

REVUE OŠETROVATEĽSTVA a LABORATÓRNYCH METODÍK



ROČNÍK II. CENA 25 SK

3/96



SLOVENSKÁ LEKÁRSKA SPOLOČNOSŤ

ODBORNÝ ČASOPIS SLOVENSKÉJ LEKÁRSKEJ SPOLOČNOSTI

OBSAH

- | | | | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 80 | Ošetrovateľstvo ako vedná disciplína (A. Hanzlíková) | 96 | Ošetrovateľský proces u dieťaťa s diagnózou anémia (S. Šušková) |
| 81 | Ošetrovateľský výskum – princípy a metódy (S. Brodňanová) | 97 | Zhodnotenie podávanej stravy dôchodcom v zariadeniach sociálnej starostlivosti v okrese Žilina (M. Bačíková) |
| 82 | Pozorovanie a rozhovor ako metódy výskumnej práce (M. Stromková) | 99 | Štyri vlny epidémie salmonelózy (Z. Hengeričová, J. Poličková) |
| 83 | Ošetrovateľský výskum v pôrodnictve (M. Ballová) | 101 | Zdravotné zabezpečenie hygienického dozoru na úseku hygieny výživy v rekreačnej oblasti Domaša (M. Migaľová, E. Vasiľová) |
| 84 | Manažment v práci staničnej sestry (G. Vörösová) | 102 | Nové trendy v závodnom stravovaní (J. Štúrcová, K. Puškáčová) |
| 86 | Ošetrovanie hypospádie (I. Vranová, V. Polák) | 105 | Náš rozhovor |
| 87 | Zistovanie kvality života u pacientov s bolestou (K. Žiaková, M. Nemčeková) | 105 | Významné životné jubileum pani Olgy Ďuržovej |
| 89 | Príspevok ošetrovateľstva k zlepšeniu kvality života onkologických pacientov (M. Nemčeková, K. Žiaková, A. Porubská) | 107 | Správy zo Slovenskej lekárskej spoločnosti |
| 92 | Epidemický výskyt tularémie v letných mesiacoch 1995 v západoslovenskom regióne (V. Varga) | 109 | Správy z Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve |
| 93 | Význam pravidelnej pohybovej aktivity v liečbe cukrovky (A. Kozmerová) | 113 | Školské okienko |
| 94 | Dôležitosť aktívnej účasti matky pri liečbe hospitalizovaného dieťaťa (M. Chamková) | | |

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 redaktra: Prof.MUDr. Eva Brixová, DrSc.

Odborný redaktor: MUDr. Radko Menkyna

Jazykový redaktor: PhDr. Magdaléna Jentnerová

Tajomnícka redakcia: Olga Ďuržová

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

Vydáva Slovenská lekárska spoločnosť v Bratislave, Legionárska ul. č. 4, 813 22 Bratislava, v zdravotníckom vydavateľstve Herba, Bratislava

Adresa redakcie: Slovenská lekárska spoločnosť

Legionárska 4

813 22 Bratislava

Tel.: 07/214 015, Fax: 07/212 363

Inzercia: Zdravotnícke vydavateľstvo Herba, Limbova ul. Č. 12, 833 03 Bratislava

Fotosadzba a grafická úprava: Lubica Gánočzová

Cover desing: 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 25. august 1996. Číslo výšlo: september 1996. Reg. číslo: 1206/95

Vydavateľ neručí za kvalitu výrobkov a služieb ponúkaných v inzerции jednotlivých firiem.

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

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

Tlač: Gerhofer, Zohor

Ošetrovateľstvo ako vedná disciplína

Súhrn: Autorka sa zameriava na ošetrovateľstvo ako vednú disciplínu a snaží sa to obhájiť všeobecne platnými argumentami. Venuje pozornosť definovaniu predmetu ošetrovateľstva, jeho vzťahu s pribuznými, ako aj výskumu v ošetrovateľstve. Záverom sa zamýšľa nad podmienkami samostatnej profesie.

Kľúčové slová : ošetrovateľstvo

Medzinárodný deň sestier oslavujeme už niekoľko rokov dôstojne, s úctou v srdci ako spomienku na deň narodenia zakladateľky profesionálneho ošetrovateľstva Florence Nightingaleovej. Každoročne sa pri príležitosti tohto dňa sestry venujú téme, ktorá je pre ošetrovateľstvo vyhlásená medzinárodnou radou sestier. Tohoročné oslavy sa nesú v znamení myšlienky "Lepšie zdravie prostredníctvom ošetrovateľského výskumu".

Ak disciplína robí výskum, musí byť vedou, ak je vedou, má robiť výskum. Je dôležité predtým, než sa začne hovoriť o výskume, obhájiť názor, že o š e t r o v a t e l s t v o j e v e d n á d i s c i p l í n a .

Často sa kladie otázka, či je ošetrovateľstvo vedou. Zaoberajú sa ňou nielen odporcovia tohto názoru, ale aj tí, ktorí prajú rozvoju tejto disciplíny, avšak majú pochybnosti. V mojom príspevku ide o pokus niekoľkými argumentami presvedčiť jedných aj druhých.

Ak odbor možno nazvať vedou, musí mať vymedzené špecifická svojho predmetu, vyjasnené vzťahy s pribuznými disciplínami, má vlastný výskum a systém základných pojmov.

P r e d m e t o š e t r o v a t e l s t v a je vymedzený a jedinečný, t. j. neopakuje sa v inej činnosti, ani vede. Je to poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti zdravým a chorým jedincom, rodinám a celým komunitám. Pritom sa zameriava predovšetkým na zdravie, jeho udržanie a ochranu, na prevenciu vzniku chorôb a v prípade jej zjavenia sa na čo najrýchlejšie obnovenie zdravia. Ošetrovateľstvo má holistické zameranie a objektom jeho starostlivosti je celostný človek so svojimi telesnými, psychickými, sociálnymi a duchovnými potrebami.

V z t ā h s p r i b u z n ý m i d i s c i p l í n a m i sa dajú definovať tým, že ošetrovateľstvo je integrovaná vedná disciplína, t. j. opiera sa o mnohé vedné oblasti, ktoré sice nesuplujú predmet ošetrovateľstva, ale svojim vedeckým potenciáлом napomáhajú jej rozvoju. Ide predovšetkým o biologické a medicínske vedy, psychológiu, sociológiu, pedagogiku, právo a ďalšie. V ošetrovateľstve tieto vedy nie sú už tým, čím boli, ale stávajú sa zjednotenou syntézou, ktorá podporuje rozvoj predmetu ošetrovateľstva, t. j. starostlivosti o zdravého a chorého človeka v procese uspokojovania jeho potrieb.

Každá veda sa vyvíja na základe presných zákonitostí, ktoré sa v súčasnom ošetrovateľstve zjavujú. Prvá úroveň, ktorá vednú disciplínu začína formovať, je *získavanie praktických vedomostí*, či praktických poznatkov, ktoré sú potrebné, aby disciplína plnila svoje poslanie – teda činnosť, ktorá ju charakterizuje. V prípade ošetrovateľstva je to praktické ošetrovanie. Keď sa vedomosti dostanú na takú úroveň, že ich možno odovzdávať, učiť ich v ucelenej podobe, vtedy sa môže hovoriť o *poznaní*, ktoré je druhým stupňom vo vývine vednej disciplíny. Poznanie sa stáva systematické, rozvíja sa, upevňuje a mení sa v systém. To je už vyšší schodik na ceste k vede, vzniká teória. Kľúčovým bodom vednej disciplíny je práve vznik teórie, ktorá závisí od výskumu a pojmového aparátu.

T e ó r i a je účelné vyjadrenie charakteristických znakov istého feno-ménu, je to výrok, ktorým sa zohľadňuje alebo charakterizuje nejaký jav. O š e t r o v a t e l s k á t e ó r i a sa snaží objasniť jav zvaný ošetrovateľstvo. Podáva v zhutnej forme porozumenie a pochopenie charakteristiky ošetrovateľstva. Touto cestou ošetrovateľstvo identifikuje, inými slovami jasne a stručne charakterizuje to, čím sa ošetrouje.

vateľstvo vyznačuje a liší od iných javov. Teórie môžu byť opisné, vysvetľujúce alebo prediktívne, ktoré vznikajú v rámci experimentálneho výskumu. Ich sila je v prinášaní myšlienok a informácií ku konkrétnemu problému. Rozsah teórií môže byť veľký, stredný alebo len čiastkový. V každom prípade je ich prínos pre vednú disciplínu buď jedinečný alebo odvodený, zapožičaný (v ošetrovateľstve sú napr. úloha, stres).

Vzťah medzi teóriou a výskumom je veľmi tesný. Je to recyklujúca reťaz, v ktorej teória usmerňuje a určuje výskum a výskum upravuje teóriu. Ak odbor má svoj výskum a má svoju teóriu, je možné hovoriť o vede.

O š e t r o v a t e l s k á v e d a disponuje množstvom modelov, ktoré sú konkrétné a tvoria základ ošetrovateľskej teórie. Tu sa už dá hovoriť o jednotlivých *smeroch a školách*. Zjavuje sa presne definovaný systém poznatkov, ktoré majú opodstatnenie, spoločenský dosah a dotýkajú sa bezprostredne významnej skutočnosti ľudského života. Touto cestou ošetrovateľstvo kráča od čias Florence Nightingaleovej. Ona položila základný kameň stavbe, na ktorej pokračujú celé generácie odborníkov už viac ako 100 rokov. Tým, že odhalila jednu z paradigm ošetrovateľstva, nenávratne začala posúvať empirický spôsob ošetrovania po ceste k vede. Dnes je ošetrovateľská prax podložená vedeckými poznatkami. Tieto súčasti závisia od vlastných zdrojov, súčasti sa opierajú o iné vedné disciplíny. Ošetrovateľská teória čerpá zo skúseností získaných v ošetrovateľskej praxi, ktoré sú jej prostredníctvom zovšeobecňované a nadalej sa v ošetrovateľskej praxi overujú.

Keď sa v súčasnej dobe definuje ošetrovateľstvo ako vedná disciplína, je potrebné hovoriť aj o skutočnosti, že ošetrovateľstvo s a m o s t a t n á p r o f e s i a . Také zamestnanie, ktoré sa stáva uznanou profesiou, musí mať priznáčne vlastnosti, ktoré ho profesiou robia. Sú to: spoločenské uznanie a docenenie, dostatočne dlhé a odborne premyšlené vysokoškolské alebo univerzitné vzdelanie, vlastné profesionálne inštitúcie, právne stanovené kompetencie, vlastný etický kódex a autonómia.

Ošetrovateľstvo v mnohých krajinách už disponuje všetkými spomenutými podmienkami. V našej krajine je skôr na polceste pri ich dosiahovaní. Neznamená to však, že cieľ je tak ďaleko, aby neboli viditeľní. Je to skôr naopak, ak sa bude postupovať takým tempom ako za posledných šesť rokov, skoro sa ošetrovateľstvo na Slovensku k nemu priblíží.

Záverom citáť: "Ošetrovateľstvo je vedou a umením zároveň". Tento výrok jednej z teoretičiek ošetrovateľstva znamená, že zákonitosť ošetrovateľskej teórie – vedy sa dennodenne uvádzajú do skutočnosti prostredníctvom schopnosti a nadania celej armády sestier na celom svete. Všetkým patrí vďaka za prácu, ktorou prispievajú k zdraviu celého ľudstva."

Literatúra: 1. Bamum, Barbara Stevens: Nursing Theory. USA, Scott, Foresman 1990, s. 339. – 2. Neander, K. D.: Pflegeforschung, Versuch einer Standardbestimmung, Die Schwester Der Pfleger, 1990, 29, č. 1, s. 36–38. – 3. Obermayer, I.: Kutatomunka a betegápolás teruletén, Növér, 1, 1988, č. 1, s. 47–56. – 4. Sovényi Ferencné: Az ápolásfejlesztés koncepcionális elemei. Növér, Supplementum 1994, s. 5–22.

Do redakcie došlo
30. mája 1996

Adresa autorky:
Mgr. A. Hanzliková
Andreja Kmeťa č. 5
036 01 Martin

Ošetrovateľský výskum – princípy a metódy

Súhrn: Ošetrovateľský výskum sa zameriava na vedecké bádanie a smeruje k človeku. Pri jeho realizácii je potrebné dodržať zásady vedeckej metódy. Vždy treba zachovať poriadok a kontrolu, k problému pristupovať empiricky a generalizovať ho. Vo výskume sa dodržiavajú zásady etického prístupu k človeku – prospešnosť, neškodnosť, právo na sebaurčenie, spravodlivosť a informovaný súhlas.

V ošetrovateľstve sa pre výskum používajú kvantitatívne a kvalitatívne metódy. To, pre ktorú sa rozhodneme, záleží na charaktere skúmaného problému. Pre získanie relevantných výsledkov postupujeme podľa krokov výskumného procesu, dodržiavame jeho fázy – konceptuálnu, návrhovú a plánovaciu, empirickú, analytickú a diseminačnú.

Kľúčové slová: ošetrovateľský výskum, metódy ošetrovateľského výskumu, výskumný proces.

O š e t r o v a t e l s t v o je vedná disciplína. Za jeden zo znakov vedejnej disciplíny sa považuje výskum (1). O š e t r o v a t e l s k ý v ý s k u m sa zameriava nielen na vedecké bádanie, ale smeruje k združeniu a chorému človeku. Vytvára na to bázu vedomostí o " ľudských odpovediach na skutočné alebo potenciálne zdravotné problémy" (ANA, 1980). Tieto reakcie môžu byť odpoveďami jednotlivca, rodiny i celej komunity na ošetrovateľský problém. Cieľom výskumu teda zostáva vždy človek ako holistická bytosť so svojimi fyziologickými, psychickými, sociálnymi, kultúrnymi, ekonomickými a spirituálnymi zložkami (2).

Aby sa ošetrovateľský výskum mohol porovnávať s výskumom v iných vedných oblastiach, je potrebné dodržať vedecký prístup. V e d e c k ý p r i s t u p pramení z rôznych zdrojov ľudských poznatkov.

1. *Tradícia.* Minulosť a tradícia nám prináša do života mnoho múdrosti.
2. *Autóri.* Múdri ľudia svojou veľkosťou vplývajú na rozvoj vedeného odboru.
3. *Ľudské skúsenosti.* V minulosti sa na získavanie nových poznatkov používala metóda pokus – omyl. Bola veľmi náročná, mnohokrát nebezpečná, predsa však zanechala pre dnešok množstvo vedomostí.
4. *Logické uvažovanie.* Svojou podstatou sa veľmi približuje k metóde vedeckej.
5. *Vedecké metódy.* Vedecká metóda je systematický prístup k riešeniu problémov a k šíreniu vedomostí. Charakterizuje ju niekoľko znakov:
 - a/ poriadok a kontrola – v každej vedeckej práci je potrebné zachovať určitú postupnosť, poriadok a ich dodržiavanie pravidelne kontrolovať,
 - b/ empirickosť,
 - c/ generalizácia – fenomén výskumu treba chápať nie ako problém jednotlivca, s ktorým vo výskume pracujeme, ale generalizovať ho so všeobecnou platnosťou. Problém je potrebné riešiť ako celok.

Vedecký výskum v ošetrovateľstve má niektoré o b m e d e n i a :

- a/ všeobecné – najlepšie vedecké metódy sú najviac finančne náročné. Jednou formou výskumu nemôžeme s určitosťou dokázať alebo vyvrátiť stanovené hypotézy,
- b/ morálne a etické,
- c/ zložitosť človeka,
- d/ rozmer riešených problémov – riešený problém môže presahovať rámcu jedného výskumu,
- e/ kontrola problémov.

Základným princípom ošetrovateľského výskumu je e t i c k p r í s - t u p k č l o v e k u . V r. 1978 boli stanovené základné princípy medi-

cinskej etiky, z ktorých môžeme vychádzať aj pri ošetrovateľskom výskume.

1. *Beneficience – prospešnosť.* Riešiteľ musí starostlivo zvážiť cenu a prospešnosť účasti jednotlivca na výskume. Zvážiť, či riziko, ktoré respondent podstupuje, vyváži predpokladaný úžitok pre spoločnosť.
2. *Non – maleficience – neškodnosť.* "Nad všetkým stojí nepoškodiť! " Subjekt výskumu sa nesmie fyzicky ani psychicky poškodiť. Nесmie sa porušiť jeho právo na súkromie a pri zverejňovaní výsledkov výskumu sa musí zachovať dôvernosť súkromných informácií.
3. *Autonomy – právo na sebaurčenie.* Tento princíp rešpektuje ľudskú dôstojnosť. Človek má právo rozhodovať o sebe a regulovať vlastné aktivity, rovnako rozhoduje o účasti či neúčasti na výskume. Subjekt výskumu má právo byť informovaný o podmienkach a výhliadkach výskumnnej úlohy. Plné informovanie však v niektorých prípadoch môže viesť ku klamným a skresľujúcim výsledkom, je preto možné použiť metódu "skrytého zberu a zatajenia dát". Údaje zbierame bez súhlasu a vedomia subjektu. Dokonca v niektorých situáciách riešiteľ musí použiť "podvod". Riešiteľ informácie nepoškytne, alebo ich vedomie skreslí. Túto metódu je možné použiť len v prípade, keď nie je možné získať relevantné údaje pre respondentu zaujatosť alebo ovplyvnenie poskytnutou informáciou. Pri metóde skrytého zberu a zatajenia dát a pri podvode je potrebné minimalizovať riziko pre subjekt a chrániť jeho práva.
4. *Justice – spravodlivosť.* Zahŕňa právo na primerané zaobchádzanie a právo na súkromie. Právo na súkromie môžeme dodržať pomocou anonymity a zachovávania dôvernosti získaných informácií. Vždy, keď je to možné, riešiteľ ziskava údaje anonymne.
5. *Informed consent – informovaný súhlas.* Riešiteľ poskytne dostatok informácií, aby respondent mohol urobiť primerané rozhodnutie o účasti, či neúčasti na výskume.

Metódy výskumu v ošetrovateľstve

Metódy, ktoré používa ošetrovateľský výskum, sú rôzne. Môžeme ich rozdeliť na:

1. *K v a n t i t a t i v n e* – systematický zber číselných (numerických) informácií pod podmienkou dôslednej kontroly a analýzy údajov.
 2. *K v a l i t a t i v n e* – zber a analýza subjektívnych a opisných údajov. Využíva metódy, ktoré dovoľujú čo najmenšiu kontrolu riešiteľa. Napriek tomu, že väčšina výskumov v ošetrovateľstve používa kvantitatívne metódy, v krajinách s moderným ošetrovateľstvom rastie počet kvalitatívnych výskumov. Je možné použiť i obe metódy, a to, pre ktorú sa rozhodneme, závisí od povahy riešeného problému.
- K v a n t i t a t i v n a m e t ó d a je "tvrdô" vedecká. Má korene v logickom pozitivizme:*
- a/ zameriava sa na malé množstvo špecifických problémov,
 - b/ používa štrukturálny zber informácií,
 - c/ informácie zbiera za neustálej kontroly,
 - d/ v zbere a analýze údajov zdôrazňuje objektivitu,
 - e/ analyzuje numerické informácie pomocou štatistikých metód.
- K v a l i t a t i v n a m e t ó d a je "mäkkô" vedecká. Má tendencie zdôrazňovať dynamickosť, holistické a individuálne skúsenosti:*
- a/ pokúša sa porozumiť celistvosti niektorých problémov,
 - b/ nesústredi sa na špecifický problém,
 - c/ má niekoľko hypotézových myšlienok a zdôrazňuje interpretáciu človeka o udalostiach bez zásahu riešiteľa,
 - d/ informácie zbiera bez formálnych štrukturálnych pomôcok,
 - e/ nepokúša sa ovládať a kontrolovať kontext výskumu,
 - f/ uprednostňuje celistvý pohľad na problém,

g/ hlavný dôraz kladie na subjektívne údaje,
h/ analyzuje ústne informácie.

Výskumný proces

1. Konceptuálna fáza:

- Kroky: 1. Formulácia a určenie problému
- 2. Preverenie si tematiky v literatúre
- 3. Rozvoj teoretickej konštrukcie
- 4. Formulácia hypotézy

2. Návrhová a plánovacia fáza:

- 5. Vytýčenie výskumného záberu
- 6. Určenie populácie pre riešenie úlohy
- 7. Určenie variačnej miery
- 8. Návrh ukážkového plánu (pilotnej štúdie)
- 9. Ukončenie a zhodnotenie výskumného plánu
- 10. Kontrola pilotnej štúdie a revízia plánu podľa jej výsledkov

3. Empirická fáza:

- 11. Zber dát
- 12. Príprava dát pre analýzu

4. Analytická fáza:

- 13. Analýza dát
- 14. Interpretácia výsledkov

5. Disemináčná fáza:

- 15. Prezentovanie výsledkov na verejnosti
- 16. Využitie výsledkov

Literatúra: 1. Kozierová, B., Erbová, E., Olivierová, R.: Ošetrovateľstvo, Martin Osveda 1995, s. 1457. – 2. Polit, D., Hungler, B.: Nursing research – principles and methods, Philadelphia, Pensylvania, J. B. Lippincott 1991, s. 697.

Do redakcie došlo:

21. mája 1996

Adresa autorky:

Mgr. S. Brodňanová
Kamence 1171/102
024 04 Kysucké Nové Mesto

M. Stromková

Ústav ošetrovateľstva Jeseniovej lekárskej
fakulty Univerzity Komenského v Martine

Pozorovanie a rozhovor ako metódy výskumnej práce

Súhrn: Medzi metódy výskumu, ktoré sa používajú v ošetrovateľstve, patrí i pozorovanie a rozhovor. Pozorovanie ako zámemné, systematické, cieľavedomé sledovanie javov, vyžaduje podrobne rozpracovanie a naplánovanie, pretože je veľmi citlivé na chyby. Jedným z hlavných dôvodov pre použitie pozorovania je, že získané údaje sa nedajú získať inou cestou. Metódou rozhovoru sa zhromažďujú údaje na základe verbálnej komunikácie výskumného pracovníka a respondenta. Reportér pri príprave programu rozhovoru kladie výrazný dôraz na formulovanie otázok a tvorbu záznamu, kde ukladá údaje získané od respondentov.

Kľúčové slová: Výskum v ošetrovateľstve, metódy, pozorovanie.

Pozorovanie a rozhovor sú metódy výskumnej práce, ktoré nachádzajú uplatnenie i v ošetrovateľstve (1, 2, 3).

Pozorovanie je zámemné, systematické a cieľavedomé sledovanie javov s cieľom skúmať ich špecifické zmeny za určitých podmienok. Vedecké pozorovanie zahŕňa výber predmetu pozorovania, samotné pozorovanie a zaznamenávanie situácií súvisiacich s problémom výskumu.

Keď výskumník pozoruje predmet výskumu, musí mať jasne definované, čo ide sledovať, pretože aj jednoduchá udalosť môže obsahovať veľké množstvo aspektov a rozmerov. Už pritomnosť pozorovateľa vnáša novú premennú do prostredia pozorovaného, a tým modifikuje sledovaný jav. Ak sa pozorovaný dej zaznamenáva na videozáznam, magnetofónovú kazetu, pozorovaný musí vedieť a súhlasiť s touto formou záznamu. Výsledok pozorovania v značnej miere závisí od osobnosti pozorovateľa, jeho schopností, postojov, predchádzajúcich skúseností a predsudkov. Ďalšie úskalie je pri vzniku "Haló efektu", "Omylu zhovievavosti", kedy je sklon hodnotiť všetko pozitívne a "Omylu prísnosti", kedy pozorovateľ hodnotí udalosti príliš prísnne.

Obsažnosť a presnosť pozorovani závisí i od podobnosti medzi pozorovateľom a pozorovaným. Fraisse uvádza, že "muži vedia lepšie po-

zorovať mužov a podobne aj ženy pozorujú lepšie ženy. To isté platí pre ľudí z toho istého sociálneho prostredia" (1).

Keď si to predmet výskumu vyžaduje, je výhodnejšie pracovať s viacerými pozorovateľmi, ktorí robia záznamy nezávisle od seba.

Úspech a hodnotenosť výsledkov pozorovania závisí aj od kvality zápisov. Formuláre sú pripravené vopred. Je potrebné urobiť záznam ihneď, aby pozorovateľ nezabudol dôležité údaje. Na druhej strane, zapisovanie priamo pred respondentmi nie je vhodné, ak pozorovanie prebieha nepozorované. Odporúča sa zapamätať si dôležité vety, ktoré neskôr pripomínené pozorovanú udalosť.

Jednou z možností deleinia pozorovania je štrukturované (štandardizované), neštrukturované (neštandardizované) a náhodné. Pri metóde štrukturovaného (štandardizovaného) pozorovania má pozorovateľ vopred presne definovaný predmet pozorovania, formu záznamu. Kreativita nespočíva v samotnom pozorovaní, ale v správnej kategorizácii, zaznamenávaní, ako aj výbere fenoménu pozorovania. V rámci štrukturovaného pozorovania je vypracovaný systém kategórií, ku ktorému je možné priradiť pozorovaný fenomén.

Pomocou neštrukturovaného (neštandardizovaného) pozorovania je možné hlbšie a lepšie pochopiť správanie respondentov, spoločenskú situáciu. Tento prístup je flexibilný, umožňuje väčšiu slobodu. V tomto prípade však hrozí väčšia citová zaangažovanosť a nevhodný výber pozorovaných udalostí a situácií. Je omnoho náročnejšie ako štrukturované pozorovanie.

Náhodné pozorovanie je neplánované, vyplýva z momentálnej situácie, pozorovateľa zaujme jav natoľko, že ho sleduje, i keď nebol zaznamenaný v programe pozorovania.

Fraisse hovorí o pozorovaní ako o vnímaní nejakého dejia, správania, prejavu. Nič však nie je tak klamné ako vnímanie. Z množstva podnetov, ktoré v danom okamihu pôsobia na receptory, vnímame len niektoré. Metóda pozorovania je omnoho citlivejšia na chyby než iné metódy. Jedným z hlavných dôvodov pre použitie pozorovania je, že príslušné údaje sa nedajú získať inou cestou (1).

Rozbor je ďalšia výskumná metóda používaná v ošetrovateľstve.

Metódou rozhovoru (interview) sa zhromažďujú údaje na základe priameho optyvania, čiže verbálnej komunikácie výskumného pracovníka a respondenta.

Prvoradou úlohou reportéra je navodiť takú atmosféru, aby respondent mohol voľne prejaviť svoje názory. Osobný dojem reportéra, zdvorilé, priateľské, nezaujaté, neutrálne vystupovanie podporuje respondanta k spolupráci. Dôveru nevzbudzuje čítanie prípravených otázok z papiera. Všetky názory respondenta by mal prijímať ako normálne, ne-prejavovať prekvapenie, súhlas, či nesúhlas.

Pri formulovaní otázky reportér myslí na zrozumiteľnosť otázky, vyhýba sa dlhým i sugestívnym otázkam a frázam, odborným výrazom. Formuluje radšej v kladsom zmysle ako v záporom. Dodržuje neutrálnosť a nezaujatosť, vyhýba sa porovnávaniu názorov, postojov s prestížnou osobou. Neberie ako samozrejmosť, že respondent si s vysokým stupňom presnosti spomienie na predošlé pocity, skutky. Je citlivý k právam tých, čo sa na výskume zúčastňujú.

Samotná realizácia rozhovoru nasleduje až po vypracovaní programu. Program zahŕňa určenie formy rozhovoru, návrh otázok zostavenia informačného listu, otestovania na malej vzorke a prípadné opravy.

Základné otázky umožňujú respondentovi vlastnými slovami vyjadriť svoj názor. Získanie úplných a náležitých odpovedí na zdanlivu jednoduché otázky nie je vždy ľahké. Respondenti môžu reagovať protiotázkou, čiastočnou odpovedou, alebo slovom "nieviem". Je vhodné pomôcť neutrálnymi, nedirektívnymi frázami, napr. "Chcete ešte niečo doplniť?", "Mohli by ste o tom povedať niečo viac?", "Pokračujte". Odpovede sa musia zapísť v plnom znení, alebo nahrať na magnetofón, nie parafrázovala a zovšeobecňovať.

Pri položení uzavorených otázky sa ponúknu možné odpovede, z ktorých si respondent vyberie. Ak sa použijú uzavorené otázky s dlhými, alebo komplikovanými alternatívami odpovedí, je vhodné poskytnúť subjektu zoznam odpovedí. Nemôžeme od neho očakávať, že si po drobne zapamätá neznámy materiál, a potom väčšina inklinuje k výbe-

ru poslednej alternatívy, keďže ostatné zabudla. Odpovede sa zaznačujú napr. krížkom, krúžkom.

Aby otázky, týkajúce sa spoločensky nežiaduceho správania, napr. požívanie drog, prostitúcia, boli zodpovedané pravdivo, musí reportér vytvoriť atmosféru tolerancnosti. Vhodná je neosobná formulácia otázky. Rozhovor môžeme rozdeliť na štrukturovaný a neštrukturovaný. Štrukturovaný rozhovor prebieha na základe presne vymedzených otázok. Neštrukturovaný rozhovor sa viedie v bezprostrednom ovzduší. Výskumník môže položiť široký okruh nenaplánovaných otázok súvisiacich s predmetom výskumu. Neštrukturovaný rozhovor sa používa s cieľom bližšie objasniť respondentovo vnímanie, myšlenie, postoje. Napr. v klinickom výskume je vhodné nechať jednotlivcov voľne rozprávať o svojich problémoch, pričom je možné prevziať iniciatívu v usmernení toku informácií.

Výhoda rozhovoru oproti iným metódam je v tom, že je možné získať vysoké percento zodpovedaných otázok, okamžite vysvetliť nejasnú otázkou, získať dodatočné údaje. Rozhovor umožňuje väčšiu kontrolu nad výskumnou vzorkou, na otázky odpovedá pôvodný respondent, napr. pri dotazníku je možné vyplnenie i inou osobou (rodič, priateľ, kolega).

Výskumník v rámci svojho výskumu sa musí riadiť jeho etickými aspektami, kde patrí napr. zásada anonymity a dôvernosti informácií.

Literatúra: 1. Fraisse, P.: Kapitoly z experimentálnej psychológie, Bratislava, SPN 1967, s. 344. – 2. Kozierová, B., Erbová, G.: Ošetrovateľstvo, Martin, Osveta 1995. – 3. Musilová, M.: Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva. Martin, Osveta 1993, s. 222.

