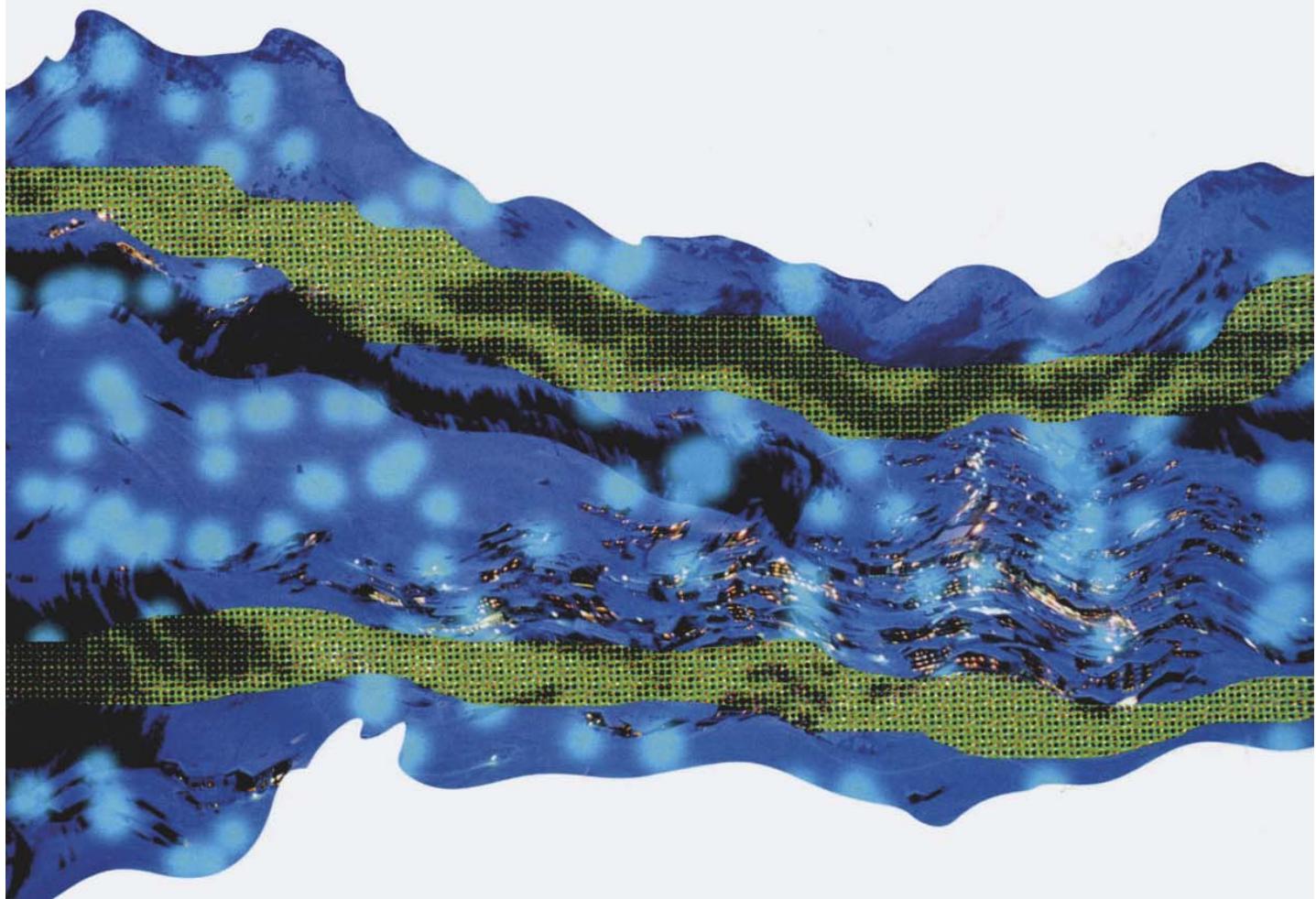


REVUE OŠETROVATEĽSTVA a LABORATÓRNYCH METODÍK



ROČNÍK III. CENA 25 SK

4/97



OBSAH

K. Králiková, M. Hupková-Lešická, V. Krčméry st., R. Menkyna: Antibiotiká a rezistencia na prahu tretieho tisícročia	129
E. Čanigová, D. Lukáčová, Z. Mrížová: Geriatrický klient – špecifika ošetrovateľskej starostlivosti	136
V. Jeníková: Neinštitucionálne vzdelávanie farmaceutického laboranta	138
I. Gulášová: Spánok a chorý	139
Náš rozhovor	143
Správy zo Slovenskej lekárskej spoločnosti	145
Správy z Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve	153
Súhrny v anglickom jazyku	156
Celoročný obsah	157
Pokyny	160

CONTENT

K. Králiková, M. Hupková-Lešická, V. Krčméry, Sr., R. Menkyna: Antibiotics and Resistance at the Threshold of the Millennium	129
E. Čanigová, D. Lukáčová, Z. Mrížová: The Geriatric Patient - Specific Characteristics of Nursing Care	136
V. Jeníková: Noninstitutional Education of the Pharmaceutic Technician	138
S. Gulášová: Sleep and the Patient	139
Our interview	143
Informations of Slovak Medical Association	145
Informations of Postgraduate Medical School	153
Summaries in English	156
Register	157
Instructions for authors	160

Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík

Odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti - Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov v Bratislave

Prináša pôvodné príspevky, referáty a informácie z odbornej činnosti v ošetrovateľstve a laboratórnych metodikách používaných v zdravotníctve, informácie z oblasti vzdelávania, zo zahraničia, z činnosti Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov, organizačných zložiek Slovenskej lekárskej spoločnosti.

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

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

Odborný redaktor: MUDr. Radko Menkyna

Jazykový redaktor: PhDr. Magdaléna Jentnerová

Tajomníčka redakcie: 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 Kačmárová, doc. MUDr. Mária Kováčová, PhDr. Alžbeta Mrázová, Rozália Šeilingarová, 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.: 07/5422 015, Fax: 07/5422 363

Inzercia: Zdravotnícke vydavateľstvo Herba, Limbová ul. č. 12, 833 03 Bratislava

Fotosadzba a grafická úprava: Ľubica Gánoczyová

Cover desing: Roman Lazar, Karol Šimunič

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

Imprimovanie rukopisov 1. december 1997. Číslo vyšlo: december 1997. Reg. číslo: 1206/95

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

Podávanie novinových zásielok povolené Rp v Ba č. j. 687/95 - zo dňa 14. 2. 1995

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

Tlač: Gerhofer, Zohor

K. Králiková, M. Hupková-Lošická,
 V. Krčmery st., R. Menkyna
 Ústav preventívnej a klinickej medicíny
 v Bratislave, Inštitút pre ďalšie
 vzdelávanie pracovníkov
 v zdravotníctve v Bratislave

Antibiotiká a rezistencia na prahu tretieho tisícročia

Súhrn: Takmer 100 rokov existencie antibakteriálnych chemoterapeutík a 50 rokov obdobia antibiotík prinieslo do klinického užívania celý rad špecifických i širokospektrových antibiotík a chemoterapeutík. Ich nadmerné užívanie v celosvetovom meradle však vytvára závažné problémy, najmä rezistenciu mnohých dôležitých baktérií a tým aj postupnú stratu účinnosti niektorých antibiotík. Objavovanie nových antibiotík, resp. príprava derivátov užívaných preparátov, o-dolných na mechanizmy rezistencie a tým účinných aj na rezistentné baktérie, sa v súčasnosti spomaľuje. Naliehavým riešením problému budúcej účinnosti antibiotík v treťom a ďalších tisícročiach je racionalizácia užívania antibiotík, restrikcia užívania niektorých zvlášť dôležitých preparátov, napr. pod dohľadom tzv. antibiotických komisií, ako aj dôsledné uplatňovanie asepsie a iných zásad nemocničnej hygieny a dôsledné dodržiavanie protiepidemických opatrení.

Kľúčové slová: chemoterapia, antibiotiká, rezistencia, racionalizácia chemoterapie.

1. ÚVOD

Objav antibiotík a ich zavedenie do klinickej praxe možno povaľať za jedno z najväčších dobrodení ľudstva. Prispeli zásadou miereou k možnostiam rozvoja mnohých odvetví modernej medicíny. Antibiotiká a chemoterapeutiká sú nielen v zahraničí, ale aj v Slovenskej republike najpredávanejšimi liekmi - v SR 25 % nákladov na lieky predstavujú antibiotiká. „Trh antibiotík“ predstavoval vo svete v r. 1994 20,1 miliardy dolárov a táto suma ročne stúpa o 5-8 % (1). Rozdelenie toho „antibiotického koláča“ na jednotlivé druhy antibiotík predstavuje obrázok 1. Z neho vidieť, že až 60 % nákladov na antibiotiká predstavujú tzv. beta-laktámové antibiotiká (cefalospóriny 37 %, penicilíny 16 %, karbapenémy: [imipeném a meropeném] 7-8 %). Ďalšími často predpisovanými antibiotikami sú makrolidy, aminoglykozidy a moderné fluorochinolóny (tab. 1).

Antibiotiká však, najmä pri uvedenom nadmernom, ba masívnom užívaní v zdravotníckych zariadeniach, nielen eliminujú bakteriálnych pôvodcov nebezpečných infekcií, ale vykonávajú aj enormný selekčný tlak na tieto mikróby a na bakteriálne kmene vcelku. Dôsledkom tohto selekčného tlaku, ako aj následkom transferu – prenosu génov rezistencie na zatiaľ citlivé baktérie – je vznik a nárast výskytu rezistentných baktérií, na ktoré už mnohé antibiotiká nepôsobia. Rezistencia a multi-rezistencia baktérií predstavuje v súčasnosti závažný medicínsky, ekonomický i etický problém a smeruje k akémusi bezvýchodiskovému stavu v chemoterapii i profilaxii bakteriálnych infekcií. Tieto perspektívy označujú niektorí autori ako

„post-antibiotické obdobie“ (2) alebo ako akýsi cyklický návrat do pred-antibiotického obdobia (3).

Je teda kategorickým imperatívom, aby sa v súčasnosti veľmi zodpovedne zachádzalo s antibiotikami a vyvíjala sa intenzívna snaha spomaliť alebo zastaviť vývoj rezistencie baktérií na antibiotiká. Zastávame názor, že prevencia vzniku a prenosu rezistence je jednoduchšia a účinnejšia, ako už takmer nemožná likvidácia rezistentných baktérií, ak už vznikli, čo sa podobá haseniu ohňa, na ktorý nikto spočiatku nereagoval.

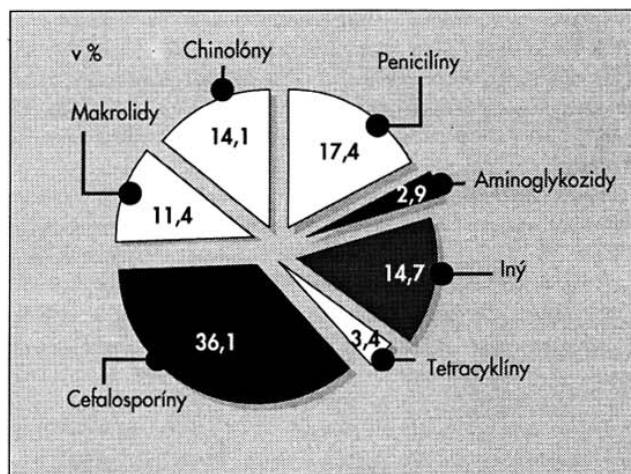
Jednou zo základných podmienok správneho užívania antibiotík a prevencia rezistencie je informovať o biologickej podstate rezistence a o súčasnej situácii a trendoch rozvoja tohto negatívneho a najvyšši neželaného fenoménu.

2. OBJAVY A VÝVOJ CHEMOTERAPIE A ANTIBIOTÍK

2. 1. Storočnica antimikrobiálnej chemoterapie

Práve pred sto rokmi, na rozhraní devätnásťteho a dvadsiateho sto-ročia, presnejšie v r. 1904-1906 sa dostalo do klinického užívania prvé chemoterapeutikum - salvarzán.

Otcom myšlienky chemoterapie mikrobiálnych infekcií bol Paul Ehrlich. Pri vtedajšom prudkom rozvoji diagnostickej mikrobiológie



Obraz 1. Podiel jednotlivých skupín antibiotík na celosvetovom predaji antibiotík v r. 1994

Tabuľka 1. Prehľad niektorých skupín najčastejšie užívaných antibiotík a antimikrobiálnych (????) chemoterapeutík

Beta-laktámové antibiotiká

Penicilíny

1. Klasické penicilíny: penicilín G, penicilín V, prokaín-penicilín a ďalšie.
2. Protistafylokové penicilíny: oxacilín, meticilín a i.
3. Širokospektrové (semisyntetické) penicilíny: ampicilín, amoxycilín, tikarcilín, temocilín, piperacilín a i.
4. „Potencované“ penicilíny: augmentin (ampicilín + klavulanát), Unasyn (ampicilín + sultaktám), Tazobac (piperacilín + tazobaktam).

Cefalosporíny

1. Základné cefalosporíny (cefalosporíny 1. generácie): účinné aj na *S. aureus* a na Enterobacteriaceae produkujúce TEM-laktamázu! Parenterálne: cefalotín, cefazolín.
Perorálne: cefadroxil (Duracef), cefaclor, Loracarbef.
2. Cefalosporíny 2. generácie: účinné na kmene produkujúce SHV-laktamázu (*K. pneumoniae*) a na kmene rezistentné na penicilíny a na cefalosporíny 1. generácie. Siahalo sa k standardným, viac-menej úzkospektrovým (a lacnejším) preparátom.
Parenterálne: cefuroxím (Zinacef), cefoxitín (Mefoxin).
Perorálne: cefuroxím-axetil (Zinnat).
3. Cefalosporíny 3. generácie: účinné na grampozitívne koky i grammnegatívne baktérie rezistentné na penicilíny a cefalosporíny 1. a 2. generácie: cefotaxím (Claforan) (perorálny variant je Orelox-Cefpodoxím proxitil), ceftazidím (Fortum), Rocefin a množstvo ďalších preparátov.
4. Cefalosporíny 4. generácie: účinné na niektoré rezistentné kmene grampozitívnych kokov a na kmene gramnegatívnych baktérií rezistentných na penicilíny a cefalosporíny 3. generácie a na producentov tzv. prenosných ESBL typu TEM a SHV (*E. coli*, *K. pneumoniae*) a na kmene s chromozomálnou produkciou laktamázy AmpC (Enterobacter, Citrobacter, Proteus, Serratia,

Pseudomonas aeruginosa) cefpirom (Cefrom), cefepim (Maxipime).

Aminoglykozidy

Streptomycin, kanamycin, gentamicin, netilmicin (Netromycin), amikacin (Amicin) sú nefrotoxicke. Užívajú sa najviac v kombináciach s penicilínnimi alebo cefalosporínnimi.

Makrolidy

perorálne preparáty účinné na grampozitívne koky, chlamýdie, mykoplasmy, Helicobacter pylori. Patria sem erytromycin, roxitromycin (Rulid), claritromycin (Klacid), azitromycin (Sumamed), spiramycin (Rovamycin).

Chloramfenikol

Užíva sa len sporadicky napr. pri brušnom tyfe.

Tetracykliny

Užívajú sa vlastne len preparáty typu Deoxymykoin (s predĺženým účinkom a nízkymi dávkami).

Glykopeptidové antibiotiká

Užívajú sa pri mälo citlivých kokoch (napr. *Enterococcus sp.*) a rezistentných streptokokoch či pneumokokoch: vankomycin teicoplanín.

Chemoterapeutiká

Sulfonamidy: sulfisoxazol, fltalazol

Trimetoprim + sulfonamidy (Biseptol, Septrin, Bactrin) pri močových infekciách alebo pri infekciách *Stenotrophomonas (Xanthomonas) maltophilia*.

Fluorochinolóny

1. generácia: ciprofloxacin, ofloxacin,
2. generácia: sparfloxacin, temofloxacin.

pozoroval, že niektoré farbivá, užívané pre mikroskopovanie, sa selektívne viažu na mikrobiálne bunky, ale nie na bunky tkaní makroorganizmu. V určitem zameraní na snahu pomôcť okupačným armádam cisárskeho Nemecka v západnej a južnej Afrike, trpiacim napr. na spavú nemoc, vyvinul organoarzenát - salvarzán, účinný na spirochéty - pôvodcov spavej nemoci, ale, ako sa čoskoro ukázalo, aj na pôvodcov syfilisu, nebezpečnej pohlavné prenášanej choroby.

Je však zarážajúce, že aj taký vedec, ako bol *P. Ehrlich*, ostal v zájati nesprávnej predstavy, ktorá potom najmenej na tridsať rokov negatívne ovplyvnila ďalší vývoj objavov „chemoterapeutik“. Ideja *P. Ehrlicha*, ktorá sa zakrátko všeobecne rozšírila, že možno objaviť a syntetizať chemické látky so špecifickým účinkom na mikróby a relatívne malou toxicitou pre pacientov, bola zaiste správna a správny bol aj termín „chemoterapia“ a „chemoterapeutik“, ktoré *Ehrlich* propagoval, a ktoré zakrátko prijal celý medicínsky svet. *Ehrlich* sa však mylil v dvoch smeroch: predpovedal, že účinné chemoterapeutiká sa nájdú predovšetkým medzi farebnými látkami, resp. farbivami, a nesprávne spájal pojem „chromogénnosti“ s chemoterapeutickou účinnosťou. A takisto sa mylil, keď predpovedal, že vrcholom systematického hľadania chemoterapeutík bude tzv. chemote-

rapeutické panaceum – všetiek, látka účinná na všetky klinicky dôležité mikróby, vrátane na grampozitívne a gramnegatívne patogénne baktérie.

V úsili *Ehrlicha* pokračoval *K. Domagk*, chemik-syntetik v službách nemeckých Baden-Anilinwerke. Táto spoločnosť syntetizovala celý rad rôznych farebných chemikálií pre účely textilného priemyslu, ale aj pre výskumu *Domagka*, ktorých praktická realizácia slúbovala výrazný pokrok v liečbe infekčných ochorení. *Domagk* na prelome tridsiatych rokov tohto storočia zistil, že farbivo Prontosil rubrum inhibuje niektoré kmene streptokokov, stafylokokov a neiserií. Jeho nedostatkom bolo, že farbivo sa nedalo podávať chorým pacientom, iba pokusným zvieratám. Avšak už za päť mesiacov francúzski výskumníci zistili, že biologicky účinná je nie celá molekula farbiva, ale len jeho malá „súčasť“: amid kyseliny sulfanilovej - sulfanilamid, či skratene sulfónamid, ktorý bol bezfarebný. Nastal rozvoj „semisyntetických chemoterapeutík“. Na molekulu sulfanilamidu bolo možné prisynetizať rôzne substitenty, čím vznikal celý rad klinicky využiteľných sulfonamidov - sulfatiazol, sulfizoxazol, sulfatfalazol a i. Éra „semisyntetickej chemoterapie“ začala - mohla poslúžiť najmä vojen-ským účelom pri liečbe ranených vojakov v práve sa začínajúcej 2. svetovej vojne.

2. 2. Päťdesiat rokov antibiotík

Rozvoj sulfónamidovej terapie však začal stagnovať. Nedarilo sa objavovať nové, zásadne účinnejšie chemoterapeutiká. Látky, ktoré poskytovala farmaceutická výroba, boli relativne málo účinné, s úzкym spektrom pôsobenia a s vysokými dávkami potrebnými na dosiahnutie klinického efektu.

Omnoho väčší úspech zaznamenala odlišná, „biologická“ línia výskumu antibakteriálnych látok v „konkurenčnom“ Anglicku. Prvým objaviteľom antibiotického účinku produktov živých organizmov bol Alexander Fleming. V tom istom čase hlbšie študoval náhodný objav, že plesen, ktorá padla na pôdu naočkovanú patogénnym stafylokokovým kmeňom, „rozprúšťa“ porast stafylokokov. Urobil správny záver, že plesen, *Penicillium sp.*, produkuje do svojho prostredia nejakú látku s antistafylokokovým pôsobením. Keďže už predtým, ako vojen-ský lekár-chirurg, skúmal antibakteriálne účinky ľudských slz a objavil enzym lysisom, predpokladal produkciu podobnej látky, možno enzymatického charakteru, aj u penicílií. „Zahryzol“ sa do tohto javu „antibiozy“, biologického antagonizmu rôznych mikroorganizmov v určitom prostredí. Nakultivoval toľko tekutého produktu rastu penicilia, že ju mohol použiť na štúdium účinku tohto filtrátu na rôzne baktérie: stafylokoky, a najmä streptokoky - pôvodcov prudkých, rýchlo fatálnych „chirurgických“ infekcií.

Fleming urobil ďalšie dôležité objavy. Predovšetkým, „penicilín“, akýs purifikovaný produkt filtrátu kultúry *Penicillium sp.*, výrazne a v nepatrnych riedeniach brzdil rast streptokokových a stafylokokových kmeňov, avšak bol pritom netoxický na kultúry leukocytov! Preto sa odvážil, spolu s ďalšími odborníkmi, ktorí sa zaangažovali do jeho sľubnej práce, podať „filtrát Penicilia“ na smrť chorému pacientovi, ktorý mal stafylokokovú sepsu. Dramatický liečebný efekt a takmer „nulové“ vedľajšie účinky na tohto i ďalších pacientov presvedčili výskumné skupiny o tom, že prípava „penicílina“ na boj s infekčnými chorobami je perspektívna. Éra antibiotík sa začala.

Odborníci rýchlo pochopili význam „penicílina“ pre regeneráciu zdravia ranených vojakov v práve prebiehajúcej 2. svetovej vojne. Preto sa ujali projektu prípravy väčšieho množstva čistého penicílina medicínski i technologickí odborníci v USA. Rozhodujúcim krokom pre budúcu výrobu antibiotík, ako aj ďalších biotechnológií (napr. súčasných tzv. rekombinantných výrob, „génového inžinierstva“) bolo vypracovanie tzv. submerznej kultivácie penicília (a neskôr mikrobiálnych producentov ďalších antibiotík) vo veľkých, niekoľko tisícilitrových „tankoch“, obrovských kultivačných zariadeniach, do ktorých sa vháňali kvantá sterilizovaného vzduchu, potrebného pre množenie producentov-mikróbov, ich premiešávanie, ako aj pre zvyšovanie výťažkov bioproduktove - antibiotík.

Ďalšie epochálne výdobytky na poli biologického výskumu nenechali na seba čakať. Ešte v 40. rokoch S. Waksman objavil ďalšieho producenta antibiotík, streptomycetu, ktorá produkovala streptomycin. Tento mal v porovnaní s penicílom celý rad výhod, ale aj nevýhod. Predovšetkým pôsobil nielen na grampozitívne patogény (streptokokov, stafylokokov a ī.), ale aj na mnoho druhov gramnegatívnych baktérií (*Escherichia coli*, *Klebsiella sp.* a ī.) a na *Mycobacterium tuberculosis*. Začala sa éra úspešného boja s tuberkulózou, závažným ochorením národov Európy i celého sveta. Nevýhodou streptomycinu je však jeho značná toxicita pre pacientov.

