

REVUE

OŠETROVATELSTVA A LABORATÓRNYCH METODÍK



ROČNÍK III. CENA 25SK

2/97



SLS
SLOVENSKÁ LEKÁRSKA SPOLOČNOSŤ

OBSAH

Národný plán rozvoja ošetrovateľstva.....	45
<i>P. Kukumberg</i> : Panická porucha – neuropsychiatrický terén.....	47
<i>L. Hubačová, D. Henčeková</i> : Riziko poškodenia zdravia pracovníkov v zdravotníctve.....	49
<i>P. Pšenková, U. Wassermann</i> : Starostlivosť o trvalú inkontinentnú deriváciu moča u dieťaťa.....	51
<i>P. Gavomík, K. Dachová</i> : Ošetrovateľstvo a jednodňová chirurgia.....	53
<i>L. Poništiaková</i> : Ošetrovateľský proces u pacienta s maligným melanómom.....	56
<i>J. Rosinský</i> : Nové sérotypy <i>Plesiomonas shigelloides</i>	58
<i>A. Drončková</i> : Mikrobiologická problematika bylinkových čajov.....	59
<i>S. Vlková</i> : Kojenecká voda Lucka.....	61
Náš rozhovor.....	63
Správy zo Slovenskej lekárskej spoločnosti.....	64
Správy z Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve.....	66
Súhrny v anglickom jazyku.....	73

CONTENT

National plan of nursing development.....	45
<i>P. Kukumberg</i> : Panic Disorder – a Neuropsychiatric Problem Area.....	47
<i>L. Hubačová, D. Henčeková</i> : Health Status of Medical Personnel.....	49
<i>P. Pšenková, O. Wassermann</i> : Care Required in Permanent Urine Derivation in the Child.....	51
<i>P. Gavomík, K. Dachová</i> : Nursing Care and Outpatient Ophthalmologic Surgery.....	53
<i>L. Poništiaková</i> : The Nursing Care Process in the Patient with Malignant Melanoma.....	56
<i>J. Rosinský</i> : New Serotypes of <i>Plesiomonas Shigelloides</i>	58
<i>A. Drončková</i> : Microbiological Problems of Herbal Teas.....	59
<i>S. Vlková</i> : Lucka – Water for Infants.....	61
Our Interview.....	63
Informations of Slovak Medical Association.....	64
Informations of Postgraduate Medical School.....	66
Summaries.....	73

Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metódik

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 metódikách používaných v zdravotníctve, informácie z oblasti vzdelávania, zo zahraničia, z činnosti Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov, organizačných zložiek Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Vedúci redaktor: Prof. MUDr. Gustáv Čierny, DrSc.

Zástupca vedúceho redaktora: Prof. MUDr. Eva Brixová, DrSc.

Odborný redaktor: MUDr. Radko Menkyna

Jazykový redaktor: PhDr. Magdaléna Jentnerová

Tajomníčka redakcie: Oľga 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., Mgr. Anna Herianová, Anna Kačmáryová, doc.MUDr. Mária Kovářová, PhDr. Alžbeta Mrázová, Rozália Šeilingerová, Mgr. Katarína Žiaková

Vydáva Slovenská lekárska spoločnosť v Bratislave, Legionárska ul. č. 4, 813 22 Bratislava, v zdravotníckom vydavateľstve Herba, s. r. o., 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: Ľubica Gánoczyová

Cover desing: Roman Lazar, Karol Šimunič

Rozširuje: 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 15. február 1997. Číslo vyšlo: marec 1997. Reg. číslo: 1206/95

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

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

Všetky práva vyhradené, Slovenská lekárska spoločnosť, Herba, s. r. o..

Tlač: Gerhofer, Zohor

Národný plán rozvoja ošetrovateľstva

Národný plán rozvoja ošetrovateľstva (NPRO) je časťou kontinuálneho transformačného procesu plánovania v Slovenskej republike na roky 1997 až 2000. Bol vypracovaný na základe plnenia úloh Programového vyhlásenia vlády Slovenskej republiky a podpísal ho minister zdravotníctva SR MUDr. L. Javorský. Redakcii ho dala k dispozícii hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva SR Mgr. A. Herianová. Prinášame ho v plnom znení.

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

Národný plán rozvoja ošetrovateľstva
z 27. 1. 1997 číslo SZS-74/1997/Pe

Predkladaný materiál bol vypracovaný na základe úloh Programového vyhlásenia vlády SR.

Pri zabezpečovaní úloh vyplývajúcich z programu SZO "Zdravie pre všetkých do roku 2000", ktorý prijala Slovenská republika (rozhodnutím vlády č. 659 dňa 19. 11. 1991) a rozpracovania Národného programu podpory zdravia, vedúcich k zlepšeniu zdravia obyvateľstva, je nevyhnutné, aby časť úloh prijali za svoje a realizovali sestry. Rovnako ako v iných krajinách aj v podmienkach Slovenskej republiky tvoria významný potenciál, sú najpočetnejšou skupinou zdravotníckych pracovníkov (cca 40 000).

Na 55. zhromaždení Svetovej zdravotníckej organizácie (rezolúcia WHA 45.5) v programe "Zlepšovanie ošetrovateľských a pôrodných služieb pri podpore stratégií zdravia pre všetkých", sú vyzývané členské štáty k viacerým odborným aktivitám, ktoré sú začlenené v predkladanom Národnom pláne rozvoja ošetrovateľstva. Monitorovanie postupu realizácie rezolúcie WHO 45.5 je súčasťou aktivít, ktorými Svetová zdravotnícka organizácia získava informácie o potrebe ošetrovateľských a pôrodných služieb.

Regionálny úrad Svetovej zdravotníckej organizácie, Sekcia ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie pravidelne získava Národné profily ošetrovateľstva, ktoré jednotlivé krajiny predkladajú. Sú podkladom pre hodnotenie úrovne ošetrovateľstva danej krajiny a pre porovnanie s inými krajinami. Z toho vyplýva povinnosť pre Slovenskú republiku ako asociovanej krajiny plniť uvedené úlohy v oblasti ošetrovateľstva, aby potenciál slovenského ošetrovateľstva obstál v medzinárodnom hodnotení.

Základné princípy navrhovaného programu vychádzajú zo širokého pochopenia významu práce sestier pri snahe o zabezpečovanie zdravotných a ošetrovateľských potrieb každého človeka a nie len z úzkeho profesionalizmu.

Ošetrovateľstvo ako povolanie, ktoré predpokladá ovládanie špecializovaných techník a príslušných teoretických poznatkov, zachováva a vytvára hodnotu – ľudské zdravie. Ošetrovateľstvo ako vedná disciplína sa sústreďuje najmä na osobu, prostredie, zdravie a ošetrovanie.

Národný plán rozvoja ošetrovateľstva predpokladá koordináciu aktivít, vývoj mechanizmov pre vyhodnocovanie potrieb ošetrovateľských a pôrodných služieb, predpokladá podnietenie zvýšenej technickej a finančnej podpory, potrebnej na realizáciu programu.

Prioritami národného plánu rozvoja ošetrovateľstva sú:

- 1/ Zmena ošetrovateľskej praxe zameraná na zvýšenie kvality ošetrovateľstva
- 2/ Vzdelávanie v ošetrovateľstve
- 3/ Riadenie ošetrovateľstva
- 4/ Výskum v ošetrovateľstve
- 5/ Medzinárodná spolupráca
- 6/ Legislatíva
- 7/ Financovanie

1/ Zmena ošetrovateľskej praxe zameraná na zvýšenie kvality ošetrovateľstva

Ošetrovateľstvo je samostatná disciplína, ktorá sa zaoberá ošetrovateľskou činnosťou v zdraví a chorobe jedinca, od jeho počatia do jeho umierania a smrti. Je zamerané na udržiavanie, ochranu a podporu zdravia jedinca a ošetrovanie v chorobe. Primárnou úlohou ošetrovateľstva je pomáhať jedincovi v zdraví a chorobe, vykonávať činnosti prispievajúce k zdraviu, uzdravovaniu, alebo k pokojnej smrti. Osobitnou úlohou ošetrovateľstva je pomoc jedincovi stať sa nezávislým.

Ošetrovateľstvo je súčasťou zdravotnej starostlivosti a jeho úroveň značne ovplyvňuje všeobecné hodnotenie a spokojnosť obyvateľstva s jej poskytovaním. Pozícia, forma, kvalita a všeobecná dostupnosť ošetrovateľskej starostlivosti je jednou z kľúčových otázok zdravotnej a čiastočne aj sociálnej politiky štátu.

Je v záujme každej spoločnosti zabezpečiť spokojnosť občanov so zdravotnou starostlivosťou, ktorej veľký podiel je tvorený ošetrovateľskou starostlivosťou. Túto úlohu možno splniť zmenou ošetrovateľskej praxe, ktorá bude vychádzať z najnovších vedeckých poznatkov z odboru ošetrovateľstva, bude mať svoje normy, kritériá hodnotenia kvality, etický kódex a bude primerane akceptovaná v systéme zdravotnej starostlivosti ako autonómna disciplína.

Hlavné ciele pre zabezpečenie priority:

- stanoviť normy ošetrovateľskej praxe
- zaviesť metódy ošetrovateľského procesu ako normy práce sestier v ambulantnej ústavnej zdravotnej starostlivosti
- vymedziť kritériá na posudzovanie a hodnotenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti
- zaradiť do siete zdravotníckych zariadení Domy ošetrovateľskej starostlivosti, Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, Hospice
- zaradiť ošetrovateľstvo do programov zdravotnej starostlivosti

2/ Vzdelávanie v ošetrovateľstve

Pri naplňaní úloh ošetrovateľstva v poskytovaní zdravotnej starostlivosti zohráva kľúčové postavenie vzdelávanie sestier. Sestry musia mať vzdelanie, ktoré bude zodpovedať najmä zdravotným potrebám občanov a zdravotníckej praxi. Transformácia zdravotníctva a implementácia Bielej knihy, kapitoly č. 18 "Vzájomné uznávanie odbornej kvalifikácie" si už vyžiadali zmeny v systéme vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Od roku 1990 sa zvýšil počet stredných zdravotníckych škôl z 26 na 33, zmenil sa obsah a formy vzdelávania. Vzniklo 7 cirkevných stredných zdravotníckych škôl. Najvýraznejšie zmeny obsahu boli vykonané v sesterných študijných odboroch tak, aby sestry boli schopné chápať chorých nielen z ich biosomatického, ale aj z psychosociálneho aspektu a vedeli uspokojovať ich potreby zo všetkých uvedených aspektov, aby mali pozitívny vzťah k novej sesterskej role, vedeli samostatne kvalifikovane pracovať alebo v spolupráci s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi. Boli zavedené nové formy štúdia, poskytujúce vyššie odborné vzdelanie. V odbornej príprave sú vytvárané podmienky, aby svojím obsahom, formami a skladbou rešpektovala záujmy zamestnávateľov i predpoklady žiakov. Toto je možné dosiahnuť vertikálnou, ale aj horizontálnou prestupnosťou a určením vedomostného štandardu pre konkrétny študijný odbor.

V rámci harmonizácie nášho systému vzdelávania sestier s normami Európskej únie je nutné vykonať ďalšie právne úpravy, ktoré zabezpečia reguláciu sestier registráciou a povoľovaním na výkon odbornej činnosti, čo umožní aj voľný pohyb sestier v štátoch Európskej únie.

Transformácia sesterského vzdelávania v zmysle požiadaviek ošetrovateľstva ako odboru, jeho medzinárodnej kompatibility si vyžaduje inštitucionalizovanie vyšších odborných zdravotníckych škôl a postgraduálneho vzdelávania pre sestry, absolventky vysokých škôl.

Neoddeliteľnou súčasťou vzdelávania sestier je ďalšie vzdelávanie, v ktorom sa sestry pripravujú na špeciálne činnosti formou špecializačného štúdia a kontinuálne vzdelávanie počas celého profesijného života.

Hlavné ciele pre zabezpečenie priority:

- pokračovať v zavádzaní pregraduálneho vzdelávania v ošetrovateľstve v zmysle noriem Európskej únie
- vytvárať podmienky pre postgraduálne vzdelávanie, ďalšie vzdelávanie, kontinuálne vzdelávanie sestier v ošetrovateľstve a v ošetrovateľskom managemente

3/ Riadenie ošetrovateľstva

Riadenie a kontrola ošetrovateľstva sa uplatňuje na štátnej, odbornej a profesnej úrovni. Tento systém riadenia zabezpečuje viacozmerný prístup, ktorý sleduje primeranú kvalitu a rozvoj ošetrovateľskej starostlivosti.

Riadenie na úrovni štátnej správy predstavuje vrcholový management v riadení ošetrovateľstva s prepojením na zdravotnícke zariadenia a zdravotné poisťovne.

Odborné riadenie a kontrolu zabezpečuje hlavný odborník a krajskí odborníci. Kontrolu v oblasti odbornej a etickej spôsobilosti vykonáva stavovská organizácia.

Všetky uvedené zložky v riadení pracujú koordinovane.

Riadenie a kontrolu ošetrovateľskej starostlivosti vykonávajú odborníci v ošetrovateľstve.

Hlavné ciele pre zabezpečenie priority:

- vytvárať systém riadenia ošetrovateľstva na úrovni štátnej (MZ SR), na úrovni odbornej (hlavný odborník, krajskí odborníci) a na úrovni profesnej (stavovská organizácia)
- zabezpečovať kontrolu ošetrovateľskej starostlivosti v štátnych, a neštátnych zdravotníckych zariadeniach odborníkmi v ošetrovateľstve a stavovskou organizáciou
- zabezpečiť riadenie ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach sestrami s príslušnou kvalifikáciou.

4. Výskum v ošetrovateľstve

Každá profesia sa neustále zaoberá rozvojom vedeckých poznatkov nevyhnutných pre samostatnú prax. Prax a vzdelávanie v ošetrovateľstve sú postavené na vedeckom základe. Sestry si uvedomujú dôležitosť výskumu, ktorý je integrálnou súčasťou profesie ošetrovateľstva.

Ošetrovateľský výskum rozširuje poznatky o zdraví, zmenách zdravotného stavu, chorobách, rieši starostlivosť o chorých ako proces.

Pre rozvoj výskumu v ošetrovateľstve je potrebné vytvárať podmienky pre výskum vo vzdelávacích a zdravotníckych zariadeniach, zabezpečiť dostatok odborníkov a koordináciu rozvoja výskumu ošetrovateľstva na národnej úrovni.

Dôležitým zdrojom vedeckých poznatkov je moderný informačný systém, umožňujúci výmenu informácií na medzinárodnej úrovni.

Hlavné ciele zabezpečenia priority:

- inštitucionalizovať ošetrovateľský výskum
- vytvoriť informačnú bázu v ošetrovateľstve a napojenie na Internet
- vytvoriť Radu pre rozvoj ošetrovateľstva.

5/ Medzinárodná spolupráca

Regionálny úrad Svetovej zdravotníckej organizácie, Sekcia ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie riadi, koordinuje v európskom regióne asi 5 miliónov sestier. Závery a odporúčania z pracovných zasadnutí sestier zástupcov všetkých krajín sú významnými dokumentmi, ktoré ovplyvňujú vývoj ošetrovateľstva aj pre sestry našej krajiny.

Medzinárodná rada sestier (ICN) so sídlom v Ženeve je federáciou národných združení sestier (asi 101 národných združení). Interpretuje záujmy a potreby sestier. Ďalšie organizácie sestier zamerané na výskum, etiku, normy a kvalitu poskytovaných služieb sú pre rozvoj daných oblastí rozhodujúce.

Zastúpenie sestier Slovenska a participácia na aktivitách znamená rozvoj praxe, získanie informácií, literatúry a pod.

Hlavné ciele pre zabezpečenie priority:

- zabezpečiť kontakty, členstvo a zastúpenie s WHO a s niektorými medzinárodnými projektmi zameranými na ošetrovateľstvo.

6/ Legislatíva

Právne garancie prostredníctvom adekvátnej legislatívy v odbore ošetrovateľstvo sledujú ochranu spoločnosti pred neodbornými službami a ochranu poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti – sestry.

Hlavné ciele pre zabezpečenie priority:

- v rámci novely zákona č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti riešiť problematiku právnych predpisov o ošetrovateľstve ako aj systém regulácie v ošetrovateľstve.

7/ Financovanie

Finančné zdroje pre rozvoj ošetrovateľstva a na podporu Národného plánu rozvoja ošetrovateľstva sa predpokladajú zo Štátneho fondu zdravia, z inštitúcií, ktoré budú realizovať výskum a zo zahraničia.

Zdroje zo Štátneho fondu zdravia by mali byť použité na výskum, ktorý skúma vzťah medzi ošetrovateľstvom a potrebami spoločnosti.

Zdroje z inštitúcií a zahraničné zdroje by mali byť použité na výskum kvality ošetrovateľskej starostlivosti, odborných noriem, vzdelávania v ošetrovateľstve a pod.

Záver

Národný plán rozvoja ošetrovateľstva prvýkrát vymedzuje priority v ošetrovateľstve v rámci Slovenskej republiky a aj v medzinárodnom kontexte.

Stanovené priority sú najdôležitejšími oblasťami, rozvinutie ktorých je v súlade s celkovou stratégiou rozvoja zdravia občanov Slovenskej republiky a akceptovanie slovenského ošetrovateľstva na medzinárodnej úrovni.



minister

Harmonogram plnenia Národného plánu rozvoja ošetrovateľstva

Vypracovať návrh tvorby noriem ošetrovateľskej praxe.
T: 31. 10. 1997

Vypracovať vybrané normy ošetrovateľskej praxe.
T: rok 1999

Vypracovať metodický pokyn pre zavedenie ošetrovateľského procesu do praxe vo vybraných zdravotníckych zariadeniach.
T: 30. 6. 1997

Vyhodnotenie zavádzania ošetrovateľského procesu do praxe a jeho realizácia na ďalších pracoviskách.
T: rok 2000

Vypracovať vzdelávací program pre študijný odbor pôrodná asistentka v zmysle smernice Európskej únie.
T: 30. 9. 1997

Vypracovať koncepciu vyšších odborných zdravotníckych škôl, po prijatí zákona o základných, stredných a vyšších odborných školách.
T: 31. 12. 1997

V všeobecne záväznom právnom predpise upraviť sústavu špecializačných odborov v ošetrovateľstve.

T: nadobudnutím platnosti Vyhlášky o zdravotníckych pracovníkoch

Vymenovať krajských odborníkov pre ošetrovateľstvo.
T: 30. 6. 1997

Zriadiť teoreticko-výskumnú bázu pre odbor ošetrovateľstvo na IVZ.
T: 1. 9. 1997

Ustanoviť Radu pre ošetrovateľstvo ako poradný orgán ministerstva zdravotníctva.
T: 30. 6. 1997

V rámci medzinárodnej spolupráce zúčastňovať sa študijných pobytov a pracovných seminárov.
T: úloha trvalá

Vypracovať všeobecne záväzné právne predpisy v ošetrovateľstve a právny predpis o systéme regulácie v ošetrovateľstve v rámci novely zákona č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti.
T: 30. 6. 1997

P. Kukumberg

Neurologická klinika Dérerovej nemocnice,
výučbová základňa Lekárskej fakulty Univerzity
Komenského v Bratislave

Panická porucha – neuropsychiatrický terén

Súhrn: Panická porucha je novou diagnosticky vyhranenou klinickou entitou, ktorá sa radí medzi záchvatové ochorenia. Udáva sa asi 4 % výskyt v populácii. Panický atak (búrka vegetatívneho nervového systému sprevádzaná zvláštnym strachom) je základným prejavom. Neskoršie sa rozvíjajú anticipačný strach až agorafóbia. Etiológia nie je presne známa. Dysregulácia niektorých neurotransmiterových sústav (najmä adrenergného a sérotoninového) je podstatou mechanizmu panického ataku. Pomocné vyšetrenia poukazujú na funkčné, možno i štrukturálne narušenie kmeňa, limbického aparátu a kôry mozgu. Liečba je dlhodobá, zväčša efektívna (tricyklické antidepresíva, niektoré benzodiazepíny). Ochorenie súvisí aj so zmenenou psychickou percepciou rôznych vonkajších vplyvov a býva asociované s depresiou. Panická porucha vyžaduje multidisciplinárny prístup.

Kľúčové slová: panická porucha, panický atak, anticipačný strach, agorafóbia, vegetatívny nervový systém, neurotransmiterové sústavy.

S diagnózou panickej poruchy sa zatiaľ nestretávame často. Paradoxne, pretože je to ochorenie s vysokou frekvenciou (asi 4 % populácie), ale zostáva nediagnostikované alebo diagnostikované zle. V podstate nejde o úplne novú chorobnú jednotku, ale o presne ohraničené zatriedenie opakovaných a výskytom univerzálnych ťažkostí, ktoré sa v minulosti posudzovali buď izolovane podľa ich intenzity a formy alebo podceňovali a pokladali za prejav "neurotizácie". Až Americký diagnostický štatistický manuál v r. 1987 (DSM III, 1987) umožnil odkrytie a tým i klasifikáciu niektorých klinických a diagnostických súvislostí, čím umožnil presne definovať túto jednotku. Panická porucha sa radí

medzi záchvatové afekcie, je charakterizovaná výskytom (najmenej 4 krát za štyri týždne) typických panických atakov, neskôr prípadným rozvojom tzv. anticipačného strachu (t. j. vystupňovanej obavy z ďalšieho záchvatu) až agorafóbiou, t. j. "veľkou" fóbiou – strachom, napr. z preplneného dopravného prostriedku, jazdy v tunely, strachu z davu ľudí, a to z obavy, že sa chorému v prípade ataku nedostane pomoci.

