovateľstva, zlepšenie manažmentu.

Dynamicky sa rozvíjajúce ľudské spoločenstvo mení charakter svojich činností v najširšom zmysle slova. V pretechnizovanom svete čoraz viac postrádame v komunikácii ľudskosť - ľudský faktor. Ak tento chýba v bežnom živote, potom je jeho potreba najviac zjavná a súčasne najviac absentuje v zdravotníctve. Ako získať časový priestor, čas na pacienta, na rozhovor, empátii, keď sme všetci zaneprázdnieni agendou, správami, poradami, hláseniami, štatistikami a podobne. Nám pomáhajú počítače. Svoje pozitívne skúsenosti chceme aj šíršie publikovať.

V polovici r. 1994 sa nám pomocou sponzorov podarilo vybaviť naše oddelenie počítačovou sieťou, vybavenou informačným systémom fy. Softprogres PY softverovou verziou ODDELENIE A AMBULANCIA: Z "95.15N. Vtedy okrem primára oddelenia ani jeden pracovník oddelenia nemal praktické skúsenosti a vedomosti o práci s personálnym počítačom. Prevládal strach, predsudky. Napriek tomu sme v priebehu dvoch mesiacov dokázali preškolíť všetkých pracovníkov oddelenia a prakticky skokom prejsť na výhradne počítačmi riadené činnosti v celom rozsahu práce oddelenia. Aj najväčší skeptici sa rýchlo presvedčili, aký obrovský prínos pre prácu oddelenia predstavujú počítače.

Sieťový informačný systém očného oddelenia je pomocou napojenia cez FAXMODEN súčasťou informačného systému časti nemocnice a oddelení vybaveným obdobným technickým vybavením. Tvoria ho tieto programy:

- ambulancia, prijímacia kancelária a sklad liekov,
- oddelenie, kusová evidencia liekov a biochémia,

- štatistika a styk so zdravotníckymi poisťovňami.

Celý informačný systém je zostavený v programovom jazyku CA CLIPPER, verzia 5.2d. Pracuje na platforme operačného systému MS DOS. Je prevádzkovateľný na sietach typu LAN, u nás funguje bezchybne v prostredí sietového typu NOVEL-ver 3.14.

Optimálne systémové požiadavky pre oddelenie do 100 posteli:

1. Centrálny server strednej výkonnosti založený na procesore 486 DX2 66 MHz 16-32 operačnej pamäti s pevným diskom.
2. Sietové stanice založené na procesoroch 486 alebo 386 s pevným diskom (pre možnosť osadenia iným užívateľským programom) s kvalitnými sietovými kartami.
3. Sietové stanice vybavené 9-24 ihličkovými tlačiarňami, ktoré umožňujú prácu s jednotlivými listami, s indigom, tabelačným papierom, obálkami, tlačiarmi ŠEFT ako PN, hlásenie úrazu, policajné hlásenie a podobne. Na jednu stanicu je vhodné alternatívne pripojiť tlačiareň typu BUBLE JET, alebo LASER, ktorý zabezpečí vysokú kvalitu tlače pre mimoriadne výstupy aj za cenu vyšej prevádzkovej náročnosti. Jednu stanicu je dobré rezervovať ako zálohovacie-oddelenie na každú časť programu.

Náš program zaručuje úplnu podporu náročného prostredia na obrazovke aj pri tlači výstupných zostáv. Každá sietová stanica je obsadená individuálne manažerskym programom do celkovej kapacity 350 megabytov ako: TRANSLATE, WINDOWS, EXCEL, WINWORD, AISLP, antivírusové programy - TOOLKIT, NOD a pod. Spustením tohto programu do praxe sme začali komplexné počítačové spracovanie chodu oddelenia od vyšetrenia pacientov v konziliárnej ambulancii, dispenzáru, prijatia na oddelenie a vedenie celej dokumentácie. Základné dátá o pacientovi zapisuje sestra ambulancie. Tieto sa potom automaticky prenášajú do prijímacej správy, dekurzu, PN, hlásení, štatistiky, protokolu, operácie, prepúšťacej správy atď. Program spracováva všetky výstupy pre poisťovne a ekonomický manažment nemocnice. Vstup do programu chráni systém sietových súborových hesiel, ktoré obsluhuje prideľuje supervízor. Obsluhuje sa systémom roletových menu v kombinácii s klávesnicovými makermi a preddefinovanými textami. Preto je systém veľmi operatívny, využíva svoju univerzálnosťou akémukolvek oddeleniu. Toto si individuálne vytvorí vlastný systém často sa opakujúcich textov do žiadanie

pomocou štandardných textov, ktoré sa aktualizujú pomocou "premen-ných". Informačný systém je vybavený databankami 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie ochorení, práve platným bodovníkom zdravotníckych výkonov, aktualizovanou kategorizáciou liekov, databankou labo-ratórnych vyšetrení, a zoznamom poistovní. V snahe predstaviť chybe v obsluhe a technike je vybavený komplexným programom ochrany databáz a zálohovania na všetky typy médií. Systém automaticky spúšta po neko-rektnom prerušení činnosti program obnovy indexových súborov s kon-trolou integrity.

Na oddelení máme vytvorených niekoľko samostatných, vzájomne prepo-jených pracovísk. Na prvej fotografii je príjemová a konziliárna ambulancia. Je osadená dvoma stanicami: jedna slúži sestre, ktorá zapíše základné údaje ako meno, priezvisko, rodné číslo, adresa, zamestnanie, vyšetrenie zrakovej ostrosti, farbocitu, vnútrocenného tlaku a podobne. Na druhej stanici pracuje lekár, ktorý zapisuje výsledky odborného vyšetrenia.

Fotografia 1.



Na druhej fotografii je pracovisko dokumentačnej sestry a sestry na centrále oddelenia. Podobne ako ambulancia aj toto pracovisko je zostavené podvojným spôsobom: dve stanice, jedna tlačiareň, ktorá je prepojená pomocou dátového prepínača a tlačí ten výstup, ktorá stanica sa prvá pri-hlási.

Fotografia 2.



Na tretej fotografii je metabolická ambulancia. Tu je uložené srdce celej siete - centrálny server. Všetky stanice - centrálny server - je chránený proti poškodeniu v dôsledku náhlého výpadku elektrickej energie záložným zdrojom napäťia BACK ÚSP 500, resp. 250.

Fotografia 3.



Ďalšie pracoviská sú lekárska izba, hnedá zasadačka, glaukomová poradňa, pracovňa primária a operačný trakt. Na počítačovú sieť sú napojené všetky prístroje, ktoré sú konštrukčne spôsobilé odovzdávať výstupy cestou computer interface ako: počítačový perimeter OCTOPUS 101, bez-dotykový tonometer Leica Reichert, ultrazvukový diagnostický prístroj AXIS a podobne. Cena tohto vybavenia nepresahuje sumu 0,5 mil. Sk pri rozumnej kalkulácii a príprave s firmami. Pri ich inštalácii treba však prísne dbať na dodržiavanie hygienických noriem pre zátaž organizmu a zraku. Upozorňujeme zvlášť na nevhodnosť používania tzv. ochranných fil-trrov na nízkoradiačných monitoroch, výber vhodného nábytku, farebnosti prostredia, nepriameho osvetlenia, výber pracovníkov bez refrakčných očných chýb - najmä astigmatizmu a hypermetropie, dodržiavanie odporúčaných prestávok, aplikáciu telesnej rehabilitácie a v neposlednom rade použitie softveru vhodnej, zrak nezaťažujúcej farebnej škály.

Počítače sa potom stanú priateľom, pomocníkom, ktorý odobreňuje od administratívy a umožní zdravotníckym pracovníkom venovať sa pôvodnému poslaniu - pomoci človeka človeku. Nebojme sa počítačov! Na ich bezchybné ovládanie stačí vedieť čítať a písat. Nie je potrebná žiadna špeciálna znalosť. Vy predsa nikdy nebudeť programovať, budete iba využívať hotový program v prospech seba a okolia.

Do redakcie došlo:

7. marca 1996

Adresa autorov:

MUDr. Pavol Gavorňák
Vajanského ul. č. 11
917 01 Trnava

Konferencia o vzdelávaní v odbore ošetrovateľstvo s medzinárodnou účasťou

Hlavný organizátor: Jeseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského v Martine

Termín konferencie: 27. až 28. augusta 1996

Miesto konferencie: Martin

Vedecký program: Ošetrovateľstvo v procese zmien

Predsedca konferencie: Doc.MUDr. D. Meško, CSc., prodekan JLF UK

Predsedca organizačného výboru: PhDr. M. Bubeníková

Vedecký sekretár konferencie: Mgr. A. Hanzlíková

Rokovací jazyk: slovenčina, čeština, angličtina

Predpokladaný kongresový poplatok: 350,- Sk pre účastníkov zo Slovenskej republiky. V cene kongresového poplatku bude zahrnutá cena zborníka z kongresu (cca 100,- Sk).

Ďalšie informácie získate na sekretariáte kongresu: Ústav ošetrovateľstva Jeseniovej lekárskej fakulty, Sklabinská ul. č. 26, 037 53 Martin. Telefónne číslo 0842-38167

Mgr. Herianová

Sesterská dokumentácia a vyučovanie ošetrovateľského procesu v študijnom odbore všeobecná sestra a diplomovaná všeobecná sestra

Súhrn: Autorka článku predstavuje sesterskú dokumentáciu používanú študentami Strednej zdravotníckej školy v Košiciach. Zaoberá sa vyučovaním ošetrovateľského procesu v študijnom odbore všeobecná sestra a diplomovaná všeobecná sestra. Predstavuje ukážku práce žiakov oboch študijných odborov pri realizácii ošetrovateľského procesu na klinických pracoviskách. Poukazuje na rozdiely vo vedomostnej úrovni žiakov a odporúča prispôsobiť nároky pri vyučovaní ošetrovateľského procesu stupňu vzdelania, ktorý študenti štúdium na strednej zdravotníckej škole získajú.

Kľúčové slová: ošetrovateľský proces, sesterská dokumentácia, všeobecná sestra, diplomovaná všeobecná sestra.

Pracujem na strednej zdravotníckej škole ako učiteľka odborných predmetov. Vyučujem ošetrovateľstvo v študijnom odbore všeobecná sestra a ošetrovateľský proces a teórie a modely ošetrovateľstva v študijnom odbore diplomovaná sestra. Všetky učiteľky odborných predmetov sa v súlade s učebnými osnovami snažia v oboch študijných odboroch vychovávať a vzdelávať budúce sestry tak, aby boli schopné zapojiť sa na nemocničných pracoviskách do realizácie ošetrovateľského procesu (1, 2, 3). Dosiahnuté výsledky pri vyučovaní tohto systému ošetrovania sa u týchto študijných odborov kvalitou líšia.

V študijnom odbore všeobecná sestra v 3. a 4. ročníku študenti absolvujú praktické vyučovanie na štyroch základných pracoviskách, ktoré majú svoje špecifika. Oboznamujú sa s prevádzkou oddelenia, zvládajú ošetrovateľské činnosti, získavajú praktické zručnosti, schopnosti a poznatky o príznakoch a prejavoch chorôb. Dokonale zvládnut problematiku oddelenia a problémy chorých pri konkrétnych ochoreniach môžu až v priebehu pracovného zaradenia na konkrétnom nemocničnom pracovisku po absolvovaní štúdia.

V učebných osnovách v časti o uplatňovaní absolventa sa uvádzia: "Po absolvovaní skúšky sa môže všeobecná sestra uplatniť na všetkých úsekoch zdravotníckej starostlivosti, kde môže pracovať v tíme alebo pod vedením vyššie kvalifikovaného pracovníka". Z toho vyplýva, že absolventi tohto študijného odboru nebudú sami riadiť, plánovať a realizovať ošetrovateľský proces, ale budú sa zúčastňovať na jeho realizácii.

Cieľom vyučovania ošetrovateľského procesu v tomto študijnom odbore je naučiť žiačky správne viesť komunikáciu s chorým, pochopiť, že nie len plnenie lekárskych ordinácií je dôležité, ale dôležitá je aj schopnosť rozpoznať problémy pacienta z hľadiska bio-psicho-sociálno-duchovného, ktoré ak sa neriešia, negatívne ovplyvňujú jeho telesné a duševné zdravie. Žiačky majú získať schopnosť zhromažďovať, triediť a hodnotiť informácie o chorom, nájsť problémy, uplatňovať individuálny prístup, vyznať sa v sesterskej dokumentácii, realizovať sesterské aktivity podľa plánu, robiť záznam realizácie, hodnotiť stav a reakcie pacienta.

Na zisťovaní bio-psicho-sociálnych potrieb sa zakladá aj zber informácií od pacienta ako súčasť sesterskej anamnézy. V tomto príspievku nerozoberám časť sesterskej dokumentácie, ktorá sa týka zisťovania anamnézických údajov, ale zameriavam sa na určenie sesterskej diagnózy, plánu a realizácie ošetrovateľského procesu tak, ako to spracovala študentka 4. ročníka.

Ošetrovateľský proces	Trieda: Mária Horňáková Kukučinova ul. 40	Škola: SZŠ Košice
Číslo polistky: 01-43 Vek: 29 r. Povolanie: sekretárka Oddelenie: 2. gynækologická klinika Pohlavie: žena	Lekárska diagnóza: hroziaci predčasný pôrod, prvorođička Dátum prijatia: 7. januára 1996	
Získavanie informácií o chorom 12. januára 1996 Pacientka je v 8. mesiaci gravidity. Pohyby číti, nekváca, kontraktie nie sú. Do nemocnice prišla sama pre bolesti v podbrušku, ktoré trvali 2 dni. Na hospitalizáciu bola odoslaná z poradne pre rizikovú graviditu. TT 36,6°C, P 76, TK 110/70 mmHg, OP 140. Pacientka je na štvorpostelovej izbe. Postel bola upravená do Trendelenburgovej polohy. Má ordinovaný pokoj na posteli s výnimkou vykonávania potreby vyprázdňovať. Stažuje sa na nespavosť v noci. Vyspi sa sice cez deň, ale v noci ju potom trápia obavy o dieťa, jeho zdravie a to, že sa nebude vedieť správne o dieťa postarat. Nevadí jej, že musí ležať. Vraví, že toľko kvôli dieťa vydrži. S ošetroujúcim personálom vychádza dobre a obdobne aj so spolu bývajúcimi. Rodinné vzťahy sú dobré. Pravidelne ju navštěvuje manžel a matka. Všetci sa už tešia na dieťa.		
Sesterská diagnóza	Plán ošetrovateľskej starostlivosti	Realizácia a zhodnotenie ošetrovateľského procesu
1. Spánková inverzia spôsobená zmenou denného režimu.	Cieľ: odstrániť spánkovú inverziu. Plán: venovať sa pacientke v priebehu dňa (rozhovory, umožniť návštevu), večer upraviť postel, vystrebať izbu, pomôcť pacientke pred spánkom vykonať hygienickú starostlosť celého tela, rozložiť pred spánkom (odstrániť jej obavy)	Do realizácie sa zapojila pacientka, ktorá je veľmi komunikatívna a rada sa jej novovala. Mala som s pacientkou rozhovor, v ktorom mi rozprávala o svojich obavách z predčasného pôrodu. Pacientka v priebehu predpoludňajšej služby nespala. Rozprávala sa o svojich problémoch. Je oboznámená s plánom a súhlasí s ním.
2. Nedôvera vo vlastné schopnosti ošetrovať novorodenca pre nedostatok informácií.	Cieľ: podporiť sebavedomie pacientky a zvýšiť jej informovanosť. Plán: vysvetliť priebeh pôrodu, porozprávať jej o ošetroení novorodenca po pôrode, posilniť jej dôveru v zdravotnícky tím, po pôrode zabezpečiť praktickú ukážku kúpania novorodenca na izbe (rooming in).	Rozhovor s pacientkou prebiehal podľa plánu. Pacientka bola rada, že sa jej venujem a upokojila sa po upozornení, že v prípade dôveru sestry naučia správne dieťa ošetrovať.
3. Bolest a opuch miesta vpichu po aplikácii i.m. injekcie do se-	Cieľ: zmíerniť bolest a opuch. Plán: striedat miesta vpichu, používať	Ráno podaná injekcia do sedacieho svalu vpravo.

cieho svalu.	primerane dlhé ihly, studené obklady, lokálne Ketazon mast, upozorní lekára na vzniknutý stav, aby podľa možnosti zmenil spôsob aplikácie liekov.	Pacientka si sa-sa mení odporúčané obklady. Lekár odmietol zmeniť spôsob aplikácie. Ďalej pokračovať v pláne.	zapŕšinený nevhodnou polohou (obrátená T).	chaný znížená. Plán: Fowlerova poloha so zníženými dolnými končatinami vysádzaf do kresla 5krát denne po pol hodine, dýchové cvičenia, pravidelné vetranie, zvlhčovanie vzduchu.	ludním dvakrát sedela v kresle, zvlhčovanie vzduchu zabezpečené (odparovač, mokré plachty), dýchacie cvičenia v spolupráci s rehabilitačným pracoviskom 10.00 - 15.00. Pacientka tvrdí, že sa jej uľavilo. Pokračovať ďalej podľa plánu.
Riadíť a vo všetkých krokoch realizovať ošetrovateľský proces môžu sestry I. úroveň , ktoré sú kompetentné vykonávať ošetrovateľské činnosti, vyžadujúce vysokoobornú erudíciu, samostatnosť v práci i rozhodovaní. Sú to sestry, ktoré potrebnej vedomosti a zručnosti získali štúdiom na strednej zdravotníckej škole, praxou na nemocničných pracoviskách a ďalším štúdiom na strednej zdravotníckej škole, resp. vysokých školách, kde si rozšírili vedomosti o nové poznatky v ošetrovateľstve a získali vyššie odborné vzdelenie alebo vysokoškolské vzdelenie.					
V tejto časti predstavujeme sesterskú dokumentáciu, ktorú používajú študenti 2. semestra vyššieho odborného štúdia pri práci na internom a chirurgickom oddelení.					
Ošetrovateľský záznam					
Meno a priezvisko: K.K.	Oddelenie: 14 B				
.....	Číslo polikty: 01-43				
Dátum narodenia: 8. februára 1931	Číslo izby (postel): 4/3				
	Zmena:				
Povolanie: domáca	Dátum príjmu: 13. novembra 1995				
Zamestnanie: dôchodkyňa	Ošetrovujúci lekár: Dr.Frankovičová				
Adresa: Humenská 1, Košice	Lekárska dg: Ischémia oboch dolných končatín				
	IM-kompenzovaný. Ischemická choroba srdca.....				
Spolupráca s členom rodiny (zák. zástupcom, opatrovníkom)					
Možný osobný aj telefónický kontakt s manželom, dcertou.					
Číslo telefónu:					
Stav pri prijatí					
TK 125/80 mmHg	Pohybový režim: obmedzený				
Dych 16	Alergie neudáva				
Pulz 78	Oboznámený s dôvodom hospitalizácie: áno				
Iné: hmotnosť 105 kg	Oboznámený so zdravotným stavom: áno				
výška 168 cm ...					
Aktuálne zhodnotenie stavu pacienta z pohľadu sestry					
Pani K.K. je 10 rokov diabetička. Liečila sa Maninilom, s glykemickými hodnotami do 10 mmol/l. Tri roky má dokumentovaný ischemický syndróm dolných končatín. Prijatá na hospitalizáciu pre progredujúcu, asi mesiac trvajúcu pokojovú bolesti hlavne v fave dolnej končatíne už s obrazom hrozacej gangrény 3.-4. prsta. Z rizikových faktorov je pritomná obezita, zvýšené hodnoty sérového cholesterolu, triglyceridov, dvadsať rokov trvajúci nikotinizmus.					
Pacientka bola preložená z II. internej kliníky za účelom vyhotovenia rekonštrukčného výkonu na cievach ľavej dolnej končatiny. Pri prijati udáva bolesti v oboch lýtkach. Stažuje sa najmä na bolesti v noci.					
Pacientka dodržiava častočne diabetickú diétu, Maninil užíva pravidelne. Od operácie očakáva zmierzenie bolesti dolných končatín a tým aj zlepšenie pohyblivosti.					
Pani K.K. je vydáta. Žije s manželom v 2-izbovom byte. Je na dôchodku. Má 4 zoapatrené deti. Rodina s ňou udržiava denný kontakt osobný a telefónický.					
Dátum 16. novembra 1995	podpis sestry				
Aktuálne, resp. potenciálne sesterské diagnózy, vyžadujúce dlhodobé plánovanie ošetrovateľských aktivít					
Sesterská diagnóza: Deficit v sebaopatere spôsobený nadmernou telesnou hmotnosťou					
Cieľ: Hmotnosť pacientky postupne znižovať o 2 kg mesačne					
Plán:					
1. Informovať o prognóze ochorenia, dýchacích problémoch a deficitu v sebaopatere pri neličenej obezite.					
2. Rozhovorom získať pacientku pre spoluprácu.					
3. Podáť informácie o vhodných potravinách a príprave stravy pri D: 9/N so zníženou kalorickou hodnotou.					
4. Zostaviť s pacientkou jedálny lístok na 1 týždeň (využitie v domácej starostlivosti).					
5. Výber vhodných nápojov.					
6. Výber vhodných rehabilitačných cvičení.					
7. Sledovanie telesnej hmotnosti v pondelok, streda a piatok.					
Realizácia: Zrealizovaný 1. a 2. bod plánu. Pacientka je s ošetrovateľským plánom oboznámená a súhlasí s ním. 29. novembra pokračovať pri realizovaní 3. bodu plánu.					
Sesterská diagnóza	Plánovanie ošetrovateľských aktivít	Realizácia a hodnotenie			
28. novembra 1995	Cieľ: dýchanie pravidelné, námaha pri dý-	Poloha zabezpečená, predpo-			
1. Deficit dýchania					

V treťom semestri budú študenti vyššieho odborného štúdia pracovať na geriatrickom oddelení, kde použijú sesterskú dokumentáciu vypracovanú podľa modelu *Oremovej*. Na psychiatrickom oddelení študenti vypracujú sesterskú dokumentáciu samostatne. Vychádzajúc budú z konkrétnego modelu ošetrovania, ktorý si sami zvolia, spracujú ošetrovateľský proces u konkrétnego psychiatrického pacienta a v závere pri obhajobe práce poukážu na negatívne a pozitívne stránky svojej dokumentácie. Túto projektovú úlohu spracujú v priebehu absolvovania 50 hodín praxe na psychiatrickom oddelení, ktorú predpisujú učebné osnovy.

Záver

Určiť a zaviesť do praxe ošetrovateľský proces je veľmi dôležité tak pre pacienta, ako aj pre sestru. Nemenej dôležité je uvedomiť si, že podľa konceptie odboru ošetrovateľstva máme sestry I. a II. úrovne. Z toho vyplýva, že aj kompetencie týchto sestier budú odlišné. Pri vyučovaní ošetrovateľského procesu preto nemôžeme mať rovnaké nároky na študentov, u ktorých vzdelenie končí maturitnou skúškou, a študentov, kde štúdium končí absolventskou skúškou a udelením absolutória. Pri vyučo-

vaní ošetrovateľského procesu v študijnom odbore všeobecná sestra menej niekedy znamená viac.

Literatúra: 1. Vestník MZ SR čiastka 15.16 zo dňa 18. novembra 1994. Časť - Konceptia odboru ošetrovateľstva. - 2. Základné pedagogické dokumenty pre SZŠ: študijný odbor: 53-25-7 diplomovaná všeobecná sestra. Schválilo MZ SR pod číslom SZS-2895/95 dňa 11. júla 1995 s účinnosťou od 1. septembra 1995. - 3. Základné pedagogické dokumenty pre SZŠ: študijný odbor: 53-01-6 všeobecná sestra. Schválilo MZ SR pod č. 2-3186/1992-A/1 dňa 17. júna 1992 po dohode s MŠMS SR pod č. 4982/1992-21 dňa 24. júna 1992, s účinnosťou od 1.9.1992.