Objavy ďalších antibiotík pokračovali rýchlym tempom. Zjavujú sa tzv. širokospektrové antibiotiká: tetracyklíny a chloramfenikol – prvé antibiotikum, ktoré sa dalo vyrobiť čisto chemickou syntézou. Určité úpravy sa podarili aj na molekule pe-

nicílina. Náhodne sa objavil *V-penicilín* s možnosťou jeho podávania per os - v tabletách. *Prokainpenicilín* a ďalšie deriváty zasa umožňovali predĺžiť intervaly podávania injekcií len raz denne, ba raz týždenne, čo malo značný pozitívny vplyv na možnosti využitia v boji so streptokovými nákažami. Zákratko nasledoval objav makrolídových antibiotík: dnes už neužívaného *oleandomycinu*, a najmä *erytromycinu*. Toto antibiotikum „prišlo“ do klinického užívania práve vhod, v čase nádze, vyvolanej náhlym vznikom a šírením sa rezisten-cie stafylokokov na penicílin (pozri nižšie).

Epochálnym objavom bolo koncom 40. rokov aj objavenie antibiotika cefalosporínu C. Produkujúci kmeň *Cefalosporium sp.* objavil G. Brozu v mestských odpadových vodách, ktoré sa prekvapujuco samovoľne vyčírovali. Produkcia väčších množstiev tohto antibiotika sa však stala viacročným technologickým problémom, ale po jeho vyriešení sa cefalosporín C stal základom viacerých „generácií“ cefalosporínových antibiotík so stále zlepšenými vlastnos-tami a vysokou účinnosťou.

Generácie cefalosporínov nasledovali po objave pracovníkov firmy Beecham, že je možné chemickými syntetickými metódami značne zlepšiť vlastnosti a účinnosť klasického penicílina. Z jeho molekuly sa podarilo enzymaticky a neskôr aj chemicky odpojiť málo výhodný bočný reťazec, čím sa získala vzácná základná chemikália: 6-amino-penicilánová „kyselina“ (6-APA). Reaktívna voľná aminos-kupina v polohe 6 na dvojkruhovom základe molekuly penicílina sa dala využiť na pripojenie rôznych bočných reťazcov – substituentov, čím vznikli tzv. semi-syntetické penicíliny. Z nich najmä ampicilín, amoxicilín, karbenicilín a tikarcilín získali rozsiahle celosvetové využitie ako širokospektrové, vzácne netoxické a vysokoúčinné penicíliny. Účinkujú nielen na grampozitívne baktérie, ale aj na entero-baktérie (*Enterobacteriaceae*), ba dokonca aj na nebezpečné veľmi odolné kmene *Pseudomonas aeruginosa* a iné kmene *Pseudomonas sp.* Tej istej firme Beecham sa podarilo ešte vylepšiť účinnosť a stabilitu ampicílín či tikarcílín objavením možnosti „potencovať“ tieto antibiotiká klavulanátom – inhibítorm enzymov beta-laktá-máz.

Aplikáciou týchto istých „semi-syntetických“ postupov a ďalších inhibítarov beta-laktamáz sa pripravili aj nové kategórie či generácie spomínaných cefalosporínov, ako aj ďalšie „chránené“ široko-spektrové penicíliny: *Unasyn* (Pfizer), *tazobaktam* (Lederle) a ďalšie.

Boj s rezistenciou baktérií mohol a musel začať na širokom fronte profilaktického i liečebného používania antibiotík a ich kombinácií (tab.1).

3. REZISTENCIA NA ANTIBIOTIKÁ

Rozsiahle užívanie rôznych antibiotík na celom svete začínalo však vyvolávať nečakané a neželané prekvapenia: vznikajú a šíria sa rezistentné kmene baktérií, ktoré boli dosiaľ citlivé na určité antibiotiká. Tieto rezistentné varianty už viac nereagovali na podávanie určitých, často i viacerých skupín antibiotík.

Tak vznikla náhle a prekvapivo celosvetová rezistencia stafylokokov na penicílin a gramnegatívnych baktérií na širokospektrové penicíliny – ampicilín a karbenicilín – a ďalšie antibiotiká. V oboch prípa-doch dôležitú negatívnu úlohu pri šírení sa rezistencie zohral proces prenosu - transferu génov rezistencie.

Koncom 40. a začiatkom 50. rokov postupne na celom svete začali prevládať kmene *S. aureus* majúce fágotyp 80 a 81, ktorých pô-

vodne dobrá cítivosť na penicilín sa zmenila na úplnú rezistenciu. Tieto kmene, ako sa ukázalo, produkujú enzym penicilináza. Je to hydrolytický enzym štiepiaci molekulu penicilínu tým, že otvára reaktívny štvorčlenný beta-laktámový kruh tohto antibiotika a tým penicilín úplne inaktivuje. Ukázalo sa tiež, že gény kódujúce produkcii tohto enzymu sa prenášajú z rezistentných kmeneov na citlivé pomocou bakteriofágov (transdukciou). Penicilín-rezistentné kmene sa zanedbalo stali rezistentné aj na erytromycin a postupne aj na tzv. protistafylokové antibiotiká (oxacilín, meticilín), ako aj na už spomenuté cefalosporíny všetkých generácií. Multirezistentné, oxacilín-meticilín-rezistentné stafylokoky (MRSA) sa stali v súčasnosti jedným z najväčších zdravotníckych problémov.

V priebehu 50. rokov sa dokázal transfer rezistencia aj u gramnegatívnych baktérií. V povojnovom, zničenom a prakticky hladujúcom Japonsku vznikli rozsiahle epidémie dyzenterie. Japonski pracovníci *Ochiai a Akiba* zistili, že kmene *Shigella dysenteriae* od tisícov pacientov nadobúdali rovnaký typ multi-rezistencia na štyri dôležité antibiotiká: sulfonamidy, streptomycin, chloramfenikol a tetracykliny. Mali teda „vzorku“ rezistencia SuSCT. Multirezistencia na štyri predtým účinné antibiotiká nemohla vzniknúť mutáciou v citlivých kmeneoch, ale, ako uvedení autori správne predpokladali, prenášala sa en block z rezistentných shigel na citlivé. Tak vznikala explozívna zmena ich citlivosti na veľmi závažný typ mnohočetnej rezistence.

Transfer antibiotickej rezistence z rezistentných buniek na citlivé sa zakrátko nato, začiatkom 60. rokov, dokázal aj v Anglicku: *Naomi Dattová* a neskôr *E. S. Anderson* identifikovali prenos tzv. plazmidu z *E. coli* na salmonely, na ktorom boli gény rezistence na ampicilín, tetracyklín a chloramfenikol (ATC). Rezistentné kmene *E. coli*, ale aj salmonel a shigel, deštruovali ampicilín tým, že produkovali nový typ penicilinázy - beta-laktamázy, nazvaný podľa istého pacienta v Grécku, TEM-laktamázy. Gén pre TEM-laktamázu sa ukázal byť „ťahúnom“ ďalších génov rezistence a rýchlo, s vysokou frekvenciou, vyvolával jav bakteriálnej konjugácie. Je to fyzické spojenie rezistentných buniek s citlivými „za účelom“ prenosu génov rezistence, potrebných pre bunky patogénov vtedy, keď sa v prostredí zjavia určité antibiotiká. Konjugatívnym transferom TEM génov sa doslova znehodnotil klinický význam semisyntetických širokospektrových penicilínov, ampicilínu, karbenicilínu, tikarcilínu, piperacilínu a ďalších.

„Záchrana“ týchto antibiotík pre ďalšie klinické používanie sa podarila až vtedy, keď sa ukázalo, že ich možno kombinovať s už spomenutými inhibítormi beta-laktamázu klavulanátom a ďalšími látkami. Tak vznikli „potencované penicilíny“: Augmentin, Unasyn, Tazobac.

4. TRANSFERABILNÁ A NETRANSFERABILNÁ REZISTENCIA U ENTEROBAKTÉRIÍ A P. AERUGINOSA NA BETA-LAKTÁMOVÉ ANTIBIOTIKÁ

Zmena citlivých buniek na rezistentné sa aj u *E. coli*, *Klebsiella sp.*, *Pseudomonas sp.* odohráva nielen konjugatívnym prenosom plazmidov, ale aj transdukciou, tak ako u stafylokokov. Okrem konjugácie a fágovej transdukcie poznáme aj ďalší spôsob šírenia sa rezistence: tzv. klonálne šírenie sa rezistentných kmeneov. Na príklade gramnegatívnych baktérií možno pochopiť všetky tieto tri druhy prenosov.

Plazmidy rezistence, šíriace sa konjugáciou, napr. gény pre TEM-laktamázu, sa začiatkom 70. rokov našli nielen u kmeneov *E. coli*, *Klebsiella sp.*, *Proteus sp.*, *Serratia*, *Enterobacter* a ďalších, ale aj

u veľmi nebezpečných kmeneov *P. aeruginosa*. Tu bola objavená ďalšia TEM-laktamáza a bola označená TEM-2. Prenášala sa a poskytovala bunkám pseudomonád rezistenciu na karbenicilín a ďalšie proti-pseudomonádové penicilíny. Pravdepodobne sa do niektorého kmene *P. aeruginosa* prenesla konjugáciou z *E. coli* alebo iných enterobaktérií, lebo sa líši od TEM-1 iba nepatrnu zmenou: v jednej aminokyseline enzymového proteínu.

Treba zdôrazniť, že obidva gény pre tieto TEM-laktamázy, TEM-1 i TEM-2 sú vysoko reaktívne, rýchlo sa prenášajú a dobre sa replikujú po prijatí citlivou bunkou, takže táto si narobi veľký počet molekúl uvedených plazmidov. Preto sa plazmidy s TEM-génmi od začiatku užívajú v biotechnológiach typu génového inžinierstva ako vektory génov pre produkcii inzulínu, interferónu a ďalších látok do produkujúcich baktérií.

V polovici 70. rokov sa však vyrobili prvé preparáty tzv. cefalosporínov 3. generácie (cefotaxim, ceftazidím a ī.). Tieto sa pripravili za tým cieľom, aby boli účinné práve na baktérie rezistentné na penicilíny a cefalosporíny 1. a 2. generácie (tab. 1), ktorých výskyt prudko narastal práve vďaka transferu TEM-laktamázu.

Cefalosporíny 3. generácie boli vysoko účinné aj na ďalšie klinicky významné baktérie, a to na kmene *Enterobacter sp.*, *Citrobacter sp.*, *Serratia sp.*, *Proteus sp.* a *Pseudomonas sp.* Tieto kmene produkujú iný typ beta-laktamázu, na ktoré neboli účinné penicilíny, a to ani preparáty „potencované“ inhibítormi beta-laktamázu a ani cefalosporíny. Výskyt týchto kmeneov najmä pri nozokomiálnych infekciách stále narastal a práve pre ich odolnosť na beta-laktámové antibiotiká sa stávali závažným klinickým problémom.

Všetky kmene patriace k tému species produkujú chromozomálne kódované beta-laktamázy typu AmpC. Niektoré molekuly antibiotík, ako bol cefoxitin (Mefoxin) alebo imipenem, sa ukázali byť silnými induktormi tvorby molekúl AmpC. Ďalšie antibiotiká, napr. penicilíny alebo cefazolín či cefuroxím, boli induktormi len priemernými. Po odstránení induktorov z prostredia sa „výroba“ molekúl AmpC zastavila.

Avšak, vďaka spontánnym mutáciám, ktoré prebiehajú v baktériach, vznikali v populáciách niektorých kmeneov mutanty, pri ktorých sa nadprodukcia AmpC nezastavila, ale už trvá „donekonečná“. Tieto už rezistentné kmene produkujú také množstvo molekúl AmpC, že sú rezistentné aj na cefotaxímu či ceftazidímu. Práve nadmerné užívanie týchto antibiotík umožnilo, že uvedený kvantitatívny jav mutácií k rezistencii - nastávajúci pri veľkých počtoch buniek, teda pri ťažkých infekciách, a pri väčšom selekčnom tlaku, teda nad-spotrebe antibiotík - čoraz častejšie poskytoval baktérie rezistentné aj na cefotaxímu či ceftazidímu. A tak sa antibiotiká objavené a zavedené do praxe práve pre ich účinnosť proti *Enterobacter sp.* alebo *Pseudomonas sp.*, stávajú hromadne neúčinnými: počet úmrť na infekcie spôsobené kmeňmi-producentami AmpC začali dramaticky narastať...

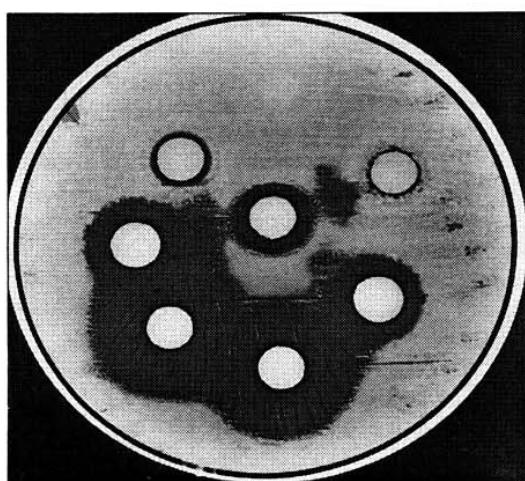
Rezistentné kmene s tzv. konstitutívnu nad-produkcii AmpC a teda rezistentné na cefotaxímu, ceftazidímu či rocefínu, sa šíria klonálne. Neodovzdávajú rezistenciu citlivým kmeneom, ale prenášajú sa klasickým spôsobom z pacienta na pacienta, na pracovníkov zdravotníckych zariadení, na prostredie.

Rezistencia na uvedené antibiotiká sa však šíri aj iným, oveľa častejším a rozšírenejším spôsobom: klasickým transferom plazmidov z rezistentných kmeneov na citlivé. Prenášajú sa tak nové gény umožňujúce predtým citlivým baktériám produkovať nové typy beta-laktamázu, tzv. laktamázy s rozšíreným spektrom účinku – ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamases).

Ešte roku 1983 sme, ako prví na svete, zistili, že niektoré cefta-

xím- či ceftazidímov-rezistentné kmene *Klebsiella sp.*, predtým výborne citlivé na tieto antibiotiká, prenášajú gény pre túto rezistenciu klasickým spôsobom - transferom plazmidov na citlivé kmene klebsiel (4). Celosvetový výskum tohto veľmi závažného mechanizmu ukázal, že uvedené transferabilné plazmidy majú opäť mutáciami pozmenené nové typy TEM-enzýmov. Dosiaľ je týchto TEM-laktamáz zistených vyše 40 a všetky, keď sa prenesú na citlivé kmene, poskytujú im rezistenciu na celý blok penicilínov a na všetky cefalosporíny, včítane ceftaxímu a ceftazidímu, ako aj na monobaktám (monolaktám) aztreonam (Azactam). Teda produkt jediného génu - jediný enzym TEM, vyrádi z činnosti celý blok penicilínov a cefalosporínov, takže bunky si nemusia „vymieňať“ celú batériu génon.

Výskyt a šírenie sa kmeňov s TEM-laktamázami - s ESBL - je v súčasnosti jedným z najväčších problémov súčasného obdobia chemoterapie, a zrejme zatmenuje budúcnosť účinnej antibiotickej liečby (obr.2).



Obraz 2. Produkcia ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamases) u kmeňa *Klebsiella pneumoniae* izolovaného v Dérerovej NsP v Bratislave.-

Umiestnenie diskov: cefalotín (hore), v smere hodinových ručičiek ceftaxím (CTX), ceftazidím (CAZ), imipeném, meropeném, aztreonam (ATM), ofloxacín, v strede Augmentin (AUG). Produkcia ESBL je blokovaná klavulanátom, ktorý difunduje z disku AUG. Klavulanát tak blokovaním hydrolýzy CTX, CAZ a ATM obnovuje ich účinnosť, čo sa prejaví inhibíciou rastu bakteriálneho kmeňa medzi diskami AUG/CTX, AUG/CAZ a AUG/ATM.

5. REZISTENCIA NA KARBAPENÉMY (IMIPENÉM A MEROPENÉM). METALO-LAKTAMÁZY

Karbapenémy tiež patria medzi beta-laktámové antibiotiká, hoci majú celkom odlišnú chemickú štruktúru ako penicilíny či cefalosporíny. Objav imipenému koncom 70. a začiatkom 80. rokov znamenal priamo senzačný obrat v zhoršujúcej sa situácii v chemoterapii vďaka neustálemu nárastu rezistentných kmeňov.

Imipeném, a neskôr meropeném, je veľmi dobre účinný na grampozitívne i gramnegatívne baktérie bez ohľadu na typ rezistencie i multi-rezistencia. Veľmi cenná je jeho účinnosť na kmene, produkujúce TEM-laktamázy typu ESBL, na producentov laktamázy AmpC, a najmä na veľmi odolné kmene *Pseudomonas aeruginosa*.

Predpokladalo by sa, že tak účinné antibiotikum vytvorí určitú antibiotickú rezervu a bude sa užívať len v dobre odôvodnených prípadoch. Opak sa stal pravdou, a k imipenému sa siaha často „naslepo“, vždy, keď sa chce zabezpečiť určite účinná profylaxia či terapia antibiotikami, napr. pri tzv. empirickom (necielenom) podávaní antibiotík, najmä na jednotkách intenzívnej starostlivosti, u imunokompromitovaných pacientov (napr. po podávaní protinádorovej chemoterapie a pod.).

Kmene klebsiel, enterobakterov i stafylokokov ostávajú sice stále dobre citlivé na imipeném/meropeném, avšak začal narastať výskyt rezistentných kmeňov *P. aeruginosa* s následnými exitmi na niektorých exponovaných oddeleniach (5). Rezistencia na imipeném je non-transferabilná konjugáciou baktérií, ale môže sa prenášať, ako sme zistili, transdukciou bakteriofágmi (6), čo ohrozuje budúcu účinnosť tohto antibiotika na pseudomonády. Imipeném je tak cenné antibiotikum, že mechanizmom jeho rezistencie sa venuje mikrobiologický výskum na celom svete.

Nadmerné užívanie imipenému má však aj ďalšie neočakávané a prekvapujúce následky. V nemocničnom prostredí sa totiž vyskytuju baktérie, prirodzené rezistentné na imipeném. Kmene ako *Pseudomonas (Xanthomonas, dnešný názov Stenothophomonas) maltophilia*, *P. cepacia*, *Flavobacterium*, *Sphingobacterium* a ďalšie donedávna nemali značnejší klinický význam, ale v posledných mesiacoch začínajú s inváziou na pracoviská intenzívnej starostlivosti našich nemocník a rozsiahlejším spôsobom ako v minulosti zvyšujú u-trenie pacientov, ba vyslovávajú ich úmrtia.

Stenotrophomonas maltophilia alebo *Flavobacter* sp. sú totiž prirodzenými producentmi zvláštneho typu beta-laktamáz, tzv. metalo-laktamáz. Tieto enzýmové molekuly majú v aktívnom centre hydratovaný zinok, podľa čoho sú pomenované. Účinok špeciálne na imipeném majú však rovnako ničivý ako iné beta-laktamázy na penicilíny či cefalosporíny. *S. maltophilia* je okrem toho vyzbrojená aj ďalšími laktamázami typu ESBL, tzv. serínovými laktamázami, ktoré sú transferabilné (7, 8). Vyskytujú sa teda kmene týchto species, ktoré sú už úplne rezistentné na všetky antibiotiká. Kmene - producenti metalo-laktamáz sa opäť šíria klonálne.

6. REZISTENTNÉ KMENE GRAMPOZITÍVNYCH BAKTÉRIÍ

Šokujúce zjavovanie sa rezistentných variant predtým úplne a dobre citlivých grampozitívnych baktérií sa v súčasnosti označuje ako recidíva „speciálne nebezpečných baktérií“ (specially robust super-bugs). Vedľ napr. pneumokoky (*Streptococcus pneumoniae*) boli donedávna celosvetovo úplne účinné na penicilín - v mnohých laboratóriacach sa ich citlivosť na toto antibiotikum ani vôbec netestuje a predpokladá sa ich citlivosť. Aký omyl!

K penicilín-rezistentným pneumokokom sa pripájajú ďalšie novovznikajúce „problémové baktérie“, ako sú meticilín-oxacilín-rezistentné kmene *S. aureus* a *S. epidermidis*, penicilináza-produkujúce kmene *Moraxella catarralis* a *Branhamella* sp., ampicilín-rezistentné kmene *Haemophilus* sp., ako aj multi-rezistencia a vankomycinová rezistencia enterokokov (*E. faecalis* a *E. faecium*).

Ak donedávna sa pohľad na klinickú závažnosť baktérií presúval z grampozitívnych na gramnegatívne baktérie, tak v posledných mesiacoch narastá opäť význam už spomenutých grampozitívnych baktérií.

Výskyt nozokomiálnych baktérií izolovaných z hemokultúr pri septických stavoch z vyše 40 nemocník v USA je v tab. 2. Z nej vyplýva, že na prvých troch miestach sa vyskytujú grampozitívne „problémové

Tabuľka 2. Výskyt nozokomiálnych baktérií izolovaných z hemokultúr pacientov v septickom stave (podľa 9). *

1. Koagulázo-negatívne stafylokoky	- 32 %
2. Staphylococcus aureus	- 17 %
3. Enterococcus sp.	- 11 %
4. Kvasinky/plesne	- 8 %
5. Escherichia coli	- 7 %
6. Klebsiella sp.	- 6 %
7. Pseudomonas aeruginosa	- 5 %
8. Enterobacter sp.	- 5 %
9. Skupina Streptococcus viridans	- 3 %
10. Serratia marcescens	- 2 %

* Výsledky sa získali spracovaním 2600 bakteriálnych kmeňov z hemokultúr pacientov v 48 nemocničiach USA za 1. polrok 1996.

koky": 32 % septických stavov s pozitívou hemokultúrou vyvolávajú koagulázo-negatívne stafylokoky (*S. epidermidis* a ī.) - najčastejší vyvolávateľ "katétrových sepsí", skoro 17 % zlaté stafylokoky (*S. aureus*) a až 11% enterokoky (9). Teda skoro 50 % týchto stavov vyvolávajú stafylokoky, u ktorých je značne rozšírená rezistencia na oxacilín-meticilín, už spomenuté protistafylokokové antibiotiká. Až 80 % týchto stafylokokov z hemokultúr je rezistentných na oxacilín.

U enterokokov, najmä *E. faecalis* a *E. faecium* sa zasa rozširuje rezistencia na vankomycin- teikoplanín, prakticky jediné dosiaľ dobre účinné proti-enterokokové antibiotiká. Rozširuje sa preto, lebo enterokoky si gény vanA a najmä vanB expozívne odovzdávajú vo forme tzv. transpozónov- integrónov. Integróny pozostávajú z koncových štruktúr, ktoré sa ľahko vlečenújú do akéhokoľvek genetického materiálu, a z vlastného génu - "kazety" - rezistencie. Okrem nanajvýš neželannej rezistencia enterokokov na uvedené glykopeptidové antibiotiká prebieha proces transpozície týchto génov do kmeňov už uvedených oxacilín-meticilín-rezistentných stafylokokov. Keďže vankomycin je vlastne jediným antibiotikom dosiaľ spoľahlivo účinný na tieto rezistentné koagulázo-negatívne i pozitívne stafylokoky, hrozí nábeh na ďalšiu vlnu "post-antibiotického obdobia" u týchto baktérií. Prvé takéto vankomycin- a oxacilín-rezistentné kmene stafylokokov, koagulázo-negatívnych (*S. epidermidis*), sa už dokázali aj u nás, a to u neutropenických pacientov liečených vankomycinom (10). Eskalácia výskytu vankomycin-rezistentných enterokokov v USA následkom toho, že sa "katétrové sepsy" spôsobované oxacilín-rezistentnými stafylokokmi masove liečili vankomycinom či teikoplanínom, musí byť varovaním aj pre naše zdravotnícke zariadenia.