Diagnosticky frapantnou črtou panickej poruchy je práve panický atak. Nemá predzvesť, prichádza znenezdajky alebo ho vyprovokuje nejaký emočný podnet. Je definovaný intenzitou oscilujúcich a počtom varirujúcich symptómov, ktoré poukazujú na akúsi "búrku" vegetatívneho nervového systému. Temer nikdy nechýba základný a najvýznamnejší znak – pocit "paniky", t. j. pomerne presne opisovaného strachu zo smrti, zo zošalenia alebo realizácie nejakého nezdôvodniteľného či neželateľného činu. Tento mimoriadne silný a vnútený pocit nadobúda na intenzite a býva sprevádzaný ďalšími príznakmi (dovedna ich je 13), ako je ostrá bolesť na hrudníku (niekedy imitujúca infarkt myokardu), zrýchlená frekvencia pulzu, časté nutkanie k hlbokému dýchaniu, neurčitý závrat, hmlisté videnie alebo pocit narušeného vnímania (pocit straty reality alebo odcudzenia) a extrémne potenie. Atak trvá niekoľko minút, skoro vždy dlhšie ako štvrt hodinu. Odoznieva spontánne, alebo ho možno ho možno redukovat' podaním medikamentu (lorozepam, diazepam). Ak sa nerozvinú príznaky anticipačného strachu a agorafóbie, cíti sa pacient v medzizáchvatovom období zdravý. Tomuto klinicky nevšednému a subjektívne značne sužujúcemu obrazu nezodpovedá zreteľne ani jeden konkrétny detekovateľný korelát v bežnom biochemickom náleze ako i v širšom fyzikálnom diagnostickom zázname.

Vzápätí po definovaní panickej poruchy ako samostatnej jednotky sa vystupňovalo psychofarmakologické úsilie o prípadnú detekciu jej patobiochemických korelátov. Doteraz sa nazbieralo veľké množstvo relevantných informácií svedčiacich pre participáciu niektorých neurotransmitterových systémov do mechanizmov vzniku panickej poruchy. Všeobecne sa súdi, že hlavným aktérom panického ataku je excesívna aktivita v oblasti locus coeruleus, jadrového zoskupenia v oblasti mostu v mozgovom kmeni, ktorá preformovanými anatomickými spojeniami indukuje ďalšie prejavy, t. j. *anticipačný strach* a *agorafóbiu* v intenciách konciznej neuroanatomickej teórie (1). Najsolidnejším je však teorém zlyhania tzv. systému alarmu dusenia – predpokladaného atavistického regulačného mechanizmu v spodnej časti mozgového kmeňa, ktoré v prípade jeho excitácie rôznymi vplyvmi navodí sled obranných reakcií ako v prípade dusenia, ktoré vyústia v panický atak. Naopak, pri zriedkavej kongenitálnej hyposenzitivite tohto systému vzniká u malých detí hrozivý *syndróm apnoe* (sy. Ondinovej kliatby) so zastavením dýchania v noci. Tieto dva syndrómy sú protipólom spriahnutej neurotransmitterovej poruchy v zmysle plus a minus. Najpútavejšou kapitolou panickej poruchy sa však javí paleta znalostí, ktoré odhaľujú reprodukovateľné nálezy svedčiace o poruche metabolizmu, krvného prietoku alebo priamo poruche štruktúrálnej, a to iba v určitých, ale vždy tých istých miestach nervovej sústavy. Ide o štruktúry limbického aparátu (t. j. partii mozgu riadiacich emócie), niektoré okrsky kôry mozgu (so zatiaľ nevysvetliteľnou zreteľnou prevahou vpravo), temporálne, eventuálne i prefrontálne. K týmto nálezom sa dospelo vďaka vyspelej technike modernými zobrazovacími metódami (napr. pozitronová emisná tomografia, magnetická nukleárna rezonancia). Nemenej zaujímavé a cenné sú zistenia, že niektoré látky, menovite laktát sodný, kyslíčnik uhličitý, yohimbin, ale i kofeín a iné sú *panikogénne*, t. j. podané v určitej dávke vyvolávajú priekazne, ale zväčša alebo temer výlučne u pacientov s panickou poruchou typický panický atak. Táto skutočnosť umožňuje modelovať ochorenie a skúmať vplyv rôznych liečiv.

Aj keď etiológia panickej poruchy nie je presne známa, vie sa, že má tendenciu zvýšeného výskytu v niektorých rodinách, alebo vzniká častejšie u jedincov, ktorí zažili v detstve značné citové otrasy. Na druhej strane patogenéza, t. j. patofyziologické deje, ktoré zodpovedajú za jej klinický obraz ako i priebeh sú pomerne dobre preskúmané.

Preto, vychádzajúc z dôkazov o excitácii alebo hypersenzitivite viacerých neurotransmitterových systémov, sústredila sa pozornosť na tlmenie paroxyzmálnej aktivity v tušených neurotransmitterových centrách medikamentami. Prvým liekom bol *amitriptylín* (tricyklické anti-depresívum), ktorý sa užíva doteraz, ale má nevýhodu niektorých vedľajších účinkov ako i dlhšieho času nástupu účinku. Tieto mínusy nemá *alprazolam*, účinný benzodiazepín, ktorý je rýchlejšie efektívny. Skúšali sa mnohé ďalšie medikamenty, napr. substancie zabraňujúce spätnému vychytávaniu sérotonínu alebo niektoré antiepileptiká. Prerušit' prebiehajúci panický atak umožňuje podanie *lorazepamu*. Medikamentózna liečba musí byť dostatočne dlhá (niekoľko mesiacov), individuálne zvolená a titrovaná (2). V niektorých prípadoch včas diagnostikovanej panickej poruchy docielime vyliečenie, v iných prípadoch sa dosiahne výrazná redukcia atakov, ale po čase vznikne recidiva (3).

Ochorenie postihuje viac ženy ako mužov, kulminuje v strednom veku (opisali ho však aj u detí). Je zaujímavé, že u väčšiny žien počas gravidity sa stav zlepši a po pôrode mierne zhorší.

Okrem tzv. biologickej teórie výkladu panickej poruchy, ktorú sme načrtli, jestvuje samostatný výklad psychologicko-psychiatrický, podľa ktorého je panická porucha vyjadrením "katastrofického" spracovania rozmanitých vonkajších či vnútorných podnetov, ktoré u citlivého jedinca pri danom vedomostnom stupni vzbudí neprimeranú obavu z nejakého vážneho ochorenia. Napr. bolesť hlavy navodí strach z krvácania do mozgu, pichanie u srdca obraz srdcového infarktu. Hypertrofia týchto pocitov potom spustí kaskádu príznakov ústiacych v panický atak, ktorý ak raz prebehol má tendenciu fixácie, aby sa za podobných okolností,

ale neskôr i spontánne zjavil opäť. Takáto predstava má rad štrbín, jednou z nich je skutočnosť, že sa opakovane opisali panické ataky aj v noci a to zásadne vo fáze tzv. synchronného spánku, v ktorom sa nevyskytujú sny ako špekulatívne možný zdroj ataku (4). Na druhej strane cielený psychologický prístup k pacientovi, pozvoľný nácvik zdolávania prejavov rozvíjajúcej sa agorafóbie býva úspešný, rovnako ako dobre cielená persuázia. V každom prípade je panická porucha zložitá entita a súčasne aj vhodný príklad ilustrácie poruchy činnosti najdiferencovanejšieho systému ľudského tela, t. j. nervstva, kedy sú súčasne naštbené funkcie telesné i duševné.

Nateraz sa uznáva, že optimálna liečba panickej poruchy vychádza z kombinácie oboch prístupov, t. j. biologickeho (farmakoterapia) a psychologického. Panická porucha sa zatiaľ málo pozná a preto len sporadicky správne diagnostikuje. Treba s ňou počítať, pretože mnohé z jej príznakov zoskupených v typický syndróm ataku umožňuje urobiť nielen správnu diagnózu včas a tým zaručiť adekvátnu liečbu, ale aj zbavuje pacienta tortúry vylučovacej diagnostiky iných často vážnych organických ochorení. Nie je totiž vzácnosťou, že sa pri prvom panickým ataku s bolesťami v prekordiu indikuje koronarografia s negatívnym výsledkom, alebo sa vylučujú iné vážne ochorenia podľa jednotlivých symptómov ataku. Na druhej strane však relatívne pestrý a vážny symptomatický rámec – ak sa prehládne jeho paroxyzmálny priebeh – zvädza k podceneniu samostatnosti a významu jednotlivých príznakov a ochorenie či diferenciálna diagnostika sa rozplýva do rozpačitých záverov. V nich dominuje rôzne skloňovaný pojem neurotizácie, pričom panická porucha nie je ani neurózou ani stresovou reakciou. Nekvalifikovaným prístupom trpí pacient, ale i zdravotná správa, pretože sa neúmerne predlžuje bezúspešné liečenie a indikujú zbytočné vyšetrenia. Treba však zdôrazniť, že panická porucha sa relatívne často spája s niektorými inými poruchami, resp. jej klinický obraz sa prelína s ďalšími dosť podobnými i keď samostatnými klinickými jednotkami. Komorbidity, čiže spoločná nádväznosť niektorých stavov je v prípade panickej poruchy vyjadrená častejším výskytom depresie, prolapsu mitrálnej chlopne, resp. príklonom k alergii (3). Panická porucha sa symptomatologicky čiastočne prekrýva s tetanickým syndrómom alebo s hyperventilačným syndrómom uznávaným mnohými za samostatnú klinickú jednotku. Spoločnými črtami sú mierna anxiozita, hyperventilácia, parestézie a niektoré iné príznaky. Preto k diagnostike panickej poruchy je potrebné starostlivo cielené psychiatrické a neurologické posúdenie, umožňujúce urobiť správnu diferenciálnu diagnostiku klinického obrazu. Nedávno sa do diagnostiky panickej poruchy zaradili aj niektoré neurofyziologické metódy napr. vyšetovanie zmyslových evokovaných potenciálov (4).

Panickej porucha je veľmi častá. Je preto žiadúce nielen poznať toto ochorenie, ale naň i myslieť, pretože nespoznané sa vlečie roky a navyše utrpenie chorého spôsobované výskytom desivých atakov navodzuje trvalé poškodenie duševného zdravia (v krajných prípadoch až suicidálne tendencie a nezriedka príklon k alkoholu ako bežnému a dostupnému anxiolytiku). Takýto vývoj má potom i vážne spoločensko-ekonomické konzekvencie. Ukazuje sa, že panická porucha je priam eklatantným príkladom neuropsychiatrického pomedzia medicíny s potrebou fundovaného, ale zároveň konvergentne integrujúceho prístupu nielen psychiatra a neurológa, ale i mnohých ďalších zainteresovaných odborníkov.

Literatúra: 1. Kukumberg, P.: Psychoneurologická entita: panická porucha. *Lek Obz*, 42, 1993, č. 2, s. 79–86. – 2. Johnson, R. M., Lydiard, B. R., Ballenger, C. J.: Panic disorder. *Pathophysiology and drug treatment*. *Drugs*, 49, 1995, č. 3, s. 326–344. – 3. Nutt, D., Lawson, C.: Panic attacks: a neurochemical overview of models and mechanisms. *Br J Psych*, 160, 1992, s. 165–178. – 4. Kukumberg, P.: Konceptné línie panickej poruchy. *Čas Lék čes*, 135, 1996, s. 6, s. 167–169.

Do redakcie došlo
30. apríla 1997

Adresa autora:
doc. MUDr. P. Kukumberg, CSc.,
Studenohorská ul. č. 39,
841 03 Bratislava

Riziká poškodenia zdravia pracovníkov v zdravotníctve

Súhrn: Autori predkladajú prehľad literárnych poznatkov našich i zahraničných autorov, ktoré sa týkajú problematiky poškodenia zdravia zdravotníckych pracovníkov. Riziká roztriedujú na fyzikálne, biologické, chemické, psychosociálne, problém práce žien, úrazy v zdravotníckych zariadeniach a problémy ergonomické.

Kľúčové slová: pracovníci v zdravotníctve, poškodenie zdravia, pracovné podmienky, nemocnice.

Problematika profesionálnych ochorení zdravotníckych pracovníkov je veľmi závažná. Svetová zdravotnícka organizácia (SZO) sa podrobnejšie zaoberala rizikami práce v zdravotníckych zariadeniach už v 80. rokoch (1). Na základe jej publikácií aj mnohých ďalších našich i zahraničných autorov je potrebné v zdravotníckych zariadeniach uvažovať o týchto rizikách:

I. Fyzikálne riziká

1. **Ionizujúce žiarenie.** Riziká ionizujúceho žiarenia sú oveľa väčšie, než sú ostatné fyzikálne riziká (2). Nemocnice extenzívne používajú ionizačné žiarenie pre diagnostické a terapeutické účely. Mnohí pracovníci v nemocniciach sú preto v potenciálnom riziku. Najzreteľnejšia je skupina rádiodiagnostických a rádioterapeutických pracovníkov. Menej sa uvažuje o ostatných pracovníkoch, ako sú napr. upratovačky, vrátnici a pod., ktorí môžu z nepozornosti prísť do kontaktu s rádioaktívnym materiálom. Napriek tomu aktuálne riziko pre pracovníkov je veľmi malé, pretože sa akceptujú medzinárodne dohodnuté normy pre prácu s ionizujúcim žiarením. Tento záver však pracovne neoslobodzuje lekársku službu od prísneho zdravotníckeho dozoru pre všetkých pracovníkov, ktorí sú profesionálne exponovaní ionizujúcemu žiareniu.

V súčasnosti sa hlavné riziko pôsobenia ionizujúceho žiarenia vyskytuje ani nie tak na röntgenologických a rádiologických oddeleniach nemocníc, ale skôr tam, kde sa robia špeciálne vyšetrenia iba príležitostne (napr. operačné sály a pediatrické oddelenia). Najrizikovejšie pre týchto pracovníkov je použitie ionizujúceho žiarenia na diagnosticko-liečebné ciele (fraktúry, hľadanie cudzích telies, zavádzanie katétrov, pasáž črevami a pod.).

2. **Neionizujúce žiarenie** tiež predstavuje v zdravotníctve určité riziko. Je to napr. ultrafialové svetlo, laserové lúče, rádiové vlny a elektromagnetické polia, a. i. (3).

3. **Vibrácie, hluk, prach.** V niektorých prevádzkach zdravotníckych zariadení sú pracovníci exponovaní hluku (4). V profesii stomatólog a stomatologický laborant môže vzniknúť expozícia vibráciám, hluku (5) a prachom (napr. chrómovým prachom) (6), prachom s obsahom ortuti (7). U týchto profesií je okrem iného problémom aj vynútená pracovná poloha (5), prípadne preťažovanie horných končatín (8).

4. **Mikroklimatické podmienky na pracovisku.** Operačné tímy môžu byť exponované vysokej teplote prostredia počas dlhších časových úsekov (9). Kodat (1) v jednej štúdií uviedol, že členovia operačného tímu stratili približne 1500 gramov hmotnosti počas jednej

pracovnej smeny. Počas ich práce prevažovali statické prvky, energetický výdaj bol 133 W a srdcová frekvencia sa pohybovala od 97 do 120 akcii za minútu. Čím bola operácia náročnejšia, tým mali operatéri vyššiu srdcovú frekvenciu.

Ak nie je možné technicky prácu operačného tímu uľahčiť, je aspoň potrebné upraviť faktory pracovného prostredia.

II. Infekčné choroby

Zdravotnícki pracovníci prichádzajú do kontaktu s pacientami, ktorí môžu byť infikovaní prenosnými chorobami (10). Aj keď riziko infekcie hrozí vo všetkých zdravotníckych zariadeniach, najvyššie je v nemocniciach a vo výskumných centrách zaoberajúcich sa mikrobiológiou a virológiou. Profesionálne poškodenie môže spôsobiť akýkoľvek druh mikroorganizmu.

Najčastejším profesionálnym ochorením zdravotníckych pracovníkov je vírusová hepatitída B (11) (pracovníci hemodialyzačných, onkologických, transplantačných oddelení, biochemických laboratórií, chirurgických a stomatologických pracovísk). Aj na ďalších oddeleniach však býva incidencia vírusovej hepatitídy vyššia, než je u ostatnej populácie rovnakého veku. Na prevenciu infekcie sa v súčasnosti používajú nielen fyzikálne a chemické bariéry (použitie rukavíc, jednorázových striekačiek a ihliel, dezinfekcia), ale aj bariéry biologické (hyperimúnny gamaglobulín a vakcína).

Z bakteriálnych ochorení, ktoré môžu ohroziť zdravotníckych pracovníkov, je najzávažnejšia tuberkulóza. Ďalšie riziko nákazy predstavuje rubeola, morbilli, parotitída, infekcia "respiratory syntitiálny vírus", epidemická keratokonjunktivitída, herpetické paronýchium, cytomegalovírus, vírus HIV a dokonca aj parazitárne ochorenia (scabies).

Svetová zdravotnícka organizácia zdôrazňuje zvýšený výskyt kmeňov rezistentných na antibiotiká, ktoré sa v nemocniciach izolujú (1).

III. Chemické látky

V nemocniciach sa používa veľké množstvo chemických látok, ktoré môžu mať nepriaznivý vplyv na zdravotný stav pracovníkov (anestetické plyny, sterilizačné látky, fenotiazíny a široké spektrum antibiotík). Dermatózy tvoria značnú časť profesionálnych ochorení zdravotníckych pracovníkov v nemocniciach. Väčšinu týchto prípadov spôsobujú chronicky dráždivé látky, zvyšok je alergického pôvodu.

Často sa v nemocniciach používajú plynné anestetiká (12), – (NO₂, halogenované etány a iné). Niektoré, ako napr. dietyléter, chloroform, trichlóretylén a fluoroxan sú horľavé látky, alebo sa považujú za látky toxické, a preto sa v mnohých krajinách prestali používať. Zastaralé anesteziologické aparatúry (13), ktoré nie sú často v najlepšom technickom stave, sú príčinou úniku anestetických plynov do ovzdušia operačných sál. Zo štúdií viacerých autorov vyplýva, že pracovníci operačnej sály môžu byť v riziku zvýšeného výskytu spontánnych potratov a kongenitálnych malformácií (14). Taktiež sa opisovali možné dysfunkcie pečene, obličiek a centrálného nervového systému (15).

Chemoterapia rakoviny je v súčasnosti často používaná modalita liečby. V poslednom čase sa uvažuje o jej škodlivom účinku na zdravie zdravotníckych pracovníkov. Možnou metódou posúdenia účinku profesionálnej expozície chemoterapeutikami (t. j. mutagénymi a kancerogénymi látkami) môže byť posúdenie krvného obrazu (lymfocytov) a taktiež posúdenie mutagénnej aktivity moču zdravotníckych pracovníkov (26).

V niektorých štúdiách sa chemické sterilizačné látky, ako je etylénoxid a formaldehyd, považujú za možné karcinogény (17).

V správe SZO sa uvádza, že určité oddelenia nemocníc, ako sú anesteziologické jednotky, oddelenia sterilizácie a oddelenia onkologických služieb, vyžadujú mimoriadne bezpečnostné opatrenia so zreteľom na materiál, s ktorým sa pracuje (1).

IV. Riziko požiaru a explózie

V nemocnici sa vyskytujú mnohé horľavé plyny a kvapaliny a taktiež mnohé elektrické prístroje. Pri práci s nimi sa často zanedbávajú bezpečnostné opatrenia. Okrem toho je fajčenie ďalším rizikovým faktorom pri vzniku katastrofickkej explózie. Prístroje môžu byť niekedy zdrojom vzniku statickej elektriny, preto sa musia pravidelne kontrolovať (26).

V. Psychosociálne aspekty

Mnohé štúdie sa zaoberajú stresom zdravotníckych pracovníkov (18). Problémom je špecifikovať kauzálne faktory, ktorých odstránenie by stres minimalizovalo. V literatúre sa opisuje, že vo väčšine západných krajín majú lekári nižšiu celkovú mortalitu v porovnaní s ostatnými profesiami, avšak mortalita z dôvodu suicídií je oveľa vyššia. Lekári, ktorí sú v kontakte s pacientami, sú viac neurotickí, ako tí, ktorí s pacientami v kontakte nie sú (19). Patológovia majú vyššiu samovražednosť v porovnaní s ostatnými lekármi (20). Anxieta počas práce lekára sa môže zvyšovať pri terapeutických chybách, diagnostických problémoch, narušenom rodinnom živote, úmrtím alebo invalidizáciou pacienta – a to predovšetkým mladého (21). Tieto faktory, aj keď sa im už venovala istá pozornosť, sa ešte dostatočne nepreskúmali.