*Do redakcie došlo:
20. februára 1996*

*Adresa autorky:
Mgr. Zuzana Rimarčíková
Belehradská ul. č. 2
040 13 Košice*

M. Paseková
Odborný liečebný ústav tuberkulózy a plúcnych chorôb v Nitre

Ľudské potreby ako ošetrovateľský problém

Súhrn: Autorka vyzdvihuje zmeny správania sa ľudí počas ich individuálnej existencie, osobitne u chorých, kedy sa zjavujú nové potreby a požiadavky. Definuje pojem potreba ako súvztažnosť organizmu a prostredia. Uvádza názory viacerých odborníkov na delenie potrieb a ich hierarchiu. Prezentuje aj páťstupňovú škálu potrieb podľa Maslowa. Vyzdvihuje význam osobnosti sestry v procese uspokojovania potrieb klienta. Napokon sa zaobera špecifickou existenčnou potrebou činnosti u detí, ktorou je hra. V závere upozorňuje na to, že najviac zanedbávanou potrebou u zdravotníckych zariadeniach, ale aj inde, je potreba lásky ako hlubokého ľudského vzťahu. K práci je pripojená príloha, ktorá podrobne rozvádzza príklad potrieb modifikovaných chorobou, ako aj spôsoby ich analýzy a riešenia sestrou.

Kľúčové slová: potreba - chorý človek, sestra, nemocničné prostredie.

Zvláštnosť zdravotníckeho povolania na rozdiel od iných profesíj je predovšetkým v tom, že sa pracuje s chorými ľuďmi. Všetci vieme, že človek má svoje individuálne vlastnosti, ktoré ovplyvňujú jeho správanie, prejavy, reakcie. Správanie sa mení aj počas individuálnej existencie. Zjavujú sa nové typické vzorce správania. Najmä u chorého človeka tieto vlastnosti a prejavysprávania ovplyvňujú choroba a zmenené prostredie. Preto sa často zjavujú potreby a požiadavky, ktoré v stave zdravia nemá.

Každý živý tvor môže udržať svoju hemodynamiku len na základe interakcie medzi ním a prostredím. Táto súvztažnosť organizmu a prostredia by sa mala vyjadriť v pojme **potreba**. Potreba vo svojej biologickej podobe je "stavom organizmu, odrážajúcim jeho objektívne nedostatky, ktorých odstránenie jestvuje mimo neho". V zahraničnej literatúre sa najčastejšie uvádzajú delenia podľa Murraja, Madsena a Maslowova. Klinický psychológ H.V. Maslow sa pokúsil vypracovať hierarchiu potrieb. Potrebu pokladá za podmienku existencie organizmu a duševného zdravia. Potreby u človeka tvoria hierarchický systém. Maslow predpokladá, že najprv sa musia do určitej miery uspokojiť základné potreby, aby sa mohli objavíť nové. Čím viac je nasýtená predchádzajúca, tým je väčšia pravdepodob-

nosť, že vystúpi nová potreba. Vo svojej práci o ľudskej motivácii *Maslow* predstavuje holisticko-dynamickú a teoreticko-rámcovú štruktúru (1,2,3, 5, 6, 7).

Tieto potreby rozdeľuje do *päťstupňovej škály*:

1. Fyziologické potreby (vznikajúce poruchou homeostázy).
2. Potreba bezpečia (vynára sa pri ohrození osobnosti).
3. Potreba lásky a prináležania (vynára sa pri izolácii).
4. Potreba uznania.
5. Potreba sebarealizácie.

Maslow predstavuje pozitívnu *motivačnú teóriu*, predstavujúcu splynutie čiže syntézu. Táto teória sa nazýva holisticko-dynamickou. Táto teória sa podľa funkcionálnej tradície pedagógov *Wiliama Hamsa a Johna Deweya* spája s holizmom sociálnych psychológov *Maxa Wertheimera a Kurta Goldsteina* a zahŕňa psychoanalytické koncepcie *Sigmunda Freuda a Alfreda Adlera*.

Ale vráfme sa do nemocnice. So zmenou životnej úrovne sa menia aj potreby a požiadavky ľudí. Mení sa i zdravotnícke uvedomenie najširších vrstiev obyvateľstva. To sa zároveň premietá do práce zdravotníkov. Rastú nároky nielen na ich teoretické vedomosti z vlastného odboru, ale i na spoločenskovedné znalosti; stále viac sa kladie dôraz na poznávanie potrieb človeka v celej jeho komplexnosti. Miera poznania a uspokojenia potrieb chorého bude závisieť od toho, čo sestra o potrebách vie, a ako je schopná aplikovať tieto vedomosti do praxe. Potreby chorého často vychádzajú predovšetkým zo zmeny zdravotného stavu a zmeny prostredia (4).

Pre sestry je dôležité uvedomiť si:

1. Čo všetko na chorého človeka pôsobí (napr. zdravotnícke prostredie, charakteristický zápas, pri hospitalizácii odlúčenie od rodiny, strata pracovnej schopnosti, kontaktov).
2. Ako vlastný fakt choroby modifikuje doterajší spôsob uspokojovania základných biologických potrieb a chorobou novovzniknutých, doteraz neznámych potrieb (napr. ješt favou rukou, umývanie a defekácia na posteli).

3. Ako ovplyvňuje choroba sociálne pomery chorého a nakoľko sa späťne premietia do ochorenia tým, že iniciaje vzniknutie nových potrieb (napr. zmena pracovného zaradenia).

4. Ako môžeme poznáne potreby chorých ovplyvňovať, a tak predchádzať vzniku komplikácií a z nich vyplývajúcich nových potrieb (napr. výchovným zamestnávaním detí predchádzať psychickej deprívácií).

Potreby chorého budú vždy závisieť od individuality chorého a druhu ochorenia. Sestra by mala v ošetrovateľskom procese vidieť potreby chorého na jednej strane jeho očami, to znamená, že by mala pochopíť, aké modifikované alebo vzniknuté subjektívne potreby on sám pocituje. Na druhej strane by však mala vedieť odborným pohľadom posúdiť jeho objektívne potreby týkajúce sa ošetrovateľského procesu, ktoré sú dané zmeneným zdravotným stavom, alebo vyplývajú z liečebno - preventívneho plánu.

Potreby vzniknuté chorobou nemusí chorý subjektívne pocíťovať, ani prejavovať ako svoje potreby. Ide sice o potreby chorého, ktorých uspokojenie má zlepšíť jeho zdravotný stav, ale pretože sa často spájajú s nepríjemnými, alebo i bolestivými zážitkami, chorý ich nemanifestuje. Chorý si praje uzdraviť sa, ale necíti potrebu aplikácie injekcie, alebo uskutočnenie iného odborného výkonu. Objektívne potreby vzniknuté chorobou musí zdravotníčky pracovník spoznať a optimálnym spôsobom sa snažiť zabezpečiť ich uspokojenie, ovplyvnenie alebo koordináciu. Uspokojit potrebu chorého môže sestra napr. už tým, že vyvetrá izbu, alebo upraví posteľ chorého pred spánkom. V tomto bode vystupuje do popredia maximálna spolupráca sestry a chorého pri zostavovaní cieľom a výberom vhodných výkonov v ošetrovateľskom procese. Nie všetky potreby však môžeme s liečebného a ošetrovateľského hľadiska ovplyvňovať alebo uspokojovať. Sestra musí v niektorých prípadoch koordinovať potrebu jedla v súlade s liečebným procesom. U niektorých klientov je potrebné vhodným spôsobom zaistiť dodanie potrebných živín do organizmu i pri nechutnosti a odmietaní potravy. V iných prípadoch, napr. pri nadmernej konzumácii potravín u ležiacich chorých je potrebné tento nežiadúci príjem potravy obmedziť a pritom pomer dodávaných živín zachovať, rovnako ako aj potrebnú biologickú hodnotu.

Nemocnica vo väčšine prípadov frustruje potreby chorého. Prináša so sebou, najmä pokiaľ ide o akútne ochorenie alebo úraz, náhlú a radikálnu zmenu doterajšieho spôsobu života chorého. Znamená napr. obmedzenie, alebo úplnú nemožnosť pohybu, nemožnosť realizácie záujmov a často aj úplnú stratu súkromia chorého. Nepriaznivo na chorého pôsobí aj nízka atraktívnosť prostredia, v ktorom musí stráviť určitú dobu, ktorej dĺžka mu spravidla nie je známa. Pokiaľ sa zo strany zdravotníkov nemocničnému prostrediu nevenuje dostatočná pozornosť, prináša chorému len veľmi málo podnetov na uspokojenie potrieb a chorý má veľa času na úvahy o svojom zdravotnom stave i obavy z následkov choroby.

Z ošetrovateľského hľadiska by sestra mala vedieť o potrebách chorého toľko, aby ich vedela správne rozpoznať, pochopíť, a aby vedela v rámci svojich ošetrovateľských profesionálnych vedomostí a zručnosti zaistiť ich uspokojenie, ovplyvnenie a koordináciu. Pacient musí vedieť, že našiel sociálnu odozvu a ľudské piateľstvo spojené s odbornou pomocou.

Špeciálne by sme sa chceli na tomto mieste dotknúť špecifickej existenciej potreby činnosti u detí, a to potreby hry. Dieťa je voči dospelým v oveľa väčšej závislosti ako dospelý voči dospelým. Závislosť na dospelých robí deti bezmocnejšími a zraniteľnejšími. Zahŕňa ich buď do izolácie alebo do agresívnych a antisociálnych postojov. Dieťa často nedokáže povedať, ktorú potrebu nemá uspokojenú, či už z dôvodu nedostatočne vyvinutého detského slovníka (dojča, batola), neporozumeniu jazyka, ktorým na neho hovoríme, alebo má jednoducho strach z prostredia, zdravotníckych pracovníkov, či smúti za príbuznými. Najlepšou formou, ako môžeme zistíť neuspokojenú potrebu dieťaťa, je hra (dieťa odpovedá obľúbenej hračke, prečo sa bojí spať, kreslí, čo ho trápi, čo sa mu páči).

Ak sa spýtame, ktorá potreba sa najviac zanedbáva, a to nielen v zdravotníckych zariadeniach, ale i všeobecne, medzi ľudmi, dostaneme jednoznačnú odpoveď: **potreba lásky ako hlbokého ľudského vzťahu.** Priateľsky pevná autorita, jemné, srdečné a jednoduché správanie bez formálnosti s prejavmi obetavej ochoty - napríklad pacienta vierou v uzdravenie. Stabilita, nenáladovosť, vyrovnanosť a trpežlivosť dávajú pacientovi

dojem, že máme pre neho neobmedzené množstvo času. A práve to sú komponenty, ktoré vedú k uspokojovaniu potreby lásky. Naopak, profesionálne rutinný prístup k chorým, spôsobený schematizáciou určitých postojov a postupov zdravotníkov, vplýva na chorého sklučujúcim dojmom, rovnako ako príliš autoritatívne vystupovanie zdravotníckych pracovníkov. Chorí veľmi citivo vnímajú vzťahy medzi zdravotníckymi pracovníkmi na oddelení, fakto postrehnú napätie v medziľudských vzťahoch a reagujú často úzkostou, obavami, neistotou.

Záverom chcem zdôrazniť, že zodpovedné **rešpektovanie potrieb chorého** prispieva k rastu ošetrovateľskej odbornosti, je prejavom aktívneho prístupu sestier k tvorbe a vykonávaniu najväčnejšieho plánu pre pacienta.

Príloha 1. Potreby modifikované chorobou

Potreba	Prejav chorého	Ovplyvňovanie sestrou
Potreba spánku	Únavu, zmenu nálady, napätie, bolest hlavy	Úprava posteľe, polohy chorého, vyvetranie miestnosti, prípadne pohovor s chorým, podanie liekov na spanie, proti bolesti
Potreba jedla	Pocit hladu, smädu, nepokoja, podráždenie, pocit neistoty, obavy	Podanie jedla a tekutín, pomoc pri jedení, nakŕmenie, úprava stravy - mletá, kašovitá, tekutá úprava na tanieri, výber tekutín: čaj, mieko, minerálky, sledovať znášanlivosť
Potreba telesnej hygiény	Pocit pachu a nečistoty, spotenia a svrbenia, sklon ku komplexom menejcenosti, zlý pocit z toho, že sa nedajú dodržiavať zvyčajné a vžité návyky	Pomoc pri zaisťovaní hygienickej starostlivosti, podanie umývadla, emitnej misky pri čistení zubov, umytie rúk pre jedlom a po defektácii, diskrétnosť a ohľaduplnosť pri zaisťovaní výkonov
Potreba vyprádzňovania	Nenútenie na stolicu, na močenie, pocit plnosti v bruchu, nechut k jedlu	Zaistenie účelných pomôcok, pomoc chorému, poučenie, taktosť v konaní, rešpektovanie hanbilnosti chorého, ochota sestier
Potreba činnosti, aktivity	Nespavosť, zmenu nálady, pasivita, nedostatočná spolupráca, depresívne náladenie, u starších vyprovokovanie pocitu menejcenosti	Rehabilitácia, zaisťenie pomôcok na cvičenie, výber spoľočenských hier a a kníh, zaistenie dennej tlače, vhodné účelné a primearané zamestnanie vzhľadom k veku, chorobe i spoločenskému postaveniu chorého, liečba prácou

Potreba starostlivosti o dekubility	Pocit pálenia, bolesti, obavy zo zhoršeného zdravotného stavu	Ošetrovanie postihnutého miesta, zvýšenie hygienickej starostlivosti, polohovanie	Potreba informácií pri liečebných a diagnostických výkonoch	Strach z bolesti, obava z výsledku výkonu, neistota z budúcnosti	Vysvetlenie postupu pred výkonom, prípadne lieku - ordinácie, sprevádzanie chorého, účasť pri výkone, stály dohľad po výkone, taktnosť pri kontaktoch, chrámenie ľudskej dôstojnosti
Potreba starostlivosti o oči pri bezvedomí	Nemá potreby	Časté ošetrovanie očných štrbín, častá kontrola, presné plnenie ordinácií, dodržiavanie zásad asepsy	Potreba úpravy prostredia	Pocit osamotenia, pocit straty istoty a súkromia	Vlúdne prijatie, zoznámenie so spolupacientami, ochota a spolupráca sestier pri adaptácii chorého
Potreba starostlivosti o tracheostómiu	Pocit neistoty, strach zo zadusenia, úzkosť	Časté ošetrovanie, dodržiavanie zásad asepsy, poučenie, uspokojenie chorého			
Potreba špeciálnej starostlivosti o ústnu dutinu	Nemožnosť pohŕyť potravu, suchá sliznica, prípadné nadmerné slinenie, pocit bolesti pri jedle, pocit pachu a nečistoty v ústach	Zaistenie tekutej stravy, zaistenie pomôcok na jedenie, pomoc pri jedene, prípadne nakŕmenie, vyplachovanie, vytieranie ústnej dutiny, aplikácia ordinovaných liekov			
Potreba zmeny polohy	Pocit bolesti, obavy zo zhoršenia zdravotného stavu	Úprava posteľe, zaistenie vhodných pomôcok, informácie chorému, častá kontrola			

Literatúra: 1. Bouchal, M. - Konečný, R.: Psychologie v lekařství. Praha, Státní zdravotnické nakladatelství 1966, s. 139. - 2. Burgess, W.A.: Nursing levels of health intervention. Prentice - Hall, Inc., New Jersey, Englewood Cliffs 1978, js. 44 - 45. - 3. Čaplová, T.: Praktikum lekárskej psychológie. Bratislava, Lekárska fakulta Univerzity Komenského 1990, s 31. - 4. Červinková, E.: Problematika potrieb nemocného, jejich ovlivňovanie a uspokojovanie. Zdravotnícka pracovnica, 1978, 3 s. 138 - 141. - 5. Pardel, T.: Motívacia ľudskej činnosti a správania. Kapitoly zo všeobecnej psychológie. Bratislava, SPN 1977, s. 94. - 6. Pardel, T.: Psychológia. Bratislava. Psychodiagnostické a didaktické testy n.p. 1982, s. 258. - 7. Ríčan, P.: Psychologicie osobnosti, Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy n.p. 1983, s. 114 - 118.

Do redakcie došlo:
11. marca 1996

Adresa autorky:
Mgr. M. Paseková
Brezová ul. č. 11
949 01 Nitra

Správy zo Svetovej zdravotníckej organizácie

Paracetamol

WHO Drug Information, 8, 1994, č. 4, s. 211 - 220

Tablety 100-500 mg, čapky 100 mg

Paracetamol je syntetický derivát p-aminofenolu s analgetickým a antipyretickým účinkom, no nepôsobí protizápalovo. Jeho plazmatický polčas je asi 2 hodiny. Metabolizuje sa veľmi významne v pečeni a následne sa vylučuje do obličiek.

Použitie: Prináša symptomatickú úľavu pri migréne a bolesti hlavy.

Dávkovanie a spôsob aplikácie

Dospelí: 0,5-1,0 gramu na začiatku bolesti hlavy alebo počas prodromálnej fázy: ak je to potrebné, dávka sa môže opakovať každé 4-6 hodín.

Deti: 6 - 12 ročné: 20-30 mg/kg telesnej hmotnosti na začiatku bolesti hlavy alebo počas prodromálnej fázy ak je to potrebné, dávka sa môže opakovať každé 4 až 6 hodín.

Dávka sa má redukovať u pacientov s obličkovou nedostatočnosťou.

Čapky sú vhodné pre pacientov, ktorí nie sú schopní liek užívať orálne. Liečenie nemá trvať dlhšie ako 5 dní, ak lekár nariadi výnimcoľne aj dlhšie.

Kontraindikácie

Precitlivenosť na paracetamol

Pečeňová nedostatočnosť

Nežiaduce účinky

Paracetamol sa dobre toleruje, ak sa podáva v rámci terapeutických dávok.

Precitlivenosť, kožné reakcie, neutropénia, trombocytopenická purpura sa vyskytli podľa údajov literatúry len vzácne.

Predávkovanie

Pri predávkovaní paracetamolu je nebezpečná jeho hepatotoxicita po užití už jednorázovej dávky 10 až 15 gramov môže potenciálne nastaviť nekrózu v pečeni. Spravidla o dva dni neskôr sa zjavia príznaky mierneho gas-

trointestinálneho dráždenia, nauzea, nevoľnosť, bolesti v bruchu, progresívne sa vyskytujúce znaky pečeňovej nedostatočnosti až hepatálna kóma.

Ak je predpoklad, že paracetamol sa nachádza ešte v žalúdku, treba urobiť jeho výplach alebo vysväľať vracanie. Ak je možnosť, treba určiť koncentrácie paracetamolu v krvnej plazme, aby sa dalo odhadnúť riziko pečeňovej nedostatočnosti. Táto nastane, ak koncentrácie prípravku v krvnej plazme po užití sú vyššie ako 200 mikrogramov/ml za dvanásť hodín, 25 mikrogramov/ml za šestnásť hodín a 6 mikrogramov/ml 16 hodín po užití prípravku.

Ako špecifické antidotá sa môžu použiť metionín alebo acetylcystein. Antidotum sa má aplikovať v prvých šestnásťich hodinách a skôr, ako sa zjavia príznaky poškodenia pečene. Počiatočná dávka 140 mg/kg telesnej hmotnosti sa podá per os alebo cez nazogastrickú sondu a pokračuje sa každé štyri hodiny podaním dávky 70 mg/kg telesnej hmotnosti, až pokým sa nedosiahnu normálne hodnoty testov funkcie pečene. Ak sa to nedosiadne do troch dní, nedá sa očakávať ďalšie zlepšenie.

Treba udržovať bilanciu tekutín a elektrolytov a pri pridruženej poruche dýchania sa musí započať aistovaná ventilácia.

Skladovanie

Paracetamol sa má uchovávať v tesne uzavretých obaloch, ktoré ho chránia pred svetlom a pri teplote pod 25°C. Čapky sa skladujú pri teplote pod 15°C.

(**Poznámky red.** Paracetamol je u nás dostupný v lekárňach, ktoré ho vydávajú na lekársky predpis, ale aj bez neho. Medzi bežne používané prípravky patria Medipyrin, Paralen, Paracetamol, Panadol, Coldrex a ďalšie. Okrem toho je paracetamol zložkou mnohých kombinovaných liekov v rôznej liekovej forme, ktoré sa používajú najmä ako lieky proti bolesti).

Dr. Menkyna

Empátia a ošetrovateľský proces u pacienta po operácii srdca

Súhrn: Autorka sa zameriava na vzájomnú komunikáciu pacienta a sestry v ošetrovateľskom procese. Citlivý a ohľaduplný prístup k pacientovi má veľký význam na prekonanie tejto fázy jeho života. Dobrou interakciou a pochopením neverbálnej komunikácie pacienta počas umelej ventilácie plúc pomáha pacientovi zmierňovať jeho stres. Pomocou empátie a spätnej väzby v komunikácii zistuje účinok svojho konania. V ošetrovateľskom procese dôležitú úlohu popri odborných vedomostach zohráva osobnosť sestry a jej komunikačné zručnosti.

Kľúčové slová: ošetrovateľský proces, empátia, neverbálna komunikácia, stres, osobnosť sestry.

Rozhodnúť sa pre operáciu srdca je pre chorého veľkou zátažkávajúcou skúškou. Strach a obavy z úspešnosti operácie sa v pooperačnom období prejavia rôznymi reakciami na túto vysoko stresovú situáciu. Preto je veľmi dôležité porozumenie a vcítanie sa ošetroujúcich do psychiky pacienta, ktorý je po operácii srdca v mimotelovom obehu. Samotný **výkon na otvorenom srdci** v mimotelovom obehu, ktorý je v podstate šokovou cirkuláciou, je pre pacienta extrémne veľkým stresom. Hoci sa výkon robí v hlbokej anestézii (z psychického hľadiska v hlbokom bezvedomí), tento stav mnohí pacienti prirovnávajú ku klinickej smrti.

Takisto v **ooperačnom období**, ktoré je spojené s umelou ventiláciou plúc na kratšiu či dlhšiu dobu, kedy je pacient zaintubovaný, býva v ľažkom strese. V tejto fáze je znížená, zhoršená až znemožnená normálna ľudská komunikácia, keď sa pacient nemôže na nič spýtať, nie je schopný vyjadriť svoje myšlienky, pocity alebo starosti ohľadom svojho zdravotného stavu (1). Sestra musí porozumieť pacientovi na základe paraverbálnych komunikačných klúčov (mimiky, výrazu očí, neartikulovaných prejavov pacienta, gest a iných prejavov). Neverbálna komunikácia v tomto štádiu dynamicky meniaci sa stavu pacienta je nesmierne dôležitá pre ďalší spoluprácu a celkové prežívanie pacienta na pooperačnom oddelení.

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta po operácii srdca prebieha za neustáleho monitorovania všetkých vitálnych funkcií. Väčšina pacientov, ktorí sú prvýkrát operovaní, sa ocitne v prostredí, ktoré sa vymyká ich doterajšej skúsenosti. Pacienta obklopuje množstvo prístrojov, ktoré vydávajú pre neho nevykľuklé zvuky, a je na nich v určitom pooperačnom období závislý (somaticky, fyziologicky a psychicky). Ani jednu noc neprežíva v úplnej trne a pokoji. Spočiatku sú to bolesti, ktoré sa tlmia injekciami, potom pacientovi najviac vadí intubačná kanya a spolupráca s ventilátorom a ako ďalší v poradí je permanentný močový katéter na sledovanie hodinovej diurézy. Bez možnosti obrany je vystavený neustálemu narušovaniu osobných zón. Vo dne v noci je podriaďovaný dominantnému postaveniu ošetroujúcich (1). Dobrú **interakciu sestry s pacientom** v tomto období umožňuje zmierňovať jeho stres. Okrem kognitívnej zložky empátie je potrebné uplatniť aj jej emočnú zložku k pacientovi. Hoci nás prístroje informujú o jeho somatickom stave, jeho psychický stav si musíme monitorovať citlivým prístupom k nemu. Na to je potrebné dostať sa iba na chvíľu do rezonancie s pacientom počas vzájomnej komunikácie, aby sme zistili jeho pocity. Po extubácii je komunikácia s pacientom ľahšia, nakoľko už môže slovami vyjadriť, čo ho trápi a čo cíti. Dôležitou zložkou empátie je jej spätná väzba. Z reakcie pacienta môžeme usúdīť, či pri jeho ošetrovaní a komunikácii s ním postupujeme správne.