7. REZISTENCIA NA PENICILÍN U PNEUMOKOKOV. PROJEKT „ALEXANDER“.

Ako sme uviedli, od začiatku 90. rokov sa pozoroval v mnohých krajinách prudký nárast výskytu pneumokokov rezistentných na penicilín, a často aj na ďalšie antibiotiká (hlavne cefalosporíny a makrolidy: Rulid, Sumamed, Klacid). Penicilín-rezistentné pneumokoky neprodukujú penicilinázu, ale majú na miestach v bunkovej stene zmeny, takže neviažu penicilín. Tento nárast výskytu sprevádza nárast rezistence na penicilín, vrátane ampicilínu u ďalších vyvolávateľov ochoreni dýchacích ciest: *Haemophilus influenzae* a *Moraxella* či *Branhamella catharralis*. Tieto, na rozdiel od

pneumokokov, produkujú penicilinázu, kódovanú často na plazmidoch či transpozónoch-integrónoch.

Roku 1992 sa preto započal tzv. Alexander Project v 16 štátach, pri ktorom sa zisťovala citlivosť uvedených bakteriálnych vyvolávateľov ochoreni dýchacích ciest. Projekt sa pomenoval podľa Alexandra Veľkého, ktorý zomrel 33-ročný údajne na ťažké ochorenie dýchacích ciest. Roku 1996 sa projekt rozšíril o ďalších 7 štátov.

Prvé výsledky tohto projektu ukázali, že penicilín-rezistentné pneumokoky sú v mnohých krajinách „na postepe“. Vývoj týchto kmeňov je zaujímavý v tom, že až do r. 1962 neboli zistené kmene *S. pneumoniae* rezistentné na penicilín. V období 1962 – 1964 boli identifikované prvé takéto kmene - na Novej Guinei, v Tichomorí. O tri roky neskôr zrejme vzniklo nové ohnisko týchto kmeňov - v južnej Afrike. Podobne, aj prvé kmene *Neisseria gonorrhoeae*, rezistentné na penicilín, sa našli r. 1976 - v Thajske. Odvtedy sa rozšírili po celom svete (11). Masové rozšírenie penicilín-rezistentných pneumokokov nastalo koncom 80. a začiatkom 90. rokov: ich výskyt stúpal najmä v Maďarsku a Španielsku. To sa pripisuje opäť aj selekčnému tlaku cefalosporínov 3. generácie, na ktoré sú tieto kmene ko-rezistentné. Aj ko-rezistencia na makrolidy a na deoxymykóin je enormná. V niektorých oblastiach Francúzska stúpol výskyt penicilín-rezistentných pneumokokov aj počas Alexander Projectu (od r. 1992), napr. v oblasti Paríža z 0 % na 31 %, v oblasti Toulouse z 15 % na 40 %.

Nielen rezistencia pneumokokov na penicilíny narastá, ale aj rezistencia už spomenutých ďalších baktérií napadajúcich horné dýchacie cesty, ktoré sú producentami beta-laktamázu. Roku 1994 produkovalo beta-laktamázu až 16 % kmeňov *H. influenzae*, ale až 92 % kmeňov *Moraxella catharralis* - tieto kmene sú rezistentné aj na ampicilín (sú však citlivé na potencované ampicilíny).

8. MOŽNOSTI A POTREBA PREVENCIE VZNIKU A ŠÍRENIA SA REZISTENCIE.

Panuje všeobecná zhoda, že je potrebné priať a dodržiavať opatrenia na spomalenie a podľa možnosti zastavenie vzniku a vývoja rezistence. Ako sme zdôraznili, prevencia vzniku rezistence je jednoduchšia, lacnejšia a účinnejšia, ako riešenie problémov rezistentných kmeňov, ak už raz vznikli a začali sa šíriť.

Prudko narastajúci výskyt rezistence mnohých baktérií, najmä ich nemocničných - nozokomiálnych - kmeňov, vyvoláva na celom svete naliehavú potrebu vypracovať a realizovať programy racionálizácie, profylaktického i terapeutického užívania antibiotík za účelom výrazného zníženia selekčného tlaku, ktoré antibiotiká na baktérie vyvolávajú. Racionálizáčné opatrenia treba však spojiť s programom dôkladného dohľadu - monitorovania vzniku a vývoja rezistence v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach (niekedy až po úroveň kliník a jednotlivých oddelení, najmä intenzívnej starostlivosť, ARO, novorodenecného odd. a pod.).

Nie na poslednom mieste však stojí naliehavá potreba všade uplatňovať dôsledné - nie alibisticke - a komplexné opatrenia hygienicko-protiepidemického charakteru na zábranu klonálneho šírenia sa rezistentných kmeňov.

Panuje všeobecná zhoda v názore, že problémy rezistence už v treťom tisícročí nebude možné - tak ako dosiaľ - riešiť jednoducho zavedením nových antibiotík, ktoré nie sú ani vo výhľade. Príliš dlho sa zanedbávali princípy racionálnej chemoprofylaxie a chemoterapie na zásadné zmenšenie enormného selekčného tlaku vyvolávaného antibiotikami. Aj pri snahe o zábranu prenosu génon rezistence a re-

zistentných kmeňov z ohnísk ich vzniku cez zložky prostredia (vrátane zdravotníckych pracovníkov) sa niekedy vykonávali len „kozmetické úpravy“.

Úspechy v obmedzení prenosu nozokomiálnych baktérií medzi pacientami sa dajú dosiahnuť len komplexnými a dôsledne vykonávanými opatreniami. Často sa zisťuje, napríklad na novorodeneckých oddeleniach alebo na odd. geriatrie, na intenzívnych jednotkách a ī. (12), že chýba dôslednosť pri dodržiavaní predpisaných opatrení, najmä pri zjavení sa rezistentnej nozokomiálnej infekcie: umývanie rúk po každom úkone s každým pacientom, a najmä zlý spôsob tohto umývania, dokonca chýbajú zariadenia na umývanie a dezinfekciu. Chýba užívanie rukavic a ich výmena medzi ošetrovaním jednotlivých pacientov, nevykonáva sa prísna izolácia kultivačne pozitívnych novorodencov, či iných pacientov, nevenuje sa pozornosť čisteniu a dezinfekcii povrchov. Ako zdroj infekcií, napríklad baktériami *Acinetobacter* sp. boli v istej nemocnici vankuše. V inej nemocnici sa nozokomiálny kmeň prenášal fonendoskopom, ktorého povrch sa nikdy nedezinfikoval - aby sme spomenuli len niektoré smutné „zaujímavosti“ (13).

Kontrolné programy podávania a užívania antibiotík prispievajú zásadným spôsobom k zníženiu nákladov nemocníc na lieky a na poli zdravotníckej etiky k zníženiu utrpenia pacientov, ba aj ich úmrtí.

Zistilo sa, že z vyše 7 – 8 miliárd dolárov, vydávaných v USA na antibiotiká, sa vyše polovica vydávala na liečbu rezistentných nozokomiálnych infekcií (14, 15).

Zavedením racionalizačného programu pre antibiotiká ušetrila väčšia nemocnica v USA za jeden rok vyše pol milióna USD (15), ďalšia nemocnica až 800 000 USD (16). Nemocnice, ktoré zaviedli racionalizačný program pre antibiotiká vykázali nielen eticky zhodnotiteľné skrátenie hospitalizácie, ale aj - prekvapujúco - výrazný pokles výskytu rezistentných baktérií, najmä na intenzívnych jednotkách. Viaceré širokospektrové a intravenózne podávané antibiotiká sa dali na tzv. restriktívnu listinu. Ich preskripcia si vyžadovala súhlas „antibiotickej komisie“, v iných nemocničiach zasa súhlas lekárov na infekčnom oddelení či klinike, ktorí boli za týmto účelom k dispozícii 24 hodín (round the clock). Už tento samotný fakt zvýšil racionalitu podávania antibiotík, pretože podávanie určitých antibiotík sa uskutočňovalo po odbornej konzultácii.

Keďže však, ako sa ukázalo, mnohí klinickí pracovníci neradi žiadali horeuvedený po-konzultačný súhlas, príslušní lekári radšej siahali k neregistrovaným, štandardným, viac-menej úzkospektrovým (a lacnejším) preparátom. Nastal dramatický pokles v požiadavkách na výdaj drahých, širokospektrových a intravenózne podávaných antibiotík.

Viacerí autori (14, 15) uvádzajú, že až 50 % antibiotík sa v USA podáva nesprávne a /alebo zbytočne.

„Súdny deň antibiotík (Antibiotic Armagedon) sa blíží“, upozorňuje *Kalvin Kunin* (16), čelný predstaviteľ Antibiotickej komisie Kongresu USA. Príliš dlho sa zanedbávali princípy racionálnej che-

moterapie. Už *Maxwell Finland* v 60. rokoch varoval, že „príliš veľa lekárov predpisuje príliš veľa antibiotík“ a že „príliš veľa antibiotík dosťať kúpiť bez receptu voľne, „cez pult“ v drogériách, a to nielen v rozvojových krajinách,“ (cituje *K. Kunin*). Dohľad a monitorovanie rezistencie, ktoré sa už prakticky všade robí, môže poskytovať začasu vitálne dôležité informácie o vzniku a vývoji určitého nového typu rezistencie. Dôležité je, aby tieto informácie „ožívali“ - neostávali nepovšimnuté, ale aby sa okamžite, kvalifikované a zodpovedne dostávali do každodennej antibiotickej profilaxie či terapie. Žiada sa to predovšetkým ochrana zdravia a životov pacientov, i budúce perspektívy antibiotickej liečby.

Literatúra: 1. Fernandez, P.: Pharmaceutical perspectives on the development of drugs. ASM News, 62, 1996, s. 21-30. – 2. Hyde, B.: Anticipating the arrival of the post-antibiotic era. ASM News, 60, 1994, s. 243-244. – 3. Cohen, M., Di Nobile, J., Dudley, M. N., Shlaes, D.: When bugs outsmart drugs. Patient Care, 9, 1994, s. 135-156. – 4. Knothe, H., Shah, P., Krčmér, V., Mitsuhashi, S.: Transferable resistance to cefotaxime, cefamandol and cefturoxime in *K. pneumoniae* and *S. marcescens*. Infection, 11, 1983, s. 315-318. – 5. Krčmér, V. ml., Trupl, J.: Nosocomial outbreak of meropenem resistant *P. aeruginosa* infections in a cancer centre. J Hosp Inf, 26, 1994, s. 10. – 6. Blahová, J., Hupková, M., Králiková, K., Krčmér, V.: Transduction of imipenem resistance by the phage F-116 from a nosocomial strain of *P. aeruginosa* in Slovakia. Acta virologica, 38, 1994, s. 247-249. – 7. Hupková, M., Blahová, J., Králiková, K., Krčmér, V.: Transferable resistance to beta-lactams in a nosocomial strain of *Xanthomonas maltophilia*. Antimicr Agents Chemother, 39, 1995, s. 1011-1012. – 8. Blahová, J., Králiková, K., Krčmér, V., Kuboňová, K.: Hydrolysis of imipenem, meropenem, ceftazidime and ceftazidime by multiresistant nosocomial strains of *Sphingobacterium multivorum*. Eur J Microb Inf Dis, 16, 1997, s. 178-180. – 9. Jones, R. N.: Impact of changing pathogens and antibiotics susceptibility pattern in the treatment of serious infections. Amer J Med, 100 (suppl. 6A), 1996, s. 3S-12S. – 10. Krčmér, V. ml., Trupl, J.: Nosocomial bacteremia due to vancomycin-resistant *S. epidermidis*. Eur J Clin Micr, 15, 1996, s. 259-263. – 11. Wiedemann, B., Kresken, M.: Resistenz von Krankheits- erregern. Chemother J, 5, 1996, s. 232-233. – 12. Wenger, P., Tokars, J., Brennan, P.: An outbreak of *Enterobacter* sp. Clin Inf Dis, 24, 1997, s. 1243-1240. – 13. Brook, J.: The stethoscope as a source of transmission of bacteria. Inf Control Hosp Env, 58, s. 608. – 14. Jarvis, W. R.: Preventing emergence of multidrug-resistant microorganisms. Infect Control Epidemiol, 17, 1996, s. 490-495. – 15. Fishman, N. O.: Programmatic role of infectious disease physicians in controlling antibiotic costs. Clin Inf Dis, 24, 1997, s. 471-185. – 16. Kunin, C.: Antibiotic Armageddon. Clin Inf Dis, 25, 1997, s. 240-241.

Do redakcie došlo:
28. októbra 1997

Adresa autorov:
Ing. K. Králiková, CSc.
Limbova ul. č. 14
833 01 Bratislava

Geriatrický klient – špecifika ošetrovateľskej starostlivosti

Súhrn: Autori poukazujú na to, aké dôležité je pre geriatrickeho klienta uspokojovanie sekundárnych potrieb, spomedzi ktorých dominujú potreby sociálne, psychické, kultúrne a nie menej dôležité potreby spirituálne. V práci sa zameriavajú na skupinu geriatrických klientov, ktorí sa podrobili operačnému zákroku. Zhodnotili pooperačný priebeh so zameraním na potreby u klientov po spinálnej a celkovej anestézii.

Kľúčové slová: geriatrický klient, potreby.

Stanislav Kostka Neumann: „Ak stredneš dobrého človeka, zmení sa večer na ráno“. Pri posteli klienta to platí dvojnásobne a každý zdravotník by si mal uvedomiť, že svojím prístupom a správaním vo veľkej miere prispieva k uspokojovaniu primárnych a sekundárnych potrieb klienta. Z ošetrovateľského hľadiska sestra vie potreby rozoznať, pochopiť a v rámci svojich schopností zabezpečiť ich uspokojenie.

V tejto práci sa budeme zaoberať uspokojovaním potrieb geriatrických klientov, ktorí sa podrobili operačnému zákroku. Zameriame sa na dobu bezprostredne po operácii, kedy klienta privezú z operačnej sály na pooperačnú izbu nášho oddelenia a postupne prejdeme až doby rekonvalescence. Zhodnotili sme aj pooperačný priebeh so zameraním na potreby klientov po spinálnej a celkovej anestézii.

Materiál

Štatistiku operačných výkonov za rok 1996 u klientov vo veku nad

60 rokov, rozdelená podľa typu použitej anestézie na našom pracovisku ukazuje tab. 1.

Diskusia

Poskytnutím odbornej pooperačnej starostlivosti zabezpečíme klientovi uspokojenie všetkých primárnych biologických potrieb. Predoperačne klienta rehydratujeme parenterálnym príjomom tekutín, eventuálne podľa jeho stavu mu podávame infúznu terapiu i bezprostredne pred odchodom na operačnú sálu. Doplnením objemových tekutín dosiahneme ľahšie zvládnutie pooperačného priebehu u geriatrických klientov, ktorí sú z hľadiska potrieb ošetrovateľsky rizikovejší ako ostatní.

Pokiaľ u sestry dominuje uspokojovanie biologických potrieb klienta, geriatrický klient vníma skôr uspokojovanie sekundárnych potrieb, medzi ktoré patria: *sociálne, psychické, kultúrne a spirituálne potreby*. V našej práci sa budeme venovať prevažne uspokojovaniu týchto sekundárnych potrieb.

Sociálne potreby. V rámci sociálnych potrieb bezprostredne po príchode z operačnej sály vzniká u klienta po spinálnej anestézii potreba informácie a komunikácie.

Našou úlohou pri uspokojovaní tejto potreby je:

- informovať klienta o tom, že už je po operácii a nachádza sa na JIS,
- označiť mu, že má zavedený permanentný katéter a akú plní

Tabuľka 1. Štatistika operačných výkonov za rok 1996 u klientov vo veku nad 60 rokov, podľa typu anestézie

Operačný výkon	Celková anestézia	Spinálna anestézia	Spolu
Prostatektómia transverzikálna	13	8	21
Prostatektómia retropubická	7	7	14
Prostatektómia radikálna	3	0	3
Cystektómia parciálna	7	1	8
Cystektómia radikálna	2	0	2
Transuretrálna resekcia močového mechúra	4	17	21
Transuretrálna resekcia prostaty	0	18	18
Nefrektómia	5	0	5
Optická uretrotómia	6	2	8
Vesikofixácia	0	1	1
Uretero- a nefrolitotómia	6	8	14
Orchiuktómia	8	6	14
Plastika hydrocele testis	0	5	5
Circumcisio	0	1	1

Prednesené na XVI. celoslovenskej konferencii urologických sestier v Topoľčanoch v dňoch 22. a 23. mája 1997

- funkciu, eventuálne ho upozorniť na prítomnosť drénov, intraveneznnej kanyly a podobne,
- informovať príbuzných, ktorí netrpezivo očakávajú jeho návrat z operačnej sály, umožniť im i keď len chvíľkový kontakt s klientom, čo veľmi dobre vplýva na jeho psychiku,
 - komunikovať s klientom verbálne i neverbálne počas všetkých realizovaných úkonov,
 - upozorniť klienta na dĺžku doby, počas ktorej má zotrvať v polohe na chrbe, vysvetliť mu, že si to vyžaduje druh anestézie, ktorá sa u neho použila.

Ďalšou z potrieb je potreba bezpečia a pocitu istoty.

Pri zabezpečovaní tejto potreby úlohou sestry je:

- vysvetliť klientovi, že pohyblivosť dolných končatín sa úplne obnoví do určitého času - napr. do šiestich hodín,
- ubezpečiť klienta, že sa mu poskytne odborná pooperačná starostlivosť na najvyššej možnej úrovni,
- zabezpečiť pocit istoty neustálym kontaktom sestry s klientom.

U klienta po celkovej anestézii vzniká tiež potreba bezpečia, pocitu istoty.

Činnosť sestry sa orientuje na uspokojovanie bezpečnosti z hľadiska telesného. Klient po celkovej anestézii prichádza na JIS pod vplyvom anestetík, takže nie je pri plnom vedomí, je nepokojný, preto je potrebné zabezpečiť vhodnú polohu. Pri nadobudnutí plného vedomia klienta upozorníme na možnosť zmeny polohy s použitím pomocných zariadení posteľe, ako je hrazda.

Pocit istoty zabezpečíme neustálym kontaktom s klientom a tým uspokojíme i potrebu informácie a komunikácie. Vzhľadom na to, že sluch je prvý vnem, ktorý sa vracia klientovi po anestézii, je zásadou, že mu sestra má vysvetliť každú činnosť od okamihu príjmu na JIS.

Psychické potreby. Keď sa vplyv anestetík zoslabuje, klient začína vnímať bolesť ako aj nepohodlie spojené s prítomnosťou permanentného katétra. Z tohto dôvodu uspokojovanie psychických potrieb sa zameriava predovšetkým na *odstránenie bolesti*. Bolesť vyvoláva afektívne reakcie – strach a úzkosť. Vystupňovaniu týchto reakcií sa snažíme zabrániť vhodnou komunikáciou s klientom. Po spinálnej anestézii je komunikácia s klientom možná ihneď po príchode na JIS. Klienti sú väčšinou psychicky vyrovnaní, disciplinovaní a na bolesť reagujú primerane. Po celkovej anestézii je spočiatku kontakt s klientmi sťažený, avšak po ústupe jej vplyvu sú schopní komunikovať. Veľakrát sú nepokojní a ich reakcia na bolesť je neprimeraná. V nočných hodinách sú niekedy dezorientovaní, zjavia sa u nich halucinácie – pravdepodobne aj vplyvom abstinencného syndrómu.

Medzi aktivity, ktoré pomôžu odstrániť problémy klienta patrí:

- podanie analgetík pri bolesti,
- pri halucinácii, dezorientovanosti podanie psychofarmák,
- primeraná komunikácia,
- upokojovanie klienta.

Kultúrne potreby. Prvoradou úlohou zdravotníckeho tímu je presvedčiť klienta o tom, že predovšetkým on sám je zodpovedný za svoj život a že rozhodujúcou miernou môže ovplyvniť priebeh pooperačného obdobia. Pozitívne myšlenie klienta docielime tým, že vytvárame optimálne podmienky na uspokojovanie jeho kultúrnych potrieb. Ide hlavne o potrebu vzdelávať sa, sledovať spoločenské a politické dianie. U všetkých klientov sa snažíme uspokojiť tiež potreby k ich spokojnosti zabezpečením dennej tlače, literatúry z knižnice oddelenia, spoločenské a politické dianie majú možnosť sledovať v televízii, rádiu, samozrejmosťou je estetická úprava oddelenia.

Spirituálne potreby. Samotná choroba predstavuje pre človeka utrpenie, s ktorým sa mnohí klienti dostávajú do duchovnej prázdnотy s pocitmi strachu z osudu, strachu o život. Takýto stav je zlý a nebezpečný. Preto aj sestra by mala byť pri uspokojovaní tejto potreby klientovi nápomocná vo všetkých ohľadoch dostupnými aktivity, pretože duchovné potreby sú súčasťou osobnosti človeka, ich uspokojovanie je úplne prirodzené a práve tak dôležité ako uspokojovanie ostatných potrieb. Úlohou sestry je rešpektovať pranie klientov v oblasti spirituálnych potrieb. Keď ošetrovateľský proces umožňuje vstup kňaza do priestorov JIS, vhodným spôsobom to realizujeme. Okrem toho klienti pri prijati sú informovaní o možnosti návštevy bohoslužieb, konaných v mimopracovnom čase v kaplnke, ktorá je v priestoroch nemocnice.

Môže sa zdať, že uvedené sekundárne potreby klientov sú rovnako bez ohľadu na vek, no práve z našich skúseností všetci vieme, že geriatrický klient je v oblasti sekundárnych potrieb náročnejší. Či už pre poruchu sluchu, imobilizačného syndrómu a iných pridružených ochorení, ako i faktu, že starý človek viac inklinuje k spirituálnej oblasti.

Literatúra: 1. Aschenschwandtnerová, A., Musilová, M.: Ľudské potreby ako ošetrovateľský problém. Bratislava, Inštitút pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve, Ústredné metodicko-inšpekčné centrum, 1995, 140 s.

Do redakcie došlo:

13. augusta 1997

Adresa autora:

E. Čanigová
ul. P. O. Hviezdoslava č. 2324
955 01 Topoľčany

Neinštitucionálne vzdelávanie farmaceutického laboranta

Súhrn: Neinštitucionálne vzdelávanie farmaceutického laboranta iniciuje a sprostredkováva rozširovanie vedeckých a liečebných poznatkov z aktuálne domácej a svetovej farmaceutickej praxe. Odborné podujatia tohto druhu, Slovenské pracovné dni farmaceutických laborantov, organizuje pod zášitou Slovenskej lekárskej spoločnosti a jej Spoločnosti SZP technických odborov Sekcia farmaceutických laborantov. Predmetom činnosti tejto sekcie je podporovať odborný rast svojich členov a informovať ich o nových liekoch, zdravotníckych pomôckach a liečebnej kozmetike domácej i zahraničnej proveniencie, poukazovať na aktuálne problémy farmaceutických laborantov, využiť všetky formy vzdelávania farmaceutického laboranta na jeho uplatnenie v praxi.

Kľúčové slová: farmaceutický laborant, neinštitucionálne vzdelávanie.