Organizačná štruktúra mnohých nemocníc môže byť tiež zdrojom stresu zdravotníckych pracovníkov. Prácu niekedy vykonávajú mladí pracovníci pri nedostatočnom počte iných pracovníkov, pri nízkom finančnom ohodnotení a pod. Navyiac prístupuje vplyv chemických, fyzikálnych a biologických rizík, čo môže mať za následok preťaženie pracovníkov a odraz v ich sociálnej a rodinnej sfére.

Významný je u zdravotníckych pracovníkov emocionálny stres, tzv. práca s imobilnými a zomierajúcimi pacientami (22). Navyiac vysoké nároky na dlhodobú pamäť, významná dĺžka bdelosti a zodpovednosť sú nevyhnutné pre mnohých zdravotníckych pracovníkov. Tak napr. chirurgovia, u ktorých sa tieto kvality predpokladajú, musia často pracovať v dlhodobo preplnených, nedostatočne vetraných operačných sálach a v prostredí, kde sa nedostatočne odstraňujú anestetické plyny (23).

Preťaženie zdravotníckych pracovníkov môže mať za následok pocity frustrácie, agresie, pocity napätia na pracovisku. Ich odrazom môžu byť krátkodobé absencie na pracovisku (24), prípadne môžu mať odraz v ich zdravotnom stave.

Problémom v zdravotníctve je práca na zmeny, predovšetkým pre mladé ženy, ktoré majú rodinné povinnosti (25). Zmenová práca predstavuje poruchy cirkadiálneho rytmu. K tomu sa pridáva efekt nadčasovej práce a nedostatok spánku.

S psychosociálnym stresom súvisí aj problém *abúzu drog* zdravotníckymi pracovníkmi. tento je v každej krajine iný. Ide o psychotropné drogy, a to narkotiká, stimulantia a anxiotropné látky.

VI. Problém práce žien

Svetová zdravotnícka organizácia zdôrazňuje potrebu epidemiologických štúdií zameraných na graviditu zdravotníckych pra-

covníčok, pretože špecifické látky používané v nemocniciach majú možný fetotoxický alebo teratogénny účinok (1).

VII. Úrazy v zdravotníckych zariadeniach

Aj keď nie je dostatok sledovaných štatistických údajov o tejto problematike, úrazy sú závažnou príčinou morbiditivy zdravotníckych pracovníkov (26):

1. *Rezné rany a fraktúry* (laboratóriá, sestry).
2. *Poranenia chrbtice* (predovšetkým sestry – manipulácia s pacientom a s materiálom, nedostatok mechanizmov, nedostatočná asistancia ďalších osôb, nevhodná obuv a pod.).
3. *Nedostatok osobných ochranných pomôcok*.
4. *Nedostatočná údržba elektrických prístrojov*.
5. *Osobné ataky pacientami alebo ich príbuznými*.

VIII. Mikroklima v nemocniciach

Pri klimatizácii treba mať na zreteli problém infekcie amébami, Legionellou a pod. Problematika mikroklimy je v zdravotníckych zariadeniach taktiež závažným problémom (napr. na operačných sálach, v kuchyniach, práčovniach a pod.) (9).

IX. Ergonomické problémy

Predstavujú aj v zdravotníctve závažnú problematiku. Je to napr. používanie lekárskeho prístrojov monitorovacích zariadení, dizajn nemocničných budov a ich zariadení a pod. Osobitnú pozornosť treba venovať ergonomickému usporiadaniu pracovného miesta, vhodným sedačkám, pracovným stolom, pri práci na počítači a pod. (27).

Fyzická záťaž zdravotníckych pracovníkov býva často nadmerná (28). Tak napr. dvíhanie pacienta sa vykonáva nevhodným spôsobom. Prolongovaná záťaž, práca v predklone a v podrepe sa týka pracovníkov operačných sál, sestier, sanitárov, upratovačiek a pod. Viacerí autori uvádzajú, že fyzická záťaž sestier sa kvalifikovala ako stredne ťažká fyzická záťaž (3).

Záverom možno povedať, že pracovno-lekárska služba by sa mala venovať identifikácii rizík v zdravotníckych zariadeniach a včasných štádií ochorenia zdravotníckych pracovníkov. V rokoch 1996–1998 sa rieši hlavná úloha MZ SR, v ktorej sa budeme vo vybraných zdravotníckych zariadeniach venovať rizikám práce zdravotníckych pracovníkov. Úloha má názov: "Hodnotenie vplyvu práce a pracovných podmienok na pracovníkoch v zdravotníctve a pracovnej záťaže zdravotníckych profesií s osobitným zreteľom na pracovné riziká".

Literatúra: 1. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, The Hague, Occupational hazard in hospitals. Report on a WHO meeting, 20–22. October 1981, WHO, 68 s. – 2. Maillard, M. F.: Evaluation de l'irradiation des yeux du personnel en salle de cathétérisme cardiaque. V: Abstracts, L'ergonomie à l'hôpital, Paris, B–10 juillet, 1991, 3, s. 51. – 3. Estryng – Béhar, M.: Guide des risques professionnel des service de soins. Paris, Editions Lamarre 1991, 377 s. – 4. Yassi, A., Gaboriev, D., Elias, J., Gillespie, I.: Identification and control of hazardous noise levels in a large hospital. V: Abstracts, L'ergonomie à l'hôpital, Paris, 8–10 juillet 1991, 3, s. 20. – 5. Švábová, K., Nauš, A., Prošková, A., Čábelková, Z., Menčík, M., Kneidlová, M.: Charakteristika práce stomatologa. Prac Léč, 34, 1982, č. 3, s. 93–96. – 6. Chaudat, D., Gaudichet, A., Brochard, P., Vallentin, F.: L'exposition aux poussières de chrome chez les prothésistes dentaires étude de l'élimination urinaire. Arch mal prof, 46, 1985, č. 5, s. 318–320. – 7. Cíkr, M., Čábelková, Z., Součková, Č., Tuček, M., Volf: Expozice rtuti ve stomatologických ordinacích. Prac Léč, 1992, č. 4, s. 162–164. – 8. Švábová, K., Urban, Lukáš, E.: Onemocnění z přetěžování horních končetin u zubných laborantu, Prac Léč, 1994, č. 5, s. 197–199. – 9. Nosková, I., Voleková, J.: K problematice rekonstrukcií klimatizačných zariadení operačných sál. Hygiene, 41, 1996, č. 1, s. 32–36. – 10. McDonald, J. C.: Epidemiology of work related diseases. London, BMJ Publishing Group 1995, 498 s. – 11. Trmal, J., Jílková, E., Nechutová, D.: Poranění zdravotníků a jejich zajištění vakcinací proti VHB. Sborník přednášek. Konference nemocniční hygieny a managementu nemocnic. Ústí nad Labem, 23. –

24.3. 1995, s. 43–49. – 12. Kopečný, J., Wičanová, O., Dadák, O.: Halotan v krvi anesteziologických pracovníků FNŠP v Brně. *Pracov Lék*, 31, 1979, č. 6–7, s. 253–254. – 13. Hubáčová, L.: Problematika práce na anesteziologických oddeleniach. V: I. otvorený seminár anesteziológov, MFN, 13. 11. 1992 "Pracovné podmienky anesteziológov, s. 18–24. – 14. Chang, W. P., Shane-Rong, L., Tu, J., Hseu, S.: Increased micronucleus formation in nurses with occupational nitrous oxide exposure in operating theaters. *Environmental and molecular mutagenesis*, 27, 1996, s. 93–97. – 15. Krutý, F., Batora, I., Ogurčák, D., Teplý, H., Lopárová, L., Jusko, P., Glasa, J., Holomáň, J., Urbanová, E.: Zdravotný stav pracovníkov ARO chronicky exponovaných halotanu. Zborník prednášok z IX. dní hygieny práce a pracovného lekárstva. Žilina, 1990, s. 19. – 16. Jakab, M., Major, J., Tompa, A.: Genotoxic investigations in nurses preparing cytostatic infusions. V: Abstracts, XIII. National Congress of the Hungarian Society for Occupational Health with International Participants, Budapest, 4–6 October, 1995, s. 50. – 17. Šulcová, M., Zámečníková, M., Špaček, L.: Sledovanie profesionálnej expozície etylénoxidu cytogenetickými metódami. *Pracov Lék*, 47, 1995, č. 4, s. 170–175. – 18. Anderson, W. J. R., Cooper, C. L., Willmott, M.: Sources of stress in the National Health Service: a comparison of seven occupational groups. *Work and Stress*, 10, 1996, č. 1, s. 88–95. – 19. Vanhome, M.: Mental disorders of physicians. *Arch Publ Health*, 51, 1993, č. 9–10, s. 373–386. – 20. Wondrák, E.: K problematice sebevražednosti z historicko-medicínskeho pohľadu. *Čas lék čes*, 135, 1996, č. 4, s. 281–284. – 21. Mallet, K., Price, J. H., Jurs, S. G., Slenker, S.: Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical

care nurses. *Psycholog Rep*, 68, 1991, s. 1347–1359. – 22. Becker – Carus, C., Günther, G., Hannich, H. J.: Stress and situation specific coping behavior in intensive care unit nursing staff. *Work and Stress*, 3, 1989, č. 4, s. 353–358. – 23. Payne, R.: Stress in surgeons. V: R. Payne, J. Firth-Cozens: *Stress in health professionals*. Chichester, Wiley 1987. – 24. Costa, G., Micciolo, R., Bertoldi, L., Tommasini, M.: Absenteeism among female and male nurses on day and shiftwork. V: G. Costa, G. Cesana, K., Kogi, A. Wedderburn (eds). *Shiftnational symposium on night and shift work*. Verona, Italy, Frankfurt am Main, Peter Lang 1989, s. 62–67. – 25. Schmieder, R. A., Smith, C. S.: Moderating effects of social support in shiftworking and non-shiftworking nurses. *Work and Stress*, 10, 1996, č. 2, s. 128–140. – 26. Gestal, L. L.: Occupational hazards in hospitals: accidents, radiation, exposure to noxious chemicals, drug addiction and assaults. *Br J Ind Med*, 44, 1987, s. 510–520. – 27. Hubáčová, L.: Medzinárodné sympóziu "Ergonómia nemocnice". *INFOZ*, 1992, č. 1, s. 31–32. – 29. Stoessel, U., Hofmann, F., Düringer, C., Schumacher, M.: Low back pain nurses – Epidemiology and prevention. V: Abstracts, L'ergonomie á hôpital, Paris, 8–10 juillet 1991, 3, s. 4.

Do redakcie došlo:
8. apríla 1997

Adresa autoriek:
MUDr. L. Hubáčová, CSc.
Líščie údolie č. 53,
841 05 Bratislava

P. Pšenková, O. Wasserman
Urologické oddelenie Detskej fakultnej nemocnice
s poliklinikou v Bratislave

Starostlivosť o trvalú inkontinentnú deriváciu moča u dieťaťa

Súhrn: Objasňuje sa pojem derivácia moču a uvádza sa postup jej nekontinentnej formy metódou podľa Brickera. Autori opisujú jej indikácie, starostlivosť pred touto operáciou a komplikácie po nej (skoré i neskoré), ošetrovateľskú starostlivosť o operačnú ranu a ureterálne katétre a najmä starostlivosť o pokožku a postup pri výmene stomického vaku.

KLúčové slová: derivácia moču, inkontinencia moču, starostlivosť o stómiu.

Pod pojmom derivácia moču rozumieme odtok moču i-nou cestou než prirodzenou. Derivácie moču sa robia pri rozličných ochoreniach a sú buď dočasné alebo trvalé.

Trvalá derivácia moču znamená pre pacienta, že so stómiou bude žiť celý život, pokiaľ sa z lekárskeho hľadiska nenájde iná možnosť. Je indikovaná pri nádoroch močového mechúra, pri vrodených chybách (extrofia močového mechúra), pri neurogénnych poruchách močenia spojených s trvalou inkontinenciou alebo retenciou moču (1).

Na našom pracovisku sa používa chirurgická metóda, ktorou sa vytvára nekontinentná derivácia moču podľa Brickera. Podstatou je exkludovaná slučka tenkého čreva, ktorej jeden koniec vyúsťuje navonok (stómia) a na druhom konci sú implantované oba močovody. Stómia spravidla ústi v pravom mezogastrii. Takáto stómia je inkontinentná – to značí, že neustále odkvapkáva moč, ktorý sa zhromažďuje do vonkajšieho rezervoára fixovaného o kožu okolo stómie.

Predoperačná starostlivosť spočíva v dôslednom oboznámení pacienta, u detí najmä rodičov, s dôvodom operácie, samotným výkonom a hlavne so stómiou. Treba vziať do úvahy aj intelektovú a emocionálnu úroveň pacienta a rodičov. Väčšina z nich totiž cíti veľké obavy, ktorých príčinou je zväčša nedostatok informácií, nedostatočné chápanie a akceptovanie zmien, ktoré prináša operácia najbližším pacienta, fyzická a psychická izolácia chorého. Preto ku každému dieťaťu a rodičovi treba pristupovať individuálne.

Správne predoperačné označenie polohy, miesta stómie, je potrebné, pretože zlé označenie potom robí ťažkosti v udržiavaní vaku a veľmi často vedie k presakovaniu moču s následnou maceráciou kože močom. Označenie polohy stómie by sa malo urobiť deň pred operáciou chirurgom, a to takto: na brucho pacienta sa prilepi podložka, aby sa určilo správne miesto. Pacient by mal striedavo sedieť, chodiť a predkloniť sa. Táto technika zaistí, že pre miesto vývodu sa vyberie najvhodnejší bod. Ak je možné, vyhneme sa umiestneniu stómie príliš blízko týchto miest: linia pásu, pupok, jazvy a záhyby z predchádzajúcich operácií, bedrová kosť a miesta s chronickou iritáciou kože.

Samotná predoperačná príprava pacienta je dlhodobá. Spočíva v dôkladnej príprave a vyprázdnení čreva, čo dosiahneme bezvyškovou diétou, laxatívami (Guttalax kvapky) a očistnými klyzmami. Pacient dostáva profylakticky antibiotiká. Na našom pracovisku podávame najčastejšie gentamycín alebo cefalosporíny (Zinnat).

Po operácii sa dieťa prekladá na jednotku intenzívnej starostlivosti, kde ostáva do stabilizácie vitálnych funkcií. V bezprostrednom pooperačnom období sa vyústené črevo – stómia – drénuje cievkami zavedenými do močovodov (pravý a ľavý ureterálny katéter). Pacient má zvyčajne zavedený drén v operačnej rane, ktorý sa ruší na 3. – 5. pooperačný deň, ak neodvádza väčšie množstvo sekrétu. Pravý a ľavý ureterálny katéter sa ponecháva 8 – 9 dní.

Komplikácie pri stómiiach. Po vytvorení stómie môžu vzniknúť komplikácie, ktoré si vyžadujú liečbu, prípadne ďalšiu operáciu.

K skorým komplikáciám patrí krvácanie stómie alebo jej nekroza, ktorá zväčša končí zúžením stómie. Ďalšou vážnou komplikáciou môže byť *uvolnenie* stómie s následným prolapsom (prepad). Tento stav si vyžaduje neodkladnú chirurgickú korekciu.

Medzi neskoré komplikácie patrí *ulcerácia* (zvrdevovanie), *strikúra* (zúženie) a rôzne *peristomické zmeny* (macerácia kože, exantém). Neprijemnou neskorou komplikáciou je *nivelizácia stómie* s okolitou kožou. V takýchto prípadoch sa stáva, že urinál sa neprilievavo fixuje na okolitú kožu a nastáva presakovanie moču, čo má za následok ďalšie komplikácie.

Ošetrovateľská starostlivosť o operačnú ranu a katétre. Sestra dbá na priechodnosť ureterálnych katétrov pravidelným preplachovaním 2 ml sterilnej vody 3x denne, prípadne ináč podľa ordinácie lekára. Sleduje množstvo, farbu a zákal odvádzaného moču. Všetky údaje zapisuje do záznamu o bilancii tekutín. Sleduje aj operačnú ranu, zvlhčuje stómiu fyziologickým roztokom a denne ju sterilne prevážuje. Prípadnú nepriechodnosť katétrov, krvácanie alebo presakovanie moču okolo nich a ďalšie komplikácie hlási lekárovi.

Starostlivosť o pokožku a výmenu vaku. Koža má mnoho funkcií, medzi ktoré patrí ochrana ľudského tela pred vonkajšími vplyvmi. Dôležité je preto učiť pacienta starostlivosti o pokožku v okolí stómie. Pokožka sa musí udržiavať neporušená, čistá a suchá. Vylučovaný moč poškodzuje okolitú kožu a spôsobuje jej maceráciu. Stomik je závislý na stomickom vaku a akonáhle sa koža poruší, jej hojenie môže byť zložitý a pomalý proces.

Po zrušení ureterálnych katétrov začíname pacientovi lepiť na okolie stómie podložku so zberným vreckom. Najprv si pripravíme všetky pomôcky, ktoré budeme potrebovať: podložku (živcovú alebo leukoporovú), vrecko (príslušnej podložke), stómickú šablónu na určenie správnej veľkosti otvoru na podložke. Ďalej nožnice, sterilné štvorce gázy, roztok na odmastenie kože, misku s teplou vodou, prípadne pH neutrálne mydlo. Alkalické mydlá nepoužívame, lebo menia pH kože, čím sa zvyšuje riziko jej porušenia. Čistiacim roztokom odmastíme okolie stómie a kožu dosucha poutierame. Keď je pokožka čistá, suchá a odmastená, priložením šablóny zmeriame veľkosť stómie a podľa nej vystrihneme otvor na podložke. Stred podložky s otvorm priložíme tak, aby tesne priliehal na kožu okolo stómie a mierne pritlačíme. Po odstránení kry-

cej pásky z vonkajšej časti podložky nalepíme celú podložku. Ak dieťa spolupracuje, malo by pri lepení podložky napnúť brušné svalstvo. Na podložku pripevníme zberné vrecko, ktoré musí presne zapadnúť do drážok na podložke. Používame vrecká, ktorých adhezívny povrch je mäkký, jemný, nerozmočí sa a nebude prepúšťať moč. Vrecká majú ventil, ktorým sa moč a môže sa na noc napojiť na veľké zberné vrecko. Životnosť nalepenej podložky s vreckom je individuálna u každého pacienta (3 – 5 dní). Dieťa sa s nalepeným vreckom môže voľne pohybovať, hrať, aj kúpať. Ak podložka drží, stačí podľa potreby vymieňať len vrecká. Ak sa podložka začne odlepovať, treba ju odstrániť čistiacim roztokom a celý postup priloženia podložky opakovať. Ak nastane porušenie kože, používame ochranný krém, film, príp. 0,5 – 2 % roztok genčiánovej violeti, ktorá má širokospektrálny antimikrobiálny účinok. U pacientov, ktorým je potrebné často meniť podložky, môžeme využiť tzv. *"umelú kožu"*. Tá sa lepí priamo na pokožku a na ňu podložka s vreckom. Týmto predídeme častému mechanickému dráždeniu, lebo *"umelá koža"* vydrží niekoľkonásobne dlhšie ako podložka.

Na našom oddelení používame výrobky firmy Coloplast, a to: podložky, vrecká, *"umelú kožu"* a výrobky na ošetrovanie kože: Comfeel – čistiaci roztok, Comfeel – ochranný krém a Comfeel – ochranný film, ktoré majú profylaktický účinok. Používame tiež výrobky firmy Convatec: podložky, vrecká a ochrannú pastu, ktorá slúži na vyrovnanie prípadných nerovností kože, spôsobených pooperačnými jazvami. So všetkými spomenutými výrobkami máme veľmi dobré skúsenosti.

Pacienti s nekontinentnou deriváciou moču predstavujú skupinu najťažšie postihnutých detí, ktoré sú alterované nielen z medicínskeho, ale aj spoločenského, resp. psychického hľadiska. Ich oboznámenie, ako aj ich príbuzných, a ovládanie starostlivosti o stómiu je preto dôležité, ak chceme pacientom skutočne pomôcť v ich nasledujúcom živote.

Pred prepustením dieťaťa so stómiou zvykneme na naše oddelenie prijať aj matku, aby sa mohla podrobne oboznámiť s postupom výmeny podložky a vrecka, s ošetrovaním stómie a sama si to aj nacvičiť.

Myslíme si, že napriek pokroku v medicíne bude perzistovať medzi pacientami aj skupina pacientov s inkontinentnou stómiou. Naše skúsenosti azda pomôžu pri ošetrovaní týchto pacientov sestrami v nemocničnej aj ambulantnej starostlivosti.

Literatúra: 1. Zvara, V., Horňák, M.: Urológia pre sestry. Tretie vydanie. Martin, Osveta 1986, 255 s.

Do redakcie došlo:
11. februára 1997

Adresa autorov:
P.Pšenáková
Budovateľská ul. č.961/6
900 31 Stupava

Ošetrovatel'stvo a jednoduchová očná chirurgia

Súhrn: Autori podávajú informáciu o nových možnostiach využitia počítačov v oblasti ošetrovatel'stva. Poukazujú na nový problém – výkon ošetrovatel'stva v súvislosti s nástupom ambulantnej chirurgie v očnom lekárstve. Zdôrazňujú potrebu individuálneho ošetrovatel'ského procesu na každom pracovisku, individuálneho prístupu ku klientovi a možnosti jeho kontroly riadiacim manažmentom pracoviska. Realizáciu tohoto prístupu umožnilo autorom softverové vybavenie pracoviska. V prílohovej časti autori prezentujú niekoľko modelov ošetrovatel'ských záznamov vypracovaných pre konkrétne situácie.