Do redakcie došlo:

24. mája 1996:

Adresa autorky

Mgr. M. Stromková
Agátová ul. 485/10
031 04 Liptovský Mikuláš

M. Ballová

Ústav ošetrovateľstva Jeseniovej lekárskej fakulty
Univerzity Komenského v Martine

Ošetrovateľský výskum v pôrodníctve

Súhrn: Článok informuje o krokoch a cieľoch výskumného procesu, o jednotlivých výskumných metódach v pôrodníctve. Ošetrovateľstvo v pôrodníctve potrebuje zvyšovať počty výskumných štúdií, kde je možné väčšinu výskumných metód použiť, ale opisné a experimentálne metódy sa budú častejšie používať než iné. V budúcnosti bude v klinickom ošetrovateľskom výskume v popredí etnografická výskumná metóda.

Kľúčové slová: pôrodníctvo, ošetrovateľský výskum, výskumné metódy.

Výskumé aktivity sú podstatou postupu vo všetkých klinických oblastiach v ošetrovateľskej profesii. Výskum, teória a prax sú tri vzájomne spojené komponenty, cez ktoré bude ošetrovateľstvo udržiavať samu seba ako signifikantnú disciplínu v systéme starostlivosti o zdravie.

Výskum sa môže definovať ako systematické vedecké štúdium problému alebo oblasti záujmu. Základ výskumu je predstava systému práce – jednoducho určenie myšlienky, ktorá poslúži na organizovanie

a riadenie výskumného procesu. Väčšina zdrojov definuje výskum v cieľoch, ktoré sú jasné alebo pragmatické. Určuje to s e d e m krokov výskumného procesu (1):

1. Problém identifikácie
2. Štúdium literatúry týkajúcej sa problému
3. Formulácia hypotéz
4. Tvarová selekcia
5. Zbieranie údajov
6. Vyhodnocovanie dát
7. Oboznámenie s výsledkami štúdia

Reynolds prezentuje štýri ciele výskumu (cit. podľa 1):

1. Organizovať a kategorizovať veci, alebo vytvoriť typológiu
2. Predpovedať budúce udalosti
3. Vysvetliť doterajšie udalosti
4. Poskytnúť možnosť porozumiť kauzálnym udalostiam

Tieto oblasti sa môžu považovať ako nevyhnutné a žiaduce ciele pre výskum v ošetrovateľstve.

Všetky oblasti v ošetrovateľstve závisia od výskumného procesu a sú prepojené so všetkými ošetrovateľskými úkonmi a rozsahom praxe.

Typy výskumných metód používaných v pôrodnictve

Výskum sa môže deliť do dvoch odlišných skupín podľa sondáže a všeobecného cieľa výskumu. Základný alebo čistý výskum hľadá základné príčiny a význam pozorovaných fenoménov. Čistý výskum charakterizuje sofistiká a konceptuálny prístup. Iná kategória je pragmatický a súčasne orientovaný výskum. Výskumné aktivity sa môžu skupovať podľa toho, či získané dátá sú kvalitatívne alebo kvantitatívne.

Ak sú otázky výskumu úplne určené, ošetrovateľský výskum bude vyberať výskumnú metódu vhodnú na zber dát.

Experimentálne metódy sa používajú v pôrodnickom výskume, keď sú kontrolné a experimentálne skupiny zhodné. Môžu sa použiť na humánnych subjektoch, ak sa zabezpečia všetky etické a morálne kritériá pre použitie metódy a kontrolu skupín. Experiment sleduje zmeny určitých faktorov v dôsledku meniacich sa podmienok. Použitie týchto metód v pôrodnictve študoval Hodnett (cit. podľa 1) ako účinok dvoch typov fetálnych monitorovacích systémov na pacientkach počas záťaže. Subjekty v záťaži boli náhodne označené v kontrolnej skupine, ktorá bola štandardne monitorovaná, alebo v experimentálnej skupine, ktorá bola monitorovaná rádiotelemetricky. Najväčším rozdielom medzi obidvoma fetálnymi monitorovanými systémami bola najväčšia možná pohyblivosť s rádiotelemetrickým monitoringom. Imobilita matky počas záťaže môže mať škodlivý vplyv na stav gravidity, tak ako aj negatívny psychologický efekt. Výsledok štúdie poukazuje na to, že experimentálna skupina mala viac pozitívnych záťažových skúseností ako kontrolné, alebo štandardne monitorovaná skupina. Matky v experimentálnej skupine prejavili vysoký stupeň pochopenia kontroly a celkove mali lepší pocit počas fetálneho monitorovania. Táto štúdia ilustruje ako sa môže experimentálna metóda použiť na výskum v pôrodnictve.

Pre ošetrovateľstvo má táto metóda prínos v prevencii, v podpore zdravia a zlepšenia ošetrovateľskej starostlivosti. Je účinná pri porovnaní dvoch alebo viacerých spôsobov ošetrovateľskej starostlivosti. Opisné metódy sa vo veľkej mieri používajú v pôrodnickom ošetrovateľskom výskume. Tieto metódy sú možno najvhodnejšie pre ošetrovateľský výskum v súčasnosti.

Pri páde o v e š t u d i e s a nezaúživali v širokom meradle v ošetrovateľskom výskume, pretože čas poznačil validitu informácií. Hoci dovoľujú vysokú hĺbkú informácií a všeobecnú aplikáciu v ošetrovateľskej praxi, nemôžu sa použiť ako prípadové štúdie, pretože štúdium je zamerané na úzky okruh.

O s o b n é i n t e r v i e w . Penny (cit. podľa 1) použil rozhovor na odhad vo vnímaní "dotyku počas pôrodu" u žien po pôrode. Informácie, indikujúce vnem dotyku počas námahy, sa analyzovali ako pozitívne alebo negatívne. Hlavný rozdiel vo vzťahu, či dotyk bol vnímaný ako pozitívny, sa delil podľa veku, rasy, manželského stavu. Zistilo sa, že dotyk manžela sa pocíťoval ako pozitívny zážitok. V pôrodnictve mož-

no touto metódou odhaliť fakty, názory a postoje skúmaných osôb, ktoré sú ostatnými metódami nedostupné.

D o t n i k je častá forma používaná vo výskume, kde respondentky majú možnosť vyjadriť svoj názor, postoj a pocity na danú tému.

H i s t o r i c k é m e t ó d y sú charakterizované systémovým zbieraním informácií patriacich minulosti. Pochopenie súčasného výsledku v ošetrovateľstve sa môže zaistiť zvyšeným štúdiom minulosti. Výskum používajúci historické metódy ovplyvňujú niektoré faktory. Základá sa na neúplných informáciách a dokumentoch z minulosti. Zbieha údaje, vrátane písomných materiálov, ako sú knihy, periodiká, rozhovory, listy, novinové články. Ošetrovateľský výskum musí byť kognitívny a môže existovať v zachovaných historických dokumentoch. Historické metódy sa nepoužívajú často v ošetrovateľskom výskume, no stále sa vynárajú a historický výskum bude pravdepodobne pokračovať v budúcnosti.

E t n o g r a f i c k é š t u d i e . Kultúrna a etnografická orientácia bude ohniskom ošetrovateľského výskumu. V súčasnosti je v našej populácii množstvo príslušníkov iných etnických skupín. Táto časť populácie bude mať sklon k inému názoru ako naši obyvatelia a pravdepodobne sa to prejavi vo všetkých klinických oblastiach ošetrovateľstva. Etnografický výskum je dôležitý aj pre ošetrovateľstvo v pôrodnictve, pretože kultúra má vplyv na individuálnu výchovu, potreby a samostatný priebeh pôrodu.

Záver

Výskumné aktivity sú potrebné zložky pre disciplínu ošetrovateľstva v zoskupení základných vedomostí a uplatnenia teórie. Dva väčšie typy výskumu – základné a praktické – sú charakterizované cieľom výskumu a úrovňou existencie poznania. Zvýšenie počtu výskumných štúdií v pôrodnictve je potrebné. Väčšina výskumných metód sa môže použiť v pôrodnictve, ale predsa opisné a pokusné metódy sa budú častejšie používať než iné. Výskumný pracovník v ošetrovateľstve bude používať v budúcnosti iné metódy, zvlášť etnologické. Hoci sú moderné metódy v rámci klinického ošetrovateľského výskumu, bude sa viesť viac etnologických výskumov v pôrodnictve. Výskumné štúdiá zamerané na fyzické a psychickej aspekty gravidity v záťažovom procese a neonatálna starostlivosť sú často rozpracované témy v ošetrovateľskej literatúre. Ohniskom budúceho bádania bude aj pokračovanie výskumu v špecifických oblastiach a skupinách.

Literatúra: Auvenshine, M. A., Enriguez, M. G.: Maternity nursing dimension of change USA Jones and Bartlett 1986. s. 15

Do redakcie došlo:
24. mája 1996

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

G. Vörösová
Stredná zdravotnícka škola v Nitre

Manažment v práci staničnej sestry

Súhrn. Manažment v práci staničnej sestry sa zaobrá organizovaním, plánovaním, rozhodovaním, komunikáciou, motivovaním, kontroloou a využitím všetkých zdrojov na realizáciu ošetrovateľského procesu a dosiahnutie cieľov. Staničná sestra – manažérka preberá zodpovednosť za výsledky práce ošetrovateľského tímu. Podmienkou úspechu jej práce sú isté predpoklady a schopnosti riadiť a porozumieť principom efektívnej komunikácie. V súčasnosti sa mení funkcia staničnej sestry na funkciu učiteľa, trénera, radcu a podporovateľa. Zá-

kladné príležitosti účinnej komunikácie sú návštevy, ošetrovanie, odpovedanie na otázku, objasňovanie, zosobňovanie a poskytovanie informácií.

V ošetrovateľstve ide v prvom rade o zvyšovanie kvality, preto sestra manažérka musí preukázať svoj záujem o kvalitu. Musí si určiť jasné perspektívy, zabezpečiť zrozumiteľnosť a integráciu cieľov oddelenia, zefektívniť porady, nedopustiť, aby sa pokyn kdeši "stratil" a investovať do prípravy ako prevencie. To si vyžaduje meniť ľudí a nie techniku.

Ošetrovateľská starostlivosť by mala zohľadniť individuálnosť klientov prostredníctvom realizácie ošetrovateľského procesu. Táto základná hodnota klade pacienta na prvé miesto, predpokladá plnenie a prekračovanie jeho očakávaní, poskytnutie služby správne na prvý raz, znižovanie nákladov tvorených nízkou kvalitou a posilňovanie dobrých výkonov sestier.

Kľúčové slová : manažment, staničná sestra, ošetrovateľský proces

M a n a ž m e n t je mladý vedný odbor, ktorý patrí medzi spoločenské vedy. Zaobera sa procesom organizovania, plánovania, rozhodovania, komunikácie, motivovania, kontroly a použitia všetkých zdrojov na určenie a dosiahnutie cieľov. Vychádzajúc zo všeobecnej charakteristiky manažmentu, pokúsim sa naznačiť problémy m a n a ž m e n t s t a n i č n e j sestry v ošetrovateľskom procese. V realizácii ošetrovateľského tímu na pridelenej ošetrovateľskej jednotke a preberá zodpovednosť za výsledky odbornej práce pracovníkov (1, 2).

O s o b o n o s t s e s t r y m a n a ž e r k y možno posudzovať z dvoch hľadišť. Ide o schopnosť vykonávať činnosť správnym a efektívnym spôsobom, hlavne nájsť správne veci a koncentrovať na ne všetky zdroje. Podmienkou úspechu zložitého procesu sestry manažérky sú isté predpoklady a schopnosti riadiť. V zásade ide o vrodené schopnosti, ako sú temperament a inteligencia. V styku s ľuďmi v rôznych situáciách sa rozvíjajú sociálne schopnosti. To je umenie porozumieť tomu, čo si iní myslia, čo cítia, hovoria a zároveň umenie odovzdávať iným vlastné myšlienky a pocity. Podľa J. L. Livingstona možno kvality rozhodujúce o úspechu manažéra vyjadriť v troch vzájomne prepojených rovinách:

1. Potreba riadiť – len ti ľudia, ktorí chcú riadiť ostatných a nachádzajú v tejto činnosti uspokojenie, stavajú sa úspešnými manažérmi.
2. Potreba moci – dobrí manažéri musia mať silný vplyv na ostatných. Pritom sa nemôžu spoliehať len na svoju autoritu, ale predovšetkým na svoje špičkové znalosti, skúsenosti a schopnosti.
3. Schopnosť vciť sa – skutočný manažér musí mať cit a pochopenie pre svojho "protihráča". Musí si poraďať s často sa vyskytujúcimi emocionálnymi reakciami ľudí v organizácii, aby s nimi mohol účinne spolupracovať.

Úloha a zodpovednosť staničných sestier v nemocniciach v svete sa zmenila v zásade, čo spôsobilo výrazné rozšírenie tradičného ošetrovateľstva (3). Nakoľko sa zmenili prognózy, museli sa zohľadniť aj požiadavky na zvyšovanie vedomostí a zručností a zároveň i na znalosti manažmentu sestier. Pod vplyvom týchto zmien vzniká funkcia námestníčky riaditeľa nemocnice pre ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá má zodpovednosť za kvalitu starostlivosti o pacienta v súlade s požadovanými normami. Normy ošetrovateľstva, ktoré publikovala Americká asociácia sestier, stanovili všeobecné parametre starostlivosti, ktoré sa potom v nemocniciach rozpracúvajú do noriem pacienta a do jednotlivých prvkov starostlivosti. Realizácia týchto noriem závisí od vnútornej politiky nemocnice. Úlohou manažérov je komunikovať so zamestnancami a vysvetľovať im úlohy a filozofiu organizácie a zabezpečovať realizáciu rozhodnutí. Kvalita služieb poskytovaných pacientom je prvoradou úlohou pracovníkov. Staničná sestra spolu so zamestnancami navrhuje ročný plán zlepšenia kvality, ktorým vytvára základy na zlepšenie kvality práce svojich pracovníkov. Práca zamestnancov sa monitoruje podľa stanovených pravidiel a hodnotiacimi ukazovateľmi sú napr.: chyby pri liečení, výskyt nozokomiálnych infekcií, úmrtnosť pacientov, komplikácie pri liečbe a spokojnosť pacienta. V súčasnosti sa pracuje na novej koncepcii tzv. "kontinuálne zlepšovanie kvality".

Na ošetrovacej jednotke je vytvorená komunikačná rada, ktorá má svoju poštovú schránku, do ktorej zamestnanci vhodia svoje námety a uplatňuje sa politika otvorených dverí. Staničná sestra navrhuje prijímanie a prepúšťanie pracovníkov vrchnej sestre a tá cez spomenutého námestníka riaditeľovi nemocnice. Sleduje výkon zamestnancov a kompletizuje hodnotiace správy o každom v stanovených časových intervaloch. Ak sa vyskytnú vo výkone práce nejaké problémy, je to práve staničná sestra, ktorá tento problém musí riešiť, v prípade potreby aj prepustenie pracovníka.

Výskumníci zistili, že sestra manažérka strávi viac ako 70 % svojho času práve komunikačnými aktivitami. Staničné sestry musia porozumiť principom efektívnej komunikácie.

Princíp prvý – podávanie informácií ešte nie je komunikácia. Odpovedí prijímateľa príkazu je potrebná, aby sa uskutočnila komunikácia.

Princíp druhý – zodpovednosť za jasné definovanie. Zodpovednosť za účinok na prijímateľa prináleží odosielateľovi.

Princíp tretí – používať jednoduchý a presný jazyk. Vyberať slová s významom, ktorému poslucháč porozumie a ktoré zodpovedajú jeho skúsenostiam, teda nie úrovni odosielateľa.

Princíp štvrtý – zabezpečiť spätnú väzbu. Naučiť sa ako chápať a vyhodnotiť slovné a mimoslovné odpovede v rámci komunikácie. Osvojiť si schopnosti viesť rozhovor a riešiť konflikty.

Princíp piaty – odosielateľ informácie musí byť vierochný. Byť dôveryhodný, spoľahlivý, schopný, to sú charakteristiky vierochného profesionála. Vaši zamestnanci vám musia veriť, musia veriť spôsobu komunikácie.

Princíp šiesty – základnou požiadavkou je znalosť imidžu. Dôležité je poznať a pochopiť opačné názory, nepodceniť ich a nehodnotiť nesprávne vedomosti ostatných.

Princíp sedmy – priama komunikácia je najúčinnejšia. Ak vás odkaz prechádza cez viacerých ľudí, cestou sa filtrouje a je tu oveľa viac priležitostí, aby sa narúši. Pri priamom osobnom rozhovore sa získava okamžitá spätná väzba, slovná či mimoslovná, a tým sa redukujú priležitosti na vznik nedorozumenia.

Efektívni manažéri často používajú metódu "naliat si čistého vína" alebo poklebetiť si, aby si overili sporné myšlienky. Ak to použijú správne, môžu získať dobrý náhľad na zmeny, ktoré by sa mali urobiť. Staničné sestry doteraz koordinovali, plánovali a hodnotili činnosť iných. Ich funkcia sa teraz mení na funkciu učiteľa, trénera, radcu a podporovateľa. Tieto úlohy menia aj komunikačné postupy. Základné priležitosti účinnej komunikácie sú návštevy, ošetrovanie, odpovedanie na otázku, objasňovanie, zosobňovanie a poskytovanie informácií.

Ak pozorne počúvate, ľudia majú pocit, že majú pre vás hodnotu, a začinajú veriť, že im rozumiete. Sestra, ktorá počas návštevy pacienta venuje pozornosť len úprave posteľe, plne nevníma pacienta. Ďalšou komunikačnou schopnosťou je odpovedanie, t. j. refrázovanie odkazu, pričom sa môžu tlmočiť vlastné pocity k tomuto odkazu. Odpovede, ktoré zahŕňajú pocity i obsah, sú zložitejšie, ale aj úplnejšie.

V ošetrovateľstve u nás dnes ide v prvom rade o z v y š o v a n i e kvality, preto sestra manažérka musí preukázať svoj záujem o kvalitu. Musí si určiť jasné perspektívy, zabezpečiť zrozumiteľnosť a integráciu cieľov oddelenia, zefektívniť porady, nedopustiť, aby sa po kyn kdesi "stratil" a investovať viac do prípravy ako prevencie. To si vyžaduje meniť ľudí a nie techniku, orientovať postoje v smere špecifického správania v kontexte vykonávaných činností a nie smerom k všeobecným postojom k potrebe kvality a spokojnosti klienta (4).

Ošetrovateľská starostlivosť by mala zohľadňovať individuálnosť klientov prostredníctvom realizácie ošetrovateľského procesu. Táto základná hodnota klade pacienta na prvé miesto, predpokladá plnenie a prekračovanie jeho očakávaní, poskytnutie služby správne na prvý raz, znižovanie nákladov vyrobených nízkou kvalitou a posilňovanie dobrých výkonov sestier. Úspešné oddelenie je také, ktorému sa darí udržiavať vo vedomí sestier pocit, že sú rešpektované ako jednotlivci aj ako členovia ošetrovateľského tímu, a že na oddelení zohrávajú významnú úlohu.

Literatúra: 1. Schifferli, T.: Činnosť ošetrovateľského oddelenia v USA. Zborník materiálov zo seminára o ošetrovateľskom manažmente. Martin, 1993, s. 2–14. – 2. Woolston, S.: Úlohy staničnej sestry. Zborník materiálov zo seminára o ošetrovateľskom manažmente. Martin, 1993, s. 15–17 – 3. Mahoney, H.: Nástroje ošetrovateľského manažmentu. Zborník materiálov zo seminára o ošetrovateľskom manažmente. Martin, 1993, s. 24–29 – 4. Vorosová, G.: Nové prístupy v ošetrovaní chorých. Slov zdravotník, 5, 1995, č. 1, s. 1–2.

Do redakcie došlo:

12. apríla 1996

Adresa autorky:

PhDr. G. Vörösová

Škultétyho ul. č. 16

949 01 Nitra

Ošetrovanie hypospádie

Súhrn: Hypospádia je vrozené ochorenie, vyskytujúce sa prevažne u chlapcov. Vyústenie močovej rúry sa nachádza na prednej strane penisu, ktorý je ventrálne ohnutý, čo spôsobuje väzivový pruh. Zúžené vyústenie močovej rúry spôsobuje dyzúriu, patologický prúd moči, znemožňujú ejakuláciu a často psychické ťažkosti pacientom.

Vrozenú chybu sa snažíme korigovať od 2. roka života do skončenia predškolského veku. Operácie sa delia na jednoduché a dvojdobé. V 1. dobe sa odstraňuje väzivový pruh a napriamuje penis. V 2. dobe sa vytvára neouretra. Medzi najčastejšie používané operácie u nás patria rekonštrukcie podľa Denisa-Brownego, Ikomu a plastika podľa Byarsa. U všetkých typov treba dbať na adekvátnu funkciu cievky, ktorou sa odvádzá moč, a to epicystostómou alebo permanentným katéterom. Cievky sa odstraňujú 10. – 12. pooperačný deň. Penis nezvykneme kryť, ranu nechávame odhalenú. Pre zabezpečenie vzdušnosti používame "betlehem".

Kľúčové slová : Hypospádia, operácie podľa Denisa-Brownego, Duckelta a Ikomu, ošetrovanie.

Pod pojmom hypospádia rozumieme vrozené ochorenie, postihujúce močovú rúru prevažne u chlapcov. Je spôsobené patologickým umiestnením vyústenia močovej rúry na prednej strane penisu. Podľa Ducketta rozdeľujeme hypospádie na typy predné, stredné a zadné. U všetkých vyústenie močovej rúry nie je na správnom mieste žaluda. Okrem iného penis býva ventrálne zahnutý. Pritomný je väzivový pruh, ktorý zapričinuje predné zakrivenie penisu. Siahá od žaluda po patologické vyústenie močovej rúry.

Z príznakov býva dyzúria, ktorú spôsobuje zúženie vyústenia močovej rúry. Dieťa si pritom pomočuje nohy, pri ťažkých formách moči ako "žena". Dôležitým problémom je znemožnenie ejakulácie, neskôr možnosť oplodniť a v neposlednom rade psychika pacienta.

Tieto zdravotné ťažkosti pacienta sa snažíme korigovať od druhého roku života. Ukončenie liečby sa má realizovať v predškolskom veku. Významná je závislosť úspešnosti liečby od výberu a času operácie, ale aj od špecifickej a zvýšenej starostlivosti v pooperačnom období. Operácie sú rozdeľujeme na jednodobé a dvojdobé. V prvej dobe u detí s výrazným zahnutím penisu je prvoradou úlohou odstrániť väzivový pruh a zabezpečiť napriamenie penisu. To je predpoklad na jeho správny vývoj. V druhej dobe sa snažíme vytvoriť neouretru – novú močovú rúru. Pri hypospádi, kde nie je potrebné narovnanie penisu, pacienta operujeme jednodobou operáciou, t. j. vytvárame ihneď neouretru.

Vytvorenie neouretry sa robí viacerými spôsobmi. Jednou z možností je vytvorenie predkožky a jej transpozícia s následným vytvorením neouretry. Iná je metóda epithelializácie centrálneho uretrálneho pruhu, ako ju opisal Denis-Brown.

Dôležitým predpokladom akejkoľvek rekonštrukčnej operácie je zabezpečenie odtoku moči. U nás robíme deriváciu moču punkčnou epicystostómou (odtok moča cez ihlu cievkou zavedenou do močového mechúra). Po operácii pri komplikáciach, napr. upchatie epicystostómie krvným koagulom, okamžite evakuujeme krvné zrazeniny a

zabezpečujeme priechodnosť cievky opakovaným preplachom. Ak by sme to nezistili, je takmer isté, že operácia bude neúspešná a operačná rana sa rozpadne.

Pri opakovaných operáciach sa pravdepodobnosť úspešnosti výrazne znižuje. Z toho vyplýva dôležitosť kontinuálnej drenáže epicystostómie v pooperačnom období. Epicystostómou rušíme spravidla na dvanásť deň po operácii. Pre operáciu podľa Denisa-Brownego je charakteristická prítomnosť korálok, ktoré sa používajú na sutúru neouretry. Nechávame ich obligatne desať dní. To je čas potrebný na epithelializáciu neouretry. Nezvykneme penis kryť; ponechávame už bezprostredne po operácii ranu odhalenú. Pre zabezpečenie vzdušnosti používame zariadenie nazývané "betlehem", čo je oceľové konštrukcia na uloženie prikrývky.

Ďalšou dôležitou podmienkou úspešnosti operácie je drenápre-riuretrálneho priestoru rukavicovými drénmi, ktoré odstraňujeme druhý, až tretí deň po operácii.

Často vzniká enormný ľah bočných okrajov kože penisu. Ľah zmierňujeme tzv. dorzálnou incíziou kože penisu. Na miesto incízie dávame mastný tyl, ktorý zabezpečuje epithelializáciu a má hemostatickú funkciu. Odstraňujeme ho až po zrušení korálok a extenze penisu.

Napokon sa dokončuje liečba kúpaním v sedacích kamílkových kúpeľoch, ktorími sa uvoľnia posledné príškvary v operačnej rane a zníži sa možnosť obstrukcie neouretry.

Súčasťou liečby hypospádie je protibakteriálna a antiendematóznych liekov Reparil.

Pacientom zabezpečujeme aj adekvátny prívod tekutín. Niektorí pacienti, zvlášť nižších vekových skupín, vyžadujú radikálnu imobilizáciu, prípadne sedatíva.

Ďalšou chirurgickou metódou je operácia podľa Ikomu. Cieľom I. doby je napriamenie penisu a odstránenie väzivového pruhu. Od ostatných známych dvojdobých plastickej operácií sa liší tým, že v I. dobe okrem predĺženia penisu vytvárame už žaludový úsek neouretry, ktorá sa v II. dobe skompletizuje.

Podľa našich posledných skúseností vykonávame okrem operácie podľa Denisa-Brownego aj kombináciu B y a r s o v e j p l a s t i k y, kde sa vytvára tubulizovaná neouretra, ktorá sa poistí prekrytím laterálnych okrajov kože obdobným spôsobom. V poslednom období predpokladame ďalšie uplatnenie operácií podľa Ikomu, s ktorými máme doteraz veľmi dobré výsledky. Podmienkou vyliečenia je nielen správne riešenie, ale aj dokonalá a špecifická starostlivosť o pacientov s hypospádiou v pooperačnom období. V nej zohrávajú veľmi dôležitú úlohu sestry.

*Do redakcie došlo:
22. mája 1996*

*Adresa autorov:
I. Vranová
Okružná ul. č. 17
917 00 Trnava*

Opava

V druhom čísle nášho časopisu v roku 1996 sa vyskytla chyba. Na strane 65 bolo nesprávne uvedené meno jednej z autorek. Správne meno je Mgr. M. Stromková. Aj keď sa tak nestalo vynou redakcie, autorke i čitateľom sa ospravedlňujeme.

Redakcia

Zistovanie kvality života u pacientov s bolestou

Súhrn: Autorky prezentujú parciálne výsledky výskumu a naznačujú niektoré problémy zmenenej kvality života pacientov trpiacich chronickou bolestou. Na základe zistených poznatkov ukazujú možnosti ošetrovateľstva v prvej fáze ošetrovateľského procesu (odhad bolesti), ako aj niektoré intervencie a spôsoby riešenia problémov pacientov, vedúce k zlepšovaniu kvality ich života.

Kľúčové slová: bolesť, kvalita života, ošetrovateľský proces.

Jedným zo závažných problémov starostlivosti o človeka, na ktorých participuje aj ošetrovateľstvo, je bolesť. V poslednom desaťročí sme svedkami zvýšeného záujmu o poznanie jej podstaty v oblasti teórie a výskumu ako predpokladu hľadania nových terapeutických možností jej ovplyvňovania. Bolesť je životnou skúsenosťou každej ľudskej bytosťi. Sprevádza nás od narodenia celým životom. Medzinárodná spoločnosť pre liečbu bolesti (IASP) ju definuje takto: "Bolesť je neprijemnou senzorickou (zmyslovou) a emocionálnou skúsenosťou (zážitkom), ktorá sa vzťahuje k aktuálnemu (skutočnému) alebo potenciálному (len možnému) poškodeniu tkániva, alebo skutočnosť opisanú v termínoch takéhoto poškodenia" (1). Naznačuje, že ide o zložitejšie procesy, ktorých poznanie a ovplyvňovanie presahuje metodické možnosti prírodných vied. Súčasná liečba bolesti u nás sa však zakladá práve na tejto metodológii.

V živote človeka má bolesť význam najmä ako ochranný signál, ktorý však niekedy zlyháva, je nepresný, alebo chýba.

Zážitok bolesti má rôznu intenzitu a dĺžku trvania. Podľa toho delíme bolesť na akútну a chronickú. Osobnú odpoveď na bolesť, jej toleranciu, bolestivé správanie a mieru utrpenia, ovplyvňujú rôznorodé faktory, z ktorých najzávažnejšie sa javia:

- etnické a kultúrne faktory (vrátane duchovných),
- emócie, emocionálne stavy,
- očakávania,
- vek a skúsenosť,
- prítomnosť iných ľudí, medziľudske vzťahy

Etnické a kultúrne faktory (vrátane duchovných). Prežívanie bolesti určuje charakter kultúry. Stupnice kultúrnych hodnôt hrajú významnú úlohu v tom, ako osoby vnímajú bolesť a ako na ňu reagujú (2). Napríklad, kym v krajinách euro-americkej kultúry sa pôrodné bolesti považujú za jedny z najsilnejších, v niektorých oblastiach Afriky je známy tzv. "couvade". Počas pôrodu "trpi" bolestami manžel a rodička znaky bolesti neprejavuje. Ďalším faktorom, ovplyvňujúcim prežívanie bolesti, môže byť náboženstvo. Kresťan môže bolesť ponímať aj ako skúšku alebo trest.

Emocie, emocionálne stavy. V stavoch úzkosti, deprese, strachu, prípadne nudy, býva vnímanie a prežívanie bolesti spravidla väčšie. Naopak, človek v aktívnej činnosti, pocitujúci radosť, veselosť, zadosťučinenie, vníma prípadnú bolesť menej intenzívne.

Očakávania. Predpokladanú a očakávanú bolesť, ktorej výsledok je zmysluplný (napr. pôrodné bolesti), pacienti lepšie tolerujú. Podobne akútne priebeh ochorenia a očakávanie okamžitej pomoci a úľavy (infúzia, operácia), pozitívne ovplyvňujú prežívanie bolesti.

Vek a skúsenosť. Vekom nadobudnutá skúsenosť s bolestou ovplyvňuje jej prežívanie spravidla negatívne. Je známe, že pri rovnakom type nádorového ochorenia deti bez predchádzajúcej skúsenosti lepšie tolerujú bolesť ako dospelí. Prežívanie bolesti môže zhoršovať aj skúsenosť sprostredkovanú (napr. bolesť rodiča, iného blízkeho...).