Účasť farmaceutického laboranta (FL) na rozvoji v oblasti farmácie je potrebná, čo si vyžaduje získavať nepretržité nové informácie o vývoji liekových form a zdravotníckych pomôckov. Na jednej strane sa mu dáva možnosť zvyšovať si kvalifikáciu formou inštitucionálneho vzdelávania v pomaturitných špecializačných a inovačných kurzoch na Katedre lekárenstva Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve. Na druhej strane širším získavaním nových informácií z farmaceutickej praxe je účasť farmaceutického laboranta na tradičných podujatiach, ktoré každoročne poriada Sekcia farmaceutických laborantov Spoločnosti SZP technických odborov pri Slovenskej lekárskej spoločnosti (SLS).

Slovenská lekárska spoločnosť zastupuje svoje organizačné zložky navonok s cieľom ochraňovať ich oprávnené záujmy. Iniciuje a sprostredkováva rozširovanie vedeckých a liečebných poznatkov z aktuálnej domácej a svetovej vedy. Prostredníctvom organizačných zložiek presadzuje návrhy a stanoviská k otázkam etiky zdravotníckych pracovníkov, k otázkam existujúcich a pripravovaných legislatívnych noriem v zdravotníctve, k otázkam špecializačných náplní a k návrhom odborníkov do komisií. Umožňuje uplatnenie vedeckých liečebných poznatkov z praxe členov SLS na domácom i medzinárodnom poli. Zabezpečuje transfer najnovších vedeckých a odborných poznatkov do praxe formou neinštitucionálneho vzdelávania. Za týmto účelom poriada odborné podujatia s domácou i medzinárodnou účasťou.

Organizačné zložky SLS sú odborné spoločnosti, ktoré sú členmi SLS a vytvárajú vlastné orgány. Členom sa môže stať fyzická osoba, ktorá sa prihlási za člena a ktorá vykonáva vedeckú, odbornú, či inak kvalifikovanú činnosť v zdravotníctve, príp. študent alebo dôchodca, a ktorá bola výborom odbornej spoločnosti prijatá za člena.

Výbor je volený orgán. Funkčné obdobie je 4 roky. Najvyšším orgánom organizačnej zložky je členská schôdza.

Spoločnosť SZP technických odborov tvoria jednotlivé sekcie. Činnosť Sekcie farmaceutických laborantov sa traduje od r. 1969. Uskutočnilo sa už 19 celoslovenských odborných podujatí, ktoré boli buď monotematické, alebo zamerané na viacero aktuálnych problematík. Referáty z radov farmaceutických laborantov boli na patričnej úrovni. Akcie splňali očakávanie tak zo strany organizátorov, ako i samotných účastníkov. Na dobrej úrovni boli spoľahlenské časti programu. Uskutočnilo sa i niekoľko spoločných podujatí s farmaceutickými laborantmi Českej republiky na celoštátnych konferenciách.

Od roku 1993, po 4-ročnej odmlke, novozvolený výbor Sekcie farmaceutických laborantov obnovil svoju činnosť, ktorá s úspechom pokračuje do dnešných dní.

Farmaceutická prax vyžaduje stále väčšiu informovanosť. Vznik mnohých neštátnych zdravotníckych zariadení vyvolal zmeny v pracovnej náplni farmaceutického laboranta a ten je povinný sa tejto skutočnosti prispôsobiť a doplniť si svoje vedomosti, okrem iného i v oblasti parafarmácie a farmaceutického managementu, pretože farmaceutický laborant môže vykonávať svoju činnosť nielen v lekárni, ale i v distribučnej farmaceutickej firme, alebo po získaní špecializácie v odbore zásobovanie zdravotníckymi potrebami alebo lekárenstva, môže viesť osobne výdajnu zdravotníckych pomôckov, resp. môže viesť oddelenie zdravotníckych pomôckov v nemocničnej lekárni.

Tejto orientácii napomáha i neinštitucionálne vzdelávanie na pracovných dňoch farmaceutických laborantov:

v roku 1993 sa voľbami nových členov sekcie ustanovila jej nová činnosť v Bratislave na Farmaceutickej fakulte UK,
v roku 1994 téma: Homeopatia vo farmaceutickej praxi, Bratislava,
v roku 1995 téma: Farmakoterapia, registrácia a distribúcia nových liekov, Martin,
v roku 1996 téma: Voľnopredajné lieky, liečebná kozmetika a zdravotnícky materiál v praxi farmaceutického laboranta, Štrbské Pleso.

V dňoch 24. a 25. októbra tohto roku sa uskutočnilo ďalšie stretnutie za účasti farmaceutických laborantov Českej farmaceutickej spoločnosti na jubilejných XX. Slovenských pracovných dňoch farmaceutických laborantov s medzinárodnou účasťou v Modre-Harmónii, kde sa prezentovali naše i zahraničné farmaceutické firmy prednáškou i vystavovaním svojich výrobkov. Účastníci si vhodnou formou doplnili informácie o nových voľnopredajných liekoch, zdravotníckych pomôckach a liečebnej kozmetike. Časť programu bola venovaná aktuálnym otázkam farmaceutického laboranta vo vzťahu k Slovenskej lekárskej spoločnosti, Strednej zdravotníckej škole a všetkým formám vzdelávania, Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve, Slovenskej komore SZP a ďalšej informovanosti členov sekcie o súčasných problémoch FL.

Viackrát do roka poriadajú členky českého výboru Sekcie FL pracovné dni s podobným odborným zameraním na rôzne špecializačné farmaceutické odbory. Členky slovenskej Sekcie FL sa na nich aktívne zúčastňujú a vzájomne si vymieňajú skúsenosti i odborné poznatky z praxe na rôznych miestach Slovenskej i Českej republiky.

Slovenská lekárská spoločnosť každoročne udeľuje ceny Predsedníctva, ktorých cieľom je podporovať rozvoj vedeckej práce svojich členov a jej kvalitatívnej úrovne. Najlepšie publikácie, resp. prednášky, ktoré výbor sekcie predloží Predsedníctvu SLS, získavajú Cenu za najlepšiu prednášku roka Slovenskej lekárskej spoločnosti. Ich cieľom je podporovať odborný rast členov SLS v rámci neinštitucionálneho vzdelávania.

Členky výboru Sekcie FL SLS:

Viera Jeníková, predsedníčka, FaF UK Bratislava

Danica Kšenžighová, vedecký sekretár, MFN Martin
Ľudia Štefánková, predsedníčka Sekcie FL SK SZP, Bratislava
Alena Ďurinová, FaF UK Bratislava
Ivana Landlová, DFN Bratislava

Literatúra: 1. Slovenská lekárská spoločnosť: Stanovy - vykonávacie predpisy a štatúty. Bratislava, 1995. - 2. Vestník MZ SR: 13. Metodické pokyny o postupe pri zriaďovaní a prevádzkovaní výdajní ZP, r. 1997, čiastka 5-6, Čl. 7.

Do redakcie došlo:
5. mája 1997

Adresa autorky:
V. Jeníková
Farmaceutická fakulta UK
Odbojárov č. 10
832 32 Bratislava

I. Gulášová
Stredná zdravotnícka škola MUDr. I. Hálka
v Bratislave, Strečnianska ul. č. 18

Spánok a chorý

Súhrn: Autorka priblížuje jednu z možností realizovania problémového vyučovania na hodinách praktického odborného výcviku na Traumatologickej klinike Dérerovej nemocnice v Bratislave. Ako aktivizujúce metódy použila metódu priameho i nepriameho pozorovania, metódu pripraveného i náhodného rozhovoru a dotazníkovú metódu.

Kľúčové slová: denný rytmus, ochranno-liečebný režim, hospitalizácia, relaxácia, ranné budenie, nespavosť, úzkosť, depresia, aktívna ošetrovateľská starostlivosť.

O problematike spánku chorých a o uvedených metódach jej empirického prieskumu som so žiačkami Strednej zdravotníckej školy (SZŠ) MUDr. I. Hálka v Bratislave často diskutovala a spolu s nimi som pripravila a naplánovala jednotlivé etapy realizovania prieskumu (pravda na úrovni žiačok SZŠ).

Traumatologická klinika, ako každé iné nemocničné oddelenie, má svoje špecifiká. Jedným z nich je, že pacienti hospitalizovaní na tejto klinike sú náhle, nečakane vytrhnutí zo svojho štandardného denného rytmu. Práve táto špecifickosť uvedeného oddelenia je u pacientov obzvlášť ťažko zvládnuteľná v adaptačnom období ich hospitalizácie. Následky sú rôzne, v podstate závisia od typu osobnosti pacienta, jeho temperamentu, doterajšieho životného štýlu, denného rytmu, veku, vzdelania, sociálneho statusu a v neposlednom rade od skúseností so zdravotníctvom a zdravotníkmi vôbec. A tak aj pri maximálnej snahe zo strany zdravotníckych pracovníkov, resp. ošetrovacieho tímu vznikajú u pacientov počas hospitalizácie na klinike rôzne vedľajšie negatívne prejavy, ktoré narúšajú ich pohodl i pohodlie a komplikujú celkový priebeh liečby.

Medzi najčastejšie negatívne prejavy hospitalizácie

na spomínamej klinike patria nechutenstvo, poruchy spánku, obstipacia, bolesť hlavy a iné. Nás konkrétnie zaujali problémy pacientov sťažujúcich sa na rôzne poruchy spánku. Pred vizitou pri našej rannej obliadke izieb a pacientov sme denne registrovali približne 10 - 12 pacientov, ktorí mali tieto problémy. Rozhovormi sme dospeli k záveru, že jednotlivé poruchy spánku u pacientov vo veľkej miere ovplyvňujú zmenu prostredia a doterajšie návyky jednak v priebehu dňa a jednak tesne pred spaním, aké sú predspánkové rituály, ktoré sa ale na klinike nemôžu, resp. nie je možné realizovať v zmysle ochranno-liečebného režimu. Na potvrdenie a spresnenie našich hypotéz som spolu so žiačkami zostavila dotazník, ktorý sme po predchádzajúcej inštrukcii predložili na vyplnenie respondentom, v našom prípade pacientom. Taktôľ sme získali písomné odpovede na šetnásť otázok od 146 respondentov hospitalizovaných na Traumatologickej klinike, a to v čase od októbra 1996 do apríla 1997.

Dotazník obsahoval tieto otázky:

1. Ráno, po prebudení, sa obyčajne cítite
 - a) oddýchnutý (á),
 - b) čiastočne oddýchnutý (á),
 - c) neoddýchnutý (á),
 - d) ešte horšie ako pred spaním.
2. Pred spaním vykonávate takmer vždy určité činnosti-rituály (uviedte ktoré).
3. Vaša poloha pri spánku je
 - a) na boku,
 - b) na bruchu,
 - c) na chrbte,
 - d) mením polohy.

4. Mávate v domácom prostredí niektoré z nižšie uvedených problémov?
- porucha zaspávania,
 - plytký nočný spánok,
 - včasné prebúdzanie,
 - nemám problémy,
 - občas mám problémy sub a) b) c).
5. Na čo myslíte ak doma v noci nespíte?
- čo bude zajtra v práci,
 - čo bude s deťmi v škole,
 - čo všetko máte v tomto týždni vybaví,
 - čo si zajtra oblečiete,
 - ako vyžijete do výplaty,
 - tešíte sa, že si zajtra dáte nejakú pochúťku (dobré jedlo, nápoj, sladkosť).
6. Lieky na spanie
- užívate pravidelne,
 - užívate občas, podľa potreby,
 - nikdy neužívate.
7. Denne spávate
- menej ako 5 hodín,
 - viac ako 6 hodín
 - viac ako 7 hodín
 - viac ako 8 hodín,
 - sú dni, kedy spíte iba 1 - 2 hodiny.
8. Medzi Vaše oblúbené večerné aktivity patria
- sledovanie televíznych programov,
 - večerné maškrtenie,
 - výdatné večere,
 - telefonáty priateľom, priateľkám, prijímanie návštiev,
 - fyzická záťaž, napr. večerný beh, prechádzka, cvičenie v poslovni ap.
9. Boli ste už v minulosti hospitalizovaný (á)?
- áno,
 - nie,
 - nikdy ste nenavštevovali zdravotnícke zariadenia.
10. Vaše ochorenie vzniklo
- náhle,
 - zdravotné problémy Vás trápia už dlhší čas (do troch rokov),
 - zdravotné problémy Vás trápia veľmi dlho (vyše troch rokov).
11. V prípade nemožnosti nerušeného pokojného spánku
- vezmete si liek na spanie,
 - vyvetráte izbu, prípadne zmeníte polohu pri spaní,
 - pokojne ležíte a nemáte s tým problém, až kým nezaspíte,
 - prebdiete až do rána a cez deň to dospíte.
12. Mali ste počas terajšej hospitalizácie problémy so spánkom?
- nie,
 - áno,
 - občas,
 - iba pár dní, kým ste sa adaptovali na nové prostredie.
13. Uvedte rušivé faktory spánku počas hospitalizácie!
14. Uvedte Vaše predstavy o zlepšení denného režimu na tunajšej klinike, vzťahujúce sa k príprave na spánok i na samotný spánok!
15. So svojím ochorením ste sa
- vyrovnnali,
 - ešte nie, ale snažíte sa o to,
 - nevyrovnnali ste sa, lebo sa o to nesnažíre,
 - nikdy sa s tým nevyrovnnáte.
16. Ktoré z nižšie uvedených vecí sú Vaším denným „priateľom“?

- cigarety,
- káva,
- alkohol,
- pikantné jedlá,
- čokoláda, sladkosti,
- coca-cola.

Vyhodnotenie dotazníka

Respondenti – pacienti odpovedali na jednotlivé otázky po predchádzajúcim usmernení, akým spôsobom vyplňovať dotazník.

Odpovede respondentov – pacientov:

Odpovede na otázku č. 1:

- 78 pacientov,
- 21 pacientov,
- 39 pacientov,
- 8 pacientov

Odpovede na otázku č. 2:

- Poznámka - respondenti mohli uviesť ľubovoľný počet činností:
- osprchujem sa - 98 pacientov
 - okúpem sa - 21 pacientov,
 - zapálim si 2 - 3 cigarety - 78 pacientov,
 - prečítam si noviny, časopisy - 46 pacientov,
 - rozprávam sa s partnerom - 38 pacientov,
 - rozprávam sa s deťmi - 46 pacientov,
 - vypijem si džús, koktejl - 12 pacientov,
 - zjem jablko, banán - 28 pacientov,
 - vypijem pivo - 39 pacientov,
 - vypijem víny strik - 10 pacientov,
 - pozriem si televíziu - 78 pacientov,
 - idem na prechádzku so psom - 33 pacientov.

Odpovede na otázku č. 3:

- 58 pacinetov,
- 48 pacianrov,
- 12 pacientov,
- 28 pacientov.

Odpovede na otázku č. 4:

- 28 pacientov,
- 33 pacientov,
- 31 pacientov,
- 12 pacientov,
- 32 pacientov.

Odpovede na otázku č. 5:

- 19 pacientov,
- 3 pacienti,
- 55 pacientov,
- 17 pacientov,
- 23 pacientov,
- 29 pacientov.

Odpovede na otázku č. 6:

- 38 pacientov,
- 66 pacientov,
- 42 pacientov.

Odpovede na otázku č. 7:

- 22 pacientov,
- 29 pacientov,
- 63 pacientov,
- 23 pacientov,
- 12 pacientov.

Odpovede na otázku č. 8:

- a) 53 pacientov,
- b) 21 pacientov,
- c) 18 pacientov,
- d) 11 pacientov,
- e) 12 pacientov,
- f) 31 pacientov.

Odpovede na otázku č. 9:

- a) 52 pacientov,
- b) 83 pacientov,
- c) 11 pacientov.

Odpovede na otázku č. 10:

- a) 31 pacientov,
- b) 46 pacientov,
- c) 69 pacientov.

Odpovede na otázku č. 11:

- a) 38 pacientov,
- b) 29 pacientov,
- c) 33 pacientov,
- d) 46 pacientov.

Odpovede na otázku č. 12:

- a) 22 pacientov,
- b) 39 pacientov,
- c) 33 pacientov,
- d) 52 pacientov.

Odpovede na otázku č. 13:

Poznámka: respondenti – pacienti mohli uviesť viacero rušivých faktorov spánku:

- neskôrý začiatok večierky na oddelení – 18 pacientov
- rušenie chrápaním spolužiacich pacientov z izby – 33 pacientov,
- bolesť – 33 pacientov,
- podpätky sestier, nevhodná obuv – 66 pacientov,
- necitlivé otváranie a zatváranie dverí – „búchanie kľučkami“ – 79 pacientov,
- nočné budenie pri podávaní liekov, či injekcií – 55 pacientov,
- iné situácie na oddelení – napr. rozruch pri náhlom príjme – 12 pacientov,
- studená izba – 39 pacientov,
- nepohodlná posteľ – 48 pacientov,
- prehriata izba – 36 pacientov,
- zlý vzduch v izbe a nemožnosť vetať pre nesúhlas ostatných pacientov v izbe – 78 pacientov,
- nepohodlie v ústavnej bielizni (posteľnej i osobnej – pyžamo) – 41 pacientov,
- strach zo zajtrajšieho vyšetrenia – 33 pacientov,
- strach z diagnózy – 76 pacientov,
- obavy o rodinu, deti – 31 pacientov.

Odpovede na otázku č. 14:

Poznámka: respondenti mohli uviesť viacero predstáv alternatív zlepšenia situácie:

- vhodná obuv zdravotníckych pracovníkov – 66 pacientov,
- zlepšenie estetiky prostredia oddelenia a ošetrovacej jednotky – 42 pacientov,
- väčší jemnocit u zdravotníckych pracovníkov (zatváranie i otváranie dverí) – 40 pacientov,
- zabezpečiť klimatizáciu na oddelení – 56 pacientov
- lepšie rolety, žalúzie (zabrániť prieniku svetla) – 70 pacientov,
- dodržiavať večierku (vypnúť TV, zdravotníčki pracovníci by sa mali správať tichšie) – 31 pacientov,

– lepšie vybavenie sociálnych zariadení a ich väčšia kapacita – 58 pacientov.

Odpovede na otázku č. 15:

- a) 38 pacientov,
- b) 66 pacientov,
- c) 21 pacientov,
- d) 21 pacientov.

Odpovede na otázku č. 16:

Poznámka: respondenti mohli odpovedať na viaceré uvedené alternatívy:

- a) 48 pacientov,
- b) 129 pacientov,
- c) 49 pacientov
- d) 31 pacientov,
- e) 82 pacientov,
- f) 76 pacientov.

Na otázku č. 1. odpovedalo najviac pacientov odpoveďou a) – 78 pacientov, potom c) – 39 pacientov.

Na otázku č. 2. pacienti uvádzali najčastejšie spôsoby, prípadne určité činnosti:

- osprchujem sa – 98 pacientov,
- zapálim si 2 – 3 cigarety – 78 pacientov,
- pozriem si televíziu – 78 pacientov,
- prečítam si noviny, časopisy – 46 pacientov,
- rozprávam sa s defmi – 46 pacientov.

Na otázku č. 3. odpovedalo najviac pacientov odpoveďou b) – 33 pacientov, potom e) – 32 pacientov.

Na otázku č. 4. odpovedalo najviac pacientov odpoveďou b) – 33 pacientov, potom e) – 32 pacientov.

Na otázku č. 5. odpovedalo najviac pacientov odpoveďou c) – 55 pacientov, potom f) 29 pacientov.

Na otázku č. 6. odpovedalo najviac pacientov odpoveďou b) – 66 pacientov, potom c) 42 pacientov.

Na otázku č. 7. odpovedalo najviac pacientov odpoveďou c) – 63 pacientov, potom b) – 29 pacientov.

Na otázku č. 8. odpovedalo najviac pacientov odpoveďou a) – 53 pacientov, potom f) – 31 pacientov, b) 21 pacientov, c) – 18 pacientov.

Na otázku č. 9. odpovedalo najviac pacientov odpoveďou b) – 83 pacientov, potom a) – 52 pacientov.

Na otázku č. 10. odpovedalo najviac pacientov odpoveďou c) – 69 pacientov, potom b) – 46 pacientov.

Na otázku č. 11. odpovedalo najviac pacientov odpoveďou d) – 46 pacientov, potom a) – 38 pacientov.

Na otázku č. 12. odpovedalo najviac pacientov odpoveďou d) – 52 pacientov, potom b) – 39 pacientov.

Na otázku č. 13. pacienti uvádzali najčastejšie tieto rušivé faktory spánku počas hospitalizácie:

- necitlivé otváranie a zatváranie dverí – „búchanie kľučkami“ – 79 pacientov,
- zlý vzduch v izbe a nemožnosť vetať pre nesúhlas ostatných pacientov v izbe – 78 pacientov,
- strach z diagnózy – 76 pacientov,
- podpätky sestier, nevhodná obuv – 66 pacientov.

Na otázku č. 14. pacienti uvádzali najčastejšie tieto predstavy o zlepšení režimu dňa:

- dodržiavať večierku – 31 pacientov
- lepšie vybavenie sociálnych zariadení a ich väčšia kapacita – 58 pacientov

- zlepšenie esteticky prostredia oddelenia a ošetrovacej jednotky
-42 pacientov

Na otázku č. 15. odpovedalo najviac pacientov odpoveďou b) – 66 pacientov, potom a) – 38 pacientov.

Na otázku č. 16 odpovedalo najviac pacientov odpoveďou b) – 129 pacientov, potom e) – 82 pacientov, f) – 76 pacientov.

Záver

Cieľom problémového vyučovania bolo navodiť v žiačkach k hlbšie uvažovanie o problematike spánku chorých počas hospitalizácie. Teoretická príprava žiačok, zameraná na oboznámenie sa s problémom, obsahovala zákonitosti o priebehu spánku, prípravu na spánok, resp. zabezpečenie nerušeného spánku, poruchy spánku a ich predchádzanie, význam spánku. Kontrolou som zistila, že problémové vyučovanie v tomto prípade splnilo moje očakávanie. Žiačky prišli samostane k záveru, že spánok je obrannou reakciou pred vyčerpaním, že počas spánku sa zotaví telo i duša, obnovia sa viaceré vitálne procesy a pochody. Najviac ma však potešila skutočnosť, že žiačky pochopili, že nestáči iba vedieť o danyh problé-

moch, ale treba si ich všímať, reagovať na ne, zhodnotiť ich význam, riešiť a realizovať ich podľa možnosti k čo najväčšej spokojnosti pacienta.

Vychádzam z toho, že škola musí byť školou budúcnosti, že má vychovávať a vzdelávať pre budúce obdobia. Obsahom učiva i vyučovacími metódami by mala spĺňať túto základnú požiadavku. Čo do obsahu učiva nie je možné tejto požiadavke vždy úplne vyhovieť, no dá sa jej vyhovieť v oblasti vyučovacích metód, ktoré by mali vychádzať k aktivite, logickému riešeniu problémov, k logickejmu vyvozovaniu záverov (rozvíjať analyticko-syntetické myšlienkové procesy). To znamená, že škola má naučiť žiakov riešiť problémy, vedieť sa k nim správne postaviť v rôznych situáciách. Väčšinu teoretických poznatkov žiaci zabudnú, v pamäti im ostanú len tie najdôležitejšie. Ale osvojený spôsob myslenia, uvažovania, si zachovajú a budú ho vedieť uplatniť v práci i v osobnom živote.