Negatívnu úlohu zohráva **strata intimacy**. Strach a obavy o zdravotný stav môže vyvoláť situáciu, keď pacient vidí, že na susednej posteli resuscitujú spolupaciente, alebo je susedný pacient obklopený ešte inými prístojmi, než aké sa používajú pri jeho posteli, napr. kontrapulzátor, dialyzačný prístroj a pod.

Pacient sa psychicky a medikamentózne pripravuje už v predoperačnom období, kedy je dôležité vysvetliť a pripraviť pacienta na pobyt na pooperačnom oddelení, avšak vplyv podvedomia zohráva veľkú úlohu. V opéračnom období sa to môže prejavíť **rôznymi psychickými poruchami**, negatívnou odozvou v jeho reagovaní a prejavoch, úzkostným strachom, vegetatívnymi prejavmi, depresiou, agitovanosťou, stavmi zmätenosti, tzv. amentiformný postkardiotorický syndróm, ktorý sa vyskytuje najmä u pacientov nad 60 rokov života. Môžu sa pridružiť aj iné **somatické ochorenia** ako stresový vred žalúdka, alergické reakcie, herpes a pod. Záleží od osobnosti pacienta, do akej miery je schopný spracovať emócie vyvolané pobytom na pooperačnom oddelení.

Zvlášť citlivý a empatický prístup musia mať ošetroujúci u **pacientov s komplikovaným priebehom**, ktorí sa spája s dlhodobou ventiláciou plúc a tracheostomiou. Ak k organickým príčinám zhoršenia zdravotného stavu príbudi aj poruchy vedomia, ktoré sa môžu vystupňovať do bezvedomia, nastáva strata kontaktu a tým aj možnosť verbálnej komunikácie. V takomto prípade je možnosť využitia **neverbálnej komunikácie** každej formy jeho telesného prejavu (rytmus srdca, pohyby očných viečok, mimiky a pod.). Význam neverbálnej komunikácie u pacientov v bezvedomí sa stále nedoceňuje. Signály môžu tiež vychádzať z pohybov rúk a prstov. Ak tieto signály zachytíme, môžeme na ne reagovať tak, že vo fáze nádychu mu stisneme ruku. Ak stisk ruky niekolokrát zopakujeme, môže nám pacient odpovedať zrýchlením dýchania. Staneme sa tak dobrým sprievodcom pacienta, aj keď sa ten nachádza práve vo svete, ktorému my nemôžeme porozumieť (1). Ak sa jeho somatický stav stabilizuje, je možný návrat z komatózneho stavu. Veľký význam u týchto stavov má spolupráca s najbližšími príbuznými, ktorí formou odkazov alebo návštev sprostredkuje ošetrojučú sestru.

Veľmi ľažkou skúškou pre ošetroujúcich je pacient, ktorý zomiera. Ak sme sa snažili s ním komunikovať, vieme aspoň, že neboli úplne opostený, nakoľko sme sa s ním stretávali prostredníctvom komunikácie, akej bol schopný a ktorú sme rešpektovali (1). Je to veľmi ľažké, ak umiera mladý človek a sestra si uvedomuje svoju vlastnú minutičnosť. Preto je potrebné, aby na takomo oddelení pracovali sestry veľovo staršie, nie mladé absolventky. Sestra by mala absolvovať školenie zamerané na rozvíjanie empátie a komunikačných zručností, aby z jej vystupovania bolo poznat prirodzený účinok a rešpekt k pacientovi bez ohľadu na vek, postavu či profesiu (2). Empátia nie je jedinou možnosťou poznávania a pochopenia pacienta, ale iba jednou zo špecifických možností v ošetrovateľskom procese. Tak by sa ošetrovateľský proces skvalitnil nie len v prospech chorého človeka, ale aj sestry, pretože bez porozumenia a vcítania sa by sotva mohla poradiť alebo pomôcť. Nesmierne dôležité pri ošetrovaní chorých je, aby sestra bola nie len odborne, ale aj osobnostne zrelá a vyvážená, a bola schopná rozvinúť všetky dimenzie ľudskosti, ktoré presahujú rámec odborného vzdelania.

Alfred Adler o empátii povedal: "Empatizovať znamená vidieť očami druhého človeka, počuť ušami druhého človeka a cítiť jeho srdcom" (cit. podľa 2).

Literatúra: 1. Sotilovová, Z.: Čeho se bojí psycholog na resuscitačním oddelení. Sestra, 4, 1994, č. 5, s. 6-7. - 2. Beran, J.: Základní komunikačné dovednosti. Čas Lék. čes., 130, 1991, č. 16-17, s. 501-503.

Do redakcie došlo:
13. marca 1996

Adresa autorky:
Viera Trebichovská
Medvedovej 21/495
851 05 Bratislava

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť na jednotke intenzívnej starostlivosti interného oddelenia

Súhrn: Autori zdôrazňujú význam profesionálnej úrovne sestier ako základu kvalitnej starostlivosti o chorých na jednotke intenzívnej starostlivosti, čo predpokladá ich starostlivý výber, odborné vedenie a osobitné hodnotenie.

Rozvádzajú prvoradé úlohy sestry pri kardiopulmonálnej resuscitácii, urgentných diagnostických a liečebných výkonoch, u chorých s poruchou vedomia alebo ďalších vitálnych funkcií, s ischemickou chorobou srdca, najmä s infarktom myokardu a s intoxikáciami. Rozvádzajú najdôležitejšie spôsoby ošetrovateľskej starostlivosti na jednotke intenzívnej starostlivosti na internom oddelení. Popri základných ošetrovateľských výkonoch a zásad kardiopulmonálnej resuscitácie kladú dôraz na preventiu dekubitov, na starostlivosť pri umelej ventilácii, pri zavedenej žaludkovej sonde, parenterálnej výžive, kaválnom katétri, fibrinolytickej liečbe, kardioverzii, defibrilácií, kardiotimulácií a na podávanie antidít.

Kľúčové slová: ošetrovateľská starostlivosť na JIS, jednotka intenzívnej starostlivosti na internom oddelení.

Medzi základné predpoklady kvalitnej starostlivosti o chorých na jednotke intenzívnej starostlivosti (JIS) patrí predovšetkým vysoká profesionálna úroveň sestier. Tento predpoklad je možné spinuť len starostlivým výberom tých, ktorí budú pracovať na JIS, ich odborným vedením a osobným ohodnotením. Sestra na JIS je prakticky v neustálom kontakte s chorými a len od nej závisí, či si zavčasu všimne zmeny klinického stavu pacientov a upozorní lekára (1, 2).

Medzi prvoradé úlohy sestry na JIS patrí ovládať zásady kardiopulmonálnej resuscitácie, ktoré je potrebné so zdravotníckymi pracovníkmi pravidelne precvičovať. Percento neúspešnosti kardiopulmonálnych resuscitácií, vyplývajúcich z oneskoreného začiatia alebo neodborného vykonávania, je v našich nemocničiach stále pomerne vysoké. V tomto smere je potrebné vyzdvihnuť vysokú odbornú úroveň sestier na anesteziológických a resuscitačných oddeleniach, kde je kardiopulmonálna resuscitácia prakticky denným výkonom.

Pri hospitalizácii pacienta na JIS je potrebné zabezpečiť niektoré *urgentné výkony*, ktoré musí sestra bezpodmienečne ovládať. Medzi ne patrí - zavedenie venóznej cievky na podávanie liekov, pripojenie na monitorovací systém (EKG, TK), podanie zvhľdeného kyslíka maskou, zhotovenie EKG záznamu a v prípade potreby elektrická defibrilácia, odsatie obsahu z ústnej dutiny a dýchacích ciest a zavedenie močovej cievky u žien.

Najväčšiu pozornosť vyžadujú **chorí s poruchou vedomia a ďalších vitálnych funkcií**. Sem patria predovšetkým pacienti po kardiopulmonálnej resuscitácii a na umelej plúcnej ventilácii, pacienti v šoku, s metabolickým komatóznym stavom, cievnymi mozgovými príhodami a intoxikáciami. U týchto chorých sa sledujú vitálne funkcie (stav vedomia, počet dychov, srdcová frekvencia a tlak krvi, telesná teplota, diureza a defekácia, saturácia kysíka, bilancia tekutín a parametre vnútorného prostredia). V tejto súvislosti treba uviesť možnosť hypoglykémie v prípade podávania inzulínu, ktorá sa môže ľahko prehliadnúť a ktorá by mala pre pacienta v bezdomoví závažné následky (poškodenie mozgu).

Ošetrovateľská starostlivosť spočíva okrem podávania liekov, enterálnej a parenterálnej výživy v polohovaní pacienta, v aplikácii očnej masti do spojovkového vaku (zabránenie vysychania rohovky), odsávanie dýchacích ciest, v starostlivosti o venóznu a močovú cievku. Je ovela účinnejšie zabrániť vzniku dekubitov (polohovanie, antidekubitalná posteľ, masáž) ako ich liečiť. U chorých s umelou plúcnu ventiláciou je potrebné opakovane kontrolovať tracheálnu kanylu (možnosť vyklaznutia, upchatia),

funkčnosť celého systému a krvné plyny (pO_2 , pCO_2 , acidobázickú rovnováhu). U chorých so zavedenou žalúdočnou sondou je riziko regurgitácie žalúdočného obsahu a aspirácie (u neintubovaných chorých). Vhodná je poloha so zvýšením trupu a pred podaním sondovej výživy vždy aspirácia žalúdočného obsahu. Ak nie je žalúdok vyprázdnený, nie je možné podať ďalšiu dávku výživy a je potrebné na to upozorniť lekára. Predpokladom podávania výživy sondou je funkčný gastrointestinálny trakt so zachovanou evakuáciou žalúdka a peristaltikou črev. Pri zavedení enterálnej výživy sondou do jejúna riziko aspirácie nehrozí. Sondová výživa podávaná do žalúdka môže sa pripravovať v nemocničnej kuchyni, do jejúnej sondy môžu sa podávať len farmakologické prípravky enterálnej výživy (najlepšie kvapkovou infúziu). U chorých, ktorí dostávajú parenterálnu výživu, je najvhodnejší vakový systém "All in one" pripravovaný v lekárni. Spočíva vo vyváženom podávaní všetkých živin /bielkovín, sacharidov, tukov, minerálnych látok, stopových prvkov, vitamínov a tekutín, ktoré sú pripravené v plastovom vaku a podávajú sa cez centrálny venózny katéter kontinuálnej infúziou. Tento systém zabraňuje bakteriálnej kontaminácii, vymieňa sa prakticky raz za deň a nekomunikuje s vonkajším prostredím.

Starostlivosť o kaválny katéter spočíva v sterilnom krytí, v sterilnej manipulácii pri otváraní katétra. Neodporúča sa odoberať ani podávať krv kaválnym katéstrom pre riziko bakteriálnej kontaminácie a následnej "kaválovej" sepsy.

Najpočetnejšou skupinou chorých prijímaných na JIS na internom oddelení sú pacienti s ischemickou chorobou srdca - aktúnnym infarktom myokardu alebo s nestabilou anginou pectoris, so srdcovo nedostatočnosťou alebo dysrhythmiou. U chorých s akútym infarktom myokardu je prvoradá fibrinolytická liečba, ktorú musí pacient dostať čo najskôr od vzniku infarktu myokardu. Týmto chorým sa nepodávajú žiadne injekcie do svalu pre riziko krvaciaania; lieky sa aplikujú intravenózne zavedenou venózou cievkou. V prvých hodinách od vzniku infarktu myokardu a pri aplikácii fibrinolytickej liečby je zvýšený výskyt porúch srdcového rytmu. Je preto potrebné byť pripravený na kardiopulmonálnu resuscitáciu vrátane defibrilácie; nesmie sa zabudnúť na správne nastavenie zvukového alarmu na monitore. Všimť si treba varovné príznaky, akými sú častejší výskyt komorových extrasistol, bradykardia a ramienkové blokády. Pri podávaní fibrinolytickej liečby a vazooktívnych substancií sa pozorne sledujú hodnoty krvného tlaku, pri jeho poklese sestra informuje ihneď lekára. Chorí, vyžadujúci plánovanú kardioverziu, sa ponechávajú pred záクロkom ráno nalačno a pred výkonom sa im odstránia snímateľné zubné protézy, zabezpečiť venóznu cievku.

U pacientov so zavedenou dočasnou kardiotimuláciou sa sleduje prítomnosť stimulovaného rytmu na monitore a funkčnosť celého systému (riziko dislokácie elektródy pri nepokoji pacienta).

Druhou najpočetnejšou skupinou (hlavne v poslednej dobe) sú **pacienti s intoxikáciami**. Ide predovšetkým o pokusy o samovraždu alebo o predávkovanie drogami. Títo pacienti vyžadujú výplach žalúdka (ak je porucha vedomia, tak po predchádzajúcom zaintubovaní), podanie vysokej dávky živočíšného uhlia p.o. (1 g/kg hmotnosti) a následnú laváž čreva pomocou salinického laxans. Vykonáva sa fórsirovaná diureza prívodom tekutín intravenózne, prípadne iná eliminačná liečba (hemoperfúzia, hemodialýza, peritoneálna dialýza), a podávajú sa *antidít*. Z najčastejších antidít, ktoré by mali byť vždy na JIS, treba spomenúť Anexat (flumadenil), ktorý je antagonistom diazepínov, Intreron, ktorý je antagonistom morfínu a heroínu, Broncholysin, ktorý je antagonistom paracetamolu. Prvá vzorka z výplachu žalúdka, krv a moč sa odosielajú na

toxikologické vyšetrenie. Potrebné je sledovanie vitálnych funkcií, bilance tekutín. U chorých so samovražednými tendenciami hrozí opakovanie pokusu o samovraždu i na JIS.

Okrem odborného zaobchádzania so všetkými prístrojmi na JIS musí setra vedieť **asistovať pri výkonoch lekára**, akými sú intubácia, zavádzanie kaválneho katétra, vyšetrenie hemodynamiky, elektrická kardioverzia, defibrilácia, kardiostimulácia a pod. Pri hemodynamickom monitorovaní pacientov v kritickom stave je potrebné kontrolovať funkčnosť celého systému a pri zmene tlakovej krivky na monitore ihneď informovať lekára.

Úroveň poskytovania komplexnej zdravotníckej starostlivosti na JIS je potrebné zvyšovať nielen odborným vzdelávaním sestier, ale aj ohod-

notením ich namáhavnej práce. Vzhľadom na veľmi nízke finančné ohodenie práce zdravotníckych pracovníkov väčšina erudovaných sestier sa stráca - odchádzajú pracovať do nezdravotníckych zariadení.

Literatúra: 1. Dvořáček, I.: Akutná medicína. 2. vydanie. Praha, Avicenum 1990, 378 s. - 2. Evans, T.R.: ABC o resuscitaci. 1. české vydanie. České Budějovice, Dona 1992, 73 s.

Do redakcie došlo:

4. marca 1996

Adresa autorov:

MUDr. R. Kohn
Limbova ul. č. 5
833 03 Bratislava

M. Ballová, M. Stromková

Ústav ošetrovateľstva Jeseniovej lekárskej fakulty

Univerzity Komenského v Martine

Sexualita z pohľadu ošetrovateľstva

Súhrn: Sexualita je neoddeliteľná súčasť osobnosti človeka, ovplyvňuje ju a je ovplyvňovaná prostredím a jedincom. Ošetrovateľská starostlivosť sa stavia k sexualite s miernym nezáujmom, alebo ju aktívne využíva ako cieľ záujmu. Skutočnosť potvrzuje potrebu zvýšenia záujmu sestier o túto oblasť.

Kľúčové slová: sexualita, ošetrovateľstvo, zdravotná výchova.

Sexuológ chápe sexualitu ako "kvantitu sexuálnej energie, určenú zväčša erektívitu a jej pretrvávaním počas pohlavného styku" (1). Podľa ošetrovateľstva sexualita obsahuje všetky aspekty človeka vzťahujúce sa špecificky na to, či je ženského alebo mužského pohlavia, "je integrálnou súčasťou každého ľudského jedinca" (2). Sexualita ovplyvňuje jedinca a súčasne je ovplyvňovaná jeho biologickými, psychickými, sociálnymi, duchovnými aspektami.

Podľa Kozierovej a spoluprac. (2) je možné sexualitu rozdeliť na tri časti:

1. **Biologické pohlavie** - zahrňa geneticky determinovanú anatómiu a fyziológiu.
2. **Rodová identita** (sexuálna identita) je pocit byť ženou, byť mužom.
3. **Rodová rola** (sexuálna rola) obsahuje všetky druhy správania vzhľadom na pocit maskulinity, feminity.

Pri nazeraní na sexualitu z historického pohľadu zistíme, že sprevádzala človeka oddávna, o čom nás presvedčuje existencia sošiek (napr. Moravianska Venuša), nástenných malieb. Rukopisy, maľby, sochy, približne z roku 5000 pre našim letopočtom sú dôkazom o sexuálnych názoroch, hodnotách, praktikách.

Najvýznamnejší vplyv na postoj k sexualite malo i má náboženstvo a etika. Jednou z funkcií náboženstva je poskytnúť isté línie správania sa v medziludských vzťahoch, kde je zahrnutá aj sexualita (3). Nezanedbateľný vplyv na súčasnú sexualitu majú masmédiá.

Masters a Johnson v roku 1996 vypracovali všeobecné poznatky o sexuálnych potrebách. Robili vedecké záznamy o fyziologických reakciach muža a ženy na sexuálne stimulácie (cit. podľa 1).

Sexualita sa u človeka vyvíja od narodenia ako mnohostranne ovplyvňovaný jav. Každá spoločnosť si vytvára isté očakávania. Už od narodenia sa k novorodencovi rodičia správajú podľa zabehaných noriem, ale i širšia verejnosť, či ide o chlapca alebo dievča. Už koncom prvého roku sú viditeľné v prejavoch chlapcov i dievčat odlišnosti.

Trojročné dieťa je schopné sa identifikovať ako chlapec "on", dievča

"ona". V rámci upevňovania rodovej identity je významná interakcia s obom rodičmi, aby dieťa mohlo posilovať správanie rodiča rovnakého pohlavia. Vývin rodovej identity sa formuje prostredníctvom faktorov, ako je napr. výber šiat, hry, sposob reči.

Vo veku 4 - 5 rokov je jasne vytvorený pocit mužského alebo ženského pohlavia. Deti sa začínajú zaujímať o svoje i cudzie telo. Dôkazom je hra na "doktora". Kladú otázky o svojom narodení. Pri odpovedi je nesprávne pomáhať si klamstvom, zahriaknutím, prípadne vyhýbať sa odpovedi.

I deti školského veku prejavujú záujem o ľudské telo. V predpubertálnom období je častejšia sexuálna separácia, pozorujú zväčša osoby rovnakého pohlavia.

Puberta je obdobím prudkých telesných a psychických zmien. Podľa Eriksova dosievajúci človek hľadá odpoveď na otázky "kto som?", "kým sa mám stať?". Sexuálna identifikácia je dôležitou súčasťou dosievania. Homosexuálne prejavy v tomto období nemusia byť jednoznačným ukazovateľom sexuálnej orientácie v dospelosti. Mladí ľudia sa združujú v skupinách rovesníkov, ktoré poskytujú prežitie pocitu príslušnosti, hrドosti, spoločenského vedomia i napĺňanie sexuálnej roly (cit. podľa 1). Schôdzky chlapca s dievčatom (tzv. chodenie) sa začínajú zjavovať medzi 12. - 13. rokom, čo záleží od zrelosti jedinca.

Aktivácia potenciálu sexuálnej reakcie počas puberty pod vplyvom hormonálnych mechanizmov je príčinou toho, že pubescent začína byť citlivý na celý rad sexuálnych stimulov. Začiatok sexuálneho života je silným citovým zážitkom.

Mladšia dospelosť je obdobím zakladania si rodiny, starostlivosti o dieťa. V tomto období vzniká identifikácia s rolou matky, otca.

Stredný dospelý vek sa hodnotí ako obdobie stability a konsolidácie v živote človeka.

V staršom dospelom veku sa mení sexualita s nástupom telesných zmien. Jedenec prehodnocuje spôsob využitia svojich sôl, schopností. Tak muži, ako aj ženy prežívajú krízu života. U niektorých sa môže prejavíť zmenami v sebahodnotení. Zvyčajne sa akceptuje pravidlo, že sexuálny záujem a aktivita sa zachováva do neskoršieho veku do takej miery, do akej sa im venovala pozornosť počas celého života, aj keď spoločnosť sa negatívne stavia k sexuálnej aktivite u osôb vo vyššom veku.

Súčasné ošetrovateľstvo sa u nás i nadalej stavia k ľudskej sexualite s nezáujmom, podceňuje význam riešenia sexuálnych problémov, plne neakceptuje pacientovu (klientovu) sexualitu ako súčasť jeho osobnosti. Pacient (klient) však pri vstupe do systému ošetrovateľskej starostlivosti

sexualitu neodkladá.

V rámci ošetrovateľskej anamnézy je vhodné zisťovať súčasné i potenciálne problémy sexuality. Problémy sa vyskytujú napr. pri kardiovaskulárnych ochoreniah, cukrovke, pri mutiličujúcich chirurgických zákrokoch, hlavne tých, ktoré zasahujú orgány priamo súvisiace so sexuálnou funkciou. Detailné, úzko špecifické otázky nie sú na mieste, pokiaľ problém nie je prítomný.

Výchova k sexuálnemu zdraviu je súčasťou *zdravotnej výchovy obyvateľstva*. Medzi témy zdravotnej výchovy patrí napr. anatómia a fyziológia, vývinové obdobia sexuality a zmeny, ktoré prinášajú, zmeny v sexualite v dôsledku chorobných procesov, liečby, samovyšetrenie prsníkov, semenníkov a iné.

"Aby mohli sestry účinne pomáhať pacientom (klientom) so sexuálnymi

problémami, musia mať základné vedomosti o sexualite, musia identifikovať a akceptovať tak vlastné sexuálne hodnoty a správanie, ako aj iných a ďalej získať a poskytovať informácie o sexualite" (2).

Literatúra: 1. Molčan, J., Bárdos, A.: Vybrané kapitoly zo sexuológie a hranicných odborov. Martin, Osveta 1989, 249 s. - 2. Kozierová, B., Erbová, G.: Ošetrovateľstvo. 1. diel Martin, Osveta 1995, 1457 s.

Do redakcie došlo:
18. marca 1996

Adresa autoriek:
Mgr. Martina Ballová
Sklabinská ul. č. 26
036 01 Martin

M. Stromková
Ústav ošetrovateľstva Jeseniovej lekárskej fakulty
Univerzity Komenského v Martine

Výchova k manželstvu a rodičovstvu ako súčasť rodinnej výchovy

Súhrn: Realizácia výchovy k manželstvu a rodičovstvu nie je v súčasnom období na požadovanej úrovni. Výsledky výskumu nezačleňujú do rodinnej výchovy úplnú výchovu k manželstvu a rodičovstvu, častokrát prebieha nekoordinované, živelne. Jej realizácia sa presúva do iných inštitúcií, napr. do základnej školy. Aj ošetrovateľstvo by malo prispieť k realizovaniu výchovy k manželstvu a rodičovstvu, veď medzi úlohy ošetrovateľstva patrí edukčná činnosť.

Kľúčové slová: výchova k manželstvu a rodičovstvu, rodinná výchova, ošetrovateľstvo.

