

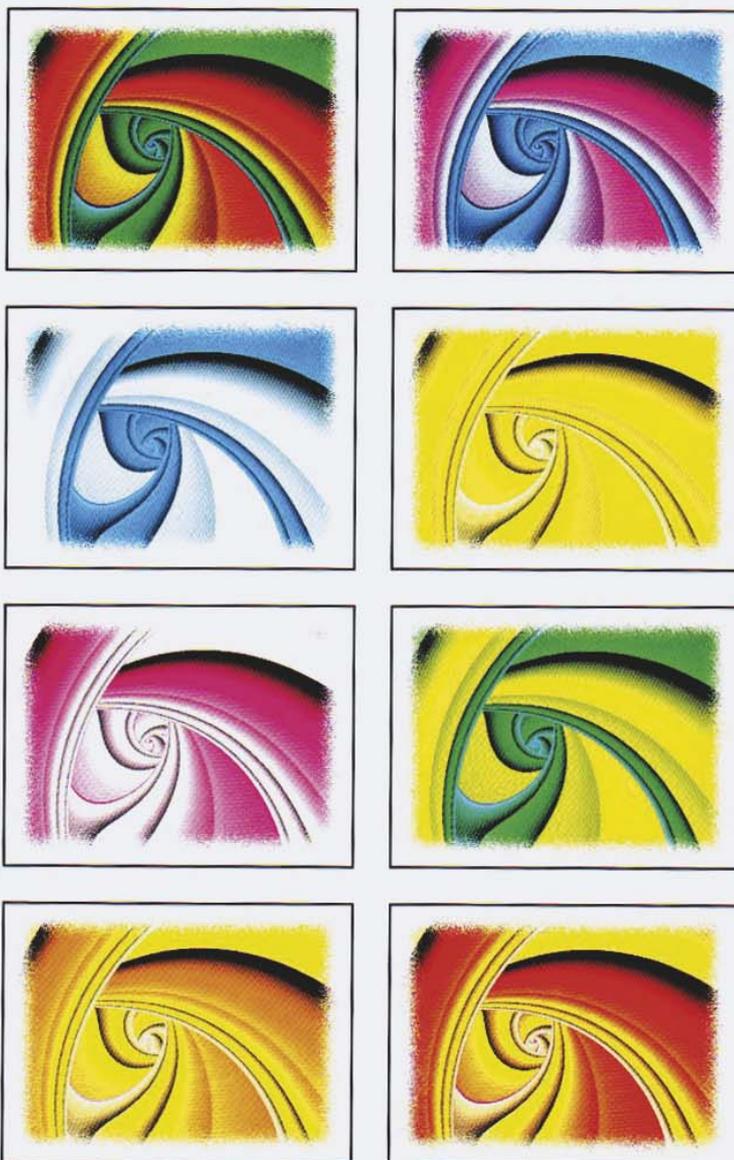
REVUE

OŠETROVATEĽSTVA A LABORATÓRNYCH METODÍK



ROČNÍK IV. CENA 25 SK

4/98



Revue ošetrovateľstva a laboratórných metódik

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

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

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

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

Odborný redaktor: MUDr. Radko Menkyna

Jazykový redaktor: PhDr. Magdaléna Jentnerová

Tajomníčka redakcie: Oľga Ďuržová

Redakčná rada: prof. MUDr. Eva Brixová, DrSc., PhDr. Irma Bujdaková, prof. MUDr. Gustáv Čierny, DrSc. (predseda), Mgr. Anna Čunderlíková, prof. PhDr. Dana Farkašová, CSc., Mgr. Anna Herianová, Anna Kačmáryová, doc. MUDr. Mária Kovářová, PhDr. Alžbeta Mrázová, Rozália Šeilingerová, Mgr. Katarína Žiaková

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

Adresa redakcie: Slovenská lekárska spoločnosť a inzercia:

Legionárska 4

813 22 Bratislava

Tel.: 07/5542 11 56, Fax: 07/5542 23 63

Fotosadzba a grafická úprava: Ľudmila Mihalovičová

Cover desing: Roman Lazar, Karol Šimunič

Rozširuje: Slovenská lekárska spoločnosť. Vychádza 4 razy do roka. Cena jedného čísla Sk 40,- (pre členov Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov zadarmo)

Imprimovanie rukopisov 15. október 1998. Číslo vyšlo: november 1998. Reg. číslo: 1206/95

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

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

Všetky práva vyhradené, Slovenská lekárska spoločnosť.

10. marec 1999

40

0. 12. 1999

Journal of Nursing and Laboratory Methods

Technical journal of the Slovak Medical Association - the Slovak Association of Nurses and of the Association of Paramedical Personnel of Technical Specialities in Bratislava.

The Journal presents original papers, reports and information on professional activities in nursing, on laboratory methods used in health care, as well as informations concerning aducation, related activities abroad and news of the Slovak Association of Nurses and of the Association of Paramedical Personnel of Technical Specialities of the Slovak Medical Association.

Editor-in-Chief: prof. MUDr. Gustáv Čierny, DrSc.

Deputy Editor: prof. MUDr. Eva Brixová, DrSc.

Specialist Editor: MUDr. Radko Menkyna

Language Subeditor: PhDr. Magdaléna Jentnerová

Secretary: Oľga Ďuržová

Editorial Board: prof. MUDr. Eva Brixová, DrSc., PhDr. Irma Bujdaková, prof. MUDr. Gustáv Čierny, DrSc. (chairman), Mgr. Anna Čunderlíková, prof. PhDr. Dana Farkašová, CSc., Mgr. Anna Herianová, Anna Kačmáryová, doc. MUDr. Mária Kovářová, PhDr. Alžbeta Mrázová, Rozália Šeilingerová, Mgr. Katarína Žiaková

Published by the Slovak Medical Association in Bratislava,

Legionárska 4, 813 22 Bratislava

Adress of the Editorial Office: Slovak Medical Association, Legionárska 4, 813 22 Bratislava

Tel: 07/542 20 15, Fax: 07/542 23 63

nové číslo

OBSAH

Pôvodné práce

L. Hubačová, Š. Roda, M. Janoušek, M. Vargová, D. Henčeková, K. Fejdová, L. Wsólóvá: Namáhavosť práce zdravotníckych pracovníkov na oddelení geriatrickej a oddelení pre dlhodobu liečených pacientov	97
A. Ondová, P. Smolko, M. Mydlík: Vírusové hepatitídy v dialyzačných strediskách, naše skúsenosti s prevenciou a vakcináciou	102
A. Čerňanová: Sexuálne dysfunkcie spôsobené farmakoterapiou	104
J. Gregorová, M. Brauneisová: Vírusová hepatitída typu A u drogovu závislých osôb v Bratislavskom kraji	107
M. Jurčazáková, A. Tomášiková: Výskyt legionel vo vodách zdravotníckych zariadení v Bratislave	109
H. Koňošová: Johnsonovej teória behaviorálneho systému	111
H. Kundrátová, A. Jamborová, K. Demešová: Analýza incidencie onkologických ochorení u obyvateľov okresu Trebišov	112
M. Tanáčová: Ukáž mi cestu zbaví sa strachu	115

Správy zo Slovenskej lekárskej spoločnosti

A. Hanzlíková: Partnerstvo pre zdravie obyvateľov	117
B. Hájková, D. Brázdilová: Poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu u pacientov hospitalizovaných v Odbornom liečebnom ústave pre tuberkulózu a respiračné choroby v Nitre - Zobore	118
V. Bruchterová: Bio-psycho-sociálne problémy u pacientov s diagnózou ulcus cruris	120
V. Lukášová: Vnútorné ochorenia a koža - príčiny a následky	121

Správy z Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve

Príspevky čitateľov

L. Hubačová: Seminár „Problematika verejného zdravia v krajinách Európskej únie“	127
M. Mazáková: Regionálne edukačné centrum sestier vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou, Tr. SNP č. 1 v Košiciach	128
B. Hájková, B. Brázdilová: Nové aspekty v problematike ošetrovania dekubitov	128

Súhrny v anglickom jazyku

Celoročný obsah

CONTENT

Content

Originál Papers

L. Hubačová, Š. Roda, M. Janoušek, M. Vargová, D. Henčeková, K. Fejdová, L. Wsólóvá: Difficulty of Work of the Medical Personnel in Departments of and Long-term Therapy	97
A. Ondová, P. Smolko, M. Mydlík: Viral Hepatitis in Dialysis Centre. Our experiences with Preventive Care and Vaccination	102
A. Čerňanová: Sexual dysfunction caused by Psychopharmacotherapy	104
J. Gregorová, M. Brauneisová: Viral Hepatitis A in Drug Dependent Persons in Region of Bratislava	107
V. Jurčazáková, A. Tomášiková: The Occurrence of Legionella in the Water of the Health Care Arrangements	109
H. Koňošová: Johnson's Theory of the Behavioural System	111
H. Kundrátová, A. Jamborová, K. Demešová: Incidence of Oncological Diseases in Population of the District Trebišov	112
M. Tanáčová: Show Me a Way how to Get Free of the Fear	115

Information of the Slovak Medical Association

A. Hanzlíková: Partnerships for the Public Health	117
B. Hájková, D. Brázdilová: The Nursing Care of in - Patients in the Institute for Tuberculosis and Respiratory Diseases at Nitra	118
V. Bruchterová: Bio - Psycho - Social Problems in Patients suffering on Ulcus Cruris	120
V. Lukášová: Internal Diseases and the Skin - Causes and Consequences	121

Information of Postgraduate Medical School

Readers Contributions

L. Hubačová: Conference on the question of the Public Health in EU	127
M. Mazáková: Regional Education Centre for Nurses in the Medical Faculty School at Košice	128
B. Hájková, B. Brázdilová: New Views in the Dekubital Lesions Care	128

Summaries in English

Register	133
----------	-----

Pôvodné práce

L. Hubažová, Š. Rada,
M. Janoušek, M. Vargová, D. Henčeková,
K. Fejdová, L. Wsólavá
Štátny zdravotný ústav Slovenskej republiky
v Bratislave, Štátny zdravotný Ústav v Rožňave,
Štátny zdravotný ústav v Trnave, ústav preven-
tívnej klinickej medicíny v Bratislave

Namáhavosť práce zdravotníckych pracovníkov na oddelení geriatrickej a oddelení pre liečenie dlhodobo chorých pacientov *

Súhrn: U 22 pracovníkov oddelenia geriatrickej a liečebne pre dlhodobo chorých pacientov (5 lekárov, 10 sestier a 7 sanitárov) sa počas 106 pracovných zmien urobili celozmenové časové snímky. Vypracoval sa model dvíhania imobilných pacientov. Energetický výdaj sa určil metódou podľa Bor-ského. Lekári venovali najviac času odbornej zdravotníckej práci (49 %) a prácam dokumentačným (42 %). S počítačmi pracovali iba (14 %). Ostatní pracovníci nemali k dispozícii výpočtovú techniku. Sestry sa venovali najviac odbornej práci v 41 % času a prácam prípravného charakteru (27 %). Dokumentačné práce trvali 24 %. Počas nočných zmien museli sestry vykonávať prácu namiesto sanitárov, pretože tí nemali v nočných zmenách služby. Najvyšší energetický výdaj sa zistil pri činnostiach, týkajúcich sa hygieny pacienta a manipulácie s ním (až 32 kJ min⁻¹) a pri prácach spojených s úpravou postele a manipuláciami s bielizňou (až 11 kJ min⁻¹). Prácu sestier aj sanitárov možno porovnať so stredne ťažkou prácou v priemysle. Sanitári vykonávali v 92 % času pomocné zdravotnícke práce, pri ktorých energetický výdaj taktiež dosahoval maximálne hodnoty až 32 kJ min⁻¹. Na oddeleniach neboli k dispozícii takmer žiadne pomôcky a mechanizmy pre manipuláciu s imobilnými pacientami. Pri hodnotení neuropsychickej záťaže bola profesia sestier zaradená do kategórie 3 (zvýšená neuropsychická záťaž) a profesia sanitára do kategórie 2 (nižšia neuropsychická záťaž). Opakované psychické ťažkosti uvádzalo 78 % sestier, sanitári ich neuvádzali. Prekonané choroby chrbtice udáva 44 % sestier a 14 % sanitárov.

Vedeniu oboch oddelení sa odovzdali odporúčania na zlepšenie práce a pracovných podmienok.

Kľúčové slová: oddelenie geriatrickej, zdravotníckí pracovníci, fyzická námaha, neuropsychická záťaž.

Práca na geriatrických oddeleniach a oddeleniach pre liečenie dlhodobo chorých pacientov (LDCH) je namáhavá pre ošetrojúcich pracovníkov tak z hľadiska neuropsychickej záťaže, ako aj z hľadiska záťaže fyzickej. Na tým zdravotníckych pracovníkov sa nekladú len odborné požiadavky, ale vyžaduje sa aj osvojenie umenia riešiť etické problémy a schopnosť pracovať v zložitých interpersonálnych komunikáciách. Pri starostlivosti o starých a dlhodobo chorých pacientov za liečebný úspech treba považovať fakt, že pacient zostane ďalej sebestačný, alebo že sa podarí dosiahnuť zlepšenie jeho psychického či telesného stavu, aj keď nie je možné základnú chorobu vyliečiť.

Viaceri zahraniční autori, ako napr. Hipwell z Veľkej Británie (1), Nigar z Francúzska (2), Quint z USA (3) a Vachon z USA (4) zdôrazňujú stres zdravotníckych pracovníkov (predovšetkým sestier) pri opatere zomierajúceho pacienta. Najmä na geriatrických oddeleniach často pacienti zomierajú. Komunikácia sestier na takýchto oddeleniach sa zvyčajne obmedzuje na nutnú rutinu.

V našich prácach sme sa už venovali rizikám poškodenia zdravia

* Prednesené na Slávnostnej celoštátnej konferencii venovanej zakladateľke ošetrovateľstva Florence Nightingaleovej 12. mája 1998 v Bratislave

pracovníkov v zdravotníctve a zdôraznili sme otázky stresu zdravotníckych pracovníkov i fyzického preťaženia pri niektorých ich činnostiach (5).

Pracovnou záťažou a pracovnými podmienkami na geriatrických oddeleniach a v liečebniach pre dlhodobo chorých pacientov sa zaoberáme od r. 1996 v rámci hlavnej úlohy MZ SR „Hodnotenie vplyvu práce a pracovných podmienok na pracoviskách v zdravotníctve a pracovnej záťaže zdravotníckych profesií s osobitným zreteľom na pracovné riziká“ (6, 7).

Táto práca prezentuje výsledky z dvoch zdravotníckych zariadení (oddelenie geriatrickej a liečebne dlhodobo chorých pacientov).

Metodika

U 22 pracovníkov oddelenia geriatrickej a liečebne pre dlhodobo chorých pacientov: 2 primárov (muži), 3 ďalších lekárov (1 muž, 2 ženy), 1 vrchnej sestry (žena), 9 ostatných sestier (ženy) a 7 sanitárov (4 muži, 2 ženy) sa sledovali celozmenové časové snímky ich práce, spolu 82 denných zmien, 20 nočných zmien, u primárov 2 tzv. malé služby (15,5 hod.) a 2 tzv. veľké služby (24 hod.). Použila sa metodika na posudzovanie fyzickej práce prevažne dynamickej podľa Podlešáka (8). Činnosť pracovníkov sa sledovala formou nepretržitého pozorovania počas 6 zmien u jedného pracovníka.

Činnosť lekára sa rozdelila do troch hlavných kategórií: odborná zdravotnícka práca, práce dokumentačné a osobný čas. Práca sestier sa rozdelila na odborné zdravotnícke práce, práce prípravné, dokumentačné a osobný čas. Osobitne sa sledovali činnosti sestier, o ktorých sa predpokladá, že sú pre ne najviac fyzicky namáhavé (hygiena, manipulácia s pacientom, liečebný a diagnostický výkon u pacienta, stravovanie pacienta, úprava postele). Sanitári robili iba pomocné zdravotnícke práce, a to predovšetkým fyzicky namáhavé (toaleta u ťažko chorých pacientov, pomoc pri dvíhaní a prenášaní pacientov, prezliekanie postelnej bielizne, manipulácia s ňou a pod.).

Pracovné operácie sme zoradili do hlavných skupín činností a metódou podľa Borského (9) sme vypočítali minútový energetický výdaj pre jednotlivé pracovné operácie. Vypracovali sme model možnosti dvíhania imobilných pacientov pre zistenie fyzickej záťaže: 1. zdvih pacienta, 2. poločenie pacienta, 3. povytiahnutie pacienta, 4. posadenie pacienta, 5. ostatné druhy dvíhania - zložené pohyby dvíhania a prekonávanie vzdialenosti so záťažou. Hodnotili sme pracovné polohy pri jednotlivých úkonoch.

U sestier a sanitárov sme hodnotili aj ich zdravotný stav a neuropsychickú záťaž pri práci.

Na hodnotenie zdravotného stavu pracovníkov sme formou osobného interview použili nami vypracovaný dotazník. Neuropsychickú záťaž sme hodnotili metodikou na hodnotenie pracovných podmienok z hľadiska neuropsychickej záťaže (10).

Výsledky

Na obr. 1 sú pracovné činnosti lekárov na oddelení geriatrickej a LDCH počas 29 zmien (pracovná zmena trvala 8,5 h, tzv. malá služba 15,5 h a veľká služba 24 h). Najviac času venovali lekári odbornej zdravotníckej práci (49 % času) a dokumentačným prácam (42 % času). Na tzv. osobný čas pripadalo iba 9 % zmeny. Chôdza a státie sa u lekárov vyskytovali v 41 % zmeny. Práci pri počítači sa venovali iba primári, a to v priemere v 14 % pracovnej zmeny. Ostatní pracovníci nemali k dispozícii výpočtovú techniku.