Medzidiskiplinárny. Prítomnosť iného, blízkeho človeka, toho, kto môže pomôcť, zväčša pomáha znášať bolesť. Očakávaná pomoc pritom nemusí byť inštrumentálna alebo farmoterapeutická, poloha, iné spôsoby úľavy. Najmä postepeň sestier k pacientovi a jeho bolestivým prejavom môžu výraznou mierou, pozitívne i negatívne, ovplyvňovať jeho prežívanie. Niektorí trpiaci však uprednostňujú samotu.

Všetci ošetroujúci sa pri ošetrovani pacienta s chronickou bolestou strečajú s rôznymi problemami. Uvedieme len niektoré z nich:

1. Nedostatočná komunikácia medzi sestrou a pacientom: pacient svoju bolesť neverbalizuje a môže sa zväčšiť jeho utrpenie.
2. Ordinácia lekára, podávanie analgetik podľa potreby. Čo robiť v prípadoch, ak sestra nemá skúsenosť s bolestou? Kto vtedy môže a má rozhodnúť, kedy je "podľa potreby" vhodný čas na aplikáciu liekov? Často sa stáva, že ak už pacient o ne žiada, nemôže už bolesť tolerovať.
3. Postoje sestier k pacientovi s bolestou, najmä pri hlasitých prejavoch, či iných vyjadreniach emócií.
4. Pacienti nevedia o možnostiach ošetrovateľstva. Ako ukázali predbežné výsledky nášho výskumu, takmer vôbec nepočítajú s pomocou sestier.

Výsledky, ktoré uvádzame, sú súčasťou riešenia výskumnej úlohy "Bolesť ako problém teórie a praxe ošetrovateľstva".

Materiál a metódika

Pri získaní informácií sme zvolili dotazníkovú metódu. Dotazník má 39 položiek, v ktorých sa zameriavame na niektoré problémy pacientov trpiacich chronickou bolestou. Počet respondentov: 64. Priemerný vek: 49,5 (25 až 85 rokov.)

Výsledky

Uvádzame len niektoré výsledky, signalizujúce zmeny v spôsobe a kvalite života. Na riešení problémov s nimi spojených, by sa sestry mohli výraznejšie podieľať.

Na otázkou "Trpel niekto z vašej rodiny opakoványmi dlhodobými bolestami?" odpovedalo: áno 30 respondentov (46,9 %), nie 19 respondentov (29,7 %).

"Ovplyvnila táto skúsenosť prežívanie Vašej bolesti?" Áno 20 respondentov (31,2 %), nie 34 respondentov (53,1 %). Tieto údaje sú dôležité najmä z hľadiska anamnézy. Skúsenosť iného môže aj negatívne ovplyvňovať prežívanie vlastnej bolesti. Ako sme uvedli, deti bez predchádzajúcej skúsenosti lepšie tolerujú bolesť než dospelí.

"Museli ste v súvislosti s bolestou zmeniť spôsob života?" Áno 50 respondentov (78,1 %), nie 11 respondentov (17,2 %).

"Zmenili ste zamestnanie?" Áno 24 respondentov (37,5 %), nie 36 respondentov (56,2 %).

"Zmenilo sa niečo pod vplyvom bolesti vo Vašom osobnom živote?" Áno 41 respondentov (64,1 %), nie 18 respondentov (28,1 %). V 34 prípadoch je zmena negatívna. Chronická bolesť zasahuje do profesionálnej i súkromnej sféry sebarealizácie človeka, ktorá je jednou z najdôležitejších hodnôt našej kultúry.

"Zmenila bolesť poradie toho, čo je pre Vás dôležité?" Áno odpovedalo 40 respondentov. Najdôležitejším bolo pre nich zdravie a prekonanie sociálnej izolácie.

"Kto Vám pomáha znášať bolesť?" Lekár pomáhal znášať bolesť v 15 prípadoch, sestra v 3 prípadoch, rodina v 9 prípadoch. Jeden respondent uvedol, že nepotrebuje pri znášaní bolesti pomoc nikoho.

"Od koho očakávate najväčšiu pomoc pri Vašich problémoch spojených s bolestou?" Lekára uvedli 13 krát, laikov 9 krát, pomoc od Boha očakával 1 respondent.

Tieto údaje sú pre nás zarazajúce. Sestra trávi totiž s pacientom najviac času, priamo sa podieľa na úľave jeho bolesti, vo väčšine prípadov je prvou, komu sa pacient na bolesti sťažuje.

"Pri bolesti najčastejšie pocitujete?" Únavu 50 %, smútok 35,9 %, úzkosť 31,2 %, bezmocnosť 39,1 %.

Pri týchto stavoch môže sestra iniciovať i poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť. Sestra, ktorá pracuje s pacientmi, trpiacimi chronickou bolesťou, by mala byť schopná najmä:

1. Vhodné podávať lieky pri bolesti (poznať hlavné a vedľajšie účinky).
 2. Diskutovať s pacientom o bolesti, a tak ho môže zapájať do riešenia jeho problémov v rámci ošetrovateľskej starostlivosti.
 3. Primerane aktivizovať pacienta, odvádzat jeho pozornosť vhodnou činnosťou.
 4. Nenechávať pacienta s bolestou samého, ak si to výslovne nežiadá.
 5. Tolerovať zmeny správania, umožňovať a podporovať pacienta pri vyjadrovani emócií a stavov, aj negatívnych.
 6. Pomáhať pacientovi zvládať strach a úzkosť
 7. Zistiť a rešpektovať pacientove metódy úľavy.
 8. Zabezpečovať pomoc pri relaxačných metódach.
 9. Upozorňovať pacienta na možnú bolest pri ošetrovaní, diagnostických alebo terapeutických výkonoch.
 10. Sledovať verbálne a neverbálne prejavy, súvisiace s bolestou.
 11. Zabezpečiť kontakt s najblížšimi, pre pacienta dôležitými osobami.
 12. Podieľať sa na vytváraní podporej sociálnej siete.
 13. Vypracovať plán sledovania bolesti (príloha 1).

Ako príklad uvádzame plán, vypracovaný podľa literatúry (3). Pri sledovaní štyroch základných parametrov môžu sestry používať (príloha 2):

- intenzitu (VAS, SAS),
 - lokalizáciu ,
 - dĺžka trvania,
 - kvalita bolesti (VDS, príloha 2).

14. Vytvoriť dotazník pre pacienta s bolestou.

15. Naučiť pacienta písat denník bolesti, ak je to potrebné a ak je pacient ochotný.

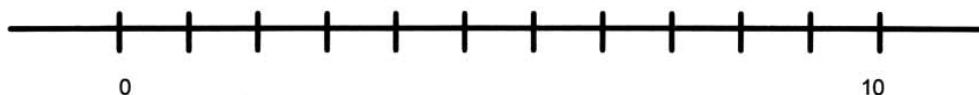
Literatúra: 1. *Křivohlavý, J.: Bolest, její diagnostika a psychoterapie.* Brno, IDVPZ 1992, s. 66. – 2. *Melzack, R.: Záhada bolesti.* Praha, Avicenum 1978, s. 189. – 3. *Lederer, J. R., Marculescu, G. L., Mocnik, B., Seaby, N.: Nursing diagnosis cards.* Addison – Wesley Nursing, a Division of The Benjamin/ Cummings Publishing Company 1992.

*Do redakcie došlo:
30. mája 1996*

Adresa autoriek:
Mgr. K. Žiaková
ul. B. Bullu 2/16
036 08 Martin

Príloha 1. Plán sledovania bolesti

Príloha 2. Vizuálna analogická škála (VAS) skladá sa z 10 cm dlhej čiary.
Na začiatku je 0 – žiadna bolesť, na konci 10 – najväčšia bolesť.



Analogická škála úsmevu (SAS)



Škála slovného vyjadrenia (VDS). Slovo reprezentuje číslom, pacient si dovyberá podľa intenzity svojej bolesti

M. Nemčeková, K. Žiaková, A. Porubská

Ústav ošetrovateľstva Jeseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského,
Klinika otorinolaryngológie Martinskej fakultnej nemocnice v Martine

Príspevok ošetrovateľstva k zlepšeniu kvality života onkologických pacientov

Súhrn: Onkologické ochorenie často vyvoláva vážnu životnú krízu pacientov, ktorí sa musia vyrovnávať s množstvom problémov (telesných, duševných, sociálnych i duchovných). Progresia maligného ochorenia, jeho terapia, často radikálna, je viac alebo menej spojená so stresmi, bolesťou, obavami z neistej budúcnosti. To všetko môže viesť k stavom úzkosti, osamelosti a beznádeje. Autorky zistili dotazníkovou metódou určité parametre kvality života pacientov, liečených na klinike ORL. Na základe výsledkov pilotnej štúdie uvažujú o možnom príname ošetrovateľstva k zvyšovaniu celkovej pohody pacientov, najmä onkologických, prostredníctvom rozvíjania interdisciplinárneho výskumu i skvalitňovaním ošetrovateľského procesu.

Kľúčové slová: onkologický pacient, kvalita života, ošetrovateľský proces.

Úvodom niekoľko slov k tomu, čo nás viedlo k výberu témy.

1. Najširším metodologickým východiskom je zmena paradigmy (základný vzor) myšlenia a prístupu k poznaniu v euro-americkom sociokultúrnom kontexte, zaznamenaná v približne od 60. rokov nášho storočia. Ide o kritiku absolutizácie rozumu, vyzdvihovaného na úkor iných ľudských hodnôt, o kritiku jednostrannosti racionalizmu a na nej založenej industrializácie, technizácie a ovládateľských

postojov k svetu a človeku v ňom. Ako nová možnosť sa ponúka paradigmatický prelom, na základe ktorej by mala byť prekonaná globálna kríza, ako aj kríza hodnôt a odludštených vzťahov medzi jednotlivcami, skupinami, či celými kultúrami.

Aj vo vede vystupujú do popredia nové preferencie. Invencia, o ktorú v nej ide, sa nemá zakladať na univerzalizme, generalizácii a dosiahnutiu konsenzu, ktorým sa odobrí pravdivosť vylúčením jednotlivosti (1). Zdôrazňuje sa konkurenčia názorov a nové inšpirácie, ktoré vzájdajú aj z nesúhlasu.

2. Paralelne sa tieto tendencie prejavujú aj v medicíne, ošetrovateľstve, v zdravotníctve vôbec. Subjektovo-objektové vzťahy, v ktorých sa človek chápal ako analytickým rozumom až do ultraštruktúry poznanateľný a v princípe somatický reparatívny pasívny objekt starostlivosti, označované ako paternalistický model, podrobujú sa kritike. Výrazom tohto je akceptovanie práva pacientov, založených na autonómii osobnosti, ako aj odporúčania parlamentného zhromaždenia Rady Európy z r. 1991, favorizovať v budúcich 25 rokoch lekársku a ošetrovateľskú etiku ako vo výskume, tak predovšetkým vo výučbe a medicínskej praxi.
3. Táto radikálna zmena metodológie, ktorá prekonáva redukciu ochorenia na patologický proces a akceptuje aj osobnú odzovu človeka naň, potreba prechodu od poznania človeka k porozumeniu jeho

problémov a potrieb, nás podnietila hľadať nové možnosti kuratívnej, predovšetkým však ošetrovateľskej starostlivosti (2).

Metodika

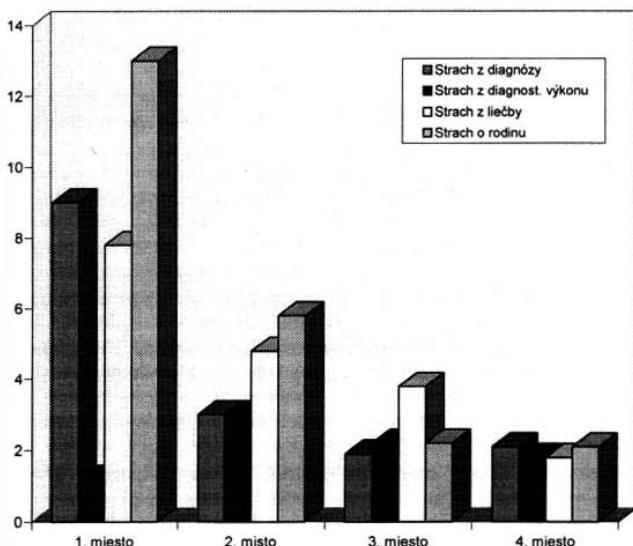
Použili sme metódu získavania informácií prostredníctvom anonymného dotazníka, v ktorom pacienti odpovedali na 24 prevažne uzavretých otázok. Niektoré potreby, prípadne emocionálne stavy, mohli upresniť v otázkach otvorených. Súbor tvorilo 50 respondentov, prevažne pacientov kliniky otorinolaryngológie. Všetci mali diagnostikované onkologické ochorenie, boli v procese chemoterapeutickej liečby alebo po jej ukončení. Priemerný vek bol 44 rokov (najmladší 17, najstarší 74). Vzhľadom na početnosť súboru môžeme uvažovať len o pilotnej štúdii, ktorá môže iniciaovať seriózny výskum niektorých najzávažnejších problémov.

Výsledky

Nejednoznačný je aj obsah kategórie "kvality života". Uvažovali sme o nej v korelácii s najširšou definíciou zdravia podľa SZO z r. 1948, ktoré je chápane ako "stav úplnej telesnej, duševnej a spoločenskej pohody" (3). Prostredníctvom problémov, ktoré pacientov najviac zaťažujú, sme orientačne zistili preferencie ich potrieb a hodnot, ako aj prevažne negatívne emocionálne stavy v súvislosti s ich nedostatočným uspokojovaním. Uvádzame len najzávažnejšie:

- Najčastejším emocionálnym stavom je úzkosť. Potvrdili nám to odpovede na otázkou: "Cítite niekedy úzkosť?" Expresívne ju vyjadrilo 29 respondentov, ostatní (21) odpovedali nievem, nie alebo zriedka, avšak v porovnaní s ich odpoveďami na otázky, ktoré sme použili s cieľom kontroly, zostalo len 6 pacientov, ktorí úzkosť v nieakej forme nevyjadrieli.
- Na otázkou "Čo najčastejšie cítite v súvislosti s ochorením?" pacienti odpovedali: úzkosť 17, osamelosť 16, únavu 10, strach 9, nádej 10, ostatné stavy: bezmocnosť 6, beznádej 6, bolest 5, hnev 4, prázdnотu 3, vinu 2, bezcennosť 1, iné (posilnenie vieri) 1. Neodpovedalo 6.
- Na základe škály stupňovitého radenia sme zisťovali, z čoho majú pacienti najväčší strach. Priradovali hodnoty od 1 (vyjadrovala najväčšiu mieru strachu) po 8 (najmenšia obava) s údajom: z diagnózy, z diagnostického výkonu, z liečby, z rozhovoru s pribuznými, z budúceho života, o rodinu, zo strany zamestnania a z izolácie a samoty. Uvádzame len výsledky na prvých štyroch miestach (obraz 1). Strach o rodinu a strach z liečby sa ukázali ako najvýznamnejšie. Prekvapením je relativne malá obava zo straty zamestnania a z izolácie a samoty.

Obraz 1. Škala príčin strachu pacientov



3. Podobnou škálu sme zisťovali, od koho očakávajú pacienti najväčšiu pomoc pri riešení problémov, súvisiacich s ochorením. Aj keď sa všeobecne predpokladá, že lekár zabezpečuje predovšetkým diagnostiku a terapiu, až 33 pacientov očakáva pomoc práve od neho. Zo skupiny profesionálov sú menšie očakávania pomoci od sestier, napriek tomu, že trávia s pacientom omnoho viac času (obraz 2). Podľa nášho názoru to môžu ovplyvňovať najmä faktory:

– s rozhodovaním lekára sa spája pacientova nádej ako pozitívne očakávanie budúceho, čo relativne zvyšuje jeho pocit istoty a je protiúkostou,

– práca sestier je prevažne vykonávaná ako plnenie ordinácií lekára, bez akceptovania možnosti, ktoré ponúka moderné ošetrovateľstvo.

4. Potreba zlepšovať komunikáciu medzi profesionálmi a pacientmi signalizovali jednoznačne odpovede na otásku o potrebe pacienta zdôveriť sa so svojimi problémami. Áno odpovedalo 38 respondentov, zároveň 14 z nich udávalo obavy s nepochopenia. Podľa výpovedi pacienti nepociťujú nedostatok času zo strany zdravotníkov, nakoľko iba 3 uviedli, že o problémoch nehovoria, pretože lekár nemá čas, podobne dvaja udávajú ten istý dôvod v prípade sestry.

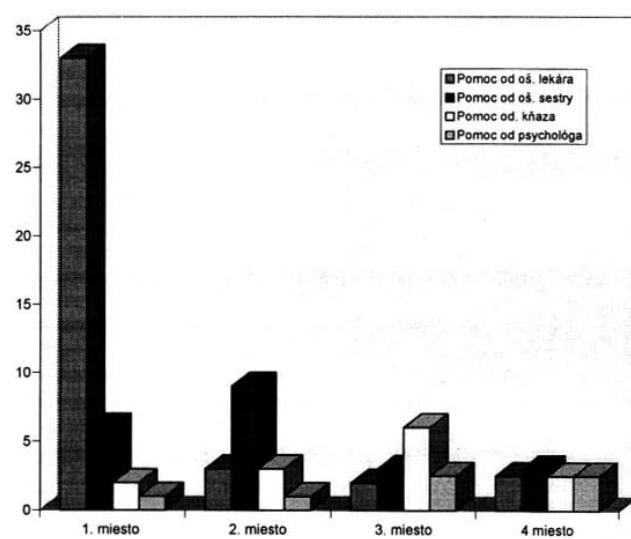
Dôležitosť komunikácie potvrzuju aj odpovede na otázku: "Čo Vám pomáha, keď je Vám ťažko?" Výsledky: 27 – prítomnosť človeka, 19 – modlitba (čo možno považovať za špecifickú formu komunikácie), 18 – rozhovor, 18 – činnosť, lieky (mimo ordinácie lekára), 3 – fajčenie, 1 – alkohol, 1 – iné (samota, ticho – 1, hudba – 1, možnosť niekomu sa zdôveriť – 1, napsať list – 1).

5. Významným faktorom zniženia kvality života sa ukázali problémy, súvisiace so súkromím. Aj keď ich uviedlo len 19 respondentov, zaujímavé sú dôvody nespavosti, pre bolesti 6, nemôže spať, pretože rozmyšľa o svojich problémoch 14, pretože má obavy z budúcnosti 5, osamelosť 1 a bezbrannosť 1 (čo je z hľadiska štatistikálne bezvýznamné, ale z pohľadu ošetrovateľstva nezanedbateľné, nakoľko sestra by mohla pacientovi účinne pomôcť).

Záver

Aj v živote zdravého človeka je budúcnosť nejasnejšia než prítomnosť a minulosť, čo vzbudzuje obavy a úzkosť. Táto situácia sa zhoršuje nielen faktom ochorenia, ale rezonuje v celkovej osobnej odozve pacientov na patologický proces a zhoršuje kvalitu ich života. Domnievame sa, že ošetrovateľstvo by malo prispieť k zlepšovaniu kvality života pacientov, osobitne onkologických, jednak v oblasti výskumu, ako aj v ošetrovateľskej praxi.

Obraz 2. Škala očakávania pomoci pacientami



Bolo by potrebné:

1. Zameriť interdisciplinárny výskum na tieto problém:

 - zistovať súvislosti miery a spôsobu informovanosti pacienta s optimalizáciou hladiny úzkosti (vo vzťahu k diagnostike, terapii, ale aj vzhľadom na prognózu ochorenia),
 - rozpracovávanie špecializovanej komunikácie medzi sestrou a pacientom. Chápať ju nielen ako výmenu informácií, ale predovšetkým ako ich interpretáciu, zvýznamňovanie na základe rozdielnych skúseností a využitie pre zmierňovanie utrenia, spojeného s negatívnymi emóciami a duševnými stavmi,
 - za úvahu by stalo využívanie poznatkov imunológie a patogénnej imunosupresii, vyvolávanej chronicky pôsobiacimi psychosociálnymi a duchovnými faktormi a ich cielená praktická aplikácia v ošetrovateľskom procese,
 - výskum vzťahov úzkosti a bolesti, úzkosti, osamelosti a bolesti, objasňovanie pozitívnych vplyvov duchovných faktorov s cieľom hľadania možností úľavy bolesti aj mimofarmakologickými prostriedkami.

2. Druhú dôležitú podmienku pre zlepšovanie kvality života onkologickej pacientov vidíme v utvorení legislatívnych a personálnych podmienok pre zavedenie ošetrovateľského procesu do klinickej praxe. To by umožnilo sestrám skvalitňovať ošetrovateľskú starostlivosť na základe celostného a individualizovaného prístupu k človeku, zabezpečilo jej konkretizáciu, plánovanie a kontinuálnosť

V súvislosti s výsledkami našej štúdie niekoľko podnetov pre prácu sestier s cieľom zlepšovania pohody pacientov:

1. **Úzkosť:**
 - zistenie, odhad, dokumentovanie,
 - sledovanie prejavov (verbálnych, neverbálnych),
 - pomoc pri identifikácii problémov,
 - podpora pacienta pri ich verbalizovaní,
 - alternatívne techniky tlmenia úzkosti,
 - poskytnutie rozptylenia, činnosť,
 - podpora prejavov nesúhlasu, hnev, rozhorčenia,
 - zvyšovať pocit bezpečia a istoty,
 - vytváranie a uprevňovanie vzťahov dôvery medzi setrou a pacientom.
2. **Osamelosť:**
 - identifikovať možné príčiny stavu,
 - redukovať stav osamelosti prítomnosťou,
 - spolupráca s rodinou, priateľmi, kolegami,
 - poskytovať informácie o možnostiach zlepšenia kvality života (svojpomocné organizácie, pomôcky, sociálna pomoc, resocializácia, rekvalifikácia...).
 - zvyšovať vedomia vlastnej hodnoty,
 - zabezpečiť pomoc iných odborníkov.
3. **Únava:**
 - zistenie a dokumentovanie únavy (informácie od pacientov o príčinách, objektívne zistenia),

- redukcia, prípadne eliminácia rušivých vplyvov (zabezpečenie vhodného prostredia, tlmenie bolesti, zmeny terminov výkonov...),
- pomoc pri denných aktivitách,
- plánovanie proporcie aktivity a odpočinku spolu s pacientom, jeho rodinou (zapojenie rodiny do minimalizácie únavy).

4. **Spánok:**

- znižiť aktivitu min. 2 hodiny pred spaním,
- umožniť dodržanie rituálov, zabezpečiť optimálne podmienky,
- hygienická starostlivosť,
- tekutiny (mlieko s medom, spec. čaje, podané vo vhodnom termíne),
- hovoriť s pacientom, keď to potrebuje, tlmit prežívanie úzkosti, strachu a osamelosti.

5. **Strach:**

- zisťovať príčiny, povzbudzovať pacienta pri verbalizovaní faktorov vzbudzujúcich jeho obavy,
- poskytovať informácie o priebehu diagnostických, liečebných a ošetrovateľských výkonov (význam, bolestnosť, neprijemné pocty, zabezpečenie intimity),
- informovanie pribuzných, priateľov, zabezpečenie podpory z ich strany,
- zapojenie rodiny a ďalších pacientovi blízkeho človeka do ošetrovateľského procesu,
- zabezpečenie kontinuálnej starostlivosti,
- vytvorenie podporej sociálnej siete.

6. **Obavy z nepochopenia:**

- organizácia práce na ošetrovacej jednotke (primárne sestry, vzťahy v profesiovom kolektíve),
- primárna sestra (ideálny alebo aspoň optimálny počet pacientov, identifikácia ich problémov, uspokojovanie potrieb podľa pacientovej hierarchie...).

7. **Iné problémky:**

- alkoholizmus, otázky spojené so sexualitou, zabezpečenie finančnej pomoci (t. č. samostatne neriešiteľné sestrami pre neprípravenosť, nedostatok finančných zdrojov a pod.).

Sme presvedčené, že zdokonaľovanie ošetrovateľskej starostlivosti bude predovšetkým prínosom pre chorého človeka v nádze a odkázanosti na pomoc. Zároveň pomôže upevňovať jeho vzájomné vzťahy s ošetrojucou sestrou na základe porozumenia dôvery a prispievať tak aj k zvyšovaniu spoločenského významu a prestíže povolania ošetrovateľov.

Literatúra: 1. Hubík, S.: Postmoderní kultura. I. vyd. Olomouc, Mladé Umění K Lidem 1991, s. 55 – 2. Kolektív: Práva pacientov I. vyd. Martin, Asociácia nemocní Slovenska 1995, s. 24 (V: Moderný medicínsky manažment 2, 1995, č. 6). – 3. Kolektív: Sociálne deviace, sociologie nemoci a medicíny. I. vyd. Praha,, Sociologický ústav ČSAV 1991, s. 120.

Do redakcie došlo:

23. mája 1996

Adresa autoriek:

PhDr. M. Nemčeková
Sklabinská ul. č. 26
037 53 Martin

Reformy zdravotníckej starostlivosti, primárna zdravotnícka starostlivosť a ošetrovateľstvo

Regionálna európska úradovňa Svetovej zdravotnickej organizácie usporiadala v Reykjaviku na Íslande v dňoch 11. až 13. apríla 1996 Piaty mítинг vedúcich sestier vládnych organizácií v európskom regióne. Zaobral sa najmä reformami zdravotníckej starostlivosti a dôsled-

kami, ktoré vyplývajú z nich pre ošetrovateľstvo. Za Slovenskú republiku sa mítingu zúčastnila paní PhDr. A. Kríšková z Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. Podrobnej materiál o rokovaní tohto mítingu sa nachádza v redakcii nášho časopisu a vďačne ho poskytne záujemcom na štúdium. Okrem toho prinesieme v ďalších číslach informácie o niektorých záveroch mítingu.

Redakcia

Epidemický výskyt tularémie v letných mesiacoch 1995 v západoslovenskom regióne

Súhrn: Autor analyzuje zhoršenú epidemiologickú situáciu vo výskyti tularémie v západoslovenskom regióne v r. 1995. Od r. 1976 chorobnosť na tularémiu v jednotlivých rokoch sa pohybovala od 0,1 (rok 1980) do 2,3/100 000 obyv. (rok 1981) a výskyt mal sporadickej charakter. Túto priaznivú situáciu v r. 1995 prerušil epidemický výskyt ochoreni vo viacerých okresoch západoslovenského regiónu. Zo 150 evidovaných ochorení 66,7 % bolo sústredených do dvoch okresov, Nitra (chorobnosť 31,0/100 000) a Nové Zámky 22,3/100 000 obyv.), kde hodnoty chorobnosti značne prevyšovali západoslovenský prieber chorobnosti (8,7/100 000 obyv.). V uvedených okresoch sa pred epidémiou pozorovala zlá epizootická situácia s premnožením drobných hlodavcov, s vyšším úhynom poľných zajacov a bol zachytený pozitívny laboratórny nález *Francisella tularensis* u uhynutých zvierat.

Kľúčové slová: tularémia, epidémia v západoslovenskom regióne v r. 1995.

Úvod

Z analýzy chorobnosti tularémie v západoslovenskom regióne v r. 1960 – 1995 vyplýva, že v 60. rokoch nastala opäťovná aktivácia ohnísk v oblasti Záhorskej nížiny a rozšírenie tularémie aj do ostatných okresov západoslovenského regiónu. Postupne teritoriálne rozšírenie tularémie dokumentuje výskyt viacerých epidémii v r. 1960 – 1969 (tab. 1), ktoré boli evidované najmä v okresoch Senica, Bratislava – vidiek, Galanta, Komárno, Trnava, Nové Zámky, Nitra a Topoľčany. V ďalších rokoch výskyt tularémie na západnom Slovensku mal sporadickej charakter. Chorobnosť sa pohybovala v rozmedzi 0,1 – 2,3 na 100 000 obyvateľov (1). Výnimkou boli r. 1974 – 1975, kedy sa zvýšila na 11,0/100 000 obyvateľov. Priaznivú situáciu vo výskyti tula-

rémie v nasledujúcich rokoch prerušil v r. 1995 epidemický výskyt.

Analýza epidemického výskytu

Zo 153 hlásených ochorení v r. 1995 v SR bolo 150 (98 %) zo západoslovenského regiónu. Výskyt sa sústredil hlavne do okresov Nitra 66 prípadov (43,1 %), Nové Zámky 34 (22,2 %), Komárno 12 (7,8 %), Galanta 11 (7,2 %) a Topoľčany 10 (6,5 %). Ochorenia zaznamenali aj v ďalších okresoch: Levice – 7, Trnava a Trenčín po 4 a Senica – 2. Z okresov Dunajská Streda, Bratislava – mesto a vidiek nehlásili ochorenia. Ostatné 2 ochorenia hlásili z okresov Považská Bystrica – 1 a Košice – mesto – 2.

Najviac osôb sa infikovalo *vdýchnutím kontaminovaného prachu* pri manipulácii s krmivom (42,3 %) a počas poľných prác (38 %). *Transmisívny prenos kliešťom*, ktorý v našich podmienkach opísali prvýkrát na južnej Morave v r. 1991 (2), udávalo v tejto epidémii 5 % chorých. Len 10,5 % postihnutých bolo pred ochorením v kontakte s poľným zajacom. Pri kúpaní sa infikovalo 4,2 osôb.

Profesionálny charakter malo 19,6 % prípadov, čo je pomerne nižšia hodnota, než sa uvádzá v literatúre (3, 4). Vo väčšine prípadov išlo o zamestnancov v poľnohospodárstve.

Spôsob prenosu zodpovedali aj *klinické formy ochorenia*. Najviac ochorenia sa manifestovalo ako *torakopulmonálna* (33,3 %) a *ulceroglandulárna* (33,3 %) forma (percentaj sa zhodujú s literármi údajmi) (4, 6). *Orálnoglandulárnych form* bolo 24,2 % a *glandulárnych* 9,2 % (graf 1).

Hospitalizovaných bolo 75,8 % prípadov a len 24 % chorých sa liečilo ambulantne.

Ochorenia evidovali vo všetkých vekových skupinách, okrem 0 – ročných. Ochorelo 95 mužov a 55 žien. *Najvyššia vekovo-špecifická chorobnosť* bola u osôb v produktívnom veku: vo vekovej skupine 45 – 54 – ročných bola 14,1/100 000 obyvateľov, 25 – 34 – ročných 13,7/100 000 obyvateľov a 35 – 44 – ročných 11,9/100 000 obyvateľov.