Kľúčové slová: ošetrovatel'stvo, jednoduchová očná chirurgia, očné lekárstvo, využitie počítačov.

Začiatkom 80. rokov sa sporadicky začalo s ambulatnou očnou chirurgiou. Opatrne a po dôkladných rozboroch dosahovaných výsledkov ambulantných operácií pribúdalo. V r. 1995 a 1996 sa vo vyspelých západných krajinách prakticky rutinne operujú aj veľmi zložité očné operácie ambulantne. Táto metóda je známa pod terminom "out patient surgery". Dôvody sú rýdzo ekonomické. Zdravotné poisťovne nútia manažmenty oddelení aj jednotlivých chirurgov operovať novými metódami. Platba sa realizuje výhradne za zdokumentovaný výkon. Cena hotelovej izby je výrazne nižšia ako cena lôžkodaň. Pacient sa ubytuje v nemocničnom hoteli a pripravuje sa tu na liečebný výkon. Po ošetrení, operácii je opäť prevezený do hotela. Sestra robí denne vizitu na hotelovej izbe, dodržiava určený režim ošetrovania a v prípade komplikácií odporučí vyšetrenie očným špecialistom. Celý proces sa sleduje počítačom.

V slovenských nemocniciach je iná situácia. Poisťovne vyplácajú oddeleniam za pacienta jednotnú sumu za lôžkodaň alebo diferencovaný lôžkodaň. Suma nerešpektuje povahu ochorenia a cenu vykonaných diagnostických a liečebných výkonov. Preto sa musí pacient hospitalizovať na určitý čas, aby za pobyt v nemocnici zaplatila poisťovňa aspoň časť vložených nákladov. Vzniká paradoxná situácia: mladí pacienti, podnikatelia, manažéri, finančne dobre situovaní klienti sa dožadujú ambulantnej liečby. Uniká im zisk, v nemocnici nemajú domáci komfort. Starí ľudia, sociálne slabí, dôchodcovia a bezdomovci sa dožadujú liečby v nemocničnom prostredí. Tu majú zabezpečenú stravu, teplo a opateru, bezplatný nemocničný "hotelový štandard" im vyhovuje, sú v kolektíve.

Situácia v západnej Európe a na Slovensku má však jeden spoločný menovateľ. Narastá tlak na potrebu ambulantnej chirurgie. Na Slovensku – v Banskej Bystrici, v Bratislave, podobne aj na našom oddelení sa už ambulantne realizoval celý rad závažných vnútroočných operácií.

V oblasti ošetrovatel'ského procesu vzniká nový fenomén. Klienta je potrebné zvládnuť za jeden den, prípadne za niekoľko hodín, či minút urobiť odhad zdravotného stavu, anamnézu, sociálne vzťahy, sesterskú diagnózu, cieľ, realizáciu, krátkodobé plánovanie a zhodnotenie ošetrovatel'ského procesu. A samozrejme, musí sa priebežne viesť dokumentácia. K tomu je treba pripočítať čas potrebný na diagnostické vyšetrenia a asistenciu pri operáciách. Toto všetko niekoľkokrát denne, lebo neliečime iba jediného pacienta. Všetky menované činnosti sa bez dobrého, kvalitného počítačového informačného systému nedajú

zvládnuť. Na našom oddelení počítače zabezpečujú zaznamenávanie dát do pripravených štandardných textov vytvorených pre konkrétne situácie a skupiny.

Snaha využiť počítače v zdravotníctve je taká stará ako počítače (1). Prvé počítače boli veľké ako automobil, obsluha bola náročná, vyžadovala prítomnosť špecializovaných odborníkov, počítačových inžinierov. Počítače mali slabú pamäť, chýbal špecializovaný softver pre zdravotníctvo. Napriek tomu sa v 70. rokoch začali využívať aj v zdravotníctve. Najskôr v hospodárskych častiach nemocníc na vedenie finančnej dokumentácie a účtovníctva. Neskôr sa počítače začali využívať aj v laboratóriách, stávali sa súčasťou biochemických prístrojov. To bol len krok k ich súčasnému využitiu. Miniaturizácia techniky, obrovská pamäť a operatívnosť, bohatosť softverového vybavenia umožňuje využitie počítačovej techniky aj v mnohých oblastiach činnosti sestry: evidencia, vyplňovanie žiadaniek, formulárov, štatistika, vedenie dekurzu, plánovanie ošetrovatel'stva, výskum a podobne. Práca s počítačom sa stáva integrálnou súčasťou práce sestry. O tejto problematike referoval kolektív autorov očného oddelenia v Revue ošetrovatel'stva a laboratórnych metódik v r. 1996, preto ju spomíname iba okrajovo (2, 3, 4, 5, 6).

V našom príspevku sme chceli poukázať na nové možnosti využitia počítačových softverov v oblasti ošetrovatel'stva s dôrazom na potrebu prísnej individualizácie a špecifikácie ošetrovatel'ského procesu, rešpektujúc rozdielny charakter práce na rozdielnych nemocničných a ambulantných pracoviskách. V prílohe predstavujeme niekoľko počítačových výstupov ošetrovatel'ských záznamov, ktoré sestra dostáva na monitor počítača k ďalšiemu spracovaniu. V origináloch počítačových výstupov sa uvádza plné meno a priezvisko, rodné číslo a presná adresa. Výstup realizovaný cez tlačiareň umožňuje sestru pracovať s textom priamo pri pacientovi. Vyplnený ošetrovatel'ský záznam je uložený v dokumentácii klienta, je kontrolovateľný, predstavuje zdravotnícky dokument a je návodom na prácu sestry s pacientom. Počítačový softver umožňuje pripraviť ľubovoľný počet takýchto záznamov, navzájom ich kombinovať, dopĺňať a aktualizovať pomocou "premenných". Takto pripravený ošetrovatel'ský záznam je použiteľný ako študijný materiál na doškoľovanie sestier a zdravotnú výchovu klientov.

Literatúra: 1. Aldebert, J.: Dejiny Európy, Bratislava, Nadácia Fréderica Beloucha, 1992, 383 s. – 2. Gavorník, P., Hlaváčová, D.: Possibilités of exploitation of a computer net. Ophthalmos fur die Ophthalmologie, 1995, č. 6, s. 28–29. – 3. Gavorník, P., Dachová, K., Hlaváčová, D.: Možnosti využitia počítačovej techniky v zlepšení ošetrovatel'stva a manažmentu oddelení. Revue ošetrovatel'stva a laboratórnych metódik, 2, 1996, č. 2, s. 46–47. – 4. Izák, M.: Súčasná oftalmológia na Slovensku. Lekárske listy, 1996, č. 17, s. 3–4. – 5. Kozierová, B., Erbová, R., Olivierová, R.: Ošetrovatel'stvo I. a II. Martin, Osveta 1995, 1474 s. – 6. Šváčková, H.: Chirurgia sivého zákalu je Kráľovnou oftalmochirurgie. Lekárske listy 1996, č. 17, s. 4–5.

Do redakcie došlo:
23. februára 1997

Adresa autora:
MUDr. P. Gavorník
Vajanského ul. č. 11,
917 01 Trnava

Ošetrovateľský záznam

Klient: V. V.
Rodné číslo:
Adresa: Boleráz
Chorobopis č.: 97/01685

ČP:0111

Lekárska diagnóza

– hlavná: diabetes mellitus
– očné prejavy choroby: retinopatia podľa chorobopisu :
– vedľajšie ochorenia:
.....

Odhad:

spoznať, či si uvedomuje svoj zdravotný stav

Terapia : Inzulíny:
PAD :
Diéta :

Subjektívne a objektívne prejavy ochorenia:

– zrak: dobre, slabo, vidí škrvny
– amputácie:
– ako chodí hore schodmi:
– po koľkých krokoch sa zastaví:
– kľče dolných končatín:
– koža predkolenia: vred predkolenia, varixy
– hmotnosť:
– potenie:
– smäd:
– tekutiny: príjem, výdaj
– glykémie:

Sesterská diagnóza:

.....
.....

Cieľ:

.....
.....

Realizácia:

.....
.....

Hodnotenie:

.....
.....

Trnava 14.02.97 09:05
Vypracoval: Katarína Dachová

Podpis:

Ošetrovateľský záznam

Klient: V. A.
Rodné č.:
Adresa: Hlohovec, 23
Chorobopis: 97/01398
Odhad: pozná príčiny slepoty?

ČP: 0706

Subjektívne pocity pacienta:

- názor na svoju chorobu
- má strach z operácie
- podceňuje operáciu
- podceňuje svoje choroby

Sesterská diagnóza:

Cieľ =

Zdravotná výchova klienta a rodiny.

Realizácia =

Aké ochorenia často spôsobujú zhoršenie zraku po inak úspešnej operácii?

- diabetes: možnosť retinopatie, krvácanie, zlé hojenie rany
- hypertenzia: krvácanie, skleróza na očnom pozadí
- cievne choroby: možnosť cievnych uzáverov – trombózy, oklúzie...
- reumatizmus: možnosť zápalu dúhovky po operácii
- krvné choroby: pooperačné krvácania
- alkohol: poškodenie zrakového nervu
- alergie: búrlivé alergické reakcie na šošovku
- očné ochorenia: poškodenie zrakového nervu, komplikovaná operácia, krátkozrakosť, choroby sietnice, uveitídy a keratitídy, veľké pooperačné alergické reakcie, tupozrakosť...

Hodnotenie:

Trnava 14.02.97 09:32
Vypracoval: Katarína Dachová

Podpis:

Ošetrovateľský proces u pacienta s malígnym melanómom

Súhrn: V práci sestier nastal výrazný posun v oblasti vzdelávania a následnej realizácii získaných vedomostí v praxi. Autorka chce poukázať na aplikáciu ošetrovateľského procesu na Dermatovenerologickej klinike MFN v Martine. Približuje adaptačný model Callisty Royovej u pacienta s diagnózou malígnym melanómom. Dokumentuje zhotovenie ošetrovateľského záznamu s použitím piatich krokov ošetrovateľského procesu. Po určení aktuálnych a potenciálnych problémov opisuje určenie ošetrovateľských diagnóz, z ktorých vychádzajú ciele riešenia. Nasleduje realizácia naplánovaných aktivít: sestra navrhuje riešenia spolu s pacientom, alebo ich aktivizuje sama za a v prospech pacienta. V koncovej fáze zhodnotí ošetrovateľský záznam a jeho význam pre pacienta a pre zdravotníckych pracovníkov.

KLúčové slová: malígnym melanóm – ošetrovateľský proces.

Úloha sestry sa v druhej polovici 20. storočia výrazne zmenila. U nás na Slovensku sa začala meniť po r. 1990. V dnešnej dobe ošetrovateľstvo neznamená len zaistiť všetky ordinácie lekára a základnú ošetrovateľskú starostlivosť. Neznamená len starať sa o chorého človeka. Dnes sa od sestry očakáva podstatne vyššia odborná úroveň a s tým spojená samostatnosť a zodpovednosť.

Koncepcia ošetrovateľstva v Slovenskej republike, ktorá bola schválená Ministerstvom zdravotníctva SR v r. 1995, definuje ošetrovateľstvo ako:

- vednú disciplínu, ktorá má interdisciplinárny charakter s holistickým prístupom k človeku,
- odbor, cieľom ktorého je pomáhať jedincovi, rodine, skupine v zdraví alebo chorobe vykonávať tie činnosti, ktoré prispievajú k zdraviu, uzdraveniu alebo pokojnému a dôstojnému umieraniu a smrti,
- určuje, že predmetom ošetrovateľstva je skúmať ošetrovateľský proces z hľadiska bio–psycho–sociálnych potrieb človeka,
- zdôrazňuje preventívnu, diagnostickú a terapeutickú účinnosť ošetrovateľského procesu na zdravie občanov (1).

Aby sa mohla táto koncepcia realizovať aj v praxi, je potrebné sestry na plnenie nových úloh pripraviť. Podmienky na prípravu sú vytvorené.

Sestry, ktoré pracujú v MFN, majú možnosť zvýšiť si odborné vzdelanie formou vyššieho odborného štúdia na SZŠ Milana Rastislava Štefánika v Martine, bakalárskym štúdiom na Jesseniovej lekárskej fakulte Univerzity Komenského, formou pomaturitného špecializačného štúdia a ďalšími postgraduálnymi aktivitami. Nezanedbateľné je aj neinštitucionálne vzdelávanie na celoživotných seminároch a rôznych celoslovenských a medzištátnych akciách. Tak ako kolegyne, ktoré už skončili štúdium, i my študujúce sa snažíme uplatňovať získané vedomosti v praxi.

Na dermatovenerologickej klinike MFN sme začali aplikovať ošetrovateľský proces pred dvoma rokmi.

Termín ošetrovateľský proces ako prvá zaviedla Lýdia Hallová v r. 1955 a znamená systematickú racionálnu metódu plánovania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Jeho cieľom je zistiť pacientove skutočné alebo potenciálne potreby v starostlivosti o zdravie, vypracovať plán na uspokojenie jeho potrieb, poskytnúť a vyhodnotiť špecifické zásahy na dosiahnutie týchto cieľov.

Ošetrovateľský proces je cyklický, stále sa opakujúci, čo znamená, že jeho zložky nasledujú za sebou v logickom poradí, ale v

tom istom čase môže byť v činnosti viac ako jedna zložka. Základnými zložkami ošetrovateľského procesu sú: odhad, diagnostika, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie. Aby som mohla realizovať ošetrovateľský proces čo najefektívnejšie a individualizovať svoj prístup ku každému pacientovi, musím ho získať na spoluprácu a vzbudiť u neho dôveru.

Realizáciu procesu začínam už pri prijatí pacienta na oddelenie. Prídem k nemu, podám mu ruku a predstavím sa. Zavediem ho do izby pre pacientov a predstavím ho. Oboznámim ho s priestormi a prevádzkou oddelenia.

Na zhotovenie ošetrovateľského záznamu musím mať určité podmienky. V prvom rade dostatok času pre pacienta a k dispozícii miestnosť bez rušivých vplyvov.

U pacienta s diagnózou melanoma malignum som zhotovila ošetrovateľský záznam podľa adaptačného modelu sestry Callisty Royovej.

Callista Royová bola sestra, ktorá sa neuspokojila so základným odborným vzdelaním. Ďalším systematickým štúdiom a vedeckou činnosťou sa stala erudovanou sestrou – teoretičkou, pôsobiacou v Boston College v Massachusetts. Tento adaptačný model bol v r. 1964 časťou jej absolventskej práce na Kalifornskej univerzite v Los Angeles. Je členkou Severoamerického združenia sesterskej diagnostiky (NANDA) (2).

Royová označila pacienta za biopsychosociálnu bytosť, ktorá je v sústavnej interakcii s prostredím a má 4 spôsoby adaptácie: fyziologické potreby, sebakoncepciu, rolové funkcie a vzájomnú závislosť vzťahov. Ošetrovateľským cieľom je prispôbiť sa v každom zo štyroch adaptačných spôsobov v zdraví i v chorobe. Úlohou sestry je podporovať adaptačné mechanizmy manipuláciou stimulov, ktoré naň pôsobia. Ak sú stimuly príliš silné a pacient sa nevie s nimi vyrovnáť, spôsobujú mu záťaž a ujmu na zdraví.

Prvým krokom ošetrovateľského procesu je odhad. Prebieha na dvoch úrovniach. Na prvej zaznamenávam identifikačné údaje o pacientovi. Zisťujem, či sú uspokojené jeho fyziologické potreby, alebo či nie je niečo negatívne v rolových funkciách. Zisťujem sebakoncepciu a mieru závislosti a nezávislosti na iných ľuďoch. Na druhej úrovni sa snažím identifikovať stimuly, ktoré zapríčinili maladaptívne správanie. Zistené údaje zaznačím do predtlačenej formuláru.

V konkrétnom prípade som záznam zhotovila so 64-ročným pacientom. Išlo o dôchodcu, ktorému rástlo znamienko na pravej hornej končatine 6 týždňov. Na našu kliniku ho prijali až po chirurgickom odstránení znamienka s potvrdenou diagnózou na ďalšie vyšetrenie a liečenie. Pri nasledujúcich hospitalizáciách absolvoval chemoterapiu.

Bol ženatý, mal jednu dcéru, ktorú mal veľmi rád. Pôvodne pracoval ako učiteľ na ZŠ. Hrával na trúbku v dychovej hudbe.

Primárnym stimulom, ktorý zapríčinil jeho maladaptívne správanie, bol rast materského znamienka. Choroba ho obmedzovala hlavne psychicky. Dosť sa jej poddával a mal strach z budúcnosti. Nechcel ostať fyzicky závislý na rodine. Najviac sa obával, že ostane závislý na zdravotníckej starostlivosti. Potreboval sa o tento svoj problém podeliť so zdravými ľuďmi, z ktorých, ako hovoril, čerpal silu. V jeho prípade sme to boli my sestry. Najmä popoludní a v nočnej službe sme si vždy našli čas na dlhší rozhovor s ním. Tieto rozhovory mu pomáhali len na krátky čas. Preto sme mu navrhli, aby navštívil psychológa. Túto možnosť využil. Po rozhovo-

roch s ním a po oznámení priaznivých výsledkov vyšetrení sa cítil po psychickej stránke oveľa lepšie. Prestal však chodiť na skúšky dychovej hudby. Nemohol zniesť hluk. Naopak, veľmi rád počúval relaxačné kazety odporúčané psychológom.

Z fyziologických potrieb mal problém s vyprázdňovaním a so zaspávaním. Za 6 týždňov schudol 10 kg, čomu bol veľmi rád. Desať rokov mával vyšší TK a po schudnutí mával hodnoty TK nižšie.

Po zozbieraní údajov formulujem *sesterskú diagnózu*. Je záverom z odpovedí pacienta o skutočných problémoch, či životnom procese a východiskom pre výber ošetrovateľských zásahov.

Súčasťou tretieho kroku ošetrovateľského procesu – *plánovania* – je vytýčenie priorit, cieľov a zásahov, od ktorých sestra s pacientom očakávajú odstránenie alebo zmenšenie zistených problémov a uspokojenie potrieb pacienta.

Štvrtý krok – *realizácia* – znamená uvádzanie ošetrovateľských zásahov do praxe. Uskutočňuje sa cez komunikáciu, opateru, určenie, odborné poradenstvo, vodcovstvo.

V piatom kroku, vo *vyhodnotení*, zisťujem, či sme dosiahli plánované ciele a do akej miery. V prílohe 1 a 2 sú formuláre ošetrovateľského záznamu a formulár pre odhad.

Po dvoch rokoch realizácie ošetrovateľského procesu na našom oddelení nemôžem tvrdiť, že sme pocítili alebo si uvedomili všetky výhody, ktoré má ošetrovateľský proces priniesť.

Jednoznačne však môžem uviesť, že sa zlepšila komunikácia medzi sestrou a pacientom. V správaní sestier je vidieť väčší a cieľavedomejší záujem o pacienta. Proces napomáha pacientovi rozvíjať si zručnosti vo vzťahu k starostlivosti o seba samého, a tak sa stať zodpovednejším za dosiahnutie cieľov. Sestra zasa musí rozširovať svoj vedomostný obzor, aby plány ošetrovateľskej starostlivosti boli čo najefektívnejšie. To prináša uspokojenie mnohých potrieb pacienta a jeho spokojnosť. Nezanedbateľný je aj pocit sestry z dobre vykonanej práce.

Zavedenie ošetrovateľského procesu prinieslo niekoľko zmien do našej práce. Aj keď nám spôsobovali určité ťažkosti a nechuť, pokračujeme v jeho realizácii. Výsledok nášho snaženia – spokojný pacient – nás uistuje o tom, že sme vykročili správnou cestou.

Literatúra: 1. Kurilová, M. M.: Stratégia vývoja ošetrovateľstva na Slovensku, Slovenský zdravotník, 5, 1995, č. 6, s. 1. – 2. Durajová, V.: Royovej adaptačný model. Revue profesionálnej sestry, 2, 1995, č. 6, s. 10–11.

Do redakcie došlo:
11. marca 1997

Adresa autorky:
L. Poništiaková,
Jesenského ul. č. 25,
036 01 Martin

Príloha 1

Ošetrovateľský záznam

Meno:

Priezvisko:

Rodné číslo:

Poisťovňa

Bydlisko:

Číslo tel.:

Povolanie:

Lekárska dg.:

Oslovať:

Stav:

Počet detí:

Príbuzní:

Vierovyznanie:

Terapia:

Alergia:

Pohybový režim:

Výživa:

Dôvod prijatia:

Dátum:

Podpis pacienta:

Podpis sestry:

Formulár pre odhad

	Módusy	Reakcie a správanie	stimuly		
			Ohniskové	Kontextuálne	Ostatné
Fyziologické					
1. Okysličovanie a cirkulácia					
2. Tekutiny					
3. Vylučovanie					
4. Výživa					
5. Aktivita a odpočinok					
6. Celková regulácia					
Sebauvedomovanie					
1. Fyziologické vnútro					
2. Osobnostné vnútro					
Funkcie roly					
1. Primárna					
2. Sekundárna					
3. Terciárna					
Vzájomná závislosť					
1. Závislosť					
2. Nezávislosť					

J. Rosinský
Štátny zdravotný ústav v Komárne

Nové sérotypy *Plesiomonas shigelloides*

Súhrn: Autor uvádza charakteristiku baktériového druhu *Plesiomonas* a poukazuje na možnosť dôkazu týchto mikróbov kultiváciou i podľa biochemických vlastností. V r. 1996 pri pravidelnom vyšetrení vôd prírodných kúpalísk izolovali a cielenou kultiváciou zistili dva kmene *Plesiomonas shigelloides* zo vzoriek vôd štrkovísk Kava a mŕtveho ramena Váh Komárno – Apáli. Pri štúdiu ich sérotypu sa zistilo, že ide o nové sérotypy.