Najvyšší minútový energetický výdaj u lekárov sa zistil pri

liečebnom výkone u pacienta (12 kJ/min). Energetický výdaj pri ostatných pracovných operáciách sa pohyboval od 0,8 - 6,2 kJ/min. Priemerný energetický výdaj minútový bol u primárov 4 kJ/min, u ostatných lekárov 5 kJ/min. Energetický výdaj celozmenový bol u primárov 2,7 MJ, u ostatných lekárov 2,4 MJ, čo je možné definovať ako malý stupeň fyzického zaťaženia.

Na obr. 2 sú ilustrované činnosti sestier na uvedených oddeleniach počas 48 zmien (časový režim práce sestier: 12-hodinová denná zmena, 12-hodinová nočná zmena, 2 dni voľna). Sestry sa počas zmeny venovali najviac odbornej práci, vyplývajúcej z ich pracovnej náplne (podávanie liekov, sledovanie ukazovateľov fyziologických funkcií, odber biologického materiálu, a pod.) - v 41 % času a prácam prípravného charakteru (27 %). Práca dokumentačne trvali priemerne 24 % času zmeny. Osobný čas sestier bol 8 % času zmeny. Pretože sanitári nemali nočné služby, všetky ich povinnosti počas týchto zmien museli vykonávať sestry.

Najvyšší energetický výdaj sa zistil pri pracovných operáciách týkajúcich sa hygieny pacienta a manipulácie s ním (až 32 kJ/min), čo zodpovedá veľkému stupňu fyzického zaťaženia. Podiel činností s takýmto energetickým výdajom predstavoval 6 % zmeny. Pri prácach spojených s úpravou postele a manipuláciami s bielizňou sa zistil energetický výdaj 11 kJ/min a pri liečebnom a diagnostickom výkone u pacienta 8,2 kJ/min (malé až stredné fyzické zaťaženie). Priemerný minútový energetický výdaj zo všetkých zmien bol 6 kJ/min u vrchnej sestry, 7 kJ/min u ostatných sestier. Priemerný celozmenový energetický výdaj bol u vrchnej sestry 3 kJ/min, u ostatných sestier 5 kJ/min (malý stupeň fyzického zaťaženia). Chôdza a státie u nej predstavovali 70 % pracovného času, u ostatných sestier 68 % zmeny.

V tab. 1 je počet pacientov ošetrovaných sestrami i sanitármi počas jednej pracovnej zmeny. Z tabuľky vidieť veľké počty ošetrovaných pacientov počas jednej zmeny (sestry 19 - 46, sanitári 42 - 46). Sestry zdvíhali priemerne 5 - 13, sanitári 5 - 28 bezvládných pacientov. Z tabuľky vidieť vysoký počet celkových zdvihnutí, ako aj iných manipulácií s pacientami.

V tab. 2 je percentuálne rozdelenie manipulácií s pacientami počas pracovnej zmeny podľa nášho modelu dvíhania pacientov. Najčastejšie sa vyskytoval model 4 - posadenie pacienta (v 45 % manipulácií) a model 5 - zložené pohyby dvíhania a prekonávanie vzdialenosti so záťažou (v 25 % manipulácií). Telesná hmotnosť ošetrovaných pacientov bola v priemere 51,7 kg (rozah od 40,0-130,0 kg). Pacienta sestra zdvíhala iba s pomocou inej osoby.

Sanitári alebo sanitárky vykonávali tieto úkony zvyčajne vo dvojici, samostatne iba v 15 - 20 % prípadov.

Na oddeleniach neboli k dispozícii pomôcky na manipuláciu s imobilnými pacientami, iba hrazda nad posteľou. Postele neboli špeciálne konštruované, mali iba posuvné operadlo.

Na obr. 3 sú znázornené pracovné činnosti sanitárov. Títo sa venovali v 92 % času pomocnej zdravotníckej práci, 8 % zmeny pripadalo na ich osobný čas. Najvyšší minútový energetický výdaj sa zistil pri zdvíhaní a prenášaní pacienta (32 kJ/min) pri pomoci s toaletou u ťažko chorých pacientov (16 kJ/min) a pri prezliekaní postelnej bielizne, príprave použitej na výmenu a odnesení do skladu (16,3 kJ/min). Minútový energetický výdaj 10 kJ sa zistil pri plnení ostatných sanitárnych prác. (V tejto pracovnej operácii sú zahrnuté aj povinnosti v súvislosti s úmrtím pacienta). Priemerný celozmenový minútový energetický výdaj sanitárov bol 13 kJ/min, priemerná celozmenová spotreba energie bola 8 MJ. Prácu sanitárov možno hodnotiť ako prácu so stredným stupňom fyzického zaťaženia.

nia. Aj pri práci sanitárov sa vyskytol vysoký podiel statických prvkov (polohové a údržné zaťaženie). Na chôdzu a státie pripadalo 89 % času zmeny.

Pri hodnotení neuropsychickej záťaže sme na základe vyššie uvedenej metodiky zaradili profesiu sestry do kategórie č. 3, čo znamená potvrdenie významnosti faktora zvýšenej neuropsychickej záťaže a profesiu sanitára do kategórie č. 2, čo charakterizuje faktor neuropsychická záťaž z hľadiska vplyvu na zdravie ako menej významný. U sestier sa hodnotí maximálnym stupňom zaťaženia sociálna interakcia - vysoká pravdepodobnosť a výskyt konfliktných situácií, riziko ohrozenia vlastného zdravia a zdravia iných osôb a iné psychické zaťaženie vyplývajúce z vykonávania zmenovej i nočnej práce ako aj záťaž vyplývajúca z výkonu práce pri starostlivosti o imobilných pacientov.

Na základe subjektívneho hodnotenia sa zistilo, že 56 % sestier udáva rôzne zdravotné ťažkosti, a to v psychickej i somatickej sfére. Opakované psychické ťažkosti udáva 78 % sestier (vnútorné napätie, podráždenosť a nervozitu). Ako hlavnú príčinu opakovaných psychických ťažkostí uvádzajú sestry prepracovanosť. Psychické ťažkosti nepociťujú na začiatku zmeny, ale prejavujú sa najmä po návrate domov (100 %), ale aj počas práce (43 %). Tridsaťšesť % vyšetrených žien si sťažovalo na nespavosť a na iné poruchy spánku.

Napriek prevahe mladších vekových skupín v súbore sestier sa u nich významne prejavuje záťaž podpornopohybovej sústavy s významným podielom statických prvkov. Prekonané alebo súčasné choroby chrbtice udáva 44 % žien. Opakované bolesti a opuchy dolných končatín uvádzalo 50 % respondentiek.

Preventívnych lekárskech prehliadok sa pravidelne zúčastňuje iba 50 % sledovaných sestier.

U sanitárov neuropsychická záťaž predstavovala predovšetkým zataženie vyplývajúce z množstva konfliktných situácií s pacientom najmä pri osobnej hygiene a pri premiestňovaní pacientov do druhej izby. Štyridsaťtri % sanitárov uvádzalo pocit namáhavej duševnej práce, predovšetkým pri pracovných operáciách, týkajúcich sa toalety u ťažko chorých pacientov. Celkom alebo čiastočne vyhovovala vykonávaná práca 100 % respondentov. Opakované psychické ťažkosti v súvislosti s prácou nepociťoval ani jeden respondent. Zvýšenie psychického tlaku oproti minulosti pociťovalo iba 14 % pracovníkov.

Opakované bolesti v oblasti chrbtice a dolných končatín udávalo 14 % respondentov, a to po telesnom zaťažení.

Preventívnych prehliadok sa zúčastňovalo iba 43 % sanitárov. Z celkového počtu sanitárov 86 % považovalo svoj zdravotný stav za dosť, alebo primerane dobrý.

Diskusia

Fyzická pracovná záťaž (energetický výdaj) závisí od počtu pracovníkov vykonávajúcich prácu v tej ktorej zmene, od počtu a stavu pacientov. Priemerný minútový energetický výdaj z celej zmeny sa zvyšoval od profesie primári (4 kJ), v profesii ostatní lekári (4 kJ), vrchná sestra (6 kJ), ostatné sestry (7 kJ) a sanitár (13 kJ).

U sestier i u sanitárov sa pre veľký počet imobilných pacientov zistil veľký podiel prác súvisiacich so zdvíhaním a manipuláciou s pacientom. Veľké percento z pracovného času pripadalo u nich na chôdzu.

Na základe našich výsledkov sa zistilo, že aj keď minútový energetický výdaj nie je veľmi vysoký, určité pracovné operácie pri ošetrovaní imobilných pacientov sú značne energeticky náročné.

Manipulácia s pacientami je spojená s významným podielom statických prvkov v dôsledku polohového a údržného zaťaženia.

U pracovníkov vo vyšších vekových skupinách sa zistila prítomnosť ťažkostí súvisiacich s nadmernou fyzickou námahou a pôsobením stresových faktorov.

Z rokov praxe odpracovaných pracovníkmi na uvedených oddeleniach vidieť vysokú fluktuáciu pracovníkov všetkých profesií (okrem primára).

V literatúre sme okrem práce Estry-Béharovej nenašli publikácie, ktoré by sa zaoberali energetickým výdajom pri práci zdravotníckych pracovníkov (11). Autorka uvádza, že práca s imobilnými pacientami (predovšetkým ošetrovatelia) je fyzicky veľmi namáhavá a možno ju prirovnať k stredne ťažkej fyzickej práci v priemysle. Autorka taktiež uvádza, že lumbalgie a s nimi spojené muskuloskeletálne ťažkosti u ošetrovateľov v nemocniciach predstavujú významné miesto v profesionálnych rizikách ich práce. Výskyt týchto zmien uvádza u 32-52 % u ošetrovateľov v nemocniciach. Tieto údaje sa približujú údajom získaným v priemysle u fyzicky ťažko pracujúcich ľudí. Autorka zdôrazňuje komplexitu problému pri manipulácii s imobilnými pacientami.

Shimaoka (12) študovali vzťah namáhavosti práce sestier v zariadeniach sociálnej starostlivosti k ich pocitom únavy na konci pracovnej zmeny. Zistili, že tieto sú najvýraznejšie u sestier, pracujúcich s ťažko chorými a imobilnými pacientami.

Naše výsledky poukázali na významnú záťaž pracovníkov zabezpečujúcich starostlivosť o dlhodobu chorých pacientov faktormi práce a tým dokázali potrebu realizácie programu cielenej prevencie a ochrany ich zdravia.

Na základe našich zistení sa vedeniu oddelenia geriatrickej, liečebnej pre dlhodobu chorých pacientov a príslušnej NsP odovzdali odporúčania na zlepšenie práce a pracovných podmienok na uvedených oddeleniach. Odporúčania sa týkali týchto opatrení:

- zabezpečiť personálnu prácu na oddeleniach tak, aby počet pracovníkov v určitej profesii bol adekvátny požiadavkám, vyplývajúcim z konkrétnej náplne práce (predovšetkým mužov - sanitárov - aj počas nočných a víkendových služieb),

- umožniť pracovníkom, vykonávajúcim fyzicky namáhavú prácu (predovšetkým sanitárom a sestram) využívať možnosti rehabilitácie v rámci pracovného procesu ako aj možnosti rekondičných pobytov,

- pre manipuláciu s imobilnými pacientami je potrebné zabezpečiť dnes už dostupné pracovné pomôcky a technické zariadenia umožňujúce manipuláciu s imobilnými alebo čiastočne imobilnými pacientami (napr. v Slovenskej republike je výhradným dodávateľom podobných mechanizmov od švédskej firmy ARJO (13) firma Humanic Slovakia. V Českej republike CSO Ostrava, s. r. o. taktiež ponúka viaceré mechanizmy a pomôcky pre manipuláciu s imobilnými pacientami),

- vypracovať harmonogram lekárskech preventívnych prehliadok so zameraním na zisťovanie súvislostí s faktormi práce a pracovného prostredia.

Literatúra: 1. Hipwell, A. L., Tyler, P. A., Wilson, CH. M.: Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. *Br J Med Psychol*, 62, 1989, s. 71-79. - 2. Nigar, G.: L'accompagnement des mourants. Ce qu'apporte la psychanalyse dans le service. *Temps vieillissement société, Actes du second congrés de l'Association internationale de gérontologie psychanalytique*. Paris, SOPEDIM 1982, s. 63-65. - 3. Quint, J. C.: The nurse and the dying patient. New York, MacMillan 1967, s. 158. - 4. Vachon Mary, L. S.:

Occupational stress in the care of critical ill, the dying, and the bereaved. New York, Hemisphere Publishing Corporation 1987, 271 s.

– 5. Hubáčová, L., Henčeková, D.: Riziká poškodenia zdravia u pracovníkov v zdravotníctve. *Pracov Lék*, 50, 1998, č. 1, s. 28-31.

– 6. Hubáčová, L., Šulcová, M., Henčeková, D., Vargová, M., Lajchová, K.: Pracovná záťaž a pracovné podmienky zdravotníckych pracovníkov na geriatricom oddelení. *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metódik*, 3, 1997, č. 3, s. 98-101.

– 7. Hubáčová, L., Šulcová, M., Henčeková, D., Vargová, M., Lajchová, K.: Work strain and working conditions of the medical personnel at the geriatric department. V: *Abstracts International Symposium on Environmental Epidemiology in Central and Eastern Europe: Critical Issues for Improving Health*. Smolenice, Slovak Republic, September 24-27, 1997, s. 77.

– 8. Podlešák, K.: Metodika na posudzovanie fyzické práce převážně dynamické. *Ac hyg epidemiol microbiol*, príloha č. 11, 1. díl, 1978, s. 81-93.

– 9. Borský, I.: Metóda na stanovenie ener-

getického výdaja pri práci. *Ac hyg epidemiol microbiol*, príloha č. 11, 2. díl, 1987, s. 28-46.

– 10. Standardní metodika pro hodnocení pracovních podmínek z hlediska neuropsychické zátěže. Příloha č. 2/1990, k *Acta hyg, epidemiolog microbiolog*, Praha IHE, Bratislava VÚPL, 1990, 54 s.

– 11. Estryn-Béhar, M.: *Guide des risques professionnels du personnel des services de soins*. Paris, Lamarre 1991, s. 377.

– 12. Shimaoka, M., Hiruta, S., Ono, Y., Yabe, K.: Relationship of task strain and physical strength to end-of work fatigue among nurses at social welfare facilities. *J Occup Health*, 37, 1995, s. 227-233.

13. ARJO Hospital Equipment AB, Eslöv, Švédsko 1996, ISBN 91 - 630 - 4331 - 9, 157 s.

Do redakcie došlo:
13. júla 1998

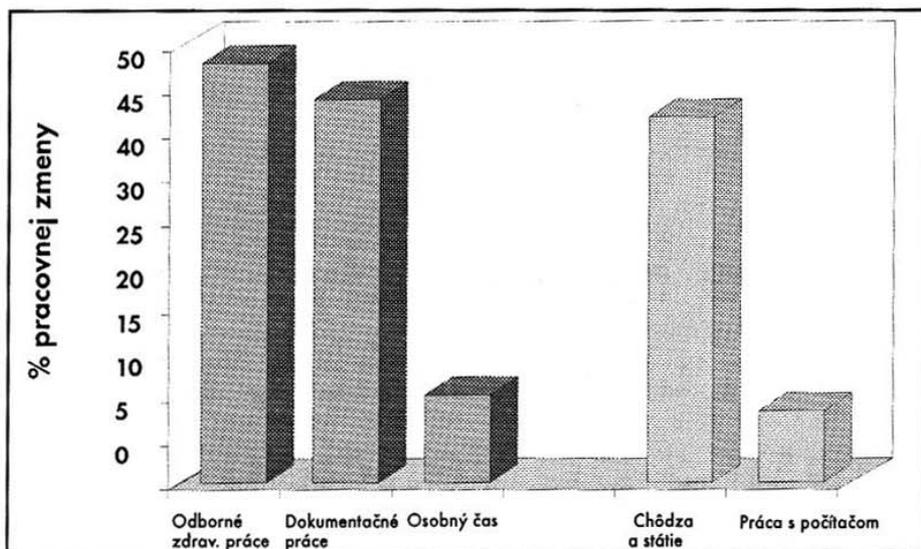
Adresa autoriek:
MUDr. L. Hubáčová, CSc.
Líščie údolie č. 63
841 05 Bratislava

Tabuľka 1. Počet pacientov ošetrovaných sestrami a sanitármi na oddelení geriatric a v liečebni pre dlhodobu chorých počas jednej pracovnej zmeny

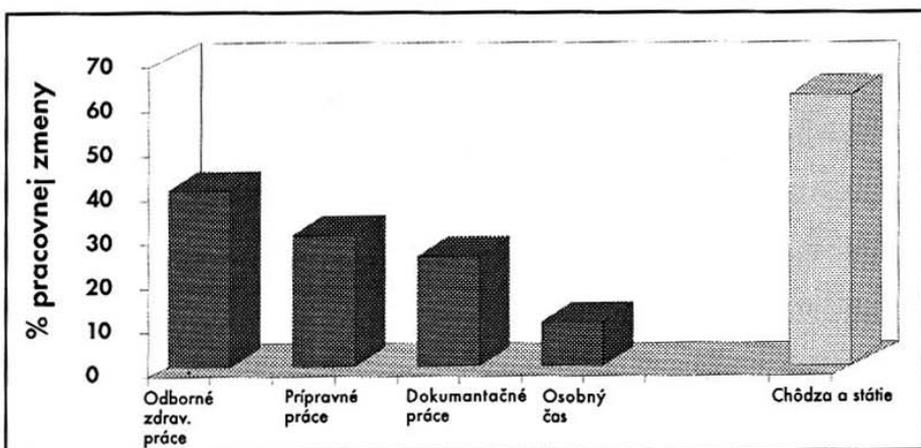
	Počet pacientov					Počet celkových zdvihnutí a iných manipulácií s pacientom						Počet manipulácií s končatinami alebo hlavou pacienta		
	Celkom		Bezvládni pacienti (priemer)			Celkom			Bezvládni pacienti			Celkom		
	min.	max.	priemer	častočne	úplne	min.	max.	priemer	min.	max.	priemer	min.	max.	priemer
Sestry	19	46	38	5	13	15	53	28	10	32	15	17	83	50
Sanitári	42	46	43	5	28	21	76	40	11	29	21	5	27	11