Typický s e z ó n n y v ý s k y t v zimných mesiacoch (3, 4) v tejto epidémii sa nezhodoval s literármi údajmi a najvyšší výskyt sa zaznamenal v letných mesiacoch júl až september – 95 prípadov, čo je 63,4 % z celkového počtu hlásených ochorení v r. 1995 (graf 2). Ne typická sezonalita bola odrazom epizootickej situácie v jaromých mesiacoch na západnom Slovensku.

Epidémii predchádzalo suché počasie, *premnoženie drobných hlodavcov* v jaromých mesiacoch a v okresoch Galanta, Nitra a Nové Zámky sa pozoroval vyšší úhyn zajacov. U uhynutých kusov potvrdili tularémiu laboratórne (5).

Záver

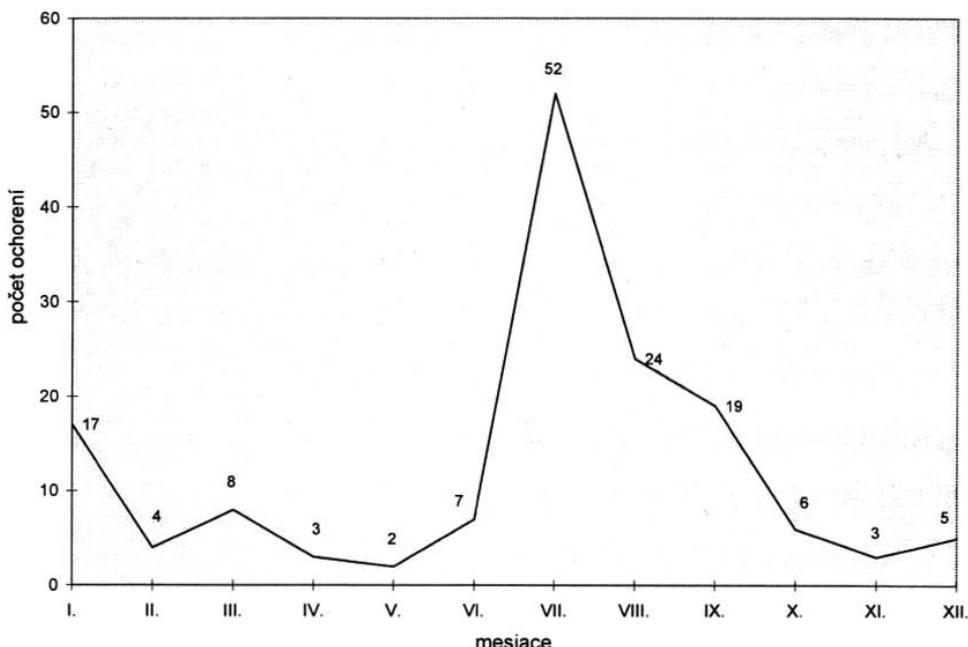
Vzhľadom na možný profesionálny charakter ochoreni, s vysokou chorobnosťou osôb v produktívnom veku, pomerne dlhodobú pracovnú neschopnosť a nákladnú antibiotickú liečbu, je tularémia problémom nie len zdravotníckym, ale aj ekonomickým.

Z prehľadu situácie vyplýva, že aj v budúcich rokoch treba počítať s periodickým striedaním epidemických vln, najmä na západnom Slo-

Tabuľka 1. Výskyt tularémie v západoslovenskom regióne v rokoch 1960 – 1995

Obdobie rokov	1960–64	1965–69	1970–74	1975–79	1980–84	1985–89	1990	1995–94
Počet ochorení	947	1048	242	135	82	50	69	150

Graf 2. Počet ochorení na tularémiu podľa mesiacov v západoslovenskom regióne v roku 1995



vensku. V prevencii tularémie má významnú úlohu systematické sledovanie populačnej dynamiky a zamorenosti rezervoárnych zvierat v endemických oblastiach. Pri sledovaní aktivity prírodných ohnísk je potrebná spolupráca s veterinárnou službou. Okamžitá signalizácia výskytu tularémie u zvierat, ktorá predchádza ochoreniam u ľudí, umožní uskutočniť včasné a cieľené preventívne opatrenia.

Literatúra: 1. Pučeková, G.: Analýza epidemiologickej situácie za roky 1960 – 75 v Zsl. kraji. Výročné správy KHS – nepublikované. – 2. Čemý, Z., Blažíková, I., Lokačová, M.: První případy transmisiivního přenosu tularemie na jižní Moravě. Čas Lék čes., 131, 1992, č. 8, s. 244–247. – 3. Kmety, E. a kol.: Špeciálna

epidemiológia, I. vyd. Martin, Osveta 1985, s. 125–129. – 4. Libich, J.: Tularémia, I. vyd. Praha, Avicenum 1981, s. 1–117. – 5. Lysý, J., Guryčová, D.: Výsledky vyšetrovania rezervoárnych zvierat na tularémiu v Západoslovenskom kraji. Čs Epidem., 16, 1967, s. 222–227. – 6. Bielihg, R.: Thorakale formen der Tularemie. Wien Klin Wschr, 72, 1960, č. 3, s. 822–823.

Do redakcie došlo:
4. júna 1996

Adresa autora:
MUDr. V. Varga
Štefánikova ul. č. 58
949 01 Nitra

A. Kozmerová

Špecializované pracovisko pre liečbu diabetes mellitus a jeho komplikácie v Nemocnici s poliklinikou v Šamoríne

Význam pravidelnej pohybovej aktivity v liečbe cukrovky

Na našom pracovisku sa nachádzajú diabetici mladého, stredného a geriatrickejho veku. Cvičenie patrí k základným liečebným metódam u pacientov s cukrovkou. Najúčinnejším spôsobom je pravidelné systematické opakovanie kondičných cvičení. Opakováním určitého výkonu dosiahneme zvýšenie výkonnosti organizmu, a to aj adaptáciu naň. Zlepší sa efektívnosť svalovej činnosti, zmenšuje sa spotreba energie. Okrem toho sa cvičenie v liečbe cukrovky odporúča ako prostriedok na zvýšenú citlivosť tkanív na inzulin, zlepšenie metabolickej situácie.

Cvičenie ovplyvňuje rizikové faktory, ktoré spôsobujú ochorenie srdca tým, že znížujú hladiny krvných lipidov (cholesterol, triglyceridy) a zvyšujú množstvo HDL cholesterolu, ktorý "chráni" pred ochoreniami srdca. Cvičenie upravuje hypertenziu, znížuje telesnú hmotnosť, a tak zlepšuje kvalitu života diabetika. Pri cvičení nesmieme zabúdať na primeranú záťaž diabetika, pretože sú známe určité riziká pri neprimenanom zaťažení. Medzi tieto patria rôzne srdcové dysrytmie, až srdcová nedostatočnosť a nadmerné zvýšenie krvného tlaku. Ďalej je to kr-

vácanie do sietnice pri proliferatívnej retinopatii. K metabolickým komplikáciám patrí hyperglykémia a ketóza pri vysokej počiatočnej glykémii, alebo hypoglykémia u diabetikov liečených inzulínom alebo perorálnymi antidiabetikami pri nesprávnom režime. V ideálnom prípade by sa malo cvičenie začať za jednu až tri hodiny po hlavnom jedle. Pred započatím cvičenia je potrebné poznať výšku glykémie, preto pred každým cvičením odoberáme krv.

Ak je glykémia pod 5,5 mmol/l, je potrebné zjest' jedlo pred cvičením, ak je medzi 6–16 mmol/l, možno začať cvičiť, a ak je nad 16 mmol/l, je potrebné vyšetriť moč. Ak je v moči acetón, treba sa poradiť s lekármi. Cvičiť možno začať až vtedy, keď sú ketolátky v moči negatívne. Vek pacienta je rôzny, preto cvičenia môžeme rozdeliť do troch skupín. Rešpektujeme pri tom vek, pohlavie, fyzickú zdatnosť a tiež typ diabetu.

I. skupina – cvičenie pre mladých pacientov s cukrovkou 2. typu pri inzulinovej liečbe bez komplikácií. Svalová záťaž musí mať statický charakter. Programujú sa cvičenia s prevahou izometrickej kontrakcie, do ktorých vkladáme relaxačné pauzy. Cvíky volime tak, že sa postupne zapájajú aj malé svalové skupiny. Cvičí sa viackrát denne, cvíky sa nemenia, aby sa čo najskôr vytvoril dynamický stereotyp. Zloženie cvičebnej jednotky: úvodná časť – niekoľkominútové rozohriatie, hlavná časť – rezistované cvičenia, záverečná časť – vydýchanie, uvoľnenie.

U týchto pacientov pri cvičení musíme mať na zreteli miesto, kde sa pichá inzulin. Ak je to oblasť brucha, vynechávame cvičenia, pri ktorých sa zapája brušné svalstvo.

II. skupina – opäť pre pacientov s cukrovkou 2. typu nezávislých na inzulíne. Ide väčšinou o pacientov obézných. Preto majú cvičenia dynamický charakter so zapojením veľkých svalových skupín. Pochopiteľne nezabúdame na relaxačné pauzy.

Zloženie cvičebnej jednotky: úvodná časť – rozohriatie organizmu: hlavná časť – dynamická aktivizácia veľkých svalových skupín: záverečná časť – relaxácia organizmu.

III. skupina – cvičenia určené pre pacientov s komplikáciami. Fyzická zdatnosť pacientov je veľmi nízka, výkonnosť komplikovaná rôznymi ochoreniami, ktoré vznikajú ako komplikácie cukrovky. Ide väčšinou o starších pacientov s kardiovaskulárnymi komplikáciami po infarkte myokardu alebo náhlom cievnej mozgovej prihode. Pohybová liečba sa obmedzuje na cvíky uvoľňovacie, hyperemizujúce, dychové cvičenia, cvíky obratnosti, zlepšujúce koordináciu neuromuskulárnej

funkcie, nácvik sebaobsluhy, liečbu prácou. K tejto patri aj práca v záhradke, ktorá sa rovná polhodinovému intenzívному cvičeniu. U žien je to upratovanie v domácnosti a podobne.

U pacientov s diabetickou nohou bez lézie s polyneuropatiou sa zameriavame na cvičenia hyperemizujúce, cievnu gymnastiku, šliapacie kúpele, striedavo 25 sek. v teplej (45 °C) a 5 sek. v studenej (15 °C) vode. Po 10 minútach sa procedúra končí studeným kúpeľom. Pacientovi zdôrazníme, aby si dôkladne využíval nohy, zabalil ich do suchej prikrývky, ľahol si a dal nohy do zvýšenej polohy. U diabetickej nohy s léziou sú možné len cvičenia na posteli, ktoré spôsobujú lepšie prekrvenie končatiny. Tiež sa osvedčilo polarizované svetlo – BIOPTRON. Z e l e k t r o l i e c b y sa ďalej osvedčili dráždivé Troberove prúdy, ktoré používame pri polyneuropatii.

Účinnosť cvičenia sledujeme na základe subjektívnych a objektívnych ukazovateľov. Z objektívnych je to sledovanie krvného tlaku a pulzu. Srdečná činnosť má byť pravidelná, tachykardia nesmie byť príliš veľká. Pohybové cvičenie môže byť spočiatku namáhavé a neprijemné, ale chorý sa nesmie dať odradiť, musí prekonáť pohodlie a snáď aj lenivosť, prípadne i počiatočnú neobratnosť. Výsledky liečby sa javia až po dlhšej dobe. Cvičenie sa musí stať neodmysliteľnou súčasťou denného režimu pacienta. Po určitom čase sa kondičné cvičenia stávajú samozrejmosťou a potrebou pacienta.

Z o š o r t o v je vhodné plávanie, bicyklovanie, turistika, pre starších prechádzky v prírode, v zime beh na lyžiach. Samozrejme pri každom druhu športu musí mať pacient vhodnú, pohodlnú obuv.

Počas jednotlivých aktivít je potrebné vsúvať oddychové pauzy. Pacient musí byť oboznámený s príznakmi hypoglykémie, aby vedel správne reagovať. Zo skúseností vieme, že správne edukovani pacienti si vedia poradiť. No nielen správna edukácia, ale tiež správny psychologický prístup k pacientovi je veľmi dôležitý. Pacienta si musíme úplne získať, aby sme dosiahli dôveryhodnú spoluprácu s ním v očakávaní pozitívneho efektu, ktorý bude potrebovať, aj keď už nebude pod priamym dozorom.

Do redakcie došlo:
7. augusta 1996

Adresa autorky:
A. Kozmerová,
Hlavná č. 79/16
931 01 Šamorín

M.Chamková
Detské oddelenie Nemocnice
s poliklinikou v Brezne

Dôležitosť aktívnej účasti matky pri liečbe hospitalizovaného dieťaťa

Výskum v ošetrovateľstve a dôležitá úloha sestry v ňom zohráva významnú úlohu. Jeho výsledky priamo ovplyvňujú konkrétné pracovné činnosti sestry. Zameriava sa na poznávanie akejkoľvek všeobecnej skutočnosti, teda aj ošetrovateľskej činnosti. Jeho hlavným cieľom je zlepšenie a skvalitnenie ošetrovateľskej starostlivosti, jej humanizácia a orientácia smerom na pacienta.

Vo výskumnej činnosti sa môže veľmi dobre uplatniť práve sestra, ktorá je v neustálom kontakte s pacientom a prostredníctvom pozorovania a rozhovoru získava nové potrebné poznatky o možnom zlepšení kvality práce celého ošetrovateľského tímu. Pri tejto činnosti sú dôležité určité základné vlastnosti sestry – výskumníka:

- schopnosť tvoriť myšlien,
- schopnosť prijímať názor iného,
- schopnosť vidieť problémy,

– prenikavý postreh.

Pri liečbe detského pacienta je veľmi dôležitý správny psychologický prístup. Treba sa prispôsobiť a snažiť pochopiť detské myšlenie. Kladný postoj, pozitívne myšlenie sestier je pri práci s deťmi podmienkou úspešnej reakcie. Pozitívne myšlenie u detí v nemocnici je podmienkou úspešnej liečby.

Od septembra r. 1994 do februára 1996 som absolvovala štúdium na SZŠ v Banskej Bystrici vo vyššom odbornom vzdelávaní v odbore všeobecná diplomovaná sestra. V rámci výskumnej časti mojej absolventskej práce som počas dvoch mesiacov – október a november r. 1995 sledovala tri dvojice detí s rovnakou diagnózou a v rovnakom veku, pričom jedno dieťa z dvojice bolo hospitalizované s matkou a druhé bez nej. Výskumným problémom mojej práce bolo pokúsiť sa poukázať na:

– dôležitosť aktívnej účasti matky pri liečbe hospitalizovaného dieťaťa,
– závislosť úspešnej liečby od skrátenej doby hospitalizácie dieťaťa v prítomnosti matky.

Počas hospitalizácie som u detí sledovala reakciu na bolest', reakciu na zdravotníckych pracovníkov, stravovanie, hospitalizmus, spoluprácu so zdravotníckymi pracovníkmi, hru, záujem o rú, spánok denný i nočný, citové prejavy, psychomotorický vývin. Zistené pozorovania som vyhodnocovala do tabuľiek a podľa vzorca na výpočet percent som zisťovala počet pozitívnych reakcií za určitú dobu hospitalizácie.

Vzorec:

$$p = \frac{\text{č.} 100}{z} \quad \text{pričom č} = \text{súčet pozitívnych reakcií za celú dobu sledovania}, \\ z = \text{počet dní hospitalizácie, jednotlivé druhy sledovania}$$

Pre prehľadnejšie spracovanie tabuľiek som uviedla pozitívne, kladné reakcie pod označením + a negatívne pod označením -.

Prvou sledovanou dvojicou boli chlapci vo veku 10 mesiacov s diagnózou infekcia močových ciest – recidíva.

Výsledok: Dieťa s matkou prepustené na 5. deň hospitalizácie s 58 % pozitívnych reakcií za 4 dni. Celkový stav dieťaťa bol dobrý, napriek tomu vo vývoji po psychickej i motorickej stránke. Boli odporučené kontroly na urologickej ambulancii (tab. 1 a).

Dieťa bez matky, ktorá odmietla možnosť hospitalizácie,

bolo prepustené na 15. deň so 41 % pozitívnych reakcií. Pri prepúšťaní dieťa plakalo, správalo sa odmietavo k svojim rodičom, ktorí nemali záujem informovať sa o jeho zdravotnom stave počas celého dobu. Ošetrojúci lekár informoval obvodného lekára dieťaťa o nedostatočnej starostlivosťi matky i o potrebe znásobiť kontrolné návštavy v rodine (tab. 1 b).

Druhou sledovanou dvojicou boli dievčatá vo veku 12 mesiacov s dg. virosis acuta.

Výsledok: Dieťa s matkou bolo prepustené v dobrém celkovom stave na 6. deň so 73 % pozitívnych reakcií. Matka veľmi citlivá až úzkostlivá, mala veľmi pekný vzťah k dieťaťu.

Dieťa bez matky bolo prepustené na 9. deň so 48 % pozitívnych reakcií. Ordinované boli ešte antibiotiká na doliečenie a dieťa bolo objednané na kontrolné vyšetrenie (potrebá hospitalizácia, možnosť prijatia matky).

Treťou sledovanou dvojicou boli chlapec a dievča vo veku 24 mesiacov s dg. vrodená vývojová chyba obličeiek.

Výsledok: Chlapec prijatý s matkou a dg. hydronefróza I. a II. stupňa, hematuria, bol prepustený do domáceho ošetroenia na 6. deň hospitalizácie so 60 % pozitívnych reakcií. Urobili sa funkčné kontroly obličeiek: ďalšie kontroly na urologickej ambulancii.

Dievča bez matky s dg. hydronefróza I. stupňa – obojstranná

Tabuľka 1 a. Výsledky sledovania dieťaťa prijatého s matkou

dny	reakcia na bolest'	reakcia na zdravotníckych pracovníkov	stravovanie	hospitalizmus	spolupráca so zdravotníckymi pracovníkmi	hra	citový prejav	psychomotorický vývin	spánok	
									denný	nočný
1.	+	-	0	-	-	-	-	-	-	
2.	+	-	+	0	+	+	-	-	-	+
3.	-	+	+	0	+	+	+	+	-	+
4.	-	+	+	0	+	+	+	+	-	+

$$p = \frac{21 \times 100}{36} = \frac{2100}{36} = \frac{58 \% \text{ pozitívnych reakcií za 4 dni}}{42 \% \text{ negatívnych reakcií}}$$

Tabuľka 1 b. Výsledky sledovania dieťaťa prijatého bez matky

Dni	Reakcia na bolest'	Reakcia na personál	Stravovanie	Hospitalizmus	Spolupráca so zdravotníckymi pracovníkmi	Hra	Citový prejav	Psychomotorický vývin	Spánok	
									denný	nočný
1.	+	-	-	0	-	-	-	-	-	-
2.	-	-	-	0	-	-	-	-	-	+
3.	-	-	-	0	-	-	-	-	-	+
4.	-	-	+	0	-	-	-	-	-	-
5.	-	-	-	0	-	-	-	-	-	+
6.	+	+	+	0	+	-	-	-	-	-
7.	-	-	+	prítomný	+	+	-	-	-	+
8.	-	+	+		+	+	+	+	-	+
9.	-	-	+		-	-	-	-	-	+
10.	-	+	+		+	+	+	+	-	+
11.	-	+	+		-	+	+	+	-	-
12.	-	+	+		+	-	-	-	-	+
13.	-	+	+		+	+	+	+	-	+
14.	-	+	+		0	+	+	+	-	+

$$p = \frac{52 \times 100}{126} = \frac{5200}{126} = \frac{41 \% \text{ pozitívnych reakcií za 14 dni}}{59 \% \text{ negatívnych reakcií}}$$

ná, bolo prepustené na 16. deň so 48 % pozitívnych reakcií. Hospitalizácia bola komplikovaná horúčkami a hnačkami. Matka bola poučená o možnostiach prípravy stravy vhodnej pre dieťa vzhľadom na alergiu na bielekoviny kravského mlieka. Matke doma dieťa ješt' odmieta, na oddelení jedlo dobré v prítomnosti ostatných detí. Je potrebné nájsť si na stravovanie doma viac času a pokoja.

Podľa uvedených zistení zistili hypotézu môjho výskumu sa potvrdila. Prítomnosť matky dáva dieťaťu pocit bezpečia, istoty, lásky. Liečba sa tak stáva úspešnejšou, dieťa na ňu lepšie reaguje, potrebná doba hospitalizácie je kratšia.

Mali by sme sa zamyslieť nad potrebou hospitalizácie detí v nemocničiach, vždy zvážiť, či je potrebná, a ak áno, uprednostňovať hospitalizáciu s matkou. Ak to z nejakého dôvodu nie je možné, zamyslime sa a viac využívajme psychologický prístup, cit, ľudskosť so zreteľom na práva hospitalizovaného dieťaťa. Verim, že práve toto ocenenie sa do stavu dieťaťa vyčari na jeho perách prekrásny úsmev, ktorý je tým najkrajším ocenením v práci sestry.

Do redakcie došlo:
26. júla 1996

Adresa autorky:
M. Chamková,
Sekurisova ul. č. 2,
977 01 Brezno

S. Šušková
II. detská klinika Detskej fakultnej nemocnice s poliklinikou v Bratislave

Ošetrovateľský proces u dieťaťa s diagnózou anémia

Za n é m i u sa označuje súbor príznakov spôsobený nízkou hodnotou hemoglobínu zapríčinenou znižením celkového objemu erytrocytov. Má mnoho príčin, ktoré možno často rozlíšiť pomocou anamnézy, fyziálneho vyšetrovania a zhodnotenia hematologického vyšetrenia, najmä krvného obrazu a náteru. Najčastejšie príznaky sú slabosť, dýchavica, búchanie srdca, bolesti hlavy, hučanie v ušíach, nechutnosť a poruchy trávenia.

Na II. detskú kliniku našej nemocnice bola prijatá 16-ročná pacientka s dg. megalobastická anémia (deficit vitamínu B 12 + kyseliny listovej). Pri prijatí sestra zaznamenala všeobecný dojem o pacientke v celkovom vzhľade a zdravotnom stave.

Pacientka bola veku primerane vyuvinutá, pri vedomí, spolupracovala, poloha bola aktívna, koža veľmi bledá na šedlom kolorite, sliznice bledé. Krváčavé prejavy na koži nemala. Hlava bola mezocefalická, na poklep nebolestivá, udávala sporadicke bolesti hlavy. Očné štrbinby boli súmerné, viečka bez edémov, skľivky a spojivky bledé bez výtoku. Uší a nos boli bez deformít a výtoku. Pery a sliznice boli bledé, vlhké, jazyk červený, úplne vyhľadený, chrup zdravý. Krk bol štíhly, súmerný, lymfatické uzliny veľkosti 2 x 1 cm. V axile a v ingvine boli nehmätne. Hrudník bol súmerné klenutý, poklep plný jasný, dýchanie čisté, sťažené, počet dychov 20 za min. Akcia srdca bola pravidelná, ozvy tichšie, TK 105/50 mm Hg, pulz pravidelný 80/min. Prsníky boli riadne vyuvinuté, zodpovedajúce veku pacientky. Bricho bolo mäkké, priehmenné, pečeň v obliku, slezina nehmätá. Ženský genitál mal ochlpenie. Pri vyšetrení mala práve menštriaciu, ktorá bývala pravidelne v norme. Menarché mala v 13. rokoch. Končatiny boli súmerné bez deformít, bez edémov, aktívna a pasívna pohyblivosť bola zachovaná. Chrbtica bola rovná, pri predklone sa dobre rozvíjala, neboli znaky skoliozy.

Pacientka bola hospitalizovaná po prvýkrát. Prišla v sprievode matky, bola vystrašená, bála sa a plakala. V poslednom čase bola veľmi unavená, mala sporadicke bolesti hlavy, občas červené vyrážky v dutine ústnej. Má zlé stravovacie návyky. Podľa matky všetko zje, nie je prieberčivá, stravu má pestrú, mäso raz za týždeň. Podľa nej jedáva veľmi málo mäsa, ktoré odmieta, konzumuje viac ovocia, sóje (komploty).

V deň prijatia bola uložená na posteľ, oboznámená s oddelením, s ošetrojúcimi pracovníkmi a s vyšetreniami. Naordinované boli odber

kri na FW, krvný obraz, biochemické vyšetrenia, hemocoagulačné vyšetrenie, určenie krvnej skupiny a Rh faktora, križu skúšku ďalej bola naordinovaná punkcia kostnej drene, vyšetrenie stolice na okultné krvácanie, sledovanie moča, močenia a vylučovanie stolice, vracanie, vitálnie fyziologické funkcie každé 3 hodiny. Bola naordinovaná diéta číslo 3.

Počas odberov bola zavedená i. v. kanya a diplomovanou sestrou (sestrou I. úrovne) napojená infúzia 400 ml 5 % glukózy, čím sa zabezpečila žila na trasfúziu.

Hodnoty krvného obrazu boli na dolnej hranici normy: KO: Hb 6,6 g/l, Ery 1,81 x 10¹², krvná skupina bola A 1 Rh pozit. Bola objednaná konzerva erytrocytové masy.

Ešte v deň prijatia sa vykonala punkcia kostnej drene. Pacientka bola predtým oboznámená s výkonom a jeho bolestivosťou. Nebála sa, tvrdila, že všetko vydrží, len aby bola zdravá. Punkcia kostnej drene sa uskutočnila bez komplikácií, v pich bol riadne ošetrený.

Pred podaním transfúzie erytrocytové masy boli všetky predpísané vyšetrenia v norme. Počas transfúzie bola pacientka sledovaná, bola pokojná, mala zvýšenú polohu, spala. Boli kontrolované vitálne funkcie. Transfúzia krvi dokvapkala bez komplikácií, žila bola zaistená kanyhou pre menšiu traumatizáciu pacientky. V noci spala pokojne vo zvýšenej polohe, ľahšie sa jej dýchal. Na druhý deň hospitalizácie sa urobili kontrolné krvné vyšetrenia, a znova bola objednaná konzerva erytrocytové masy 400 ml. Všetky vyšetrenia a sledovania pacientky pred, počas a po transfúzii boli negatívne.

Pacientka mala predpísaný pokoj na posteli vzhľadom na jej stav, bolo jej dovolené ísiť na WC, urobiť si hygienu a jest' pri stole za pomoci sestry.

Plán ošetrovateľskej starostlivosti:

Únava a malátnosť – zabezpečenie kompletnej hygienickej starostlivosti, pacientka si ju plní sama za pomoci sestry, starostlivosť o dutinu ústnu, prevenciu dekubitov, výmena osobnej a posteľnej bielizne, podávanie stravy a tekutín, pomoc pri použití WC.

Sťažené dýchanie – úprava polohy pacientky (Fowlerova) pomocou polohovacej posteľe, príp. podpery.

Zmeny fyziologických funkcií – pravidelné sledovanie, meranie a zá-
znam, informovanie lekára o patologických od-
chýlках.

Výsledky: – podávanie liekov podľa ordinácie lekára, sledovanie ne-
žiaducich účinkov.

Jest odmietala, pila veľa ovocných šťav. Močila dostačne, stolicu
mala pravidelne, formovanú, hnedej farby. S deťmi na izbe malo komunikovala,
bola stále unavená, hlava ju nebolela, čítala si knihu, pozerala televízny program.

Pacientka po podaní druhej transfúzie krvi evidentne ožila, bola vesel-
šia, mala záujem o okolie, o ostatných pacientov, začala jest', mala
chuť na ovocie, kolorit kože sa stal ružovší, sliznice vlhké, červené.
Jazyk bol stále vyhladený. Večer si urobila toaletu sama pod dozorom
sestry. Spala pokojne, bola afebrilná, fyziologické vitálne funkcie boli v
norme. Sťažovala sa trošku na malú bolesť po vpichu sternálnej punkcie. Preto bol aplikovaný studený obklad na miesto vpichu.

V tretí deň hospitalizácie pri kontrole hematologických parametrov sa
zistilo výrazné zlepšenie, zrušila sa kanya, nakoľko nebola potrebná
ďalšia substitučná liečba transfúziou krvi. Krvný obraz: Hb 9,0 g/l, Ery
 $3,11 \times 10^{12}$. Výsledky punkcie kostnej drene nenasvedčovali malignitu.
Vyšetrenie stolice na okultné krvácanie bolo negatívne.

Pacientka bola menej unavená, stala sa komunikatívna, zhvorčivá,
tešila sa na návštěvu matky a sestry. Preto bol zrušený pokoj na poseli.
Nebolela ju hlava. Začala mať chuť do jedla, snažila sa jest' aj mäso.
Naordinovaná bola vitamínová liečba (vit. B 12 300 mg. i. m. prvý týž-
deň, potom po dvoch týždňoch a od 3. týždňa 1 x mesačne), ďalej Aci-
dum folicum 2 x 1 tabletka denne. Vitamínová liečba sa začala na od-
delení. Stav pacientky sa rapidne zlepšoval, bola veselá, čulá, mala
záujem pomáhať pracovníkom, lepšiu chuť do jedla. Necitila únavu,
nebolela ju hlava, bola veselá, samostatná.

Záver

Pacientka bola prijatá na kompletné vyšetrenie pre zistenú anému. Po
podaní erytrocytovnej masy a po liečbe vitamínom B 12 a kyselinou
listovou boli veľmi dobré klinické aj laboratórne výsledky. Na štvrtý
deň hospitalizácie bola prepustená do domácej starostlivosti. Bude
dispenzarizovaná v hematologickej ambulancii a objednaná na izoto-
pové vyšetrenie. Matka aj dieťa boli poučené o potrebe zmeniť stravo-
vacie návyky (veľa mäsa, ryby, syry, zelenina, ovocie, strukoviny). S
prepúšťačcou správou sa mala hlásiť u obvodného lekára, kde bude
nádeľaj pokračovať v liečbe.

Problémy ošetrovateľskej diagnózy a z nich vyplývajúce opatrenia:

1. Strach z ochorenia a hospitalizácia.
2. Sťaženie dýchanie z ochorenia – potreba Fowlerovej polohy.
3. Únava, neschopnosť sebaopatery, potreba pomoci sestry.
4. Zlé stravovacie návyky, potreba upraviť životosprávu.
5. Transfúzia erytrocytovnej masy – deficit sebaopatery, častočné za-
bezpečenie sestrou.
6. Bolesť po vpichu pri sternálnej punkcii – potreba ošetrovania a sledo-
vania.

Tieto problémy ošetrovateľskej diagnózy vyplývajú zo sesterských zá-
verov počas hospitalizácie (14 dní). Uvedené výkony sú v kompetencii
diplomovanej sestry (sestry I. úrovne).