Do redakcie došlo:

25. novembra 1997

Adresa autorky:

PhDr. I. Gulášová

Narcisova ul. č. 40

821 01 Bratislava

Náš rozhovor

Pani Margita Gyüszüová sa narodila v Košiciach, kde aj maturitou ukončila štúdium na strednej zdravotníckej škole ako ženská sestra. Potom začala pracovať na gynekologicko-pôrodníckej klinike Fakultnej nemocnice. Od r. 1951 do r. 1971 vykonávala funkciu krajskej ženskej sestry vo vtedajšom Východoslovenskom kraji, kde pomáhala realizovať desať-mesačné kurzy pre pôrodné asistentky pre celé Slovensko. Okrem toho sa aktívne podieľala na rôznych formách postgraduálnej odbornej výchovy seminármi školeniami počnúc až po cyklické školenia, doplňovacie odborné študijné akcie a ďalšie. Zaslúžila sa o to, že v rámci Československej a neskôr Slovenskej lekárskej spoločnosti vznikla aj odborná spoločnosť stredných zdravotníckych pracovníkov, kde sa podieľala najmä na organizovaní rôznych akcií pre stredných zdravotníckych pracovníkov, osobitne so zameraním na ich neinštitucionálne ďalšie vzdelávanie. V r. 1962 bola na trojmesačnom odbornom študijnom pobytu v Paríži a od r. 1963 do r. 1965 pôsobila ako expert v Tunisku s náplňou práce ženskej sestry, pričom musela za zložitých podmienok nahrádzať aj chýbajúcich lekárov. Od r. 1971 do r. 1984 vykonávala funkciu hlavnej sestry vo Fakultnej nemocnici v Košiciach na Rastislavovej ul. č. 43. Dnes je paní Gyüszüová na zaslúžilom odpočinku, uctievaná mnohými sestrami, ktoré vychovala v lekármi, s ktorými spolupracovala. Vyjadruje to aj rad ocenení, ktoré za svoju svedomitú a obetavú prácu právom obdržala. Pre jej rozsiahle vedomosti a bohaté odborné skúsenosti si ju váži i naša redakcia a preto ju požiadala o rozhovor.

Ako by ste charakterizovali prácu sestier, ošetrovateľiek a stredných zdravotníckych pracovníkov vôbec, vychádzajúc z vlastných skúseností a z pohľadu hlavnej sestry?

Práca sestier sa odlišuje podľa jednotlivých oddelení, klinik a podľa počtu sestier. Pri prijímaní absolventiek stredných zdravotníckych škôl, prípadne sestier pracujúcich predtým v iných zdravotníckych zariadeniach som si všimala ich záujem o to-ktoré pracovisko. Podľa možnosti som im vysvetlovala. Predpokladala som ich úspešnejšie uplatnenie. Prácu sestier vo veľkej mieri ovplyvňuje pracovný kolektív, jeho vedenie vedúcim, lekármi, vrchnou a staničnou sestrou a ich medziľudské vzťahy. Keď sú vzťahy na žiaducej úrovni, majú priaznivý vplyv na psychiku pracovníkov, pacientov a tým aj na zdravotný stav chorých, lebo to podporuje ich dôveru v úspech liečenia.

V práci sestrám veľmi účinne pomáhajú ošetrovateľky a sanitári, čo im umožňuje viac sa venovať vlastnej odbornej ošetrovateľskej činnosti.

Odráža sa individuálne, neinštitucionálne, ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v súčasnej dobe v ich praxi, v jej kvalite i v jej oceňovaní?

Na základe svojich dlhoročných odborných a organizačných skúseností navrhujem, aby do stredných zdravotníckych škôl boli



prijímaní poslucháčky - poslucháči až po absolvovaní strednej školy s maturitou. Predpokladám, že do zdravotníckych škôl by sa hlásiť dievčatá i chlapci z vlastného záujmu a rozhodnutia. Prijímanie po maturite by umožňovalo aj praktický výcvik počas celej dennej i nočnej prevádzky jednotlivých pracovísk, čím by žiaci získali dostatočný prehľad i prax. Predpokladám, že pri nastupovaní do zdravotníckych pracovísk absolventi zdravotníckych škôl, ktorí už mali predchádzajúcu maturitu, by pristupovali k práci, ako aj jednaniu s pacientmi zodpovednejšie.

Vzhľadom na to, že lekárska veda sa stále vyvíja, vytvárajú sa nové odbory a rozširujú sa vedomosti, je potrebné, aby aj sestry a ďalší pracovníci sa toho zúčastnili. Preto sa veľmi prihováram za ich ďalšie vzdelávanie, buď formou prerušovaných alebo jednotlivých časovo limitovaných kurzov. Súčasne považujem za potrebné osvojiť si aj znalosť cudzích jazykov. Taktôto by sa utvorili možnosti stredným zdravotníckym pracovníkom zúčastňovať sa mimo našej vlasti na seminároch a konferenciách, prípadne na stážach. Získané vedomosti aj u týchto pracovníkov zvyšujú odbornosť, kvalifikovanejšie môžu pristupovať po boku lekárov k pacientom.

V čase, keď som vykonávala funkciu hlavnej sestry, starala som sa o zvýšenie mzdy u tých pracovníkov, ktorí absolvovali pomatuřitne špecializačné štúdium alebo iné odborné školenia. Popri záujme o ďalšie vzdelávanie, bol tu aj finančný impulz. V súčasnej dobe sa mení aj výber do vyšších funkcií, ale odborné vedomosti a organizačné schopnosti budú podľa môjho názoru stále v popredí,

Čo by sa malo zlepšiť v práci stredných zdravotníckych pracovníkov - najmä sestier - v záujme nemocničného pacienta a doma ošetrovaného klienta?

Zlepšenie práce sestier vidím aj vo vytvorení určitej (asi 10 %) personálnej rezervy, ktorá by zabezpečovala zastupovanie náhle neprítomných sestier alebo počas ich dovoleniek. Tým by sa zame-

dzilo zaťaženie zostávajúcich sestier - často jedinej sestry. Je samozrejmé, že tým trpí nielen pacient, ale ide aj o psychické a fyzické zaťaženie sestier. Ďalej by sa mala sestra odbremeníť od iných činností, ktoré nemajú nič spoločného s jej odbornosťou, ktorá je tak potrebná

Pre sestry pracujúce pri ošetrovaní pacienta - klienta, je bezpodmienečne potrebné určovať ich počet podľa jeho zdravotného stavu a diagnózy. Zo skúseností zo zahraničia by som chcela uviesť, že ošetrovateľskú starostlivosť v domácnostiach značne ovplyvňuje mobilita sestier. V motorovom vozidle sestier boli všetky potrebné

pomôcky, aj lieky pre vykonávanie ošetrenia, ako aj poskytnutie prvej pomoci. U detských sestier napr. aj detská váha. Odbornej veľmi vzdelané ošetrovateľky (často vekovo staršie), okrem toho s dobrým technickým vybavením, mohli ošetriť denne omnoho viac klientov. Ich pracovný denník odzrkadľoval vykonanú prácu a súčasne termín nasledujúcej návštevy

Ďakujem za rozhovor
Zhováral sa Prof. MUDr. J. Černý, DrSc.

Kvalita zdravotnej starostlivosti v ošetrovateľstve: perspektívy vo svete

Hirschfeldová, M.: Health Care u Tikositin, WHO Nimstepter for Nursing and Midwifery 1, 1937, č. 2.

Kvalita zdravotnej starostlivosti sa dostala na celom svete do pozornosti verejnosti, politických činitelov a zdravotníckych pracovníkov. Príčiny sú spoločné: nesúlad medzi finančnými zdrojmi a rastúcimi nákladmi na zdravotnú starostlivosť. Trendom začleniť právo na zdravie medzi základné ľudské práva pre všetkých, ako aj požiadavka efektívnej zdravotnej starostlivosti a veľké nádeje zo strany verejnosti vytvárajú atmosféru absentujúcej dôvery a núdze, čo vyúsťuje do nespokojnosti verejnosti s kvalitou zdravotnej starostlivosti.

Svetová zdravotnícka organizácia venuje pozornosť kvalite zdravotnej starostlivosti a najmä starostlivosti ošetrovateľskej vo všetkých svojich šiestich regiónoch. Podporuje snahu vybaviť sesterskú odbornosť dostatkom učebných pomôcok a literatúry, zaobrajúcej sa vývjaním štandardných postupov, hodnotiacich nástrojov, projektami zabezpečenia kvality starostlivosti, pravidlami a postupmi pravidel auditu.

Ošetrovateľský stav zdravotníckych pracovníkov je v súčasnosti stresovaný viac pracovnými podmienkami (obmedzený stav sestier, pomôcok a liekov), než výškou odmeňovania za prácu.

Autorka uvádzá šíri základné požiadavky na kvalitu práce ošetrovateľiek a pôrodných asistentiek, ktoré považuje za celosvetovo platné:

1. Pracovné uplatnenie
2. Odborná a technická zdatnosť
3. Ľudkosť a rešpektovanie ľudu
4. Zásada zabrániť poškodeniu pacienta

Pod pracovným uplatnením treba rozumieť vhodné, dostupné a pre pacienta, jeho rodinu a komunitu priateľné ošetrovateľské služby.

Vhodná služba značí, že ošetrovateľka berie zreteľ na potreby druhej strany, aj keď sa nezrovnávajú celkom so spôsobom, ako je ošetrovateľská služba organizovaná.

Dostupná služba značí, že sa jej dostáva každému, kto ju potrebuje, bez zreteľa na jeho sociálny stav, jeho mentálny alebo fyzický handicap, vzdialenosť od zdroja služieb alebo príslušnosť k menšej skupine spoločnosti.

Prijateľnosť ošetrovateľskej služby značí, že sa berie zreteľ na to, ako ju pacient vníma, či nachádza jej prospešnosť, či je služba priateľná z kultúrneho a sociálneho hľadiska.

Odborná a technická zdatnosť vyžaduje celoživotné vzdelávanie zdravotníckeho pracovníka, najmä lekára a sestry. Polčas odborných a technologických znalostí je v súčasnej dobe okolo troch rokov. Preto nastačia vedomosti zo školy, ani z odborných kníh, vychádzajúcich s malým oneskorením, ale vyžadujú sústavné získavanie a vymieňanie skúseností a kritické prehodnocovanie vlastnej činnosti.

Ľudkosť a rešpektovanie ľudu vyžaduje brať do úvahy znalosti, dôveru, priatelia a priority ošetrovaných ľudí a ich rodín. Prikazuje aj rešpektovanie času a námahy, ktorú pacienti vynaložia pri vyhľadávaní ošetrovateľských služieb.

Zásada zabrániť poškodeniu pacienta je širšieho obsahu, ale spomienieme potrebu predvídať a čeliť nozokomiálnym infekciám, pozornosť vzhľadom k rezistencii mikroorganizmov na lieky alebo zameranie ošetrovania starých ľudí tak, aby po oprepustení z nemocnice nenastal úpadok ich schopnosti starať sa o svoje potreby.

Z týchto zásad sa odvíjajú ďalšie pravidlá a aktivity zamerané na zlepšenie kvality ošetrovateľskej činnosti podľa miestnych podmienok.

Prof. MUDr. E. Brixová, DrSc.

Správy zo SLS

Návrh stanov Slovenskej lekárskej spoločnosti

Čl. I.

Všeobecné ustanovenie

Slovenská lekárska spoločnosť je mimovládna, politicky nezávislá, nezisková asociácia medicínskych a farmaceutických odborných spoločností, spolkov lekárov a spolkov farmaceutov, ktoréj členovia sa podieľajú na rozvoji medicínskych odborov a zdravotníctva v SR.

Čl. II.

Názov a sídlo

Asociácia má názov Slovenská lekárska spoločnosť, jej sídlom je Bratislava a okrem celého názvu používa skratku SLS alebo SMA (Slovak Medical Association). Má vlastné logo, zvlášť pre slovenskú a anglickú skratku názvu.

Názvy odborných spoločností, spolkov lekárov alebo spolkov farmaceutov vyjadrujú odborné zameranie alebo územné pôsobenie.

Odborné spoločnosti, spolky lekárov a spolky farmaceutov (ďalej len spolky) SLS môžu používať vlastné logo a za názvom uvádzajú „...člen Slovenskej lekárskej spoločnosti“, (Member of Slovak Medical Association).

Čl. III.

Vznik a registrácia

1. Slovenská lekárska spoločnosť bola zaregistrovaná ako právnická osoba v roku 1969 a spolu s Českou lekárskou spoločnosťou tvorila Československú lekársku spoločnosť J. E. Purkyně. Po rozdenení Československej federatívnej republiky na dva samostatné štáty sa podľa územného princípu rozdelila aj Československá lekárska spoločnosť J. E. P. na dve rovnocenné samostatné národné spoločnosti: Českú lekársku spoločnosť J. E. P. a Slovenskú lekársku spoločnosť.

Prvé stanovy Slovenskej lekárskej spoločnosti boli zaregistrované na MV SSR dňa 3. 9. 1969, pod číslom VVS/1-103/1969. Ďalšie zmeny a doplnky: dňa 11. 7. 1974 - VVS/1-411/73, dňa 13. 10. 1982 - VVS/1-555/82, dňa 10. 7. 1991 - VVS/1-909/90-172, dňa 23. 3. 1994 - VVS/1-909/90-172-1, dňa 9. 3. 1995 - VVS/1-909/90-172-2, dňa 13. 12. 1996 - VVS/1-909/90-172-3.

2. V súlade s ustanovením § 19 zákona č. 83/1990 Zb. je občianskym združením.

3. SLS, jej odborné spoločnosti a spolky môžu byť kolektívnym členom iných národných alebo medzinárodných mimovládnych organizácií podobného záujmového zamerania.

Čl. IV.

Poslanie a ciele

1. SLS zastupuje svoje odborné spoločnosti a spolky navonok s cieľom ochraňovať ich oprávnené požiadavky a záujmy vo vzťahu k štátnym orgánom a iným subjektom.

2. SLS iniciuje, predkladá, presadzuje a publikuje návrhy a stanoviská:

- a) k otázkam súvisiacim s odbornosťou a vedeckosťou jednotlivých medicínskych odborov,
- b) k otázkam týkajúcim sa možnosti uplatňovať v medicínskej práci špičkové diagnostické a terapeutické postupy,
- c) k otázkam etiky lekárov a zdravotníckych pracovníkov ako občanov i ako realizátorov diagnostických a terapeutických postupov,
- d) k otázkam existujúcich a pripravovaných legislatívnych noriem v zdravotníctve,
- e) k otázkam špecializovaných náplní v systéme ďalšieho vzdelávania,
- f) k návrhom odborníkov do rôznych komisií.

3. Iniciuje a sprostredkováva transfer najnovších odborných medicínskych, vedeckých, diagnostických a liečebných poznačkov do praxe formou neinštitucionálneho vzdelávania.

Za týmto účelom:

- a) poriada odborné vedecké podujatia (kongresy, konferencie, zjazdy, sympóziá s domácou a medzinárodnou účasťou), sprievodné výstavy a sympóziá medicínskych a farmaceutických fiériem,
- b) podporuje účasť svojich členov na odborných a vedeckých podujatiach doma i v zahraničí,
- c) vydáva odborné medicínske časopisy, zborníky, bulletiny a iné informačné materiály,
- d) vydáva Kalendár odborných a vedeckých podujatí SLS,
- e) informuje členskú základňu o najnovších medicínskych a farmaceutických výrobkoch.

4. Poskytuje členskej základni ekonomicko-právne poradenské služby.

5. Nadväzuje kontakty s medzinárodnými mimovládnymi organizáciami, odbornými a vedeckými zdravotníckymi organizáciami doma i v zahraničí.

6. Uzatvára dohody o spolupráci a recipročnej výmene odborníkov a pracovníkov svojich aparátov s partnerskými medzinárodnými organizáciami.

7. Vyhlasuje súťaže a udeľuje ceny a pocty.

8. Na zabezpečenie poslania a cielov uvedených v bodech 1 - 7 tohto článku môže SLS získať finančné prostriedky aj vlastnou hospodárskou činnosťou a pre tento účel zakladať, alebo byť spoločníkom obchodných a iných spoločností, prípadne družstiev.

Čl. V. Členstvo v SLS

Členstvo môže byť:

- a) individuálne,
- b) kolektívne,
- c) pridružené,
- d) čestné.

Čl. VI. Vznik členstva

1. Individuálnym členom sa môže stať osoba bez rozdielu štátnej príslušnosti, rasy, národnosti, pohlavia a náboženského vyznania, ktorá:

- sa štúdiom pripravuje na medicínske alebo farmaceutické povolanie,
- vykonáva vedeckú, odbornú alebo inak kvalifikovanú činnosť v zdravotníctve, zdravotníckej vede, výskume, školstve,
- je inak profesijne orientovaná na zdravotnícku problematiku,
- súhlasí so stanovami SLS,
- zaplatí zápisné a ročne členský príspevok.

Individuálnym členom sa možno stať len prostredníctvom niektoréj z odborných spoločností a jedného zo spolku lekárov, na základe členskej prihlášky schválenej výborom príslušnej organizačnej zložky SLS (OZ SLS).

2. Odborná spoločnosť, alebo spolok, ktoré nadobudli právnu subjektivitu v súlade s uznesením Zjazdu delegátov SLS, ostávajú ďalej v SLS ako jej kolektívni členovia.

3. Pridruženým členom sa môže stať domáce alebo zahraničné medicínske združenie, ktorého predmet činnosti je príbuzný s predmetom činnosti SLS, je právnickou osobou, jeho stanovy nie sú v rozpore so stanovami SLS a príslušných medzinárodných spoločností a ktoré nemá názov a predmet činnosti zhodný s názvom a predmetom činnosti niektoréj z odborných spoločností, alebo spolkov SLS.

O prijatí za pridruženého člena SLS rozhoduje Predsedníctvo SLS (P SLS).

4. Čestné členstvo SLS a Čestné členstvo odbornej spoločnosti SLS sú osobitné druhy pôct, ktoré sa udeľujú členom a osobám za:

- mimoriadne zásluhy na rozvoji medicínskej a farmaceutickej vedy doma i v zahraničí,
- rozširovanie kontaktov a dobrej spolupráce s domácimi a zahraničnými partnermi,
- dlhorocnú prácu a úspešné pôsobenie v odbornej spoločnosti (OS), spolku lekárov (SL) alebo spolku farmaceutov (SF), výbere, komisií alebo pracovnej skupine,
- iné zásluhy na plnení úloh a poslania SLS.

Odobzdávajú sa spravidla pri významnom životnom, pracovnom jubileu alebo odbornom podujatí.

Návrhy na udelenie Čestného členstva SLS a Čestného členstva odbornej spoločnosti SLS predkladajú a zdôvodňujú členovia P SLS, výbory odborných spoločností, spolkov, alebo kolektívnych členov. O ich udelení rozhoduje P SLS.

Diplomy čestných členstiev sa vyhotovujú v jednom exemplári, v latinskom jazyku a sú evidované na Sekretariáte SLS.

Čestné členstvo SLS podpisuje predseda a vedecký sekretár SLS. Čestné členstvo odbornej spoločnosti podpisuje vždy predseda SLS a predseda odbornej spoločnosti, prípadne aj vedecký sekretár.

5. Výšku zápisného a kategórie členských príspevkov pre rôzne formy členstva stanovuje Príspevkový poriadok SLS.

Čl. VII. Zánik členstva

1. Individuálne členstvo v SLS zaniká:

- a) vystúpením na základe písomnej žiadosti člena,
- b) úmrťí člena,
- c) po roku neplatenia základných príspevkov,
- d) vylúčením pre hrubé porušenie stanov a záujmov SLS alebo jej OZ, ak sa náprava nedosiahla inými prostriedkami, vrátane predchádzajúceho upozornenia revíznowou komisiou (RK) SLS,
- e) pre iné závažné dôvody (napr. trestná činnosť).

2. Členstvo kolektívneho člena zaniká:

- a) vystúpením na základe písomnej žiadosti, doloženej uznesením členskej schôdze alebo zápisnicou z členskej schôdze,
- b) pre neplatenie členských príspevkov,
- c) zánikom kolektívneho člena,
- d) vylúčením z dôvodov uvedených v Čl. VII, bod 1, písm. d) týchto stanov,
- e) pre iné vážne dôvody.

3. Čestné členstvo SLS a Čestné členstvo odbornej spoločnosti zaniká:

- a) vzdaním sa,
- b) zrušením členstva z dôvodov uvedených v Čl. VII, bod 1, písm. d) týchto stanov,
- c) pre iné vážne dôvody.

Čl. VIII. Práva a povinnosti členov SLS

1. Individuálni členovia SLS majú právo:

- a) voliť a byť volení do P SLS, do výborov OZ SLS, komisií, pracovných skupín alebo sekcií,
- b) zúčastňovať sa v zastúpení SLS na domáčich a zahraničných odborných vedeckých podujatiach, študijných pobytov alebo stážach,
- c) byť navrhovaní a pracovať v odborných komisiách, pracovných skupinách, vedeckých sekciách alebo výboroch, domáčich a zahraničných partnerských organizácií alebo mimovládnych inštitúcií, ktorých záujmy a predmet činnosti nie sú v rozpore s poslaním SLS,
- d) predkladať P SLS, výborom OZ SLS, ich komisiám, pracovným skupinám a sekciám návrhy a stanoviská, týkajúce sa zabezpečenia záujmov a práv členov a riešenia problematiky vyplývajúcej z poslania a činnosti SLS,

- e) byť informovaní o činnostiach SLS,
- f) uchádzať sa o ceny P SLS, OS, SL, SF SLS, alebo cenu kolektívneho člena SLS,
- g) byť navrhnutí a získať pocty P SLS a pocty OS, SL alebo SF SLS,
- h) využívať služby poskytované členom SLS,
- i) podávať sťažnosť na činnosť orgánov P SLS a OS, SL alebo SF SLS, ich komisií, pracovných skupín, sekcií a jednotlivých členov.

2. Individuálni členovia SLS majú tieto povinnosti:

- a) dodržiavať stanovy SLS, ich vykonávacie predpisy, štatúty, interné smernice a všeobecne platné právne predpisy,
- b) neohrozovať záujmy a činnosť SLS,
- c) zaplatiť zápisné a členský príspevok,
- d) oznamovať všetky zmeny, týkajúce sa osobných údajov a členstva v SLS.

3. Povinnosti kolektívneho člena SLS:

- a) Stanovy kolektívneho člena SLS nemôžu byť v rozpore so Stanovami SLS,
- b) kolektívny člen SLS ručí za záväzky svojich členov voči SLS (napr. úhrada členských príspevkov, vyrovnanie poskytovaných záloh a pod.),
- c) kolektívny člen SLS je povinný dodržiavať Stanovy SLS a ich vykonávacie predpisy.

4. Povinnosti pridruženého člena SLS sa upravujú v individuálnych dohodách, v súlade so Stanovami SLS.

Čl. IX.

Organizačná štruktúra SLS

Organizačnú štruktúru tvoria:

- a) odborné spoločnosti (OS) - podľa odborného zamerania,
- b) spolky lekárov (SL) a spolky farmaceutov (SF) - podľa územného pôsobenia,
- c) sekretariát SLS.

1. **Odborné spoločnosti a spolky** sú organizačnými zložkami SLS (OZ SLS). Majú výbory a môžu vytvárať sekcie, komisie, pracovné skupiny a pod. Ich členská základňa musí mať pri svojom vzniku najmenej 50 členov. O udelení výnimky rozhoduje P SLS.

2. Kompetencie členov výborov OZ SLS sa riadia smernicou, ktorú schvaľuje P SLS. Kompetencie a počty členov sekcií, komisií a pracovných skupín OZ SLS stanovujú ich vlastné predpisy.

3. Členom SLS môžu byť za výkon funkcie v orgánoch SLS vyplácané odmeny.