Tabuľka 2. Dvíhanie pacientov zdravotnými sestrami a sanitármi na oddelení geriatric a v liečebni pre dlhodobu chorých. Percentuálne rozdelenie manipulácií s pacientami počas pracovnej zmeny podľa nášho modelu dvíhania pacientov

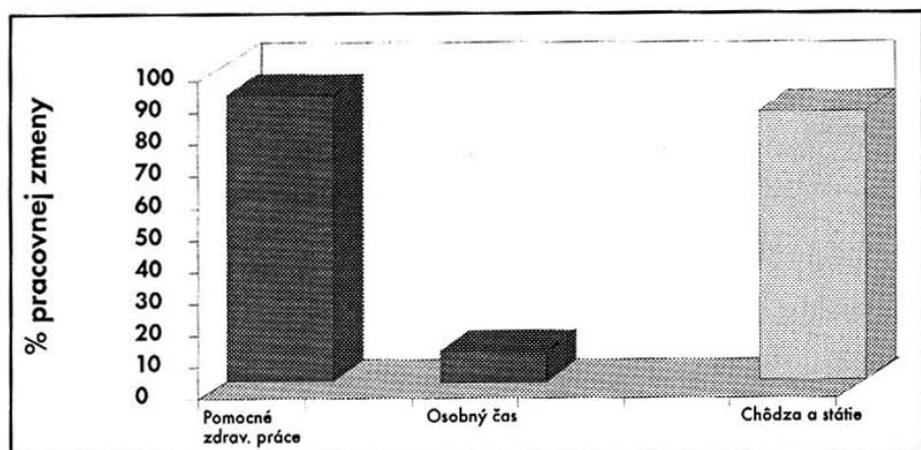
Percentuálny výskyt manipulácií s pacientami podľa modelu dvíhania pacientov					
Typ manipulácie	1	2	3	4	5
%	5	10	15	45	25



Obraz 1. Pracovné činnosti 5 lekárov (3 muži, 2 žien) na oddelení geriatrickej a v liečebni pre dlhodobo chorých počas 29 zmien (25 denných zmien, 2 „malé“ a 3 „veľké“ služby)



Obraz 2. Pracovné činnosti 10 sestier (žien) na oddelení geriatrickej a v liečebni pre dlhodobo chorých počas 47 zmien (28 denných a 19 nočných)



Obraz 3. Pracovné činnosti 7 sanitárov (4 mužov a 3 žien) na oddelení geriatrickej a v liečebni pre dlhodobo chorých počas 29 denných zmien

Vírusové hepatitídy v dialyzačných strediskách, naše skúsenosti s prevenciou a vakcináciou

Súhrn: Autori sa zaoberajú výskytom hepatitíd v dialyzačných strediskách. Ide o závažný problém v hemodialyzačných strediskách na celom svete. Dodržiavaním hygienicko-epidemiologických opatrení na dialyzačných strediskách, oddeľovaním chorých s HBsAg pozitivitou a HCV pozitivitou od ostatných dialyzovaných chorých a adekvátnou aktívnou imunizáciou sa znížil počet incidencií hepatitídy B na dialyzačných strediskách.

Kľúčové slová: vírusové hepatitídy, dialyzačné strediská.

Vírusové hepatitídy sú veľkým problémom v hemodialyzačných strediskách na celom svete. Na podklade deficitného imunologického statusu uremických chorých, ktorého dôsledkom je neschopnosť eliminovať vírus, sa títo pacienti stávajú vírusovými rezervoármi a potencionálnymi prenášačmi infekcie nielen na ostatných chorých v dialyzačnom stredisku, ale aj na ošetroujúcich pracovníkov a rodinných príslušníkov. Od r. 1970, keď bola objavená sérologická detekcia povrchového antigénu hepatitídy B (známy ako austrálsky antigén) a začal sa rutinne vyšetrovať, výskyt hepatitídy B (HBV) sa mohol presne sledovať. Po r. 1982 zavedením aktívnej imunizácie nastal pokles v incidencii vírusovej hepatitídy B vo svete. U nás sa aktívna imunizácia začala aplikovať v r. 1984 u zdravotníckych pracovníkov pracujúcich na rizikových pracoviskách. Koncom r. 1986 sa začala aktívna imunizácia proti vírusovej hepatitíde B u novozaistených chorých do dlhodobého dialyzačného programu.

V r. 1978 bol objavený u nosičov vírusu hepatitídy B v jadre pečenej bunky antigén delta, protilátka proti nemu bola označená Anti HDV a nový vírus bol pomenovaný ako vírus hepatitídy D (HDV). V r. 1989 sa u nás zaznamenala hepatitída spôsobená zatiaľ neznámym pôvodcom a označená ako hepatitída NON A, NON B (NANB). Do syndrómu hepatitídy NANB patrili všetky hepatitídy s negatívnou sérologiou na vírus hepatitídy A a hepatitídy B. Začiatkom r. 1989 sa podarilo v laboratóriách Chiron Corporation v Kalifornii dokázať špecifický antigén reagujúci so sérom chorých s chronickou potransfúznou hepatitídou. Protilátka proti vírusu bola označená Anti HCV a pôvodca ako vírus hepatitídy C (HCV). Nasledoval rýchly až dramatický vývoj poznatkov o hlavnom

pôvodcovi potransfúznej hepatitídy, ktorý stále pokračuje (1, 2).

V r. 1993 sme u našich chorých zaradených do dlhodobého dialyzačného programu po prvý raz vyšetřili Anti HCV. Výsledok bol zhodný so svetovými štatistikami. Z 58 chorých bolo 18 pozitívnych.

Prevencia hepatitíd v dialyzačných strediskách

Kľúčovým faktorom zodpovedným za kontamináciu chorých a pracovníkov v dialyzačných strediskách je častá a dlhotrvajúca antigénemia.

Formou prevencie je pasívna imunizácia špecifickými Anti HBV ľudskými imunoglobulínmi (Hepaga, Hepatect). Látka sa podáva každému chorému po prvej hemodialýze a pri nežiadúcich kontamináciách aj personálu.

Aktívnou formou imunizácie je očkovanie proti vírusovej hepatitíde B u chorých na dialyzačných strediskách. Výskyt hepatitíd vírusového pôvodu na našom dialyzačnom stredisku a počet očkovaných udáva tab. 1.

Očkovanie proti vírusovej hepatitíde B u chorých na hemodialyzačných strediskách podľa odporúčania hlavného hygienika MZ SR zo dňa 31. júla 1995:

1. Vyšetřiť markery vírusovej hepatitídy B (HBsAg a anti HBs).

2. Pri negatívnom výsledku uskutočniť očkovanie látkou ENGERIX B:

a) chorí pripravovaní do dlhodobého dialyzačného programu (DDP): 0, 1, 2, 6 mesiacov od prvej dávky v množstve 1,0 ml (20 mg) i. m. do deltoidej oblasti,

b) chorí zaradení do DDP: 0, 1, 2, 6 mesiacov od prvej dávky v množstve 2,0 ml (40 mg) i. m. do deltoidej oblasti.

Pri prvej dávke sa podáva špecifický imunoglobulín Hepaga 5 ml (250 000 IU) i. m. do inej oblasti.

Preočkovanie:

- po 6 mesiacoch od podania poslednej očkovej látky,

- v prípade negatívnych markerov HBsAG a anti HBs preočkovať jednou dávkou v množstve 2 ml (40 mg) ENGERIX B i. m. do deltoidej oblasti,

- po ďalších 6 mesiacoch sa opakuje preočkovanie,

- ak naďalej pretrváva negativita HBsAG a anti HBs, ďalšie dávky očkovacej látky sa neodporúčajú podávať.

Záver

1. Prísne dodržiavať hygienicko-epidemiologické opatrenia v dialyzačných strediskách.
2. S každým chorým zaobchádzať ako s potencióálne infekčným z hľadiska prenosu hepatitídy.
3. Dbať na to, aby chorí s HBsAG pozitivitou, resp. anti HCV pozitivitou, boli dialyzovaní na vyhradených dialyzačných monitoroch.
4. Podľa možnosti vyhnúť sa aplikácii krvných transfúzií.

5. Doterajšia vakcinácia bola nedostatočná, a preto odporúčame aktívnu imunizáciu vykonať podľa postupu, ktorý navrhol hlavný hygienik Ministerstva zdravotníctva SR.

Literatúra: 1. Stramský, J.: Diagnostika a liečba vírusové hepatitídy C. Praha, s. 7-8, 9-15, 73. -2. Schréter, I.: Vírusové hepatitídy. Bratislava, s. 13-15, 37.

Do redakcie došlo:
30. júna 1998

Adresa autorov:
A. Ondová
Rastislavova ul. č. 43
041 90 Košice

Tabuľka 1. Výskyt hepatitíd od roku 1984 na dialyzačnom stredisku Nefrologickej kliniky FN L. Pasteura v Košiciach

Rok	Počet chorých na hepatitídu	Typ hepatitídy			Očkovanie (dávka)			
		A	B	NANB	0	1	2	3
1984	4	-	4	-	-	-	-	-
1985	5	1	4	-	-	-	-	-
1986	3	1	2	-	3	-	-	-
1987	2	2	-	-	1	-	-	1
1988	4	-	4	-	-	-	1	3
1989	4	-	1	3	-	-	2	2
1990	5	-	4	1	1	-	2	2
1991	3	-	3	-	-	-	-	3
1992	11	-	9	2	-	-	4	7
1993	5	1	3	1	-	-	1	4
1994	1	-	1	-	-	-	-	1
1995	1	-	1	-	1	1	1	1
1996	1	-	1	-	1	1	1	1
1997	1	-	1	-	1	1	1	1

Nové vedenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

Dňa 1998 vymenoval predseda Národnej rady Slovenskej republiky (v zastúpení prezidenta Slovenskej republiky) J. Migaš za ministra vlády Slovenskej republiky prof. MUDr. T. Šagáta, CSc. a poveril ho vedením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. Následne vláda Slovenskej republiky vymenovala za štátneho tajomníka ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky MUDr. Kováčika.

Sexuálne dysfunkcie spôsobené psychofarmakoterapiou

Súhrn: Na sexuálny život duševne chorých okrem iných faktorov (samotná duševná porucha s jej klinickým obrazom, spoločenské faktory) významnou mierou vplýva aj psychofarmakoterapia. Článok uvádza výskyt sexuálnych dysfunkcií vo všeobecnej populácii ako i dysfunkcií spôsobených psychofarmakoterapiou, opisuje ich prejavy a predkladá postup vyšetrenia sexuálnej dysfunkcie. Ďalej sú v ňom vymenované látky a farmaká, poškodzujúce sexualitu so zameraním na psychofarmaká a mechanizmus, akým sexuálne pochody ovplyvňujú. Zvlášť sa upozorňuje na antidepresíva a ich vzťah k sexuálnym dysfunkciám depresívnych pacientov. Záverom sa analyzujú niektoré liečebné postupy, používané pri psychofarmakami navodenej sexuálnej dysfunkcii.

Kľúčové slová: sexuálne dysfunkcie, psychofarmakoterapia, duševné poruchy.

U pacientov s duševnými poruchami sa často pozorujú zmeny sexuálneho správania a sexuálnych funkcií. Samotná sexuálna porucha môže zapríčiniť psychické ťažkosti a vyvolať duševnú poruchu tam kde predtým nebola, ale platí to aj opačne, že duševná porucha môže mať za následok narušenie sexuálneho života. Ďalší faktor, ktorý významne ovplyvňuje sexuálny život, je farmakoterapia. Na sexuálny život psychiatrických pacientov teda negatívne pôsobia: samotná porucha s jej klinickým obrazom, psychofarmakoterapia a odmietavý postoj spoločnosti a aj životných partnerov duševne chorých spôsobený zbytočnými, žiaľ pretrvávajúcimi predsudkami (1) (schéma 1).

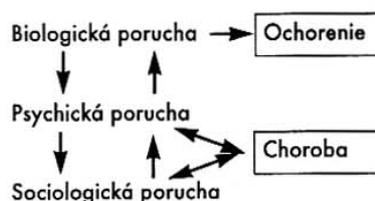
Efekt látkami alebo medikáciou navodenej sexuálnej dysfunkcie sa odráža v zhoršení kvality života, v zhoršenej compliance a často i v zhoršení symptomatológie (2). Prejavujú sa na všetkých štyroch úrovniach sexuálnej odpovede: zmenou libida (slabou alebo žiadnou sexuálnou apetenciou), úbytkom vaginálnej lubrikácie, pokle-

som erektilnej kapacity až impotenciou, poškodenou alebo bolesťou vo ejakulácii, čiastočnou alebo kompletnou anorgazmiou (3).

Výskyt sexuálnych dysfunkcií varíruje od 10-27 % vo všeobecnej populácii (4). Prevalencia sexuálnych dysfunkcií vo všeobecnej populácii, týkajúca sa poklesu libida je vyčíslená u mužov 13 %, u žien 27 %, týkajúca sa erektilných dysfunkcií 7-12 % a inhibície orgazmu až anorgazmie u mužov 10 %, u žien 25 % (4). Podobne aj iní autori (5) zistili sexuálne problémy u 21 % ľudí (muži 12,6 %, ženy 29,2 %), pokles libida u 29 % (muži 23 %, ženy 35 %), funkčné ťažkosti v 17 % prípadov (muži 10 %, ženy 23 %). Sexuálne dysfunkcie asociovali s depresiou, anxiózitou, insomniou a tiež s mnohými somatickými syndrómami (5).

Pri vyšetrení sexuálnej dysfunkcie je potrebné odlíšiť organickú od funkčnej príčiny poruchy (tab. 1). Postup vyšetrenia by mal zahŕňať dôkladné odobratie anamnézy (ochorenia, zistenie autoerotickéj kapacity atď.), somatické a laboratórne vyšetrenie (vrátane endokrinologického vyšetrenia), psychiatrické vyšetrenie a zistenie abúzu návykových látok a medikácie. Toto treba vyšetriť u oboch partnerov (2). Muži vykazujú väčšiu zraniteľnosť ako na dopad ochorenia, tak aj na vedľajšie účinky liekov. Ženy sú menej zraniteľné, ale zároveň aj menej ochotné hovoriť o sexuálnych ťažkostiach, alebo sa na ne pýtať (najmä lekárov-mužov). Preto je aj menej údajov o sexuálnych dysfunkciách navodených liekmi u žien (6). Dôkladne odobrané anamnestické údaje, týkajúce sa sexuálneho života, sú dôležité i pri bežnom psychiatrickom vyšetrení, pretože pomáhajú zistiť genézu prípadnej sexuálnej dysfunkcie. Potrebné je to najmä v prípade depresívnych porúch, kde hlásená sexuálna dysfunkcia môže byť súčasťou liečeného syndrómu (depresia sa prejavuje anhedóniou a tým aj poklesom libida a sexuálnych funkcií), môže byť výsledkom liečby samotnej (antidepresíva síce pozitívne ovplyvňujú anhedóniu, ale zároveň môžu spôsobiť sexuálnu dysfunkciu), alebo je súčasťou

Schéma 1. Sexuálne dysfunkcie vyvolané interakciou medzi biologickými, psychologickými a sociologickými fenoménmi (podľa 2)



Tabuľka 1. Vyšetrenie sexuálnej dysfunkcie (podľa 3)

1. Charakterizovať poruchu (definovať, ktorú fázu sexuálneho cyklu narušuje, odkedy a ako...)
2. Anamnéza, somatické vyšetrenie, laboratórne vyšetrenie
3. Anamnéza abúzu návykovej látky
4. Psychiatrické vyšetrenie

preexistujúcej psychosexuálnej alebo telesnej poruchy (4). Je teda dôležité zistiť líniu základných údajov o sexuálnych funkciách pre každého pacienta, aby sa dali čo najpresnejšie vyhodnocovať ich zmeny počas antidepresívnej liečby (7).

Mechanizmov ovplyvnenia sexuálnych pochodov je niekoľko. Sexuálna odpoveď je riadená kardiovaskulárnym, endokrinným, centrálnym a periférnym nervovým systémom a prídavnou medikáciou (2).

Psychofarmaká pôsobia na sexuálnu aktivitu štyrmi mechanizmami (1):

1. Blokádou dopamínového systému v CNS (dopamínové agonisty zlepšujú erekciu a libido, naopak antagonisty, napr. neuroleptiká, vyvolávajú erektilnú dysfunkciu).

2. Zásahom do neurotransmiterových systémov CNS, ktoré riadia endokrinnú činnosť osi hypotalamus-hypofýza-pohlavné žľazy.

3. Psychofarmaká s vedľajším anticholinérgnym účinkom spôsobujú blokádu niektorých periférnych vegetatívnych nervov.

4. Psychofarmaká s vedľajším alfa-antiadrenergym účinkom vyvolávajú poruchy vedenia v periférnych adrenergnych neurónoch (interferujú s kontrakciami hladkého svalstva zapojeného do transportu spermií).

Medzi látky, negatívne ovplyvňujúce, alebo poškodzujúce sexualitu patria (3, 8):

- alkohol a ostatné návykové látky (kokaín, kanabinoidy, opiáty, amfetamíny a ďalšie),

- sedatíva - hypnotiká (barbituráty, benzodiazepíny),

- antihypertenzíva (hydrochlorotiazid, spirolaktón, propranolol, guanetidín, reserpín, dihydralazín, klonidín, metyldopa atď.),

- lieky používané na liečbu vredovej choroby (cimetidín, famotidín, nizatadín, ranitidín),

- estrogény a antiandrogény,

- antiepileptiká,

- psychofarmaká (neuroleptiká, antidepresíva, anxiolytiká, tymo-stabilizéry, antiparkinsoniká).

Ďalej sa bližšie preberajú len návykové látky a psychofarmaká.