Do redakcie došlo:

18. augusta 1996

Adresa autorky:

S. Šušková
Hrobákova ul. č. 1,
851 02 Bratislava

M. Bačíková

Štátny zdravotný ústav v Martine

Zhodnotenie podávanej stravy dôchodcom v zariadeniach sociálnej starostlivosti v okrese Žilina

Súhrn: Autorky skúmali úroveň stravovania dôchodcov v troch domo-
voch dôchodcov, troch ústavoch sociálnej starostlivosti, dvoch penzió-
noch a dvoch vývarovniach v okrese Žilina. Hodnotili pritom pestrosť
mesačného jedálneho lístka, výsledky laboratórmých rozborov s normou
a výpočtom zo stravného lístku inventúrom metódou ako aj spo-
kojnlosť s podávanou stravou. Zistili, že v niektorých zariadeniach sa
prekračovala energetická hodnota, dávky živočíšnych a rastlinných
bielkovín ako aj dávky tukov. Zdôrazňujú potrebu venovať väčšiu po-
zornosť normovaniu podávanej stravy, vhodné rozloženie prímu ener-
gie najmä vo forme tukov na jednotlivé denné jedlá, ako aj vypracova-
nie jednotnej receptúry pre túto kategóriu obyvateľstva a potrebu pre-
pracovania diétnych noriem a zlepšenie metodického vedenia uvede-
ných zariadení.

Kľúčové slová: stravovanie dôchodcov, domovy dôchodcov v okrese
Žilina.

V posledných desaťročiach zaznamenávame významné zmeny v
vekovej štruktúre obyvateľstva. Aj u nás sa zvyšuje podiel
osôb nad 60 rokov veku. Najrýchlejším tempom narastajú vekové kategórie najstarších ľudí nad 80 rokov. Ich počet od r. 1900 do r. 2000
sa strojnosťou. Zvyšuje sa aj počet osôb dožívajúcich sa dlhovekosti.
Predĺžil sa čas dožitia, ale zároveň sa vytvoril aj časový priestor pre
vyšoký výskyt chorôb u starých ľudí. Výskyt chorôb v porovnaní s do-
spelou populáciou je u nich 2 – 3 krát vyšší, starí ľudia sú 2 – krát tak
často a dlho hospitalizovaní. Náklady na zdravotníctvo starostlivosti o
starých ľudí sú vysoké a majú tendenciu sa zvyšovať. Preto sa hľadajú
cesty k zníženiu chorobnosti a k zvýšeniu kvality života.

Jednou z cest k zvýšeniu kvality života je kvalita stravy. Výživa
patrí medzi najzraniteľnejšie oblasti života starých ľudí, lebo podlie-
ha vplyvu mnohých faktorov (ekonomických, fyziologických, sociál-
nych i psychických), ktoré sa stárnutím menia. Medzi najvýznamnejšie
patrí ekonomické faktory, väčšina starých ľudí žije na hranici životné-
ho minima.

Preto patrí spoločné stravovanie osôb vyššieho veku k najdôležitejším službám ich sociálneho zabezpečenia, osobitne u ľudí osamelo žijúcich, chronicky chorých a fyzicky handikapovaných. S p o l o c h r o n i c k e s t r a v o v a n i e starších osôb, rozsah ktorého v súčasnosti ani zdaleka nezodpovedá skutočným potrebám, sa deje v rôznych formách. Aktuálne i perspektívne najvhodnejšiu formu predstavujú samostatné jedálne, špecializované na spoločné stravovanie dôchodcov. Zatiaľ čo širšej verejnosti sú ojedinele prístupné a predstavujú u nás novú formu, uzavreté spoločné stravovanie pre chovancov domovov dôchodcov sú už dávnejšie zavedeným systémom ich spoločného stravovania.

V o k r e s e Ž i l i n a sú 3 domovy dôchodcov, 3 ústavy sociálnej starostlivosti, 2 penzióny a 2 vývarovne pre dôchodcov. V r. 1994 sa v mesiaci september vykonali previerky v uvedených zariadeniach so zameraním na stravovaciu časť. Všetky zariadenia podliehajú pod správu Okresného úradu v Žiline, až na vývarovnu v Konskej, ktorej zriaďovateľom je Obecný úrad Konská.

Pri previerkach sa zistilo, že základný nedostatkom je nejestvovanie jednotrých podkladov pre zostavovanie jedálnych lístkov a následné normovanie. Jedným z najdôležitejších ukazovateľov je výška stravnej jednotky. Najväčšie problémy vznikajú pri normovaní diétnej stravy, vzhľadom k tomu, že uvedené normy neuvádzajú hmotnosť použítej suroviny v neopracovanom stave.

Pri hodnotení spokojnosti s podávanou stravou v jednotlivých zariadeniach obyvateľmi sme prišli k záveru, že obyvatelia využívajúci len možnosti konzumácie obeda (penzióny) majú iné požiadavky ako obyvatelia odkázaní na konzum celodennej stravy. Ide hlavne o mobilných obyvateľov a obyvateľov penziónov, ktorí sa najviac sťažujú na podávanú stravu. Situácia sa zhoršila po zvýšení poplatku za stravu a to hlavne z toho dôvodu, že stravnici sa snažia odberom obeda nahradí takmer celodennú stravu.

Obyvatelia sú menej fyzicky aktívni, väčšina po dlhšom pobytu v zariadeni stráca záujem o aktívne vyplnenie si voľného času, stáva sa apatická. Jediná aktivita pre časť obyvateľov je konzumovanie jedla. Bránia sa novým druhom jideál s využitím netradičných potravín, ako aj podávaniu surovej zeleniny a ovocia. Tento jav spôsobuje bezvzbosť a nevhodná protéza.

Obyvatelia domovov dôchodcov majú zabezpečenú celodennú stravu a väčšina z nich z dôvodu zdravotných ťažkostí tieto domovy neopúšťa a nemá možnosť spestriť si stravu vlastným príčinením. Uvedené skutočnosti potvrzujú, že je ťažké uspokojiť prevažnú časť obyvateľov zariadení.

Vzhľadom na zistené skutočnosti a poznatky pri previerkach v domovoch dôchodcov okresu Žilina a pri zisťovaní spokojnosti s podávanou stravou obyvateľmi jednotlivých domovov sme sa rozhodli pre odber stravy v dvoch zariadeniach nášho okresu. Týmto odberom stravy sme sa pokúsili zhodnotiť pestrosť jedálneho lístku, energetickú a nutričnú hodnotu podávanej stravy.

Materiál a metódy

Odber stravy sme vykonali v týchto zariadeniach:

- Domov dôchodcov, Karpatská ul. č. 6, Žilina - Vlčince (ďalej ako Domov dôchodcov). Počet obyvateľov 144 s priemerným vekom 77,6 roka.
- Penzióna a domov dôchodcov, Karpatská ul. č. 8, Žilina - Vlčince (ďalej ako Penzión). Počet obyvateľov 164 s priemerným vekom 75 rokov.

V Domove dôchodcov sa vykonal odber kompletnej stravy na laboratórne vyšetrenie podľa jedálneho lístka v dňoch 10. - 16. nov. 1994, mimo vikendových dní, a v Penzióne v dňoch 9. - 15. nov. 1994, taktiež mimo vikendových dní. Pri každom odberu sa odpísala celodenná výdajka potravín. V obidvoch zariadeniach sa odoberala racionálna strava, ktorá sa podávala prevažne počtu obyvateľov.

Zároveň sme sledovali pestrosť jedálnych lístkov, ktorá sa hodnotila bodovaním.

Odobraté vzorky celodennej stravy sa podrobili laboratórному rozboru na zistenie energetickej a nutričnej hodnoty podávanej stravy. Laboratórne vyšetrenie sa robilo metodikou spracovania gravimetrickými, titračnými, destilačnými a kolorimetrickými metódami. Každý obed sa vopred zvážil. Nasledoval výpočet sušiny, tuku, popola, bielkovín, cukrov a výslednej kalorickej hodnoty:

$$(tuk \times 9,3 + (\text{bielkoviny} + \text{glycidy}) \times 4,1) = \text{kcal} \times 4,19 = \text{KJ}$$

Získané laboratórne výsledky sa porovnávali s výsledkami získavanými inventúrnou metódou, ktorá sa hodnotila počítacovým programom NUTRIS. Ú-

daje o zložení a obsahu živín v potravinárskych surovinách a výrobkoch sa použili Poživatinové tabuľky, vydané Výskumným ústavom potravinárskym r. 1988 a 1992. Priemerná porcia sa vypočítala z 5 dní a zistené hodnoty sa porovnali s odporúčanou dávkou Veštíkom MZ SR, čiastka 3 - 4, zo dňa 15. augusta 1989 (odporúčané výživové dávky pre obyvateľstvo v SR). Na hodnotenie sa vzal priemer z odporúčaných dávok pre mužov a ženy nad 75 rokov a viac. Keďže išlo o náhodne odobrané porcie, za príprastú sme považovali odchýlku $\pm 20\%$ pri laboratórnom rozbere a 10 % pri výpočte inventúrnou metódou.

Výsledky

V obidvoch zariadeniach sa sledovala pestrosť jedálneho lístka. Mesačný jedálny lístok sme hodnotili bodovaním. Každý pokrm, ktorý sa zjavil na jedálnom lístku prvýkrát, dostal jeden bod. Ak sa zjavil druhýkrát s nepatrnom obmenou, bod už nedostal. Body sa spočítali a súčet sa delil počtom pripravovaných pokrmov v jednom mesiaci. Koefficient pestrosti sme vypočítali zvlášť pre raňajky, polievky, hlavné jedlo, olovrant a večeru. Desiata sa nehodnotila, pretože v obidvoch zariadeniach sa podávalo ovocie.

Tabuľka 1 ukazuje prehľad zhodnotenia mesačného jedálneho lístka za obdobie od 1. do 30. septembra 1994. V pozorovanom období koefficient pestrosti jedálnych lístkov bol uspokojivý. Najviac pozornosti sa venovalo pestrosti hlavného jedla, večeri a raňajkám. Nižší koefficient pestrosti vyzkazovali polievky a olovranty.

Porovnanie výpočtu inventúrnej metódy a laboratórneho výsledku v Penzióne ukazuje tab. 3. Vidno rozdiel medzi normou a inventúrnou metódou, ako aj rozdiel medzi normou a laboratórnym vyšetrením, ktorý je väčší vo všetkých sledovaných ukazovateľoch. Pri porovnaní laboratórneho vyšetrenia a inventúrnej metódy vidno, že rozdiel v KJ a tukoch je väčší ako povolená odchýlka. V rámci povolenej odchýlky

Tabuľka 1. Pestrosť mesačného jedálneho lístka

Zariadenie	Raňajky	Polievka	Hlavné jedlo	Olovrant	Večera
Domov dôchodcov	0,7	0,6	0,9	0,5	0,9
Penzión Vlčince	0,8	0,7	0,9	0,5	0,8

Tabuľka 2. Výsledky laboratórnych rozborov obedov v porovnaní s normou a výpočtom zo stravného lístku inventúrnou metódou

Zariadenie: Domov dôchodcov

	Jouly(KJ)	Bielkoviny(g)	Tuky(g)	Cukry(g)
Norma obeda/1 osoba	7500	62,5	52,5	267,0
Výpočet invent. metódou	10331,2	82,1	101,3	289,8
Laboratórny výsledok	9253	86,1	89,4	249,5
Rozdiel N+V %	+38	+31	+93	+9
Rozdiel N+L %	+23	+38	+70	-7
Rozdiel V+L %	-10	+ 5	-12	-14

N – norma obeda na 1 osobu

V – výpočet inventúrnu metódou na 1 osobu

L – laboratórny výsledok na 1 osobu

Tabuľka 3. Výsledky laboratórnych rozborov obedov v porovnaní s normou a výpočtom zo stravného lístku inventúrnou metódou

Zariadenie: Penzión

	Jouly(KJ)	Bielkoviny(g)	Tuky(g)	Cukry(g)
Norma obeda/1 osoba	7500	62,5	52,5	267,0
Výpočet invent. metódou	12135,8	91,5	120,6	365,7
Laboratórny výsledok	10339,4	94,1	76,9	333,2
Rozdiel N+V %	+62	+46	+130	+37
Rozdiel N+L %	+38	+51	+47	+25
Rozdiel V+L %	-15	+ 3	-36	-9

N – norma obeda na 1 osobu

V – výpočet inventúrnu metódou na 1 osobu

L – laboratórny výsledok na 1 osobu

boli vykázané bielkoviny a cukry. Porovnanie výpočtu inventúrnej metódy v Dome dôchodcov a laboratórneho výsledku ukazuje tab. 2. Rozdiel medzi normou a inventúrou metódou je väčší v KJ, bielkovináč a tukoch. Rozdiel medzi normou a laboratórnym vyšetrením je v KJ, bielkovinách a tukoch. V oboch prípadoch je rozdiel v cukroch v rámci povolenej odchýlky. Pri porovnaní laboratórneho vyšetrenia a inventúrnej metódy vidno, že výsledky sú v rámci povolenej odchýlky.

Diskusia

Vzhľadom na to, že strava sa podáva starším osobám, u ktorých je znižený základný metabolizmus a pokles telesnej aktivity, mala by byť aj jej energetická hodnota nižšia. V posudzovanej strave prekračovala v Domove dôchodcov o + 23 % a v Penzióne o + 38 %.

Dodržiavať by sa mala aj dávka bielkovín, pričom je dôležité zastúpenie živočíšnych a rastlinných bielkovín (približne 1 : 1) a nie je žiaduce prekračovanie odporúčanej dávky. V posudzovanej strave bola dávka bielkovín prekročená o + 38 % v Domove dôchodcov.

V sledovanej strave bola vysoko prekračovaná odporúčaná dávka tukov v Penzióne o + 47 % a v Domove dôchodcov o + 70 %.

Vekom klesá aj tolerancia na cukry. Pri prijme cukrov stúpa glykémia a dlhšie sa udržiava na vyšších hodnotách. Starší organizmus sa ľahko vysporiada aj s nízkou hladinou cukru v krvi. Cukry by sa mali podávať v menších dávkach, častejšie a zameriť sa viac na ovocie (pektíny, džemy, rôsoly) a celozrnné výrobky. Penzión vyzkazoval + 25 % a Domov dôchodcov - 7 %.

V obidvoch zariadeniach je potrebné venovať väčšiu pozornosť *normovaniu podávanej stravy*.

Uvedené výsledky ukazujú, že treba klásiť dôraz najmä na *vhodné rozloženie energie*, najmä tukov na jednotlivé denné jedlá so zameraním na niektoré biologicky hodnotnejšie málo konzumované potraviny s nižším obsahom tuku. Je potrebné zabezpečiť dostatočný prijem hrubej vlákniny obsiahnutej hlavne v zelenine, ovoci, celozrnných výrobkoch a strukovinách, najmä kvôli zápche. Pektíny, ktoré vlákna obsahuje, viažu cholesterol v krvi a pôsobia antikleroticky.

U starých ľudí je častý a takmer celoročný deficit vitaminov. Preto je potrebné zvýšenie vitamínovej hodnoty stravy. Veľkou rezervou je spestrenie mimoobednajších jedál. Pri podávaní surového ovocia a

zeleniny by bolo vhodné podávať ich v takej úprave, aby sa zľahčil ich konzum (mixovanie, strúhanie a pod.). Celodennú stravu treba rozdeliť na 5 – 6 dávok a zabezpečiť dostatočný príjem tekutín (bylinkyové čaje, ovocné šťavy, voda).

Záver

1. Naše poznatky pri sledovaní stravy v jednotlivých domovoch dôchodcov i previerky poukazujú na to, že nie sú jednotné receptúry určené pre uvedenú kategóriu obyvateľstva, ako pre racionálnu stravu, tak i pre diétu stravu.
2. Vhodné by bolo uvažovať o prepracovanie diéty chôrie s vyznačením hrubej hmotnosti potraviny a rozšírením obsahu receptúr, s využitím alternatívnych potravín.
3. Pri sledovaní stravovania v domovoch sa ukázalo, že chýba dostatočné usmerňovanie a metrické vedenie v zariadení tohto typu, týkajúce sa normovania, receptúr, odporúčaných výživových dávok a oboznámenia s novými poznatkami z oblasti výskumu výživy a potravín.
4. Závery zistené v práci sa prerokujú so zriaďovateľom domovov dôchodcov a jednotlivými riadiťmi a vedúcimi stravovacích zariadení. Zároveň budú využité na usmernenie jednotlivých zariadení na zlepšenie spôsobu stravovania.

Pri porovnaní s inými populárnymi kategóriami sa dosiaľ venovala výskumu výživy osôb vyššieho veku malá pozornosť. Vzhľadom na súčasnú a perspektívnu význam tejto skupiny obyvateľstva je riešenie uvedenej problematiky jednou z prioritných úloh aplikovanej výživy. Účelne organizované spoločné stravovanie osôb vyššieho veku umožňuje usmerňovať ich výživu podľa fyziologických potrieb a zdravotných požiadaviek. Význam tohto usmernenia zdôrazňuje skutočnosť, že oproti iným typom spoločného stravovania ide zväčša o zaopatrenie trvalého rázu a nie o doplnkové stravovanie.

Do redakcie došlo:

22. januára 1996

Adresa autorky:

M. Bačíková
Ulica 1. mája č. 26
010 01 Žilina

Z. Hengeričová, J. Poličková
Štátny zdravotný ústav v Leviciach

Štyri vlny epidémie salmonelózy

Súhrn: Autorky opisujú vznik a priebeh štyroch vln epidémie salmonelózy, ktoré prebehli v okrese Levice v marci a aprili r. 1994. Zistili, že spoločným menovateľom bolo konzumné vajce dodávané od producenta z Levíca. Ochorelo dovedna 298 ľudí, u ktorých sa v 80,5 % dokázala konzumácia uvedených vajec a u 78,5 % z nich sa salmonelóza kultivačne potvrdila. V závere autorky uvádzajú opatrenia, ktoré vynaložili štátne obvodný lekár na riešenie epidemiologickej situácie v okrese na základe spolupráce s pracovníkmi Národného ústavu hygieny a epidemiológie Štátnej veterinárnej správy v Bratislave.

Kľúčové slová: epidémia salmonelózy, konzumné vajcia, Levice

V okrese Levice prehľada v marci a aprili 1994 e p i d é m i a s a l - m o n e l ó z y . Dňa 29. marca 1994 bola na oddelenie hygieny výživy nášho ústavu podaná telefonická sťažnosť, oznamujúca vznik žalú-

dočných ťažkostí u dvoch osôb od večera predchádzajúceho dňa po konzumze zemiakového majonézového šalátu v tento deň. Tento pokazený tovar bol zakúpený v jednom z n a j n o v s í c h b u f e t o v v L e v i c i a c h . Ešte v ten deň pracovníci oddelenia hygieny výživy vykonali hygienické šetrenie v bufete, pričom zistili, že v čase kontroly sa zmienený druh majonézového šalátu v bufete už nenachádzal vzhľadom na každodenné dodávky čerstvých lahôdkárskej výrobkov. Na úseku osobnej a prevádzkovej hygieny, ani na úseku skladovania a manipulácie s potravinárskym tovarom sa nezistili nedostatky závažnejšieho charakteru. Nasledujúci deň sa v tej istej prevádzkovej jednotke cielene odobrali vzorky predávaných majonézových šalátov, t. j. vlašského a zemiakového, dodaných z Lahôdkarskej výrobne. Jednoty spotrebného družstva Levice toho istého dňa na laboratórne vyšetrenie. Laboratórnym rozborom sa v oboch vzorkách šalátov dokázala prítomnosť patogénneho mikroorganizmu *Salmonella enteritidis*.

Nezávisle od tejto udalosti sa dňa 28. marca pri príležitosti Dňa učiteľov konalo na opačnom konci okresu v obci Čak a stretnutie učiteľov so svojimi kolegami – dôchodcami (29 ľudí vrátane prizvaných hostí, pričom na školskom dvore sa ostalo hrať niekoľko ich detí). V tejto uzavretenej spoločnosti sa okrem iných pokrmov podávali aj obložené misy a tri rôzne druhy krémových záuskov. Pri štrení sa však zistilo, že záusky skonsumovali prítomné deti, z ktorých ani jedno neochorelo. Tak sa záusky dostali mimo podozrenia. Z celkového množstva 29 prítomných dospeľých už vo večerných hodinách nasledujúceho dňa sa zjavili príznaky ochorenia s typickým obrazom salmonelózy u viacerých účastníkov oslav, pričom celkový počet dosiahol postupne 20 chorých. Pri príprave menu boli účastníčkami pripravované niektoré pokrmy aj svojpomocne, pričom obložené misy obsahovali aj zemiakový šalát, dodaný toho dňa z Lahôdkárskej výrobnej Jednoty spotrebenného družstva Levice v celkovom množstve 4 kg. Z pokrmov podávaných na oslavu už nebolo možné odobrať vzorky, avšak zo surovín sa odobrali domáce vajcia. Pri príležitosti Dňa učiteľov sa aj v Leviciach konalo už v ťažkosti s polohou s celkovým počtom 10 ľudí, ktorí konzumovali majonézový zemiakový šalát od toho istého výrobcu – Lahôdkárskej výrobnej Jednoty spotrebenného družstva Levice. Do 24 hodín sa u všetkých dostavili zdravotné ťažkosti, v dvoch prípadoch museli byť postihnutí hospitalizovaní na infekčnom oddelení NsP Zlaté Moravce. Klinicky aj kultivačne z biologického materiálu sa potvrdilo ochorenie na salmonelózu a ako etiologickej agens sa dokázala *Salmonella enteritidis*. Pri štrení priamo vo výrobnej Lahôdke sa nezistili závažnejšie nedostatky na úseku osobnej a prevádzkovej hygieny, ani na úseku skladovania a technologickej disciplíny. Bol odobratý celý rad vzoriek finálnych výrobkov, vzorky z výrobnej odkladané na dobu 48 hodín, suroviny ako aj sterov z prostredia, technologickeho zariadenia a náčinia. Ani v jednej z vyšetrovaných vzoriek sa nedokázala *Salmonella enteritidis*. Státny obvodný lekár v Leviciach vydal zákaz činnosti, t.j. výroby a distribúcie Lahôdkárskych výrobkov až do doby vykonania priestorovej dezinfekcie a kontroly jej účinnosti. Keď sa javilo, že už epidémia pomieňe bez objasnenia zdroja nákažy, začali sa prejavovať príznaky druhej vlny epidémie. V čase od 31. marca sa na III. Zdravotnickej škole Levice začala prejavovať znižená dochádzka žiakov do školy pre žalúdočné ťažkosti (115 chýbajúcich) v prevažnej miere klinicky pripomínajúce ochorenie na salmonelózu, čo sa potvrdilo aj kultivačne u 35 žiakov. Pri analýze pokrmov z hľadiska skladby i technológie prípravy so zvláštnym zameraním sa na sledovanie časového faktoru tepelnej úpravy jednotlivých komponentov sa ako rizikové vyselektovali pre svoje zloženie predovšetkým pokrmy obsahujúce vajcia a nedali sa vylúčiť ani pokrmy z rýb. Vajcia sa používali na obaľovanie rýb a pre svoje spájaveľné vlastnosti do cesta na výrobu halušiek. Cestovina do polievky dňa 30. marca bola nahradená vaječnou hmlou, čo je rozemiešané vajce s krupicovou múkou a zavarené po ukončení polievky do jej obsahu. Pokrmy z vajec sa podávali v školskej jedálni 1 až 3 dni pred prvými prípadmi ochorenií. Vzhľadom na obdobie veľkonočných sviatkov a viac za seba nasledujúcich voľných dní v škole nebolo možné zachytiť vzorky pokrmov. Preto sa odobrali len skladované suroviny na laboratórne vyšetrenie (mrazené rybie filé, konzumné vajcia dodávané cez iného súkromného podnikateľa z Koopery a.s. Levice). Všetky výsledky z vyšetrovencov vzoriek ako aj sterov pracovného prostredia nevykazovali prítomnosť *Salmonell*.

Vzhľadom na prebiehajúce veľkonočné sviatky a deň prázdnin navyše, počas ktorého sa vykonal v stravovacej prevádzke dôkladná sanitácia, nebolo potrebné zakázať činnosť kuchyne.

Na celkovú zhoršenosť epidemiologickú situáciu v okrese Levice reagovali už aj lekári prvého kontaktu, ktorí pri dôležej vlni v od 15.-16. apríla zvýšeného výskytu ochorení, javiacich sa opäť klinicky ako salmonelózu, zaznamenali od pacientov údaje o konzume prevažne majonézových šalátov a ruských vajec z dvoch predajni toho istého majiteľa. Obe tieto prevádzky sú zásobované z Lahôdkárskej výrobnej N S P E R E C v Leviciach. Pri štrení v priestoroch výrobne sa opäťovne nezistilo hrubšie porušovanie hygienických požiadaviek.

Vzhľadom na už tretiu vlnu epidémie sa pracovníci oddelenia hygieny výživy zameriavalí aj na hľadanie s polohou menovateľa medzi používanými komponentami na výrobu potravinárskych výrobkov vo všetkých troch prevádzkach a zabezpečili odber finálnych vý-

robkov, surovín a sterov: varené zemiaky, sterilizované výrobky, mleté koreniny, mäsové výrobky, vajcia konzumné, základná majonéza a mrazený hrášok. Na základe analýzy pracovníkmi nášho ústavu štátneho obvodného lekára v Leviciach okrem vykonaného predbežného opatrenia, t.j. zákazu činnosti výroby a expedicie Lahôdkárskych výrobkov z predmetnej výrobne, pozastavil ďalšie používanie epidemiologicky chúlostivých a už javiacich sa rizikových surovín. Tykalo sa to základnej majonézy, ktorej bolo na sklede ešte 100 kg, a surových slepačích vajec, ktorých bolo 520 ks a boli 10 dní staré od dátumu výroby.

Rozhodnutím štátneho veterinárneho lekára v Leviciach boli konzumné vajcia vrátené späť do teplej kuchyne reštaurácie ako tovar podmienečne použiteľný na výrobu múčnych pokrmov za podmienky tepelného spracovania pri 180 °C.

Laboratórnym rozborom odobratých vzoriek sa patogénne mikroorganizmy nezistili. Prítom však 5 pracovníkov vrátane predavačiek v predajni Lahôdok ochorelo na salmonelózu, čo sa aj kultivačne dokázalo. Všetci udávali konzum majonézových šalátov, resp. ruských vajec, a vo všetkých prípadoch išlo o identickú *Salmonella enteritidis*.

Štvrtá vlna epidémie salmonelózy nenechala na seba dlho čakať. Už od 21. apríla bola zaznamenaná zvýšená neprítomnosť detí v Materskej škôlke Ipeľský Sokolec vzdialenej asi 35 km od Levíc. V čase od 21. do 27. apríla ochorelo 16 osôb z celkového počtu 47, z čoho bolo 7 pracovníkov. V 11 prípadoch sa kultivačne potvrdila *Salmonella enteritidis*. V rámci štrenia sa opäťovne odobrali vzorky zvyškov pokrmov, surovín a sterov z prostredia a technologickeho zariadenia. Išlo o tieto vzorky: pochutiny (koreniny, paprika, rasca, majráňa a pod.), mäsové výrobky, vajcia konzumné (dodané cez iného dodávateľa z Koopery a.s. Levice).

Už na prvý pohľad je evidentný spoľahlivý meno väteľ. Vo všetkých štyroch prípadoch to bolo vajce konzumné, dodávané od toho istého producenta, t.j. Koopery a.s. Levice. Pre neúspech v záchytnosti *Salmonell* sa pracovníci oddelenia hygieny výživy rozhodli pre odber všetkých 20 ks vajec, nachádzajúcich sa v sklede školy, ich následné spracovanie na melanz spoločne so škrupinami do dvoch sterilných fľaš (2 x po 10 ks) a previezli ich do našho laboratória.

Identická *Salmonella enteritidis* sa dokázala vo vaječnej melanzi, v majonézovom šaláte odobratom na základe telefonickej stážnosti v obchodnej sieti, ako aj v biologickom materiále odobratom od pacientov. Týmto zistením sme považovali za potvrdený zdroj epidémie salmonelózy. Naše výsledky však spochybnilo Obvodné veterinárne stredisko (OVS) Levice ako aj producent vajec Koopera Levice. Preto sa vykonala spoločná obhliadka prevádzkových priestorov znáškových hál Koopery, spojená s odberom konzumných vajec triedených a netriedených vrátane vykonania sterov z prostredia a technologickeho zariadenia. Zo všetkých týchto laboratórnych vyšetrovencov sa v jednej dokázala *Salmonella enteritidis* (v obsahu vajca ako aj na povrchu jeho škrupiny). Viackrát sa urobili spoločné odbery s pracovníkmi OVS a boli paralelne vyšetrované v rôznych laboratórnych pracoviskách hygienických a veterinárnych (NÚHE, ŠVS Bratislava, ÚHE Nitra, Zvolen) s opakovane pozitívnym nálezom *Salmonella enteritidis*.

Záver

Z celkového počtu 298 chorých, čo je 80,5 %, sa jednoznačne podalo dokázať súvis s konzumáciou vajec alebo jedlami z nich. U 234, t.j. 78,5 %, sa diagnóza kultivačne potvrdila. Obvodné veterinárne stredisko dňa 28. apríla vydalo zákaz expedicie slepačich vajec triedených a netriedených z Koopery a.s. Levice.

Na základe postojov OVS Levice sa uskutočnilo spoločné rokovanie v našom ústave na návrh našich pracovníkov dňa 4. mája s odbornými pracovníkmi Národného ústavu hygieny a epidemiológie Štátnej veterinárnej správy v Bratislave. Výsledkom rokovania bolo utvorenie koordinačnej skupiny zloženej zo zástupcov OVS a nášho ústavu, pričom jej predsedom sa stal štátny obvodný lekár v Leviciach. Všetci sa dohodli na jednotnom postupe riešenia epidemiologickej situácie v okrese a o vzájomnom informovaní sa rokujúcich partnerov a ich nadriadených orgánov.

Plnenie záverov sa začalo realizovať aj vydaním rozhodnutia štátneho obvodného lekára v Levice všetkým fyzickým a právnickým osobám podnikajúcim v potravinárstve v okrese Levice.

Po analýze všetkých poznatkov sa epidémia javí ako jedna vlna celoslovenskej epidémie spôsobenej produktami hydinárskej organizácií.