4. **Sekretariát SLS** profesionálne zabezpečuje činnosť SLS a OZ SLS a spravuje ich majetok.

Na čele sekretariátu je riaditeľ, ktorý vykonáva funkciu vedúceho organizácie.

Rozsah činnosti sekretariátu upravuje Organizačný poriadok SLS.

Pracovníci sekretariátu sú v pracovno-právnom vzťahu, ktorý je upravený v pracovnom poriadku SLS.

Čl. X.

Sústava orgánov SLS

- Orgánmi SLS sú:
- a) zjazd,
 - b) predsedníctvo,

- c) revízna komisia tvoria ich volení zástupcovia OS, SL, SF a kolektívnych členov.

1. **Zjazd SLS je najvyšším orgánom SLS** a môže byť riadny alebo miemoriadny. Riadny zjazd zvoláva P SLS raz za štyri roky. Mimoriadny zjazd môže byť zvolaný rozhodnutím P SLS, z iniciatívy najmenej jednej treťiny členov, ktorí si zaplatili členský príspevok v príslušnom kalendárnom roku, alebo RK, v prípade, že po jej opakovanej upozornení na nedostatky, P SLS nezabezpečilo odstránenie nedostatku.

So zvolaním zjazdu musia byť oboznámené všetky výbory OZ SLS a kolektívnych členov najmenej štyri týždne vopred a program, prípadne ďalšie materiály odoslané najmenej pätnásť dní pred jeho uskutočnením.

Zjazd delegátov je uznášaniaschopný, ak je prítomná nadpolovičná väčšina delegátov.

Ak sa nezíde nadpolovičná väčšina zvolených delegátov do termínu začiatia zjazdu, náhradný zjazd sa uskutoční o tridsať minút neeskôr, ešte v ten istý deň a s tým istým programom. Náhradný zjazd je uznášaniaschopný, ak je prítomný akýkoľvek počet delegátov. Rozhoduje nadpolovičnou väčšinou hlasov prítomných delegátov.

Na prijatie rozhodnutia, týkajúceho sa zlúčenia, rozdelenia alebo zániku SLS a s tým spojených majetkových dôsledkov, prípadne vylúčenia niektoréj OZ SLS, je potrebné, aby zaň hlasovala dvojštvrťinová väčšina zvolených delegátov.

Zjazd delegátov SLS sa môže zrealizovať aj korešpondenčne, a to len vo zvlášť zdôvodnených prípadoch a ak to charakter programu dovoľuje.

Rokovanie a voľby zjazdu sa riadia Rokovacím poriadkom a Volebným poriadkom SLS.

Do kompetencie zjazdu patrí:

a) schvaľovať:

- program zjazdu,
- rozpočet a správu o hospodárení SLS,
- plán činnosti a výročnú správu SLS,
- správu RK SLS,
- princípy a priority činnosti SLS,
- zmeny a doplnky stanov SLS, ich vykonávacích predpisov (volebný, rokovací, príspevkový a hospodársky poriadok), štatútov a vnútorných poriadkov,
- vznik nových OZ SLS,
- vyhlásenia a stanoviská delegátov zjazdu.

b) rozhodovať o:

- zlúčení, rozdelení, zániku SLS a s tým spojených majetkových dôsledkov, prípadne iných organizačných zmenách,
- prijati alebo vylúčení OZ alebo pridruženého člena SLS,
- iných zásadných otázkach predkladaných Predsedníctvom SLS, Revíznu komisiou SLS alebo OZ SLS.

c) voliť a odvolávať:

- členov P SLS,
- členov RK SLS,
- náhradníkov P a RK SLS.

2. **P SLS je štatutárnym orgánom**, ktorý zodpovedá za svoju činnosť Zjazdu SLS a rozhoduje o všetkých závažných otázkach SLS v období medzi jeho zasadnutiami.

P SLS má 15 členov a dvoch náhradníkov. Doplňovanie členov je možné len z náhradníkov, nie kooptáciou.

Členmi P SLS s hlasom poradným sú čestní členovia P SLS, riaditeľ sekretariátu SLS, predsedovia alebo poverení členovia výborov tých OZ alebo kolektívnych členov, ktoré majú nad tisíc členov, ak ich delegáti neboli do P SLS na zjazde zvolení.

P SLS volí spomedzi seba predsedu, vedeckého sekretára, podpredsedov a menuje členov užšieho P SLS (UP SLS).

Členmi UP SLS sú predseda, vedecký sekretár, podpredsedovia, riaditeľ sekretariátu SLS, prípadne ďalší členovia, ktorých P SLS splnomocnilo na operatívne rozhodovanie a plnenie úloh medzi jeho zasadnutiami.

UP SLS zasadá raz za dva týždne. Zvoláva ho predsedu, v jeho neprítomnosti vedecký sekretár alebo podpredsedovia.

Zasadnutí UP SLS sa môžu zúčastňovať všetci členovia P SLS.

P SLS zasadá dva razy ročne. Zvoláva ho a rokovenie viedie predsedu, v jeho neprítomnosti vedecký sekretár alebo jeden z podpredsedov.

P SLS a UP SLS sú uznášaniaschopné, ak je prítomná nadpolovičná väčšina zvolených členov a rozhodujú nadpolovičnou väčšinou hlasov prítomných členov.

Na riešenie odborných otázok alebo úloh si môže P SLS vytvárať sekcie, komisie, pracovné skupiny, prípadne vymenovať poradcov.

3. RK SLS je kontrolným orgánom SLS, zodpovedá za svoju činnosť Zjazdu SLS.

Má troch členov, ktorí si spomedzi seba zvolia predsedu. Členom RK SLS nemôže byť člen P SLS.

Členovia RK SLS majú právo zúčastňovať sa zasadnutí P SLS s hlasom poradným.

RK SLS zasadá najmenej raz ročne. Zasadnutia zvoláva predsedu a rozhoduje nadpolovičnou väčšinou hlasov prítomných členov.

RK SLS vykonáva dohľad nad:

- a) hospodárením SLS,
- b) dodržiavaním Stanov SLS, ich vykonávacích predpisov a vnútorných poriadkov,
- c) plnením uznesení zjazdu SLS.

Do kompetencie RK spadá aj riešenie sťažností členov SLS na činnosť niektoréj OZ.

Čl. XI.

Sústava orgánov OZ SLS – ich práva a povinnosti

Orgánmi OZ SLS sú:

- a) členská schôdza,
- b) výbor,
- c) revízor alebo revízna komisia (podľa počtu členov členskej základne).

1. Členská schôdza je najvyšším orgánom OS, SL alebo SF SLS. Zvoláva ju výbor najmenej raz za dva roky. Uskutočniť sa môže aj z iniciatívy najmenej jednej tretiny členov alebo RK OZ SLS, ak výbor nezabezpečí nápravu nedostatkov ani po jej opakovanom upozornení.

S rozhodnutím o zvolaní schôdze musí byť oboznámená celá členská základňa najmenej štyri týždne vopred a program, prípadne ďalšie materiály odoslané najmenej pätnásť dní pred jej uskutočnením.

Členská schôdza je uznášaniaschopná, ak je prítomná nadpolovičná väčšina členov a rozhodnutia prijíma nadpolovičnou väčšinou hlasov prítomných členov.

Na prijatie závažných rozhodnutí týkajúcich sa napr. vystúpenia OS, SL alebo SF zo SLS a tým súvisiacich majetkových dôsledkov je potrebné, aby sa členskej schôdze zúčastnili najmenej dve tretiny členov a rozhodnutia prijímal nadpolovičnou väčšinou hlasov prítomných členov a aby svoj súhlas písomne vyjadrili Predsedníctvu SLS.

Do kompetencie členskej schôdze patrí:

a) **schvaľovať:**

- program členskej schôdze,
- rozpočet a správu o hospodárení,
- plán činnosti a výročnú správu,
- správu revízora alebo RK,
- vznik nových sekcií,
- vyhlásenia a stanoviská členov.

b) **predkladať** Zjazdu delegátov návrhy na zlúčenie, rozdelenie, zmenu právnej formy, alebo zánik OZ SLS a s tým súvisiacich majetkových dôsledkov.

c) **rozhodovať o:**

- zlúčení, rozdelení, zániku alebo zmene právnej formy a s tým spojených majetkových dôsledkov,
- dĺžke funkčného obdobia,
- počte členov výborov a ich náhradníkov,
- počte členov RK a ich náhradníkov,
- vytvoreni sekcií, pracovných skupín a komisií, počte ich členov alebo o ich zániku,
- iných zásadných otázkach predkladaných výborom, RK (revízorom) alebo členmi.

d) **voliť a odvolávať:**

- členov a náhradníkov výboru, sekcií, pracovných skupín alebo komisií,
- členov a náhradníkov RK (revízora).

2. Výbory OZ SLS rozhodujú o všetkých závažných otázkach v období medzi zasadnutiami členskej schôdze.

Výbor má najmenej päť členov a dvoch náhradníkov. Členmi výboru s hlasom poradným sú predsedovia sekcií, pracovných skupín a komisií.

Výbor zvoláva predsedu, v jeho neprítomnosti vedecký sekretár alebo podpredsedovia.

Výbor je uznášaniaschopný, ak je prítomná nadpolovičná väčšina zvolených členov a rozhoduje nadpolovičnou väčšinou hlasov prítomných členov.

Práva a povinnosti výborov OZ SLS:

a) **zvoliť** členskú schôdzku,

b) **predkladať členskej schôdzi na schválenie:**

- správy o činnosti a hospodárení,
- plán činnosti a rozpočet,
- návrh na vyberanie ďalších (dodatkových) členských príspievkov,
- návrh na zmenu právnej formy alebo zániku OS, SL alebo SF a z toho vyplývajúceho majetkového vysporiadania

- návrh na vznik nových sekcií, pracovných skupín a komisií
- návrh na zmenu názvu,
- iné návrhy, ktorých význam a charakter spadajú do kompetencie rozhodovania členskej základne.

c) **zodpovedať za:**

- účelnosť a hospodárnosť pri nakladaní so získanými finančnými prostriedkami len na ciele, ktoré vyplývajú z predmetu činnosti SLS,
- dodržiavanie stanov, interných smerníc, štatútov SLS a všeobecne platných právnych noriem.

d) **zabezpečiť:**

- transparentnosť a preukazateľnosť hospodárenia a dokladovania činnosti.

e) **ochraňovať:**

- majetok a majetkové práva vlastnej OZ,
- údaje o členskej základni a využívať ich len spôsobom upraveným smernicou SLS a na ciele, ktoré vyplývajú z predmetu činnosti SLS.

f) **predkladať Predsedníctvu SLS:**

- správy o priebehu a výsledku volieb,
- návrhy členov pracovných skupín, sekcií a komisií P SLS,
- stanoviská, pripomienky a návrhy týkajúce sa činnosti SLS,
- zápisnice zo zasadnutí výborov,
- plány odborných podujatí,
- návrhy na udelenie cien a pôct P SLS,
- stanoviská, názory, posudky odborných materiálov a legislatívnych noriem týkajúcich sa predmetu činnosti SLS,
- iné návrhy vyplývajúce z predmetu a rozsahu kompetencií SLS.

g) **predkladať sekretariátu SLS na vedomie a archivovanie:**

- programy, pozvánky a iné materiály týkajúce sa odborných podujatí a aktivít (informačné listy, oznamenia a pod.),
- informácie o udelení vlastných cien a pôct,
- vydávané odborné časopisy, zborníky, prípadne iné odborné materiály.

h) **schvaľovať návrhy a rozhodovať o:**

- prijímaní nových členov,
- udelení vlastných cien a pôct, prípadne finančnej odmeny prisúšľachajúcim k nim,
- hospodárenie s vlastnými finančnými prostriedkami a ich využívaním len na ciele a poslanie uvedené v Čl. IV. týchto stanov.

i) **zostavovať:**

- rozpočet,
- správu o činnosti a hospodárení,
- plán činnosti a odborných podujatí.

j) **uzatvárať dohody:**

- o spolupráci s partnerskými organizáciami doma a v zahraničí a predkladať ich P SLS na vedomie.

k) **vysielat:**

- delegátov na Zjazd SLS,

svojich členov na:

- odborné podujatia doma a v zahraničí,
- prácu v odborných komisiách, redakčných radách, pracovných skupinách alebo mimovládnych organizáciach.

Práva a povinnosti výborov kolektívnych členov vo vzťahu k SLS sú zhodné s právami a povinnosťami výborov OZ SLS.

Čl. XII.

Majetok a hospodárenie SLS a jej OZ

1. Majetok SLS a jej OZ slúži na rozvoj a zabezpečenie činnosti vyplývajúcej z ich poslania.
2. Majetok SLS a jej OZ tvoria:
 - hmotný a nehmotný investičný majetok,
 - finančné prostriedky vedené na bežných účtoch SLS v peňažných ústavoch a pokladniči SLS,
 - duševný majetok (autorské práva, výsledky odbornej, vedeko-výskumnej a expertiznej činnosti, iné práva a peniazmi oceňiteľné hodnoty, vrátane databázy členskej základne SLS),
 - pohľadávky voči fyzickým a právnickým osobám.
3. Zdroje nadobúdania majetku SLS a jej OZ:
 - zápisné a členské príspevky,
 - poplatky za účasť, vystavovanie a prezentáciu na odborných podujatiach SLS,
 - jednorazové účelové príspevky a zbierky,
 - reklamy a inzercie publikované vo vydávaných odborných časopisoch, publikáciach a informačných materiáloch,
 - dary a sponzorské príspevky,
 - úroky z vkladov na bežných účtoch,
 - iné príjmy vyplývajúce z predmetu činnosti alebo hospodárskej činnosti,
 - prípadné účelové dotácie.
4. Majetok SLS spravuje Sekretariát SLS. Za hospodárenie s majetkom OZ zodpovedá Sekretariát SLS a jej výbor.
5. Majetok SLS delimitovaný na kolektívneho člena pri jeho vzniku môže byť použitý len na poslanie a cieľe uvedené v Čl. IV. týchto stanov.

Čl. XIII.

Zastupovanie SLS a jej OZ

1. SLS zastupuje navonok predsedu, vedecký sekretár, podpredsedovia a riaditeľ sekretariátu, prípadne iní predsedom poverení členovia P SLS.
2. OZ SLS zastupujú navonok predsedu, vedecký sekretár, podpredsedovia alebo predsedom poverení členovia výboru, a to v rozsahu kompetencií vyplývajúcich zo stanov SLS.
3. Podpisovanie za SLS a jej OZ je upravené v Poukazovacom a dispozičnom práve SLS.

Čl. XIV.

Zánik SLS a jej OZ a kolektívnych členov

1. SLS zaniká dobrovoľným rozpustením, rozdelením alebo zlúčením s iným združením, ak o tom:
 - a) rozhodne zjazd delegátov SLS,

b) právoplatným rozhodnutím MV SR o rozpustení SLS podľa § 12, odst. 3., zákona č. 83/1990 Zb. v znení neskorších predpisov.

V prípade zániku SLS vykonávajú majetkové vysporiadanie štatutárne orgány, zjazd delegátov SLS na návrh P SLS alebo likvidátor v prípade zániku uvedenom v Čl. XIII., bod 1, písm. b) týchto stanov.

2. OZ SLS zaniká dobrovoľným rozpustením alebo zlúčením s inou OZ SLS, prípadne iným združením, a to postupom uvedeným v Čl. X., bod 1, odst. 4 týchto stanov alebo na základe právoplatného rozhodnutia MV SR.

O majetkovom vysporiadaní v prípade zániku OZ SLS rozhoduje zjazd delegátov na návrh P SLS alebo MV SR, ktoré vydalo rozhodnutie o prepustení OZ SLS.

Prípadné pripomienky alebo pozmeňujúce návrhy pošlite redakcii nášho časopisu!

Čl. XV.

Prechodné ustanovenia a účinnosť stanov

Stanovy boli vypracované v súlade s platnými právnymi predpismi a upravujú vzťahy v SLS

Stanovy nadobudli platnosť schválením na zjazde delegátov SLS dňa 14. marca 1996 a účinnosť dňom ich registrácie na MV SR, keď sa rušia doterajšie stanovy SLS schválené MV SR dňa 9. marca 1995, č. VVS/1-909/90-172-2.

Redakcia

Európa proti eutanázii

Slovenská lekárska spoločnosť dostala v septembri 1997 vyzvanie od Zväzu lekárov Nemecka, aby sa pripojila k navrhovanej Konvencii proti eutanázii. Ide o akciu, ktorá je v súlade so základným postojom Svetovej asociácie lekárov (WMA) a Stálej komisie lekárov Európy pri Rade Európy (CP). Po obdržaní odpovedí z národných lekárskych spoločností z oslovených krajín bude Konvencia publikovaná aj so zoznamom signatárov.

Slovenská lekárska spoločnosť sa pripojila uznesením svojho predsedníctva zo dňa 7. novembra 1997 k tejto Konvencii. Jej znenie v anglickom originále i v preklade do slovenčiny uverejňujeme.

Redakcia

Europe against Euthanasia

In September 1997 the Association of Physicians of Germany addressed the Slovak Medical Association with the appeal to join the proposed Convention against Euthanasia. The Convention is in keeping with the basic attitude of the World Medical Association (WMA) and of the Permanent Committee of the Physicians of Europe at the Council of Europe. After obtaining the responses from national medical associations of the countries addressed, the Convention will be published, including the list of signatories.

The Slovak Medical Association has joined the Convention on the basis of the resolution of its Board passed on 7 Nov. 1997. We are publishing the text of the Convention both in the English original version and the Slovak translation.

Editorial Board

Convention of Europe against Euthanasia

Sickness, suffering, ageing and dying are elements of every human life and its development as well as the accomplishment of the individual and his social being. The meaning of suffering and dying may change within the order of ethical values.

What will never change, however, is the fact that euthanasia is unethical and incompatible with the way doctors regard their profession. This has to be emphasized time and again in the face of growing indifference towards the subject of euthanasia.

It is the doctor's indispensable duty to provide the patients with the assurance that everything is being undertaken to restore their health, to alleviate their suffering or to render medical support when death is inevitable.

Patients have the right to a humane accompaniment when dying and to die in dignity. Dying in dignity comprises human attention, an effective pain therapy, regular body care, sufficient liquid and nutrition supply. It has to be added that patients in a persistent vegetative state (PVS) are considered as living and not dying.

The constitutional right of each individual to self-determination cannot be misused as a legal justification for suicide, all the less for the authorisation or even obligation of another person to assist in it any way. Nevertheless, the doctor will consider the explicit will of the patient and make respectful use of the patient's decisions, taken when fully conscious.

Konvencia Európy proti eutanázii

Choroby, utrpenie, starnutie a smrť patria k ľudskému životu, jeho vývoju a zakončeniu u jednotlivca ako spoločenskej bytosťi. Význam utrpenia a smrti sa môže meniť podľa platných etických hodnôt.

Čo sa však nikdy nemení, je skutočnosť, že eutanázia je nemorálna a nezlučiteľná so spôsobom ako nazierajú lekári na svoju profesiu. Toto sa znova a znova musí zdôrazňovať pri narastajúcej ľahostajnosti voči problému eutanázie.

Je neodmysliteľnou povinnosťou lekárov, aby poskytli pacientom istotu, že sa všetko podnikne pre zachovanie ich zdravia, pre uľahčenie ich utrpenia alebo, že im lekár bude oporou v prípade, keď smrť je nevyhnutná.

Pacienti majú právo na humánnu účasť keď umierajú a na dôstojnú smrť. Umierať dôstojne značí pozornosť okolia, efektívnu liečbu bolesti, náležitú starostlivosť o telesnú schránku pacienta, doštatočný prívod tekutín a živín. Treba dodať, že pacientov v perzistujúcom vegetatívnom stave (tzv. PVS) berieme ako živých a nie ako umierajúcich.

Ústavou zaručené právo každého človeka na sebaurčenie sa nesmie zneužiť v zmysle legálneho ospravedlnenia samovraždy, a tým mezej na oprávnenie alebo dokonca poverenie akejkoľvek osoby napomáhať tomu akýmkoľvek spôsobom. Pritom lekár bude brať do úvahy explicitne vyjadrenú vôle pacienta a bude rešpektovať jeho slobodné rozhodnutie, ktoré pacient učinil pri plnom vedomí.

M. Sekulová, I. Małčeková
Interné oddelenie NsP v Lučenci

Choré srdce a srdce zdravotnej sestry

Na posteli JIS leží pacient. Upiera oči na obrazovku, kde zelené svetielko zdánivo chaoticky, ale predsa pravidelne skáče, akoby sa chcelo odtrhnúť a uletieť niekom v diaľ, ale predsa sa vždy vráti späť na predpísanú dráhu. Podobne ako jeho myšlienky. Vracia sa domov, k svojej žene, práci, záľubám i nerestiam a opäť späť k svojmu srdcu, k obavám z budúcnosti, z najbližších minút, zo smrti.

Možno tak vníma človek-pacient na JIS svoj stav ohrozenia života, možno trochu ináč, ale fažko to môže vedieť sestrička, ktorá je často objektom prosby o pomoc, pochopenie, trochu ľudského tepla.

Kto sú pacienti na JIS interného oddelenia, aké problémy ich trápia a aké by mali byť ich ošetrovateľky v zdravotníckej uniforme, aspoň čiastočne odhaluje naša prednáška.

Najpočetnejšiu skupinu tu tvoria pacienti s ischemickou chorobou srdca, akútnym infarktom myokardu, nestabilnou anginou pectoris, dysrhythmiou alebo srdcovou nedostatočnosťou. Akí vlastne sú?

Každý človek môže byť šťastný, ak je zdravý. To šťastie si však väčšina neuvedomuje. Schopenhauer to vyjadril takto: „Málokedy myslíme na to, čo máme, ale stále na to, čo nemáme.“

Málokto myslí na spôsob života, akým žije a jeho dopadom na svoje srdce. Z práce do práce, zlá životospráva, nedostatok pohybu, po-bytu na čerstvom vzduchu, zrýchlené tempo života a zrazu je tých problémov viac, stále viac a neubúdajú. Hromadia sa v jednom bode, v duši. Navonok silné osobnosti, ktoré toho zvládajú veľa, nako-nieci pribrzdi „oranžová“, na pomyselnom semafóre zdravia. Sú to

malé príznaky, ako napr. nepokoj, nervozita, únava, slabosť celého tela, sťažené dýchanie, búchanie srdca, alebo dokonca zastaví ich "červená", - šokujúca bolesť v hrudi.

Kardiovaskulárne ochorenia suverénne vedú štatistiky v príčinách úmrtí v priemyselne vyspelom svete. V Európe popredné miesto v tomto smutnom ukazovateľ patrí našej krajine. Pre ilustráciu uvediem len niekoľko čísel z nášho oddelenia. V r. 1995 bolo prijatých s diagnózou akútneho infarktu myokardu 158 pacientov, z toho exitovalo 15, v r. 1996 147, exitovalo 20 a do konca augusta tohto roku bolo prijatých 82 pacientov, z nich 5 umreli.

Je to dostatočne pádny argument na zamyslenie. Je potrebné zoberať sa nielen kvalitou zdravotnej výchovy, medicínskej práce, ale i ošetrovateľstva. Sestra musí v prvom rade vedieť, kto sú to kardiaci.