Kľúčové slová: *Plesiomonas shigelloides*, nové sérotypy.

Baktérie druhu *Plesiomonas* systematicky zaraďujeme do čeľade Vibrionaceae ako jeden z rodov tejto čeľade s jedným uvedeným druhom. Prvýkrát ich opísali Ferguson a Henderson v r. 1947 pri štúdiu vlastností *Shigella sonnei*, s ktorou majú spoločné niektoré biochemické a fyziologické vlastnosti.

Plesiomonády možno charakterizovať ako gramnegatívne paličky veľkosti 0,8 x 3,0 mikrometra, rastúce samostatne alebo v krátkych reťazkách. Bakteriálna bunka má polárne umiestnený zväzok bičiek, ktoré vyrastajú z jedného miesta. Pomocou nich

sa pohybuje. Boli izolované z tráviaceho traktu pri gastrointestinálnom ochorení ľudí v miernom pásme i v trópoch, vrátane hnačkových ochorení pripomínajúcich cholery. Sú známe aj mimochrevné izolácie hlavne u osôb oslabených nádorovým ochorením alebo so zníženou imunitou. Sú však doložené izolácie aj u ľudí s normálnou imunitou. Plesiomonády sú rozšírené všeobecne – ubiquitárne: vyskytujú sa u človeka, zvierat a v rôznych druhoch vôd. Usudzuje sa, že vo vodnom prostredí majú svoj prirodzený biotop, odkiaľ sa môžu prenášať na ryby, vodné vtáky a cez psov a mačky na človeka. K týmto úvahám je však potrebná sérotypizácia alebo iné biochemické rozlíšenie plesiomonád. V literatúre sa uvádza vyšší výskyt vo vodách tropických a subtropických pásiem.

Na kultiváciu možno použiť bežné bakteriálne pôdy pre Enterobacteriaceae, na ktorých tento mikrób rastie vo forme jemných kolónií s charakteristickým pachom po shigellách, výrazným najmä na krvnom agare. Z biochemických vlastností je dôležitá pozitívna tvorba cytochrómoxidázy, štiepenie inozitu, slabá zóna hemolýzy baraních krviniek a citlivosť voči vibriostatiku 0129. Väčšina kmeňov je pohyblivá, fermentujú viaceré cukry s tvorbou kyselín, ale bez plynu.

V októbri 1996 sme pri pravidelnom vyšetrovaní vzoriek vôd v rámci úlohy hlavného hygienika "Sledovanie kvality vôd prírodných kúpalísk" izolovali cieľenou kultiváciou dva kmene *Plesiomonas shigelloides* zo vzoriek vôd štrkovísk Kava a mŕtveho ramena Váhu Komárno – Apáli. Kmene mali všetky charakteristické bio-

chemické, fyziologické a morfológické vlastnosti uvedeného bakteriálneho druhu. V rámci spolupráce boli zaslané vedúcej referenčného laboratória pre plesiomonády a yersinie Ústavu preventívnej a klinickej medicíny Bratislava RNDr. E. Urgeovej za účelom určenia bližšieho sérotypu. Ich antigénna štruktúra však bola odlišná od súčasnej medzinárodnej schémy známych sérotypov, boli teda označené ako nové sérotypy. V r. 1992 bolo známych 71 sérotypov podľa O – antigénu a 41 sérotypov podľa H – antigénu. Za účelom určenia presnej antigénnej štruktúry a číselného zaradenia do medzinárodnej japonsko-československej schémy vykoná ich presné sérologické vyšetrenie Štátni zdravotní ústav Praha – CEM, referenčné laboratórium pre Vibrionaceae, kde sú sústreďované kmene z viacerých štátov sveta, ako aj bývalého Československa. Vzhľadom k tomu, že presné sérotypy doteraz neboli určené, je možné, že u oboch kmeňov pôjde o identický sérotyp.

Kmene *Plesiomonas shigelloides* sú navzájom biochemickými testami prakticky nerozlišiteľné, najvhodnejšou a najprístupnejšou metódou ich vnútornej diferenciacie je ich sérotypizácia, ktorá má význam zvlášť pri epidemiologických šetreniach, ako aj pri štúdiu ekologického výskytu vo vzorkách životného prostredia.

Do redakcie došlo:
10. februára 1997

Adresa autorov:
RNDr. J. Rosinský,
Malá Jarková č. 48/28
945 75 Komárno

A. Drončková
Štátny zdravotný ústav Košice–mesto

Mikrobiologická problematika bylinkových čajov

Súhrn: Autorka uvádza, že časť populácie sa snaží zmeniť svoje stravovacie návyky, pričom stále stúpa používanie liečivých rastlín a ich priemyselné upotrebenie. Bylinkové čaje sú oddávna známe svojimi liečivými účinkami. Zvýšil sa záujem o ich konzumáciu ako aj ich sortiment v predaji. Kritériá pre ich mikrobiologické hodnotenie nie sú uvedené v STN a v prijateľnej forme ani v Čsl liekopise. Autorka preto vyšetřila 21 druhov bylinkových a 8 druhov čiernych čajov prevažne slovenskej a českej produkcie kultiváciou v tekutých pôdach a mykologicky. Nezistila vo vzorkách mikromycety, ale pomere často našla potenciálne toxikogénne kmene, ktoré môžu pri nesprávnom skladovaní spôsobiť ochorenie. Preto odporúča svoje výsledky, použiť v navrhovanej norme pre mikrobiologické hodnotenie požívatin a obalov.

Kľúčové slová: bylinkové čaje, mikroorganizmy.

Úvod

Výživa je základnou potrebou človeka. Potrava je jedným z faktorov prostredia, ktorý má veľmi významný, ak nie rozhodujúci vplyv na vývoj a zdravotný stav organizmu obyvateľov (1).

V súvislosti so zvyšujúcim sa výskytom civilizačných chorôb sa v posledných rokoch stále viac ľudí zaujíma o stav životného prostredia a kvalitu prijímaných potravín. Práve nepriaznivé vplyvy životného prostredia a nevhodný spôsob výživy sa totiž nemalou mierou podieľajú na vzniku týchto chorôb.

Časť populácie sa preto snaží zmeniť svoje stravovacie návyky a spôsob života. Mnohí prechádzajú na rôzne spôsoby vegetariánskeho, prípadne makrobiotického stravovania, základom ktorých je konzumácia prírodných potravín podľa možnosti v surovom stave alebo šetrne upravených (2). Stále stúpa používanie liečivých rastlín a ich priemyselné upotrebenie. Sušená liečivá rastlina, t. j. droga, stáva sa stále viac priemyselnou surovinou, preto je treba na ňu dnes hľadieť trochu inak ako kedysi a prísne dbať na jej požadovanú kvalitu (3). S tým úzko súvisí aj obmedzovanie konzumácie priemyselne vyrábaných, chemicky konzervovaných, stabilizovaných, prifarbovaných, aromatizovaných a sladených nealkoholických nápojov a ich náhrada bylinkovými čajmi, oddávna známymi aj svojimi liečivými účinkami.

Ich sortiment v potravinárskych predajniach, rôznych bio-predajniach a lekárňach sa v posledných rokoch značne rozšíril a zvýšil sa záujem o ich konzumáciu. V odbornej literatúre sme sa doteraz nestretli s charakteristikou ich mikrobiologického obrazu. Kritériá pre ich mikrobiologické hodnotenie nie sú uvedené v STN a pôvodne neboli ani v návrhu smerníc pre mikrobiologické hodnotenie požívatin a obalov, ktoré v SR ešte nenadobudli oficiálnu platnosť a v prijateľnej forme ani v Čsl. liekopise. Snažili sme sa preto vlastnými vyšetreniami získať čiastočný prehľad v tejto oblasti.

Tabuľka 1. Bylinkové čaje

Druhy čajov	Celkový počet zárodkov KTJ/g	Koliformné baktérie KTJ/g	Plesne KTJ/g
1. Čaje s dobrou mikrobiologickou kvalitou	$\leq 2 \cdot 10^4$	≤ 23	$\leq 1 \cdot 10^3$
2. Čaje s vyššou mikrobiálnou kontamináciou	$5 \cdot 10^2$ až $1 \cdot 10^4$	$\leq 5 \cdot 10^2$	$3 \cdot 10^2$ až $3 \cdot 10^3$
3. Čaje s vysokou mikrobiálnou kontamináciou	$1 \cdot 10^5$ až $1 \cdot 10^6$	$1 \cdot 10^2$ až $1 \cdot 10^5$	$\leq 4 \cdot 10^4$

MATERIÁL A METÓDY

Celkovo sme vyšetrili 21 druhov bylinkových čajov (cca 10 vzoriek z jedného druhu) prevažne českej a slovenskej produkcie, len časť bola poľskej výroby. Pre porovnanie sme vyšetrili aj 8 druhov čiernych čajov (po 2 vzorky). Pri všetkých vzorkách sme pre zistenie celkového počtu mikroorganizmov a koliformných baktérií použili metódu kultivácie v tekutých pôdach (ČSN 56 0086 a 56 0084), hlavne kvôli drobnej drti z vyšetrovaného materiálu, ktorá značne sťažuje kvalitatívne hodnotenie na tuhých pôdach. Typizácia plesní sa vykonala v mykologickom laboratóriu ŠŠZÚ Košice.

ČIERNE ČAJE

V STN 58 1350 Čaj čierny fermentovaný – spoločné ustanovenia sú v bode 8 ("mikrobiologické požiadavky"), kvantitatívne uvedené len povolené počty plesní, a to 100 KTJ/g, čo je nereálne nízka hodnota.

Kritériá uvedené v návrhu smerníc:

Celkový počet mikroorganizmov (CPM): do $5 \cdot 10^3$ KTJ/g

Koliformné baktérie: 0 KTJ/g

Plesne: do 10³ KTJ/g

Vyšetrené druhy

Cejlónsky čaj, Orient zmes, Zlatá zmes, Čínsky čaj, Royal tea – English, Royal tea – India, Orient – zelený obal, Orient – bordový obal.

CPM: 40 až $9 \cdot 10^2$ KTJ/g (v jednom prípade 10^4 KTJ/g Orient – zelený)

Koliformné baktérie: 0 KTJ/g (v jednom prípade *E. coli* a *Enterobacter* sp. z rozmnoženia – Royal tea – India)

Plesne: 0 až $5 \cdot 10^2$ KTJ/g (v dvoch prípadoch rádovo 10^3 KTJ/g Royal tea – India)

Izolované baktérie: Aeróbne sporulanty, *Erwinia* sp., mikrokoky, *E. coli*, *Enterobacter* sp.

Izolované mikromycety: *Aspergillus niger*, *Paecilomyces* sp. 2x, *Aspergillus flavus* 1x.

Z celkového počtu vyšetrených vzoriek (14) nevyhovovali požiadavkám uvedeným v návrhu smerníc 3 vzorky t. j. 21 %.

BYLINKOVÉ ČAJE

Bylinkové čaje sme rozdelili podľa zistených výsledkov do 3 skupín:

1. Čaje s dobrou mikrobiologickou kvalitou:

Šípkovo–ríbezľový, Jablčníkový (herba *Marubii albi*), Malinový list, Jahodový list, Herba lubelská s ovocem aronii, Praslička.

CPM: do $2 \cdot 10^4$ KTJ/g

Koliformné baktérie: do 23 KTJ/g

Plesne: 0 až 10^3 KTJ/g, pričom 60 % vz. obsahovalo do 10^2 KTJ/g

Izolované baktérie: Aeróbne sporulanty, koky, *Erwinia* sp. *Enterobacter* sp.

Izolované mikromycety: najčastejšie *Aspergillus niger*, *Mucor* sp., *Penicillium* sp., menej často až ojedinele *Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus* sk. *glaucus*, r. *Scopulariopsis* sp., *Paecilomyces* sp. a len v jednom prípade *Aspergillus flavus*.

2. Čaje s vyššou mikrobiologickou kontamináciou:

Šípkový čaj, Šalvia, Species urologice, The Salvat, trezalka, Lipový čaj, Bazový čaj.

CPM: $5 \cdot 10^2$ až $1 \cdot 10^6$ KTJ/g

Koliformné baktérie: do $5 \cdot 10^2$ KTJ/g (pričom 90 % vz. obsahovalo do $1 \cdot 10^2$ KTJ/g)

Plesne: do $3 \cdot 10^3$ KTJ/g (pričom 82 % vz. obsahovalo do $1 \cdot 10^3$ KTJ/g)

Izolované baktérie: okrem už spomínaných v prvej skupine ešte: *Aeromonas* sp., *Klebsiella* sp., *E. coli*.

Izolované mikromycety: *Aspergillus niger*, *Aspergillus fumigatus*, rody *Penicillium*, *Mucor*, menej často *Aspergillus flavus*, *Scopulariopsis brevicaulis*, *Alternaria*, *Rhizopus*, *Absidia*, *Trichoderma* a *Aspergillus* sk. *glaucus*.

3. Čaje s vysokou mikrobiologickou kontamináciou:

Mata pieporná, Sennové lusky, Žihľava, Harmanček, Myši chvost (*Achillea*), Jerba maté (*Cesmína paraguajská*), Urtica fix.

CPM: $1 \cdot 10^5$ až $1 \cdot 10^6$ KTJ/g (pričom 65 % vz. obsahovalo nad $1 \cdot 10^6$ KTJ/g).

Koliformné baktérie: $1 \cdot 10^2$ až $1 \cdot 10^5$ KTJ/g (pričom 60 % vz. obsahovalo do $5 \cdot 10^2$ KTJ/g).

Plesne: do $4 \cdot 10^4$ KTJ/g (pričom 70 % vz. obsahovalo do 10^3 KTJ/g)

Izolované baktérie: ako v predošlých skupinách, navyše ešte fekálne *E. coli*.

Izolované mikromycety: najčastejšie zástupcovia rodu *Mucor*, *Aspergillus* (hl. *niger*, len v žihľave *flavus*), *Penicillium*, menej často *Aspergillus fumigatus*, A. sk. *glaucus*, *Scopulariopsis*, *Paecilomyces*, *Botrytis cinerea*.

V mäťovom čaji sme vo všetkých vzorkách zistili aj kvasinky, a to množstve $1 \cdot 10^5$ KTJ/g.

VÝSLEDKY

Okrem poslednej skupiny čajov sa vo vyšetrovaných vzorkách nevyskytovali vysoké počty mikromycet, ale pomerne často boli zastúpené potenciálne toxigénne kmene, ktoré môžu pri nesprávnom skladovaní predstavovať určité zdravotné riziko.

U čajov z druhej skupiny a tretej skupiny sme pre kontrolu podľa návodu pre spotrebiteľov uvedeného na obale pripravili výluhy (podľa návodu na prípravu), ktoré sme vyšetrili rovnakým spôsobom ako čaj. Celkovo sme vyšetrili 75 vzoriek výluhov z 9 druhov čajov. Rozbor sme vykonali cca 15 min. po príprave výluhu (po ochladení na teplotu vhodnú pre konzumáciu). U harmančeka, ktorý mal najhoršie mikrobiologické výsledky, sme výluhy (celkom 25 vzoriek) vyšetrili aj po 2 hodinách a po 4 hodinách. Výluhy kontrolované po 2 hod. mali podobný mikrobiologický obraz ako výluhy po 15 minútach. U výluhov kontrolovaných po 4 hod. nastal ešte mierny pokles CPM a plesní. Pri príprave výluhov podľa návodu nastala prakticky úplná eliminácia koliformných baktérií, CPM poklesli rádovo až o 3 desiatinné miesta a počty plesní sa znížili rádovo o 2 desiatinné miesta. Aby sme získali reálny obraz o mikrobiologických pomeroch v pripravených výluhoch, museli by sme vyšetriť väčšie množstvo výluhov a podstatne predĺžiť čas od

prípravy výluhu po posledné vyšetrenie, čo však presahuje praktický význam vyšetrenia, ktoré sme sledovali.

DISKUSIA

Ako z uvedených prehľadov vidieť, bylinkové čaje majú značne nepriaznivý mikrobiologický obraz (tab. 1). V dôsledku iných podmienok zberu a úplne odlišnej technológie spracovania nie je možné ich mikrobiologický obraz porovnávať s mikrobiologickým obrazom čiernych čajov a nemôžu pre ne platiť rovnaké mikrobiologické kritériá. Ani bylinkové čaje z prvej skupiny s najlepším mikrobiologickým obrazom, by pri hodnotení týchto kritérií neobstáli. Výluhy, získané podľa návodu, mali prijateľný mikrobiologický obraz. Vzhľadom na krátkosť pôsobenia vyššej teploty (čaje sa len zaparujú a nevaria) nemusí však pri príprave výluhu nastať inaktivácia toxických látok, ktoré mohli v čaji vytvoriť pri ich dlhodobom skladovaní prítomné baktérie alebo plesne, ani úplná eliminácia prípadne prítomných patogénnych mikroorganizmov (4).

ZÁVER

V poslednom období sa konzumácia bylinkových čajov značne zvýšila, a to nielen pre ich liečivé účinky, ale ako náhrada za neal-

koholické nápoje. Keďže sú bohato zastúpené v sortimente potravinárskych predajní a špecializovaných biopredajní, myslíme si, že aspoň časť z nich by bolo možné považovať za poživatiny a určiť pre ne kritériá na mikrobiologické hodnotenie. Za rovnako naliehavé považujeme určiť mikrobiologické kritériá na hodnotenie čajov používaných výlučne ako liečivá.

Výsledky našej práce v tejto oblasti preto naše pracovisko navrhlo použiť v pripravovanej smernici pre mikrobiologické hodnotenie poživatín a obalov (5).

Literatúra: 1. Kaláč, J.: Výživa v preventívnej medicíne. Revue profesionálnej sestry, 6. XII. 96/ I. 97. – 2. Cabadajová, D., Tkáčová, E.: Mikrobiologický obraz "módnych poživatín". Referát na seminári Čsl. spoločnosti mikrobiologickej, Celadná, okres Frýdek-Místek, 1993. – 3. Kresánek, J., Krejča, J.: Atlas liečivých rastlín a lesných plodov. – 4. Cabadajová, D., Majtanová, D.: Mikrobiologický obraz bylinkových čajov. Referát na seminári Čsl. spoločnosti mikrobiologickej. Košice, 1994. – 5. Cabadajová, D., Blažeková, E.: Mikrobiologický obraz bylinkových čajov a niektorých cereálnych výrobkov. Referát na seminári Hygiena výživy. Pardubice 1993, Bojnice, 1993.

Do redakcie došlo:
13. mája 1997

Adresa autorky:
A. Drončeková,
Kurská ul. č. 14,
040 22 Košice

S. Vlková
Štátny zdravotný ústav v Trenčíne

Kojenecká voda Lucka

Súhrn: V článku sa zdôrazňuje význam bezchybnej pitnej vody a kojeneckej vody podľa platných predpisov, najmä pokiaľ ide o chemické a fyzikálne vlastnosti, osobitne prítomnosť dusičnanov. Tieto totiž môžu, ak sú v kojeneckej vode v nadmernom množstve, spôsobiť methemoglobinémiu.

Autorka oznamuje, že v okrese Nové mesto nad Váhom vyvíera prameň Sáchor, ktorý splňa tieto požiadavky a má aj dostatočnú výdatnosť. Opakované vyšetrenia na rôznych pracoviskách túto skutočnosť v dostatočnej miere preukázali. To bolo podkladom pre súhlas hlavného hygienika Slovenskej republiky používať túto vodu ako vhodnú pre prípravu umelej výživy pre dojčatá. Voda sa plní do sklenených a polyetylenových fľaš a dostáva na trh pod obchodným názvom Lucka. Jej fyzikálne a chemické vlastnosti uvádza autorka v tabuľkách.

Keľúčové slová: Lucka – kojenecká voda – methemoglobinémiu.

Voda je základnou zložkou prírodného prostredia. V ľudskej spoločnosti sa považuje za jednu z najcennejších surovín. Kvalitná pitná voda by mala byť k dispozícii pre každú ľudskú činnosť. Nezastupiteľná biologická funkcia vody vyplýva zo skutočnosti, že voda popri iných funkciách má prvoradý význam pri zabezpečovaní výživy obyvateľstva. Je jedným zo základných substrátov v živej hmote. Má veľa fyzikálno-chemických vlastností, ktoré sú mimoriadne dôležité pre zabezpečenie dejov v živých organizmoch. Všetky biochemické reakcie prebiehajú iba vo vodnom prostredí. Jednotlivé tkanivá si udržiavajú potrebný obsah

vody, aby sa zabezpečil normálny priebeh funkcií. Možno teda právom prijať tvrdenie, že život bez vody nie je možný.