Alkohol a ostatné návykové látky

Alkohol má v genéze sexuálnych dysfunkcií zvláštne postavenie. Pri jednorazovom užití menšej dávky sa stupňuje sexuálna apetencia odbúraním zábran, rozširuje sa spektrum sexuálnych objektov ako i možnosti sexuálnych aktivít, u mužov sa zlepši erektilita. S narastajúcou alebo väčšou dávkou alkoholu sa však výkon oslabí a dostaví sa dysfunkcia. Muž prechádza typickými dvoma štádiami od vzostupu libida s prolongovanou erekciou bez ejakulácie k postupnej strate erektilných schopností (6). Súhrnne teda alkohol podporuje úvod sexuálnej aktivity (preto aj používaný ako afrodisiakum), ale výkon oslabuje (1, 6). V prípade rozvinutej závislosti od alkoholu klesá apetencia, zníži sa koitálna aktivita a stratia sa erektilné schopnosti. Zistilo sa, že asi 40 % mužov od alkoholu závislých je impotentných a asi 30-40 % závislých žien má ťažkosti v pohlavnom živote, 15 % z nich je anorgastických (1). Dlhodobou užívaním alkoholu spôsobuje pokles hladiny testosterónu, útlm spermiogenézy a periférnu neuropatiu (čím sa narušia dráhy sprostredkujúce sexuálnu apetenciu (1). Závislosť má však aj svoje spoločenské dôsledky. Závislí jedinci sú partnerom odmietaní (vyhýbanie sa sexuálnemu súžitíu je výrazom nesúhlasu s pitím partnera) (1). Opisovaný je tiež urýchlenný sexuálny vývoj, závislí majú častejšie skôr prvý pohlavný styk, mávajú viacero sexuálnych partnerov a skôr uzatvárajú manželstvá (1).

Podobne je to i s ostatnými návykovými látkami, kde poškodzujú

co pôsobí látka samotná, ale i to, že väčšina závislých (najmä mladých) stráca sociálne interakcie a tým aj sexuálne skúsenosti, pretože značnú časť svojho vývoja strávi zháňaním drogy, alebo je pod jej vplyvom (6). Za najviac rizikové z hľadiska sexuálnych porúch sa považujú: kokaín (vyvoláva poruchy erekcie i ejakulácie a spôsobuje hyperprolaktinémiu), heroín a ostatné opiáty, amfetamíny, kanabinoidy, LSD a halucinogény (3, 6). Správy o tom, že halucinogény zvyšujú sexuálnu apetenciu a výkon (snáď preto i užívané ako afrodisiaka) sú dávno spochybnené (6). Sexuálna dysfunkcia spojená s užívaním návykovej látky zmizne po prerušení jej užívania (8).

Anxiolytiká

Benzodiazepíny znižujú libido, avšak niektorým pacientom odbúraním strachu a úzkosti naopak zlepšia sexuálne funkcie (6). Frekvencia dysfunkcií vzniklých po benzodiazepínoch nie je taká veľká (3). Vysoká frekvencia sexuálnych porúch je však udávaná pri kombinácii benzodiazepínov s lítium (3).

Neuroleptiká

Z neuroleptík sa z hľadiska vzniku sexuálnych dysfunkcií za rizikové považujú najmä: tioridazín, flufenazín (oslabujú erekciu i ejakuláciu), chlorprotixén, perfenazín, trifluperazín, haloperidol (oslabujú ejakuláciu) a ďalšie (3, 6, 8).

Antidepresíva

Na zvláštne postavenie antidepresív z hľadiska ovplyvnenia sexuálneho života sme už v článku upozornili a bude im ďalej venovaná väčšia pozornosť. Antidepresíva môžu napraviť, ale aj spôsobiť alebo exacerbovať už existujúcu sexuálnu dysfunkciu (4). Ako depresívne poruchy, tak dystýmne poruchy sa spájajú s poklesom libida a sexuálnou dysfunkciou (7). Tridsaťjeden až sedemdesiatdva percent pacientov s veľkou depresívnou poruchou udáva pokles libida (4). Nie všetky depresívne poruchy sú však poznané a liečené. Šesťdesiat percent pacientov s veľkou depresívnou poruchou neužíva ani antidepresíva ani benzodiazepíny. Dvadsať percent týchto pacientov užíva len benzodiazepíny (4). Asi tretina neliečených depresívnych pacientov udáva pokles libida a erektilné poruchy (impotenciu a anorgazmiu) (7). Zlepšujúca sa evidencia hlásení nežiaducich účinkov liekov (vrátane sexuálnych dysfunkcií) ako aj posledné kontrolované štúdie upozorňujú, že antidepresíva sami o sebe vyvolávajú tieto poruchy (7). Antidepresívami spôsobené sexuálne dysfunkcie u pacientov sú vyčíslené na 43,3 % (4). Ich skutočná incidencia však môže byť oveľa väčšia, lebo nie každý antidepresívami liečený pacient uvedie pri vyšetrení sexuálnu poruchu. Ak sa zjaví, často sa stáva nerozpoznanou príčinou nespokojnosti pacienta s lekárom (7).

Z heterocyklických antidepresív, ktoré ovplyvňujú sexuálne funkcie, sú to najmä imipramín, dezipramín, klomipramín, amitriptylín, nortriptylín, protriptylín, trimipramín, amoxapín, doxepín (pokles libida, dysfunkcie erekcie, ejakulácie a orgazmu) a trazodón (spôsobuje priapizmus) (7, 8).

Inhibitory monoaminoxidázy ako fenelzín, tranlycypromín a izokarboxazid indukujú anorgazmiu, ktorá však býva dočasná a zmizne i keď sa v podávaní lieku pokračuje (3, 6, 8).

Incidencia sexuálnych dysfunkcií pri užívaní inhibítorov spätného vychytávania sérotonínu (ďalej SSRI) má v závislosti od farmaka rôzne hodnoty: fluoxamín 1 %, citalopram 5,3 %, fluoxetín

8,3 %, paroxetín 13 %, sertralín 16,5 % (9). Ich efekt na sexualitu je daný ich rozdielnym pôsobením na subpopuláciu sérotonínových receptorov (ďalej 5HT-R) (10), niektoré z nich (fluoxetín, paroxetín) zvyšovo blokujú spätné vychytávanie noradrenalinu a dopamínu (7). Závisí tiež od dávky, preto je dôležité postupne dávky zvyšovať (7). Poznáme 14 druhov 5HT-R (10). Sexuálne dysfunkcie nie sú spojené s agonistami 5HT 1a-R (fluoxamín), naopak tieto podporujú sexuálne chovanie u laboratórných zvierat a majú anxiolytický a antidepresívny efekt (7, 10). Inhibícia sexuálnych funkcií je spôsobená agonistami 5HT 1b-R a 5HT 2c-R (fluoxetín), ktoré tiež súvisia s agresivitou a impulzivitou (7, 10). Vysoká selektivita paroxetínu na spätné vychytávanie sérotonínu ako i dopamínu môže znamenať relatívne vyššiu incidenciu sexuálnych dysfunkcií v porovnaní s ostatnými SSRI (7). Záleží tiež na dĺžke vylučovacieho polčasu lieku. Napríklad počas fluoxetínovej liečby dlhý počas aktívneho metabolitu norfluoxetínu môže v dôsledku jeho kumulácie počas mnohých mesiacov spôsobiť neskoré nebezpečné vedľajšie účinky (7). Tridsať až štyridsať percent pacientov liečených s SSRI udáva sexuálnu dysfunkciu. Najčastejšie ide o oneskorenú ejakuláciu, neprítomnosť alebo oneskorenie orgazmu, menej pokles libida a poruchy erekcie (7). Tieto lieky spôsobujú o 1,62-krát viac vedľajších sexuálnych účinkov než tricyklické antidepresíva, tento údaj však samotní autori berú s rezervou, pretože práve SSRI sa spomedzi antidepresív najviac sledujú a ich vedľajšie účinky najviac kontrolujú a hlásia (4).

Účinok SSRI na sexualitu však nemusí byť primárne inhibičný, mnohé SSRI sa naopak využívajú v liečbe sexuálnych dysfunkcií (7). Po SSRI sa opisuje aj vzostup libida a kratšia doba do nástupu orgazmu (11). Prolongovaná erekcia sa pozoruje aj po fluoxetíne ako vedľajší efekt (12). Po liečbe sertralínom bol opísaný priapizmus (13). Tieto látky majú tiež dôležitú úlohu v liečbe psychogénnej impotencie (14). Niektorí autori (15) poukazujú na zlepšenie kvality erekcie a libida po terapii fluoxetínom, uvádzajú niekoľko kazuisť, kde sa mužom s anamnézou impotencie po terapii fluoxetínom vrátila potencia. Šesťdesiat percent fluoxetínom liečených žien opisovalo inhibíciu sexuálnych funkcií, avšak 40 % žien opisovalo stimulačné sexuálne účinky (16).

Liečba psychofarmakami indukovaných sexuálnych dysfunkcií zahŕňa niekoľko stratégií (3, 4):

1. Čakať na spontánny ústup sexuálnej dysfunkcie (až vznikne tolerancia).

2. Redukovať dávky psychofarmaka.

3. Liekové prázdniny.

4. Zameniť psychofarmakum za iné.

5. Podľa „antidotum“ alebo prídavnú liečbu (antagonistov alfa 2 adrenergických receptorov, agonistov dopamínových receptorov, iné ovplyvnenie 5HT-R atď.).

6. Lokálna alebo chirurgická korekcia (tabletky, injekčné preparáty, čapíky podporujúce erekciu atď.).

Ako prídavná liečba sa môže použiť (4):

- amantadín Viregit (100 mg 1 hodinu pred sexuálnou aktivitou), (agonista dopamínových receptorov) - pri anorgazmii,

- buspiron Buspar (40 - 60 mg 30 minút pred sexuálnou aktivitou), (agonista 5HT 1a-R) - pri anorgazmii,

- cyproheptadín Peritol (4 - 12 mg 1 - 2 hodiny pred sexuálnou aktivitou) - pri anorgazmii (má antihistamínový, sedatívny, ale aj antisérotonergný efekt, ktorý môže vyvolať relaps depresie),

- yohinbín Yocon (5,4 - 10,8 mg/deň) - pri erektilných dysfunkciách a anorgazmii (najmä spôsobených fluoxetínom),

- trazodón Trittico (250 - 350 mg 1-4 hodiny pred sexuálnou akti-

vitou), (v nízkych dávkach pôsobí ako antagonist sérotonínu) - pri erektilných dysfunkciách spôsobených najmä benzodiazepínmi a fenelzínom,

- neostigmín (7,5 - 15 mg 30 minút pred sexuálnou aktivitou), (inhibitor cholinesterázy) - pri amitriptylínom indukovanom poklese libida,

- ginkgo biloba (rastlinný suplement) - pri antidepresívami indukovaných dysfunkciách,

- sildenafil (Viagra),

- alprostadil (syntetický prostaglandín E1).

Na začiatku liečby psychofarmakami je teda dôležité myslieť i na možné sexuálne nežiaduce účinky, ktoré vyvolávajú a ktoré často znepríjemňujú i tak dosť narušený sexuálny život duševne chorých. Pri zanedbaní ich evidencie, vyšetrenia a liečby by mohli viesť k zhoršeniu spolupráce pacienta s psychiatrom a tým aj k zhoršeniu liečby duševnej poruchy.

Literatúra: 1. Raboch, J.: Lékařská sexuologie. Praha, Státní pedagogické nakladatelství 1984, s. 55-56. - 2. Wise, T. N.: Overview of sexual function and sexual dysfunction in the Medically Ill. V: Management of sexual dysfunction in depression. San Diego, American Psychiatric Association 1997, s. 4-9. - 3. Balon, R.: Assessment and substance and medication induced sexual dysfunction. V: Management of sexual dysfunction in depression. San Diego, American Psychiatric Association 1997, s. 10-14. - 4. Thompson, T. L.: Treatment of antidepressant induced sexual dysfunction. V: Management of sexual dysfunction in depression. San Diego, American Psychiatric Association 1997, s. 1-3, 15-21. - 5. Angst, J.: Sexual problems in healthy and depressed persons. V: Abstracts Symposium sexual dysfunction and depression. Bern, Solvay Pharmaceuticals 1998, s. 1-2. - 6. Kaplan, H. I., Freedman, A. M., Sadock, B. J.: Sex and drugs. V: Comprehensive textbook of Psychiatry/III. Baltimore, Williams and Wilkins 1980, s. 1740-1742. - 7. Lane, R. M.: A critical review of selective serotonin reuptake inhibitor-related sexual dysfunction, incidence, possible aetiology and implications for management. J Psychopharmacol, 11, 1997, s. 72-82. - 8. Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A.: Sexual dysfunction. V: Synopsis of psychiatry. 7. vyd. Baltimore, Williams and Wilkins 1994, s. 662-673. - 9. Wagner, W. a spol.: Why give your patients something else to be depressed about? V: Int Clin Psychopharmacol, 9, 1994, s. 223-227. - 10. Olivier, B.: Serotonin, serotonergic receptors and SSRI. V: Abstracts Symposium sexual dysfunction and depression. Bern, Solvay Pharmaceuticals 1998, s. 3-4. - 11. Balon, R., Yeragani, V. K., Pohl, R., Ramesh, C.: Sexual dysfunction during antidepressant treatment. J Clin Psychiat, 54, 1993, s. 209-212. - 12. Swenson, J. R.: Fluoxetine and sexual dysfunction. Can J Psychiat, 38, 1993, s. 297. - 13. Blashko, C. A.: A double blind, placebo-controlled study of sertraline in the treatment of outpatients with seasonal affective disorder. Eur Neuropsychopharmacol, 5, 1995, s. 258. - 14. Montorsi, F., Guazzoni, G., Rigatti, P., Pozza, G.: Pharmacological management of erectile dysfunction. Drugs, 50, 1995, s. 465-479. - 15. Smith, D. M., Levitte, S. S.: Association of fluoxetine and return sexual potency in three elderly men. J Clin Psychiat, 54, 1993, s. 317-319. - 16. Post, L. L.: Sexual side effects of psychiatric medications in women. Primary Psychiat, 3, 1996, s. 47-51.

Do redakcie došlo:

4. septembra 1998

Adresa autorky:

MUDr. A. Čerňanová
Ambróseho ul. č. 1
851 02 Bratislava

Vírusová hepatitída typu A u drogovovo závislých osôb v Bratislavskom kraji

Súhrn: Autori podávajú informáciu o výskyte vírusovej hepatitídy typu A u toxikomanov za roky 1996-1998 v Bratislavskom kraji.

Kľúčové slová: vírusová hepatitída typu A, toxikomani v Bratislavskom kraji.

V Slovenskej republike mal výskyt vírusovej hepatitídy typu A v osemdesiatych a deväťdesiatych rokoch klesajúci trend. Okrem dôsledného vykonávania protiepidemických opatrení so sprievodným spomalením procesu šírenia nákazy súvisí tento priaznivý trend so zvyšovaním hygienického štandardu obyvateľstva.

V Bratislavskom kraji bola v deväťdesiatych rokoch incidencia vírusovej hepatitídy typu A značne nižšia v porovnaní s hodnotami celého územia Slovenska (graf 1). Pohybovala sa od 4,9 po 15,0 prípadov na 100 000 obyvateľov. Schematicky bolo možné zaradiť Bratislavský kraj medzi oblasti s nízkou endemicitou, s incidenciou medzi 5-15 prípadmi na 100 000 obyvateľov za rok, len s 10 % 15-ročných, ktorí majú vytvorené anti-HAV protilátky a pomalým vzostupom percenta imúnnych až na 70 % v neskoršom strednom veku. Tento model sa potvrdil skutočným výskytom ochorení v jednotlivých vekových skupinách pri prudkom vzostupe počtu prípadov v r. 1997 (graf 2).

Vzhľadom na dlhodobú disproporciu medzi výskytom vírusovej hepatitídy typu A v Slovenskej republike a v Bratislavskom kraji a odhadovanú situáciu vo vnímanosti obyvateľstva, nemožno považovať tento náhly vzostup v Bratislavskom kraji za neočakávaný. V r. 1996 bola epidemiologická situácia vo výskyte vírusovej hepatitídy typu A priaznivá. Vykázaných bolo 49 ochorení, s chorobnosťou 8,2 prípadov na 100 000 obyvateľov. V druhej polovici roka 1996 nastal vzostup hlásených ochorení na vírusovú hepatitídu typu A u i. v. toxikomanov závislých od heroínu. Spolu bolo v r. 1996 potvrdených 12 prípadov, z nich 6 vo vekovej skupine 15 až 19-ročných, 6 u 20 až 24-ročných a 2 u 25 až 34-ročných. Ochorelo 9 mužov a 3 ženy (graf 4).

V r. 1996 tieto ochorenia vyvolali zmeny vo vekovej distribúcii vírusovej hepatitídy typu A v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi, s posunom maxima z vekových skupín 5 až 9 a 10 až 14-ročných do vekových skupín 15 až 19-ročných. U ďalších 9 suspektných ochorení hlásených v skupine drogovovo závislých osôb sa laboratórnymi vyšetrovaniami na Klinike infektológie a geografickej medicíny FN v Bratislave vírusová hepatitída typu A nepotvrdila.

Rok 1997 charakterizoval extrémny vzostup počtu ochorení v Bratislavskom kraji. Vykázaných bolo 310 vírusových hepatitíd typu A, čo predstavuje chorobnosť 50,1 prípadov na 100 000 obyvateľov kraja a už prekračuje hodnotu pre celú Slovenskú republiku.

Na celkovo zvýšenom výskyte vírusovej hepatitídy sa podieľalo aj 102 detí a dospelých (32,9 %), u ktorých ochorenie vzniklo počas dochádzky do 78 predškolských a školských kolektívnych zariadení. Z iného pohľadu je významný podiel rómskeho etnika na celkovej počte ochorení - 23,3 %, 73 ochorení (z nich 44 prípadov vykázaných v epidémii v rómskej osade).