Dobrý pozorovateľ môže veľmi rýchlo nájsť podobné črty u ľudí, ktorí prichádzajú na JIS. Jedni hovoria o súhrne príznakov ako dôsledku choroby, ale je možné pripustiť aj iný názor, ktorý prezentuje *Loise Hayová*. Tvrdi, že príčinou srdcových ochorenií sú dlhotrvajúce citové problémy, málo radosti, presvedčenie, že je nutné žiť v napäti a v strese. A samotný infarkt myokardu hodnotí ako odstránenie každej radosti z tela kvôli peniazom, postaveniu a funkcií. V tejto myšlienke je skrytý recept na to, ako zdravo žiť. Ale kto sa dokáže opýtať sám seba: Som šťastná, som šťastný?

Väčšina ľudí spája význam slova šťastie so schopnosťou zadovážiť si dostatok materiálnych statkov, len zdanlivo zlepšujúcich či uľahčujúcich život, miesto toho, aby sa snažili zmeniť spôsob svojho uvažovania, mentálne návyky, ktoré neraz vedú do záhuby. Zbaviť sa starých myšlienok je omnoho ľahšie ako zahodiť starú košeľu, ktorú sme si obliebili. Už len pripustiť, že cesta za šťastím - zároveň aj zdravím, viedie cez zmenu samých seba, je pre mnohých z nás nemysliteľné.

A zrazu sa z človeka môže stať pacient, čo nekompromisne prináša so sebou náhlú a radikálnu zmenu doterajšieho spôsobu života, napr. nemožnosť pohybu - čiastočnú alebo úplnú, realizácie svojich záujmov, stratu súkromia, základných životných istôt. Zároveň je to však moment, kedy má človek jedinečnú šancu zamyslieť sa nad sebou a zmysluplnosťou svojho života.

Na JIS pacienta obklopuje množstvo pre neho neznámych prístrojov, trubičiek, monitorov pôsobiacich deprimujúco. Je pripútaný na posteľ, psychicky trpí stratou sebestačnosti, skoro úplnou závislosťou od druhých ľudí, stratou želaného sociálneho kontaktu. Vznikajú viačeré zmeny v jeho duševnom živote. Musí sa preorientovať na činnosti, ktoré neovláda tak, akoby si sám prial, napr. vykonávať defekáciu na posteeli, nechať sa používať alebo nakŕniť. Je to pre neho náročné, hlavne psychicky. Znižuje to jeho sebavedomie a mení životný rytmus. Prostredie, v ktorom sa ocitol, je relativne "ochudobnené", nemá na blízku to, čo by si prial a neustále zamestnáva jeho myšel jedna téma - jeho zdravotný stav. Ostáva sám so svojou chorobou, bolesťou a strachom z budúcnosti. To sú chvíle, kedy sa v jedinom často absolútne mení rebríček hodnôt. A práve v týchto chvíľach zohráva dôležitú úlohu sestra, ktorá pri ňom trávi podstatne viac času ako jeho ošetrujúci lekár.

Medzi základné predpoklady kvalitnej liečby patrí vysoká profesio-

nálna úroveň zdravotníckeho tímu. Zväčša sa tým myslí schopnosť lekárov a sestier v minimálnom časovom úseku urobiť maximum odborných výkonov zachraňujúcich jedinca. Lebo niekedy stačí iba pári minút, či sekúnd a zrazu môže odísť to, čo je najcennejšie – život.

Pod tlakom veľkých technických pokusov človeka v boji so smrťou sa niekedy akosi na druhú koľaj dostáva ľudská duša. Aj samotní zdravotníčki pracovníci často viac dôverujú prístrojom ako samým sebe. Lekárov aj sestry akosi viacej zaujímajú výsledky, papieriky s množstvom čísel, EKG krivka, počet úderov srdca ako človek samotný. Zdravotníčki pracovníci naučení konáť v stresových situáciách dokážu fantastické výkony, naučili sa rozoznávať dva druhy činností. Tie, ktoré normalizujú činnosť orgánov tela, a tie ostatné - nepodstatné. Zo srdca sa tak stáva súčiastka, ktorá keď pravidelne pracuje, je v poriadku. Na druhej strane duša je niečo komplikované, čo by sme najradšej vytlačili z predmetu nášho záujmu, lebo sa nedá merať, pichnúť do nej injekcia, ani predpísat na ňu tabletka. Ale práve ona rozhoduje, či človek, ktorého sa nám včera podarilo zachrániť, dnes alebo zajtra nevzdá svoj boj, či sa k nám nevráti o rok, či dva. Možno potom len bezradne mykneme plecami nad jeho už nevládnym telom a uspokojujme sa s konštatovaním - ved' sme urobili pre neho všetko, čo sme mali, viac sa nedalo.

Pri tom práve v tejto chvíli, keď život človeka visí na vlásku, potrebuje pacient niekoho, kto mu dodá silu, vôle či nádej alebo ukáže, akým smerom sa uberať, nájsť pozitívny ciel života. To je činnosť, ktorú žiadny stroj nezvládne. Pacienti v kritickom stave, hoci veľa nerozprávajú, spôsobom, ako sa dokážu pozrieť do očí, spôsobom, ako kríčivo chytia sestrinu či lekárovu ruku, prosia o štipku nádeje a dúfajú, že im vlejeme silu do ich unavených žíl, že im pomôžeme dýchať, že im umožníme???????????

Práve aj to by malo byť náplňou práce sestry a zrejme jednou z najťažších. Ak pripustíme, že ide o vysoko profesionálnu, nesmierne náročnú činnosť, musíme tiež uznať, že si vyžaduje náležitú prípravu. Aby sestry dokázali plniť toto svoje poslanie, musia absolvovať špeciálne školenia zamerané na nácvik asertívneho správania či psychoterapiu, ale tiež kurzy relaxácie, aby dokázali nahradíť energiu, ktorú strácajú pri práci s ľažko chorými a umierajúcimi ľuďmi. Nemožno totiž očakávať, že slabo platená, spoločensky nedohodnotená sestra s množstvom povinností mimo zamestnania, sa dokáže usmievať, aj keď je jej vnútorné veľmi ľažko. Rovnako sa nemožno spoliehať na akúsi vrodenú schopnosť empatie či umenia sestier vždy správne odpovedať na pacientove otázky a psychicky ho podporiť.

Snáď už neprejde veľa rokov, keď aj u nás bude platiť to, čo *Florence Nightingaleová* povedala pred 150 rokmi: "Ošetrovanie chorých je podstatne viac ako prikladanie obvázov alebo podávanie liekov.."

*Do redakcie došlo:
4. novembra 1997*

*Adresa autoriek:
M. Sekulová
Kuzmányho č. 8
984 01 Lučenec*

Správy z IVZ

Plán školiacich akcií Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v prvom polroku 1998

Január 1998

TK finančný manažment v laboratórnej medicíne
Miesto, termín: Bratislava, 7. 1. – 9. 1. 1998

TK vertebrogénne ochorenia
Miesto, termín: Bratislava, 12. 1. – 16. 1. 1998

PŠŠ intenzívna starostlivosť v interných odboroch
Miesto, termín: Bratislava, 12. 1. – 23. 1. 1998

PŠŠ ošetrovateľská starostlivosť o ženu (mimoriadna akcia)
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 12. 1. – 23. 1. 1998

DS v ošetrovateľstve
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 19. 1. – 23. 1. 1998

PŠŠ anestéziológia a resuscitácia
Miesto, termín: Banská Bystrica, 19. 1. – 30. 1. 1998

ŠŠ v diabetológií
Miesto, termín: Bratislava, 19. 1. – 30. 1. 1998

ŠŠ na prácu v klinickej neurofyziológii
Miesto, termín: Bratislava, 19. 1. – 30. 1. 1998

PŠŠ klinická biochémia
Miesto, termín: Bratislava, 19. 1. – 30. 1. 1998

TK medicíny katastrof pre chirurgické sestry
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 19. 1. – 21. 1. 1998

Význam komunikácie v ošetrovateľstve
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 23. 1. 1998

TK ošetrovanie chorých v neurológii
Miesto, termín: Bratislava, 26. 1. – 30. 1. 1998

ŠŠ v liečebnej výžive a v stravovaní
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 26. 1. – 30. 1. 1998

PŠŠ anestéziológia a resuscitácia
Miesto, termín: Košice, 26. 1. – 6. 2. 1998

Február 1998

TK nové poznatky v laboratórnej hematológií
Miesto, termín: Bratislava, 2. 2. – 6. 2. 1998

PŠŠ domáca ošetrovateľská starostlivosť
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 2. 2. – 13. 2. 1998

ŠŠ práca vo funkčnom vyšetrovaní kardiovaskulárneho ústrojenstva
Miesto, termín: Bratislava, 9. 2. – 13. 2. 1998

PŠŠ hematológia a transfúziológia
Miesto, termín: Bratislava, 9. 2. – 20. 2. 1998

PŠŠ lekárstvo
Miesto, termín: Bratislava, 9. 2. – 20. 2. 1998

PŠŠ ošetrovateľská starostlivosť o dospelých
Miesto, termín: Bratislava, 16. 2. – 22. 2. 1998

PŠŠ ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v chirurgických odboroch
Miesto, termín: Bratislava, 16. 2. – 20. 2. 1998

PŠŠ intenzívna starostlivosť v chirurgických odboroch
Miesto, termín: Bratislava, 23. 2. – 27. 2. 1998

TK rehabilitačné ošetrovateľstvo
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 23. 2. – 27. 2. 1998

Marec 1998

TK laboratórny informačný systém
Miesto, termín: Bratislava, 2. 3. – 3. 3. 1998

TK domácej ošetrovateľskej starostlivosťi
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 2. 3. – 4. 3. 1998

TK odhad profesionálnej expozície a odhad rizika
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 2. 3. – 4. 3. 1998

PŠŠ laboratórne metódy v lekárskej mikrobiológií
Miesto, termín: Bratislava, 2. 3. – 6. 3. 1998

TK základy výpočtovej techniky a jej využitie v laboratóriu Miesto, termín: Bratislava, 2. 3. – 6. 3. 1998	TK hygienicko-epidemiologický režim na stomatologických ambulanciach Miesto, termín: Modra-Harmónia, 13. 4. – 14. 4. 1998
PŠS rádiadiagnostika Miesto, termín: Bratislava, 2. 3. – 13. 3. 1998	TK medicíny katastrof zameraný na anestéziu a resuscitáciu Miesto, termín: Bratislava, 20. 4. – 22. 4. 1998
TK prvá pomoc pri akútnech a naliehavých stavoch Miesto, termín: Modra-Harmónia, 9. 3. – 11. 3. 1998	TK laboratórny manažment Miesto, termín: Bratislava, 20. 4. – 22. 4. 1998
TK ultrazvuková diagnostika v pôrodnictve Miesto, termín: Bratislava, 9. 3. – 13. 3. 1998	DS pre vedúcich laborantov mikrobiologických laboratórií Miesto, termín: Modra-Harmónia, 20. 4. – 22. 4. 1998
TK laboratórna diagnostika akútnych intoxikácií Miesto, termín: Bratislava, 16. 3. – 18. 3. 1998	PŠS anestézia a resuscitácia Miesto, termín: Bratislava, 20. 4. – 24. 4. 1998
TK aktuálne poznatky v liečebnej výžive Miesto, termín: Bratislava, 16. 3. – 18. 3. 1998	PŠS ošetrovateľská starostlivosť o novorodencov Miesto, termín: Modra-Harmónia, 20. 4. – 24. 4. 1998
PŠS laboratórne metódy v hygiene Miesto, termín: Bratislava, 16. 3. – 20. 3. 1998	PŠS ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii Miesto, termín: Pezinok, 20. 4. – 30. 4. 1998
TK v epidemiológii Miesto, termín: Modra-Harmónia, 16. 3. – 20. 3. 1998	TK Základy geriatrie a geriatrickeho ošetrovateľstva Miesto, termín: Košice, 22. 4. – 24. 4. 1998
TK v detskej rehabilitácii pre začiatočníkov Miesto, termín: Modra-Harmónia, 16. 3. – 20. 3. 1998	TK aktuálne problémy v laboratórnej medicíne Miesto, termín: Bratislava, 27. 4. – 29. 4. 1998
TK mäkké mobilizačné techniky Miesto, termín: Modra-Harmónia, 16. 3. – 20. 3. 1998	Máj 1998
PŠS ošetrovateľská starostlivosť o ženu Miesto, termín: Modra-Harmónia, 16. 3. – 27. 3. 1998	TK správna laboratórna prax v mikrobiológii životného prostredia Miesto, termín: Bratislava, 4. 5. – 6. 5. 1998
TK v základnej problematike urgentnej medicíny Miesto, termín: Bratislava, 23. 3. – 27. 3. 1998	PŠS anestézia a resuscitácia Miesto, termín: Košice, 4. 5. – 8. 5. 1998
TK v gerontopsychiatrii Miesto, termín: Pezinok, 23. 3. – 27. 3. 1998	ŠŠ v primárnej zdravotníckej starostlivosti Miesto, termín: Modra-Harmónia, 4. 5. – 7. 5. 1998
ŠŠ liečebná výživu a stravovanie Miesto, termín: Bratislava, 23. 3. – 27. 3. 1998	Workshop Miesto, termín: Bratislava, 7. 5. – 8. 5. 1998
ŠŠ na prácu vo funkčnom vyšetrovaní kardiovaskulárneho ústrojenstva Miesto, termín: Bratislava, 23. 3. – 3. 4. 1998	TK mäkké mobilizačné techniky II. časť Miesto, termín: Modra-Harmónia, 11. 5. – 15. 5. 1998
TK dedičné metabolické poruchy Miesto, termín: Bratislava, 30. 3. – 31. 3. 1998	PŠS domáca ošetrovateľská starostlivosť Miesto, termín: Modra-Harmónia, 11. 5. – 22. 5. 1998
April 1998	TK zodpovednosť sestry v stomatologickej ambulancii Miesto, termín: Modra-Harmónia, 18. 5. – 19. 5. 1998
Seminár v metodike vyučovania ošetrovateľstva Miesto, termín: Modra-Harmónia, 2. 4. – 3. 4. 1998	PŠS anestéziológia a resuscitácia Miesto, termín: Banská Bystrica, 18. 5. – 22. 5. 1998
IK lekárenstvo Miesto, termín: Modra-Harmónia, 6. 4. – 8. 4. 1998	TK práca s cytostatikami Miesto, termín: Bratislava, 18. 5. – 22. 5. 1998
ŠŠ pre ZS z hematologických oddelení Miesto, termín: Bratislava, 30. 3. – 9. 4. 1998	PŠS liečebná telesná výchova Miesto, termín: Bratislava, 18. 5. – 29. 5. 1998

PŠŠ ošetrovateľská starostlivosť o ženu
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 18. 5. – 29. 5. 1998

PŠŠ technológia prípravy liekov
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 25. 5. – 29. 5. 1998

Jún 1998

TK hygiena detí a mládeže
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 1. 6. – 5. 6. 1998

TK metodológia a riadenie ošetrovateľského procesu
Miesto, termín: Bratislava, 1. 6. – 5. 6. 1998

PŠŠ ošetrovateľstvo v klinickej onkологии
Miesto, termín: Bratislava, 1. 6. – 12. 6. 1998

PŠŠ laboratórne metódy v klinickej mikrobiológií
Miesto, termín: Bratislava, 1. 6. – 5. 6. 1998

Kurz starostlivosti o terminálne chorých
Miesto, termín: Košice, 8. 6. – 10. 6. 1998

TK novinky v liečebnej rehabilitácii
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 8. 6. – 10. 6. 1998

DS interaktívne procesy v ošetrovateľstve
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 8. 6. – 12. 6. 1998

TK kontrola sterilizácie
Miesto, termín: Košice, 15. 6. – 17. 6. 1998

Seminár o riadení odbornej zložky prípravy na SZŠ
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 29. 6. – 30. 6. 1998

Vysvetlivky: PŠŠ – pomaturitné špecializačné štúdium
ŠŠ – špecializačné štúdium
TK – tematický kurz
IK – inovačný kurz
DS – diskusné sústredenie

Nursing Standard

Chceme Vám predstaviť časopis NURSING STANDARD, ktorý vydáva Kráľovská škola pre ošetrovateľky (Royal College of Nursing) vo Veľkej Británii v Brentwood (Essex). Vlastníkom a vydavateľom sú ošetrovateľky zastúpené vedúcou redaktorkou pani Norah Caseyovou. Časopis vychádza každú stredu, t. č. už jedenásť rok. Vo svojej titráži proklamuje svoje poslanie ako snahu napomáhať dosahovať vynikajúcu odbornosť a povzbudzovať k tvorivosti a k inovačným aktitvám ošetrovateľky, pôrodné asistentky a zdravotné pracovníčky v praxi.

V 50 čísle zo dňa 3. septembra 1997 pochotovo reaguje vedúca redaktorka v úvodnom článku na tragickú smrť princeznej Diany, ktorá je menovite pre britskú populáciu symbolom dobročinnosti a humanity.

V rubrike Novinky sú uverejnené správy o udalostiach týkajúcich sa pracovného života ošetrovateľiek. V ďalšom sú preberané otázky a problémy napr. preskripcie liekov sestrami, náplň a poslanie profesie ošetrovateľky, prináša sa prehľad ocenených sestier v každoročnej akcii Kráľovskej školy pre ošetrovateľky (NURSE 97, 30 sestier v niekoľkých kategóriách), všeobecne aj odborné otázky.

Adresa časopisu: NURSING STANDARD HOUSE, 17 – 19 Peterborough Road, Harrow, Middlesex HA1 2 AX, Great Britain. Tel.: 0181 423 1066

Prof. MUDr. E. Brixová, DrSc.

Fajčenie tabakového dymu z prostredia a ischemická choroba srdca

Steenland, K., Thun, M., Lally, C., Heath, C.: Environmental tobacco smoke and coronary heart disease in American Cancer Society CPS-II Cohort. Circulation, 94, 1996, s. 622-628

Takmer všetky doteraz publikované epidemiologické štúdie zistili zreteľné zvýšenie rizika úmrtia na ischemickú chorobu srdca asi u 20 % nefajčiarov, ktorí dýchali tabakový dym z prostredia (tzv. pasívne fajčenie). V Spojených štátach amerických sa v rámci tzv. American Society's Cancer Prevention Study I zistilo, že ročne pre túto príčinu zomiera asi 35 až 40 tisíc ľudí. V štúdiu sa vyšetilo 309 599 manželských párov a ďalších 135 237 ľudí, ktorí udáva-

li, že sú vystavení pasívному fajčeniu svojím partnerom. Po analýze sa zistilo, že mortalita na ischemickú chorobu srdca u mužov nefajčiarov žijúcich s manželkami (partnerkami) fajčiarkami je vyššia o 22 % voči tým, ktorých manželky (partnerky) nefajčili. Vyššie riziko úmrtia o 10 % na ischemickú chorobu srdca sa zistilo u žien, žijúcich s fajčiami. Takéto riziká sa nevyskytli u nefajčiarov (nefajčiarok), ktorí žili s bývalými nefajčiami. Nepodarilo sa zistíť vzťah medzi množstvom denne vyfajčených cigaret fajčiarom a úmrtnosťou u exponovaných partnerov.

Dr. Menkyna

Summaries

Antibiotics and Resistance at the Threshold of the Third Millennium K. Králiková, M. Hupková-Lešická, V. Krčmery, Sr., R. Menkyna

Summary: Over the practically 100-year existence of antibacterial chemotherapeutics and the 50-year period of antibiotics, a wide range of specific and broad-spectrum antibiotics and chemotherapeutics have been introduced into clinical practice. Their world-wide overuse has however created serious problems concerning particularly the resistance of many important bacteria and thus the gradual loss of efficacy of some antibiotics. The discovery of new antibiotics and the development of derivatives of the known antibiotics used which would withstand the mechanisms of resistance and be effective also against resistant bacterial strains has slowed down recently. Urgent measures

that could lead to the solution of the problem of the future efficacy of antibiotics in the third millennium include restriction of the use of some especially important preparations, e. g. under the supervision of special antibiotic committees, overall rationalization in the prescription of antibiotics, consistent application of aseptic conditions as well as of other sanitary measures in hospitals, and observance of antiepidemic regulations.

Key words: chemotherapy, antibiotics, resistance, rationalization of chemotherapy.

The Geriatric Patient - Specific Characteristics of Nursing Care E. Čanigová, D. Lukáčová, Z. Mrázová

Summary: The paper emphasizes the importance of meeting secondary needs of the geriatric patient, particularly social, psychic, cultural and the equally important spiritual ones. The study concerns a group of geriatric patients who had undergone a surgical procedure. The postoperative course is

being evaluated and focus is on the needs of patients after spinal and general anesthesia.

Key words: geriatric patient, needs.

Noninstitutional Education of the Pharmaceutic Technician V. Jeníková

Summary: The noninstitutional education of the pharmaceutic technician initiates and mediates the broadening of scientific and therapeutic knowledge by providing recent information concerning pharmaceutic practice in Slovakia and abroad. Events focusing on these activities, "The Slovak Days of Pharmaceutic Technicians", are being organized under the auspices of the Slovak Medical Association and its subdivision of the Association of Nurses and Paramedical Personnel, Section of Pharmaceutic Technicians. The aim of this Section is to promote the technical development of its mem-

bers by informing them on new drugs, health care aids and therapeutic cosmetic preparations produced in Slovakia and abroad. Topical problems of pharmaceutic technicians are in the focus of these activities, concerning particularly different forms of continuous postgraduate education and their application in practice.

Key words: pharmaceutic technician, Section of Pharmaceutic Technicians, noninstitutional education.

Sleep and the Patient S. Gulášová

Summary: Problem-oriented teaching was used in classes held at the Department of Traumatology of the Dérer hospital in investigating the problem of insomnia in patients. The method of direct and indirect observation, the method of prepared and incidental dialogue, as well as questionnaires were applied in the problem-oriented approach described.

Key words: diurnal rhythm, preventive-therapeutic regimen, inpatients, relaxation, morning waking-up, insomnia, anxiety, depression, active nursing care.

Oprava. V čísle 3/97 nášho časopisu bol chybné uvedený názov pracoviska autorov L. Hubačová, M. Šulcová, S. Henčeková, M. Vargová, K. Lajchová. Správny názov pracoviska autorov je Štátny zdravotný ústav Slovenskej republiky v Bratislave. Autorom i čitateľom sa ospravedlňujeme.