Požiadavky na kvalitu pitnej vody sú všeobecne známe, vedecky zdôvodnené a jej vlastnosti sú dnes technicky kontrolovateľné.

Pre posudzovanie akosti vody určenej na zásobovanie obyvateľstva pitnou vodou a pre ďalšie účely použitia platí STN 75 7111, ktorá nadobudla účinnosť 1. jan. 1991. Táto norma udáva pre obsah dusičnanov najvyššiu medznú hodnotu 50 mg.l^{-1} a odporúča hodnotu 15 mg.l^{-1} . Toxicita dusičnanov spočíva v tom, že v gastrointestinálnom trakte sa môžu redukovať bakteriálnou činnosťou na dusitany. Dusitany reagujú s hemoglobínom na methemoglobín, ktorý nemá schopnosť prenášať kyslík. Krv kojencov vo veku do štyroch mesiacov obsahuje tzv. fetálny hemoglobín, ktorý sa veľmi ľahko mení na methemoglobín. Dôsledkom je potom dusičnanová methemoglobinémiu. U detí starších ako 4 mesiace sa vyvinie enzýmový oxido – redukčný systém katalyzujúci spätnú redukciu methemoglobulínu na hemoglobín.

Ešte zo svojej nástupnej praxe do zamestnania si pamätám konkrétny prípad kojencu hospitalizovaného na detskom oddelení, ktorého matka udávala modranie pier a končatín. Dodatočné vyšetrenie pitnej vody zo studne rodinného domu potvrdilo podozrenie na methemoglobinémiu, pretože koncentrácia dusičnanov bola až 130 mg.l^{-1} .

Štátna technická norma 56 7858 Kojenecká voda udáva najvyššiu medznú hodnotu dusičnanov 15 mg.l^{-1} . To znamená, že stravu pre kojencov umele živých možno pripraviť z vody, ktorá obsahuje menej než 15 mg.l^{-1} dusičnanov. Túto požiadavku je niekedy

Tabuľka 1. Mikrobiologické a biologické ukazovatele

Ukazovateľ	Jednotka	STN 56 7858	Lucka
Fekálne koliformné baktérie	KTJ/100	0	0
Koliformné baktérie	KTJ/100	0	0
Enterokoky	KTJ/100	0	0
Mezofilné baktérie	KTJ/ml	5	0
Psychrofilné baktérie	KTJ/ml	20	0
Živé organizmy	jedinci/ml	0	0
Mŕtve organizmy	jedinci/ml	0	0
Bezfarebné bičkovce	jedinci/ml	0	0
Abiosestón – triptón	%	3	0
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	KTJ/100 ml	0	0

vodného zdroja, ktorý by vyhovoval STN 56 7858 Kojenecká voda.

V obci Lúka nad Váhom, v okrese Nové Mesto nad Váhom, vyvierajú prameň Šáchor, ktorý uvedené požiadavky spĺňa a má aj dostatočnú výdatnosť (40 l.sek.⁻¹). Pôvodný rozsiahly plošný výver bariérového prameňa vznikol na kontakte vápencovo-dolomitických komplexov Považského Inovca s paleogénom a neogénom Podunajskej nížiny. Voda sa zachytáva kombináciou zárezov, štôlní a studní hlbokých 40–100 m do zbernej záchytky. Práce súvisiace so záchytným prameňom sa realizovali v rokoch 1962–1972. Na ochranu vodného zdroja sú vybudované ochranné pásma I. a II. stupňa.

Kvalita vody v prameni Šáchor sa sleduje od r. 1974 podľa vtedy platnej normy ČSN 83 0611. S ohľadom na dnes platnú STN 75 7111 Pitná voda vstúpila do platnosti v apríli 1993 ČSN 56 7858 Kojenecká voda. Táto norma požaduje 1/2 hodnoty v chemických ukazovateľoch a 1/5 hodnoty v mikrobiologických ukazovateľoch oproti STN 75 7111. Analýzy vody prameňa Šáchor boli opakovane robené na OHS Trenčín, ZsVAK OZ Trenčín, VÚH Praha, VÚVH Bratislava, ZsVAK PP Bratislava, CHTF SVŠT Bratislava, ÚPKM Bratislava. Všetky ukazovatele akosti kojeneckej vody vrátane ukazovateľov špeciálneho rozboru vyhoveli norme na kojeneckú vodu (tab. 1 a 2). Kvôli úplnej bakteriologickej nezávadnosti je voda upravovaná UV žiarením. Teplota vody je 11°C.

Tabuľka 2. Vybrané fyzikálne a chemické ukazovatele

Ukazovateľ	Jednotka	STN 56	7858 Lucka
Reakcia vody	pH	6–8	6,97
Chem. spotreba O ₂ – Mn	mg.l ⁻¹	3,0	1,2
Dusičnany	mg.l ⁻¹	15	4,7
Dusitany	mg.l ⁻¹	0,1	0,00
Chloridy	mg.l ⁻¹	100	5,3
Sírany	mg.l ⁻¹	250	16,5
Vápnik + horčík	mmol l.1 ⁻¹	0,9–5	3,00
Železo	mg.l ⁻¹	0,3	0,023
Amónne ióny	mg.l ⁻¹	0,25	0,00
Vodivosť	mS.m ⁻¹	100	18,9

Mikrobiologické a vybrané chemické ukazovatele sa v našom ŠZÚ mesačne kontrolujú. Vo vývoji kvality vody od r. 1974 nenastali podstatné zmeny.

Na základe preukázanej kvality a výdatnosti prameňa dal hlavný hygienik SR súhlas k plneniu, distribúcii a používaniu vody z prameňa Šáchor v obci Lúka ako vody vhodnej na prípravu umelej výživy pre dojčatá. Voda sa plní do sklenených fliaš s obsahom 1 liter alebo do polyetylénových fliaš s obsahom 1,5 litra a pod obchodným názvom Lucka sa distribuuje do obchodnej siete ako kojenecká voda. Voda pred plnením sytená CO₂ (max. 2 g na 1 liter) sa predáva ako voda stolová.

Narodenie zdravého dieťaťa je dar od prírody. Každá starostlivá matka sa snaží dať svojmu dieťaťu všetko, čo k zdravému duševnému a telesnému vývoju potrebuje. V prvých týždňoch života dieťaťa treba, aby siahla po kojeneckej vode Lucka. Keď kvalita pitnej vody v domácnosti nie je vyhovujúca, je ideálne, ak sa dostane Lucka do denného užívania.

Do redakcie došlo:
13. mája 1997

Adresa autorky:
S. Vlková,
413 34 Selec
č. 204

Pani PhDr. Irma Bujdaková, predsedníčka Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov, sa narodila v r. 1935. Po maturite na gymnáziu išla študovať na Lekársku fakultu univerzity v Olomouci, no po štyroch semestroch ju poslali z vysokej školy do výroby. Preto vyvinula značné úsilie, aby mohla maturovať na Strednej zdravotníckej škole *MUDr. I. Háľka* v Bratislave, v odbore zdravotnícky laborant. Potom pracovala ako laborantka, neskôr ako asistentka na Inštitúte pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave, kde popri zamestnaní absolvovala štúdiá na Filozofickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave, ktoré ukončila a získala titul PhDr.

V rokoch 1969–1970 sa začala kreovať samostatná spoločnosť SZP technického smeru pri Slovenskej lekárskej spoločnosti. Vtedy sa snažila zorganizovať pre túto prácu zdravotníckych laborantov. Najskôr založila Sekciu mikrobiologických laborantov, iniciovala založenie a spoluzakladala Sekciu hematologických a histologických laborantov. Spočiatku pracovala v Spoločnosti SZP spolu so sestrami. Po niekoľkých rokoch sa vytvorili dve samostatné spoločnosti: Slovenská spoločnosť sestier a Spoločnosť SZP technických odborov, v ktorej ju zvolili za predsedníčku. Uvedenú funkciu vykonáva až dodnes. V tejto súvislosti ju požiadal vedúci redaktor nášho časopisu o rozhovor:

Ste dlhoročnou predsedníčkou Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov. Akým spôsobom ovplyvňuje Vaša odborná spoločnosť odborný profil svojich členov?

Naša odborná spoločnosť má veľký vplyv na odborný rast našich členov. Každoročne organizujeme konferencie, semináre, pracovné dni podľa sekcií, na ktorých okrem úvodných prednášok, ktoré majú vysokoškolskí pracovníci, prednášajú laboranti, a tak majú možnosť prezentovať svoju prácu a podeliť sa so svojimi skúsenosťami s kolegami. To ich motivuje k sústavnému zdokonaľovaniu svojej práce. S tým sa spája aj potreba sústavného štúdia odbornej literatúry.

Ako usmerňuje výbor Vašej odbornej spoločnosti činnosť sekcií, ktoré pôsobia v odbornej spoločnosti a aké je postavenie výborov týchto sekcií voči výboru odbornej spoločnosti?

Spoločnosť SZP technických odborov má v súčasnosti 7 sekcií: biochemických, hematologických, histologických, mikrobiologických a farmaceutických laborantov, rádiologických asistentov a sekciu hygieny. Predsedovia sekcií sú súčasne členmi výboru našej spoločnosti. Každá sekcia má svoj výbor, ktorý pripravuje samostatne odborné podujatia pre svojich členov najmenej raz, ale i viackrát do roka. Sekcia organizačne podlieha výboru spoločnosti, ako je to v stanovách Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Spravidla raz za volebné obdobie pripravujeme spoločnú akciu pre všetky sekcie, na ktorú volíme tematiku blízku všetkým. Práve v tomto roku v dňoch 25.–27. júna organizujeme kongres na tému *Civilizačné ochorenia a ich laboratórna diagnostika*. Je to téma nanajvýš aktuálna, bude tu blok prednášok o základnom a ďalšom vzdelávaní spojený s diskusiou, kde očakávame výmenu poznatkov o formách vzdelávania so zahraničnými účastníkmi nášho podujatia.

Ste členka redakčnej rady nášho časopisu. Máte k časopisu nejaké kritické pripomienky a čo by ste navrhovali zlepšiť v jeho obsahu?

Som rada, že sa podarilo zaistiť vydávanie našej Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík, všemožne som sa o to usilovala. Podľa našich informácií má časopis dobrú úroveň a je u čitateľov obľúbený. Bola by som však rada, keby pracovníci technických odborov, teda laboranti, asistenti viac prispievali do tohto časopisu svojimi odbornými prácami, poznatkami, postrehmi i diskusiou.

Ako môže náš časopis pomôcť rozvíjať aktivity Vašej odbornej spoločnosti, a naopak, ako môže Vaša odborná spoločnosť skvalitniť úroveň nášho časopisu, okrem získania ďalších aktívnych prispievateľov z členov Vašej odbornej spoločnosti?

Časopis pomáha rozvíjať aktivity našich členov dobrými príspevkami a tak obohacuje ich odborný rast. Domnievam sa, že aj keď má dobrú úroveň, treba ju ďalej zlepšovať stále kvalitnejšími príspevkami. Myslím si, že naši čitatelia by mali aktívnejšie a širšie vyjadriť, čo od časopisu očakávajú a v čom si ho predstavujú zlepšiť. Ako členka redakčnej rady sa domnievam, že náš časopis patrí medzi významné periodiká, vychádzajúce pre sestry a technických pracovníkov, rada prispiejem s našimi členmi k jeho ďalšiemu kvalitatívnemu rastu, aby sa dal porovnávať aj s inými odbornými časopismi.

Na záver chcem povedať, že mi je trochu ľúto, že niektorí mladí zdravotníckí pracovníci sa len veľmi ťažko získavajú pre členstvo v našej spoločnosti a aktívnu činnosť v nej, ktorá je dobrovoľná, nehonoraná a zaberá veľa súkromného času. Treba zlepšiť ich získavanie pre túto prácu, lebo prináša ošoh zdraviu nášho ľudu, úrovni zdravotníctva, ale najmä zvyšovaniu odbornej úrovne týchto pracovníkov.

Ďakujem za rozhovor.

Zhovárал sa:
Prof. MUDr. G. Čiermy, DrSc.
vedúci redaktor

Správy zo SLS

Vyznamenanie Predsedníctva Slovenskej lekárskej spoločnosti pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier v roku 1997

Na návrh Slovenskej spoločnosti sestier Predsedníctvo Slovenskej lekárskej spoločnosti na svojom zasadnutí dňa 16. apríla 1997 udelilo vyznamenania sestrám, ktoré sa zaslúžili o rozvoj Slovenskej spoločnosti sestier.

Zlatá medaila:

Marta Pavliščíková,
Nemocnica s poliklinikou v Prešove

Strieborná medaila:

Elena Kľučiková,
Nemocnica s poliklinikou v Lučenci

Bronzové medaily:

Mgr. Anna Herianová,
Inštitút pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v Bratislave,

Katarína Moťovská,
Nemocnica s poliklinikou vo Zvolene,

Anna Stryčková,
Nemocnica s poliklinikou v Žiline,

Viera Václavová,
Déreterova nemocnica s poliklinikou v Bratislave

Slovenské sestry oslávili svoj sviatok

Slovenská lekárska spoločnosť - Slovenská spoločnosť sestier a Nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta usporiadali slávnostnú celoslovenskú konferenciu pri príležitosti **Medzinárodného dňa sestier**, ktorá sa tohto roku konala v Banskej Bystrici 12. mája - v deň narodenia *F. Nightingalovej*, zakladateľky novodobého ošetrovateľstva.

Konferencia mala časť úvodnú slávnostnú a odbornú. V rámci príhovorov hostí prečítali pozdravný list ministra zdravotníctva Slovenskej republiky, v ktorom vysoko ocenil prácu sestier. Zdravice predniesli viceprimátor Banskej Bystrice, riaditeľ Rooseveltovej nemocnice s poliklinikou, predstaviteľ Slovenskej lekárskej spoločnosti a zástupkyňa Českej spoločnosti sestier. Pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier boli vyznamenané Slovenskou spoločnosťou viaceré sestry za dlhoročnú aktivitu pri rozvíjaní

neinštitucionálneho vzdelávania. Ústrednou témou odborného programu - v súlade s odporúčaním ICN - bola starostlivosť o zdravie mladej generácie. Odznelo 11 odborných prednášok, ktoré sa zaoberali závažnými zdravotnými, psychologickými a sociálnymi problémami (napr. týrané dieťa, mládež a drogy, práva dieťaťa a iné). Konferencie sa aktívne zúčastnili aj zástupkyne Českej spoločnosti sestier.

V Banskej Bystrici v r. 1997 oslávilo svoj sviatok viac ako 200 sestier.

Mgr. A. Čunderlíková
predsedkyňa Slovenskej spoločnosti sestier
D. Dluholucká, hlavná sestra NsP
F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici

Slovenská spoločnosť sestier, Spoločnosť SZP - technických odborov

INFORMAČNÝ LIST

Slovenská spoločnosť sestier a Spoločnosť SZP - technických odborov prešli v roku 1996, tak ako už v minulosti ostatné organizačné zložky SLS, na strojové spracovanie členskej evidencie.

V súvislosti s tým dochádza od roku 1997 k zmene spôsobu platenia členských príspevkov.

Každý individuálne platiaci člen obdrží poštovú poukážku so svojim menom. Posledná časť tejto poukážky spolu s ústrižkom o zaplatení je platnou členskou legitimáciou v roku platenia!

Postup pri hromadnom vyberaní členských príspevkov sa nemení. Inkaso od členov sekcií SZP pri spolkoch lekárov SLS zabezpečia pokladničky, ktoré týmto, ako členky výborov, poveril Sekretariát SLS.

Spôsob vyberania členských príspevkov pokladničkami

- Každá z pokladničiek obdrží zloženky, ktoré budú individuálne vyplnené na meno člena.
- Po vyinkasovaní členského príspevku potvrdí príjem peňazí svojou pečiatkou, podpisom a dátumom na každý diel zloženky.
- Poslednú časť zloženky spolu s ústrižkom označeným "členská legitimácia" odovzdá členovi sekcie ako doklad o zaplatení.
- Prvú a druhú časť si ponechá pokladnička ako vlastný doklad o prijímaní peňazí.
- Stredná časť zloženky označená na rube "správa pre prijímateľa" je dokladom pre účtáreň a členskú evidenciu SLS

■ Pokladnička zapíše údaje zo strednej časti zloženky (meno, vyinkasovaná čiastka) do zoznamu, ktorý spolu s týmito ústrižkami zašle na Sekretariát SLS.

■ Zároveň poukáže vyinkasovanú čiastku, po odpočítaní poštovného, zloženkou SLS na jej účet. Strednú časť zloženky SLS označí na rube svojou pečiatkou a napíše počet členov, od ktorých členská vyinkasovala (napr. 20 čl. x 80,- Sk)

Novoprijatým členom budú zaslané zloženky na zaplatenie členského príspevku až po zaevidovaní členskej prihlášky.

Pre prípadné ďalšie dotazy vo veci inkasa poplatkov prosíme, aby ste sa s nami skontaktovali na tel. číslo 071 374 560, 374 820 (p. Ďuržová) alebo fax 071 212 363

Tešíme sa na spoluprácu a veríme, že spoločne úspešne zvládneme toto náročné obdobie prechodu na nový spôsob spravovania členskej evidencie spoločnosti SSS a Spoločnosti SZP - technických odborov.

Vopred Vám ďakujeme

Za Slovenskú spoločnosť sestier a Spoločnosť
SZP technických odborov
Olga Ďuržová

Za sekretariát SLS
Želmíra Mácová
riaditeľka

Ruka ako nástroj ošetrojúceho

Oleksiv Katharina Pflegezeitschrift, 1997, 50, č.2, 22-24

Autorka vyzdvihuje funkciu rúk pri ošetrovaní pacientov ako dôležitý nástroj umožňujúci mimoverbálnu komunikáciu. Aj keď v našej sociálnej kultúre je do určitej miery tabuizovaný telesný kontakt s osobou, ktorá nám nie je blízka, dotyky ošetrojúceho /ale aj vyšetrujúceho lekára alebo rehabilitačného pracovníka/ majú okrem informačnej hodnoty /palpácia ako vyšetrovacia metóda/ ďalší neoceniteľný význam. Základom je spôsobilosť rúk rozoznávať pomocou kožných receptorov teplo, vlhkosť, chvenie a vibrácie, čo rozširuje informácie o stave pacienta nad rámec slovných údajov a pozorovaní inými zmyslami. Ruka je aj svojou anatomickou stavbou osobitná, zvlášť prispôsobivá umiestniť ako aj dávkovať dotyk ošetrova-

nej osoby, či už pri jej premiestňovaní, polohovaní, hygienickej očiste, alebo pri dotykoch spojených priamo s ošetrovateľskými úkonmi – injekcie, ošetrovanie rán a p.

Ošetrovaná osoba vníma mimovoľné dotyky ošetrojúcej osoby ako prejav osobného vzťahu. Tento môže rozoznávať ako priateľstvo, súcit, poskytovanie istoty, komunikačný prostriedok atď. Takéto kladné pocity závisia na kvalitách a vlastnostiach ošetrojúcej ruky. Niektoré kvality môže zabezpečiť ošetrojúca osoba starostlivosťou o ruky /čistota, primeraná upravenosť/, iné závisia od celkových kvalít ošetrojúceho a od jeho ošetrovateľského umenia.

Prof.MUDr. E. Brixová, DrSc.