Do redakcie došlo:
22. januára 1996

Adresa autiek:
J. Poličková
Textilná ul. č. 5
934 01 Levice

M. Migal'ová, E. Vasiľová
Štátny zdravotný ústav vo Vranove nad Topľou

Zdravotné zabezpečenie hygienického dozoru na úseku hygiény výživy v rekreačnej oblasti Domaša

Súhrn: Autorky sa zaoberejú problémami dozoru na úseku hygiény výživy vo významnom rekreačnom stredisku pre domáci i zahraničný ruch na Domaši. Hygienický dozor tejto oblasti, ktorú navštívilo v uplynulých rokoch až 30 000 návštevníkov ročne, zabezpečujú jednako v prípravnom období, jednak aj počas letnej sezóny. Osobitnú pozornosť pritom venujú vývozom tekutého odpadu zo žúmp, tuhého komunálneho odpadu, previerkam 33 potravinárskych zariadení, problémom skladovania odpadkov a stavu sociálnych zariadení. Uvádzajú aj výsledky tejto činnosti, ktoré sa odrazili v represívnych opatreniach vo viacerých prípadoch. Za neúspech považujú, že sa v r. 1995 v rekreačnej oblasti Domaša nevyškyla epidémia.

Klíčové slová: hygienický dozor, rekreačná oblasť Domaša
V našom okrese je rozhodujúcim rekreačným strediskom pre domáci i zahraničný cestovný ruch rekreačná oblasť Domaša.

Nachádza sa v mimoriadne priaznivom prírodnom rámci pohoria Nízkych Beskýd v prevažnej miere na území okresu Vranov nad Topľou a súčasti aj na území okresu Svidník. Vodnú nádrž do užívania odovzdali v r. 1966. Využitie na rekreačné účely sa začalo zvažovať od r. 1968. Postupne sa začali budovať stravovacie a ubytovacie zariadenia pre rekrentov. Problémom číslo jeden pri ich činnosti sa stalo nedostatočné zásobovanie pitnou vodou. Zo začiatku boli zariadenia zásobované zo studní, ktoré v horúcich letných dňoch za plnej prevádzky kapacitne nepostačovali. Riešilo sa náhradné zásobovanie dovozom vody cisternami. Pracovníci pri výkone bežného hygienického dozoru opakovane z dôvodov zistenia vážnych nedostatkov v prevádzkovej hygiene pre nedostatok pitnej vody pristupovali k zákazom činnosti jednotlivých zariadení. Otázka nedostatočného zásobovania pitnou vodou bola často pred sezónou aj po nej predmetom rokovania na úrovni okresných orgánov.

V 80. rokoch návštevnosť rekrentov stúpala, v špičkách dosahovala 25 – 30 tisíc a situácia pre nedostatok pitnej vody sa stávala viac než kritická. Na základe toho sa na rozhodujúcich pracoviskách Poľana a Holčíkovce pristúpilo k vybudovaniu verejného vodovodu. Problém nedostatku zásobovania pitnou vodou ostáva dodnes najmä na stredisku Vlkov v okrese Svidník.

Pretože s Domašou sa stále počítala ako s náhradným zdrojom pitnej vody, jej výstavba a modernizácia jednotlivých zariadení zaostáva za inými rekreačnými oblasťami ako napr. Zemplínska Šíra. Z toho dôvodu bola uznesením vlády SR vyhlásená stavebná uzávera. V r. 1995 v júni bola stavebná uzávera zrušená s tým, že objekty sa môžu stavať vo vzdialnosti nad cca 100 m od okraja vodnej nádrže. Pre stavebnú uzáveru od r. 1982 nepríbúdali nové zariadenia, ale neobno-

vovali sa ani staré. A tak súčasný stav jednotlivých potravinárskych, ale aj ubytovacích zariadení si žiada značné rekonštrukcie. Niektoré zariadenia, najmä drevéne stánky vybudované pred 30 rokmi, by sa podľa nášho názoru mali celkom zrušiť. Nielenže sú schátralé a zaostalé, ale podľa priatých opatrení sa nebudú môcť rekonštruovať, prestavať a pod., lebo sú bližšie ako 100 m od okraja vodnej nádrže.

Po r. 1989 poklesla návštěvnosť, čo zdanlivo riešilo nepriaznivú hygienickú situáciu v rekreačnej oblasti Domaša. Začala privatizácia jednotlivých objektov a pokračuje dodnes. Domnievali sme sa, že po spravidlo nastane rýchlo značné zlepšenie hygienickej situácie potravinárskych zariadení. Predpolady sa však nesplnili. Majiteľmi jednotlivých potravinárskych zariadení sú väčšinou občania, ktorí predtým nepracovali v sfére služieb a pohostinstva. Práca terénnych pracovníkov hygiény výživy sa dostáva do nevýhodného postavenia aj z dôvodu nedostatočnej legislatívy. Súkromným podnikateľom bez primeraňých odborných znalostí sú cudzie hygienické predpisy a ich dodržiavanie v praxi sa málo realizuje. Často pracovníci Štátneho zdravotného ústavu pri svojom výkone v teréne musia riešiť aj neodborné problémy medzi jednotlivými podnikateľmi. Týka sa to najmä spoločného využívania tuhého odpadu, resp. dodržiavania čistoty a poriadku v okolí zariadení.

Hygienický dozor vykonávajú pracovníci oddelenia hygiény výživy každoročne v dvoch fázach. Prvé je prípravné obdobie pred započatím sezóny. V rámci preventívneho hygienického dozoru vykonávajú obhliadky všetkých sezónnych zariadení, skontrolujú vodné zdroje, odber vzorky vody na laboratórne vyšetrenie. Súhlas k uvedeniu sezónnych zariadení do prevádzky sa vydáva len zariadeniam, ktoré splňajú hygienické požiadavky. Platí to aj pre stánkový predaj, kde musí byť zabezpečená tečúca pitná voda a odkanalizovanie.

Kedže problémy v sezóne vznikajú aj s vývozom a kultéhom odpadu zo žúmp, pred sezónou sa od jednotlivých majiteľov vyžaduje predloženie zmlúv na zabezpečenie ich využívania. Obdobne to platí aj na zabezpečenie vývozu tuhého komunálneho odpadu z jednotlivých zariadení. O zabezpečení týchto základných hygienických požiadaviek máme možnosť podnikateľov informovať na rokovani, ktoré pred sezónou zvoláva okresný úrad prostredníctvom oddelenia regionálneho rozvoja.

V sezóne sa vykonáva běžný hygienický dozor, a to aj v dňoch pracovného voľna, spoločne s oddelením hygiény životného prostredia. Pracovníci oddelenia hygiény výživy vykonávajú previerky v 33 potravinárskych zariadeniach s poskytovaním rôznorodých služieb od spoločného stravovania, pohostinstiev, bufetov a predajní potravín. Cieľenými previerkami podľa vypracovaného plánu sa kontrolouje stav na úseku prevádzkovej a osobnej hygiény. Nedostatky sa

zisťovali v jednotlivých potravinárskych zariadeniach a týkajú sa najmä nesprávneho uskladňovania požívatín v chladiacich zariadeniach, uchovávania jedál z predchádzajúceho dňa, nedodržania zásad pri príprave jedál na vyčlenených pracovných stoloch, nedodržania čistoty a poriadku pracovných plôch, sporákov, podlám, v umyvárňach a pod.

Opakovane sa vyskytuje pre obľúbenosť u skladu v a n i o d - p a k o v najmä v zariadeniach spoločného stravovania, a to ako tuhého, tak aj tekutého. Často namiesto vyhovujúcich odpadkových košov tu nachádzame papierové alebo iné náhradné krabice.

Nemenej závažná je problematika sociálnych zariadení pri jednotlivých potravinárskych zariadeniach. Pred tohtoročnou sezónou sme museli prijať veľmi rázne opatrenia najmä pre stánkový predaj s čapovaním piva a alkoholických nápojov. Súhlas sme vydali až po preukázaní zmlúv o zabezpečení sociálnych zariadení do vzdialenosťi 75 m a to tak, že časť verejných WC prenajali do správy obecných úradov, ktoré zodpovedali počas sezóny za dodržiavanie čistoty a poriadku v nich.

Otzáka personálneho obsadenia pracovníkmi – najmä brigádnikmi v rekreáčnych oblastiach je viac ako známe. Ich znalosti a dodržiavanie hygieny prevádzkovej ako i osobnej v potravinárskych zariadeniach nie sú na požadovanej úrovni. Počas sezóny nastáva ich častá výmena, čo tiež neprispieva k stabilizácii týchto pomerov. Úlohou pracovníkov oddelenia hygieny výživy vo Vranove nad Topľou je každoročne zabezpečiť zdravý priebeh rekreácie na Domaši. Pri svojich výkonoch v teréne musia často pristupovať aj k nepopolárnym opatreniam, ako

sú sankčné postupy, zákazy činnosti a pod. V rekreačnej oblasti, kde vykonávajú zvýšený dozor, to platí dvojnásobne.

Počas sezóny r. 1995 z dôvodu hrubého nedodržania zásad pre-vádzkovej hygieny v spoločnom stravovaní pristúpili v 4 prípadoch ku krátkodobým zákazom činnosti, uložili v 19 prípadoch blokové pokuty v sume 5800,- Sk.

Zlepšenie celkovej hygienickej úrovne stravovacích zariadení je možné dosiahnuť len zmenou prístupu pracovníkov v týchto zariadeniach, ich dobrou odbornou prípravou a ziskaním osvedčenia. Preto je treba privítať ustanovenie Zákona č. 272/95 Z. z. 20 písm. h o možnosti zriadenia komisie obvodným hygienikom na preskúšanie odbornej spôsobilosti na vykonávanie epidemiologicky závažných činností a následného vydávania osvedčení o odbornej spôsobilosti na tieto činnosti. Plnením uznesenia zákona č. 272/95 Z. z. v praxi je daná možnosť docieliť realizáciu hygienických požiadaviek v praxi, čo sa plne využije v všetkých pracovníkov v potravinárstve a v prvom rade v rekreáčnej oblasti.

Doposiaľ sa pracovníkom oddelenia hygieny výživy podarilo zabezpečiť priebeh rekreácie na Domaši bez vzniku epidémie. Snáď tak trošku k tomu prispel aj kus našej mravčej práce.

Do redakcie došlo:
22. januára 1995

Adresa autorov:
M. Migalová
Záhradná ul. č. 477
094 13 Sačurov

J. Štúrcová, K. Puškáčová
Štátny zdravotný ústav hlavného
mesta SR Bratislavu

Nové trendy v závodnom stravovaní

Súhrn: Na konferencii v dňoch 12. a 20. mája 1994 sa zoznámili viači zdravotníci pracovníci s novým systémom poskytovania stravovania pre pracujúcich. Autorky uvádzajú svoje doterajšie poznatky o aplikácii tohto systému závodného stravovania na území hlavného mesta Slovenskej republiky Bratislavu. Zistili, že tento systém firmy Eurest pracuje podľa vypracovaného hygienicko-prevádzkového poriadku. Autorky sledovali vyšetrením 54 sterov z pracovných plôch, náradia a rúk pracovníkov úroveň hygienického režimu. Zistili iba 4 nevhodujúce vzorky, na základe čoho sa vykonali opatrenia na úpravu. Napriek týmto nedostatkom pomocou nového systému závodného stravovania firmy Eurest nastalo zlepšenie čo do pestrosti prípravovaných jedál a zvýšenie hygienickej úrovne výarmých a odbytových priestorov voči doteraz používaným systémom. Systém sa ďalej vylepšuje formou reštauračného samoobslužného spôsobu stravovania.

Kľúčové slová: závodné stravovanie, systém firmy Eurest.

Na konferencii SZP konanej v dňoch 19. – 20. mája 1994 nás riaditeľ firmy EUREST oboznámil s novým systémom poskytovania stravovania pre pracujúcich. Chceme nadviesať na tento príspevok a zhodnotiť doterajšie skúsenosti s týmto systémom závodného stravovania na území hlavného mesta SR Bratislavu.

Rakúsko-slovenská firma EUREST so sídlom v Bratislave sa špecializuje na závodné stravovanie reštauračného typu, ale i na nemocničné a školské stravovanie. Na území mesta Bratislavu týmto spôsobom zabezpečuje EUREST stravovanie pre 14 organizácií (napr. Slovens-

ská televízia, Ministrestvo financii, Slovenská poistovňa, Istrobanka a ďalšie). Firma pred začiatom prevádzky týchto zariadení vykonala rekonštrukčné práce a vybavila kuchyne progresívou modernou technológiou podľa rakúskeho vzoru na samoobslužný systém. Stravník má možnosť vybrať si jedlo podľa jedálneho lístku a vzorových porcií, vystavených na pulte z dennej ponuky, a to z viacerých druhov polievok, 2/3 – 6 druhov hotových jedál, záuskov, zeleninových šalátov s dresingami, nealkoholických nápojov, ovocia. Pripravované sú aj jedlá pre diabetikov a vegetariánov.

Firma EUREST vypracovala pre všetky svoje zariadenia hygienicko-prevádzkový poriadok, ktorý predložila nášmu ústavu k pripomienkovaniu, resp. vyjadreniu. Tento poriadok pozostáva zo všeobecnych údajov o náplni a prevádzke zariadení EUREST, ich hygienického zabezpečenia, sanitačného plánu a zo všeobecne platných zásad pre prípravu a podávanie jedál so zameraním na ich epidemiologickú bezpečnosť. Hodnotenie úrovne stravovacích zariadení, ktoré firma prevádzkuje, sa vykonáva v rámci zdravotného dozoru, a to hygienickými previerkami, ako aj hodnotením pestrosti jedálnych lístkov. Možno konštatovať, že v zariadeniach sa udržiava hygienický štandard, čo sa týka prevádzkovej a osobnej hygieny pracovníkov. V r. 1994 bola v jednom prípade za hygienicko-prevádzkové nedostatky uložená bloková pokuta. Pre zabezpečenie teplej tečúcej vody v kuchyni (počas odstávky – údržby teplovodného zariadenia) bol vydaný zákaz činnosti. Firma urýchlene prijala opatrenia a postupne do prevádzok, ktoré sú napojené na centrálny rozvod teplej vody, inštaluje náhradné zdroje teplej vody. Hodnotením jedálnych lístkov sa pestrosť stravy pohybovala okolo 1 (jedna).

Pre zlepšenie hygienickej úrovne jednotlivých prevádzok využíva firma EUREST konzultačno–poradenské služby nášho ústavu. V rámci týchto služieb žiada o vykonanie hygienických previerok, ako aj odberov sterov z pracovných plôch, pracovného náradia a rúk pracovníkov 1–krát štvorročne vo všetkých prevádzkach. Všetci pracovníci absolvovali školenie hygienického minima v našom ústave. Pracovníci násloho odboru v r. 1994 odobrali 54 sterov z pracovných plôch, náradia a rúk pracovníkov. Pri odberu sa použila sterová metóda navlhčeným tampónom v roztoku: stríeraťa sa plocha určitého rozmeru cca 10 cm². Nežiaducu mikroflóru, vyskytujúcu sa v prostredí, má priamy vplyv na kvalitu výrobkov, a teda môže spôsobiť i zdravotnú závađnosť požívatiň. Vyhodnotenie sterov je orientačné podľa odbornej literatúry. Podľa nej ani v jednom prípade v steroch nesmú byť patogénne, podmienečne patogénne mikróby, ale ani koliformné mikroorganizmy. Kritériá pre hodnotenie pri vyšetrovaní mikrobiologickej čistoty náradia, pracovného oblečenia, pracovných plôch sú:

- ako veľmi dobrú čistotu možno označovať nález do 20 mikroorganizmov,
- podmienečne vyslovujúci čistotu nález do 100 mikroorganizmov,
- nevyhovujúci čistotu nález nad 100 mikroorganizmov na plochu 10 cm², pričom nesmú byť prítomné patogénne, podmienečne patogénne a koliformné mikróby.

Z 54 sterov, odobratých z pracovných plôch, náradia a rúk pracovníkov v r. 1994 nevyhoveli 4. V jednom prípade sa v stere z rúk zistil *Staphylococcus aureus* a v 2 steroch z pracovných plôch koliformné baktérie a *Citrocacter*. Poukazuje to na nevyhovujúcu sanitáciu, resp. nevyhovujúci hygienický režim v prevádzke.

V zariadeniach, kde sa preukázali tieto výsledky, nariadiilo sa dôkladné vyčistenie a dezinfekcia prevádzky. Pracovník, u ktorého sa zo steru z rúk vypestoval *Staphylococcus aureus*, bol z práce vyradený.

Záverom možno konštatovať, že i napriek uvedeným hygienicko-prevádzkovým nedostatkom, ktoré sa zistili pri previerkach pracovníkmi násloho ústavu, v zariadeniach prevádzkovaných firmou EUREST nastalo výrazné zlepšenie hygienickej úrovne v poskytovaní stravovania pracujúcim čo do pestrosti pripravovaných jedál, tak aj hygienickej úrovne vŕamých priestorov s prípravňami a zázemím a tiež aj odbytových priestorov v porovnaní s poskytovaním závodného stravovania doterajším spôsobom. Firma nadále vylepšuje poskytovanie závodného stravovania formou reštauračného samoobslužného systému v úzkej spolupráci s našim ústavom.

*Do redakcie došlo:
22. januára 1996*

*Adresa autoriek:
Jolana Šurcová
Romanova ul. č. 27
851 02 Bratislava*

Čo je ošetrovateľský výskum ?

Výraz "výskum" sa často voľne používa na opisanie akéhokoľvek zisťovania alebo hľadania informácií. Hoci boli paralely medzi ošetrovateľským postupom a výskumným postupom, významné pokroky v poznatkoch sú veľmi zriedkavé na akomkoľvek poli, počnúc malými individuálnymi projektami. Formálnejší výraz "vedecký" lepšie podáva systematický a presný prístup, potrebný na získanie nových vedomostí.

Niekoľko definícií výskumného procesu:

"... zbieranie údajov presne kontrolovanou situáciou za účelom predpovede alebo vysvetlenia."

"... pokus o zvýšenie dostupných vedomostí objavením nových faktov alebo vzťahov cez systematické skúmanie."

"... presné a systematické zisťovanie, vedené v rozsahu a používaní metód, ktoré zodpovedajú skúmanému problému a ktoré sú určené na to, aby viedli generalizujúcim príspevkom k poznaniu."

"... systematické zisťovanie fenoménov záujmu pri ošetrovateľskej vede, menovite prispôsobenie jednotlivcov a skupín na aktuálne alebo potenciálne zdravotné problémy, prostredie, ktoré ovplyvňujú následky choroby a podporujú zdravie."

Hoci každá definícia je rozdielne vyslovená, všetky zobrazujú ošetrovateľský výskum a majú tie isté nevyhnutné charakteristiky ako vedecký výskum na ktoromkoľvek poli: systematický prístup a presne určenú metodu za účelom vytvorenia nového poznania.

Rozsah ošetrovateľského výskumu je taký široký ako rozsah samotného ošetrovania. Zachytáva toto definícia ICN, prijatá CNR (Council of National Representatives) v r. 1987.

"Ošetroenie zahrňa podporu zdravia, prevenciu choroby a starostlivosť o telesné zdravie, mentálnu chorobu a invalidných ľudí všetkých vekových kategórií vo všetkej zdravotnej starostlivosti." (Zápisnica zo stretnutia CNR v r. 1987, Nový Zeland, doplnok c)

Na základe tejto definície ICN opisuje ošetrovateľský výskum takto:

- Ošetrovateľský výskum sa sústredí primárne na rozvoj poznania, týkajúceho sa ošetrovania, a jeho prax, vrátane starostlivosti v zdravi a v chorobe. Zameriava sa na pochopenie základných mechanizmov, ktoré ovplyvňujú schopnosť jednotlivcov a rodín, udržujú alebo vylepšujú optimálnu funkciu a znižujú negatívne účinky choroby.

- Ošetrovateľský výskum by mal tiež smerovať k výsledkom ošetrovateľských zásahov, aby sa zabezpečila kvalita a efektívne finančné náklady ošetrovateľskej starostlivosti.
- Ošetrovateľský výskum zdôrazňuje aj vytváranie poznatkov, smerovania a systémov, ktoré efektívne a účinne vykonávajú ošetrovateľskú starostlivosť profesu a jej historický vývoj; etické pravidlá na vykonávanie ošetrovateľských služieb; systémy, ktoré efektívne a účinne pripravujú sestry na plnenie bežnej profesie a na budúci spoločenský mandát (autoritu na výkon profesie). Sestry môžu výskum viesť alebo na výskume spolupracovať vo vzťahu k širším problémom zdravia, choroby, zdravotných služieb, ich rozvoja a manažmentu, formulovania usmerňovania a vzdelávania.

Ošetrovateľský výskum zahrňuje takto všetky aspekty ošetrovania a podobne ako v ošetrovateľskej praxi upriamuje sa primárne na klienta /pacienta.

Ošetrovateľský výskum sa snaží pochopiť podstatu ľudského správania v zdravi a v chorobe a snaží sa identifikovať zásahy, ktoré sestry môžu použiť na vyvolanie odpovedi (napr. starostlivosť o vlastnú osobu) alebo usmerňovať ich (napr. utísenie bolestí). Dá sa realizovať vo všetkých prostrediaciach, kde sa nachádzajú sestry: nemocnice, kliniky, domovy, školy, na pracoviskách a v komunitách.

Ošetrovateľský výskum bez ohľadu na miesto, hľadá pochopenie, ako môžu sestry pozitívne ovplyvniť faktory, ktoré prispievajú k maximu zdravia a k minimu účinkov choroby.

Ošetrovateľský výskum je dôležitým komponentom tak pre sesterské vzdelávanie ako aj pre manažment. Sestry pedagogický potrebujú najnovšie poznatky ošetrovania a výskum zdravotnej starostlivosti na zostavenie vecných osnov, kym sestry manažérky sa spoliehajú na výskum, aby formulovali efektívne plánovanie. Napr. niektoré novšie kvality stratégie manažmentu - t. j. kritické prístupy a klinické protokoly praxe alebo smernice sa zakladajú na poznatkoch z výskumu a majú významný prínos pre ošetrovateľskú prax, vzdelávanie, manažment a výskum.

Sumárne vyjadrený rozsah ošetrovateľského výskumu je tak široký ako rozsah ošetrovania. Zahrňuje záležnosti ošetrovateľskej praxe, ošetrovateľské vzdelávanie a ošetrovateľský manažment.

Príklady ošetrovateľského výskumu: Klinický ošetrovateľský výskum sa často opiera a zahŕňa aj ambulantné a komunálne zariadenia a centrá zameriava sa na pacientov klinické jednotky a z nich vyplývajúce ošetrovateľské zásahy.

Rodinný ošetrovateľský výskum sa častejšie opiera o komunálne zariadenia a centrá a zameriava sa na pacienta/klienta vo vzťahu k rodine a takým rodinným snaženiam, kde je opatrotovateľstvo a starostlivosť o dieťa.

Ošetrovateľský výskum v otázkach starostlivosti o zdravie pri práci sa realizuje na pracoviskách za účelom zisťovania vplyvu práce na zdravie a pohodu a na pracovníkov, ktorí potrebujú ošetrovanie.

Z materiálov vydaných ICN k Medzinárodnému dňu sestier 1996.

Ďuržová

Ošetrovateľský manažment v praxi

Skutočnosť, že ošetrovateľstvo je staršie ako medicína, je známa. Predstavuje však esenciálny doplnok medicíny, aj keď sa donedávna nevyvíjalo ako samostatný vedný odbor.

Postupne s vysoko profesionálnym ošetrovateľstvom treba sa zaoberať aj ošetrovateľským manažmentom a je najvyšší čas teóriu realizovať aj v praxi.

Pracujem 20 rokov ako zdravotná sestra, v súčasnosti ako vrchná sestra Dennej nemocnice s agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti (NADOS pri NsP v Prešove). Autorkou koncepcie nášho oddelenia je prim. MUDr. E. Kizáková. Už samotný názov nášho oddelenia vytvára špecifickú kvalifikačnú funkčnú štruktúru. Pri koordinácii starostlivosti, kde sa prelínajú pole pôsobnosti v dennej nemocničnej starostlivosti s domácou ošetrovateľskou starostlivosťou, sme museli predísť škatulkovaniu funkčných úrovni pri rozmiestnení zodpovednosti. Preto použijem terminológiu získanú z praxe: Ošetrovateľský manažment je rozmiestnenie odbornej zodpovednosti ošetrovateľským pracovníkom na základe ošetrovateľského procesu v nemocničnej a domácej starostlivosti.

Snažili sme sa opustiť centralizovanú formu riadenia, t. j. vertikálnu, kde bol proces ultimativný, decentralizáciu, t. j. delegovaním právomoci horizontálne. Máme možnosť na oddelení rýchlejšie realizovať požadované ciele a motivovať jednotlivcov strednej a nižšej odbornej úrovne. Pracovníci s rozličným stupňom kvalifikácie nášho oddelenia sa stretávajú každé ráno na 10-20 minút spolu aj s primárkou oddelenia. Sú tu priame kontakty pri riešení problémov týkajúcich sa starostlivosti o pacienta, profesionálne návrhy, ale aj osobné bežné rozhovory. Približne 10-15 minút vrchná sestra konzultuje s vedúcou od-

delenia o zdravotnom stave pacientov oddelenia, prípadne problémoch pracovníkov. Veľkým prínosom je odborno-metodické vedenie primárom oddelenia (seminár raz za mesiac), pričom témy navrhujú radovi pracovníci.

Ku kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti v rámci aj mimo menovanej inštitúcie prispieva ošetrovateľská dokumentácia a stanovenie ošetrovateľskej diagnózy, poskytovanie informácií, inštrukcie, komunikácia medzi inštitúciami, signalizácia nedostatkov. Svojimi odbornými vedomosťami je zdravotná sestra rovnocenným konzultujúcim partnerom pre lekára - špecialistu. Prax nás presvedčila, že komunikácia, osobné stretnutia s predstavenými, osobná spätná väzba je veľmi dôležitá pre základ interakcií medzi ľuďmi.

Je vzušujúce pracovať v zdravotníckom systéme, ktorý je práve v procese zmien. Zmeny vyžadujú veľa energie, ale prinášajú aj príležitosti pre profesionálny rast. Florence Nightingaleová definovala úlohu profesionálnej zdravotnej sestry ako osoby, ktorá riadi starostlivosť o pacienta. Všetky vedúce osobnosti sa definujú ako ľudia, ktorí majú výhľad do budúcnosti a ktorí do nej úspešne vedú ďalších. Najdôležitejšie je však, že spolu komunikujú a určujú, čo sa bude realizovať a ako sa realizácia bude hodnotiť.

V závere chcem pripomenúť slová Florence Nightingaleovej, ktoré môžu byť pre ošetrovateľský manažment hnanou silou: "Dnes ošetríme chorých, no príde čas, keď budeme ošetrovať zdravých".

A. Kolivošková

Úloha sestry v manažmente stresu

American Nurse, č. 7/8, Nursing Standard, vol. 9, č. 45 a vol. 10, č. 2, 1995.

Účinok veľkých stresových záťaží, ktorým sú vystavené sestry, spôsobil, že tieto majú ďaleko najvyšší výskyt samovrážd v Spojenom kráľovstve za posledných desať rokov.

V redukcii stresu sa odporúča správne stravovanie, telesné cvičenia a správny spôsob odpočinku ako najvýznamnejšie faktory. Odporúčajú sa aj aktivity mimo zamestnanie ("koničky" a rekreácia), ako aj aktívne pôsobenie v spoločenských a sesterských organizáciách. Dôležité sú aj dialógy medzi sestrami o ich problémoch.

Kedže významným faktorom stresu je neistota o zamestnanosti sestier, odporúča sa im sledovať prebiehajúce zmeny v zdravotníckej starostlivosti a byť pripravené na requalifikácie.

Aj keď v Spojenom kráľovstve nie je špecifická legislativa kontrolujúca stres pri práci, mnohé všeobecne platné predpisy o ochrane zdravia

pri práci napomáhajú sestrám zabezpečiť zdraviu vyhovujúce pracovné miesta.

Na odhalenie zdrojov stresu sestier môžu dobre poslužiť anonymné dotazníky, ktoré by odhalili problémy viažuce sa na stresové faktory. Mali by ich analyzovať príslušné oddelenia pracovného lekárstva a podľa výsledkov navrhovať opatrenia.

V Spojenom kráľovstve sa zatiaľ urobilo iba málo pre manažment stresu sestier. Preto sa vyvinula iniciatíva na identifikáciu potrieb zdravotníckych pracovníkov v 274 zariadeniach. No iba málo z nich udávalo viacero informácií, najviac prehľady chorob. Z aktivít sa udávali akcie proti fajčeniu, protialkoholické spoločenské podujatia, správna výživa a čítanie časopisov. Na konci zoznamu boli aktivity na zniženie stresu v zamestnaní.

MUDr. Menkyna

Náš rozhovor

Pani magistra Anna Herianová sa narodila v Trnave. Stredoškolské odborné štúdium ukončila maturitou na Strednej zdravotníckej škole v Trenčíne. Po maturite pracovala ako sestra na internom oddelení nemocnice v Prehe a neskôr ako sestra v primárnej starostlivosti v Bratislave. Po pätnásťročnej praxi si doplnila svoje vzdelanie diaľkovým štúdiom na Filozofickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave v odbore pedagogika-ošetrovateľstvo, ktorú úspešne ukončila a získala titul magistry. Od r. 1982 až podnes pracuje ako odborná asistentka v súčasnosti na Katedre ošetrovateľstva Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v Bratislave, kde vyvíja bohatú pedagogickú činnosť. V súčasnosti končí na Filozofickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave doktoranské štúdium. Mgr. A. Herianová je dlhorocenou členkou a funkcionárkou Slovenskej spoločnosti sestier. Od založenia našeho časopisu pôsobí aj v jeho redakčnej rade. Minister zdravotníctva Slovenskej republiky ju vymenoval dňa 1.3.1996 za hlavnú odborníčku Ministerstva zdravotníctva SR pre ošetrovateľstvo. Pri tejto príležitosti ju naša redakcia požiadala o rozhovor.

Aká je Vaša predstava o práci hlavného odborníka MZ SR pe ošetrovateľstvo?

Hlavný odborník Ministerstva zdravotníctva SR pre ošetrovateľstvo, sa v rámci svojich úloh podieľa na rozvoji svojho odboru a na základe konkrétnych plánov dáva podnety na realizáciu koncepcie tohto odboru.

Na realizáciu plánu v odbore ošetrovateľstvo bol vymenovaný poradný zbor hlavného odborníka so špecialistami pre jednotlivé úseky činnosti. Úlohy a práca hlavného odborníka a poradného zboru pre terajšie a nasledovné obdobie sú veľmi náročné, v cieľoch nášho programu pri inom je aj iniciaovať návrh zákona o ošetrovateľstve a vypracovať ošetrovateľské normy pre posúdenie ošetrovateľskej kvality, podieľať sa na vypracovaní jednotnej ošetrovateľskej terminlogie, podporovať zriadenie agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ošetrovateľských oddelení a hospicového hnutia. Veľmi významnou úlohou je aj podporovať autonómnosť odboru v súlade so súčasnými poznatkami v zmysle európskych noriem.