Aby rodina splnila svoje poslanie, musia fungovať vo vzájomnom spojení jej jednotlivé funkcie, a to citová, estetická, morálna, výchovná, ekonomicko-hospodárska, kultúrna, reprodukčná. H. Rozinajová hovorí: "Rodina je kolískou ľudstva, je kolískou výchovy". (1)

Cieľom rodinnej výchovy je formovanie osobnosti jedinca. Súčasťou rodinnej výchovy je i výchova k manželstvu a rodičovstvu. Mnoho rodičov nie je presvedčených o potrebe a význame menovanej výchovy. Problematikou je i začiatok výchovy k manželstvu a rodičovstvu. Odpoveď je jednoznačná, treba začať od najútlejšieho detstva.

Manželstvo a rodičovstvo kladú na jedinca vysoké nároky. Vytvoriť príjemný domov, ostrov bezpečia a istoty, nie je možné bez prípravy. Nesprávne a naivné sú predpoklady, že je samozrejmoucou byť dobrým manželským partnerom, rodičom, vytvoriť všeestrannu šťastnú rodinný život bez uvedomej, sústavnej a múdro riadenej prípravy.

Vo svojom výskume som sa zameraťa práve na výchovu k manželstvu a rodičovstvu (2). Cieľom bolo zistíť postepeň dospelých ľudí k problematike výchovy k manželstvu a rodičovstvu, ako aj zistíť názory mladých ľudí na partnerský, manželský a pohlavný život. Predmetom výskumu bolo 197 študentov stredných škôl (tretích a štvrtých ročníkov), druhú skupinu respondentov tvorilo 97 dospelých (rodičia i bezdetní). Dospela som k týmto poznatkom:

Mladí ľudia považujú výchovu k manželstvu a rodičovstvu za potrebnú (83,4 %). Pokiaľ rodičia netvoria informačný prameň, študenti získajú informácie o partnerských vzťahoch od priateľov, z masovokomunikáčnych prostriedkov. Tieto informácie sú častokrát skreslené, neúplné, niekedy až vulgárne.

Vyskytli sa diskrepancie medzi údajmi dospelých respondentov o veku,

ktorom by sa mala začať výchova k manželstvu a rodičovstvu, s údajmi študentov o začiatku pohlavného života, kedy by už mali byť dostatočne oboznámení o partnerských vzťahoch, o rizikach a zodpovednosti za svoje správanie, konanie.

Podľa výskumu chlapci začali pohlavne žiť skôr ako dievčatá, už vo veku 14 rokov - 3,6 %. Vo veku 17 rokov sa udáva najväčšia frekvencia prvých pohlavných stykov, dievčatá - 17,0 %, chlapci - 16,1 %. Príčom až 29,9 % dospelých uvádzajú vek 13 - 16 rokov vhodný na začatie menovanej výchovy a iba 59,8 % sa cíti pripravených a ochotných diskutovať o téme manželstva a rodičovstva s mládežou. Konštatujú, že morálka súčasnej mládeže má klesajúcu tendenciu. Najväčší podiel viní pripisujú masmédiám, iba 7,1 % uviedlo, že príčina je v rodine. Vela respondentov (55,5 %) vidí pri realizovaní danej výchovy problém vo vlastnej hanlivosti. Z príčin sa uvádzajú nezáujem rodiča, nedostatok času v rodine, nepripravenosť.

Výsledky výskumu potvrdzujú, že úroveň vedomostí a informovanosti mladých ľudí o manželstve a rodičovstve je nepriaznivá. Rodičia nezačleňujú do rodinnej výchovy úplnú výchovu k manželstvu a rodičovstvu. Častokrát prebieha živelne, nekoordinované. Realizácia danej výchovy sa presúva do iných inštitúcií, ako je napr. materská, základná škola.

Problém výchovy k manželstvu a rodičovstvu je komplexný a multidisciplinárny. Zaoberajú sa ním pedagógovia, psychológovia, sociálni pracovníci, cirkev, zdravotníci.

Medzi úlohy ošetrovateľstva patrí edukácia, prevencia. Môže ošetrovateľstvo prispieť k realizovaniu výchovy k manželstvu a rodičovstvu? Podľa skúseností, menovaná problematika nie je v ošetrovateľstve aktuálna. Robia ošetrovateľky (diplomované sestry, bakalárky, magisterky) výchovu k manželstvu a rodičovstvu? Ak áno, zviditeľnite svoju činnosť, podelte sa s čitateľmi o svoje skúsenosti.

Literatúra: 1. Rozinajová, H.: Pedagogika pre rodičov. I. vyd., Martin, Osveta 1988, 272 s. - 2. Stromková, M.: Výchova k manželstvu a rodičovstvu. Martin, Diplomová práca 1995, 53 s.

Do redakcie došlo:
18. januára 1996

Adresa autorky:
M. Stromková
Agátová ul. č. 485/10
031 04 Liptovský Mikuláš

Materstvo - proces premeny a podporná úloha sestry

Súhrn: Popôrodné obdobie je časom veľmi dynamických zmien, počas ktorého nastávajú telesné zmeny. Žena získava praktické skúsenosti v starostlivosti o dieťa a prebera úlohu materstva. Významnou povinou sestry v tomto období je poskytnúť matke a rodine dostatočné množstvo informácií.

Kľúčové slová: ošetrovateľstvo, materstvo, úloha matky

Odhad zameraný na materstvo

Správanie v materstve vyžaduje získavanie takých schopností a postojov, ktoré sú nasmerované na adaptáciu funkcie matky. Ošetrovateľské ciele obsahujú podporu udržiavania kontroly nad psychomotorikou, kognitívnu a efektívnu zložkou materskej funkcie. Detská a ženská sestra pôsobia jednotne pri podpore včasnej interakcie. V plánovaní sestry nesmie chýbať edukácia ženy na úlohy matky. V plánovaní starostlivosti o matku musí sestra identifikovať tie faktory, ktoré môžu mať vplyv na pretváranie ženskej funkcie. Medzi *neefektívne stimuly* zhoršujúce prechod ženy do funkcie matky patrí:

1. *Fyzický stav ženy*, najmä dlhý a ťažký pôrod, chronické ochorenie a použitie narkózy.
2. *Obmedzené vedomosti* o ošetrovaní dieťaťa, ktoré sa môžu prehĺbiť až do úzkosti vrchollacej v neschopnosti prijať materstvo.
3. *Nedostatok adekvátnej psychickej a fyzickej podpory* pre ženu a jej dieťa.

Psychologická podpora je potrebná, pretože podporuje pocit dôležitosti, pomáha klientke budovať svoje sebavedomie ako matke. Pri nedostatočnej podpore sa bude správať neadekvátnie. Pri odhade správania sa matky nesťačí poznať len jeden model správania sa, ale mať prehľad aj o iných.

Rubins identifikuje tri fázy správania sa počas hospitalizácie. Celá dĺžka tohto procesu je rozpracovaná na 10 dní, pričom u multipary môže tento proces prebiehať rýchlejšie. Dĺžka jednotlivých fáz je rozdielna v závislosti od stavu klientky (cit. podla 1):

1. "Taking-in" fáza (úvodná). Trvá prvé dni po pôrode. Je charakteristická tým, že citová a fyzická energia ženy sa sústredzuje smerom na seba a na skúsenosť z pôrodu. Žena má intenzívnu potrebu podeliť sa o svoje skúsenosti novej reality a napomáha interakcii s jej dieťaťom. Sestra by sa nemala brániť rozhovoru o pôrade a mala by podávať žene informácie ohľadne niektorých detailov pôrodu, ktoré žene nie sú jasné. Už pracovníci na pôrodnej sále by sa mali zhovárať so ženou o jej skúsenostach.

Ďalšou typickou črtou tejto fázy je, že od jej úvodu je žena závislá a jej úloha je pasívna. Nevie sa iniciatívne postarať o svoje dieťa a ani o seba, nie je preto zvláštnosťou, že jej pozornosť sa sústredzuje aj na spôsob uspokojenia jej potrieb. V tomto období je úlohou sestry vykonávať fyzickú starostlivosť o ženu a pomáhať jej vo výkonoch, ktoré nevie urobiť sama. Je dôležité, aby fyzické, ale aj duševné potreby ženy sa splnili skôr, ako sa stretne s potrebami svojho dieťaťa. Medzi potrebami dominuje túžba po odpočinku a po jedle.

2. "Taking- hold" fáza (udržiavania). Začína sa tretím dňom a trvá až do desiateho dňa. Žena sa počas tejto fázy zaoberá bežnou dennou realitou. Snaží sa udržiavať svoju nezávislosť v sebaopatere ako aj v starostlivosti o dieťa.

Túžba postarať sa kvalitne o dieťa je silná a práve preto, ak žena nemá dostatočné skúsenosti a nie je zručná alebo schopná postarať sa o svoje dieťa v plnej miere, môže byť frustrovaná.

Matka má záujem aj o fyzické a psychické prejavy dieťaťa, pokúša sa rozumieť správaniu svojho dieťaťa. Dôležitý je kontakt s detskou sestrou. Pomáha to matke zvyšovať jej zručnosti v jednotlivých úkonoch v starostlivosti o dieťa. Preto efektívnu vyučovacou metódou je umožniť matke, aby pri akomkoľvek ošetrovaní dieťaťa asistovala detskej sestre.

Zodpovednosť sa takto prenáša aj na matku, čo má veľký vplyv na urýchlenie dosiahnutia osobnej rovnováhy. Pocit vyčerpania alebo úzkosti matky môže spôsobiť, že nie je schopná prevziať čiastočnú zodpovednosť.

3. "Going- home" fáza (prepúšťacia). Záverečná fáza nastáva v posledný deň hospitalizácie, teda v deň prepustenia. Matka by mala byť maximálne vzdelaná a mať zručnosť v ošetrovaní dieťaťa ako aj v starostlivosti o seba. *Ludington - Hoe* rozlišuje dve zložky: materstvo ako opatrovanie dieťaťa a materstvo ako materský cit (cit. podla 1). *Materstvo ako opatrovanie dieťaťa* sa sústredzuje na fyzické opatrotovateľské zručnosti. *Materstvo ako materský cit* predstavuje emocionálne faktory. Hovorí o materských pocitoch, reakciách, problémoch a láske k dieťaťu.

Materstvo ako opatrovanie dieťaťa sa zameriava na technické zvládnutie ošetrovateľských úkonov, ako je krímenie, prebaľovanie a kúpanie, a na zabezpečenie rozvoja psychomotoriky dieťaťa. Túto starostlivosť vie realizovať aj žena, ktorá nie je citovo zainteresovaná, avšak žena, u ktorej je úspešný vývoj materských citov a má zdravý vzťah voči svojmu dieťaťu, bude mať dieťa lepšie prosperujúce. Dôležité je mať na pamäti, že vzťah medzi matkou a dieťaťom nie je automatický, ale prehľbuje sa v procese vývoja. Vo vývoji materstva zohráva veľkú úlohu priamy kontakt matky so svojím dieťaťom. Identifikácia ženy s funkciou matky pomáha dieťa začleniť do rodiny.

Veľkú úlohu pre rozvoj vzťahu medzi matkou a dieťaťom zohráva samostatné dojčenie. Ďalším významným faktorom pre rozvoj vzťahu medzi matkou a dieťaťom je *pohľad z očí do očí*. Matka spontánne otáča hlavu tak, aby bol jej pohľad v dráhe pohľadu jej dieťaťa. Podľa *Mercera* je táto teória postavená na vytvorení *puta medzi matkou a dieťaťom*. Pre jeho vytvorenie identifikuje autor šesť úloh (cit. podla 1):

1. *Integračný proces*. Na formovanie ženy majú vplyv skúsenosti z pôrodu. Rozdiel medzi predstavami a skutočnosťou je u jednotlivých žien rôzny a úlohou sestry je vypočuť ich a vyvrátiť jej nesprávne názory a správne ju podporiť.

2. *Tvrďa realita*. Matka sa musí postupne vyrovnáť s rozdielmi medzi svojou fantáziou a skutočnosťou (vzhľad a pohľadie dieťaťa, telesný vzhľad). Sestra povzbudzuje pozitívne materské city, ale pôsobí aj na jej výživu tak, aby nepoškodzovala matku, kvalitu jej mlieka a zároveň pomáhala žene nadobudnúť žiaduci telesný vzhľad.

3. *Znepokojenie nad správaním dieťaťa*. Matka často porovnáva správanie svojho dieťaťa s ďalšími detmi. Zameriava sa hlavne na dominantné aktivity, ako je jedlo, spánok, pláč, hmotnosťný prírastok a iné. Úlohou sestry je vysvetliť matke, že každé dieťa je iné a že jej dieťa je zdravé a normálne.

4. *Materské schopnosti*. Typickou črtou ženy v sestonedeli, hlavne pre primipary, zostáva tendencia mať čo najviac vedomostí a zručností v ošetrovaní dieťaťa. Venujú veľké množstvo času tomu, aby sa naučili vykonávať jednotlivé úlohy perfektnie a aby sa naučili materskému správaniu. Multipary, ktoré už majú zručnosti, sa viac sústredujú na začlenenie dieťaťa do rodiny.

5. *Úloha rodiny*. Tento bod sa zaobráva vzťahom ženy - matky, jej manžela a začlenením ich dieťaťa do rodiny.

6. *Ďalšie zodpovednosti*.

Záverečnou úlohou je zabezpečiť plynulý prechod ženy z postavenia klientky na funkciu matky zvládajúcej domáce práce. S primiparou je vhodné prekonzultovať celý denný režim a zahrnúť 24-hodinovú starostlivosť o dieťa. Sestra môže plánovať tieto opatrenia:

- a) vysvetliť žene možnosť asistencie partnera pri starostlivosti o domácnosť,
- b) pomôcť matke a otcovi zostaviť plán rozdelenia práce,
- c) uistíť ženu a jej partnera, že koitus po čase nadobudne tie isté kvality (cit. podla 1).

Prechod z postavenia ženy na materstvo je zložitý proces premeny.

Postupné zmeny nastávajú už počas gravidity. Postavenie nových úloh pred matku sprevádza niekedy pocit strachu a úzkosti.

Materstvo je komplexný proces, v ktorom sa žena postupne učí. Vela partnerov si musí vybudovať nový životný štýl, vyplývajúci z toho, že do rodiny prišlo diefa. Môže sa stať, že žena počas šestonedelia nezíska praktické skúsenosti v starostlivosti o diefa.

Dôležitou úlohou sestry je učiť matku aj ostatných členov rodiny zapájať sa do transformačného procesu. Vzhľadom na to, že doba hospitalizácie je krátka, sestra by mala identifikovať priority pre výchovu a vzdelávanie a jej intervencie. Najvhodnejší čas na učenie sa starostlivosti o seba a diefa má sestra počas návštevy pri vyšetrovaní diefa, pri liečebných a ošetrovateľských úkonoch. Vhodné je dať matke písomné inštrukcie a

vytvoriť modelové situácie, pri ktorých sestra demonštruje komunikáciu s novorodencom, pričom pri oslovovaní diefa používa jeho krstné meno. Sestra podporuje včasný návrat ženy domov a zmysluplnosť jej ďalšieho života.

Literatúra: 1. *Annauershine M., Gunther M.: Maternity nursing. Dimensions of change.* Boston, Jones and Bartlett 1986, 759 s.

Do redakcie došlo:
18. marca 1996

Adresa autorky:
Mgr. M. Ballová
Sklabinská ul. č. 26
036 01 Martin

Redakcia žiada autorov, aby sa pridržiaval týchto pokynov :

1. Článok má byť napísaný iba na jednej strane papiera strojom, v slovenskom alebo českom jazyku, v rozsahu najviac 12 strojmi písaných strán. Treba dodržiavať medzeru 4 cm od okrajov. Počet typov v jednom riadku nemá prekročiť 60 a počet riadkov na strane 30.

2. Titul príspevku sa má podčiarknuť dvomi súvislými čiarami, podtituly v texte jednou súvislou čiarou. Zvýraznenie v texte možno vyznačiť riedeným písmom alebo podčiarknutím prerušovanou čiarou. Mená osôb v teste, prípadne ďalejšie slová možno vyznačiť podčiarknutím vlnovkou.

3. Príspevky musia byť stručné, do redakcie dodané v dvoch vyhotoveniach, štylisticky a jazykovo správne. Každý rukopis sa podrobí v redakcií jazykovej úprave.

4. Latinské i ďalšie cudzojazyčné slová, ak sú udomácnené, treba písat podľa Pravidiel slovenského pravopisu a Slovníka cudzích slov (napr. karcinóm, prekanceróza a pod.), inak ich treba písat pôvodným latinským pravopisom (napr. názvy chorôb, zloženie liekov, ich firemné názvy atď.).

5. V nadpise nech autor (autori) uvedie (uvedú) skratku svojho mena a celé priezvisko. Do nasledujúceho riadku uvedú plný názov pracoviska, z ktorého práca pochádza. Do tretieho riadku sa uvedie nadpis príspevku.

6. Na osobitnom hárku papiera autor podpíše prehlásenie, že práce nezadal inde na uverejnenie. Súčasne treba na tomto hárku redakciu označiť rodné číslo prvého autora, jeho úplné meno a priezvisko (aj s titulmi) a presnú adresu bydliska a PSČ. Na tomto hárku možno poslat redakciu aj návrh na uverejnenie kľúčových slov príspevku.

7. Redakcia odporúča autorom na záver príspevku uviesť citáciu dokladovej literatúry. Citovať treba iba literatúru, na ktorú sa autor odvoláva.

Spôsob citácie :

Odvolanie na citáciu literatúry v teste sa robí v chronologickom poradí (nie v abecednom) uvedením poradového čísla citovaného literárneho prameňa umiestneného v zátvorke. Podľa platnej normy v SR treba dodržať tento spôsob citovania :

a/ Z knihy : priezvisko autora, čiarka, osobné meno skrátené, bodka, dvojbodka, názov knihy, bodka, poradie vydania, bodka, miesto vydania, čiarka, vydavateľ, rok vydania, čiarka, počet strán (číslica, pred ňou s.), bodka. Napr.: Junas, J. : Lekári a spoločnosť v 19. storočí na Slovensku. Martin, Osveta 1990, 280 s.

b/ Z časopisov : priezvisko autora, čiarka, osobné meno skrátené, bodka, dvojbodka, názov, článku, bodka, názov časopisu v medzinárodnej skratke (uverejnené v Lekárskom obzore, 36, 1987, č. 5, s. 243 - 309), čiarka, ročník, čiarka, rok vydania, čiarka, rok vydania, čiarka, číslo, čiarka, strany (s., číslice od-do), bodka. Napr.: Pretrovičová, A., Tietzová, J. : Enterálne vírusové nákazy. Lek Obz, 41, 1992, č. 8, s. 434 - 442.

8. Dokumentácia prác :

Tabuľky musia byť napísané strojom osobitne každá na inom hárku spolu s ich označením v dvoch vyhotoveniach. Obdobne aj grafy, ktoré musia byť kreslené tušom. Fotografie musia byť zhotovené na tvrdom lesklom kontrastnom papieri, iný obrázkový materiál redakcia neprijíma. Na zadnej strane týchto príloh uvedte poradové číslo prílohy (podľa sledu v teste), meno autora a názov práce ceruzkou. Označte vrch prílohy ceruzkou šípkou. V teste treba uviesť umiestnenie prílohy. Dokladový materiál sa pri zasielaní do redakcie nesmie spínať, ale musí sa dať do osobitnej obálky.

9. Redakcia si vyhradzuje právo na redakčné úpravy a korektúry bez dohovoru s autorom.

10. Príspevky uverejnené v Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík nehonorujeme.

Histologické vyšetrovacie metódy aplikované pri pečeňovej biopsii

Súhrn: Autori prezentujú spôsob spracovania biopatickej vzorky pečeňového parenchýmu. Väčšina vzoriek je vo forme punktátov. Punktáty si vyžadujú veľmi pozorné manipulovanie vrátane opisu vzorky pri excidovaní a kvalitného ďalšieho spracovanie. Použité farbiace metódy sa pri pečeňovej biopsii uplatňujú jednako pri orientácii v štruktúre a na druhej strane pri identifikácii intra- a extracelulárnych útvarov a materiálov. V rutinnej praxi automaticky používajú tzv. "veľkú sériu" farbení, ktorá zahŕňa hematoxylín-eozín, Massonov trichróm, alebo van Giesonove farbenie, Gomoriho impregnáciu retikulínových vláken, reakciu PAS, diastáza - PAS, Perlsovú reakciu na dôkaz trojmočného železa a farbenie orceónom na dôkaz HBsAg. V indikovaných prípadoch robia náročné enzymohistochemické vyšetrozenia (mnohokrát je dôkaz možný len v čerstvom, vo formalinovej nefixovanom materiáli!) a imunohistochemické vyšetrozenia (väčšinou vo fixovanom v parafíne zaliatom materiáli!). Elektrónmikroskopické vyšetrozenie v rutinnej biopatickej praxi v pečeňovej biopsii nenašlo uplatnenie.

Kľúčové slová: histológia, biopsia pečene.

Ročne na našom ústave vyšetríme okolo 300 biopatických vzoriek pečene. Väčšinou ide o punktát odobraté Menghiniho ihlu gastroenterológom naslepo, ale i cieleno pri laparoskopii alebo chirurgom pri zákrokoch v dutine brušnej (1). Punkčnú biopsiu pečene zaviedol nemecký biochemik Paul Ehrlich pred 111. rokom, keď u experimentálnych zvierat sledoval cirkadiálny výskyt glykogénu v pečeňových bunkách. V diagnostickej praxi našla punkčná biopsia pečene uplatnenie až po roku 1957, keď Menghini skonštruoval a publikoval nový druh punkčnej ihly, ktorá svojou jednoduchosťou zaručovala väčšiu výtažnosť materiálu, zmenšila komplikácie a presadila sa rýchlosťou odberu. Sám Menghini ju nazval "sekundová biopsia" (2, 3).

Pri excidovaní je dôležité, aby sa odobratá vzorka zmerala a makroskopicky opísala. Už makroskopické zhotovenie punkčného cylindra môže niekedy poskytnúť vysvetlenie povahy poškodenia pečene (3, 4, 5). Punkčný cylinder pochádzajúci z normálnej pečene je mäkký, lesklý a homogénne hnedorúžovej farby. Stukovanie pečene (tuková pečeň) sa manifestuje žltým sfarbením punktátu. Na povrchu fixačného roztoku, v ktorom je pečeňový punktát uložený, vidime plávajúce "mastné oká". Pri cholestaze je obvyčajne tkanoivo žltozelenej farby alebo hnedoželené a po prenesení punkčného cylindra, napr. do Carnoyovej tekutiny, rýchlo nadobudne zelenú farbu. Čokoládovohnedá farba poukazuje na hemochromatózu (siderofiliu), alebo fažkú siderózu. Šedá alebo čierna farba býva pri Dubinovom-Johnsonovom syndróme. Pri venostatickej pečeni punkčný cylinder obsahuje drobné krvavé škvíry veľkosti špendlíkovej hlavičky. Pri vírusovej hepatitíde je obraz podobný a hnedočervené ložiská sú následkom centrobulárnych nekróz. V prípade akútneho Buddovho-Chiariho syndrómu cylinder má farbu venóznej krvi a môže sa podobat jemným prúžkom červstvých krvavých zrazenín. Pri glykogenózach je tkanoivo bledé a mastné, ale mäkké. V prípadoch pokročilej amyloidózy má rovnakú farbu, ale je tuhé. Ak sa pri cirhózach podarí odobrať kompaktný cylinder, potom možno pozorovať hnedorúžové pseudolobuly aranžované ako prúžky perál oddelené od seba bledošedými môstikmi, ktoré zodpovedajú väzivu. Pri metastázach, ak ihla prešla tkanivom nádoru a pečene, bude normálne sfarbený parenchým osto ohraňčený od bieleho tkania nádoru podobajúceho sa rybaciemu surovému mäsu. Pri zasiahnutí veľkej metastázy početné rozstrakané biele čiastočky predstravujú ložiská nekróz. Pri podozrení na porphyria cutanea tarda nefixovaný punkčný cylinder v ultrafialovom svetle dáva červenú alebo oranžovo červenú fluorescenciu.