V r. 1997 sa významne zvýšil výskyt vírusovej hepatitídy typu A u drogovovo závislých osôb s intravenóznou aplikáciou heroínu. Päťdesiatpäť prípadov v tejto skupine v r. 1997 predstavuje viac ochorení ako počet všetkých vírusových hepatitíd typu A u obyvateľov Bratislavského kraja v predchádzajúcom roku (49 prípadov v r. 1996). Z 55 ochorení sa 30 vyskytlo vo vekovej skupine 15 až 19-ročných, 20 vo vekovej skupine 20 až 24-ročných a 5 u 25 až 34-ročných drogovovo závislých osôb (graf 5). Ochorelo 46 mužov a 9 žien, z toho 28 mužov a 9 žien bolo nezamestnaných, čo predstavuje 63,6 %, študenti SOU 10,9 % a 1,8 % študenti gymnázia. V jednom prípade bolo hlásené ochorenie u žiaka základnej školy. Väčšina z nich bola z okresu Bratislava V - 21 osôb a Bratislava II - 13 osôb. Výskyt hepatitídy typu A u toxikomanov takto kopíruje známu situáciu z evidencie týchto osôb centrami pre ich liečbu, podľa ktorej je najkritickejšia situácia v okresoch Bratislava V (patrí sem Petržalka), Bratislava II, IV a Pezinok (tab. 1). Problémy pri zabezpečovaní protiepidemických opatrení pri výskyte vírusovej hepatitídy u drogovovo závislých - väčšinou dospelých a mladých osôb - začínajú už pri izolácii v zdravotníckom zariadení, pokračujú odmietaním spolupráce a zavádzaním pri odbere epidemiologickej anamnézy a končia často dočasným prerušením kontaktu s centrami pre liečbu drogových závislostí.

Je príznačné, že pri anonymite v mestskom prostredí (mimo rodinných výskytov) jediná epidémia s dokázateľnými súvislosťami sa zistila v našom kraji v menšom okresnom meste, v Pezinku. V auguste 1997 v nej ochorelo päť 16 - 21-ročných drogovovo závislých mužov z jedného obytného domu (graf 3).

V prvom štvrtroku 1998 pokračuje trend z predchádzajúceho roku a hepatitída typu A sa vyskytla zatiaľ u 13 drogovovo závislých osôb, z toho u 9 mužov a u 4 žien. Desiat z nich sú nezamestnaní. Opäť prevažuje výskyt vírusovej hepatitídy typu A v okrese

Bratislava V (6 ochorení). Celkovo sa od prvého ojedinelého prípadu v r. 1995 do 31. marca 1998 vyskytlo v tejto skupine 81 ochorení vírusovej hepatitídy typu A. Z nich veľká väčšina - 76 prípadov - prevažovala v poslednom 1 1/2 roku.

V Bratislavskom kraji sa stala skupina drogovo závislých osôb rizikovou z pohľadu možnosti akvizovania a šírenia infekcie vyvolanej vírusom hepatitídy typu A. Významným spôsobom ovplyvnila celkový výskyt aj vekovo špecifickú chorobnosť na vírusovú hepatitídu typu A a prístup k riešeniu protiepidemických opatrení v ohniskách nákazy.

Tento problematike bude treba aj naďalej venovať zvýšenú pozornosť, koordinovať pokyny s ošetrojúcimi lekármi, s Klinikou infektológie a geografickej medicíny a Centrom pre liečbu drogových závislostí v Bratislave.

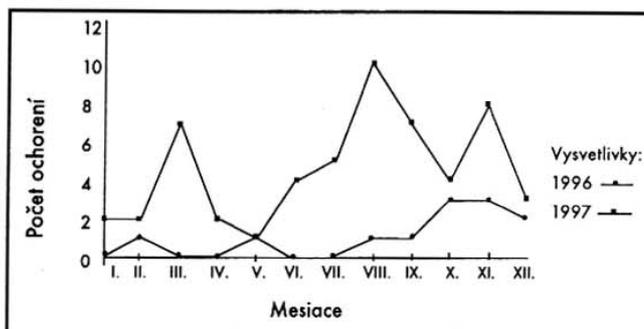
Do redakcie došlo:
19. júla 1998

Adresa autoriek:
J. Gregorová
Latorická ul. č. 23
821 07 Bratislava

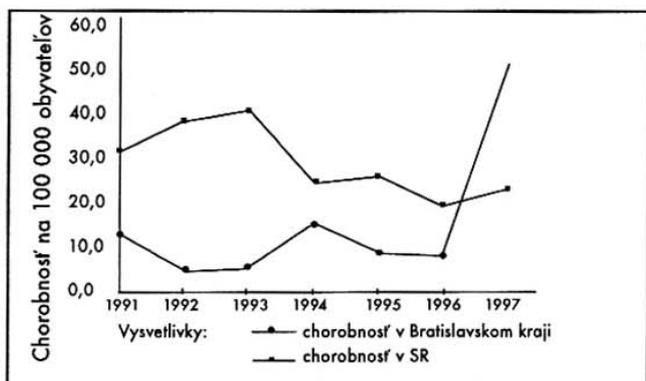
Tabuľka 1. Výskyt vírusovej hepatitídy A u i. v. toxikomanov v Bratislavskom kraji za rok 1997 podľa okresov

OKRES	POČET OCHORENÍ
BA I	0
BA II	13
BA III	5
BA IV	7
BA V	21
Malacky	0
Pezinok	7
Senec	4

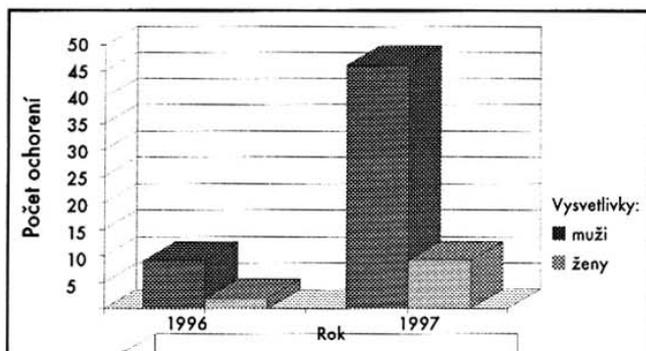
Graf 3. Sezonálna výskytu vírusovej hepatitídy A u i. v. toxikomanov v Bratislavskom kraji v rokoch 1996 až 1997



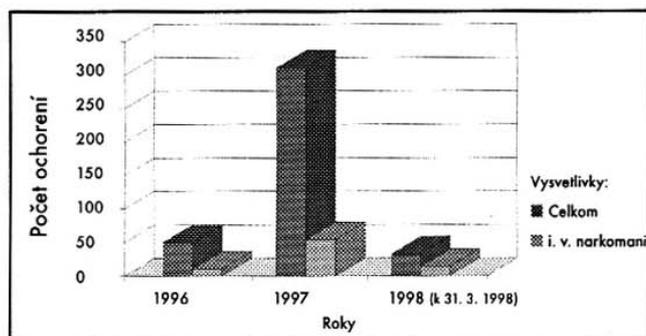
Graf 1. Porovnanie chorobnosti na vírusovú hepatitídu A v Bratislavskom kraji a SR za roky 1991 - 1997



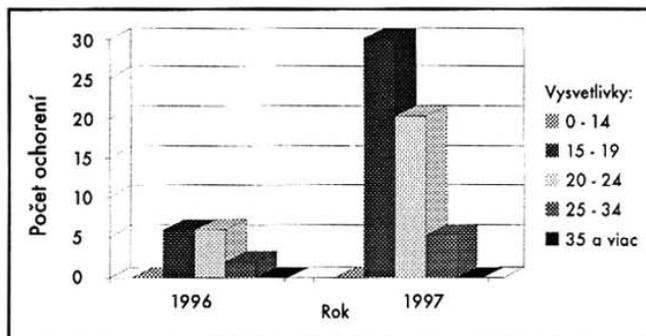
Graf 4. Výskyt vírusovej hepatitídy A u i. v. toxikomanov v Bratislavskom kraji v rokoch 1996 až 1997 podľa pohlavia



Graf 2. Výskyt vírusovej hepatitídy A v Bratislavskom kraji i v rokoch 1996 až 1998



Graf 5. Výskyt vírusovej hepatitídy A u i. v. toxikomanov v Bratislavskom kraji v rokoch 1996 až 1997 podľa vekových skupín



Výskyt legionel vo vodách zdravotníckych zariadení v Bratislave

Súhrn: Autorky prezentujú výskyt legionel vo vodách zdravotníckych zariadení v meste Bratislava ako možných etiologických agensov príčin nozokomiálnych pneumónii

Kľúčové slová: legionely, zdravotnícke zariadenia v Bratislave.

Legionely sú potencióálne patogénne gramnegatívne mikroorganizmy ubikvitárne rozšírené vo vodnom prostredí. Vyskytujú sa vo všetkých typoch vôd - v potokoch, jazerách, odpadových a termálnych vodách. Čez úpravovne pitných vôd sa dostávajú z vonkajšieho prostredia do vodovodných systémov. Osídľujú najmä výmenníkové stanice a ohrievače, zásobníky a rozvody teplej vody.

Priaznivé podmienky pre ich rozmnožovanie a kolonizáciu predstavujú najmä biofilmy v zásobných tankoch teplej vody, vnútorné steny vodovodných trubiek, batérií, sprchovacích hlavíc a ich tesnenia. Legionely boli najčastejšie izolované z chladiacich veží klimatizačných zariadení, z ústí vodovodnej siete, zo zvlhčovačov vzduchu a ojedinele i z nádržok zubolekárskeho zariadenia.

Ich rozmnožovanie a existenciu umožňujú aj kovy uvoľnené v potrubí v dôsledku korózie, stagnácie vody a teplota 25 °C až 43 °C. Naopak vyššia teplota, pH okolo 7, vyšší obsah voľného chlóru nad 0,3 mg/l, ozonizácia vody a dokonalá mechanická očista všetkých zariadení od slizov a usadenín bránia ich prežívaniu.

V prenose legionelózy sa uplatňuje najčastejšie inhalácia kontaminovaného vodného aerosolu z klimatizačných zariadení a vodovodnej siete.

Ochorenie vyvolané legionelami prvýkrát opísali v r. 1976 vo Filadelfii v USA, kedy sa epidemicky vyskytlo u účastníkov zjazdu amerických legionárov. Ochorelo 221 legionárov a 34 z nich zomrelo. Pôvodcu ochorenia - legionárskej horúčky - nazvali *Legionella pneumophila*.

Klinicky ochorenie najčastejšie prebieha ako *lobárna pneumónia* s inkubačnou dobou 2 až 10 dní. Ochorenie sprevádzajú horúčky, triašky, dýchavica, produkcia malého množstva spúta. U 1/3 pacientov vznikne *pleuritída* a u oslabených pacientov *plúcny absces*. Môže sa vyskytnúť i hnačka, nauzea, vracanie, bolesti hlavy, alterácia centrálného nervového systému (poruchy spánku). Prenos ochorenia vo Filadelfii nastal vodou z kontaminovaného klimatizačného zariadenia.

Legionely vyvolávajú ochorenia najmä u starších ľudí a pacientov

oslabených iným vážnym základným ochorením (nádorové ochorenie, ožarovanie, transplantácie orgánov, hemoblastózy, imunosupresívna terapia, chronické ochorenie respiračného systému). Častejšie sa vyskytuje nákaza u mužov, najmä fajčiarov ako u žien, pomer výskytu u mužov je 2 až 3-krát vyšší ako u žien. Incidencia legionelóz v Európe podľa hlásení je 4/milión. Letalita v Európe sa pohybuje 4,9 % do 8,3 %, u starších ľudí môže byť aj vyššia. Asi 6 % až 13 % legionelóz v Európe má nozokomiálny pôvod.

Tieto skutočnosti nás viedli k myšlienke vyšetrovať vody vodovodnej siete vo vybraných zdravotníckych zariadeniach v Bratislave, ktoré by mohli hrať úlohu pri výskyte nozokomiálnych pneumónii u pacientov. Od r. 1985 tieto vody vyšetrovali a laboratórny dôkaz vykonávali pracovníci Ústavu epidemiológie LF UK v Bratislave. Od r. 1993 začala naša spolupráca, v ktorej v súčasnosti pokračujeme.

Zamerali sme sa na zmapovanie osídlenia vodovodného potrubia legionelami v nemocniciach, ktorú uvádza tab. 1. Spolu za obdobie r. 1985 až 1997 sme vykonali 1821 odberov vodovodných vôd so stermi z vodovodných batérií a sprch a 56 vyšetrení vôd zásobných tankov. Z nich sa prítomnosť legionel potvrdila v 187, t. j. 9,96 %. Z uvedených lokalít sa izolovali legionely druhu *Legionella pneumophila*, sérologických skupín najmä 10, 5, 6, 9, 1 a 12. Najviac ochorení je opísaných v súvislosti s infekciou vyvolanou *Legionella pneumophila* 1. V našom súbore sme izolovali legionely tejto séroskupiny 11-krát.

Počas odberov v nemocniciach sme nezaznamenali ochorenia, ktoré by sa mohli dať do súvisu s výskytom legionel vo vodovodnej sieti.

V tab. 1 sú uvedené oddelenia s výskytom legionel vo vodovodnej sieti. Pre tieto oddelenia pri používaní a aplikácii vodného aerosolu u zvlášť vnímavých pacientov platia osobitné prevádzkové režimy, ako i dekontaminačné postupy.

Naše výsledky dokázali prítomnosť legionel takmer v polovici vyšetrených nemocničných objektov. Tieto baktérie predstavujú potenciálne riziko nákazy najmä pre oslabených nemocničných pacientov. Podľa odporúčaní CDC v Atlante sa ako preventívne opatrenia na zabránenie kolonizácie vodovodnej siete legionelami v zdravotníckych zariadeniach využíva udržiavanie teploty vody v distribučnej sieti na úrovni 50 °C, respektíve na 20 °C s hladinou voľného chlóru 1 až 2 mg/l a teploty vody v zásobných tankoch na 60 °C.

Záver

gov, mikrobiológov, hygienikov zdravotníckych zariadení a klinikov.

Z našej práce vyplýva, že je treba rozšíriť spektrum vyšetrení bakteriálnej kontaminácie pitných vôd v zdravotníckych zariadeniach aj o legionely. K tomu je však potrebná uššia spolupráca epidemiológov,

Do redakcie došlo:
14. júla 1998

Adresa autoriek:
V. Jurčáková
029 42 Bobrav

Tabuľka 1. Izolácia legionel z vodovodnej siete zdravotníckych zariadení v Bratislave (1985 až 1997)

Zdravotnícke zariadenie	Vzorky/pozit	Legionella pneumophila sérol. skupina	Oddelenia, kde sa izolovala legionella pneumophila
FN	642/17	1, 5, 6, 10, 12	Kožné odd., Klinika TBC a respiračných chorôb, JIS
DFNsP	326/13	8, 6, 12, 10	Odd. hemoblastóz, Odd. detskej chirurgie, Transplantačná jednotka kostnej drene, ARO - kardiocentrum, Odd. centrálnej sterilizácie
DNsP	187/10	5, 6, 9, 10	ARO, Gynekologické operačné sály, JIS
NsP Ružinov	111/6	6	Očné odd., Odd. centrálnej sterilizácie,
NsP Staré mesto	90/13	1, 3, 6	Novorodenecké odd., Nedonosenecké odd., Odd. šestonedelia
NsP Bratislava-vidiek	17/0		
NOÚ	21/0		
ÚKVCH	45/1	6	ARO
NÚTaRCH	414/127	5, 6, 8, 9, 10, 12	Pneumoonkologické odd., Odd. TBC I Endoskopia, Stomatologické odd., Detské odd., Chirurgické operačné sály, ARO, Gynekologické odd., Urologické odd., Gastroenterológia, Geriatrické odd.
SPOLU - 1877/187			

Vysvetlivky: FN - Fakultná nemocnica, DFNsP - Detská fakultná nemocnica, DNsP - Dérerova nemocnica s poliklinikou, NsP - Nemocnica s poliklinikou, NOÚ - Národný onkologický ústav, ÚKVCH - Ústav kardiovaskulárnych chorôb, NÚTaRCH - Národný ústav tuberkulózy a respiračných chorôb

Johnsonovej teória behaviorálneho systému

Súhrn: Johnsonovej teória behaviorálneho systému prináša nový náhľad na poslanie a úlohy ošetrovateľstva. Pacienta/klienta charakterizuje ako behaviorálny systém s viacerými subsystémami. Posudzovanie sa opiera o hodnotenie ôsmich subsystémov, vzťahu človeka a prostredia v rámci nich.

Kľúčové slová: ošetrovateľstvo, ošetrovateľský model, behaviorálny systémový model.

Dorothy E. Johnsonová publikovala svoje práce od r. 1950. Koncom šesťdesiatych rokov prišla s myšlienkou modelu ošetrovateľskej starostlivosti, zdôrazňujúcou účelné a účinné správanie pacienta zamerané na predchádzanie ochorení. Pacienta/klienta charakterizuje ako behaviorálny systém s viacerými subsystémami.

V r. 1980 definovala ošetrovateľstvo ako vonkajšiu silu, pôsobiacu na zachovanie organizácie a integrácie pacientovho správania sa na najlepšej dosiahnuteľnej úrovni za daných okolností, v ktorých správanie predstavuje ohrozenie telesného a spoločenského, alebo v ktorých sa vyskytuje choroba.

Johnsonová tvrdí, že každý človek má modelové, účelné a opakujúce sa spôsoby konania, ktoré obsahujú behaviorálny systém, špecifický pre daného človeka. Toto konanie alebo správanie tvorí organizovaný a integrovaný celok, ktorý determinuje a limituje interakcie medzi jedincom a prostredím a určuje vzťahy medzi osobou a objektami, udalosťami, situáciami v jeho prostredí. Je pravidelné, účelné a predpovedateľné. I keď sa mení, je dostatočne stabilné a opakujúce sa na to, aby sa dalo opísať a vysvetliť.