Redakcia

Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík

Odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti – Slovenskej spoločnosti sestier
a Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov

Ročník III. Rok 1997 Celoročný obsah

Zoznam autorov prác

Autor	Strana	Autor	Strana
Adamicová, K. pozri: Stehlíková, M. Belárová, M. pozri: Kardoš, J.		Lešická, K. pozri: Králiková, A.	
Bršiak, V. pozri: Kardoš, J.		Lukáčová, D. pozri: Čanigová, E.	
Brix, M. pozri: Pukančíková, A.		Kamasová, E., Macáková, Z., Lamperová, Ľ., Kozeleková, K., Tešlarová, Z.: Predoperačná a pooperačná starostlivosť o kardiochirurgických pacientov	91
Čanigová, E., Lukáčová, D., Mrázová, Z.: Geriatrický klient – špecifická ošetrovateľská starostlivosť	136	Kardoš, J., Vašík, V., Šedíková, J., Michálková, K., Belárová, V., Šovčíková, M., Bršiak, V.: Meranie a hodnotenie neuropsychickej záťaže u zdravotníckych pracovníkov (overovanie metodiky)	13
Čierny, G.: Predhovor	4	Kozeleková, K. pozri: Kamasová, E.	
Dachová, K. pozri: Gavorník, P.		Králiková, K., Hupková, M., Lešická, V., Krčmér, V. st., Menkyna, R.: Antibiotiká a rezistencia na prahu tretieho tisícročia	129
Demková, A.: Výživa popálených pacientov	26	Krčmér, V. st., pozri: Králiková, V.	
Drončíková, A.: Mikrobiologická problematika bylinkových čajov	61	Kukunberg, P.: Panická porucha – neuropsychiatrický terén	47
Ertlová, T. pozri: Stehlíková, M.		Macáková, Z. pozri: Kamasová, E.	
Fülopová, A., Pobjecký, R.: Kultivačný a sérologický dôkaz mykoplasmových infekcií	19	Menkyna, R. pozri: Králiková, K.	
Gulášová, I.: Potreby, priania a obavy pacientov priprútaných na posteľ	10	Michálková, K. pozri: Kardoš, J.	
Gulášová, I.: Spánok a chorý	139	Miškovičová, O. pozri: Mučková, D.	
Hubačová, L.: Ergonomické riešenie zdravotníckeho pracoviska	12	Mrázová, Z. pozri: Čanigová, E.	
Hubačová, L., Henčeková, D., Vargová, M.: Riziko zdravia pracovníkov v zdravotníctve	49	Mučková, D., Miškovičová, O.: Zavedenie výroby zváračských elektród vo Výskumnom ústave zváračskom v Bratislave	17
Hubačová, L., Šulcová, M., Henčeková, D.: Záťaž a pracovné podmienky zdravotníckych pracovníkov na geriatrickom oddelení	98	Ondriškovičová, M., Popelková, I.: Chirurgická liečba nádorov spodiny lebky z pohľadu práce sestry na operačnej sále	23
Henčeková, D. pozri: Hubačová, L.		Pobjecký, R. pozri: Fülopová, A.	
Gavorník, P., Dachová, K.: Ošetrovateľstvo a jednodňová chirurgia	53	Poništiaková, Ľ.: Ošetrovateľský proces u pacientov s malígnym melanómom	56
Glomčáková, K.: Využitie správnej laboratórnej praxe pri vyriešení hygienickej závadnosti výrobku „Kysucký korábäik“		Popelková, L. pozri: Ondriškovičová, M.	
Hnátová, I. pozri: Stehlíková, M.		Pšenková, P., Wassermann, U.: Starostlivosť o trvalú inkontinentnú deriváciu moča u dieťaťa	51
Hrozienčíková, D. pozri: Stehlíková, M.		Pukančíková, A., Slováková, M., Brix, M.: Čistenie, dezinfekcia a sterilizácia gastrointestinálnych endoskopov z pohľadu endoskopickej sestry	88
Hupková, M. pozri: Králiková, K.		Rantová, O. pozri: Stehlíková, M.	
Jeníková, V.: Farmaceutický laborant v súčasnosti	22	Riečanský, I.: Srdcové a cievne choroby u nás a vo svete na rozhraní storočí	81
Jeníková, V.: Neinštitucionálne vzdelávanie farmaceutického laboranta		Rosinský, J.: Nové sérotypy <i>Plesiomonas shigelloides</i>	58
Jurkovičová, Ľ.: Spomienky na prvú úspešnú transplantáciu obličky na Slovensku	101	REVUE OŠTROVATEĽSTVA A LABORATÓRNYCH METODÍK	157
Lajchová, K. pozri: Hubačová, L.			
Lamperová, Ľ. pozri: Kamasová, E.			
Lauko, Ľ., Ertlová, T., Hrozienčíková, D., Štefancová, M.: Biopatické vyšetrenie pečene	20		

<i>Rosival, L., Rosivalová, A.: Ochrana a podpora zdravia – náčrt stratégie pre dvadsiateprvé storočie</i>	85	<i>Šovčíková, M. pozri: Kardoš, J.</i>
<i>Rosivalová, A. pozri: Rosival, L.</i>		<i>Šulcová, M. pozri: Hubačová, L.</i>
<i>Sadovská, O.: Kvalita života nevyliečiteľne chorých a terminálnych pacientov</i>	7	<i>Tešlarová, Z. pozri: Kamasová, E.</i>
<i>Slováková, M. pozri: Pukančíková, A., Stehlíková, M., Adamicová, K., Hroziencíková, D., Hnátová, I., Rantová, O., Ertlová, T.: Naše skúsenosti s prácou na rotačnom mikrotóme Reichert-Jung 2055</i>	93	<i>Vargová, M. pozri: Hubačová, L.</i>
<i>Šedíková, J. pozri: Kardoš, J.</i>		<i>Vaštík, K. pozri: Kardoš, J.</i>
		<i>Vlková, S.: Kojenecká voda Lucka</i>
		<i>Wassermann, V. pozri: Pšenková, P.</i>
		<i>Zigmund, V.: Ľovek a jeho svet na konci dvadsiateho storočia: niektoré psychosociálne aspekty</i>
		61
		5

Zoznam vecný

Autor	Strana	Autor	Strana
Agorafobia	47	Kvalita života nevyliečiteľne chorých a terminálnych	
Atak panický	47	pacientov	7
Antibiotiká a rezistencia na prahu tretieho tisícročia	20	„Kysucký korbáčik“ - využitie správnej laboratórnej praxe	
Biopatické vyšetrenie pečene	59	pri vyriešení problému hygienickej závadnosti výrobku	95
Čaje bylinkové - mikrobiologická problematika	59	Laborant farmaceutický – neinštitucionálne vzdelávanie	138
Čistenie, dezinfekcia a sterilizácia gastrointestinálnych endoskopov z pohľadu endoskopickej sestry	88	Laborant farmaceutický – výučba experimentálna	138
Človek a jeho svet na konci dvadsiateho storočia: niektoré psychosociálne aspekty	5	– pomaturitné špecializačné štúdium	138
Celoročný obsah	5	– neinštitucionálne vzdelávanie	138
Derivácia moču trvalá – inkontinencia moču u dieťaťa	Lehnice – história	– profesijná organizácia	22
Diagnostika kultivačná a sérologický dôkaz mykoplasmových infekcií	51	Lehnice – história	72
Dzúrik, R. prof. MUDr. DrSc. – nás rozbor	51	Lekárstvo očné – jednodňová chirurgia – ošetrovateľstvo	53
Endoskopy gastrointestinálne – čistenie, dezinfekcia a sterilizácia z pohľadu endoskopickej sestry	19	Medzinárodná konferencia o ošetrovateľstve v krajinách	
Ergonomické riešenie zdravotníckeho pracoviska	103	strednej a východnej Európy usporiadaná	
Európa proti eutanázii	88	Medzinárodnou americkou alianciou	
Fajčenie tabakového dymu z prostredia a ischemická choroba srdca	12	pre zdravie (AIHA)	117
Farmaceutický laborant v súčasnosti	150	Medzinárodný kongres o sesterskom manažmente,	
Farmaceutický laborant – neinštitucionálne vzdelávanie	22	výchove a domácej starostlivosti	71
Geriatrický klient – špecifika ošetrovateľskej starostlivosti	138	Melanóm malígny – ošetrovateľský proces	56
Gyűszüiová Margita – nás rozbor	136	Meranie a hodnotenie neuropsychickej záťaže pracovníkov	
Heslá do slovníka	143	v zdravotníctve (overovanie metodiky)	13
História Lehníc	70	Methemoglobinémia – kojenecká voda	61
Chemoterapia – antibiotiká a rezistencia na prahu tretieho tisícročia	72	Mikrobiologická problematika bylinkových čajov	59
Chirurgia očná jednodňová – ošetrovateľstvo	129	Mikrotóm rotačný Reichert-Jung 2055	93
Chirurgická liečba nádorov spodiny lebky z pohľadu práce sestry na operačnej sále otorinolaryngologického oddelenia	52	Mycoplasma hominis – kultivačná a sérologická diagnostika	19
Choré srdce a srdce zdravotnej sestry	139	Mycoplasma urealyticum – kultivačná a sérologická diagnostika	19
Chorý – spánok	51	Nádory spodiny lebky – chirurgická liečba – sestra	
Inkontinencia moču – starostlivosť o trvalú inkontinentnú deriváciu moču u dieťaťa	23	na operačnej sále otorinolaryngologického oddelenia	23
Kojenecká voda Lucka	61	Národný plán rozvoja ošetrovateľstva	45
Kultivačný a sérologický dôkaz mykoplasmových infekcií	19	Nás rozbor	26, 103, 143
Kvalita zdravotnej starostlivosti v ošetrovateľstve: perspektívy vo svete	144	Naše skúsenosti s prácou na rotačnom mikrotóme Reichert-Jung 2055	93
		Nursing Standard	155
		Návrh stanov Slovenskej lekárskej spoločnosti	145
		Návrh štandardného postupu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta pri prevencii dekubitu	30
		Návrh štandardného postupu pri narušenom vyprázdrovaní čreva – zápcha	31
		Neinštitucionálne vzdelávanie farmaceutického laboranta	138
		Nové sérotypy <i>Plesiomonas shigelloides</i>	59
		Obavy pacientov pripútaných na posteľ	10

Oddelenie geriatrické – pracovná záťaž a pracovné podmienky zdravotníckych pracovníkov	98	Sopločnosť stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov – plán celoslovenských konferencií v r. 1998	109
Ochrana a podpora zdravia – náčrt stratégií pre dvadsaťtejprvé storočie	85	Spomienky na prvú úspešnú transplantáciu obličky na Slovensku	101
Organizácia profesijná – farmaceutický laborant	22	Spôsob života	5
Ošetrovateľstvo a jednodňová očná chirurgia	53	Správy z Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve	35, 66, 111,
Ošetrovateľstvo – národný program	45	Správy zo Slovenskej lekárskej spoločnosti	28, 65, 105, 153
Ošetrovateľstvo s ľudskou tvárou		Správy zo Svetovej zdravotníckej organizácie	71
Ošetrovateľský proces u pacienta s malígnym melanómom	56	Srdcové a cievne choroby u nás a vo svete na rozhraní tisícročia	81
Panická choroba – psychiatrický terén	47	Starostlivosť o trvalú inkontinentnú deriváciu moču u dieťaťa	51
Pacient kardiochirurgický – predoperačná a pooperačná starostlivosť	91	Starostlivosť ošetrovateľská na jednotke intenzívnej starostlivosti interného oddelenia	55
Pacient imobilný – potreby, priania a obavy	10	Starostlivosť ošetrovateľská – transplantácia obličky	7
Pacient popálený – výživa	24	Starostlivosť paliatívna – kvalita života	7
Plesiomonas shigelloides – nové sérotypy	58	Starostlivosť terminálna – kvalita života	7
Počítáče – ošetrovateľstvo a jednodňová očná chirurgia	53	Strach anticipačný	47
Pokyny autorom	36	Strach pacientov pripútaných na posteľ	11
Pomaturitné špeciálizáčné štúdium – farmaceutický laborant	22	Stratégia pre dvadsaťtejprvé storočie – ochrana a podpora zdravia	85
Poradenská služba vo viacčlenej rodine rozširuje pole pôsobnosti sestry starajúcej sa o stomikov	27	Stres zdravotníkov – medzinárodné sympózium	68
Poškodenie zdravia – riziká pracovníkov v zdravotníctve	49	Summaries	37, 73, 119, 153
Potreby – geriatrický klient		Systémy neurotransmíterové – panická choroba	47
Potreby, priania a obavy pacientov pripútaných na posteľ	10	Šimurková Celestína – náš rozhovor	26
Požadované zdroje pre realizáciu ošetrovateľského výskumu	32	Školské okienko	30, 118
Pracovisko zdravotnícke – ergonómia	12	Terén neuropsychiatrický – panická choroba	47
Pracovná záťaž a pracovné podmienky zdravotníckych pracovníkov na geriatrickom oddelení	98	Transplantácia obličky – spomienky na prvú úspešnú na Slovensku	101
Pracovníci v zdravotníctve – neuropsychická záťaž – meranie a hodnotenie		Trichomonáza a jej liečba metronidazolom	25
Pracovníci v zdravotníctve – riziká poškodenia zdravia	49	Viete, že ...	71
Pracovníci zdravotnícki – ergonómia	12	Vzdelávanie meinštitucionálne – farmaceutický laborant	138
Pracovníci zdravotnícki – pracovná záťaž a pracovné podmienky zdravotníckych pracovníkov na geriatrickom oddelení	98	Výskumný ústav zváračský v Bratislave – zavedenie výroby zváračských elektród	17
Právo pacienta na smrť – problém pre ošetrojúce sestry na oddeleniach intenzívnej starostlivosti		Vysoké náklady na ošetrovateľskú starostlivosť vo Švajčiarsku	161
Priania pacientov pripútaných na posteľ	29	Vyšetrenie mikroskopické vzorky pečene – biopsia pečene	20
Predoperačná a pooperačná starostlivosť o kardiochirurgických pacientov	11	Výučba experimentálna – farmaceutický laborant	22
Prevencia – srdcové a cievne choroby	91	Využitie správnej laboratórnej praxe pri vyriešení problému hygienickej závadnosti výrobku „Kysucký korábäčik“	95
Racionalizácia chemoterapie – antibiotiká a rezistencia na prahu tretieho tisícročia	81	Význam zdravotný a sociálno-ekonomický – srdcové a cievne choroby	81
Rezistencia – antibiotiká na prahu tretieho tisícročia	129	Vyznamenanie Predsedníctva Slovenskej lekárskej spoločnosti pri príležitosti Medzinárodného dňa sešier v r. 1997	64
Riziká poškodenia zdravia pracovníkov v zdravotníctve	129	Výživa popálených pacientov	24
Ruka ako nástroj ošetrojúceho	49	Vzťahy bio-psycho-sociálne	5
Sestra endoskopická – čistenie, dezinfekcia a sterilizácia gastrointestinálnych endoskopov	65	Záťaž neuropsychická – pracovníci v zdravotníctve – meranie a hodnotenie	13
Sestra kardiochirurgická – predoperačná a pooperačná starostlivosť o kardiochirurgických pacientov	88	Zavedenie výroby elektród vo Výskumnom ústavze zváračskom v Bratislave	17
Sestra na operačnej sále – chirurgická liečba nádorov spodiny lebky	91	Zázemie sociálne	5
Sestry majú málo vedomostí o hepatitide C	23	Zdravie – spôsob života	5
Sestry v Kanade žijú pod stresom vyvolaným vlastným povolaním	97	Zoznam autorov prác	
Sesterská výchova zajtra – ôsma medzinárodná konferencia o výchove v zdravotnej starostlivosti	161	Zoznam vecný	158
Slovenská spoločnosť sestier – plán celoslovenských konferencií v r. 1998	69	Ženy v zdravotníctve – prvý medzinárodný kongres	68
Spánok a chorý	107		

Pokyny autorom

1. Text má byť napísaný iba na jednej strane hárku papiera formátu A4 v Slovenskom jazyku. Treba dodržať medzera 4 cm od oboch okrajov. Počet typov v riadku (v rámci medzier medzi slovami) má byť najviac 60 a počet riadkov na jednom hárku 30. Používať treba iba normálny typ písma obvyklých písacích strojov. O zvýrazňovaní niektorých časťí textu pozri odsek 2.
2. Zvýraznenie slov (vetných úsekov, viet, odsekov v texte). Nadpis kapitoly sa podčiarkne tromi súvislými čiarami. Napis podkapitoly sa podčiarkne dvomi súvislými čiarami. Význam podradených nadpisov sa podčiarkne jednou súvislou čiarou. Význam slov v texte sa zvýrazní podčiarknutím prerušovanou čiarou. Najmenšie zvýraznenie slov v texte sa vykoná podčiarknutím vlnovkou. Vlnovkou sa podčiarknu aj všetky mená uvádzané v texte a označme literatúry. Zvýraznenie celých odsekov sa vyznačí ich zarámovaním súvislými čiarami.
Hierarchia usporiadania jednotlivých častí textu: Názov kapitoly sa označí rímskou číslicou. Názov podkapitoly veľkým písmenom. V texte sa vyznačuje hierarchia napred arabskými číslicami, potom malými písmenami a napokon gréckymi písmenami písanými latinkou (napr. alfa).
3. Text kapitoly sa dodá prostredníctvom hlavného autora redakcií časopisu v dvoch vyhotoveniach v termíne určenom v autor-skej zmluve. Má byť štýlisticky a jazykovo správny. Redakcia si vyhradzuje právo jazykovej úpravy a štýlistico-technickej úpravy. O ich rozsahu bude autor upovedomený pri korektúrach vytlačeného textu.
4. Latinské, prípadne anglické slová treba písť podľa Slovníka cudzích slov a Pravidiel slovenského pravopisu. Možno ich však napísť pôvodným latinským alebo anglickým pravopisom v prvom páde.
5. Príspevky do časopisu možno posieláť aj na disketách (3,5) za týchto podmienok: Textový editor T 602 s nasledujúcou konfiguráciou: dĺžka strany: 60, ľavý okraj: 1, pravý okraj: 60, horný okraj: 0, dolný okraj: 2, hlavička, päta vypnuté. Riadkovanie: 1,5. Zarovnávanie vypnuté, stránkovanie, delenie slov a kompresia zapnuté. Výstupný kód: LATIN 2, prípona súboru: TXT. Celý text musí byť napísaný štandardným typom písma (nepoužívať kurzívu, tučné, vysoké, široké, podčiarknuté, veľké písmená a pod.). Text neumiestňovať do stredu strany. Obrázky alebo tabuľky nevkladať do textu. Každú tabuľku treba označiť ako samostatný súbor s príponou TXT. Tabuľky nevytvárať, dodať len údaje a ich rozloženie v tabuľke. Text a dokladový materiál spracovaný počítačom musí vychovávať Pravidlá slovenského pravopisu a ČSN.
6. Dokumentácia prác: Tabuľky musia byť napísané osobitne - každá na inom hárku spolu s ich označením. Grafy musia byť kreslené tušom alebo zhotovené počítačom so slovenskou diakritikou s označením programu v ktorom boli urobené. Ak sú grafy zaslané ako počítačový súbor na diskete, software musí byť kompatibilný s operačným systémom Windows 95. Fotografie musia byť zhotovené na tvrdom, lesklom, kontrastnom papieri. Iný obrazový materiál redakcia neprijíma. Na zadnej strane týchto príloh uveďte číslo prílohy, meno autora a názov práce ceruzkou. Označte vrch obrázku šípkou. V texte treba uviesť umiestnenie prílohy. Dokladový materiál sa pri zasielaní nesmie spínať, ale musí sa dať do osobitnej obálky.
7. Kapitola má obsahovať citáciu dokladovej literatúry v rozsahu najviac 10 citácií nie starších ako 5 rokov.
Spôsob citácie literatúry:
Odvolanie na citáciu literatúry v texte sa robí v chronologickom poradí (nie v abecednom) uvedením poradového čísla citovaného literárneho prameňa umiestneného v závorke. Podľa ČSN 10197 treba dodržať tento spôsob ciatovania:
a) Z knihy: priezvisko autora, čiarka, osobné meno skrátené, bodka, dvojbodka, názov knihy, bodka, poradie vydania, bodka, miesto vydania, čiarka, vydavateľ, rok vydania, čiarka počet strán (číslica a s.) bodka.
Napr.: Junas, J.: Lekári a spoločnosť v 19. storočí na Slovensku. Martin, Osvetla 1990, 280 s.
b) Z časopisov: priezvisko autora, čiarka, osobné meno skrátené, bodka, dvojbodka, názov článku, bodka, názov časopisu v medzinárodnej skratke (uverejnené v Lek Obz, 43, 1994, č. 4-5, s. 227-295), čiarka, rok vydania, čiarka, číslo, bodka, číslica, čiarka, s. číslice od-do, bodka. Napr.: Petrovičová, A., Tietzová, J.: Enterálne vírusové infekcie, Lek Obz, 41, 1992, č. 8, s. 434-442.

8. Autor kapitoly pripojí k textu kapitoly osobitný list adresovaný redakcii Redakcii 4asopisu Revue ošetrovazelaštva a laboratórnych metodík., Slovenská lekárska spoločnosť, Leningradská č. 4, 813 22 Bratislava, na ktorom napiše prehlásenie, že prácu nezasnal inde na publikáciu. List opatrí vlastnoručným podpisom, presnou adresou, číslom telefónu alebo faxu (bydliska alebo pracovisk), svoje meno a priezvisko s titulom, meno pracoviska a funkciu, ktorú na pracovisku zastáva a svoje rodné číslo.
9. Osobitné návrhy na technickú úpravu textu napiše autor v dvoch vyhotoveniach na osobitný hárak papiera.
10. Autor vráti redakcii prvú aj druhú korektúru doporučene do troch dní s opravami platnej tlačovej normy zverejnenej vo viačých medicínskych periodikách.

Redakciu

Sestry v Kanade žijú pod stresom vyvolaným vlastným povoláním

Canadian Nurse, apríl 1997

Podľa nedávnej štúdie 300 členov Nurses Union (MNU) v štáte Manitoba v Kanade sa došlo k záveru, že sestry v Manitoba žijú pod zvýšeným rizikom stresov vyvolaných prácou sestry.

Výsledky štúdie poukázali na hlavné oblasti v činnosti sestier, ktoré vyvolávajú stresové situácie: znížená zručnosť, vysoké požiadavky na prácu a riziká v práci. V týchto oblastiach štatisticky rozdielne boli výsledky v porovnaní s americkými sestrami z r. 1984.

Sestry MNU uvádzali, že vo svojom zamestnaní prekonali mimoriadne vysoké psychické záťaže. Sú presvedčené, že ich zamestnanie

vyžaduje rýchlu prácu (85%), ťažkú prácu (91%), nadmerné množstvo práce (78%), nemajú dosť času na výkon svojej práce (65%). Niektoré tvrdia (85%), že ich práca je unavujúca - hektická. Takmer 60% nevidí istotu vo svojom zamestnaní, 61% povedalo, že je pravdepodobné, že v nasledujúcich niekoľkých rokoch stráti svoje zamestnanie.

Hlavné štyri faktory, ktoré prispeli k stresu boli: pracovné zaťaženie a problémy pracovníkov (70%), nedostatok informácií a kontroly (46%), slabé vedenie (40%), starosti o budúcnosť (33%).

Ďuržová

Vysoké náklady na domácu ošetrovateľskú starostlivosť vo Švajčiarsku

ICN, Socio-lesasemil Nemo, 132, Jobýjuve, 1997

Vysoké náklady na domácu ošetrovateľskú starostlivosť otvárajú polemiku obzvlášť v čase, keď Švajčiarsko sa snaží znížiť náklady na zdravotnú starostlivosť. V tlači bolo uverejnené, že kvalifikovanej sestre sa vyplatila plná mzda len preto, že chodila s pacientom na prechádzky.

Švajčiarska asociácia sestier verejne odsúdila systém, ktorý by dovolil výšie náklady na domácu ošetrovateľskú starostlivosť, ako sú bežné na posteľných častiach nemocníc a preto navrhla:

1. Úplné prehodnotenie každej situácie a činnosti poskytovanej kvalifikovanou sestrou a brať do úvahy ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá môže byť poskytnutá rodinou alebo priateľmi.

2. Tam, kde je možné znížiť, starostlivosť v domácnosti. Intervencie sestry by nemali prevyšovať viac ako 30 hodín prvý mesiac a 30 hodín druhý mesiac, 15 hodín v treťom a nasledujúcich mesiacoch.

3. Starostlivosť o pacienta mala by sa prehodnocovať pravidelne a plánovanie ošetrovateľskej starostlivosťi sa má prispôsobovať potrebám pacienta.

Ďuržová