Správy z IVZ

Správy z Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve

Plán školiacich akcií v druhom polroku 1997

September 1997

Seminár metodiky vyučovania odborných predmetov v jednotlivých študijných odboroch

Miesto, termín: Modra–Harmónia, 18.9. – 19.9.1997

Špecializačné štúdium na prácu v klinickej neurofyziológii

Miesto, termín: Bratislava, 8.9. – 19.9.1997

PŠŠ Liečebná telesná výchova, III. sústreďenie

Miesto, termín: Bratislava, 8.9. – 19.9.1997

PŠŠ rádiodiagnostika

Miesto, termín: Bratislava, 8.9. – 12.9.1997

TK počítač v administratíve

Miesto, termín: Bratislava, 8.9. – 12.9.1997

Špecializačné štúdium anesteziológie, resuscitácia

Miesto, termín: Bratislava, 16.9. – 26.9.1997

PŠŠ ošetrovateľská starostlivosť o ženu

Miesto, termín: Bratislava, 22.9. – 3.10.1997

PŠŠ lekárstvo

Miesto, termín: Bratislava, 22.9. – 3.10.1997

PŠŠ technológia prípravy liekov

Miesto, termín: Bratislava, 22.9. – 26.9.1997

TK počítač v ambulantnej praxi

Miesto, termín: Bratislava, 22.9. – 26.9.1997

Špecializačné štúdium v domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Miesto, termín: Bratislava, 29.9. – 3.10.1997

PŠŠ intenzívna starostlivosť v chirurgických odboroch

Miesto, termín: Bratislava, 29.9. – 10.10.1997

TK medicína katastrof

Miesto, termín: Bratislava, 29.9. – 3.10.1997

Október 1997

PŠŠ v lekárskej mikrobiológii

Miesto, termín: Bratislava, 6.10. – 10.10.1997

PŠŠ ošetrovateľskej starostlivosti o dospelých

Miesto, termín: 13.10. – 24.10.1997

PŠŠ ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii

Miesto, termín: Bratislava, 13.10. – 24.10.1997

Špecializačné štúdium v klinickej onkológii

Miesto, termín: Bratislava, 13.10. – 24.10.1997

PŠŠ klinická biochémia

Miesto, termín: Bratislava, 13.10. – 17.10.1997

TK základy urgentnej medicíny

Miesto, termín: Bratislava, 20.10. – 31.10.1997

PŠŠ hematológia a transfuziológia

Miesto, termín: Bratislava, 20.10. – 24.10.1997

Diskusné sústreďenie o ochrane zdravia

Miesto, termín: Bratislava, 20.10. – 24.10.1997

Špecializačné štúdium liečebná výživa

Miesto, termín: Bratislava, 20.10. – 24.10.1997

PŠŠ ošetrovateľská starostlivosť o novorodencov

Miesto, termín: Bratislava, 27.10. – 7.11.1997

November 1997

PŠŠ ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v chirurgických odboroch

Miesto, termín: Bratislava, 3.11. – 14.11.1997

TK rizikové faktory

Miesto, termín: Bratislava, 3.11. – 7.11.1997

Špecializačné štúdium v primárnej zdravotnickej starostlivosti

Miesto, termín: Bratislava, 10.11. – 21.11.1997

TK v audiometrii

Miesto, termín: Bratislava, 17.11. – 21.11.1997

TK medicína katastrof

Miesto, termín: Bratislava, 17.11. – 21.11.1997

Špecializačné štúdium v endoskopii

Miesto, termín: Bratislava, 24.11. – 5.12.1997

Špecializačné štúdium v kardiologických vyšetrovacích metódach

Miesto, termín: Bratislava, 24.11. – 5.12.1997

PŠŠ laboratórne metódy v hygiene

Miesto, termín: Bratislava, 24.11. – 5.12.1997

December 1997

TK nové poznatky v liečebnej výžive

Miesto, termín: Bratislava, 8.12. – 12.12.1997

TK kontrola kvality

Miesto, termín: Bratislava, 15.12. – 19.12.1997

PŠŠ pre sestry z hematologických oddelení

Miesto, termín: Bratislava, 15.12. – 19.12.1997

TK hygiena detí
Miesto, termín: Bratislava, 15.12. – 17.12.1997

TK Vojtova metóda
Miesto, termín: Bratislava, 15.12. – 19.12.1997

TK počítač pre sekretárky
Miesto, termín: Bratislava, 15.12. – 19.12.1997

Školiace miesta

ŠM v intenzívnej starostlivosti v interných odboroch

ŠM v gastroenterologickej endoskopii

ŠM v kardiologických vyšetrovacích metódach

ŠM v kardiokografii

ŠM v ergoterapii

ŠM v EEG

ŠM v technických metódach neurofyziológie

ŠM stanovenie a monitoring

ŠM v klinickej biochémi

ŠM v elektromigračných metódach na oddeleniach klinickej biochémie

ŠM laboratórne metódy v chemickom vyšetovaní

ŠM laboratórne vyšetrovacie metódy v genetike

ŠM v diagnostike trombocytov

ŠM v diagnostike vrodených koagulačných ochorení

ŠM v imunológii leukocytov

ŠM v správnej laboratórnej praxi

ŠM v špeciálnej cytochemickej hematologickej diagnostike

ŠM v gynekologickej onkocytológii

ŠM v rádiagnostike

ŠM v nukleárnej medicíne

ŠM v lekárskej mykológii

ŠM v detskej rehabilitácii

ŠM v anestéziológii a resuscitácii

Vysvetlivky: PŠŠ – pomaturitné špecializačné štúdium
TK – tematický kurz
ŠM – školiace miesto

Prvý medzinárodný kongres "Ženy v zdravotníctve" vo Viedni 7. – 8. marca 1997

V dňoch 7. – 8. marca 1997 sa vo Viedni konal medzinárodný kongres "Ženy v zdravotníctve". V rámci sekcie "Zdravotnícke profesie – zdravé profesie pre ženy?" sme predniesli referát "Analýza muskulo–skeletárnych ťažkostí zdravotníckych pracovníčok z dvoch nemocníc".

Konferencie sa zúčastnilo približne 250 účastníkov z celého sveta (predovšetkým žien).

Úvodný referát predniesla *Ilona Kickbusch* zo Svetovej zdravotníckej organizácie zo Ženevy na tému "Zdravie žien – globálny problém". Autorka uviedla, že na svete ročne zomiera pol milióna žien počas gravidity. V mnohých krajinách je problém detskej úmrtnosti. Zdôraznila dôležitosť vzdelania pre úlohu ženy – matky a taktiež potrebu výchovy chlapcov k lepšiemu prístupu k ženám.

Hlavné referáty predniesli dňa 7. marca 1997:

C. C. Nadelson (USA): "Žena ako pacient v roku 1997",

R. Ledermann (USA): "Žena v opatere zdravotníctva",

M. Legato (USA): "Koronárna arteriálna choroba u žien".

Dňa 8. marca 1997 predniesli hlavné referáty:

E. Hoffmann (USA): "Centrá pre ženy",

D. E. Steward (Kanada): "Zaradenie žien do zdravotníckeho výskumu",

B. Wimmer–Puchinger (Rakúsko): "Zdravie žien, štrukturálne handicap, štrukturálne možnosti",

C. Hagemann–White (SRN): "Nezávislosť pri opatere".

C. C. Nadelson uviedla, že v súčasnosti diferencovaný prístup k mužom a ženám v zdravotníckej opatere je kritický, pretože v mnohých krajinách vznikajú výrazné zmeny v zdravotníckom systéme, čo môže mužov a ženy ovplyvniť rôznym spôsobom. Autorka uviedla, že ženy zvyčajne venujú svojmu zdravotnému stavu väčšiu pozornosť a častejšie navštevujú lekára. Profesiou lekára vykonáva viacej mužov v porovnaní so ženami. Ženy lekárky sa pacientom viac venujú, napr. viac s nimi verbálne komunikujú.

R. Ledermann sa vo svojej prednáške zamerala na spokojnosť žien so zdravotníckou opaterou. Uviedla, že spokojnosť pacienta je meradlom zdravotníckej starostlivosti. Zdôraznila význam vzdelania žien pre správnu zdravotnícku opateru.

M. Legato zdôraznila otázky rizikových faktorov pre vznik ischemickej choroby srdca u žien, čo spôsobuje dyslipidémiu u žien v porovnaní s mužmi; je rovnaké liečenie ischemickej choroby srdca rovnako efektívne pre mužov aj pre ženy; prečo ženy diabetyčky trpia vážnejšími formami tejto choroby v porovnaní s mužmi; aký je mechanizmus estrogénovej ochrany proti nej u premenopauzálnych žien; poskytuje hormonálna suplementácia rovnaký stupeň ochrany u postmenopauzálnych žien; keď áno, čo je absolútnou kontraindikáciou pre hormonálnu suplementáciu atď.

Tieto otázky ešte nie sú celkom doriešené a treba sa im v budúcnosti venovať.

E. Hoffmann zdôraznila vo svojej prednáške význam centier v USA, ktoré sa venujú zdravotnému stavu žien.

D. E. Steward uviedla, že zdravotnícky výskum sa zaoberá predovšetkým problematikou mužov bielej rasy a tieto výsledky sa extrapolujú na ženy. Zdôraznila, že medzi mužmi a ženami existujú rozdiely v priebehu a liečení niektorých chorôb.

B. Wimmer–Puchinger uviedla výsledky svojho výskumu. Formou dotazníka oslovila všetkých rakúskych rodinných lekárov (4158), súkromných pediatrov (387), 70 gynekológov a 625 školských lekárov. Z výsledkov dotazníka vyplynulo, že muži–lekári a ženy–lekárky sa líšia v ich percepcii a intervencii v prípadoch zistenia násillia v rodinách. Zatiaľ čo ženy preferujú poskytnutie rady a pomoci, muži podávajú formálnu informáciu a hľadajú právnickú intervenciu.

C. Hagemann–White uviedla, že v profesionálnej zdravotníckej opatere sú dôležité prvky v ošetrovaní starých ľudí a ťažko chorých pacientov. Tejto opatere sa venujú predovšetkým ženy, ich práca sa považuje za pomocnú, v subordinovanej pozícii, nie vždy je primerane zaplatená, aj keď v skutočnosti je veľmi namáhavá a vyžaduje si odborný prístup k pacientovi.

Po prednesení úvodných referátov prebiehalo rokovanie paralelne vo viacerých sekciách a pracovných stretnutiach (napr. riziko vzniku rakoviny u žien, násillie v rodinách a zdravie žien, úloha žien v rámci Európskeho spoločenstva, vzťah matka–dieťa, problémy žien zamestnaných v zdravotníctve, spôsoby komunikácie s pacientami).

S účastníkmi konferencie zo SRN sme rokovali o možnosti získať informáciu o zariadeniach nemocníc pre imobilných pacientov v SRN. Účastníčky nám odporúčali *prof. Schutza* z Lekárskej univerzity v Lübecku, ktorý sa zaoberá geriatricou a psychiaticou.

Diskutovali sme s *I. Kloimüller*, vedúcou "Institute für betriebliche Gesundheitsförderung" vo Viedni, ústavu, ktorý sa zaoberá výskumom podpory zdravia v závodoch. Zaoberá sa okrem iného problematikou sменной práce zdravotných sestier. Je ochotná poskytnúť konzultácie z oblasti hygieny práce v Rakúsku.

Ďalej sme rokovali s *C. Valls–Llobet* z Barcelony, ktorá je vedúcou programu "Žena, zdravie a kvalita života". V rámci tohoto programu sa zaoberá rôznymi štúdiami, napr.: "morbidity žien", "ženy, zdravie a práca", "zdravie matky a dieťaťa", "ženy, zdravie a práca v poľnohospodárstve", "predĺženie života žien", "rozdiely v terapeutickom prístupe k mužom a ženám" a pod.

L. Hubáčová
M. Vargová

Medzinárodné sympóziu "Stres zdravotníkov"

V dňoch 7. až 8. februára 1997 sa v Karlových Varoch konalo medzinárodné sympóziu Stres zdravotníkov. V rámci sekcie Stres zdravotníckych manažérov sme predniesli referát Ergonomické požiadavky na prevádzku zdravotníckych zariadení. Referát bude publikovaný v časopise *Praktický lekár* (ČR).

Na sympóziu sa prednieslo 9 hlavných referátov, týkajúcich sa stresu lekárov, zubných lekárov a sestier.

Na základe poverenia predsedu Českej lekárskej spoločnosti *J. E. Purkyně prof. MUDr. J. Blahoša, DrSc.* úvodné slovo predniesol *O. Gregor*. Uviedol, že lekári i ostatní zdravotnícki pracovníci majú v spoločnosti výnimočné postavenie, a to predovšetkým osobitosťou vzťahu k tým, ktorí od nich potrebujú pomoc, svojou obetavosťou a ďalšími etickými princípmi. Spoločným patogénnym menovateľom u zdravotníkov je zvýšené napätie, stres, ktorý vzniká v pracovných situáciách, z možných pochybností o správnom

postupe a často z vedomia obmedzenia dostupnosti diagnostických a liečebných možností a času. K tomu pristupuje potreba trvalého štúdia a často aj fyzická námaha.

Tento typ stresu má výnimočnú charakteristiku, nie je možná adaptácia naň v tom zmysle, ako ju poznáme zo všeobecnej náuky o strese. Keď je zdravotnícky pracovník svedomitý, nemôže sa na svoje profesionálne strese adaptovať. Môže snáď iba posunúť, nie však veľmi, prah citlivosti stresovej odpovede bez toho, aby trpeli jeho etické zásady.

Stres je možné rozdeliť na stres pozitívny – eustres a negatívny – distres. Na programe rokovania sympózia sa autori zaoberali predovšetkým stresom negatívnym.

V prvom bloku hlavných referátov boli prednesené tieto:

J. Koutecký: Medicína v 21. storočí.

B. Svoboda: Lekárska komora a jej aktivity pri riešení otázok stresu.

J. Pekárek: Stres v ordinácii zubného lekára.

J. Oswald: Stres lekárnikov.

M. Šamánková: Profil zdravotnej sestry.

J. Koutecký uviedol, že nie sú pochybnosti o tom, že v budúcej medicíne budú pribúdať stresory, osobitne stresory psychického charakteru. Sám sledoval počas 48 rokov medicínu v ČR. V odbore detskej onkológie pracoval od r. 1964, teda v odbore, ktorý pravdepodobne zo všetkých najviac prináša zdravotníkom stresy. Vtedy v Českej republike zomieralo 97 % všetkých onkologicky chorých detí. *J. Koutecký* ďalej uviedol, že:

- ľudský vek sa predlžil a v roku 2000 prevýšil počet ľudí starších ako 65 rokov počet detí pod 15 rokov,
- v rozvojových krajinách zomierajú ľudia predovšetkým na infekcie, v rozvinutých krajinách z 3/4 na civilizačné choroby (kardiovaskulárne a nádorové choroby, poranenia). Tie vznikajú väčšinou v dôsledku pôsobenia vonkajších faktorov životného prostredia a porušením noriem správania. Podiel samoindukovaných chorôb sa odhaduje na 30–40 %,
- mala by sa viac uplatňovať preventívna medicína,
- americkí vedci odhaľujú mechanizmus starnutia s cieľom predĺžiť život. V rozvojových krajinách zomrie každých 8 sekúnd jedno dieťa.,
- v r. 1980–1993 klesla detská úmrtnosť o 25 %. V Číne sú zakázané viacnásobné gravidity a novorodené dievčatá sú likvidované,
- z ordinovaných liekov v rozvojových krajinách 30–40 % pôsobí iba ako placebo. Nadmernú konzumáciu liekov zapríčiňujú pacienti, nekompetentní lekári a tlak farmaceutického priemyslu. Pritom polovica svetovej populácie nemá ani základné potrebné lieky,
- významnou príčinou mnohých chorôb a úmrtí v rozvojových krajinách je nadmerná a nevhodná výživa. Pritom najčastejšou prí-

činou smrti na svete je chudoba a hlad. Štvrtina ľudí v rozvojových krajinách (1 miliarda) žije v extrémnej biede, – intelektuálna kapacita človeka urobila v poslednom čase enormný vývoj vpred, emocionálna kapacita však zaostala.

Separácia dieťaťa od rodiny vedie na jednej strane i k separácii od spoločnosti (pojem priateľstva sa vytráca), na druhej strane k hľadaniu spoločnosti náhradnej, často nekvalitnej – drogy, hračie automaty, predčasný sex, brutalita. A tak je často chorobnosť a úmrtnosť už školských detí komplexného pôvodu, pričom dominujú psychosociálne rizikové faktory. Preto tiež v detstve pribúdajú chronické choroby a samovraždy.

V paradoxe k veľkému pokroku medicíny vznikla nová oblasť sociálnej patológie, tzv. "patológia všedného dňa", ktorá je charakterizovaná:

a/ perverzným vzťahom k práci,

b/ zvráteným postojom k peniazom – nič neplatí viac než vlastníctvo,

c/ patologickým správaním vo vzájomnom styku, porucha vzťahu ja – ty a medziľudskej solidarity.

Paradoxom je aj skutočnosť jednostranne akcentovaných technických výtvarných, pri súčasnom zaľudnení sveta 5,6 miliardami ľudí nedostupných. Biomedicínska technika si kládie za cieľ riešiť biomedicínske problémy prevažne technickými metódami. Biotechnika hrozí stať sa antropotechnikou, t. j. riešením biologických problémov jedinečného človeka technickými prostriedkami. Vznikajú spory o priority a vzťahy lekára a pacienta a jej prostredníctvom sa ešte viac odhaľujú. To všetko je stresom.

Napriek všetkým uvedeným aj mnohým ďalším paradoxom sú pokroky medicíny fascinujúce. Na obrovskom pokroku poznania podstaty živej hmoty sa väčšou mierou ako lekári podieľajú nelekári – biológovia, chemici, fyzici, technici a iní. Svedčí o tom počet Nobelových cien za medicínu udelených nelekárom.

V druhom bloku hlavných referátov predniesli referáty:

M. Macek: Stres ako pozitívny životný element.

J. Němec: Komunikácia medzi zdravotníckymi zariadeniami a poisťovňou.

R. Salamanczuk: Kúpele, eustres, distres z hľadiska kúpeľov a z hľadiska pacientov.

L. Vostřáková: Komunikácia medzi štátnou správou a občianskymi aktivitami.

V ďalšej časti rokovania sympózia sa prednieslo 48 referátov v rámci 3 sekcií: Stres lekárov, Stres zdravotných sestier a Stres zdravotníckych manažérov.

L. Hubáčová

M. Vargová

Líščie údolie č. 63

841 05 Bratislava

Ôsma ročná medzinárodná konferencia o výchove v zdravotníckej starostlivosti

Táto konferencia na tému "Sesterská výchova zajtra" sa bude konať 2. až 4. septembra 1997 v Grey College, University of Durham vo Veľkej Británii.

Kontaktná adresa:

SETS LTD., Suffolk College

Rope Walk, Ipswich IP4 1LT

Tel: + 44 1473 296642. Fax: + 44 1473216416

Heslá do slovníka

Manažment – je systém, v ktorom zdroje ľudí, financií a iné vstupy sú riadené v procese, ktorý vedie k dosiahnutiu spoločných cieľov a výsledkov.

Podľa *Harolda Koontza* je to proces, zložený zo súvisiacich sociálnych a technických funkcií a činností, ktoré sa dejú v rámci formálneho organizačného usporiadania za účelom dosiahnutia vopred vytýčených cieľov a využívajú k tomu ľudské a iné zdroje. Je to systém, v ktorom zdroje ľudí, financií a iné vstupy sú riadené v procese, ktorý vedie k dosiahnutiu spoločných cieľov a výsledkov.

Úrovne manažmentu sú: strategický manažment, taktický manažment, operatívny manažment.

Funkcie manažmentu – zahŕňajú činnosti manažéra, ktoré sa realizujú za účelom dosiahnutia cieľa s využitím ľudských a iných zdrojov. Funkcie sa uplatňujú na ktorejkoľvek úrovni manažmentu.

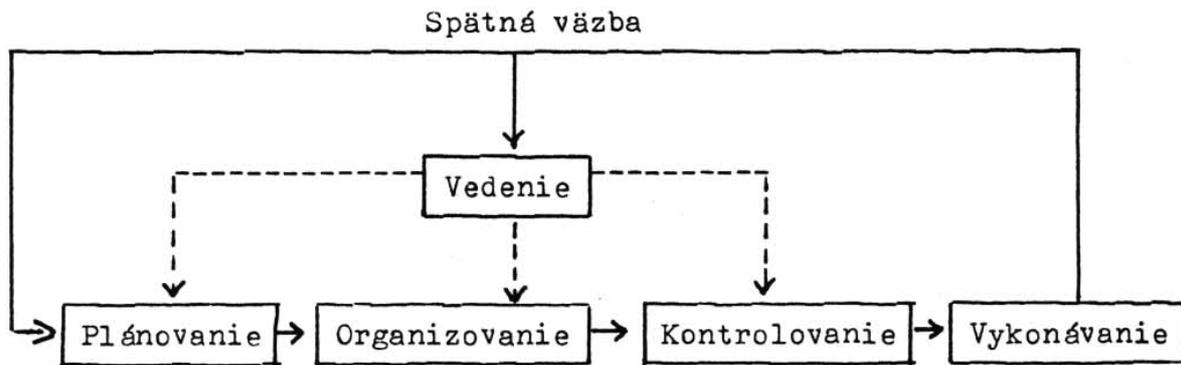
Proces manažmentu ako sústava manažérskych funkcií (podľa *M. Sedláka*)

Plánovanie – je určenie krátkodobých a dlhodobých cieľov, zároveň i činností, ktoré sa musia vykonať, aby sa dosiahli ciele organizácie.

Organizovanie – je pohyb ľudských a materiálnych zdrojov tak, aby sa zabezpečila činnosť, smerujúca k dosiahnutiu cieľov. Kontrolovanie – sleduje a vyhodnocuje prácu za účelom trvalého zlepšovania kvality. Zahŕňa zavedenie štandardov a následné porovnanie výsledkov s týmito štandardami.

Vedenie – motivuje a ovplyvňuje pracovníkov pri plnení činností potrebných na dosiahnutie cieľov organizácie.

*Mgr. M. Ballová
Mgr. M. Stromková*



Komunita – lat. *communitas* – spoločnosť, spoločenstvo, zmysel pre spoločnosť:

1. skupina obyvateľov, ktorí žijú na určitom geografickom území s definovaným sociopolitickým systémom,
2. skupina ľudí so spoločnými záujmami a cieľmi (napr. rodina, škola, pracovisko, záujmová skupina, atď.). Nie je potrebné, aby títo ľudia žili blízko seba.

Komunitné ošetrovatel'stvo – ošetrovateľská starostlivosť o klienta obvykle v mimonemocničných podmienkach. Zahŕňa primárnu, sekundárnu a terciárnu prevenciu. Ide o podporu zdravia, udržiavanie zdravia, zdravotnú výchovu a koordináciu starostlivosti o jednotlivcov, rodiny a skupiny v komunite.