Johnsonová identifikovala sedem subsystémov behaviorálneho systémového modelu. Neskôr na jej prácu nadviazala Grubbsová a doplnila ho o jeden subsystém. Behaviorálny systémový model tvorí osem subsystémov. Každý subsystém má tri funkčné požiadavky:

- musí byť chránený od škodlivého vplyvu, s ktorým sa nevie vyrovnáť,

- musí byť podporovaný, živený vhodným vstupom z prostredia,

- musí byť stimulovaný, aby nestagnoval a rozvíjal sa.

Zdravie, cieľ ošetrovateľstva, sa v behaviorálnom systémovom modeli chápe ako rovnováha alebo stabilita. Táto stabilita sa chápe ako pohyblivý stav rovnováhy so schopnosťou prispôbiť sa a zmeniť, ale stále udržať a zachovať účelné správanie podľa pravidiel. Pri použití behaviorálneho systémového modelu sestra chápe klienta ako organizovaný prepojený komplex vzájomne reagujúcich subsystémov. Každý subsystém má svoju vzorku. Každý vzor klienta

podmieňuje a ohraničuje interakciu s prostredím. Vývoj efektívnych vzorov správania vyžaduje neustálu ochranu, výživu a stimuláciu.

Model Johnsonovej tvorí osem behaviorálnych subsystémov:

1. **Subsystém úspechu:** zdokonaľiť a kontrolovať samého seba alebo vlastné prostredie, dosiahnuť zlepšenie a kontrolu.

2. **Subsystém združovania:** súvisieť s niečím alebo patriť k niečomu, k niekomu, inému ako sebe samému, dosiahnuť blízkosť a spolupatričnosť.

3. **Agresívno - ochranný subsystém:** chrániť samého seba alebo iných u skutočného alebo predstavaného ohrozenia objektami, osobami, myšlienkami, dosiahnuť sebaochranu a presadiť sa.

4. **Subsystém závislosti:** udržať zdroje prostredia potrebné na dosiahnutie pomoci, podpory, pozornosti, bezpečnosti a získanie dôvery.

5. **Vylučovací subsystém:** vylúčiť biologické látky.

6. **Ingestívny subsystém:** dostať potrebné zdroje z prostredia a udržať integritu organizmu alebo dosiahnuť stav spokojnosti, znútorniť vonkajšie prostredie.

7. **Subsystém odpočinku:** zbaviť sa únavy alebo dosiahnuť stav rovnováhy znovuzískaním a doplnením energie, jej rozdelenie iným subsystémom,

8. **Sexuálny subsystém:** plniť očakávania v sexuálnej oblasti, starať sa o iných a prijímať starostlivosť iných (1).

Osem subsystémov behaviorálneho systémového modelu vzájomne súvisí a zmena v jednom z nich ovplyvní všetky subsystémy.

Vzájomné vzťahy medzi subsystémami sú monitorované a kontrolované biologickými, fyziologickými, psychologickými a sociokultúrnymi mechanizmami. Stres môže zmeniť klientove vzory správania a viesť k narušeniu rovnováhy. Faktory, ktoré zapríčiňujú ťažkosti v správaní, ohrozujú integritu a funkciu celého behaviorálneho systému. Ťažkosti môžu spôsobovať:

- správanie sa zamerané neadekvátnym smerom,

- nedostatočné plnenie požiadaviek na fungovanie subsystému,

- zmeny podmienok prostredia, ktoré prekračujú schopnosť systému prispôbiť sa.

Stres môže byť príčinou zmien v základných požiadavkách - ochrane, výžive, stimulácii.

Posudzovanie sa zameriava na:

1. Vzory správania.

2. Vzájomné vzťahy.

3. Základné požiadavky.

Cieľom je stabilita, rovnováha správania. Súčasnú správanie sa porovnáva so správaním v minulosti na posúdenie, či nastala nejaká

jeho zmena, či to bola zmena správania smerom k rovnováhe. Problém sa definuje ako aktuálna a potenciálna nestabilita v systéme.

Úlohou ošetrovateľskej diagnózy je určiť základné pohnutky problematického správania pacienta (2).

Johnsonovej behaviorálnej systémovej model rozvíja teoretickú bázu ošetrovateľstva. Prináša nový pohľad na úlohy a poslanie ošetrovateľstva. Praktické použitie jej myšlienky, založené na ôsmich subsystémoch je problematické, pretože pri posudzovaní neumožňuje sestry zistiť detailnejšie informácie o biologickom systéme. Informácie získané pri posudzovaní sa vzťahujú skôr k interakcii človeka s prostredím a menej sa zameriavajú na súčasný zdra-

vojný stav. Z tohto dôvodu myšlienku, teóriu behaviorálneho systémoveho modelu umožňuje ľahšie v praxi uplatniť Gordonovej model funkčných vzoriek zdravia.

Literatúra: 1. George, J. B.: Nursing theories. New Jersey, Prentice-Hall 1985, s. 195-211, – 2. Gordon, M.: Nursing diagnosis. St. Louis, Mosby 1994, s. 56-63.

Do redakcie došlo:
21. júla 1998

Adresa autorky:
PhDr. H. Koňošová
Súlovce č. 176
956 14 Oponice

H. Kundrátová,
A. Jamborová, K. Demežová
Štátny zdravotný ústav v Trebišove

Analýza incidencie onkologických ochorení u obyvateľstva okresu Trebišov

Súhrn: Cieľom spracovanej epidemiologickej štúdie bolo odhaliť geografické rozšírenie zhubných novotvarov v obvodoch (subregiónoch) okresu Trebišov a zistiť štatisticky významné rozdiely jednotlivých diagnóz medzi niektorými špecifickými subregiónmi alebo kategóriami populácie.

Kľúčové slová: onkologické ochorenia, okres Trebišov

Sledovanie distribúcie ochorení na zhubné nádory na menších územných celkoch je dôležité z hľadiska zabezpečenia dostatočných homogénnych podmienok prostredia a celkového životného štýlu.

Porovnanie novohlásených ochorení na zhubné nádory u obyvateľstva okresu Trebišov s inými regiónmi

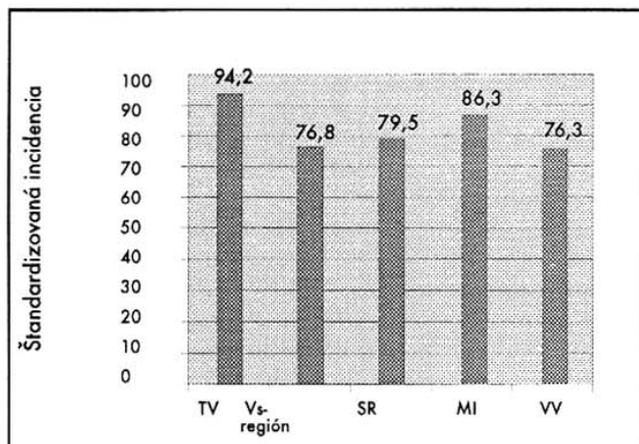
Incidencia týchto ochorení sa porovnávala s príslušnými údajmi v Slovenskej republike (SR) a vo Východoslovenskom regióne (v tomto prípade boli iba údaje v období r. 1986 až 1990 t. č. dostupné). Všetky tieto údaje boli usporiadané podľa niekoľkých hľadísk a boli prepočítané vzhľadom na svetové štandardy.

Analýza týchto údajov ukázala, že v Trebišovskom (TV) okrese a SR incidencia zhubných novotvarov (ZN) u mužov bez ohľadu na anatomickú lokalizáciu je približne rovnaká. Zo susediacich okresov len okres Michalovce mal vyššie hodnoty. Situácia u žien je lepšia v TV okrese než v SR.

Napriek týmto skôr priaznivým výsledkom pri analýze incidencie ZN podľa jednotlivých anatomických lokalizácií zistili tieto výsledky:

1. Výrazne nepriaznivá situácia je u mužov TV okresu vzhľadom na incidenciu zhubných nádorov pľúc, ktorá je v priemere za roky 1986 až 1990 v porovnaní s celoslovenskými údajmi vyššia o 18 %, tento rozdiel je štatisticky vysoko významný ($p < 0,01$) (tab. 1).

Tabuľka 1. Incidencia zhubných nádorov pľúc u mužov v r. 1986 - 1990

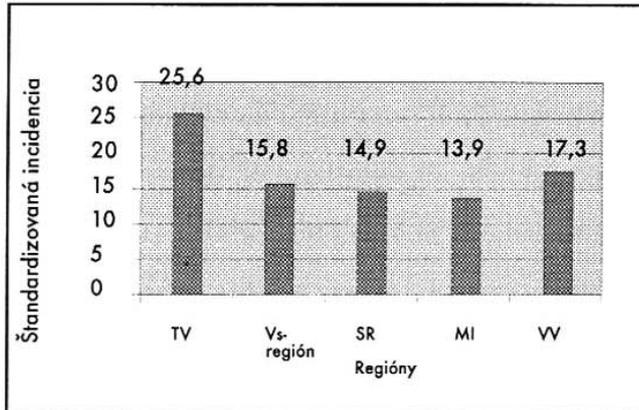


Vysvetlivky: MI a VV sú označenia okresov Michalovce a Vranov nad Topľou.

Incidenca rakoviny pľúc u žien v TV okrese prekračuje priemer SR (r. 1986 až 1990) asi o 35 %, ale táto hodnota nie je štatisticky významná.

2. Incidenca zhubných nádorov tela maternice v okrese TV je približne 2-krát taká vysoká ako priemer SR v rokoch 1986 až 1990. Štatistická významnosť tohoto rozdielu je veľmi vysoká ($p < 0,0001$) (tab. 2).

Tabuľka 2. Incidenca zhubných nádorov tela maternice v r. 1986 - 1990



Analýza v rámci okresu Trebišov

Obyvatelia okresu TV so zisteným ochorením na ZN boli rozdelení podľa trvalého bydliska do 5 obvodov (subregiónov okresu). Potom sa incidencia zhubných novotvarov vzájomne porovnávala na mestskej a vidieckej populácii. Okrem toho incidencia sa hodnotila zvlášť podľa pohlavia pacienta. Všetky takto oddelené údaje boli štandardizované na slovenský vekový štandard založený na sčítaní ľudu v r. 1991.

Pri detailnej analýze incidence zhubných nádorových ochorení v populácii TV okresu sa zamerala pozornosť najmä na diagnózy a diagnostické skupiny, ktoré ukazovali:

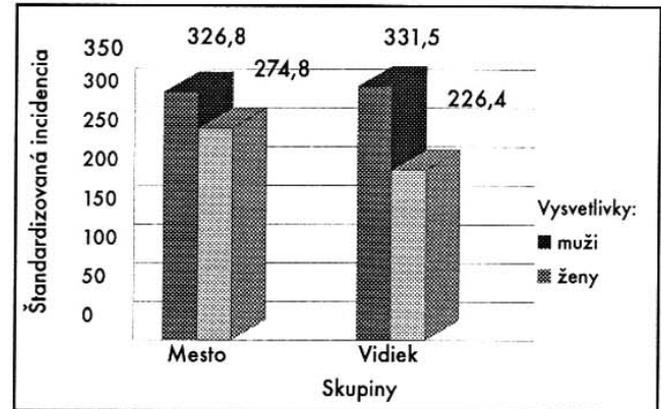
- viac-menej významné zvýšenie nad celoštátne priemerné hodnoty,
- výrazné medziobvodové (subregionálne) rozdiely v incidencii zhubných nádorov,
- zreteľné rozdiely medzi vidieckou a mestskou populáciou okresu.

Základom pre tieto analýzy boli dostupné ročné údaje z obdobia r. 1989 až 1994. Toto umožnilo vytvoriť priemery pre 6-ročné časové obdobie. Keďže u jednotlivých diagnóz často išlo len o malé počty, v konečnej analýze sa použil štatisticky významnejší šesťročný priemer zistených hodnôt kvôli validnejším výsledkom.

Nasledujúce porovnania ukazujú vo vyššie uvedenom zmysle štatisticky významné rozdiely:

1. Porovnanie incidence zhubných nádorov (bez ohľadu na ich anatomickejšiu lokalizáciu) medzi mestskou a vidieckou populáciou štatisticky významnú odlišnosť odhalilo len u žien; incidencia v mestskej populácii je o 21 % vyššia ($p < 0,05$).

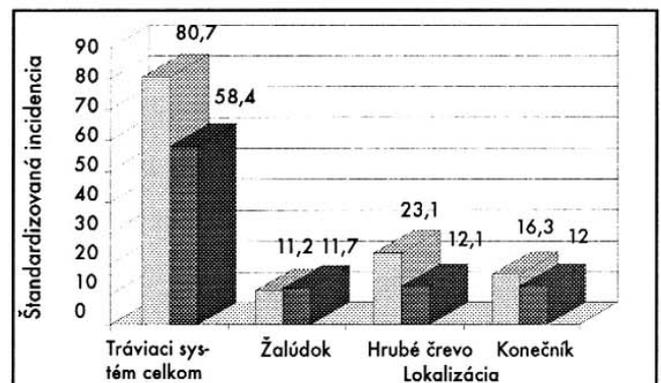
Tabuľka 3. Porovnanie incidence zhubných nádorov: mesto - vidiek a muži - ženy v r. 1989 až 1994



2. Porovnanie subregionálnej incidence rakoviny tráviaceho systému u žien ukázalo, že len v obvode Sečovce zhubné novotvary hrubého čreva mali štatisticky ($p < 0,05$) významný vyšší výskyt o 101 %.

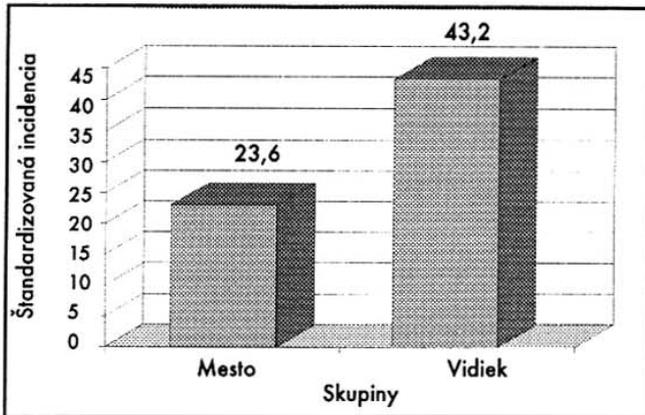
3. Porovnanie incidence rakoviny tráviaceho systému u žien z mestskejšiu a vidieckeho prostredia odhalilo, že v mestskej populácii incidencia bola o 38 % vyššia ($p < 0,05$). Na tomto rozdieli mala najvyšší podiel rakovina hrubého čreva: o 92 % vyššia incidencia v mestskej populácii ($p < 0,05$).

Tabuľka 4. Porovnanie incidence zhubných nádorov tráviaceho systému u žien: mesto - vidiek v r. 1989 - 1994



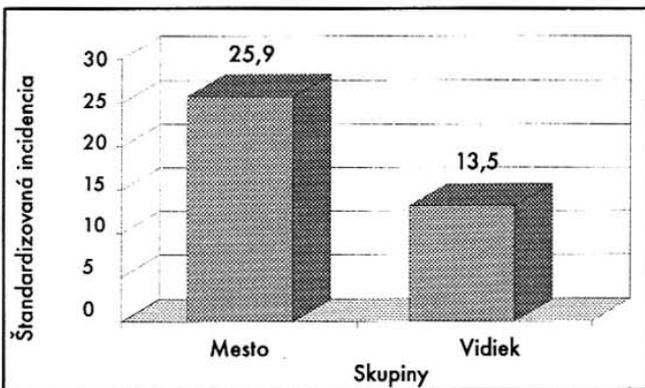
4. Ďalší štatisticky významný rozdiel sa našiel v prípade rakoviny ústnej dutiny u mužov vo vidieckej populácii - incidencia bola o 82 % vyššia ($p < 0,01$).

Tabuľka 5. Porovnanie incidencie zhubných nádorov dutiny ústnej u mužov: mesto - vidiek v r. 1989 až 1994



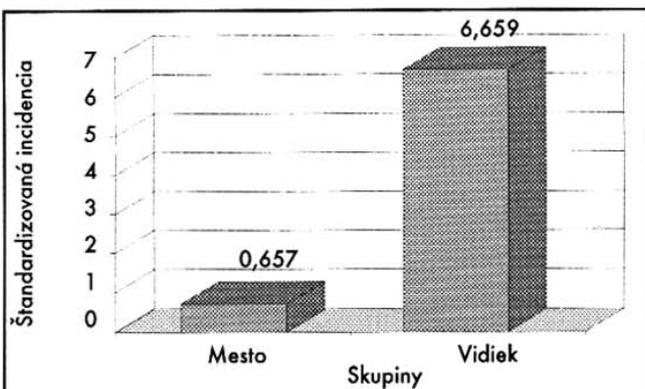
5. Štatisticky signifikantný rozdiel výskytu rakoviny krčka maternice sa našiel u mestskej populácie, kde incidencia bola vyššia o 92 %.

Tabuľka 6. Porovnanie incidencie zhubných nádorov krčka maternice: mesto - vidiek v r. 1989 až 1994



6. Incidencia malígneho melanómu kože u žien vo vidieckej populácii bola 10-krát vyššia ($p < 0,001$) než u žien žijúcich v meste

Tabuľka 7. Porovnanie incidencie malígneho melanómu u žien: mesto - vidiek v r. 1989 až 1994



Uvažovanie o možných príčinách

Najsignifikantnejším príčinným rizikovým faktorom zhubných nádorov pľúc je fajčenie. Je predpoklad, že v TV okrese miera fajčenia je väčšia, než je celoslovenský priemer. Dá sa to vysvetliť skutočnosťou, že tento okres je v susedstve s Ukrajinou s veľmi lacnými tabakovými výrobkami, ktoré sa pašujú do našej krajiny vo veľkom rozsahu. Iným rizikovým faktorom by mohla byť expozícia obyvateľstva sírnym zlúčeninám a jemným časticiam znečisteného ovzdušia, emitovaného zo spálených fosílnych palív v tepelných elektrárňach vo Vojanoch.