Počet **reprezentatívnych vzorkov** rozumieme kompaktný punkčný cylinder dĺžky 35 mm, minimálne 15 mm. Priemer cylindra by mal byť hrúbky 1,4 až 1,8 mm a nie tenší ako 1 mm. S fragmentovaným cylindrom sa stretávame

najmä pri cirhóze, resp. fibróze pečene (3).

V rutinnej biopatickej praxi sa vzorka **fixuje formalínom a zaleje do parafínu**. Pre histochemické vyšetrozenia, napr. dôkaz gluko-6-fosfatázy, treba vyšetrovať nefixované tkanoivo. Imunohistochemické vyšetrozenia robíme z formalínových parafínových bločkov. Len výnimcoľne robíme elektrónmikroskopické vyšetrozenie (4). Pri pečeňovej biopsii sa farbiace metódy uplatňujú pri orientácii v posudzovaní štruktúry pečeňového parenchýmu ako i pri identifikácii intra- a extracelulárnych útvarov a materiálov. Na našom pracovisku sme si v diagnostickej praxi osvojili tzv. "veľkú sériu" farbiacich metód, ku ktorým patria tieto farbiace metódy:

1. **Hematoxylín-eozín (HE).** Ide o prehľadné farbenie, ktoré má informatívny charakter. Pri malom množstve materiálu v pripravenej sérii HE farbíme najväčší rez. Toto farbenie je potrebné doplniť špeciálnymi farbeniami, ktoré uvádzame pod číslom 2 až 7.

2. **Van Gieson.** Na dôkaz kolagénových vláken zeleno sa prifarbuje žltový pigment v pečeňových bunkách a žltové tromby v rozšírených žltových kapilárah. Rovnako sa môže použiť i **Massonov trichróm**, v ktorom okrem kolagénu a žltového farbiva sa na červeno prifarbuju megamitochondrie a **Malloryho hyalín**, ktorý má šedomodrú farbu s červenkastým stredom.

3. **Retikulin podla Gomoriho.** V normálnej pečeni ukazuje trámcovitú štruktúru hepatocytov a kolaps retikulínovej kresby po nekrózach. Dôležitý je pri diferenciálnej diagnostike metastáz karcinómov ako aj pri hepatocelulárnom karcinóme.

4. **PAS** znázorňuje obsah a rozloženie glykogénu v pečeňových bunkách.

5. **PAS + K** (na trávenie diastázou pred PAS farbením). Nález cytoplazmatických "globulí" pri alfa -antitrypsíni deficienci, prifarbovanie ceroidu a prifarbovanie žltového pigmentu.

6. **Shikatovo farbenie orceónom** na dôkaz HBsAg v cytoplazme pečeňových buniek ako i copper-binding proteínu.

7. **Perlsova reakcia** na dôkaz trojmočného železa pri siderózach pečene, pri hemochromatóze (siderofili). Veľmi užitočná a neprehliadnuteľná je pre znázornenie žltového pigmentu pri cholestaze. Túto základnú sériu podľa potreby dopĺňujeme ďalšie špeciálne farbenia na dôkaz amyloidu (Kongo červeň, tioflavín mT), melanínu (Fontana), farbenie na med (kyselina rubeanovodíková). Z **histochemických reakcií** je to napr. dôkaz glukózo-6-fosfatázy pri podozrení na I. typ gykogenózy. Zo širokej škály **imunohistochemických vyšetrovácih metód** je to najmä dôkaz HBsAg a HBcAg pri infekcii vírusom B hepatitidy a dôkaz alfa-1-antitrypsínu pri metabolických poruchách. Pri hepatocelulárnom karcinóme môžeme často dokázať prítomnosť alfa-1-fetoproteínu v nádorových bunkách. V diferenciálnej diagnostike sa často opierame o dôkaz CEA a cytokeratínov (metastázy karcinómu), resp. dôkaz S-100 proteínu a HMB-45 pri metastáze maligóneho melanómu.

Pri niekoľkočinných skúsenostach sme v podmienkach našej nemocnice prešli na spracovanie vzoriek odobratých punkčnou technikou, lebo len tak možno hovoriť o reprezentatívnej vzorke, a teda diagnostickom materiáli (1). Trojedinosť správnej diagnózy teda závisí od odberu diagnostického reprezentatívneho materiálu, jeho spracovania (správne zvolená fixácia, resp. čerstvý materiál), ale najmä od kvalitne urobených histologických preparátov vrátane vhodných špeciálnych farbiacich metód.

Literatúra: 1. Lauko, L.: Morfológická diagnostika chorôb pečene - súčasný stav a perspektívy. V. Glasa, J., Holomář, J.: Aktuálne problémy v hepatológií. Bratislava, Carls 1993, 106 s. - 2. Thaler, H., Javitz, J.: Leberbiopsie. Intermist, 11, 1970, č. 10, s. 364-374. - 3. Thaler, H.: Liver biopsy. V: Csomós, G., Thaler, H.: Clinical pathology. Berlin-Heldelberg-New York, Springer 1983, s. 143-158. - 4. Tomík, F.: Farebný atlas biopsie pečene. Martin, Osveta 1978, 161 s. - 5. Horváth, A. a kol.: Práca s biopatickým materiádom. Martin, Osveta 1988, 228 s.

Do redakcie došlo:

28. februára 1996

Adresa autorov:

Olga Kantorová
Mierová ul. č. 22
038 53 Turany

Larválna toxokaróza - diagnostická novinka v parazitologickom laboratóriu

Súhrn: Autorky v úvode uvádzajú základné poznatky o parazitoch *Toxocara canis* a *Toxocara cati*, o zdrojoch nákazy, prenose týchto parazítov a o klinických následkoch. Detailne sa zoberajú špecifickou parazitologickou diagnostiku určením protílátok proti larválnemu antigénu v sére vyšetrovanej osoby metódou ELISA. Uvádzajú aj vlastné poznatky, ktoré získali rozborom výsledkov pri vyšetrení 1308 krvných sér od pacientov z 10 okresov Slovenska, z ktorých bolo 249 pozitívnych. V detskom veku sa zistila vyššia pozitivita u chlapcov, v dospelosti zase u žien.

Kľúčové slová: larválna toxokaróza, parazitologická diagnostika.

Toxocara canis a **Toxocara cati** sú známe parazity psov a mačiek, ale aj iných zvierat. Ako také sú známe 200 rokov. Uplynulo 40 rokov odvtedy, čo Paul Chester Beaver a spolupracovníci určili týchto červov ako pôvodcov závažného ľudského ochorenia. Odhaduje sa, že u nás mal alebo má približne každý šiesty občan tieto parazity v pečeni, plúcach, mozgu, očiach alebo inde v tele. Choroba je najaktívnejšia v útoku detskom veku (1).

Zdrojom nákazy človeka na celom svete sú prakticky len dva druhy zvierat: pes a mačka. Sú najdôležitejšimi definitívnymi hostiteľmi toxokar. Tieto svojím trusom vylučujú do vonkajšieho prostredia vajíčka. Aby sa vajíčka stali infekčnými pre ďalších hostiteľov, teda aj pre človeka, musia v pôde určity čas dozrievať. Proces ich dozrievania vyžaduje teplotu nad 10°C, dostatočnú vlhkosť a prístup kyslíku; trvá asi 3 - 4 týždne. Výsledok je infekčná larva III. štadia. Infekčnosť býva zachovaná niekedy až celé roky. Človek sa najčastejšie nakazí priamym kontaktom s materálom kontaminovaným zrelými vajíčkami. Iné spôsoby, ako je napr. prenos kontaminovanou vodou alebo potravinami a prenos prostredníctvom ostatných živočíchov, hrajú v procese nákazy pravdepodobne vedľajšiu úlohu. Za prostredie najviac kontaminované môžeme označiť pôdu, piesok, do ktorého zvieratá najviac defekujú (obr. 1). Dá sa predpokladať, že každý jedinec, ktorý sa doposiaľ nestreltol s nákazou, je vnímavý. Prirodzená rezistencia človeka sa nezaznamenala. Vysoké percento nálezov protílátok v zdravej populácii bez súvisiacich klinických prejavov spôsobujú slabé nákazy. Je rozdiel medzi séropozitívnymi a klinicky chorými. Prvých je podstatne viac. Rozvinuté ochorenie sa prejavuje ako *larva migrans visceralis* s rôznymi klinickými prejavmi rôznych orgánov.

Ústredné postavenie v špecifickej diagnostike larválnej toxokarózy dnes

prislúcha určeniu protílátok proti larválnemu antigénu v sére vyšetrovanej osobe metódou ELISA. Na našom oddelení vyšetrujeme špecifické protílátky podľa štandardnej metodiky, odporúčanej Parazitologickým ústavom SAV v Košiciach. Ide o reakciu ELISA v mikropostupe (2).

Materiál a metodika

Do nášho laboratória prichádzajú séra z rôznych oddelení nemocníc stredoslovenského regiónu. Ide hlavne o cielené vyšetrenia pri eozinopofílii. Z tabuľky, ktorá uvádzá počet pozitívnych sér pripadajúcich na jednotlivé okresy podľa oddelení, jasne vyplýva nerovnomerný záujem o vyšetrovania z jednotlivých oblastí regiónu. Závisí od zamerania klinika a aj od informovanosti o možnostiach tejto diagnostiky na našom oddelení. Rovnako sú problém s uvádzaním diagnózy, lebo väčšinou nie je na sprievodnom lístku uvedená. Preto ani v našom príspevku nemôžeme uviesť najčastejšie príznaky, ktoré vedú klinika k tomu, aby počítal s možnosťou toxokarovej nákazy.

Výsledky

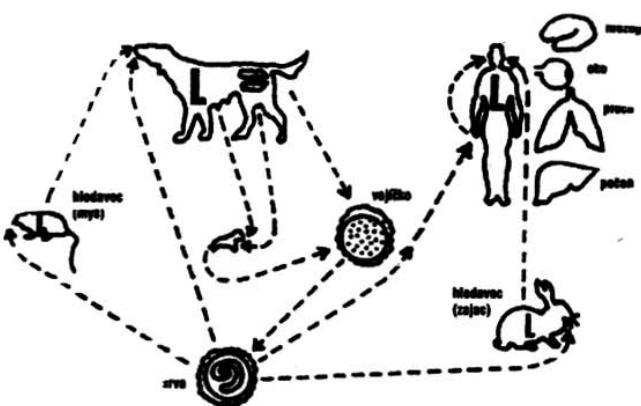
Diagnostiku toxokarózy vykonávame na našom pracovisku od apríla 1992. Ako vyplýva z tab., do júla 1994 sme vyšetrili 1308 sér pacientov z 10 okresov. Pozitívnych bolo 249 vyšetrení, čo predstavuje 19 % z celkového počtu. Týchto 249 vyšetrení predstavuje 171 pacientov, z toho 50,9 % (87) žien a 49,1 % (84) mužov. Na tab. 3 je rozdelenie pacientov séropozitívnych na toxokarózu podľa veku a pohlavia. Z tabuľky je zrejmé, že sme dospeli k podobným výsledkom, ako uvádzajú Uhl/Kova pre Českú republiku. Čo sa týka rozdelenia podľa pohlavia, v detskom veku sa potvrdila vyššia pozitivita u chlapcov, v dospelom veku zase u žien. Vysvetluje sa to tým, že dievčatá sú čistotnejšie ako chlapci, ženy sa však viac zaoberajú prácou súvisiacou s pôdou a potravinami ako muži. Proces nákazy prebieha po celý život, pričom séropozitivita trvá až 10 rokov, teda sa kumuluje. To vysvetluje vzostup pozitívnych pacientov so stúpajúcim vekom. Vysokú pozitivitu detí si vysvetľujeme tým, že prejavy toxokarovej infekcie sú v detskom veku klinicky výraznejšie a častejšie. Keďže v našom materiáli ide o cielené vyšetrenia, je logické, že v našich výsledkoch figurujú. Avšak u bežnej populácie je výskyt séropozitivity na toxokarózu u detí nižší ako u dospelých. Dokázali to aj naše výsledky vyšetrení náhodne vybratých zdravých detí vo veku 3-15 rokov (tab. 4). Bola to skupina detí z materskej školy vo Zvolene a skupina detí do 15 rokov z det-

Tabuľka 1. Počet pozitívnych sér pripadajúcich na jednotlivé okresy podľa oddelení

Oddelenie Okres	Infekčné očné	nervové	interné	kožné	detské	hematologické	epidemiologické a mikrobiologické	Spolu
B. Bystrica (NFDR)	52	3	18	5	11	7	5	101
Liptovský Mikuláš						1		1
Lučenec	10		1	4		2		17
Prievidza	9	1		10		22	2	44
Rimavská Sobota	7	22		3		4		36
Topoľčany					2	1		3
Veľký Krtíš						4		4
Zvolen		3		1		1		4
Žiar nad Hronom	1	2						3
Žilina	17	5		1		11		34
Spolu	96	35	19	24	13	52	6	249

Vysvetlivka: NFDR - Nemocnica Franklina Delano Roosevelta

Obrázok 1. Životný cyklus *Toxocara canis* (1).



ského strediska v Banskej Bystrici. Pozitivita sa zistila u 2 dievčat, teda ide o veľmi nízky výskyt pozitívity. Zaujímavé je, že séropozitívne boli dievčatá, čo je v rozpore s vyšie uvedeným tvrdením o prevahe výskytu toxokarózy u chlapcov. Vzhľadom k málopočetnosti vyšetrovaného súboru detí však k tomuto nemôžeme zaujať jednoznačné stanovisko.

Záver

Sme radi, že sme mohli rozšíriť paletu parazitologických vyšetrení na našom pracovisku v snahe napomôcť klinikom v diferenciálnej diagnostike, k rozšíreniu znalostí a k zmapovaniu situácie o rozšírení ochorenia v populácii na Slovensku. V ďalších rokoch budeme prezentovať výsledky našej práce v širšom rozsahu.

Literatúra: 1. Mikulecký, M. ml., Utajená hrozba. Bratislava, Asklepios 1993, s. - 2. Reakcia ELISA - pracovný postup. Parazitologický ústav SAV. 1993, s. - 3. Uhlíková, M., Hübner, J., Larvová toxokaróza. Praha, Avicenum. 1983, s.

*Do redakcie došlo:
10. februára 1996*

*Adresa autoriek:
O. Kútiková
Laliiová ul. č. 20
Vlkanová
976 31 Banská Bystrica*

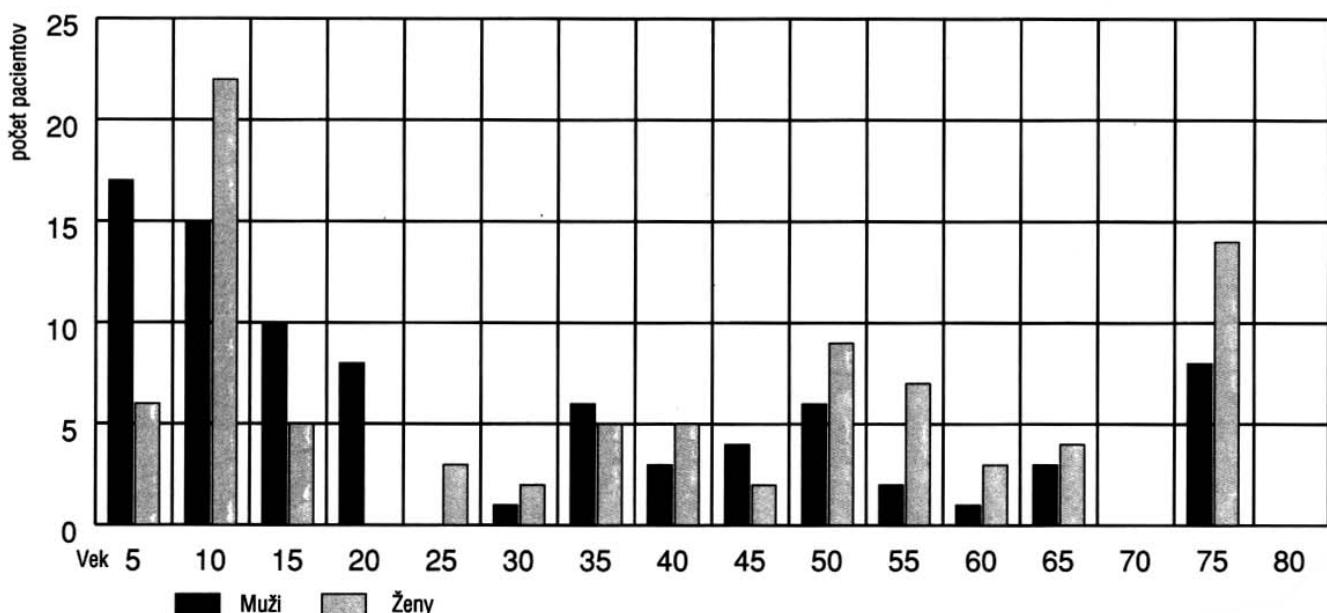
Tabuľka 2. Vyšetrenia na larválnu toxokarózu
Parazitologické oddelenie ŠÚHE Banská Bystrica

Celkový počet vyšetrení (sér)	1308	100%
apríl 1992 - júl 1994		
Pozitívne vyšetrenia (séra)	249	19%
Počet pozitívnych pacientov	171	100%
Z toho ženy	87	50,9%
muži	84	49,1%

Tabuľka 4. Výsledky vyšetrení náhodne vybratých zdravých detí
vo veku od 3-15 rokov

Pohlavie	Počet	Pozitívne	%
Chlapci	27	0	0
Dievčatá	24	2	8,3
Spolu	51	2	3,9

Tabuľka 3. Rozdelenie pacientov séropozitívnych na larválnu toxokarózu podľa veku a pohlavia



Životné prostredie a kvalita potravín

Súhrn: V práci sa zdôrazňuje význam životného prostredia, ktorého súčasťou je i človek, najmä vo vzťahu k zhoršeniu zdravotného stavu populácie. V rámci týchto súvislostí upriamujú autori pozornosť na látky najviac sledované v potravinách, osobitne dusitaný, dusičnany, ťažké kovy, polychlorované bifenylы a v neposlednom rade i chlorid sodný. Predkladajú prehľad o náleze vybraných a cudzorodých látok v potravinách získanom zo vzoriek potravín v okrese Nitra. Zisťovali najmä obsah olova, kadmia, ortuti, farbív a kuchynskej soli.

Kľúčové slová: ortút, kadmium, olovo, farbivá, kuchynská soľ, potraviny v okrese Nitra

Životné prostredie je pojem, ktorý sa v poslednom období často používa v rôznych súvislostiach. Človek je súčasťou, ale aj tvorcом svojho prostredia, ktoré mu dáva predpoklady pre život a poskytuje mu možnosť pre intelektuálny, morálny, sociálny a duchovný rozvoj. Prostredie a človek tvoria neoddeliteľný celok a ovplyvňujú sa navzájom. Životné prostredie, najmä chemické prímesy v ovzduší, vode, potravinách, ako aj geologické podmienky sa podieľajú na zhoršovaní zdravotného stavu populácie.

V priebehu druhej polovice tohto storočia chemické spoločnosti ospevovali zázračnú moc chemických látok a naozaj tieto látky priniesli zázraky - antibiotiká, obrovský výber úžitkových vecí, o ktorých naši predkovia ani nesnávali. Avšak súčasne so všetkými ich prednostami tieto nové látky vytvorili aj dlhý rad problémov, vrátane väznych zdravotných následkov. Existuje neodskripteľné spojenie aj medzi určitými chemickými látkami a špecifickou chorobou, napr. rakovinou. V dvadsaťtych rokoch nášho storočia priemysel začal vyrábať látky, ktoré začali unikať do životného prostredia a dostali sa aj do potravinového retazca, ako napr. polychlorované bifenylы (PCB), ktoré môžeme zistíť v tkanivách ľudu a zvierat. Iná látka bola napr. DDT, ktorá medzi iným vplývala na výskyt rakoviny prsníkov u žien. Priemysel dvadsaťteho storočia vytvoril mnoho ďalších toxickejších látok z rúd a pôdy, čo viedlo k tomu, že sa v atmosfére vyskytovalo o 300-krát viac olova, 20-krát viac kadmia a 4-krát viac arzénu, ako je normálny výskyt v prírode. Toxickej účinky pesticídnych látok sú o niečo lepšie známe v porovnaní s účinkami priemyselných toxickejších látok. Hoci pracovníci v priemysle sú najviac vystavení ich toxickej účinkom, ostatní ľudia sú im vystavení tým, že konzumujú výrobky, potraviny, pijú znečistenú vodu a dýchajú znečistený vzduch. Preto je nepochybne dôležité, aby bol spotrebiteľ a občan chránený pred potravinami, ktoré môžu ohrozíť jeho zdravie.

Z látok, ktoré sú najviac sledované v potravinách, sú najmä **dusitaný a dusičnany, ťažké kovy** (kadmium, olovo, ortút), **polychlorované bifenylы** a v neposlednom rade aj **NaCl**.

Dusitaný a dusičnany cez nitrozamíny sú mutagénnymi a karcinogénnymi faktormi.

Polychlorované bifenylы, ktoré sa používali predovšetkým ako zmäkčovači a vatláč do náterových hmôt, v transformátoroch, hydraulických olejoch, sa považujú za potenciálne karcinogény.

Nadmerné množstvo **olova**, ktoré sa dostáva do ovzdušia a do potravinového retazca, má vplyv na krvotvorbu, najmä na tvorbu jej červenej zložky.

Kadmium, ktoré sa dostáva do potravín cez pôdu, hnojivá a z fosilných palív, vyvoláva jednak poruchu spermogenézy, ako aj nádorové bujnenie a hypertenziu.

Ortút, najmä tej anorganické zlúčeniny, môžu poškodiť vývoj plodu, najmä jeho centrálny nervový systém, a narušuje tiež bunkovú membránu.

Nie je cieľom tohto prehľadu ukázať, aký je denný príjem cudzorodých látok prostredníctvom potravinového koša u obyvateľov okresu Nitra. Toto

sledovanie sa bude vykonávať v rámci plnenia úlohy čiastkového monitoryacieho systému. Chceme podať prehľad o náleze vybraných cudzorodých látok, ktoré sledovalo laboratórium nášho ústavu vo vzorkách potravín, odobraných v rámci bežného zdravotného dozoru oddelením hygieny a výživy a boli vyhodnotené podľa smerníc MZ SR pre hodnotenie cudzorodých látok.

Z prvej tabuľky je zrejmý obsah dusičnanov v zelenine. V ich sledovaní od r. 1986 je vidieť, že v tom roku bol počet nevyhovujúcich vzoriek 35,6 % a následne so stúpajúcim počtom vyšetrovaných vzoriek klesol počet nevyhovujúcich vzoriek v r. 1994 na 0,5 %. Ako vidno, obsah dusičnanov v zelenine mal kolísavý, ale predsa len klesajúci trend. Najväčší vplyv na tento jav mal obmedzenie nekontrolovaného používania priemyselných hnojív v poľnohospodárstve.

V mäsových výrobkoch (tab. 2) mal obsah dusičnanov výrazne klesajúci trend a od r. 1991 sme nezisťovali zvýšený obsah dusičnanov týchto výrobkov.

Obsah **olova**, podľa tab. 3, ktoré sa sledovalo najmä v múke, pekárenských a pečivárenských výrobkoch, mäsových výrobkoch, pive, v hotových konzervárenských výrobkoch, ale aj iných, mal od r. 1988 výrazne klesajúci trend a v r. 1994 sme nezaznamenali vzorky, v ktorých by bol nadlimitný obsah olova.

Nález **kadmia** (tab. 4) mal kolísavý priebeh s náležom 28 % vzoriek nad limit v r. 1990 s poklesom počtu nevyhovujúcich vzoriek 4,6 % v r. 1994. Išlo najmä o múku, slnečnicové zrnká a mak.