Významné životné jubileum pani Oľgy Ďuržovej

V uplynulých dňoch sa dožila významného životného jubilea pani Oľga Ďuržová, popredná slovenská sestra, zaslúžilá pracovníčka v oblasti sociálno-zdravotnej, na poli ďalšieho vzdelávania najmä ženských sestier a zakladateľka a významná dlhorocná funkcionárka dnešnej Slovenskej spoločnosti sestier, organizačnej časti Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Narodila sa v r. 1921 v Košiciach, kde aj navštievovala a úspešne ukončila základnú školu, meštiansku školu a odbornú školu pre ženské povolania. V r. 1938 absolvovala v Prešove Jednorocnú vyššiu odbornú školu pre ženské povolania. Úspešné ukončenie štúdia na týchto školách jej umožnilo prijatie na nadstavbové štúdium na Sociálno-zdravotnej škole gen. M. R. Štefánika v Martine. V tomto ústave, kde maturovala v r. 1942, si osvojila okrem dobrých odborných vedomostí a praktických zdatností aj zásady správneho životného štýlu a morálne princípy, ktorým ostala verná po celý svoj doterajší život.

Hned po maturite v r. 1942 nastúpila do sociálno-zdravotne orientovanej organizácie Charitas ako sociálno-zdravotná pracovníčka, ktorej zverili do starostlivosti v Bratislave mestskú časť pod Hradom. V tăkej a nezávidenia hodnej práci v tejto mestskej časti (patrila sem tzv. Židovňa, ulice s prevažne rómskym obyvateľstvom, ba i tzv. "uličky

Náš časopis sa podieľa na ďalšom vzdelávani sestier. Čo odporúčate na zlepšenie tejto činnosti?

Časopis Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík mal dobrý začiatok. Tešíme sa z toho a veríme, že bude v ňom aj pokračovať. Okrem doterajších témy by mal časopis venovať pozornosť aj privatizácii domácej ošetrovateľskej starostlivosti, právnym problémom sestier a manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti.



Ako si predstavujete spoluprácu s odbornými sekiami Slovenskej spoločnosti sestier, ktorá je zložkou Slovenskej lekárskej spoločnosti?

Spolupráca so Slovenskou spoločnosťou sestier sa rozvíja veľmi добре. S odbornými sekiami chcem spolupracovať na vypracovaní ošetrovateľských noriem a na nových projektoch v ošetrovateľstve.

Na záver nášho rozhovoru: čo by ste poradili našim čitateľom?

Ak dovolíte, chcem poprosiť čitateľov, aby mi boli nápomocní pri plnení uvedených priorit v odbore ošetrovateľstvo. Bez pomoci našich sestier a podpory sesterských organizácií to ľahko dosiahnem. Prostredníctvom časopisu Vás ako aj čitateľov prosím o aktivity vo forme písomných pripomienok. Prajem Vám veľa zdravia, osobnej pohody a pracovných úspechov.

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

lásky") vytrvala päť rokov, pričom vykázala pozoruhodné výsledky vo svojej činnosti, najmä v práci s osobitnými skupinami žien. Toto pôsobenie zanechalo významnú stopu v jej nazeraní na spoločenskú, sociálno-zdravotnú problematiku, no i na celý život vôleb. Po absolvovaní šestmesačného kurzu pre závodné sociálno-zdravotné pracovníčky nastúpila do vtedajšej Dynamitky v Bratislave. Od r. 1951 pracovala ako referentka na zdravotnom odbore vtedajšieho Ústredného národného výboru v Bratislave, kde mala na starosti zdravotnú výchovu. Po desaťročnom pôsobení nastúpila po súbehovom konaní na miesto zástupcu vedúceho Katedry starostlivosti o matku a dieťa v novovydanom Stredisku pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov, ktorého riadiťom sa stal MUDr. J. Mariányi, s ktorým tu spolupracovala 26 rokov. Stredisko (neskôr Ústav, potom Inštitút pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov, ktorého funkciu dnes vykonáva Inštitút pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v Bratislave) nebolo ničím vybavené a jeho budúcnosť spočíva na neuveriteľnom nadšení a entuziazme jeho kolektívu, ktorý z neho vytvoril za päť rokov inštitúciu s dobrým ohlasom i v zahraničí. Všetci pracovníci si museli doplniť a rozšíriť vedomosti, a preto aj juhilička získala doplnkovú maturitu s kvalifikáciou ženskej sestry a

ako jedna z prvých úspešne absolvovala pomaturitné špecializačné štúdium.

Z iniciatyvy MUDr. Mariányho sa podujala na plnenie významnej úlohy propagovať, založiť a realizovať aj neinštitucionálne vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v rámci vtedajšej Československej lekárskej spoločnosti J. E. Purkyňe a od r. 1969 v rámci Slovenskej lekárskej spoločnosti. Zaslúžila sa významou mierou o založenie prejve Sekcie stredných zdravotníckych pracovníkov pri Spolku lekárov v Bratislave, kde ju zvolili za prvú predsedníčku a za člena výboru Spolku lekárov v Bratislave. V krátkom čase sa jej spolu s ďalšími nadšencami podarilo založiť takéto sekcie aj pri ďalších Spoloch lekárov na Slovensku a napokon založiť Spoločnosť stredných zdravotníckych pracovníkov pri Slovenskej lekárskej spoločnosti, ktorej bola ako iniciátorka predsedkyňou po štyri volebné obdobia a dve funkčné obdobia predsedníčkou federálneho výboru Spoločnosti československých sestier. Nemožno nespomenúť pri tejto príležitosti jej významnú a plodnú spoluprácu s paní A. Chocholouškovou, najmä v snahe o prijatie Spoločnosti československých sestier do Svetovej rady sestier (ICN), čo sa napokon realizovalo na Svetovom zjazde ICN v Izraeli r. 1978. Spomenutá dlhorocná a záslužná práca jubilantky bola ocenená udelením bronzovej, striebornej a zlatej medaily Slovenskej lekárskej spoločnosti, titulom čestného predsedu Slovenskej spoločnosti sestier. Pri príležitosti jej životného jubilea udeliilo jej Predsedníctvo Slovenskej lekárskej spoločnosti 7. augusta 1996 čestné členstvo Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Popri svojej práci na úseku ďalšieho vzdelávania sestier sa jubilantka zaslúžila vo významnej miere o zvyšovanie ich odbornej erudicie na celom Slovensku. Dnes, takmer po 40 rokoch jej pôsobenia v ďalšom vzdelávaní, je ľahko zrátať počet školiacich akcii, prednášok, seminárov a iných školiacich podujatí, ktoré jubilantka organizovala, riadila, na ktorých prednášala a odovzdávala svoje dlhorocné skúsenosti a rozsiahle vedomosti frekventantom. Takisto je ľahko zrátať počet

cestier, ktoré si za jej výdatnej pomoci v Inštitúte i mimo neho zvýšili svoju kvalifikáciu (najmä pomaturitným špecializačným štúdiom) a rozšírili svoje odborné i riadiace vedomosti. Za túto obetavú prácu, ako aj za činnosť na ďalších úsecoch spoločenského života sa jej dostalo viaceré ocenení.

Jubilantka úspešne pôsobila aj publikačne, najmä rôznymi článkami, spoluautorstvom na viacerých publikáciach a prednáškami na odborných fóroch. Aj v súčasnosti pôsobí ako tajomníčka redakcie nášho časopisu, kde sa popri inom snaží čitateľom prinášať odborné informácie najmä zo zahraničia.

Pani Olga Ďuržová sa dožíva významného životného jubilea v dobrom zdraví, sviežosti, s pre ňu príslovečným pracovným elánom a tvorivou činnosťou. Svedčí o tom aj vykonávanie referentky Slovenskej lekárskej spoločnosti pre stredných zdravotníckych pracovníkov v Slovenskej lekárskej spoločnosti. Všetci, ktorí jubilantku poznáme, obdivujeme najmä jej ľudské prístupy v každej činnosti a za každých okolností, jej zásadovosť a čestnosť, neutichajúcu snahu pomáhať všade, kde treba, a najmä jej usilovnosť a húževnatosť pri každej práci. Je to takmer neuveriteľné, že dielo, ktoré vykonala, významne dotvorila aj založením svojej rodiny, vychovaním troch detí a prikladnou starostlivosťou o vnúčatá.

Jubilantku si ceni a s láskou na ňu spomína pri jej významnom životnom jubileu veľa ľudí na Slovensku, ale aj za jeho hranicami, a to nie len pre jej odbornú erudíciu, pracovné výsledky, ale aj pre jej ľudské vlastnosti a príkladný vzor pre správne chápanie podstaty života a zdravia a starostlivosť o tieto hodnoty. Kolektív redakcie nášho časopisu sa pripája k dlhému radu gratulantov so želaním dobrého zdravia a životnej a tvorivej pohody v nasledujúcich rokoch. K mnohým pocitám, ktorých sa jubilantke oprávnene dostalo, pripája skromné konštatovanie, že sa s úctou skláňa pred jej celoživotným dielom a vlastnosťami dobrého človeka.

Kolektív redakcie

Profily nositeľov stómie

Pani Rosane Duarte žije a pracuje vyše jeden a pol roka s aplikovaným koloplastom (stomická zdravotnícka pomôcka). Je pracovníčka firmy Coloplast, a. s., ktorá sídlí v Dánsku a vydáva medzinárodný časopis HELIOS, zameraný na organizáciu životného štýlu pacientov - užívateľov pomôcky Coloplast.

Rosane Duarte pracuje v úradovni firmy v Rio de Janiero. Jej oblasťou pôsobnosti je Latinská Amerika - Brazília, Argentína, Chile, Costa Rica, Venezuela, Mexico. V týchto krajinách organizuje propagáciu, predaj a distribúciu uvedených zdravotníckych pomôcok. Mnoho mesiacov v roku trávi na cestách. Zabezpečuje výuku sestier a pacientov v nemocničiach i domácom ošetroení. Aktívne prednáša, viedie seminá-

re, uskutočňuje demonštrácie výrobkov firm Coloplast, Comfeel, Conveen.

Pani Duarte žije aj kultúrne veľmi intenzívne: venuje sa klasickej hudbe, filmu, divadlu, poézii. Má rada starožitnosti. Chodi na dovolenky a veľa číta. Ako oblúbenú knihu označila dielo Milana Kunderu "Neznesiteľná ľahkosť byťia".

Helios, 2, 1995, č. 2, s. 10.

Prof. MUDr. E. Brixová, DrSc.

Správy zo SLS

Orientácia katolíckej verejnosti v otázkach homeopatie

V Bratislave sa dňa 25. júna 1996 uskutočnilo stretnutie vedeckých pracovníkov, odborníkov a teológov k téme: "Orientácia katolíckej verejnosti v otázkach homeopatie". Stretnutie organizovala Komisia konferencie biskupov Slovenska pre vedu, vzdelávanie a kultúru. Zúčastnili sa na ňom: MUDr. K. Bošmanský, DrSc., prof. MUDr. V. Zikmund, DrSc., prof. MUDr. T. Tmavec, DrSc., MUDr. T. Miššík, CSc., MUDr. L. Pásztor, MUDr. B. Brežný, Dr.Pharm. J. Dubajová, Dr.Pharm. Z. Šandriková, Dr.Pharm. V. Hrochová, MUDr. P. Javor, MUDr. M. Javorský, MUDr. V. Petróci, MUDr. J. Kraus, mons. F. Rábek, pomocný biskup a Ing. F. Baláž, tajomník komisie.

Účastníci konferencie urobili tento záver:

Problém homeopatie je problém medicínsky, a preto patrí do oblasti medicínskej diskusie. V mene viery nemožno k odborným veciam zaújímať stanoviská.

Pokiaľ ide o morálne stanovisko, vyžaduje sa od zástupcov homeopatie odborná spôsobilosť (homeopatiu nemôžu vykonávať laickí pracovníci).

V morálnej rovine sa prízvukuje to, čo hovorí konštitúcia Druhého vatínskeho koncilu (Gaudium et spes, 36): Lebo všetky veci, práve na kolko sú stvorené, majú svoju stálosť, pravdivosť a dobrotu, vlastné zákony a svoj poriadok: toto musí človek rešpektovať tým, že uznáva príslušné metódy jednotlivých náuk a technických odborov. Preto metodický výskum vo všetkých disciplinach, ak sa koná naozaj vedeckým spôsobom a v zhode s mravnými zásadami, sa nikdy nedostane do skutočného rozporu s vierou, keďže časté skutočnosti i danosti viery majú svoj pôvod v tom istom Bohu.

V tejto súvislosti Slovenská homeopatická spoločnosť prehlásila, že sú jej cudzie akékoľvek magické a okultné techniky, alebo ideologické aspekty typu New Age, vrátane reinkarnácie a gnostických bludov.

Kľúčovou osobnosťou pre človeka z hľadiska jeho zdravia je lekár s príslušnou odbornou kvalifikáciou, ktorý podľa svojich poznatkov, skúseností a svedomia rozhodne, čo je pre chorého najlepšie.

Ďalšie riešenie problematiky v otázkach homeopatie sa môže odohrávať na pôde odborných fór po zhodnotení výsledkov experimentálnych prác a vedeckých publikácií.

Príspevkový poriadok

Slovenskej spoločnosti sestier a Slovenskej spoločnosti technických odborov – organizačných zložiek Slovenskej lekárskej spoločnosti (SLS)

Článok I.

Zápisné a členský príspevok

- Uchádzač o členstvo v SLS je povinný zaplatiť stanovené zápisné a členský príspevok.
- Zápisné sa platí raz za ľubovoľný počet členstiev v organizačných zložkách SLS.
- Uchádzač o členstvo v SLS získava členskú prihlášku na Sekretariáte SLS, alebo v organizačnej zložke, prostredníctvom ktorej sa hlási za člena SLS.
- Po odhrávaní riadne vyplnejenej členskej prihlášky zašle Sekretariát SLS, alebo jej organizačnej zložke uchádzačovi o členstvo zloženku na zaplatenie zápisného a zloženku na zaplatenie členského príspevku.
- Členom SLS sa stane uchádzač v bežnom kalendárnom roku po zaplatení zápisného a prvého členského príspevku.
- V druhom a ďalších rokoch členstva je členský príspevok splatný do konca apríla bežného roka.
- Členstvo v SLS zaniká po jednom roku neplatenia členského príspevku.

Článok II.

Výška zápisného a základného členského príspevku individuálneho člena SLS

- Výška zápisného:
 - pre člena SLS s trvalým bydliskom v SR.....20,- Sk
 - pre člena SLS s trvalým bydliskom v ČR.....20,- Sk
 - pre člena SLS s trvalým bydliskom v ostatných krajinách (resp. v inej konvertibilnej mene).....5,- USD
- Výška základného členského príspevku:

a/ pre člena SLS s trvalým bydliskom v SR.....80,- Sk

b/ pre člena SLS s trvalým bydliskom v ČR.....80,- Sk

c/ pre členov SLS s trvalým bydliskom
v ostatných krajinách.....10,- USD

Základný členský príspevok oprávňuje člena SLS k členstvu v dvoch organizačných zložkách, alebo v jednej odbornej spoločnosti a v jednom príslušnom regionálnom spolku lekárov, alebo farmaceutov.

Za členstvo v každej ďalšej organizačnej zložke plati člen SLS

– s trvalým bydliskom v SR.....50,- Sk

– s trvalým bydliskom v ČR.....50,- Sk

– s trvalým bydliskom v ostatných krajinách sa výška členského poplatku nezvyšuje.

3. Zvýhodnenie pri platení členských príspevkov SLS.

Členovia SLS, ktorí bol udelený titul Čestný člen Čsl. lek. spoločnosti J. E. P. a Čestný člen SLS, neplatia členské príspevky.

Dôchodcovia, študenti a ženy na materskej dovolenke môžu platiť zvýhodnený členský príspevok vo výške 20,- Sk (Kč) len v prípade, ak o to požiadajú sami, alebo príslušná organizačná zložka, písomne Výbor SSS. Zvýhodnený členský príspevok ich oprávňuje k členstvu v dvoch organizačných zložkách.

4. Zápisné neplatia ti členovia, ktorí si obnovujú členstvo po jeho prerušení z akýchkoľvek dôvodov.

5. Forma platenia členských príspevkov:

a/ individuálne zloženkou SLS

b/ prostredníctvom pokladníka organizačnej zložky

c/ osobne v pokladni SLS

Článok III.

Dodatkové členské príspevky organizačných zložiek SLS

- Organizačné zložky môžu vybrať tzv. dodatkové členské príspevky.
- Výšku dodatkových členských príspevkov schvaľuje členská schôdza organizačnej zložky SLS.

- Organizačná zložka SLS je povinná informovať Sekretariát SLS o svojom rozhodnutí a výške dodatkového členského príspevku.
- Sekretariát SLS vydá organizačnej zložke na tento účel zloženky so špeciálnym variabilným symbolom, na ktorý sa bude dodatkové členské poukazovať.
- Sekretariát SLS poskytne na požiadanie organizačnej zložke zoznam členov, ktorí dodatkové členské zaplatili.

Medzinárodná Bálintova cena

Oddelenie výchovy v povolani Švajčiarskeho Červeného kríža sa obrátilo na Slovenskú lekársku spoločnosť so žiadosťou o poskytnutie informácií našim čitateľkám a čitateľom o udeleнии **Medzinárodnej Bálintovej ceny za práce v oblasti zdravotníckej a ošetrovateľskej starostlivosti**, o ktorú sa môžu uchádzať od r. 1997 sestry, pôrodné asistentky, technickí a terapeutickí pracovníci, ale nie lekári. Cena sa udefinuje už od r. 1990 vo výške 8000,- švajčiarskych frankov, ktoré venovali Foundation for Psychosomatic and Social Medicine (Nadácia pre psychosomatickú a sociálnu medicinu) v Ascone v Taliansku a Švajčiarsky Červený kríž. Má podporovať' starostlivosť zameranú na osobné vzťahy, ktorá sa zakladá na asconskom modeli Svetovej zdravotníckej organizácie, pričom vychádza z diela Michaela Bálinta, na počesť ktorého sa cena udeľuje. Podľa oznamenia Švajčiarskeho Červeného kríža musia zaslané práce spĺňať tieto podmienky: Zasláne práce, najviac na 20 stranach (30 riadkov na jednej strane, 60 znakov v jednom riadku) bude posudzovať porota podľa týchto kritérií:

- Predložená práca vypovedá o osobnej skúsenosti zo vzťahu k pacientovi alebo klientovi, jeho možný další vývoj, ako aj pracovné prostredie, v ktorom sa uskutočňuje (expozícia).
- Autor analyzuje situáciu z hľadiska správania sa svojho vlastného a pacientovo. Pri tejto analýze sa berú do úvahy osobné pocity, predstavy a dojmy, ktoré bývajú často potláčané (analýza, úvaha).

Založenie sekcie diabetologických sestier na Slovensku

Druhý Workshop diabetologických a diétnych sestier 21. júna 1996 sponzorovaný firmou NOVO - NORDISK prilákal do Trenčína 146 diabetologických a diétnych sestier z celého Slovenska. Ich prednášky sa týkali najmä problémov v edukácii. Najvýznamnejšou udalosťou tohto podujatia bolo založenie Sekcie diabetologických sestier Slovenskej spoločnosti sestier na Slovensku. *Hlavnou náplňou činnosti*, ktorá má dnes 76 členov, je:

- Zvyšiť úroveň edukácie, šíriť nové vedecké a odborné poznatky, prenášať ich do praxe.
- Vzájomné prepojenie diabetologických pracovísk aj na úrovni sestier.
- Spolupráca so sesterskými organizáciami podobného zamerania doma i v zahraničí.
- Popularizácia pojmu "edukácia" a opakované vzdelávanie edukantov.

Článok IV. Záverečné ustanovenia

- Člen SLS, ktorého členstvo zanikne v priebehu kalendárneho roka, nemá nárok na vrátenie členského príspevku, ani jeho pomernej časti.

- Autor opíše, čo sa naučil aké skúsenosti nadobudol. Ukáže, akým spôsobom začlenil svoje skúsenosti do každodennej praxe (závery, ziskaný pokrok).

Konečný termín dodania prác: 31. január 1997.
Práce treba zaslať trojmo, so sprievodným listom, v ktorom sa uvedie krátká charakteristika odborného zaradenia uchádzača. Práce môžu byť v jazyku: nemeckom, francúzskom, talianskom alebo anglickom.

Zaslať ich treba na adresu:

Swiss Red Cross
Department of Vocational Education
Pro Balint
Werkstrasse 18
CH-3084 Wabern

Ceny budú odovzdávané 12. apríla 1997 v Ascone, Centro Monte Verita, pri príležitosti 30. Medzinárodnej konferencie na tému "Psychosomatický pacient". Konferenciu (pod záštitou Rady Európy) bude viesť prof. Dr. Dr. h. c. Boris Luban-Plozza.

- Spolupráca s inými odbornými spoločnosťami.
- Zabezpečiť a hrať podľa možnosti služobné cesty diabetologickej sestrám do zahraničia do diabetologických centier za účelom získania nových poznatkov. Na finančnú podporu našich akcií chceme získať ako sponzorov veľké firmy produkujúce lieky a ďalšie potrebné pomôcky pre diabetikov.

R. Šeilingarová
predsedníčka výboru Sekcie
diabetologických sestier

Gazdovský rad č. 20,
931 01 Šamorín

Správy z IVZ

Absolventi špecializačného štúdia stredných zdravotníckych pracovníkov za I. polrok 1996

ŠŠ v primárnej zdravotníckej starostlivosti

Číslo školiacej akcie 79

Janette Blažoňová, Bratislava, Anna Edlingerová, Bratislava, Dana Hulinková, Nové Mesto nad Váhom, Zuzana Kapinová, Ružomberok, Henrieta Lipovská, Bratislava, Eva Pálešová, Turčianske Teplice, Jana Pavlíková, Bratislava, Zuzana Repantová, Nové Mesto nad Váhom, Jarmila Štetinová, Gbely, Andrea Žabková, Bratislava.

ŠŠ v primárnej zdravotníckej starostlivosti v pediatrii

Číslo školiacej akcie 110

Monika Benejová, Humenné, Marta Copiková, Snina, Mária Didíková, Snina, Kvetoslava Jašová, Trebišov, Edita Kásznárová, Bratislava, Kamila Kováčová, Bratislava, Denisa Kováriková, Malacky, Alicia Matišková, Bratislava, Agnesa Omanová, Bratislava, Erika Šabová, Šaľa, Božena Šunálková, Bratislava, Júlia Vašková, Spišská Nová Ves, Mária Volochová, Humenné.

ŠŠ v primárnej zdravotníckej starostlivosti

Číslo školiacej akcie 81

Mária Barassová, Košice, Alena Berešová, Michalovce, Darina Izopová, Turčianske Teplice, Oľga Kadlecová, Košice, Eva Kopáčiková, Ružomberok, Lena Koščáková, Trebišov, Jarmila Majeríková, Púchov, Magdaléna Marušíková, Púchov, Elena Ordošová, Košice-Šaca, Mária Fuliková, Prešov, Marta Rajštaterová, Poprad.

PŠŠ ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v interných odboroch diaľková forma

Číslo školiacej akcie 9

Elena Bahurinská, Bojnice, Júlia Balážová, Piešťany, Dagmar Balúchová, Kvetnica, Renáta Čmorejová, Krompachy, Andrea Foglová, Bratislava, Iveta Galíková, Krupina, Katarína Grancová, Bratislava, Jana Grellnethová, Bratislava, Mária Grožajová, Bratislava, Alžbeta Hamindajová, Kráľovský Chlmec, Mária Kardošová, Rimavská Sobota, Olína Kukanová, Zvolen, Marta Lichvanová, Humenné, Anna Micolová, Vranov nad Topľou, Svetlana Morvayová, Bratislava, Jarmila Mrázová, Malacky, Mária Murková, Svidník, Ingrid Orechovská, Košice, Beata Sajtlerová, Piešťany, Anna Smardová, Vyšné Ružbachy, Alžbeta Tothová, Železovce, Jarmila Trošková, Kráľovský Chlmec, Jarmila Záhumenská, Smrdáky.

PŠŠ – Ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v interných odboroch, externá forma

Číslo školiacej akcie 11

Jana Adamkovičová, Bratislava, Marcela Bačkayová, Prešov, Daniela Balážiková, Piešťany, Nora Baloghová, Nové Zámky, Margita Gažíková, Piešťany, Alena Golitková, Spišská Nová Ves, Božena Hilovská, Košice-Šaca, Jana Jambrichová, Galanta, Anna Jochmanová, Košice, Silvia Jursová, Topoľčany, Anna Kavalcová, Považská Bystrica, Renáta Korintusová, Rožňava, Julianá Kovacsová, Dunajská Streda, Eva Lapošová, Žilina, Vlasta Ležovičová, Bratislava, Katarína Mickyová, Revúca, Anna Nevlážilová, Kemarok, Mária Facindová, Levoča, Valéria Palčíková, Košice, Anna Pisanská, Svidník, Lubica Pisová, Žiar nad Hronom, Margita Porubčanská, Žilina, Renáta Suchá, Poprad, Edita Trtilková, Martin, Jana Uličná, Krompachy, Mária Vinterová, Košice-Šaca, Anna Vráblová, Považská Bystrica, Anna Zabolová, Trebišov, Darina Zbeliová, Vyšné Hágyné.

PŠŠ intenzívna starostlivosť v interných odboroch

Číslo školiacej akcie 12

Alica Bartalová, Dunajská Streda, Ingrid Detková, Žiar nad Hronom, Anna Ferčáková, Trebišov, Anna Gergeliová, Skalica, Agneša Hamra-

nová, Banská Bystrica, Margita Hanisková, Levoča, Ľubomír Horný, Vranov nad Topľou, Anna Jakabová, Myjava, Antónia Klímová, Bratislava, Alžbeta Matalová, Rimavská Sobota, Milena Ondrašková, Nové Mesto nad Váhom, Beáta Palsová, Bardejov, Helena Pučeková, Ilava, Gabriela Puterová, Bratislava, Mária Šabová, Trnava, Andrea Šimková, Žilina, Anastázia Sliacka, Nová Baňa, Štefánia Vaculková, Myjava, Ľudmila Vangorová, Košice, Bibiana Zachejová, Liptovský Mikuláš.

ŠŠ v gastroenterologickej endoskopii a bronchoskopii

Číslo školiacej akcie 14

Erika Áčová, Piešťany, Katarína Brveníková, Ružomberok, Jana Gallová, Vyšné Hágyné, Anna Guldanová, Trenčín, Miroslava Hambacherová, Krupina, Mária Hvastová, Zvolen, Timea Iškiová, Kráľovský Chlmec, Ildikó Kocsisová, Šaľa, Zuzana Kristiánová, Žiar nad Hronom, Dana Macejková, Bratislava, Albína Mlynáriková, Liptovský Mikuláš, Mária Ranusová, Trnava, Mária Soboňová, Ružomberok, Alžbeta Somogyiová, Podunajské Biskupice, Anna Spidusová, Martin, Jana Straková, Trebišov, Iveta Viselková, Bánovce nad Bebravou.

ŠŠ vo funkčnom vyšetrení kardiorespiračného ústrojenstva

Číslo školiacej akcie 314

Alena Antasová, Poprad, Miriam Bušová, Bratislava, Dagmar Cigáneková, Bratislava, Anna Cirkesová, Humenné, Hajnalka Feketeviziová, Podunajské Biskupice, Mária Gemzová, Vyšné Hágyné, Augustína Kosťová, Bratislava, Ľudmila Kováčová, Štrbské Pleso, Nadežda Michaláková, Bratislava.

ŠŠ klinická imunológia a alergológia

Číslo školiacej akcie 32

Marta Husáková, Kežmarok, Mária Simonová, Liptovský Mikuláš.

PŠŠ laboratórne metódy v lekárskej imunológii

Číslo školiacej akcie 169

Vlasta Chytilková, Martin, Beáta Holíková, Nitra, Libuša Rudyová, Snina.

PŠŠ hematológia a transfúziológia, externá forma

Číslo školiacej akcie 195

Mária Ivanicová, Banská Bystrica, Melánia Kaníková, Trstená, Mária Kaščáková, Vranov nad Topľou, Eva Liptáková, Rožňava, Valéria Masterová, Bardejov, Monika Olexová, Vranov nad Topľou, Jana Prekopová, Nitra, Monika Racková, Považská Bystrica, Viera Šoltýsová, Bardejov, Ivana Šprincová, Partizánske, Andrea Trečiaková, Košice, Mária Žilková, Žilina.

PŠŠ nuklearná medicína, externá forma

Číslo školiacej akcie 96

Helena Jurkovičová, Bratislava, Eva Krawczyková, Bratislava, Gabriela Kubinová, Košice, Blažena Puterová, Bratislava, Miroslava Rawinská, Bratislava, Vladislav Sopko, Michalovce, Mária Tekelyová, Poprad.

ŠŠ v liečebnej výžive a stravovaní

Číslo školiacej akcie 310

Milota Alakszová, Nové Zámky, Lubica Dúbravcová, Liptovský Ján, Lubica Gondová, Spišská Nová Ves, Mária Gonosová, Trebišov, Dana Kobzová, Nitrianske Pravno, Mária Kosíková, Topoľčany, Lubica Krydlová, Medzilaborce, Mária Manková, Rožňava, Katarína Mederiová, Spišská Nová Ves, Anna Mizeráková, Košice, Jana Pagáčová, Šaľa, Jozefina Papanová, Žilina, Viera Rajtíková, Dunajská Streda, Katarína Sochová, Novotná, Mária Šurinová, Snina, Jozefina Tichá, Bratislava, Anna Uškrťová, Nová Baňa, Erika Začoková, Podunajské Biskupice.

PŠS ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v chirurgii, diaľková forma

Číslo školiacej akcie 99

Margita Agostonová, Bratislava, Margita Bogarová, Bratislava, Ivana Bracová, Bratislava, Jana Brasová, Bratislava, Ivana Chovanová, Košice, Tatiana Drugačová, Liptovský Mikuláš, Elena Helesová, Banská Bystrica, Eva Hudaková, Michalovce, Mária Ihringová, Žiar nad Hronom, Helena Javilaková, Bratislava, Anton Kapel, Košice–Šaca, Zdenka Kohoutková, Poprad, Jaroslava Ksenicová, Svidník, Helena Kyselová, Dolný Kubín, Jana Lukáčová, Bratislava, Monika metesová, Banská Bystrica, Mária Muránska, Levoča, Mária Šimková, Trebišov, Mária Slivová, Trenčín, Jana Španková, Liptovský Mikuláš, Anastázia Toporcerová, Poprad, Helena Volentierová, Nová Baňa, Jana Zdiachovská, Bratislava, Viera Žiaková, Zvolen, Olga Žídeková, Kežmarok.