Zhubné nádory tela maternice sa uvádzajú do vzťahu najviac s endokrinnými faktormi, na čo poukazuje ich vyšší výskyt u bezdetných a nevydatých žien. Preto významným rizikovým faktorom je neprítomnosť predchádzajúcej gravidity. U tejto choroby sa za ďalšie rizikové faktory považujú: cukrovka, vysoký krvný tlak, tučnota, vyšší príjem tukov v strave a dlhotrvajúce užívanie estrogénov. Je predpoklad, že v okrese TV hlavným rizikovým faktorom je tučnota. Väčšina územia Trebišovského okresu má rovinný terén s nedostatočnými príležitosťami pre telesný pohyb, čo máva za následok zvýšenie výskytu tučnosti. Tučnota sa podieľa na riziku v tom, že preplnené tukové tkanivo nemôže odstrániť karcinogénne látky z cirkulácie.

Na vyššom výskyte zhubných nádorov hrubého čreva sa môžu podieľať tieto rizikové faktory: strava s vysokým obsahom pečeného, praženého a údeného mäsa, nadmerná konzumácia tuku, vyššia hladina cholesterolu v krvi. Naopak listnatá zelenina s vysokým obsahom rastlinných vlákien, čerstvé ovocie a A, C, E vitamíny majú zrejme protektívny účinok. (Nižšia incidencia tejto choroby sa zistila u vegetariánov). Ochranný účinok sa pripisuje aj vyššej koncentrácii selénu v pôde. V TV okrese je nedostatočný konzum zeleniny s vysokým obsahom rastlinných vlákien u mestskej populácie a u obyvateľov podhorského obvodu Sečovce.

Za rizikový faktor pre zhubné nádory ústnej dutiny sa považuje fajčenie a pitie alkoholických nápojov, ako aj nedostatočná hygiena ústnej dutiny. Nakoľko fajčiarske návyky sú viac-menej rovnako rozšírené po celom TV okrese v oboch, ako v mestskej, tak aj vo vidieckej populácii, je predpoklad, že hlavnými rizikovými faktormi tejto lokalizácie u obyvateľov vidieka je fajčenie fajky, cigár, vyšší konzum alkoholických nápojov a nedostatočné udržiavanie hygieny dutiny ústnej.

U zhubných nádorov krčka maternice vyššia incidencia sa zisťuje u žien so včasnými (mladý vek) sexuálnymi skúsenosťami, zavčasu vydatých žien, u tých, ktoré majú vyšší počet detí, ako aj u tých žien, ktoré mali mnohých sexuálnych partnerov. Výskyt rakoviny krčka maternice by mohol byť vyšší aj pre užívanie perorálnych kontraceptív. Uvažuje sa aj o vyššej citlivosti krčka maternice u mladých žien k vírusovej infekcii, predovšetkým vírus herpes simplex 2. typu a vírusu papilomatózy typu 16 až 18. Aj dráždivé účinky spermy a smegmy sa považujú za rizikový faktor. Aj vyššia promiskuita u mestskej ženskej populácie v TV okrese je jedným z možných rizikových faktorov.

Ako rizikový faktor malígneho melanómu kože sa označuje nadmerná expozícia slnečnému žiareniu, najmä jeho ultrafialovej zložke. Skutočnosťou, že ženy z vidieckej populácie pracujúce v poľnohospodárstve sú oveľa viac exponované slnečnému žiareniu, zanedbávajúc v protiklade k mestskej populácii používanie ochranných krémov proti UV - žiareniu, môže vysvetľovať vyššiu incidenciu tejto choroby u obyvateľiek vidieka TV okresu.

Záver

1. Incidencia rakoviny pľúc u mužov a rakoviny tela maternice u žien signifikantne prevyšujú priemerné hodnoty na Slovensku (r. 1986 - 1990).

2. Zhubné nádory bez ohľadu na ich anatomickú lokalizáciu u žien mestskej populácie majú vyššiu incidencia.

3. Zhubné nádorové ochorenia ústnej dutiny sa zistili v štatisticky významnejšom počte u vidieckej mužskej populácie.

4. Zhubné nádorové ochorenia krčku maternice sa zaznamenali v štatisticky významnejšom počte žien bývajúcich v mestách TV okresu.

5. Maligne melanómy kože u vidieckych žien sú signifikantne častejšie ako u žien - obyvateľiek miest okresu.

Získané poznatky by sa mali využiť pri tvorbe komplexných opatrení, zameraných na zníženie incidencie ochorení na zhubné nádory v Trebišovskom okrese.

Do redakcie došlo:

21. júla 1998

Adresa autoriek:

H. Kundrátová

Trnavská ul. č. 2276/19

075 01 Trebišov

M. Tanáčová
Stredná zdravotnícka škola sv. Vincenta de
Pauli v Topoľčanoch

Ukáž mi cestu zbaviť sa strachu

Súhrn: Relatívne dobrý psychický stav samotného žiaka i učiteľa je odrazom úspešného vykonania ošetrovateľských výkonov pri posteli pacienta. Tento úspech však často v sebe skrýva subjektívne prežívanie strachu a trémy. Nahliadnúť do pozadia tohto problému je úlohou i tejto práce.

Kľúčové slová: žiak, pacient, odborný výkon, učiteľ, strach, tréma.

Človek ako ľudská bytosť nedokáže žiť bez interakcie s vonkajším prostredím. V rámci tejto interakcie prichádza neustále do kontaktu s rôznymi novými situáciami, úlohami a požiadavkami. Súčasný konkurenčný boj nás núti k myšlienke v ničom nezlyhať a byť úspešný, lebo to sa stáva základom našej budúcnosti. Stretávame sa s tým nielen na pracoviskách, ale aj na školách a univerzitách.

Už počas školskej dochádzky si žiaci túto myšlienku osvojujú, čo im spôsobuje mnohé problémy. Neustály psychický tlak z potencionálneho zlyhania pred tabuľou, spolužiakmi, rodičmi je dôsledkom subjektívneho prežívania tenzie, trémy a strachu. Tieto citové stavy aktivizujú stresové hormóny, ktoré majú pozitívne i negatívne účinky na ľudský organizmus.

Učiteľ na základe svojich teoretických vedomostí i praktických skúseností si uvedomuje pôsobenie týchto vplyvov na psychický i somatický vývin žiaka. Z toho dôvodu jeho postoj k tomuto problému nemôže byť ľahostajný. Vo veľmi špecifických situáciách sa nachádzajú žiaci na odborných školách zameraných na prácu s ľuďmi, a to sú predovšetkým stredné zdravotnícke školy.

Učitelia často pozorujú u svojich žiakov najmä na praktickom vyučovaní pri posteli pacienta vonkajšie prejavy psychických stavov trémy a strachu. To nás viedlo k tomu, aby sme sa hlbšie a konkrétne zaoberali týmto problémom.

Cieľom výskumu bolo preukázať prítomnosť strachu pri odborných výkonoch (odber krvi, i. m.) u pacienta v nemocnici

a z toho usudzovať o možnostiach pôsobenia učiteľa na žiaka.

V hypotéze sme zároveň predpokladali, že žiačky pri uskutočňovaní odborného výkonu na pacientovi skôr prežívajú strach, než pri uskutočnení odborného výkonu na modeli.

Výskumná vzorka a metodika

Na uskutočnenie výskumu sme si vytvorili reprezentatívnu vzorku pozostávajúcu zo 60 respondentov. Jedna polovica pochádzala z Topoľčian a druhá polovica z Trenčína. Usilovali sme sa o zachovanie homogénnosti vzorky z hľadiska veku - žiačky štvrtých ročníkov, pohlavia - ženské, zamerania - všeobecná sestra a prostredia - SZŠ.

Použili sme empirickú metódu - dotazník, pozostávajúci z deviatich položiek. Výsledky sme spracovali ručne, kde sme využili čiarkovaciu techniku. Pri tabelácii sme použili frekvenčné tabuľky a v nich sú odpovede uvedené v absolútnej a relatívnej početnosti.

Výskum sa realizoval v mesiacoch november a december 1997.

Výsledky výskumu

Spracovaním výsledkov sme zistili, že respondentky z obidvoch súborov nemajú strach pri uskutočňovaní odborných výkonov na modeli. Následne sme sa zaujímali, z akého dôvodu tento strach neprežívajú. V obidvoch súboroch sformulovali takmer rovnaké odpovede: „modelu nemôžeme ublížiť, nie je to živý tvor, nebude ho to bolieť“.

V našej práci sme vyslovili hypotézu, že žiaci prežívajú určitú formu strachu a trémy pri uskutočňovaní odborných výkonov bezprostredne pri posteli pacienta. Ak zoberieme do úvahy odpovede všetkých respondentov bez rozdielu súborov v počte 60 (100 %),

tak reálne sme zistili, že viac ako polovica žiakov v počte 31 (51,67 %) určitým spôsobom strach prežíva. Najčastejšie sa vyskytujúcimi vegetatívnymi príznakmi sprevádzajúcimi strach a trému v obidvoch súboroch sú: búchanie srdca, chvenie rúk, prstov a potenie dlaní.

Viacalternatívnu polotovorenou položkou sme zisťovali, čo by u žiakov mohlo zmiernovať strach z ich vlastného pohľadu. V topolčianskom súbore je pre žiačky najdôležitejšie vyjadrenie spokojnosti s výkonom zo strany učiteľa v počte 26 (30,94 %) a úspešné vykonanie predchádzajúceho výkonu v počte 19 (22,62 %). V trencianskom súbore je tiež dôležité vyjadrenie spokojnosti zo strany učiteľa v počte 18 (23,68 %) a prístupný pacient v počte 24 (31,58 %).

Domnievame sa, že hodnotenie uskutočneného výkonu učiteľom je veľmi dôležité pre žiačky, najmä v tomto vývinovom období na utváranie ich sebaobrazu a sebahodnotenia. Podstatné je aj správanie samotného pacienta, čo vedie k väčšej istote pri výkone. Z toho vyplýva, že na žiacku pôsobia tri činitele: učiteľ, odborný výkon a pacient.

Zisťovali sme aj opak, čo zvyšuje ich strach pred uskutočnením odborného výkonu na pacientovi. V obidvoch súboroch na prvom mieste je vyjadrenie nespokojnosti zo strany učiteľa. V prvom súbore v počte 18 (24,65 %) a v druhom súbore v počte 19 (21,84 %). V topolčianskom súbore negatívne na žiaka pôsobí aj neutrálny postoj učiteľa, jeho mlčanie bez prejavov súhlasu alebo nesúhlasu v počte 15 (17,24 %).

Domnievame sa, že je potrebné zväziť, akým spôsobom učiteľ vyjadruje svoju nespokojnosť. Ak ju vie vhodne interpretovať, a to pokojným vysvetlením a argumentáciou, tak sa výrazne nenaruší vzťah medzi učiteľom a žiakom, čo zabraňuje vzniku strachu a trémy. Opakom je mlčanie učiteľa, čo u žiaka vyvoláva pocit neis-

toty, neschopnosti sa správne ohodnotiť, a tým narastanie možno zbytočného pocitu strachu a trémy.

Významnú úlohu vo zvyšovaní strachu v obidvoch súboroch mal pocit zodpovednosti za správne uskutočnenie výkonu. V prvom súbore v počte 14 (19,18 %) a v druhom súbore v počte 15 (17,24 %). Vidíme, že tento faktor na jednej strane zvyšuje strach, ale na druhej strane je nevyhnutný. Zodpovedný prístup žiačky voči pacientovi nemožno znižovať, teda nemožno celkom odstrániť strach, vzhľadom na závažnosť ohrozenia stavu pacienta, ale len udržiavať na primeranej úrovni.

Záver

Prínosom práce je nadobudnutie iného pohľadu na žiaka, na základe zistenia rôznych alternatív, ktoré u neho strach evokujú. Zároveň sa vynorili ďalšie oblasti možného skúmania: - vedieť odhadnúť a diagnostikovať mieru strachu u žiaka,

- zistiť, aký optimálny stupeň strachu je potrebný pre žiaka, ktorý by príliš neohrozoval jeho telesný a psychický vývin,
- zároveň odstrániť takú intenzitu strachu, ktorá by už nebola žiaduca pre jeho zdravý vývin,
- upriamiť pozornosť na interakciu žiak - učiteľ - pacient, a tým postupne vytvárať podmienky na zmiernovanie strachu.

Do redakcie došlo:
3. septembra 1998

Adresa autorky:
Mgr. M. Tanáčová
ul. Jenského č. 2316/C
955 01 Topoľčany

*Predsedníctvo a Sekretariát
Slovenskej lekárskej spoločnosti
spolu s redakciou
časopisu Revue ošetrovateľstva
a laboratórnych metódik*

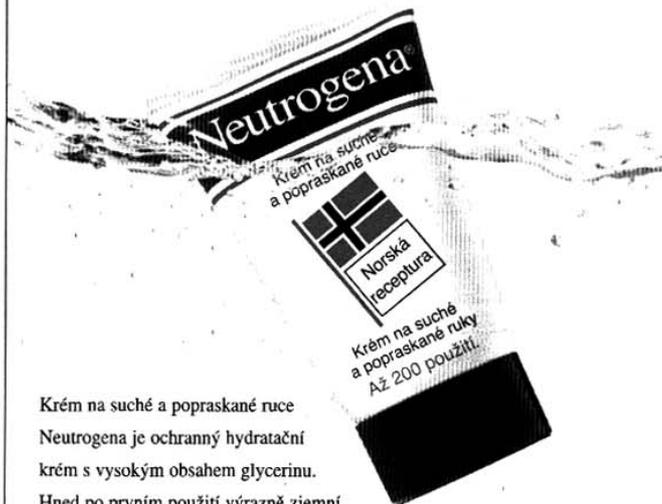
prajú čitateľom časopisu



**pokojné
vianočné sviatky
a v roku 1999 úspechy
v práci a pohodu v živote.**



Okamžitá úleva pro suché a popraskané ruce



Kréem na suché a popraskané ruce
Neutrogena je ochranný hydratačný
krém s vysokým obsahom glycerínu.
Hned po prvom použití výrazne zjemní
a zvláční pokožku rukou. Neutrogena je
ideálny pro každodenní intenzivní péči.

Neutrogena®

DOPORUČENO DERMATOLOGY



Správy z SLS

A. Hanzlíková

Ústav ošetrovateľstva Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine

Partnerstvo pre zdravie obyvateľov *

Úloha ošetrovateľstva v primárnej starostlivosti

Medzinárodný deň sestier sa tradične koná v deň výročia narodenia zakladateľky profesionálneho ošetrovateľstva Florence Nightingaleovej. Je pre nás dôležitou skutočnosťou, že k významným svetovým dňom patrí i tento deň. Táto skutočnosť nás právom môže naplňať profesionálnou hrdosťou ovplyvňujúcou aj postoj k nášmu povolaniu. Nepísaným zákonom je, že na tento deň ICN vypisuje každoročne aktuálnu tému, v znamení ktorej sa oslavy a hlavne prednášky konajú.

Staráť sa o zdravie obyvateľov je prvoradá úloha ošetrovateľstva a nie je neznáme, že už Nightingaleová sa venovala verejnému zdraviu. Dozvedáme sa o tom z početných historických zdrojov.

Verejné zdravie bolo stredobodom záujmu vo všetkých obdobiach, o ktorých je možné získať hodnoverné údaje. Pokiaľ ide o Nightingaleovú, výsledkom jej spolupráce s Wiliamom Rathbonom bolo založenie asociácie obvodných (district) sestier v Liverpooli v r. 1859-1862. Hlavnou myšlienkou bolo, že väčšina dlhodobochorých si želá byť ošetrovaná vo vlastnom domove a nie v nemocnici. Nightingaleová vydala brožúru o ošetrovateľstve „Suggestions for improving nursing service“ (Návrhy na zlepšenie ošetrovateľskej služby), ktorá pojednáva o krokoch ošetrovateľskej starostlivosti v domácnosti. Napísala aj články do časopisov, ktoré sa týkajú komunity. Boli to Village sanitation a District nursing.

Súčasnú ošetrovateľstvo vychádza z predpokladu, že zdravie je vecou každého jednotlivca. Nemožno však jednoznačne povedať, nakoľko sa človek stotožní s názorom, že zdravie je jeho vecou. Človek na rozdiel od iných živých bytostí rozhoduje o svojom správaní sám, a teda nesie zaň aj zodpovednosť. Otázkou ostáva, či vie, ako má zdravo žiť, či je v jeho silách viesť taký život a či má dostatok vôľových vlastností, aby žil zdravo.

Úlohou ošetrovateľstva je za istých okolností prebrať zodpovednosť a pomáhať pri ochrane zdravia. To sa realizuje podľa toho, aké sú problémy, ktoré sa v jednotlivých populačných skupinách vyskytujú. Sú to:

1. Podporné pôsobenie - úroveň zdravotného uvedomenia a zodpovednosti za vlastné zdravie je čiastočná, prípadne chýba vôľa pri jej uplatňovaní.

2. Vzdelávacia a výchovná činnosť - uplatňuje sa pri nedostatkových vedomostiach a zručnostiach v starostlivosti o vlastné zdravie.

3. Úplné prebratie zodpovednosti pri stratenej nezávislosti.

Ošetrovateľstvo, ktorého úlohou je upevňovať zdravie celej popu-

lácie, je fúziou verejného zdravotníctva a ošetrovateľstva do komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Zvláštnosť je v definovaní paradigmat, ktoré sa prispôbujú tak, že osoba je komunita, t. j. všetky osoby, ktoré žijú v istom geopolitickom vymedzení, alebo majú spoločnú základnú charakteristiku. Prostredie sú všetky podmienky okolia a všetko čo ovplyvňuje a podmieňuje vývin a život komunity.

Zdravie je definovateľný stav rovnováhy, ktorý zapríčiňuje harmóniu a môže v nej zohrať maximálny potenciál.