Z iných sledovaných chemických látok, ako je zrejmé z tab. 5, obsah **ortuti** sa v nadlimitných množstvách vo vzorkách nezistil. Obsah **polychlormovaných bifenylów** v sledovaných rokoch sa zistil len v 1 vzorke materinského mlieka matky z topoľčianskeho okresu, rodiacej v nemocnici v Nitre. Vzorku sa nám však nepodarilo zopakovať, nakoľko matka prestala dojčiť. Obsah nepovolených **farbív** sa zistil v domácky vyrobených cukríkoch, ktorých výroba bola následne zakázaná. **Med**, ktoréj vyšetrovanie sa vykonal v r. 1994, nevykazovala nadlimitný nález v celej palete výrobkov - konzervárenské výrobky, marmelády, mäsové výrobky, múka, pekárenské výrobky, atď.

U **kuchynskej soli**, sledovanej v mäsových výrobkoch z 50 vzoriek v r. 1994 sa nález zistil len v 4 vzorkách.

S ohľadom na zisťovaný negatívny dopad cudzorodých látok v požívatinách na zdravotný stav populácie je potrebné venovať im ďalej zvýšenú pozornosť a kontrolou činnostou zabezpečiť preventívne opatrenia na zamedzenie ich negatívnych účinkov, čo je aj v náplni práce štátnych zdravotných ústavov.

Do redakcie došlo:

22. januára 1996

Adresa autoriek:

E. Bányiová
Na hôrke č. 5
949 11 Nitra

Tabuľka 1. Obsah dusičnanov v zelenine v okrese Nitra

Rok	Počet vzoriek
1986	35.6% 73
1987	33.8% 66
1988	22% 108
1989	19.4% 72
1990	27.8% 130
1991	4.4% 135
1992	7.0% 278
1993	4.3% 527
1994	.5% 201

Tabuľka 2. Obsah dusičnanov nad normu v mäsových výr. v okr. Nitra

Rok	Počet vzoriek
1986	20
1987	10% 20
1988	15% 20
1989	5.5% 36
1990	1% 20
1991	0 108
1992	0 73
1993	0 100
1994	0 50

Tabuľka 3. Obsah olova v potravinárskej výrobkoch v okr. Nitra

Rok	Počet vzoriek
1986	38
1987	10% 40
1988	9% 44
1989	4% 41
1990	0.7% 34
1991	0 56
1992	0 23
1993	2.8% 137
1994	0 236

Tabuľka 4. Obsah kadmia vo vzorkách potravín v okrese Nitra

Rok	Počet vzoriek
1986	
1987	10
1988	10
1989	5
1990	38% 18
1991	3.5% 57
1992	23
1993	7.2% 137
1994	4.6% 236

Tabuľka 5a. Nález Cl dusičnanov vo vzorkách vyšetrených ŠZÚ Nitra

Rok	Zelenina rýchlená			Zelenina neskorá			Mäsové výrobky		
	Počet	% nevyšetrených	Počet	% nevyšetrených	Počet	% nevyšetrených			
1986	47	27	26	65	20	0			
1987	46	23,9	20	55	20	10			
1988	52	19,2	56	23,2	20	15			
1989	30	16,6	42	21,4	36	5,5			
1990	90	30	40	22,5	20	5,0			
1991	54	3	81	5	108	0			
1992	165	10	113	5,2	73	0			
1993	128	1,6	399	5,2	100	0			
1994	201	0,5	-	-	50	0			

Tabuľka 5b. Nález Cl vo vzorkách potravín vyšetrených ŠZÚ Nitra

Rok	Olovo		Ortut		Kadmium		Farbívá		PCB		Meď		NaCl	
	Počet	% NV	Počet	% NV	Počet	% NV	Počet	% NV	Počet	% NV	Počet	% NV	Počet	% NV
1986	38	0	11	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1987	40	25	-	-	10	0	-	-	-	-	-	-	-	-
1988	44	20,5	-	-	10	0	-	-	-	-	-	-	-	-
1989	41	10	-	-	5	0	-	-	5	20	-	-	-	-
1990	34	2,1	-	-	18	28	31	0	5	0	-	-	-	-
1991	56	0	13	0	57	3,5	99	2	32	0	-	-	-	-
1992	23	0	2	0	23	0	82	1	-	-	-	-	-	-
1993	137	2,1	13	0	137	7,2	56	0	-	-	-	-	-	-
1994	236	0	42	0	236	4,6	75	0	-	-	193	0	50	8

Heslá do slovníka

- Kvalita** - celkový súhrn vlastností a znakov výrobku alebo služby, ktoré im dávajú schopnosť uspokojovať vopred stanovené, predpokladané a očakávané potreby.
- Norma** - pravidlo, súhrn pravidiel, zásad, ktoré by mali pomôcť pri dosiahnutí uvedeného cieľa,
- požadovaná a dosiahnuteľná úroveň výkonu, s ktorou sa porovnáva skutočná prax.
- Štandard** - meradlo kvantity a kvality požadovanej ako základ, s ktorým sa porovnávajú ostatné hodnoty,
- dosiahnutá, ustálená bežná úroveň.
- Štandard v ošetrovateľstve** - odráža oblasť ošetrovateľskej praxe, ktorá umožňuje poskytovať organizovanú starostlivosť a tým zabezpečiť kvalitné a kontinuálne ošetrovanie,
- vyjadruje minimálnu požadovanú úroveň starostlivosti,
 - je dynamický a podlieha zmenám, musí rešpektovať práva klienta a obhajovať ich.

Forma štandardu:

štruktúra pracovníkov, lokalizácie a prístrojového vybavenia organizácie pravidiel, dokumentácie, odbornosti

štrukturálne normy:
priestoru,
prostredia,
ošetrovateľských služieb,
normy procesu,
pracovníkov,
aktivity

proces diagnostika, plánovanie, realizácia

normy
výsledkov

výsledok hodnotenie - stav, pocit klienta, spokojnosť lekára,
celkové náklady

**požadovaný štandard
ošetrovateľských služieb**

Mgr. M. Ballová, Mgr. K. Žiaková, Mgr. M. Strinková

Nové trendy výroby mlieka v okrese Prešov

Súhrn: Mliekárenský priemysel je jedným z najdôležitejších odvetví na zabezpečovanie výživy našej populácie. Výroba mlieka predstavuje významný prínos pre racionálnu výživu človeka v saturácii jeho potrieb základných živín a výživných látok.

Do roku 1980 boli v okrese Prešov dve účelové veľkokapacitné mliekárne. Po roku 1989 zanikli a vznikli menšie pasterizačné stanice (p.s.) pri poľnohospodárskych družstvách. Za uplynulých sedem rokov bolo v okrese Prešov zriadených 8 takýchto p.s. Autorka objasňuje výhody nového spôsobu výroby mlieka na základe zberu údajov a monitorovania p.s. (lepšia kvalita mlieka, možnosť výberu a cenové zvýhodnenie, menšie epidemiologické riziko) a uvádzá ako nevýhodu nemožnosť v týchto p.s. tvoriť zásoby mlieka.

Kľúčové slová: výroba mlieka v okrese Prešov, pasterizačné stanice.

Mliekárenský priemysel je jedným z najdôležitejších odvetví pre zabezpečenie výživy populácie. **Mliekárstvo (laktológia)** je aplikovaná veda, ktorá sa zaoberá výrobou mlieka, jeho spracovaním a distribúciou. Skladá sa z dvoch rovnocenných zložiek, a to z prvovýrobnej a priemyselnej. Prvovýrobná zložka zahŕňa produkciu a ošetrovanie mlieka v prvovýrobe, priemyselná zložka zabezpečuje úpravu a spracovanie mlieka v mliekárenskej závodoch. Mliekárenstvo na Slovensku prešlo historickým vývojom. Začalo sa rýchlosťou rozvíjať po založení prvej družstevnej mliekárne v Košiciach v roku 1894. V roku 1914 už bolo na Slovensku 54 mliekárni. Významným medzníkom z hygienického hľadiska bol rok 1934, keď sa zaviedla povinná pasterizácia mlieka. Výrazný rozvoj mliekárstva u nás nastal po II. svetovej vojne. Zrušili sa nevyhovujúce pracoviská, mnohé sa koncentrovali do väčších podnikov, rekonštruovali a modernizovali a najmä sa budovali nové, veľké mliekárne, čím sa značne zvýšil rozsah spracovateľských kapacít. Výroba mlieka predstavuje obrovský prínos pre racionálnu výživu v saturácii potrieb jeho základných živín a výživných látok, avšak mlieko nemá všade vo výrobení dostavenie, lebo v krajinách, kde mliekárstvo nie je rozvinuté, má aj jeho spotreba, kým v iných je spotreba vysoká. Po roku 1989 v dôsledku zvornoprávnenia vlastníckych vzťahov a transformácie ekonomickej sféry zanikli veľké mliekárne a vznikli pasterizačné stanice pri poľnohospodárskych družstvach, ktoré sa lepšie prispôsobovali trhovému hospodárstvu. Cielom tejto štúdie je hľbieť zmapovať vzniknutú siet malých pasterizačných staníc a ich špecifických vlastností v okrese Prešov.

Šíenosť pasterizačných staníc v okrese Prešov

Do roku 1989 boli v okrese Prešov dve účelové mliekárne v Prešove a Sabinove, ktoré zabezpečovali zber mlieka z veľkej zbernej obalstí, rôznej kvality, jeho spracovanie a opäťovnú distribúciu do širokej obchodnej siete. Väčšie mliekárne sa dnes prevažne využívajú ako distribučné sklady rôznych používateľských výrobkov.

Ekonomické podmienky v dôsledku postupného zániku monopolných podnikov donutili výrobcov mlieka v prvovýrobe zriaďovať **vlastné pasterizačné stanice** (dalej p.s.) podľa vlastných možností.

Za uplynulých 5 rokov vzniklo na spracovanie surového kravského mlieka v okrese Prešov 7 p.s. (tab. 1) a to: v Sedliciach, Širokom, Terni, Kapušanoch, Drienove, Nižnej Šebastovej a Lipanoch. Ostatné mlieko zváža spoločnosť s.r.o. MILK AGRO, ktorá vlastní bývalú mliekáreň v Prešove a Sabinove, kde časť mlieka spracúva na mliečne výrobky a časť sa odváža na spracovanie do mliekárne Lubiná Košice. Uvedené p.s. sa podieľajú na plnení úloh spočívajúcich v zabezpečovaní okresu mliekárensky ošetreným mliekom a užším sortimentom mliečnych výrobkov. Táto priemyselná časť úzko závisí od prvovýroby, ktorá sa na plnení uvedených úloh bezprostredne podieľa.

Malokapacitné p.s. spracúvajú mlieko len z vlastných fariem, kde je priama hmotná zainteresovanosť pracovníkov na množstve a kvalite spracovaného mlieka. Tým sa častočne vylúčil tzv. "fudský faktor" negatívne pôsobiaci v

prvovýrobe, s ktorým veľkokapacitné mliekárne zápasili, napr. "zvyšovanie" nadojeného mlieka pridávaním vody mnohokrát z neznámeho vodného zdroja, odcudzovanie smotany a iné.

Zber mlieka sa realizuje prevažne cisternami a v jednom prípade Potravinárske družstvo (PD) Sedlice - mliekovodom, t.j. prepojenie mliečnice s p.s., kde treba vyzdvihnuť rýchly zvoz mlieka a jeho spracovanie. Mlieko nadojené v nedelu večer a v pondelok ráno, teda z dvoch dojení, sa v pondelok ráno spracuje. Do obchodnej siete k spotrebiteľovi sa dostane už na druhý deň.

Dispozičné riešenie malých p.s. nie je ideálne. Vo všeobecnosti ich možno zatradiť do troch kategórií:

I. kategória: PD Drienov, PD Sedlice, PD Kapušany.

II. kategória: PD Terňa, ŠM Lipany, PD Široké.

III. kategória: PD Nižná Šebastová.

I. kategória. Tu je zabezpečená jednosmernosť výroby, vhodné pracovné podmienky a strojno-technologické zariadenia. Nezanedbateľná je aj snaha PD Sedlice čo najrýchlejšie spracovať mlieko odpredaj priamym predajom. K dispozícii majú účelové vozidlo, členené na skladovaciu časť - chladenú a predajnú časť so zabezpečením hygienických podmienok pri predaji.

II. kategória. V PD Terňa je nedostatočné riešenie umývania prepravných obalov fliaš a koniev, kolísavá kvalita vodného zdroja. Pri ohľadke v p.s. v Širokom sa zistila vysoká teplota mlieka finálneho výrobku za chladičom pastéra (+22°C). Vo finálnych výrobkoch odobratých k laboratórnemu vyšetreniu sa zistila neúčinná pasterizácia pri teplote +85°C. Skutočnosť bola urýchlene signalizovaná Okresnej veterinárnej stanici Prešov s cieľom zjednania nápravy. V ŠM Lipany je starší typ pastéra; p.s. ako jediná spasterizované mlieko neplní do malospotrebitelských obalov, ale do koniev ktoré odváža do vlastnej predajne, odkiaľ sa mlieko predáva do nádob spotrebiteľov.

III. kategória. Ako najhoršia sa javí p.s. v Nižnej Šebastovej, nakoľko spracovanie mlieka a distribúcia sa zabezpečuje v jednej prevádzkovej hale, nie je oddelená čistá časť prevádzky od nečistej.

Inštalované **strojno-technologické zariadenia** v sledovaných p.s. sú rôzne. Prevažne sa k pasterizácii mlieka používajú **doskové pastéry** v PD Sedlice, PD Kapušany, PD Nižná Šebastová, PD Široké, v Lipanoch **trúbkový pastér** typ "R" (jeden zo šiestich vyrabencov prototypov na Slovensku). V Drienove je **technológia francúzskej výroby "ACTINI INTERNACIONAL"**. Na Slovensko boli dovezené tri takéto linky, toho času je v činnosti len jedna tohto druhu. Je to moderné zariadenie, v ktorom výrobný proces je riadený automatickou ústredňou. Zaujímavé sú tam lampy "ACTINICA" rozmiestnené vo výrobnom priestore na odstránenie lietajúceho hmyzu.

Najčastejšie používaný **technologický postup pasterizačného zariadenia doskového typu MP 1000** realizovaný napr. v p.s. Kapušany pozostáva z týchto úkonov: príjem mlieka, filtrace, pasterizácia, chladenie, plnenie, uskladnenie hotového výrobku, čistenie a dezinfekcia. Mlieko určené na spracovanie sa prečerpáva do príjmovej nádrže LIMO. V prípade potreby sa chladí pomocou chladiaceho zariadenia ALV. Filtrácia sa zabezpečuje rukávovým filtrom umiestneným v potrubí za príjmovou nádržou. Výmena filtrov sa vykonáva po prietoku určitého množstva podľa odporúčania výrobcu. Pasterizačné zariadenie je kontinuálne, na pasterizáciu slúži **minipastér MP 1000**. Pracovný proces sa ovláda automaticky prostredníctvom riadiaceho panelu, na ktorom sa nastaví pasterizačná teplota +85°C. Mlieko do pastéra sa z príjmovej nádrže privádzza cez vyrovnávaciu nádrž VNM 100. Pasterizačná teplota je udržiavana regulačným zariadením, ktoré zabezpečí pasterizačnú teplotu mlieka. V prípade poklesu teploty pod 85 °C sole-noidový snímač dá impulz pre regulátor teploty, ktorý ovláda pneumatické ventily a tie uzavŕňia výtok mlieka z pasterizátora, čím sa zamedzuje zmiešanie tepelne ošetreného mlieka (spasterizovaného) so surovým a tým nastáva recyklácia mlieka vo vnútornom okruhu až do dosiahnutia pasterizačnej teploty.

Tabuľka 1. Prehľad pasterizačných staníc v okrese Prešov

Miesto pasterizačnej stanice	Klasifi-kácia PS	Strojno-technolo-gické za-riadenie	Paste-riazač-né te-ploty (°C)	Spôsob balenia	Vodný zdroj
PS Sedlice	A	Doskový typ pastéra	85	PE fólia dvojvrst-vová	Vlastná studňa
PS Široké	B	Doskový typ pastéra	87	PE fólia dvojvrst-vová	Vodovod
PS Kapušany	A	Doskový typ pastéra	85	PE fólia dvojvrst-vová	Vodovod
PS Drienov	A	ACTINI INTER-NACIONAL	86	PE fólia dvojvrst-vová fľaša	Vlastná studňa
PS Nižná Šebastová	C	Doskový typ pastéra	85	PE fólia dvojvrst-vová	Vodovod
PS Lipany	B	Trubkový typ pastéra	85	Konva	Vodovod
Poznámka: PE - polyetylénová fólia					

Tabuľka 2. Vplyv teploty pri skladovaní mlieka na trvanie baktericídnej fázy

Teploota mlieka °C	Tvorenie baktericídnej fázy hodín
37	do 2
30	do 3
25	do 6
10	do 24
5	do 36
0	do 48

Tabuľka 3. Prehľad kvality mlieka za obdobie september 1994 - január 1995

Pasterizačná stanica	Počet odobratých vzoriek	Senzoricky				Bakteriologicky				Chemicky				Poznámka
		PVV	V	N	%	PVV	V	N	%	PVV	V	N	%	
PS Sedlice	3	1	1	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	
PS Široké	10	3	3	0	0	6	5	1	-	4	3	1	-	Neúčinnosť pas-téra, vysoký po-čet CPZ a koliformných baktérií
PS Kapušany	4	2	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	
PS Drienov	7	2	2	0	0	5	4	1	-	2	2	0	0	Vysoký počet CPZ a koliformných baktérií
PS Terňa	10	3	3	0	0	6	4	2	-	4	4	0	0	Vysoký počet CPZ a koliformných baktérií
PS Nižná Šebastová	4	1	1	0	0	3	3	0	-	1	1	0	0	
PS Lipany	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Spolu	38	12	1	0	0	24	20	4	20	14	13	1	7,6	

Poznámka: CPZ - celkový počet zárodkov, PVV - počet vyšetrených vzoriek

začnej teploty. V pastéri sa nachádzajú v prietokových rúrkach tri otvory pre zasunutie klasických ortufových teplomerov na kontrolu teploty vstupného, výstupného a spasterizovaného mlieka. Po pasterizácii sú mlieko schladzujúce mliekom, ktoré do pastéra vstupuje, pričom výstupná teplota spasterizovaného mlieka je len o 2°C vyššia ako teplota mlieka vstupujúceho do pastéra. Graf 1 dokumentuje nárast mikroorganizmov pri rôznych teplotách a dôležitosť dodržiavania nízkych teplôt pri ošetrovaní mlieka. Po pasterizácii sa mlieko potrubím dopravuje do chladiacej nádrže PACO, kde sa pri teplote + 5°C uchováva na ďalšie spracovanie. Na plnenie mlieka do polyetylénového vrecúška z dvojvrstvej fólie slúži plnička mlieka BTB - 12. Naplnené vrecká sa odvážajú do chladiaceho boxu (teplota + 5°C) v mliekárenských prepravkách do 12 kusov, kde sa uskladňujú do doby expedície.

Cistenie a dezinfekcia jednotlivých zariadení ako aj všetkých výrobných priestorov sa vykonáva denne po pasterizácii mlieka. Každá pasterizačná stanica má vypracovaný *harmonogram čistenia a dezinfekcie*, ktorý je jedným z hlavných podmienok pri zabezpečovaní hygiena pri spracovaní mlieka. Čistenie a dezinfekcia tvoria podstatnú časť sanitačného programu, ktorého efekt závisí od správnej prípravy a používania *čistiacich a dezinfekčných prostriedkov*. Pred chemickým čistením sa vykonáva mechanická očista. Najviac sa využívajú dezinfekčné a čistiace prostriedky Despon A, Despon K, Demyro A, Demyro K, Agrosan A, Agrosan K, kyselina dusičná, hydroxid sodný, lúh sodný, Jar, Pur, Rekord.

Akosť surového a mliekárensky ošetreného mlieka je v úzkom vzťahu k akosti používanej vody. Pri spracovaní mlieka sa vyžaduje pitná voda. Prívod vody do p.s. sa zabezpečuje cestou inžinierskych sietí až na p.s. v Terni, Sedliciach a Drienove, ktoré majú vlastný vodný zdroj - studňu s permanentnou dezinfekciou.

Pri monitorovaní p.s., zberie údajov a konzultáciách na tému mlieko a jeho spracovanie možno naraziť aj na **odporcov mlieka**, ktorí argumentujú, že *cholesterol mlieka* zvyšuje obsah cholesterolu v krvi, a tým vzniká ateroskleróza a koronárne ochorenia. Druhým obľúbeným antilaktickým varovaním je premorenosť mlieka cudzími látkami. Je známe, že mlieko získané zo zdravej mliečnej žľazy po nadojení je mikrobiologicky veľmi čisté, pretože v zdravej mliečnej žľaze je mlieko sterilné. V bakteriálnej fáze sa počet mikroorganizmov niekedy aj znižuje, čo sa pripisuje *laktánemu*. Doba pôsobenia tejto bielkoviny záleží od teploty a obsahu mikroorganizmov v nadojenom mlieku. Tieto závislosti prináša tab. 2.

Graf 2 uvádzá **priemerný denný objem výroby mliekárensky ošetreného mlieka** v potravinárskych družstvách, pasterizovaných staniciach a štátnych majetkoch v okrese Prešov. Priemernú dennú produkciu veľkokapacitnej mliekárne sa nepodarilo zistíť, nakoľko ju zrušili.

Aj keď odborníci signalizujú **pokles spotreby mlieka a mliečnych výrobkov**, ktorý vznikol v súčasnej dobe v dôsledku ekonomickej situácie mnohých rodín, nemožno opomenúť vzostup počtu kráv v starostlivosťi drobnochovateľov najmä na vidieku, ktorí neraz pokrývajú spotrebú cca 40 % obyvateľov.

Zo skúseností a aj z odbornej literatúry vieme, že sa zistuje rozdielna organoleptická kvalita mlieka v priebehu roka, čomu by bolo treba venovať pozornosť pri senzoričnom hodnotení mlieka a aj z radov terénnych pracovníkov určíť znalcov na degustáciu a organoleptické posudky.

Tabuľka 3 znázorňuje **analýzu odobratých vzoriek** za obdobie september 94 - január 95. V jednom prípade sa zaznamenala po chemickej stránke neúčinná pasterizácia (PD Široké) a v 4 prípadoch (PD Široké, PD Drienov, PD Terňa) nevyhoveli bakteriologicky v sledovaných ukazovateľoch pre vysoký počet celkových zárodkov a koliformných baktérií.

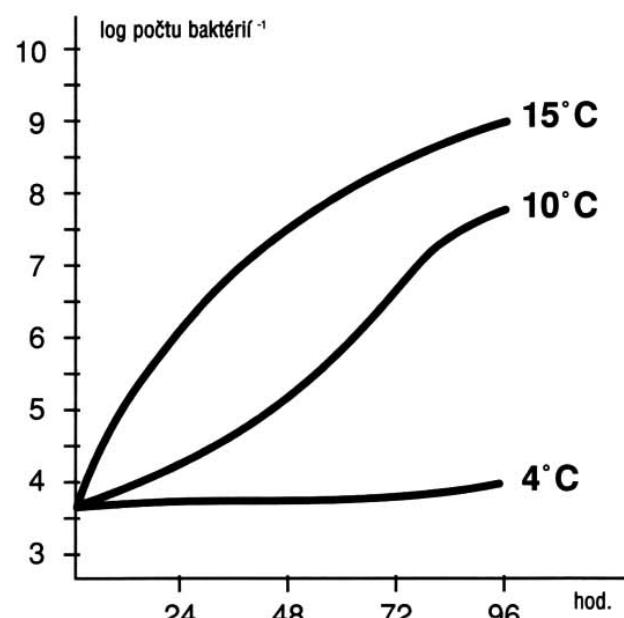
Bakteriologická závadnosť je 20,0 % a chemická 7,6 % z celkového počtu.