PŠS ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v chirurgických odboroch, externá forma

Číslo školiacej akcie 101

L'ubomíra Babinská, Martin, Jarmila Bačíková, Svidník, Ľudmila Balážová, Michalovce, Lenka Čižmárová, Považská Bystrica, Zuzana Danczaková, Košice, Eva Danizíková, Považská Bystrica, Matilda Dropová, Poprad, Lena Durovčová, Považská Bystrica, Anna Fabianová, Levice, Marta Fabová, Trenčín, Viera Gallyová, Kežmarok, Viera Horváthová, Košice, Anna Korfantová, Krompachy, Janka Lasová, Čadca, Zuzana Mrázová, Topoľčany, Olga Pavliková, Košice, Tatiana Pobežalová, Trenčín, Anna Repiská, Košice, Danka Rišková, Čadca, Alena Rišková, Myjava, Marcela Rudzanová, Nová Baňa, Anna Scuryová, Čadca, Andrea Šimková, Banská Bystrica, Margita Šipošová, Košice, Iveta Šticzayová, Banská Bystrica, Tatiana Tomanová, Svidník, Veronika Vadkertiová, Nové Zámky, Slávka Žoldošová, Košice.

PŠS intenzívna starostlivosť v chirurgii

Číslo školiacej akcie 102

Silvia Adamčiaková, Ružomberok, Jana Benskovská, Trnava, Mária Bodnárová, Stará Ľubovňa, Helena Bračková, Zvolen, Katarína Čandriková, Čadca, Alena Ďurčíková, Banská Bystrica, Alena Frolová, Čadca, Mária Harakalová, Snina, Marcela Harbuláková, Michalovce, Alena Hrinková, Košice, Viera Janská, Galanta, Terézia Kozáková, Čadca, Katarína Kvoriaková, Brezno, Milada Mikulová, Čadca, Margita Sekerová, Trnava, Jana Slavkovská, Banská Bystrica, Ľubica Slavkovská, Poprad, Gabriela Šrameková, Trstená, Eva Tiščanová, Banská Bystrica.

PŠS ošetrovateľská starostlivosť o ženu, externá forma

Číslo školiacej akcie 132

Beata Beckeiová, Veľký Krtíš, Elena Černáková, Brezno, Eva Gajdošová, Levoča, Gabriela Hanková, Topoľčany, Tatiana Hicová, Svidník, Ľubomíra Hrixová, Žiar nad Hronom, Terézia Hubáčová, Železovce, Eva Kadrabová, Bratislava, Drahoslava Košíčiarová, Brezno, Mária Laurinčíková, Ilava, Cecília Ledváková, Prešov, Jolana Makovičová, Levice, Valéria Martonová, Prešov, Jana Mičáková, Levoča, Martina Mosná, Partizánske, Gizela Mužlaiová, Železovce, Veronika Najdeková, Považská Bystrica, Anna Ondičová, Snina, Ildikó Pirošková, Šaľa, Jana Reisová, Bánovce nad Bebravou, Mária Reváková, Považská Bystrica, Mária Škubanová, Prešov, Zuzana Škvareninová, Bánovce nad Bebravou, Ľubomíra Matoláková, Prešov, Mária Tomcučíková, Prešov, Vera Trokanová, Ilava, Jana Vašková, Svidník, Valéria Weiszová, Revúca, Ľubica Zajacová, Žilina.

PŠS ošetrovateľská starostlivosť o ženu, diaľková forma

Číslo školiacej akcie 130

Eva Balogová, Trebišov, Viera Begalová, Vranov nad Topľou, Anna Briestenská, Levice, Anna Cypričová, Čadca, Martina Dideková, Bratislava, Mária Dobrotková, Žiar nad Hronom, Andrea Fabianová, Spišská Nová Ves, Steriana Golová, Trebišov, Monika Handžáková, Krompachy, Anna Kolaciaková, Poprad, Mária Kolačkovská, Poprad, Helena Korbová, Prešov, Erika Kotlárová, Bratislava, Mária Krempaská, Kežmarok, Emilia Lieskovská, Považská Bystrica, Elena Lysíková, Trstená, Eva Michalusová, Košice, Erika Pirová, Bratislava, Anna

Sarazová, Šaľa, Marta Šipošová, Košice, Ružena Suchanská, Veľký Krtíš, Brigita Vargová, Bratislava.

PŠS ošetrovateľská starostlivosť o deti

Číslo školiacej akcie 323

Jana Balážová, Žilina, Marta Bátorová, Krompachy, Jana Bodiková, Bardejov, Eva Deáková, Košice, Emília Dzurenová, Košice, Monika Glovická, Kráľovský Chlmec, Erika Jalaová, Šahy, Emília Juhásová, Košice, Olga Jurašiková, Revúca, Magdaléna Kmecová, Košice, Dáša Kočišová, Krompachy, Kamila Kováčová, Bratislava, Ingrid Kuníková, Trenčín, Valéria Liptáková, Hnúšta, Ingrid Múčková, Bratislava, Viera Nižníková, Košice, Anna Ondrišiková, Považská Bystrica, Marta Oslejová, Myjava, Viera Palčáková, Trebišov, Katarína Pohoreliová, Bratislava, Iveta Sareková, Košice, Marcela Semanová, Košice, Iveta Sýkorová, Spišská Nová Ves, Ela Vidomanová, Trenčín, Mária Zulkovičová, Vranov nad Topľou.

Overovanie vedomostí detských sestier v primárnej zdravotníckej starostlivilosti

Číslo školiacej akcie 110

Monika Benejová, Humenné, Marta Copiková, Snina, Mária Didíková, Snina, Kvetoslava Jasová, Trebišov, Edita Kasznarová, Bratislava, Kamila Kováčová, Bratislava, Denisa KOvaríková, Malacky, Alícia Martišková, Bratislava, Agneša Omanová, Bratislava, Erika Sabová, Šaľa, Božena Šunalová, Bratislava, Júlia Vašková, Spišská Nová Ves, Mária Volochová, Humenné.

PŠS anestéziológia a resuscitácia

Číslo školiacej akcie 51

Katarína Andrisová, Nové Zámky, Vlasta Beňová, Skalica, Klára Bihercová, Galanta, Eva Bogáčová, Bratislava, Emília Bursová, Bratislava, Jana Homolová, Zlaté Moravce, Iveta Ježíková, Trenčín, Miroslav Klačan, Bratislava, Jana Koleničová, Bratislava, Gabriela Kollariková, Železovce, Katarína Konečná, Trenčín, Anna Kopalová, Partizánske, Eva Kováčová, Trenčianske Teplice, Margita Kováčová, Bratislava, Dana Landlová, Bratislava, Eva Marešová, Skalica, Patrícia Miklasová, Bratislava, Magdaléna Orešanská, Trnava, Eva Peková, Bratislava, Eva Petrová, Trenčín, Zdenka Popracová, Levice, Alena Rydziová, Trenčianske Teplice, Alena Sádovská, Nitra, Ľubica Schifferová, Šaľa, Lenka Sekelová, Myjava, Alena Špirková, Bratislava, Zuzana Števičová, Partizánske, Miloš Tokár, Levice, Zuzana Turanová, Nové Zámky, Viera Wizmullerová, Bratislava.

PŠS anestéziológia a resuscitácia

Číslo školiacej akcie 54

Zuzana Babicová, Kežmarok, Silvia Direrová, Zvolen, Katarína Hliničanová, Liptovský Mikuláš, Zdena Jachymovičová, Hnúšta, Ľuboslava Jurgošová, Považská Bystrica, Lenka Koleníková, Ilava, Mária Lehocká, Zvolen, Mariana Lygačová, Čadca, Zuzana Masliková, Ružomberok, Iveta Mistiková, Žiar nad Hronom, Margita Mistriková, Považská Bystrica, Soňa Oňová, Kežmarok, Mária Prievozníková, Čadca, Judita Renčíková, Rožňava, Iveta Slizová, Zvolen, Viera Trošková, Ilava, Slávka Uličná, Liptovský Mikuláš.

PŠS anestéziológia a resuscitácia

Číslo školiacej akcie 57

Marcela Adamčíková, Prešov, Ružena Babinčová, Michalovce, Eva Balogová, Michalovce, Daniela Bandžáková, Košice, Miroslava Bednárová, Vranov nad Topľou, Jarmila Bodnárová, Košice, Renáta Borovská, Poprad, Margita Černická, Prešov, Ľudmila Chmeliarová, Stará Ľubovňa, Mária Collaková, Svidník, Božena Czintelová, Rožňava, Zuzana Krasnecová, Košice, Eleonóra Macková, Prešov, Anna Makovníková, Trstená, Eva Marcinková, Humenné, Ľubomíra Matoláková, Stará Ľubovňa, Mária Miškovičová, Revúca, Anna Ondrová, Levoča, Eva Pigová, Košice–Šaca, Eva Potočníková, Trebišov, Helena Pribyľová, Prešov, Daniela Rybárová, Prešov, Františka Sabolová, Prešov, Tatiana Stajancová, Prešov, Mária Štefanová, Vranov nad Topľou, Jana Tomková, Košice, Ľubica Trellová, Trebišov, Terézia Zembovičová, Poprad, Melánia Zondová, Spišská Nová Ves.

ŠŠ v klinickej neurofiziologii a neuroelektrodiagnostike

Číslo školiacej akcie 258

Magdaléna Fekiačová, Rimavská Sobota, Ivana Foldešová, Bratislava, Terézia Jureková, Košice, Mária Kaceríková, Žilina, Mária Kubová, Bratislava, Mária Mravcová, Ružomberok, Adriana Polakovičová, Bratislava, Eva Sejkaničová, Košice, Marta Selezanová, Košice, Marta Slivošová, Poprad, Marta Steinerová, Spišská Nová Ves, Emilia Szucsová, Trebišov, Mária Tamasová, Bratislava.

PŠŠ klinická biochémia, diaľková forma

Číslo školiacej akcie 176

Ingrid Bajová, Prešov, Marta Belejová, Vranov nad Topľou, Jana Brezováková, Bratislava, Jana Chovanová, Hnúšťa, Matilda Czereová, Galanta, Katarína Dudová, Bratislava, Mária Gaborčíková, Kežmarok, Monika Hamlíková, Hnúšťa, Daniela Hasprává, Ružomberok, Anna Jacisková, Vranov nad Topľou, Jana Jakubovová, Humenné, Dana Kittnerová, Bratislava, Božena Maníková, Kežmarok, Mária Paraková, Bratislava, Ľudmila Pavlovová, Michalovce, Lucia Rajnicová, Bratislava, Mária Ranová, Malacky, Mária Reháková, Dolný Kubín, Mária Sanigová, Trstená, Eva Scigulinská, Stará Ľubovňa, Ľubica Sedlíková, Bratislava, Alena Slobodová, Čadca, Eva Stašová, Spišská Nová Ves, Henrieta Suchová, Bratislava, Adela Svedová, Prešov, Magdaléna Trebunáková, Košice.

PŠŠ klinická biochémia, externá forma

Číslo školiacej akcie 183

Erika Gaalová, Dunajská Streda, Ľubomíra Hosmanová, Považská Bystrica, Alena Kovalová, Michalovce, Mária Meszárošová, Komárno, Alžbeta Rošková, Nové Zámky, Beáta Slimáková, Banská Bystrica, Zuzana Sokolová, Martin, Anna Trnovská, Ružomberok, Daniela Turonová, Nitra-Zobor, Jana Vantuchová, Košice.

PŠŠ rádiodiagnostika

Číslo školiacej akcie 213

Erika Ambrožová, Poprad, Milan Bakši, Košice, Anna Bodová, Bratislava, Jolana Csontooová, Železovce, Jana Gáborová, Snina, Mária Horváthová, Bratislava, Pavel Jenča, Prešov, Mária Kiss-Bodnárová, Košice, Iveta Koleničová, Trnava, Viera Kováčiková, Dolný Kubín, Mária Machanová, Bratislava, Marta Mašicová, Vranov nad Topľou, Juraj Mikuš, Bratislava, Mária Paceková, Banská Bystrica, Viera Šimová, Košice, Ján Stanovský, Bratislava, Anna Valušková, Nitra, Miroslava Vojtková, Myjava.

PŠŠ rádiodiagnostika, externá forma

Číslo školiacej akcie 215

Mária Altpeterová, Nitra, Marián Banský, Banská Bystrica, Tatiana Čehulová, Kežmarok, Zsolt Csaky, Banská Bystrica, Drahomíra Eicherová, Nitra, Margita Koharyová, Bojnice, Adrián Kosa, Martin, Tibor Kuba, Žilina, František Miskuf, Prešov, Alena Nečasová, Skalica, Jozef Nemček, Bojnice, Tatiana Nergesová, Trebišov, Ivona Repová, Sered, Marián Rosa, Spišská Nová Ves, Mária Sabová, Zlaté Moravce, Zuzana Šimonová, Zlaté Moravce, Martin Sládek, Trenčín, Jozef Záleha, Prešov.

ŠŠ pre zdravotné sestry na špeciálne metodiky na RTG oddelení

Číslo školiacej akcie 217

Mária Berezná, Svidník, Dorota Bolhová, Rimavská Sobota, Mária Cupáková, Nitra, Mária Golmicová, Michalovce, Valéria Hicová, Michalovce, Viera Hollósiová, Nitra, Eva Huppertová, Košice, Anna Kubusová, Levoča, Anna Letabayová, Prievidza, Janka Melušová, Prievidza, Margita Thuroczyová, Košice, Alica Trencsiková, Komárno.

PŠŠ zdravotná výchova obyvateľstva

Číslo školiacej akcie 320

Zuzana Bokorová, Rimavská Sobota, Helena Goblová, Košice, Viera Ivanová, Michalovce, Anna Petrovová, Prešov.

PŠŠ preventívne pracovné lekárstvo

Číslo školiacej akcie 252

Emilia Halabrínová, Senica, Vladislav Ondris, Topoľčany, Mária Petrasovitsová, Košice, Eva Plítková, Košice, Miroslava Polačeková, Galanta, Adriana Takáčová, Košice.

PŠŠ hygienický dozor

Číslo školiacej akcie 253

Vladimír Gavalier, Poprad, Monika Nuotová, Levice, Adriana Semráková, Košice.

PŠŠ hygiena životného prostredia

Číslo školiacej akcie 250

Helena Boleková, Zvolen, Dana Hegedusová, Levice, Henrieta Humeníková, Košice, Mária Szoradová, Nitra, Csilla Trusková, Košice, Darina Turanská, Senica.

PŠŠ hygiena detí a mládeže

Číslo školiacej akcie 251

Elena Soboňová, Galanta.

PŠŠ hygiena výživy

Číslo školiacej akcie 248

Júlia Danišová, Topoľčany, Jarmila Kunčáková, Nové Zámky, Dagmar Olosová, Martin, Katarína Rajiová, Galanta, Janka Sajdáková, Martin, renáta Šajgalíková, Martin, Anna Salajková, Senica, Darina Samková, Veľký Krtiš, Beáta Szombathová, Dunajská Streda.

PŠŠ hygiena práce

Číslo školiacej akcie 327

Jana Ďuročíková, Michalovce, Jozef Kardoš, Považská Bystrica, Daniela Spurová, Liptovský Mikuláš.

PŠŠ laboratórne vyšetrovacie metódy v hygiene, diaľková forma

Číslo školiacej akcie 326

Anežka Balcerčíková, Dolný Kubín, Svetlana Drahošová, Bratislava, Nataša Hnátočková, Svidník, Beáta Ivaničová, Nové Zámky, Helena Kilbergerová, Dunajská Streda, Miriam Kostová, Vranov nad Topľou, Anna Kostová, Svidník, Mária Kristľová, poprad, Mária Kriváneková, Prievidza, Helena Kroková, Bardejov, Zdena Merschitzová, Bratislava, Jana Mikleová, Bratislava, Viola Pálfyová, Dunajská Streda, Emília Pasiríčková, Stará Ľubovňa, Katarína Petrínová, Topoľčany, Martina Stanočová, Trnava, Jana Surgentová, Svidník.

PŠŠ laboratórne metódy v hygiene, externá forma

Číslo školiacej akcie 171

Viera Brenišinová, Svidník, Eva Chrienová, Banská Bystrica, Anna Chromeková, Banská Bystrica, Mária Fodorová, Banská Bystrica, Valéria Hamová, Levice, Kamila Handzíková, Stará Ľubovňa, Anna Joneková, Vranov nad Topľou, Ľubomíra Kuncová, Vranov nad Topľou, Kamila Kušnieríková, Zvolen, Alžbeta Odľgová, Zvolen, Erika Varechová, Veľký Krtiš, Erika Zaharová, Rimavská Sobota.

PŠŠ centrálna sterilizácia

Číslo školiacej akcie 254

Mária Chmelíková, Považská Bystrica, Alena Cvachová, Žilina, Silvia Juščáková, Košice, Peter Molnár, Komárno, Alžbeta Pančáková, Svidník.

PŠŠ mikrobiológia, externá forma

Číslo školiacej akcie 164

Sonja Hajsáková, Košice, Mária Makranská, Košice.

PŠŠ mikrobiológia, diaľková forma

Číslo školiacej akcie 162

Judit Baková, Galanta, Andrea Fulopová, Podunajské Biskupice, Hilda Gyongyosiová, Rožňava, Eva Hlacová, Vranov nad Topľou, Jana Hricová, Žiar nad Hronom, Eva Kotrbová, Galanta, Zuzana Kráľovičová, Bratislava, Janka Lecáková, Košice, Ján Marušin, Svidník, Marta Masaryková, Bratislava, Mária Michalčíková, Trebišov, Katarína Pasuchová, Bratislava, Iveta Pavliková, Poprad, Richard Pobjecký, Po-

dunajské Biskupice, Erika Poláková, Žilina, Renáta Poláková, Košice, Adriana Višňovská, Vranov nad Topľou.

PŠŠ epidemiológia

Číslo školiacej akcie 249

Zita Salgoová, Komárno, Karin Závorská, Michalovce.

PŠŠ lekárenstvo

Číslo školiacej akcie 227

Edita Chovanová, Liptovský Hrádok, Viera Dandárová, Trebišov, Monika Juríková, Nové Zámky, Jana Pašková, Košice, Jana Profantová, Liptovský Hrádok, Zita Remiášová, Košice, Božena Slabejová, Košice, Zuzana Vosková, Levoča.

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

PŠŠ technológia prípravy liekov

Číslo školiacej akcie 342

Jana Domoradská, Modra, Jroslava Ďuricová, Zvolen, Bernarda Hupková, Pezinok, Alena Jakubovská, Piešťany, Ildikó Leiszterová, Dunajská Streda, Mária Monsbergerová, Modra, Gabriela Rusková, Želiezovce, Marta Tkáčová, Bratislava, Daniela Volekárová, Bratislava.

PŠŠ medicínska informatika

Číslo školiacej akcie 319

Dagmar Bachová, Martin, Valéria Bodorová, Bratislava, Helena Detariová, Bratislava, Ivana Havrilová, Košice, Mária Lužová, Bratislava, Eva Szanyová, Nové Zámky, Mária Vlčáková, Spišská Nová Ves.

Zásady zaobchádzania s klientmi v každodennej práci

Zvyšovaním úrovne zdravotníckej starostlivosti sa zlepšuje aj efekt v prospech klienta využívajúceho kvalitné zdravotnícke služby. Komplexné zabezpečenie ošetrovateľskej a ekonomickej spokojnosti klientov vyžaduje vzájomnú spoluprácu. V rámci komunikácie medzi zariadením a klientom je potrebné dozvedieť sa čo najviac o zdravotnom, ale aj o duševnom stave. Prvý kontakt musí navodiť ovzdušie dôvery. Zaujímajú nás šudské potreby, aktivita a posteje k novej zmenenej prostredia, zmene zdravotného stavu, perspektíve a sebaúcte. Musíme navodiť pocit istoty, ale aj slobody a správneho rozhodnutia. Okolity sú pôsobi na zmyslové orgány nášho klienta. Všímame si jeho pocity, vnemy a inteligenciu.

Väčšina starých ľudí žije doma v rodinách, čo je najfyziologickejšie, lebo rodina je pre neho nenahraditeľnou psychologickou, ekonomickejou a sociálnej oporou. Osobnosť človeka mení zdravie, vek, duševné a sociálne premeny. S vekovými premenami musíme počítať a umožniť "starému" človeku normálny život a vytvoriť prostredie, ktoré by pozitívne ovplyvňovalo jeho zdravie a zachovalo jeho sociálnu aktivitu a samostanost. Najviac si všímame genetické vlastnosti. Na tieto otázky je vhodné získať odpoveď pri nástupe do zariadenia, alebo v priebehu štyroch týždňov. Nepôsobiť to tak šokujúco na klienta a zároveň sa vytvárajú vzťahy medzi klientom a ošetrovateľským tímom.

Dotazník sa stane aj pri nepredvidaných situáciach v prípade, že zlyhá pamäť. Dá sa vhodne použiť pri nadvádzovaní príbuzenských vzťahov (ktoré boli zrušené) a hľadaní spoločných záujmov medzi klientmi, vytváraní atmosféry uvoľnenia a tvorbe vzájomného intímneho vzťahu. Nesmieme však porušiť pravidlá vzájomného rešpektovania sa. Ďalšie záznamy sa robia v rámci zmeny zdravotného stavu a aktívnej činnosti v kolektívnych záznamoch.

Našou snahou je zlepšiť starým ľuďom kvalitu ich života, zabezpečiť ekonomickú a sociálnu istotu ako aj nerušené a spokojné starnutie i starobu až do vysokého veku. K tomu slúži vstupná dokumentácia:

1. Meno a priezvisko:
2. Rodinný stav:
3. Bydlisko:
4. Počet detí:
5. Zamestnanie:
6. Spôsob bývania (vlastný dom a príslušenstvo, bytovka, samostatná izba):
7. Spolubyvajúci (príbuzenský vzťah):
8. Najbližší príbuzný, bydlisko:
9. Spôsob a frekvencia stykov: 10. Blízka osoba:
11. Manželský život (spokojnosť, nezdar):
12. Sluch:
13. Zrak:
14. Telesná aktivita:
15. Najobľúbenejšia práca:
16. Záujmová činnosť (terajšia):
17. Spôsob vykonávania osobných potrieb:
18. Systém vykonávania bežnej obsluhy (za akej pomoci):
19. Oblúbené jedlo, nápoj (chut do jedla):
20. Zložky (fajčenie, alkohol, prejedanie sa a pod.):
21. Frekvencia návštěv u lekára:
22. Známe choroby:

Do redakcie došlo:

11. júna 1996

Adresa autorky:

M. Koščáková
Domov dôchodcov
Námestie A. Dubčeka
072 22 Strázske

Školské okienko

Prvé vo Východoslovenskom regióne

"...Zdravotníci pracovníci by nemali byť podrobovaní iba skúškam z medicínskych predmetov, ale aj z lásky k človeku, z trpežlivosti a nezíšťnosti..."

Citát – vyslovená veta, ktorá dáva určitý zmysel v určitých okamih. Preto sme uviedli jeden na začiatok nášho príspevku. Tento citát je plný pravdy a príani, ktoré pramenia z nášho života. Žiada od sestry lásku, trpežlivosť, nezíšťnosť a ešte veľa nevypovedaného.

Niekto z vás ho len prečítajú a ostanú bez názoru, niekto z vás sa pousemje nad vraj "naivou" práve prečítaného, ale dúfame, že sú aj takí, čo sa nad zmyslom pozastavia. A práve to bolo naším cieľom. Zamyslieť sa nad sestrou. Čo všetko musí vedieť, aby bola dobrou, erudovanou, láskavou, svedomitou, chápajúcou, plnou porozumenia, vždy pripravenou a pritom ostala ešte aj sama sebou. Príliš veľa prívlastkov na jedného človeka – na jednu sestru. Preto je potrebné veľké úsilie, aby ste sa to všetko naučili. Ale to všetko vás vie naučiť škola. Konkrétnie Stredná zdravotnícka škola v Rožňave – odbor "Všeobecná diplomovaná sestra" v 3-semesterálnom diaľkovom štúdiu. Či naozaj, to nám ukáže prax.

Dňa 8. marca 1996 slávnostne odovzdali diplomy prvým absolventkám tohto štúdia vo Východoslovenskom regióne – 31 zdravotníckym sestrám, pracujúcim na rôznych úsekokach NsP Svätej Barbory v Rožňave, úspešne ukončiacim štúdium, ktoré sa začalo 4. septembra 1994.

Učebné osnovy obsahovali s p o l o č e n s k o – v e d n é p r e d m e t y – sociálno-právne vedy, informatiku, cudzí jazyk o d b o r n é p r e d m e t y – psychológia v ošetrovateľstve, pedagogika v ošetrovateľstve, sociológia v ošetrovateľstve, manažment v ošetrovateľstve, etika v ošetrovateľstve, komunikácia v ošetrovateľstve, výskum v ošetrovateľstve, ktoré rozšírili naše vedomosti a veľkou mierou obohatili naše doterajšie myšlenie.

V našej práci nie je cieľom len zbaviť pacienta – klienta – už existujúcich zdravotných ťažkostí, ale aktívne vyhľadávať a uspokojovať jeho potreby – deficity a odstraňovať prekážky, ktoré bránia dosiahnutiu psychickej a fyzickej pohody.

Človeka chápeme ako j e d e n c e l o k – jednotu tela a duše v konkrétnom sociálnom prostredí. Sestra pri kontakte s klientom nesmie na túto skutočnosť zabúdať a musí rešpektovať všetky tri zložky. Naučiť sa pacienta poznať – lebo je objektom jej práce – chápať jeho správanie, prežívanie ovplyvnené chorobou aj v tých najnáročnejších situáciach, aké život prináša. I vtedy zaujať kladný postoj, prejavujúci sa empatiou a pomocou.

V predmetoch odborného zamerania sme objavili úplne nový pohľad na ošetrovateľstvo ako vednú disciplínu, ktorá využíva nový a komplexný spôsob ošetrovania v ošetrovateľskom procese aplikáciou

"Nikto nie je zbytočný na tomto svete, kto uľahčuje bremeno inému."

Charles Dickens

S ochranou zdravia je potrebné začať už od najmladších vekových kategórií. Študentky SZŠ vo Zvolene, ako budúce sestry, pracovali v šk. roku 1995/96 so žiakmi základných škôl v oblasti zdravotnej výchovy. Pracovali na projekte, ktorý pozostával z dvoch časťí. Prvá časť sa zamerala na poskytovanie prvej pomoci, druhá na ochranu zdravia a prevenciu úrazov. Výučba žiakov sa konala hlavne formou hier, imitáciou rôznych situácií, ale nechýbala ani teoretická časť. Vrcholom ich práce bola súťaž v poskytovaní prvej pomoci medzi prihlásenými žiakmi základných škôl, ktorá sa konala v priestoroch SZŠ Zvolen dňa 2. mája 1996. Jednotlivé družstvá dievčat a chlapcov so zariadením pracovali na troch stanovištiach.

"koncepcívnych modelov a vedeckých teórii. Toto všetko bol vklad zo strany učiteľov.

Pochopenie celého štúdia formou vlastnej tvorivej schopnosti sme mali možnosť predviesť pri príprave odborných seminárov na jednotlivých oddeleniach našej NsP. I táto forma štúdia obsahovala snahu zmeniť vzťah sestry k ľuďom, nie ako k prípadu či diagnóze, ale ako k človeku. Naučiť sa pritom využívať pozitívny postoj, racionálne a ekonomicke myšlenie.

Ďalšou ukázkou našej zmeny boli obhajoby absolventských záverečných prác o rôznych ošetrovateľských a medicínskych problémoch s aplikáciou výskumu v danej téme a jeho vyhodnotením pre prax. Dosiahnuté výsledky chceme publikovať pre širokú zdravotnicku verejnosť, nakoľko sú veľmi aktuálne a zaujímavé.

Každý semester sme ukončili skúškami z teoretických predmetov a zápočtovými skúškami po povinnej praxi na oddeleniach. Mesiac marec priniesol koniec zimy a nám koniec štúdia. V dňoch 4. – 7. marca 1996 sme na záverečných teoreticko-praktických skúškach mali poslednú možnosť ukázať a predviesť to, čo sme sa naučili. Pri slávnostnom odovzdávaní diplomov a odznakov "Diplom všeobecnej sestry" sme všetky mali dobrý pocit, že sme to predsa zvládli – popri zamestnaní študovať v piatky popoludni a v soboty predpoludním, povinná prax, do toho celého ešte rodina, manžel, deti, starosti, choroby, lásky...

Ostalo nás 31, rôzneho veku, no predsa sme sa stali rovnými. A učitelia? Predovšetkým im patrí naša vďaka za to, že nám umožnili absolvovať vyššie odborné štúdium na SZŠ v Rožňave a že sa priekopnícky do toho pustili, takže ich snaha a námaha neboli mŕme a prinesli svoje prvé ovocie.

Sme hrdé, že sme skončili nie ako jediné, ale ako prvé vo východoslovenskom regióne.

Citátom sme začali a ním aj končíme:

"...Sestra, ktorá dokáže chápať bolest, dáva chorému aj kus svojho srdca..."

Do redakcie došlo:
7. mája 1996.

Adresa autoriek:
A. Zimanová
J. Miškárová
absolventky štúdia smeru všeobecná diplomovaná sestra na SZŠ v Rožňave
Špitálska ul. č. 1
048 74 Rožňava

Úprimne blahoželáme.

Redakcia

Prvé miesto obsadili dievčatá Dana Čubanáková, Katarína Pilná zo 7. ZŠ vo Zvolene. Druhé miesto patrilo Eve Drábovej, Lubici Roziačovej a Erike Belešovej zo 6. ZŠ. Na treťom mieste sa umiestnili Marek Slovjak a Maroš Meliš zo 6. ZŠ.

Celú prácu odborne a metodicky usmerňovali vyučujúce odborných predmetov – PhDr. A. Kamenická, Mgr. M. Viglaská a Mgr. L. Uhrinová. Odmenou za aktívnu prácu bol pre študentky žiarivý úsmieb a štebot detí. Ved' ak koreňky mladej rastlinky dobre upevníme, nemusíme sa obávať, že sa neskôr bude ohýbať...

Študentky 3. VSB triedy
Strednej zdravotníckej školy vo Zvolene