Komunitná starostlivosť je podľa APHA (American Public Health Association) syntézou ošetrovatel'stva a verejnej zdravotníckej praxe, ktorá sa zameriava na podporu a ochranu zdravia populácie. Podstata komunitnej praxe je všeobecná a špeciálna, zahŕňa všetky vekové a diagnostické skupiny a upriamuje sa na jednotlivca, rodinu a skupiny v komunite, čím prispieva k zdraviu národa.

Komunitné zdravie znamená zdravie v komunite. Zahŕňa preventívne služby obvykle v mimonemocničnom prostredí. Náplňou komunitného zdravia je posudzovanie špeciálnych skupín populácie, napr. deti školského a predškolského veku, ženy, starší ľudia prostredníctvom bežného klinického assesmentu a skriningových vyš,šení.

Mgr. S. Kyčinová

Viete, že

- pred 650 rokmi bol zavlečený do Európy mor potkanmi, ktoré dopravili lode z tropických krajín na Sicíliu?
- pred 500 rokmi opísal *N. Leoniceno* klinický obraz syfilisu?
- pred 300 rokmi vykonal *J. Beauliu* v Paríži litotómiu (odstránenie močových kameňov)?
- pred 250 rokmi škótsky lekár *J. Lind* dokázal liečiť skorbut citrónovou šťavou?
- pred 150 rokmi *R. Ross* zistil spôsob prenosu parazita malárie z komára na človeka?
- pred 100 rokmi sa narodil 11. decembra 1897 *Ladislav Dérer*, profesor vnútorného lekárstva na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave, zakladajúci člen Československej a-

kadémie vied a Slovenskej akadémie vied, významný slovenský lekár, pedagóg, vedec a zakladateľ novodobej školy vnútorného lekárstva na Slovensku? Jeho meno nesie nemocnica na Kramároch a ulica v Bratislave. Každoročne sa uskutočňuje Dérov deň a udeľuje Dérerova cena Slovenskej lekárskej spoločnosti. Zomrel v Bratislave 28. marca 1960.

- pred 25 rokmi dňa 16. júna 1972 sa uskutočnila v Dérovej nemocnici v Bratislave prvá úspešná transplantácia obličky na Slovensku? Realizovala ju pracovná skupina lekárov z tejto nemocnice, Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov v Bratislave na čele s *prof. MUDr. V. Zvarom, DrSc., doc. MUDr. J. Rezníčkom, CSc. a MUDr. R. Menkynom.*

(red.)

Správy zo Svetovej zdravotníckej organizácie

Európske fórum ošetrovateľských a pôrodných asociácií a Svetovej zdravotníckej organizácie

V Madride v Španielsku sa konalo dňa 9. novembra 1996 zasadnutie Európskeho fóra ošetrovateľských a pôrodných asociácií za prítomnosti riaditeľa Regionálnej úradovne Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu *Dr. J. F. Asvalla*. Výsledkom tohto podujatia bolo podpísanie Deklarácie o zámeroch, v ktorej sa uvádzajú hlavné ciele tohto fóra, najmä umožňovanie informácií a názorov o zdraví a jeho kvalite v Európe, napomáhanie výmene informácií, názorov a zámerov medzi ošetrovateľskými a pôrodnými asociáciami a Svetovou zdravotníckou organizáciou, integrovanie týchto zámerov a cieľov do ošetrovateľskej praxe a do výchovy ošetrovateľstva a pôrodnictva v základnom i postgraduálnom štúdiu a formulovanie konsenzu o snahách ošetrovateľstva a pôrodnictva s odporúčaniami pre inštitúcie riadiace zdravotníctvo.

Stretnutie riadila pani *Christine Hancock*, prezidentka EU-PVN (European Union's Standing committee of Nurses). Fóra sa zúčastnili ako pozorovatelia výkonná riaditeľka ICN (International Council of Nurses), generálna sekretárka ICM (International Confederation of Midwives) a koordinátorka Standing Committee of Nurses z Európskej únie. Účastníci podujatia zvolili riadiacu skupinu, v ktorej sú zástupkyne zo Švédska, Írska, Španielska, Maďarska, Nemecka, Nórska a zo Svetovej zdravotníckej organizácie. Táto skupina pripraví svoje prvé stretnutie na pôde Regionálnej úradovne Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu na začiatok februára 1997 a plenárne zasadnutie v neskorších mesiacoch toho istého roku.

Podľa *Health Care in Transition*, 1, 1997, č. 2, s. 9.

Dr. Menkyna

Medzinárodný kongres o sesterskom manažmente, výchove a domácej starostlivosti

Toto medzinárodné podujatie sa bude konať v jeseni roku 1997 v Budapešti. Bližšie informácie možno získať na kontaktnej adrese:

Laszlo Vizvari, Director-General

Institute for Basic and Continuing Education on Health Workers 15 Horanszky u., Budapest 1085, Hungary

Tel.: + 36 1 138489. FaX.: + 36 1 1383944

História Lehníc

Dejiny obce Lehnice prešli dlhým a zložitým vývojom, čo svedčí, že dnešná obec vznikla až v r. 1940 zlúčením Veľkého Légu, Malého Légu a Sásy. V r. 1960 pribudlo k nim aj Masníkovo. Listiny z 13. storočia spomínajú obec Lég, ktorá v r. 1239 bola majetkom hradu Bratislava. V záveti palatína *Rolanda* z r. 1280 sa obec pod menom *Legh*, ktorej obyvatelia neskôr užívali práva zemanov. V súpise z r. 1553 sa ako zemepáni spomínajú rodina *Sárkányovcov* a *Ján Zomor*. V r. 1694 medzi najväčšími podielníkmi sa spomína manželka *Szulloa*. K týmto rodinám neskôr pribudli *Benyovskí*. Na začiatku 20. storočia tu hospodárili už od začiatku 19. storočia. V r. 1324 tu mal majetky príslušník rodu *Salamonovcov*, ale tí jej jednu časť prenechali synom *Petra Olgayiho*. V r. 1517 sa tu zjavila rodina *Kislégiovcov*, keď kráľ *Ludovít II.* Pavlovo syna *Petra*, Egedovho syna *Andreja*, Matejovho syna *Blažaja* a ich súrodencov novou donáciou uviedol do tunajšieho majetku. V r. 1608 syn Štefana Léghiho *Šimon* svoje tunejšie dve kúrie daroval manželke *Žofii*. V r. 1675 *Matej Alszegi* a jeho synovia tunajšiu časť majetku dali na 50 rokov do zálohy *Františkovi Szulloovi*, ktorý ale v bitke pri Štúrove padol, a tak manželka *Jána Szulloa* a 3 deti sa delili o jeho majetok, ktorý *Žigmund Szullo* v r. 1802 dal do zálohy *Petrovi Gálfymu*. Do začiatku 19. storočia boli tunajšími zemepánmi *Légiovci* či *Kislégiovci*.

V novej dobe popri *Benyovských* až do r. 1945 boli tu väčšími zemepánmi *Bacsákovci*, *Lelkesovci* a *Domesovci*. Podľa rodinnej tradície rod *Benyovských* pochádza od pána *Michka*, ktorý vraj hral významnú úlohu na dvore *Abu Samuela* (11. storočie). Jeho potomkovia sa volali *Vághyovci*, čo dokazuje, že, pôvodné sídlo rodiny bolo niekde pri *Váhu*. Gróf *Ludovít Benyovský*, vzhľadom na svoje postavenie a svetoznáme meno *Benyovských*, získané *Móricom*, nebol spokojný so svojim sídlom. Tak sa v r. 1880 rozhodol pre výstavbu nového kaštieľa na mieste staršieho. Výstavba sa pretiahla až na úplný koniec 19. storočia, lebo ešte ani *Dr. Samuel Borovský* v knihe *Bratislavská župa* a mesto Bratislava na začiatku 20. storočia tento kaštieľ nespomína a pritom bol skutočne pozoruhodnou stavbou.

Kaštieľ bola poschodová, štvorkrídlová budova s nárožnými vežami, z nich tri boli štvorcové a východná bola oktogonálna, päťposchodová. Kaštieľ budil dojem neorganizovanej stavby, bol až príliš vycibrený. Fasády zdobilo hádam všetko, čo mohlo krásliť podobnú stavbu: veže, množstvo rizalitov, arkíere, arkády, okná rôznych foriem, terasy, balkóny, kované mreže v oknách a hlavne atika, ktorá budila dojem čiastočnej zrúcaniny, čo malo pridať kaštieľu na starobylosť. Podobne bolo riešené aj veľké nádvorie. V tom čase bol pôvodný park rozšírený na dnešnú plochu. Po *Ludovítovi* zdedil kaštieľ jeho syn *Rudolf* (1874-1956), ktorý bol zvláštnou postavou. Získal diplom vied o štáte, od r. 1900 hospodáril na otcovom majetku a dal ho do poriadku. *Rudolf* bol dobrý hudobník, skomponoval množstvo výborných skladieb. Problém nastal, keď mu po r. 1920 bola zhabaná podstatná časť majetkov, keď z pôvodných 2000 jutár pôdy zostalo ledva 500. *Rudolf* videl, že takú obrovskú budovu by nebol schopný udržať v dobrom stave. a tak v r. 1929 sa začalo s búraním kaštieľa. Zostalo iba

východné nárožie s oktogonálnou vežou a zvyškami prifahých krídel, aj to len prízemie, asi ako pamiatka na túto budovu.

V tom istom roku začal gróf *Rudolf Benyovský* so stavbou nového kaštieľa podľa vlastných projektov, ktorý bol ukončený v r. 1930. Stavba stojí neďaleko starého kaštieľa, na sever od neho, dobre ju vidieť z hlavnej cesty. Kaštieľ bol stavaný podľa vzoru anglických a škótskych kaštieľov v akomsi romantickom pseudogotickom slohu. Je to poschodová obdĺžniková budova s dvoma okrúhlymi nárožnými vežami na severnej fasáde a dvoma štvorcovými vežami na južnom priečeli. Celá budova je už riešená moderne s tehlovým cimburím, ktoré obieha po celej budove, podobne ako aj korunná rímsa na spôsob zuboradia. Prízemie s poschodím spája hlavné dvojramenné schodište. Miestnosti, ktoré sú riešené moderne, majú rovné stropy. Zachovali sa len mramorové kozuby, zábradlie schodišťa a v reprezentačných miestnostiach prízemie a poschodia mramorové stĺpy.

Kaštieľ bol po r. 1948 znárodnený a neskôr bola v ňom umiestnená politická škola. V r. 1954 budovu získal Ústav tuberkulózy a respiračných chorôb v Podunajských Biskupiciach a po adaptačných prácach od r. 1956 tu bolo umiestnené posteľové oddelenie ústavu. Výzor kaštieľa sa vtedy dosť zmenil a treba dodať, že k horšiemu. Bolo nadstavené druhé poschodie a naň položená sedlová strecha s vikiermi. Tak cimburie stratilo svoj romantický vzhľad. V tom roku zomrel *Rudolf Benyovský* vo veľkej biede za nedôstojných podmienok. Iným síce pomáhal, no sám sa dobrodenia nedočkal. V priestore anglického parku boli vybudované nové pavilóny a kúpalisko.

V septembri 1978 sa začala výstavba 120 posteľového pavilónu s kompletným rtg oddelením. Vynútila si to situácia v kaštieli, ktorá bola kritická: zatekanie a pretekanie strechy, stropy hrozili prevalením a zrútením. Dňa 22. apríla 1982 sa začala prevádzka v tomto pneumologickom 120 posteľovom pavilóne. Dňa 7. februára 1984 bola slávnostne odovzdaná do prevádzky budova špecializovanej liečebne pre dlhodobu chorých s kapacitou 148 postelí a rehabilitačné oddelenie. V decembri 1985 sa začala prestavba starého kaštieľa úpravou strešnej časti. V r. 1991 v marci bolo otvorené oddelenie rekondície a prírodnej medicíny pod vedením primára *Ignáca Škereňa*. Práca na tomto oddelení bola zameraná na homeopatiu. Dňom 17. augusta 1994 toto oddelenie ministerstvo zdravotníctva zrušilo. Odvtedy je tu interné doliečovacie oddelenie zamerané na liečenie diabetickej nohy.

Kaštieľ je stále majetkom Národného ústavu tuberkulózy a respiračných chorôb v Podunajských Biskupiciach. Po nedávnej rozsiahlej rekonštrukcii, keď interiér kaštieľa dosť prestavali a upravili, sa z neho stalo rekreačno-školiace stredisko Ministerstva zdravotníctva SR (od r. 1991). Väčším prínosom rekonštrukcie bolo, že bola odstránená sedlová strecha a kaštieľ v podstate získal svoj pôvodný vzhľad.

J. Šnegoňová, J. Víziová,
OLÚaRCH,
930 37 Lehnice

Panic Disorder – a Neuropsychiatric Problem Area P. Kukumberg

Summary: Panic disorder is a new diagnostically delineated clinical entity, classified as a paroxysmal disease. Its prevalence in our population is about 4 %. Panic attack (a seizure of the vegetative nervous system accompanied by a particular type of fear) is the basic feature of the disease. Anxiety and even agoraphobia may develop later on. The etiology of the disorder has not been fully elucidated. Dysregulation of some neurotransmitter systems (especially of the adrenergic and serotonergic) is the crucial mechanism involved in panic attack. Supplementary examinations appear to be indicative of functional and possibly also of structural derangement of the brain

stem, limbic system and cerebral cortex. A longterm treatment is required and it is in most cases successful (tricyclic antidepressants, some benzodiazepines). The disease is associated also with an altered psychic perception of a variety of external influences and usually also with depression. Panic disorder requires a multidisciplinary approach.

Key words: panic disorder, panic attack, anxiety, agoraphobia, vegetative nervous system, neurotransmitter systems.

Health Status Alteration of the Medical Personnel L. Hubáčová, D. Henčeková

Summary: Authors present review from Slovak and foreign literature concerning the health status alteration of the medical personnel. The review concerns physical, chemical and biological risks of work and working conditions in hospitals, psychosocial aspects of work, prob-

lem of women's work in hospitals, ergonomic aspects of work and injuries in hospitals.

Key words: medical personnel, health status alteration, working conditions, hospitals

Care Required in Permanent Incontinent Urine Derivation in the Child P. Pšenková, O. Wassermann

Summary: The term "urine derivation" is explained and the procedure of its incontinent form by the method according to Bricker is described. The paper presents the relevant indications, the care required before and after the operation, potential complications, both early and late, the nursing care of the surgical wound and of the ureteral catheters, emphasizing particu-

larly the care of the skin and specifying the procedure in exchanging the stoma bag.

Key words: urine derivation, urine incontinence, care of the stoma.

The Nursing Care Process in the Patient with Malignant Melanoma Ľ. Poništiaková

Summary: A rather marked shift has occurred in the work of nurses concerning both their education and the subsequent application of the knowledge and skills acquired in practice. The materialization of this trend is illustrated on the example of the Department of Dermatovenereology, University Hospital in Martin. The adaptation model of Callista Roy is exemplified on the case of a patient with the diagnostic of malignant melanoma. The elaboration of the nursing care record involving five steps of the nursing process is documented. After setting up the actual and potential prob-

lems, establishment of the nursing care diagnoses is described, which are the basis for determining the aims of the process. This is followed by the materialization of the designed activities. The nurse suggests adequate solutions either in cooperation with the patient or on her own with respect to the patient's benefit. In the end phase the nursing care record is evaluated and its value for the patient and the health care workers is assessed.

Key word: malignant melanoma, nursing care process.

Nursing Care and Outpatient Ophthalmology Surgery P. Gavorník, K. Dachová

Summary: The paper presents information on new possibilities of using computers to advantage in the field of nursing care. A new problem is highlighted, i. e. nursing care performance with regard to the introduction of outpatient surgery in ophthalmology. The authors emphasize the need of individualizing the nursing process at each workplace, of individual approach to the patient and of the possibility to control the process by the management of the institution. These requirements could be met thanks to

the software equipment available at the authors' workplace. In the supplement to the paper, several models of nursing care records, elaborated for actual situations, are presented.

Key words: nursing care, outpatient surgery, ophthalmology, use of computers.

Microbiological Problems of Herbal Teas

A. Drončková

Summary: A part of our population tends to change their nutritional habits, which involves an ever increasing consumption of medical herbs and of their industrial use. Herbal teas have long been known to have curative effects. The increased demand has been accompanied by a broader assortment on the market. The criteria for their microbiological assessment have not been officially established, nor does the Czechoslovak Pharmacopeia present them in an acceptable form. The author examined 21 kinds of herbal and 8 kinds black teas, mostly of Slovak and Czech production,

both in liquid media and mycologically. She did not find any micromycetes in the samples, yet potentially toxicogenic strains which can be pathogenic particularly at improper storage were found to have a rather high occurrence rate. It is recommended to apply the obtained results in the preparation of the suggested norm for microbiological assessment of foodstuffs and packaging.

Key words: herbal teas, microorganisms.

Lucka - Water for Infants

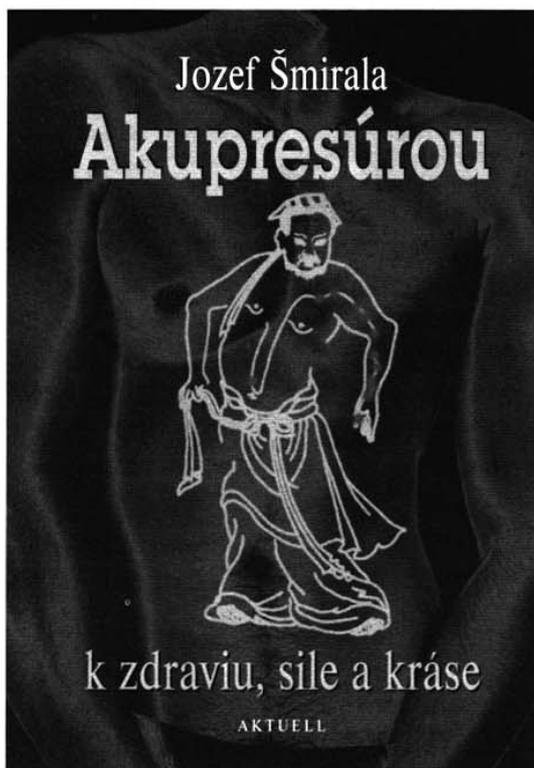
S. Vlková

Summary: The paper emphasizes the importance of flawless drinking water and water for infants, meeting the requirements of the valid regulations, concerning particularly its psychical and chemical properties and especially the presence of nitrates. When contained in excessive amounts in water for infants, nitrates can induce methaemoglobinemia.

The author informs on the existence of the water source Šáchor in the district Nové Mesto nad Váhom, which does not only meet the given requirements but has als an abundant capacity. Its quality has

been verified by repated examinations carried out at different laboratories. On the basis of these results, the Chief Sanitary Officer of the Slovak Republic gave his consent for this water to be used in the preparation of infant formulae. The water is marketed under the trade name Lucka in glass and polyethylene bottles. The paper presents its chemical and physical properties in tables.

Key words: Lucka - Water for infants, methaemoglobinemia.



Akupresúra patri medzi najstaršie medicínske postupy, ktoré sa v Číne a v krajinách Orientu používajú už asi štyri tisíc rokov. Teoreticky vychádza z tých istých základov ako akupunktúra. Využíva systém jej dráh a aktívnych bodov, ktoré pri liečbe a prevencii ovplyvňuje rôznymi formami lokalizovaného tlaku a masážnych úkonov.

Výhodou akupresúry je jej jednoduchosť, neinvazívnosť a bezpečnosť. Je absolútne nebolestivá. Dobre ju znášajú aj deti a precitlivení ľudia. Po získaní poznatkov a skúseností ju môže vykonávať aj sám pacient, alebo jeho rodinný príslušník formou samoliečby či vzájomnej liečby.

Akupresúra je na rozdiel od akupunktúry metodikou s menšou cieľenosťou liečebných zásahov a väčším rozptylom pôsobenia na regulačné deje v organizme. V dôsledku toho aj nástup liečebných účinkov je menej rýchly a intenzívny než pri akupunktúre. Možno ju vykonávať dlhodobo. Používa sa ako preventívna a rekondičná metodika na ovplyvnenie únavy, regeneráciu a mobilizáciu obranných síl organizmu, na zlepšenie celkovej výkonnosti i ako súčasť liečby na ovplyvňovanie bolestivých stavov, alergických ochorení, funkčných porúch a v ďalších indikáciách.

Kvalifikovane vykonávaná akupresúra nemá nijaké vedľajšie nepriaznivé účinky. Naopak, skracuje dobu trvania liečby a pomáha redukovať množstvo užívaných liekov. Dôležité sú tiež jej prínosy spoločenské - zvyšovanie zdravotného uvedomenia, aktívna zaangažovanosť človeka na vlastnej liečbe, zvyšovanie pocitu zdravia a duševnej sviežosti i radosti zo života.

Kniha Akupresúrou k zdraviu, sile a kráse umožňuje každému získať potrebné vedomosti o akupresúre a možnostiach jej praktického využitia. V dôsledku toho bude zaujímať akiste nielen lekárov a zdravotníckych pracovníkov, ale aj širokú verejnosť - najmä tú jej časť, ktorej nie je ľahostajné vlastné zdravie a úsilie o jeho zachovanie a zlepšenie.

Vydal: Aktuell 1997, Vazovova 15, 811 07 Bratislava