Polnohospodárske podniky v novom systéme namiesto dodávok mlieka do mliekárni ponúkajú priamo mliekárensky ošetrené mlieko spotrebiteľom. Tento nový systém má tieto **výhody**:

- a) zmenšujú sa problémy s kvalitou mlieka, vznikajúce zložitým zberom a transportom na veľké vzdialenosť,
- b) eliminujú sa problémy s kvalitou mlieka spôsobené zmiešaním rozličných kvalitatívnych tried,
- c) možnosť výberu a cenové zvýhodnenie,
- d) menšie epidemiologické riziko.

Nevýhodou malých p.s. je, že nie sú schopné vytvoriť zásoby a v prípade zvýšeného odbytu (napr. pred sviatkami) nedokážu pokrýť pohľadávky dopytu.

Graf 1. Rast mikroorganizmov v mlieku uchovávanom pri rozličných teplotách



Do redakcie došlo:

22. januára 1996

Adresa autoriek:

M. Mihoková
Lada č. 25
082 12 Prešov

Medzinárodná konferencia "Ortopedická Odysea"

Royal College of Nursing - Society of orthopaedic nursing (Kráľovské kolégium ošetrovateľstva - Spoločnosť ortopedického ošetrovateľstva) usporiadala v dňoch 20. až 22. septembra 1996 v Herriot Watt univerzite vo Veľkej Británii medzinárodnú konferenciu

"An Orthopaedic Nursing"

Bližšie informácie možno získať na adrese:

Kathryn Clark, Conference Organiser
Royal College of Nursing,
20 Cavedish Square
London WIM OAB Great Brittain

Deviata medzinárodná konferencia o ošetrovateľstve pri rakovine

Spoločnosti International Society of Nurses in Cancer Care, Royal College of Nursing, The Royal Marsden TNH Trust a časopis Nursing Standard usporiadajú v dňoch 12. až 15. augusta 1996 v hoteli Metropol v Brightone v Sussexe vo Veľkej Británii Deviatu medzinárodnú konferenciu pod názvom "Cancer Nursing - Creating the Future" (Ošetrovateľstvo pri rakovine - tvorba budúcnosti). Kontaktná adresa:

Karen Stewart
Nursing Standard
Viking House Petersborough Road, Harrow HAL 2 AX.
Telefón 0181-423-1966, fax: 0181-423-4302

(red.)

Príprava vzoriek zo zložiek životného prostredia na zisťovanie ťažkých kovov mineralizáciou

Súhrn: Autorka uvádzá, že na jej pracovisku sa zistuje obsah mikroelementov (Cd, Pb, Hg, Se, Mn, Cr, As) a makroelementov (Zn, Cu, Cs, Na, K, Mg a pod.) v zložkách životného prostredia. Detailne preberá úpravu vzoriek pred analýzou, najmä homogenizáciu a rozklad organickej látky na anorganickú mineralizáciu. Uvádzajúce metódy mineralizácie používané na jej pracovisku v platinových téglíkoch, suchou cestou mineralizátorom APION a mikrovlnným digesčným rozkladom. Uvádzajúce metódy používané u rôznych druhov vzoriek. Podrobne rozvádzajú najmä mineralizáciu mokrovlnným rozkladom v mikrovlnnej peci MDS 2000 a jej modifikácie vypracované na vlastnom pracovisku.

Kľúčové slová: Ťažké kovy vo vzorkach životného prostredia, zisťovanie ťažkých kovov mineralizáciou.

V chemických laboratóriях nášho ústavu zistujeme **obsah mikroelementov** (Cd, Pb, Hg, Se, Mn, Cr, As) a **makroelementov** (Zn, Cu, Ca, Na, K, Mg a pod.) v zložkách životného prostredia, t.j. vo vode, poživa-tinách, predmetoch bežného užívania, v kozmetických preparátoch a v ovzduší. Analyzované vzorky sa musia pred analýzou upraviť tak, aby sa elementy následne dali určiť fyzikálno-chemickými metódami atómovej absorbčnej spektrofotometrie (AAS), atómovej emisnej spektrofotometrie (ICP) alebo polarograficky. Príprava a úprava vzorky má rozhodujúci vplyv na správny výsledok analýzy. Preto treba starostlivo uvážiť, ako sa bude vzorka upravovať.

Úprava vzorky závisí od viacerých faktorov:

- homogenita vzorky,
 - konzistencia vzorky,
 - zloženie vzorky, t.j. obsah organických a anorganických látok (tuky, glycidy, bielkoviny, anorganické soli atď.).
- Vzorky sa pred spracovaním najprv dôkladne zhomogenizujú. Ďalšia úprava vzorky spočíva v rozklade organickej hmoty na anorganickú. Tento postup, ktorý prebieha za vopred stanovených podmienok, sa nazýva **mineralizácia**. Najpoužívanejšie metódy na našom pracovisku sú:
1. Mineralizácia suchou cestou v platinových (Pt) téglíkoch podľa STN 56 0065 (1).
 2. Mineralizácia suchou cestou mineralizátorom APION.
 3. Mineralizácia mikrovlnným digesčným rozkladom vzorky.

Ad 1. **Mineralizácia suchou cestou** v Pt téglíkoch spočíva v rozklade organických látok suchou mineralizáciou pri kontrolovanom teplotnom režime. Navážka vzorky zodpovedá 2 g sušiny. Vzorka sa suší v sušiarni pri 105°C, spoločne sa na elektrickom variči až do oddymenia plynov vzorky. V muflovej peci sa spálí pri 450°C. Biely popol sa vyluhuje v 1% HNO₃ a kvantitatívne prenesie do odmerky. Ťažké kovy sa stanovujú AAS.

2. **Princíp mineralizácie suchou cestou mineralizátorom APION** spočíva v úplnom rozrušení organizackých látok zavádzaním superoxidačnej zmesi plynov do nádobe so vzorkou. Navážka zodpovedá 2 g sušiny. Program v spaľovacom boxe zabezpečí sušenie pri 110°C a po-stupný nárast teploty na 400°C, potrebnej na mineralizáciu vzorky. Oxidačná zmes pozostáva z kyslíka, oxidom dusíka a ozónu, ktorý sa v prístroji vyrába spaľovacím NH₃ ionizáciou.

Vedľajší produkt je čistá kyselina dusičná.

Metódy 1 a 2 vyžadujú veľkú pozornosť. Nesmie pŕist k prehriatiu vzorky nad bod varu kvapaliny, alebo k odpareniu vzorky, dosucha. Okrem toho je tento postup časovo náročný a môže trvať hodiny až dni. Reakčnú teplotu limituje bod varu zmesi použitých kyselín pri atmosférickom tlaku. Okrem toho môžu nastat externé kontaminácie spôsobené pri expozícii unikajúcich párov kyselín (2).

3. **Mineralizácia mikrovlnným digesčným rozkladom vzorky** spočíva v zahriatí vzorky energiou mikrovlní. Voda a polárne kvapalné zlúčeniny túto energiu

rýchlo absorbuju. Do nádobky transparentnej pre mikrovlny sa naváži podľa firemných návodov množstvo upravenej alebo natívnej vzorky, prídá sa určené množstvo polárnej kvapaliny, obvykle minerálna kyselina. Po uzavretí nádoby a vložení do mikrovlnnej pece sa nastaví program podľa firemných, alebo nami modifikovaných pracovných návodov (2, 3). Vzorka sa vystaví rýchlemu zahriatiu a tlaku v polárnej kvapaline, ktorej účinok spočíva v rýchom rozložení vzorky. Po vychladnutí vzorky a odkúrení banky doplní sa deionizovanou vodou. Maximálna koncentrácia kyselín nemá byť vyššia ako 100 g·dm⁻³.

Prvý a druhý spôsob mineralizácie suchou cestou používame u všetkých vzoriek, kde nezistujeme prchavé prvky ako napr. Se, Hg, As. Mineralizáciu suchou cestou v Pt téglíkoch používame u tých vzoriek, kde sa predpokladá veľmi malé množstvo prvkov, t.j. môžeme pracovať s väčšou hustotou vzorky. Mineralizáciu mokrou cestou v mikrovlnnej peci MDS 2000 používame u vzoriek, kde je potrebné urobiť rozklad v užatvorenom cykle za znižených teplôt, aby sa prchavé prvky počas rozkladu neodparili a tým sa neznížila výtažnosť v analyzovanej vzorke.

Pri tečutých vzorkách je veľmi dôležitá fáza sušenia, aby pri sušení vzorky nevzniklo prehriatie a straty tak, že s parami sa strhávajú aj kvapôčky aerosolu, čím sa pochopiteľne znížuje výtažnosť analýzy. V takomto prípade je potrebné sledovať teplotu odparovania.

Pri mineralizácii mikrovlnným rozkladom v mikrovlnnej peci MDS 2000 rozklad prebieha podľa programu pre danú typovú vzorku, odsúšaného v laboratóriach firmy CEM, výrobcu mikrovlnnej pece (3). Pri plnom výkone možno na MDS 2000 pracovať s mikrovlnným výkonom cca 630 W pri frekvencii 2450 MHz. Rýchlosť zahrievania možno riadiť programovaním výkonu po krokoch o veľkosťi 1%. Operácie riadi a mo-nitoruje mikropočítač. Keďže programy poskytnuté v operačnom manuáli sú naozaj typové, špecifický program si musí každé laboratórium domodelovať samo (2). Typový program sa zakladá na tom, že pri určitem tlaku aj teplote nastáva vo vzorke exotermická reakcia, ktorej by sme mali poskytnúť potrebný čas, aby prebehla bez prerušenia. To znamená, že v 1. kroku za daných podmienok, napr. tlaku a času, sa rozloží časť vzorky, ktorá je pri daných podmienkach rozložiteľná. Potom sa program posunie do 2., 3., 4. a 5. kroku na potrebný čas za potrebného tlaku, až kým sa vzorka nerozloží - zmineralizuje. Programy v ope-račnom manuáli sú typové. Napr. program na mineralizáciu kakaa prebieha v 5 krokoch pri daných tlakoch. Pre čisté kakao dodržujeme daný program. Ale napr. pre čokoládu, ktorá okrem kakaa obsahuje stužený tuk, cukor, arómu, farbivo a iné prísady, hoci v malom podiele, treba program experimentálne modifikovať tak, že rozložíme potrebné tlaky v našich piatich krokoch podľa vznikajúcich exotermických reakcií, prípadne pridáme doplnkový program s H₂O₂, ktorý v určitých prípadoch rozklad vzorky dokončí. To všetko záleží od zloženia vzorky a od schopnosti rozkladu látok, ktoré sú pridané v typovej vzorke.

Ďalšie modifikácie programu sme urobili podľa výsledkov merania AAS a ICP, a to tak, že sme podľa typového programu mineralizovali typový štandardnú vzorku (overenú meraním) a porovnali sme dané a name-rané hodnoty. Podľa výsledkov sme program opäť experimentálne upravili.

Problematika mineralizácie vzoriek je veľmi obšírna a dalo by sa o nej priniesť veľa ďalších informácií. V práci som chcela poukázať len na základné postupy rozkladu vzoriek a najzákladnejšie problémy, s ktorými sa každodenne pri tejto práci stretnávame.

Literatúra: 1. Slovenská technická norma 56 0056, Bratislava. 2. Štandardný pracovný postup pre mineralizáciu v ŠZÚ hlavného mesta Bratislavu. 3. Operation Manual Microwave Sample Preparation System MDS 2000, North Carolina, USA, CEM Corporation 1994

Do redakcie prišlo:
28. februára 1996

Adresa autorky:
Zdena Merschitzová
Bzovická ul. č. 36
951 07 Bratislava

Náš rozhovor



Mgr. Anna Čunderlíková sa narodila 22. novembra 1949 vo Zvolene. Po ukončení štúdia na strednej zdravotníckej škole odbor zdravotná sestra maturitou si doplnila ďalšie odborné vzdelanie v odbore sociálno-právnom, pomaturitným špecializačným štúdiom v odbore pre ošetrovateľstvo dospelých v roku 1984, vyššou špecializáciou v organizácii a riadení práce stredných zdravotníckych pracovníkov v roku 1986. Štúdiá úspešne ukončila na Filozofickej fakulte Karlovej univerzity v Prahe. Štátnymi skúškami z klinickej medicíny, ošetrovateľstva, personálneho riadenia a aplikovanej psychológie. Ďalšie odborné skúsenosti si získala aj v kurze pre vedúce sestry v IDV v Brne, v City University v Bratislave a v Škole zdravotníckych manažerov v Holandsku.

Po ukončení stredoškolských štúdií pracovala ako sestra na internom oddelení nemocnice, v územnom zdravotníckom obvode, v odborovej organizácii a v oblasti výchovy a vzdelávania pracovníkov. V rokoch 1988 až 1993 bola vedúcou sestrou OÚNZ, odvtedy až podnes je vedúcou Nemocnice s poliklinikou vo Zvolene.

Významná je jej aktivity v rámci Slovenskej lekárskej spoločnosti - Slovenskej spoločnosti sestier, kde bola od založenia členkou výboru sekcie vedúcich sestier zdravotníckych zariadení, od roku 1994 je predsedníčkou. V roku 1991 jej udili Predsedníctvo Slovenskej lekárskej spoločnosti cenu za najlepšiu publikáciu. Od začiatku roku 1996 je predsedníčkou Slovenskej spoločnosti sestier. Pri tejto príležitosti ju požadal vedúci redaktor nášho časopisu o rozhovor.

1. Vážená pani predsedníčka, dovolte, aby som Vám v mene čitateľov, redakcie i redakčnej rady časopisu Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík k zvoleniu do významnej funkcie blažohľadal a poprial veľa úspechov v práci. Slovenská spoločnosť sestier je významnou a najpočetnejšou organizačnou zložkou Slovenskej lekárskej spoločnosti. Iste bude zaujímať sestry na Slovensku, aké máte predstavy pri usmerňovaní činnosti tejto spoločnosti v nastávajúcom funkčnom období novozvoleného výboru?

Ďakujem za blažohľanie i za dôveru, ktorej sa mi dostalo. Uvedomujem si, že zároveň na seba preberám i veľkú zodpovednosť. Slovenská spoločnosť sestier v rámci Slovenskej lekárskej spoločnosti plní úlohu neinštitucionálneho vzdelávania sestier, preto fažisko našej práce bude vo zvyšovaní úrovne a kvalite seminárnych školení, celoslovenských konferencií a sympózií. Naším hlavným cieľom bude, aby program bol zaujímavý a oslovoval čo najpočetnejšiu skupinu sestier na Slovensku. Je veľmi dôležité, aby sa finančné prostriedky organizátorov i vysielajúcich organizácií správne využívali, aby každé takéto odborné, výchovno-vzdelávacie stretnutie bolo prínosom pre rozvoj ošetrovateľstva na Slovensku a aby sa odborné vedomosti uplatňovali v praxi. Je samozrejmé, že nemôžeme pôsobiť izolované, a preto chceme osloviť profesionálnych odborníkov z Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky a Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v Bratislave a formou písomnej dohody rozvíjať spoluprácu na úseku výchovy a vzdelávania sestier. Ostávame otvorení pre spoluprácu so všetkými ďalšími organizáciami, ktoré o túto spoluprácu prejavia záujem:

SZŠ, stavovské organizácie a pod.

Čaká nás veľa práce i na úseku budovania organizačnej štruktúry. V súčasnej dobe sa uskutočňuje nová registrácia členskej základne. Od toho, ako úspešne zvládneme túto situáciu, sa bude odvíjať naša ďalšia činnosť. Samozrejme, že chceme byť otvorenou organizáciou pre všetky sestry, a to tak zo štátnych ako i neštátnych zdravotníckych zariadení.

2. Do širokej palety aktivít Vami riadenej Slovenskej spoločnosti sestier patrí aj usporiadanie seminárov, konferencií, porád a iných podujatí. O ich príprave nás časopis pravidelne informuje. Napriek tomu bude dobré, ak našim čitateľom priblížíte najmä tie najvýznamnejšie, prípadne s medzinárodnou účasťou.

Pri Slovenskej spoločnosti sestier pracuje v súčasnosti 22 odborných sekcií, ktoré zdrúžujú sestry z rôznych úsekov liečebno-preventívnej činnosti. Na čele týchto sekcií stojia skúsené odborníčky z praxe a dobré organizátorky. Iste mi dajú za pravdu tí, ktorí sa takýto stretnutí zúčastnili, že majú vysokú odbornú úroveň. Preto je veľmi ľahké menovať niektoré z nich. Za všetky spomeniem pripravovaný slávnostný seminár pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier, ktorý sa uskutoční 10. mája 1996 vo Zvolene a bude zameraný na tému, ktorá je odporúčaná ICN: "Ošetrovateľským výskumom k podpore zdravia". Na odbornom programe bude participovať aj Česká spoločnosť sestier. Využijem príležitosť, aby som s nastávajúcim sviatkom sestier pozdravila všetky kolegyne na Slovensku, poprial im veľa zdravia, tvorivej práce a rodinnej pohody. Zároveň ich srdečne pozývam na stretnutie vo Zvolene.

3. Ste členkou redakčnej rady nášho časopisu, ktorý má za sebou prvé detské kröčiky a vstúpil do druhého roku vydávania. Čo sa Vám na jeho obsahovom zameraní pozdáva, čo myslíte, že by sa malo zlepšiť, prehĺbiť, prípadne nahradí novšími pristupmi?

Ako členka redakčnej rady uplatňujem názory a návrhy, či už k obsahu alebo kvalite časopisu priamo na zasadnutí redakčnej rady. Myslím si, že zloženie redakčnej rady dáva záruku, aby to bol dobrý časopis. Uvítala by som skôr názory a názory našich čitateľov, predovšetkým oni by sa mali vyjadriť, či ich časopis dostatočnej oslovuje, či im je nápmocný pre prax, prípadne pri organizovaní vlastných seminárnych školení. Od čitateľov očakávam, že sa stanú zároveň prispievateľmi, a tak i spolutvorcami časopisu.

4. Napokon prosba redakcie i redakčnej rady: Vo Vašej funkcii sa stretávate s mnohými významnými osobnosťami v ošetrovateľskej oblasti, ktoré majú veľa skúseností, ba pracujú i vo výskume. Ako ich mienite získavať pre rozširovanie autorskej obce nášho časopisu?

Koncepcia ošetrovateľstva je mladou koncepciou liečebno-preventívnej starostlivosti. Rovnako je to i s rozvojom výskumu v ošetrovateľstve. Aj napriek tomuto konštatovaniu ošetrovateľstvo na Slovensku má svoje výrazné osobnosti. Áno, sú tu medzi nami a s mnohými sa osobne pozná a môžem povedať, že mnogé z nich sú aj mojím osobným vzorom. Priala by som si, aby tieto ľudia vyšli z anonymity, aby sme o nich viac hovorili i písali. Najčastejšie sú to osobnosti, ktoré okrem toho, že disponujú bohatým vedomostným potenciáлом, sú aj veľmi skromní ľudia. Preto je našou povinnosťou dosťať ich do povedomia zdravotníckej i laickej verejnosti. Bolo by veľmi správne, aby sa takýto rozhovor ako so mnou urobili aj s týmito osobnosťami. Sama sa pričiním o to, aby výbor našej spoločnosti takéto osobnosti vytípoval a odporúčal redakčnej rade. Vedomostný potenciál výrazných osobností z ošetrovateľstva budeme využívať aj pri organizovaní celoslovenských akcií a získavať ich ako trvalých prispievateľov nášho časopisu.

Celkom na záver dovolte, aby som vyjadrila svoje osobné prianie. Veľmi by ma potešilo, keby sestry na Slovensku tvorili jednu súdržnú skupinu zdravotníckych pracovníkov, v popredí záujmu ktorej bude rozvoj ošetrovateľstva, starostlivosť o chorého ľudca, ale i podpora zdravia celej našej populácie. Priala by som si, aby organizátori zdravotníctva považovali rozvoj ošetrovateľstva za dominantný v rozvoji zdravotníckej starostlivosti. Myslím, že dobrá a vzdelaná sestra výrazne ovplyvňuje zdravotnícku starostlivosť, ošetrovateľskými postupmi môže ovplyvniť dĺžku hospitalizácie a tým ovplyvňovať i ekonomiku zdravotníctva. Uvedomujeme si aj to, že čím je ľovek vzdelanejší, tým je pre pracovisko užitočnejší a zvyšuje sa aj jeho sebavedomie. A to ošetrovateľstvo na Slovensku potrebuje.

Ďakujem za rozhovor.

Zhováral sa prof.MUDr.G. Černy, DrSc.
vedúci redaktor

Vyznamenanie Predsedníctva Slovenskej lekárskej spoločnosti pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier v roku 1996

Na návrh Slovenskej lekárskej spoločnosti sestier Predsedníctvo Slovenskej lekárskej spoločnosti na svojom zasadnutí dňa 13. marca 1996 udillio vyznamenania sestrám, ktoré sa zaslúžili o rozvoj Slovenskej spoločnosti sestier.

Zlatá medaila:

Mária Bizošková, dôchodkyňa Bratislava

Strieborná medaila:

Viola Škodová, Nemocnica s poliklinikou v Trenčíne

Bronzová medaila:

Ján Bobal, Nemocnica s poliklinikou v Lučenci,
Marta Česlová, Nemocnica s poliklinikou v Staréj Ľubovni,
Mgr. Anna Čunderlíková, Nemocnica s poliklinikou vo Zvolene,
Daniela Dluholuská, Nemocnica s poliklinikou v Banskej Bystrici,
Helena Havranová, Nemocnica s poliklinikou v Medzilaborciach,
Mária Kuruczová, Nemocnica s poliklinikou v Nitre,
Mária Mamráková, Detská klinika Moyzesova č. 9 v Košiciach,
Jozefína Sepešiová, Nemocnica s poliklinikou Ružinov v Bratislave
Jolana Pavlovičová, Nemocnica s poliklinikou v Prešove.

Vyznamenaným srdečne blahoželáme.

Dvanásťt máj Medzinárodný deň sestier

Dvanásťt mája oslavujú sestry celého sveta svoj sviatok. Pred 28 rokmi Medzinárodná rada sestier (ICN) tento deň, dátum výročia F. Nightingalovej, zakladateľky ošetrovateľstva ako odboru, vyhlásila za MEDZINÁRODNY DEŇ SESTIER.

Medzinárodná rada sestier každoročne k Medzinárodnému dňu sestier vyhlasuje ústrednú tému, ku ktorej sú potom zamerané rôzne sesterské aktivity národných ošetrovateľských spoločností. Pre rok 1996 je to téma: Ošetrovateľským výskumom k podpore zdravia.

Slovenská lekárská spoločnosť, Slovenská spoločnosť sestier v spolupráci s Nemocnicou s poliklinikou vo Zvolene zorganizovali pri tejto príležitosti celoslovenské slávnostné stretnutie sestier, ktoré sa konalo 10. mája 1996 v Divadle J.G.T. vo Zvolene. Účasť na tomto podujatí prijalo 307 účastníkov - vyznamenaní, hostia, lektori a sestry z rôznych úsekov zdravotníckej starostlivosti z rôznych zdravotníckych zariadení Slovenska, z nemocník, polikliník, ústavov sociálnej starostlivosti, stredných zdravotníckych škôl a lekárskych fakúlt, sestry z praxe i pedagogickí pracovníci, ktorí pripravujú naše sestry na toto krásne, ale náročné povolanie.

Súčasťou slávnostného stretnutia bolo ocenenie práce tých sestier, ktoré sa významne podieľajú na rozvoji Slovenskej spoločnosti sestier a majú veľký podiel na neinštitucionálnom vzdelení sestier na Slovensku. Zlatú, strieborné a bronzové medaily SLS prevzali sestry od člena Predsedníctva SLS prof. MUDr. G. Čierneho, DrSc.

V odbornom programe rezonovali otázky ošetrovateľského výskumu a to tak z pohľadu teórie, ako aj niekoľkých dielčích výsledkov. Cieľom ošetrovateľského výskumu je na jednej strane snaha ošetrovateľskú starostlivosť budovať na princípoch vedeckosti a na strane druhej hľadať cesty maximálnej humanizácie prístupu sestry k chorému. Moderné ošetrovateľstvo musí sa budovať na dvoch pilieroč: na vedeckom poznani a na úcte človeka k človeku. Veríme, že slovenské sestry sa zaslúžia o to, aby oba piliere boli rovnako pevné a stabilné.

Ošetrovateľskému výskumu sa budeme v tejto oblasti činnosti aj ďalej venovať. Slovenská spoločnosť sestier má vytvoriť pracovnú skupinu zloženú z odborníkov, ktorí vedie PhDr. S. Bezákova a ktorej predmetom záujmu je ošetrovateľský výskum. Táto komisia sa bude orientovať pre dovoľenkým na poradenskú a konzultačnú činnosť pre tie sestry, ktoré majú záujem o ošetrovateľský výskum.

Snaha organizátorov bola v peknom prostredí a dôstojne osláviť sviatok sestier. Prispieť k rozšíreniu vedomostného obzoru, prípadne umožniť výmenu skúseností. Do akej miery sa zámer podaril by mal posúdiť všetci tí, ktorí prijali pozvanie.

Veríme, že takéto ocnenia sa dostane sestrám nielen pri príležitosti sviatku, ale v priebehu celého roka, každý deň pri výkone ich náročného povolania.

*Mgr. A. Čunderlíková
predsedníčka
Slovenskej spoločnosti sestier*

Oprava

V prvom čísle tohtoročného nášho časopisu sa stala nemilá chyba. Na strane 29 sa nesprávne uviedol názov prednášky pani J. Sepešiovej. Správny názov jej odmenenej prednášky za rok 1994 je: Rozvoj endourologickej chirurgie.

Pani J. Sepešiovej ako aj všetkým čitateľom sa ospravedlňujeme.

Vážení čitatelia,

Druhé číslo z roku 1996 nášho časopisu vyšlo oneskorene napriek tomu, že redakcia vykonala všetky potrebné práce. Napriek tomu sa Vám ospravedlňujeme a dakujeme za porozumenie.

Redakcia

Redakcia

Správy z Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve

D. Farkašová

Z Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v Bratislave

Prečo sme navrhli špecializáciu vo výchove obyvateľstva k zdraviu pre sestry s vysokoškolským vzdelaním?

Dokument SZO "Zdravie pre všetkých do roku 2000" obsahuje ciele aj z oblasti výchovy k zdraviu, na zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva, podporu zdravia a zdravého životného štýlu. Úlohy spojené s uvedenými cieľmi budú zabezpečovať aj sestry, pretože ošetrovateľstvo svojím zameraním a pôsobnosťou vytvára značný priestor na to, aby sa výchova k zdraviu stala jeho organickou súčasťou.

Mohli by sme namietať, že **výchova k zdraviu** je prvoradou úlohou zdravotnej výchovy ako odboru. Dnes ale ani jeden odbor zdravotnej starostlivosti nemôže uspiesť bez interdisciplinárnych vzťahov a prepojení. Pre ilustráciu možno uviesť niektoré blízke aspekty z predmetu a cieľov zdravotnej výchovy a ošetrovateľstva. *Zdravotná výchova* študuje stav a vývoj vedomostí, postojov, motivácií a konania ľudí pri ochrane zdravia a *ošetrovateľstvo* študuje bio-psicho-sociálne potreby človeka a účinnosť ošetrovateľského procesu na zdravie občanov. Cieľom zdravotnej výchovy je dosiahnuť, aby občania získali vedomosti o zdraví, správne postoje a návyky pre ochranu zdravia, cieľom ošetrovateľstva je aj pomáhať jedincovi, rodine a skupine v zdraví a v chorobe vykonávať tie činnosti, ktoré prispievajú k zdraviu a uzdravovaniu. Ošetrovateľstvo poskytuje jedincovi také vedomosti o zdraví, ktorých cieľom je zmena návykov jedinca na udržanie a podporu jeho zdravotného stavu.

Uvedené, ale aj ďalšie fakty dokumentujú spoločné teritórium pôsobnosti a veľmi blízku stratégii pôsobenia na občanov pri zachovaní a obnove zdravia. Je preto potrebné využiť potenciály odborov. Vo výchove k zdraviu na všetkých úrovniach bude potrebné cielene využívať odborného - ľudského potenciálu, ktorý je daný vysokoškolským vzdelaním sestier v oblasti medicínskych a humanitných vied, zvlášť ošetrovateľstva a pedagogiky, ale aj ich veľkým počtom a časom, ktorý strávia v príamom kontakte s chorými, príp. potenciálne chorými v prvom kontakte. Túto skutočnosť si dostatočne uvedomila SZO, ktorá iniciovala *6-ročný projekt rozvoja ošetrovateľstva*. V projekte sa zdôrazňuje okrem iného vklad 5 miliónov sestier európskeho regiónu do zdravia osôb, rodín a skupín, ich fyzického, mentálneho a sociálneho rozvoja v kontexte s prostredím, v ktorom žijú a pracujú. Projekt je výsledkom dohovoru väčšiny členských štátov Európskej únie.

Bolo by chybou neorientovať aj sestry v Slovenskej republike týmto smerom. Na to sú potrební odborníci, ktorí zvládnu ošetrovateľstvo na najvyššej profesionálnej úrovni. Odborníci, ktorí budú schopní integrovať poznatky z medicínskych a humanitných disciplín do ošetrovateľstva a tieto odovzdajú čo najväčšiemu počtu sestier. Rovnako potrebuje ošetrovateľstvo odborníkov, ktorí budú nielen učiť, ale aj výskumne pracovať a riadiť oblasť výchovy obyvateľstva k zdraviu, aby sa naplnili ciele projektu rozvoja ošetrovateľstva.

Špecializácia vo výchove obyvateľstva k zdraviu umožní sestrám s univerzitným vzdelaním získať špeciálne poznatky o koncepciách, možnostach a programoch na podporu zdravia, pozitívnych zmenách na zachovanie a upevňovanie zdravia a účinnú prevenciu, výchovných a vzdelávacích aspektov upevňovania a podpory zdravia.

Predpokladáme, že absolventky navrhovaného špecializovaného štúdia pomôžu naplniť ciele nielen SZO, ale aj ošetrovateľstva a zdravotnej výchovy.

To redakcie došlo:
16. apríla 1996

Adresa autorky:
Doc.PhDr. D. Farkašová, CSc.
Dopravná ul. č. 23
831 06 Bratislava

Nový riaditeľ Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve

Minister zdravotníctva Slovenskej republiky MUDr. Lubomír Javoršký vymenoval dňa 25. marca 1996 za riaditeľa Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v Bratislave doc. MUDr. Jána Štencla, CSc., vedúceho Katedry gynékologicie a pôrodnictva Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov a Gynekologicko-pôrodnickej kliniky Dérerovej nemocnice v Bratislave.

(red.)

Tematický plán školiacich akcií v druhom polroku 1996

September 1996

Tematický kurz práca s cytostatikami
miesto, termín: 2.9. - 6.9.1996

Pomaturitné špecializačné štúdium ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii
miesto, termín: Bratislava, 2.9. - 13.9.1996

Pomaturitné špecializované štúdium ošetrovateľská starostlivosť o dospelých
miesto, termín: Bratislava, 2.9. - 13.9.1996

Špecializačné štúdium domáca ošetrovateľská starostlivosť
miesto, termín: Bratislava, 2.9. - 13.9.1996

Pomaturitné špecializačné štúdium anestéziológia a resuscitácia

miesto, termín: Bratislava, 9.9. - 20.9.1996

Pomaturitné špecializačné štúdium v lekárenstve

miesto, termín: Bratislava, 16.9. - 26.9.1996

Pomaturitné špecializačné štúdium liečebná telesná výchova

miesto, termín: 16.9. - 27.9.1996

Pomaturitné špecializačné štúdium liečebná telesná výchova v pediatrii

miesto, termín: Bratislava, 16.9. - 27.9.1996

Kurz počtač v administratíve

miesto, termín: Bratislava, 30.9. - 4.10.1996

Špecializačné štúdium v primárnej zdravotníckej starostlivilosti

miesto, termín: Košice, 23.9. - 4.10.1996

Špecializačné štúdium v psychoterapii pre stredných zdravotníckych pracovníkov

miesto, termín: Pezinok, 23.9. - 4.10.1996

Tematický kurz zameraný na činnosť ARO za mimoriadnych podmienok

miesto, termín: Bratislava, 30.9. - 2.10.1996

Špecializačné štúdium v diabetológií a poruchách látkovej premeny a výživy

miesto, termín: Bratislava, 30.9. - 4.10.1996

Október 1996

Špecializačné štúdium - domáca ošetrovateľská starostlivosť

miesto, termín: Bratislava, 14.10. - 25.10.1996

Pomaturitné špecializačné štúdium anestéziológia a resuscitácia

miesto, termín: Košice, 14.10. - 25.10.1996

Špecializačné štúdium v primárnej zdravotníckej starostlivilosti pre ženské sestry

miesto, termín: Banská Bystrica, 14.10. - 25.10.1996

Špecializačné štúdium ošetrovateľstvo v onkologickej starostlivilosti

miesto, termín: Bratislava, 14.10. - 25.10.1996

Pomaturitné špecializačné štúdium v klinickej biochémii

miesto, termín: Bratislava, 14.10. - 25.10.1996

Pomaturitné špecializačné štúdium v liečebnej telesnej výchove

miesto, termín: Bratislava, 14.10. - 25.10.1996

Kurz hodnotenie a liečba bolesti

miesto, termín: Martin, 16.10.1996

Inovačný kurz na aplikáciu novej legislatívy pre stredných zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v odboroch ochrany zdravia pred žiareniom

miesto, termín: Bratislava, 21.10. - 25.10.1996

Sledovanie metabolickej odzvy na telesnú záťaž

miesto, termín: Bratislava, 28.10.1996

Seminár metodiky výučby odborných predmetov na stredných zdravotníckych školách

miesto, termín: Bratislava, 28. a 29.10.1996

Tematický kurz kontrola kvality a správna laboratórna prax

miesto, termín: Bratislava? 21:10. - 3é:10.1996

Pomaturitné špecializačné štúdium laboratórne metódy v lekárskej mikrobiológií

miesto, termín: Bratislava, 30.10. - 11.11.1996

November 1996

Pomaturitné špecializačné štúdium intenzívna starostlivosť v interných odboroch
miesto, termín: Bratislava, 4.11. - 15.11.1996
Pomaturitné špecializačné štúdium ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v chirurgických odboroch
miesto, termín: Bratislava, 4.11. - 15.11.1996
Pomaturitné špecializačné štúdium laboratórne metódy v hygiene
miesto, termín: Bratislava, 4.11. - 15.11.1996
Tematický kurz zameraný na ošetrovanie popálení za mimoriadnych situácií
miesto, termín: Bratislava, 11.11. - 13.11.1996
Pomaturitné špecializačné štúdium hematológia a transfúziológia
miesto, termín: Bratislava, 18.11. - 22.11.1996
Tematický kurz odbore výchova k zdraviu
miesto, termín: Bratislava, 18.11. - 22.11.1996
Špecializačné štúdium v primárnej zdravotníckej starostlivosti
miesto, termín: 18.11. - 29.11.1996
Pomaturitné špecializačné štúdium v rádiadiagnostike
miesto, termín: Bratislava, 25.11. - 29.11.1996
Tematický kurz starostlivosti o pacienta s reumatickou chorobou
miesto, termín: Piešťany, 25.11. - 27.11.1996
Tematický kurz zameraný na zákon o potravinách, v potravinovom dozore
asistentov hygienickej služby v odbore hygény výživy
miesto, termín: Bratislava, 25.11. - 29.11.1996

December 1996

Pomaturitné špecializačné štúdium v klinickej cytológii
miesto, termín: Bratislava, 2.12. - 6.12.1996
Pomaturitné špecializačné štúdium ošetrovateľská a sociálna starostlivosť
miesto, termín: Bratislava, 2.12. - 13.12.1996
Pomaturitné špecializačné štúdium v anesteziológií a resuscitácii
miesto, termín: Banská Bystrica, 2.12. - 13.12.1996
Etické prístupy v ošetrovateľstve
miesto, termín: Bratislava, 5.12. - 6.12.1996
Tematický kurz primárna prevencia infekčných a neinfekčných chorôb
miesto, termín: Bratislava, 9.12. - 13.12.1996
Špecializačné štúdium v gastroenterologickej endoskopii a bronchoskopii
miesto, termín: Bratislava, 9.12. - 20.12.1996
Špecializačné štúdium v primárnej zdravotníckej starostlivosti v pediatrii
miesto, termín: Bratislava, 9.12. - 20.12.1996
Inovačný kurz v problematike kontroly sterilizácie a dezinfekcie v zdravotníckych zariadeniach
miesto, termín: Bratislava, 16.12. - 18.12.1996
Tematický kurz nové poznatky v liečebnej výžive
miesto, termín: Bratislava, 16.12. - 20.12.1996

Školiace miesta

September 1996

Školiace miesto v kardiologii
Bratislava, 9.9. - 13.9.1996
Školiace miesto v diagnostike trombofilických stavov
Bratislava, 9.9. - 13.9.1996
Školiace miesto pre detské sestry JIS
Banská Bystrica, 9.9. - 4.10.1996
Školiace miesto v špecializovaných anestéziologických postupoch, spoločné pre lekárov a sestry
Bratislava, 16.9. - 27.9.1996
Školiace miesto v problematike detskej anestézie a intenzívnej starostlivosti, spoločné pre lekárov a sestry
Bratislava, 16.9. - 27.9.1996
Školiace miesto v dermatovenerológií
Bratislava, 16.9. - 27.9.1996
Školiace miesto v starostlivosť o pacientov s reumatickým ochorením
Piešťany, 16.9. - 27.9.1996
Školiace miesto stanovovanie a monitoring nákladov na oddeleniach SVLZ
Bratislava, 23.9. - 25.9.1996
Školiace miesto v intenzívnej liečbe pacienta s respiračným zlyhaním, integrovaný
Banská Bystrica, 23.9. - 4.10.1996
Školiace miesto v psychoterapii pre stredných zdravotníckych pracovníkov
Pezinok, 23.9. - 4.10.1996
Školiace miesto v ergoterapii
Bratislava, 23.9. - 4.10.1996
Školiace miesto v laboratórne metódy v klinickej parazitológii
Bratislava, 30.9. - 4.10.1996
Školiace miesta v liečbe kriticky chorých, spoločné pre lekárov a sestry
Prešov, 30.9. - 18.10.1996

Október 1996

Školiace miesto v technike EEG vyšetrenia
Bratislava, 7.10. - 18.10.1996
Školiace miesto v ergoterapii
Bratislava, 14.10. - 25.10.1996
Školiace miesto v reflexnej masáži
Trenčianske Teplice, 21.10. - 25.10.1996
Školiace miesto v technike metód klinickej neurofiziologie
Bratislava, 28.10. - 8.11.1996

November 1996

Školiace miesto v kardiotorografií
Bratislava, 4.11. - 8.11.1996
Školiace miesto v doplnkových metodikách pre rehabilitačných pracovníkov
Bratislava, 4.11. - 8.11.1996
Školiace miesto v intenzívnej starostlivosti o pacientov s kraniocerebrálnymi poraneniami, integrované
Banská Bystrica, 4.11. - 15.11.1996
Školiace miesto v špecializovaných anestéziologických postupoch pre lekárov a sestry
Prešov, 4.11. - 22.11.1996
Školiace miesto pre detské sestry na JIS
Banská Bystrica, 4.11. - 29.11.1996
Školiace miesto v klinickej onkológii
Bratislava, 11.11. - 15.11.1996
Školiace miesto toxikologické laboratórne metódy
Bratislava, 11.11. - 15.11.1996
Školiace miesto v lekárskej mykologii
Bratislava, 11.11. - 15.11.1996
Školiace miesto cvičenie podľa Brunkovej
Bratislava, 11.11. - 15.11.1996
Školiace miesto v detskej rehabilitácii
Bratislava, 11.11. - 15.11.1996
Školiace miesto v klinickej onkológii
Bratislava, 18.11. - 22.11.1996
Školiace miesto elektromigračné metódy na oddeleniach klinickej biochémie
Bratislava, 18.11. - 22.11.1996
Školiace miesto v diagnostike vrozených krvávacích ochorení
Bratislava, 18.11. - 22.11.1996
Školiace miesto vo facilitačných technikách
Bratislava, 18.11. - 22.11.1996
Školiace miesto v hydrokinezioterapii
Trenčianske Teplice, 18.11. - 22.11.1996
Školiace miesto v špecializovaných anestéziologických oblastiach pre lekárov a sestry, pracujúcich v odbore, integrované
Banská Bystrica, 18.11. - 29.11.1996
Školiace miesto laboratórne metódy v chemickom vyšetrení potravín
Bratislava, 25.11. - 29.11.1996

Školiace miesto pre sestry z RTG oddelení
Bratislava, 25.11. - 29.11.1996
Školiace miesto v elektrodiagnostike a elektrostimulácii
Bratislava, 25.11. - 29.11.1996
Školiace miesto v špecializovaných anestéziologických postupoch, spoločné pre lekárov a sestry
Bratislava, 25.11. - 6.12.1996
Školiace miesto v problematike detskej anestézie a intenzívnej starostlivosti, spoločné pre lekárov a sestry
Bratislava, 25.11. - 6.12.1996
Školiace miesto v liečbe kriticky chorých, spoločné pre lekárov a sestry
Prešov, 25.11. - 13.12.1996

December 1996

Školiace miesto laboratórne metódy chemické vyšetrenie potravín
Bratislava, 2.12. - 6.12.1996
Školiace miesto v detskej rehabilitácii
Bratislava, 2.12. - 6.12.1996
Školiace miesto liečebná telesná výchova v rámci kúpeľných zariadení
Trenčianske Teplice, 2.12. - 6.12.1996
Školiace miesto v paliatívnej starostlivosťi
Bratislava, 2.12. - 13.12.1996
Školiace miesto v intenzívnej starostlivosťi v interných odboroch
Bratislava, 2.12. - 13.12.1996
Školiace miesto v intenzívnej starostlivosťi v interných odboroch
Košice, 2.12. - 13.12.1996
Školiace miesto v intenzívnej starostlivosťi v interných odboroch
Martin, 2.12. - 13.12.1996
Školiace miesto v rádiadiagnostike
Bratislava, 2.12. - 13.12.1996

Školské okienko

Prieskum stravovania sestier

Práca sestry je zodpovedná, náročná, neraz presne časovo termínovaná. Sú situácie, kedy treba čeliť náročným životným situáciám, v ktorých musí sústredit svoju pozornosť na chorého človeka, a tak starostlivosť o jej zdravie zostáva druhotná. Pretože práca v trojsmennej prevádzke je náročná na psychickú i fyzickú stránku, pravidelné stravovanie je u zdravotníckych pracovníkov (sestier) prakticky nemožné. Ako potom môžu byť vzorom pre svoju rodinu či okolie, v ktorom pôsobia? Preto som si dovolila urobiť prieskum o stravovaní sestier. Na dotazník s 35 otázkami odpovedalo 37 sestier v Nemocnici v Ružinove v Bratislave. Z množstva otázok, ktoré sa týkali stravovania, uvádzam tie najdôležitejšie, ako aj odpovede.

1. Raňajkovala si?

áno - 76 %
nie - 24 %

Medzi - iné - uviedli respondenti mnohé kombinácie, ale najčastejšie to bol: chlieb, maslo, syr, saláma, potom pečivo s párkami a nakoniec sladkosti.

3. Myslíš si, že raňajky sú dôležité?

áno - 92 %
nie - 8 %

5. Ktorú zeleninu neješ?

špenát - 15 %
kaleráb - 10 %
tekvicu - 5 %
mrkvu - 5 %
cviklu - 5 %
patizón - 5 %
cibuli - 5 %
šalát - 3 %

7. Ješ zeleninu na desiatu?

áno - 45 %
nie - 55 %

9. Máš rada ovocie?

áno - 100 %
nie - 0 %

11. Koľkokrát denne ješ čerstvé ovocie?

0 - 3 %
1krát - 19 %
2krát - 30 %
3krát - 30 %
4krát - 5 %
viackrát - 14 %

2. Čo si raňajkovala?

obilníny - 8 %
ovocie - 8 %
vajíčka - 11 %
iné - 73 %

4. Ješ surovú zeleninu?

áno - 92 %
nie - 8 %

6. Ktoré druhy surovej zeleniny ješ?

mrkvu - 57 %
papriku - 51 %
šalát - 46 %
špenát - 22 %
paradajky - 19 %
repu - 16 %
uhorky - 16 %
redkovky - 14 %

8. Koľkokrát denne ješ zeleninu?

0 - 3 %
1krát - 49 %
2krát - 35 %
3krát - 14 %
4krát - 0 %
viackrát - 5 %

10. Ktoré je tvoje oblúbené ovocie?

jablká - 54 %
banány - 43 %
jahody - 32 %
melón - 32 %
broskyne - 30 %
hrušky - 27 %
marhule - 19 %
pomaranče - 19 %
všetko - 8 %

12. Už si okúsla celozrnný chlieb?

áno - 84 %
nie - 16 %

13. Aký druh chleba ješ najčastejšie?

biely - 43 %
tmavý - 35 %
ražný - 35 %
celozrnný - 5 %

15. Akú desiatu ješ najčastejšie?

ovocie, zeleninu - 38 %
múčnu - 35 %
chlieb s nátierkami - 30 %
syr - 16 %
cukríky - 3 %
vločky - 3 %

17. Čo jedávaš najčastejšie?

ovocie, zeleninu - 54 %
mäso - 48 %
ryby - 16 %

14. Koľkokrát denne piješ mlieko?

0 - 16 %
1krát - 43 %
2krát - 19 %
3krát - 8 %
4krát - 0 %
viackrát - 11 %

16. Čo najčastejšie piješ?

čaj - 54 %
mlieko - 30 %
vodu - 30 %
kávu - 22 %
ovocné šťavy - 16 %
minerálky - 8 %
sódu 5 %

18. Myslíš si, že tvoje stravovacie návyky ti pomôžu zostať dlho zdravou?

áno - 43 %
nie - 57 %

Tento prieskum ukázal, že sestry sa vo väčšej miere stravujú nerovnomerne. Konzumujú veľa surovej zeleniny, ovocie, trnavého chleba (i keď je na druhom mieste konzumácia chlebov) a mliečnych výrobkov. Obľubujú aj ovocné šťavy, no najväčšie percento konzumovaných nápojov má čaj, mlieko a voda. Mlieko pijú najčastejšie 1krát denne, a to na raňajky. Solia málo, lebo všetky poznajú význam i škodlivosť nadmerného príjmu soli pre organizmus. Majú rady ovocie a zeleninu, mäso, hydinu a ryby. Toto poradie obľúbenosti vo výžive vplýva na ich telesnú hmotnosť uspokojivo. Sedemdesať percent sestier svoju hmotnosť považuje za primeranú. Ich stravovacie návyky vplývajú na ich zdravie častočne. Len 32 % sestier si myslí, že je správne jedla (graf 1, 2, 3).

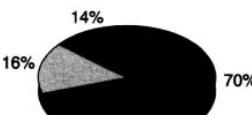
Čo dodá na záver? Asi toľko, že treba ľudí naučiť zodpovednosť za svoje zdravie a že zmenou i stravovacích zvyklosť môžu ovplyvniť svoju budúcnosť.

Do redakcie došlo:

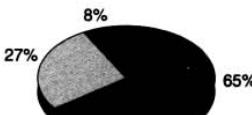
23. apríla 1996

Adresa autorky:

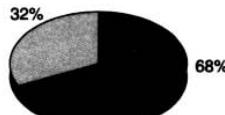
L. Trtalová
Žiačka SZŠ MUDr. I. Hálka v Bratislave
Studenohorská ul. 15
841 03 Bratislava



Graf 1. Ako hodnotia sestry svoju telesnú hmotnosť



Graf 2. Ako solia sestry potravu



Graf 3. Presvedčenie sestier o tom, že sa zdravo stravujú