Ošetrovateľstvo je profesia, ktorá prináša jedinečný holistický pohľad na komunitu a podmienky zdravia v nej za pomoci odhadu, identifikovania a diagnostikovania problémov, ktoré vyžadujú ošetrovateľské intervencie, plánovanie zmiernenia zdravotníckych problémov komunity, uskutočňovania ošetrovateľských zásahov v spolupráci s inými a evaluácie efektu týchto zásahov na zdravie v komunite.

Z toho vyplýva, že v konceptoch ošetrovateľstva sa mení jednotlivec na komunitu a to v plnom zmysle slova. Aj keď jedinci a rodiny sú súčasťou komunity, v zmysle tejto ošetrovateľskej starostlivosti je klientom komunita.

Základom bude teda komunita ako partnerstvo, ktoré možno definovať podľa SZO (1974) takto: „Komunita je sociálna skupina determinovaná geografickými rozmermi a/alebo rovnakými hodnotami a záujmami. Jej členovia sa poznajú a sú vo vzájomnej interakcii. Funkciou je vytvoriť osobitnú sociálnu štruktúru, predvídať a tvoriť normy, hodnoty a sociálne inštitúcie.“ Iní autori komunitu ani tak nedefinujú ako vymenúvajú rôzne druhy komunit. Blum (1974) hovorí o jednotlivých typoch komunit.

Je jednoduché povedať, že komunita je mojím klientom, a čakať, ako to dopadne so zdravím v nej ťažšie je vytvoriť komunitu, aby jej spolupôsobenie zodpovedalo potrebám celku.

Každý jedinec je individuum, niet na svete ešte jedného takého istého človeka. Genetický kód je taký, že odlišuje biologicky každého jednotlivca od všetkých jedincov, ktorí kedy žili a budú žiť na svete. Ak k tomu pridáme rozdielnosť prostredia, do ktorého sa každý rodí, tak cieľom je, že každý má byť sám sebou. Na druhej strane je tu však fakt, že ľudský jedinec od svojho narodenia až po smrť nie je schopný existovať sám. Ľudia sa navzájom potrebujú. Veľmi dobre vyjadruje tento paradox M. Scott Peck slovami: „Áno som osamelý. Ak som úplne jedinečným individuom, neexistuje nikto, kto by mi úplne rozumel, kto by presne vedel, aké je to chodiť v mojich topánkach. A na mojej ceste existujú úseky - ako nakoniec na ceste kohokol'vek - ktoré človek musí prejsť sám. Niektoré skúšky musia byť zlo-

* Prednesené na schôdzi Slovenskej spoločnosti sestier pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier 12. mája 1998 v Bratislave

žené bez pomoci. Som ale omnoho menej osamelý, ako som bol predtým, kým som pochopil, že mať pocity úzkosti, depresie a bezmocnosti je ľudské, kým som pochopil, že existujú miesta, kde sa so svojimi pocitmi môžem podeliť bez viny či strachu a ľudia ma preto budú milovať ešte viac, kým som zistil, že ma môže moja slabosť posilniť, kým som zažil skutočnú komunitu a naučil sa, ako ju znova nájsť alebo znova vytvoriť.“ V týchto slovách je ukrytý zmysel komunity, aký je potrebné hľadať a vytvárať.

Komunita má tri dimenzie - ľudí, miesto, funkciu. Ľudia sú tí, ktorí sa stretli v komunite, žijú a bývajú v nej. Miesto hovorí o geografickej, ale aj časovej dimenzii (nielen územie, ale aj trvanie a zotrúvanie jednotlivcov v komunite sa môže zmeniť). Funkcia hovorí o tom, aké sú ciele a aktivity. Pre komunitne orientované sestry to znamená byť súčasťou i keď s úlohou vedenia v oblasti zdravia. Tak ako sestra preberie zodpovednosť v prípade, že členovia komunity sa nedokážu starať o svoje potreby, sestra je naopak obohacovaná tým, čo komunita rozdáva. V tom je skryté partnerstvo pre zdravie. O vzniku a podmienkach takto chápaných komunit by bolo možné popísať množstvo prác. Je však dôležité povedať aspoň to, že komunita uzdravuje a mení. Ľudské bytosti majú v sebe prirodzenú túžbu po zdraví, celistvosti a dokonalosti. Často však nedokážu zachovať a upevňovať ani jednu z týchto vlastností. Potrebujú preto bezpečné miesto, kde všetci prejavujú podobný záujem. V takomto prostredí sa vytvára terapeutický vzťah, ktorý pozostáva hlavne vo vytvorení bezpečného miesta dôvery, kde má kto jedincovi načúvať a akceptovať ho.

Má byť komunita plánovaná? Je to otázka a zároveň odpoveď. Proces, ktorým sa skupina ľudských bytostí stáva komunitou, je procesom zákonitým. Skupina, ktorá funguje v zhode s istými jasnými zákonmi či pravidlami stáva sa pravou komunitou. Slová komunikovať a komunita pochádzajú z toho istého koreňa. Princípy dobrej komunikácie sú základom pre budovanie komunity. Pretože mnohí ľudia nevedia spolu komunikovať, nepoznajú ani zákonitosti ako vytvoriť komunitu. Pravidlá komunikácie a budovanie komunity sa dajú naučiť. Môže to byť učenie aktívne alebo pasívne. Aktívne je ťažšie ako pasívne, ale je aj účinnejšie. Väčšina ľudí je schopná naučiť sa pravidlám komunikácie a budovať komunitu.

Poučenie pre tvorbu komunit:

1. Vytvorenie komunity si vyžaduje čas, úsilie a obeť.
2. Komunitu je možné vybudovať rovnako dobre s ľuďmi nevzdelanými ako vzdelanými.
3. Pozor na rozlíšenie medzi pravou komunitou a pseudokomunitou.

tu. V pravej komunite jej členovia nehovoria všeobecné frázy, ale vlastné názory.

Pre sestry komunitného zdravia je dôležité si uvedomiť, že ich úsilím nie je zdravie jednotlivca, ale komunity, či populácie ako celku. Koncept komunity ako klienta zahŕňa komplexný proces zmeny. Zmena k lepšiemu pre komunitu musí prebiehať vo viacerých úrovniach od jednotlivca k spoločenstvu.

Hlavné problémy, ktoré ohrozujú zdravotný stav, ako fajčenie, prejedanie, zhon a iné, ktoré sa spoločne nazývajú zlý životný štýl, nemožno riešiť jednoduchým oslovením alebo požiadanim jednotlivcov, aby sa zbavili zlých návykov a naopak si osvojili také, ktoré chránia ich zdravie. V tomto im môže pomôcť spoločenstvo - komunita. Mnohí jednotlivci nevedia zmeniť svoje zlozvyky sami. Potrebujú podporu rodiny, priateľov, zodpovedajúcu zdravotnú politiku štátu, ale najmä systém komunitnej starostlivosti.

Kľúčové koncepty pre túto zmenu sú: Komunitné zdravie a partnerstvo pre komunitné zdravie. Preto treba:

1. Prevziať zodpovednosť za svoje zdravie.
2. Zamerať sa na prevenciu.
3. Povedať životu áno.
4. Zmeniť spôsob života.
5. Cvičiť sa v nových, lepších návykoch.
6. Kľúčom k úspechu je rast (ísť dopredu).

Hlavné problémy tejto zmeny sú v psychike ľudí. Dá sa to vyjadriť vetou: „Chceme žiť, chceme byť zdraví, ale málokto je ochotný pre to niečo urobiť.“

G. B. Shaw o tom hovorí: „Každý môže byť zdravý, kto nie je, môže si za to sám.“ A ešte jeden citát Alexeja Pludeka: „Všetky zákony, ktoré riadia telo a dušu, majú svoj čas. Naplnenie zákonov v pravom čase je súlad. Súlad tela a duše je radosť. Dôjsť k súladu tela a duše to znamená byť aj zdravý.“

Záverom sa možno vrátiť k úvodu. Staráť sa o zdravie obyvateľov je prvoradá úloha ošetrovateľstva. Táto snaha sprevádza ošetrovateľskú profesiu od čias Florence Nightingaleovej. Uskutočnenie tejto úlohy je pomáhať pri upevňovaní zdravia, rozširovať vedomosti o zdraví a zdravom spôsobe života, smerovať k zmene životného štýlu a vytvoriť partnerstvo pre zdravie v komunitách.

Do redakcie došlo:

7. júla 1998

Adresa autorky:

Mgr. A. Hanzlíková
Andreja Kmeťa č. 5
036 01 Mratin

B. Hájková, D. Brázdilová

Odborný liečebný ústav pre tuberkulózu a respiračné choroby v Nitre-Zobori

Poskytovanie komplexnej individuálnej ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu u pacientov hospitalizovaných v Odbornom liečebnom ústave tuberkulózy a respiračných chorôb v Nitre - Zobore*

V októbri r. 1997 sa v Odbornom liečebnom ústave tuberkulózy a respiračných chorôb v Nitre - Zobore (OLÚ TaRCh) začalo zavá-

dzať do praxe poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu u pacientov hospitalizovaných

* Prednesené na Konferencii všeobecných sestier v Lučenci 16.-17 apríla 1998

v tomto zariadení. „Ošetrovateľský proces je systematická racionálna metóda plánovania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti“ (Hickey, 1990). Jeho úlohou je zhodnotiť pacientov zdravotný stav, identifikovať skutočné, či potenciálne problémy pacienta, vytýčiť plán ošetrovateľskej starostlivosti a poskytnúť špecifické zásahy na uspokojenie potrieb pacienta. „Ošetrovateľský proces je cyklický, čo znamená, že jeho zložky nasledujú za sebou v logickom poradí, ale v tom istom čase môže byť v činnosti viac ako jedna zložka“ (Kozierová a spol., 1995).

Metóda ošetrovateľského procesu sa zakladá na algoritme pozostávajúcom z týchto krokov:

1. **Posudzovanie** - predstavuje systematické získavanie informácií, ich triedenie a správne dokumentovanie, čím sa vytvorí organizovaná databáza informácií o pacientovi. Informácie sa získavajú na základe rozhovoru s pacientom, pozorovaním, fyzikálnym vyšetrením pacienta, rozborom dokumentácie. Okrem pacienta sú dôležitým zdrojom informácií aj pacienti príbuzní, priatelia, poskytovatelia starostlivosti, pod ktorými rozumieme opatrovateľa, sestru z ADOS, či terénnu sestru a pod.

2. **Diagnostika** - zahŕňa analýzu a spracovanie získaných informácií a formulovanie ošetrovateľských diagnóz, ktoré formálne vyjadrujú aktuálne či potenciálne problémy súvisiace so zdravotným stavom pacienta.

3. **Plánovanie** - počas ktorého sestra formuluje ciele a východiskové kritériá ošetrovateľskej starostlivosti, určí intervencie prispievajúce k dosiahnutiu cieľov a tým vytvorí písomný individuálny plán ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta.

4. **Realizácia** - ide o výkonnú fázu, počas ktorej sa uskutočňujú stanovené zákroky, čím sa plní ošetrovateľský plán. Zahŕňa taktiež delegovanie určitých výkonov na iných členov tímu, koordinovanie a manažovanie ich práce tak, aby bola pacientovi poskytnutá starostlivosť na vysokej odbornej úrovni.

5. **Vyhodnotenie** - je záverečnou fázou, kedy sa posudzuje dosiahnutie stanovených cieľov na základe výsledných kritérií, tiež sa reviduje plán ošetrovateľskej starostlivosti. Okrem záverečného hodnotenia sa odpoveď pacienta na starostlivosť hodnotí aj priebežne.

Výhody. Správne realizovaný ošetrovateľský proces prináša výhody pre všetky zainteresované stránky.

Výhody pre pacienta:

- aktívna účasť na starostlivosti,
- dokumentácia a koordinácia práce zabezpečujú sústavnosť starostlivosti,
- starostlivosť s vysokou efektivitou prispieva k zníženiu nákladov na hospitalizáciu.

Výhody pre sestru:

- identifikácia pacientových problémov uľahčuje každodennú starostlivosť o pacienta,
- vysoká miera tvorivosti a spolupráce zvyšuje mieru spokojnosti,
- dobrá organizácia práce predchádza frustrácii a tzv. syndrómu vyhorenia, pod ktorým rozumieme stav fyzického i psychického vyčerpania organizmu,
- získavanie skúseností a odborný rast zväčšujúci pracovné uspokojenie,
- správnu dokumentáciu sa predchádza rozporom so zákonom,
- napomáha k starostlivosti na základe odborných ošetrovateľských noriem.

Výhody z hľadiska profesie:

- ošetrovateľský proces definuje profesionálnu úlohu sestry, spoločenstva a ostatných zdravotníckych pracovníkov. V rámci zlepšenia

poskytovanej starostlivosti o pacientov hospitalizovaných v našom OLÚ, rozhodli sme sa pristúpiť k postupnému zavedeniu diferencovanej ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu na II. geriatrickom oddelení.

V prípravnej fáze projektu sme sa rozhodli posúdiť a zhodnotiť aktuálny stav oddelenia po mnohých stránkach - kapacita oddelenia, štruktúra prijímaných pacientov, najčastejšie ošetrovateľské problémy a špeciálne výkony vyskytujúce sa na danom oddelení, typ poskytovania starostlivosti, zaužívané metódy práce, personálne obsadenie oddelenia - ako kvantitatívna, tak aj kvalitatívna stránka, priestorové a materiálne vybavenie oddelenia. Súčasťou prípravnej fázy sa stala anketa, ktorou sme oslovili sestry na oddelení. Anketa obsahovala tieto otázky:

1. Poznáte ošetrovateľský proces?

2. Vyjadrite Váš názor na zavedenie ošetrovateľského procesu na tomto oddelení.

Ankety sa zúčastnilo 9 sestier, čo predstavuje 56,2 % z celkového počtu sestier. Na otázku číslo 1 odpovedali všetky respondentky kladne, z čoho vyplynulo, že sú s ošetrovateľským procesom oboznámené. Väčšina sestier získala základné vedomosti počas štúdia na SZŠ, ostatné sestry sa stretli s ošetrovateľským procesom na vzdelávacích akciách a seminároch. Odpovede na 2. otázku sú zahrnuté do tab. 1.

Odpoveď	Počet
Zapisovanie zdržuje prácu	1
Vytvorí podmienky (bližšie nedefinované)	1
Viac sestier	6
Finančná motivácia	4

Tabuľka 1. Názor na zavedenie ošetrovateľského procesu

Na základe odpovedí je zrejme, že 66,7 % respondentov (sestier) si myslí, že personálny stav na oddelení limituje zavedenie ošetrovateľského procesu do praxe, pri doplnení stavu sestier by boli ochotné pracovať touto metódou. Okrem toho 44,4 % respondentov uviedlo, že sestry, ktoré by pracovali metódou ošetrovateľského procesu, mali by byť adekvátne finančne ohodnoten.

Po analýze výsledkov ankety sme sa rozhodli pre zavedenie ošetrovateľského procesu na uvedenom oddelení. V spolupráci s vrchnou sestrou oddelenia sme vypracovali nový systém práce na oddelení. Oddelenie sa rozdelilo na štyri časti, ktoré boli prispôbené rozdeleniu pacientov medzi ošetrujúcich lekárov na oddelení a každej sestre bol pridelený určitý úsek oddelenia. Zároveň sa prepracovalo zaraďovanie sestier do služieb, a to tak, že v rannej službe pracuje štvorica sestier, ktorú v odpoľudňajúcej a nočnej zmene strieda dvojica sestier. Tým sme dosiahli, že sestra v rannej zmene poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť o pacientov jednej časti oddelenia. V odpoľudňajúcej a nočnej zmene sa sestra stará o dve skupiny pacientov, vždy však o tie isté. Možno povedať, že sestra lepšie pozná dve skupiny pacientov, z toho jedna by jej mala byť dôverne známa. To umožňuje užšiu spoluprácu sestry a lekára, nakoľko sa vytvoril tím lekár - sestra, ktorí poskytujú starostlivosť jednej skupine pacientov. Sestra absolvuje vizitu u pacientov s ich ošetrujúcim lekárom a je zodpovedná za vybavenie ordinácií z vizity, taktiež je schopná počas vizity podať ošetrujúcemu lekárovi mnohé doplňujúce informácie. O tejto skupine pacientov sestry vedú denné písomné záznamy, ktoré sú zamerané na pozorovanie pacienta po všetkých stránkach.

V praxi je systém zavedený tak, že komplexnú ošetrovateľskú dokumentáciu o všetkých fázach ošetrovateľského procesu vedie pri-

márna sestra u vybraných pacientov. Na základe odobratej anamnézy a posúdenia stavu určí ošetrovateľské diagnózy, vypracuje plán zákrokov pre pacientov a zodpovedá za jeho plnenie. Niektoré zákroky realizuje sama, iné deleguje na sekundárne sestry, nižších zdravotníckych pracovníkov, čo konzultuje s ostatnými členmi zdravotníckeho tímu. O všetkých pacientoch na oddelení sa vedie písomný záznam, v ktorom sekundárne sestry hodnotia stav pacienta počas dňa, čo vyžaduje od sestry nielen zvýšené nároky na jej pozorovacie schopnosti, ale zároveň aj na spôsob interpretácie a záznam pozorovaných faktov.

Ohniskom práce celého tímu je pacient a nakoľko sa stráca anonymnosť poskytovania starostlivosti, je vytváraná atmosféra dôvery medzi pacientom a primárnou sestrou. To nás samozrejme zaväzuje k tomu, aby sme dôveru pacienta nesklamali, ale naopak, upevnili a využili ju na zapojenie pacienta do aktívnej starostlivosti, v ktorej pacient prijíma zodpovednosť za svoje zdravie. Zavádzanie akejkoľvek zmeny je náročné pre všetkých členov tímu, avšak práve zmena je hybnou silou vývoja.

Problémy, s ktorými sa každodenne stretávame, sme sa pokúsili zhrnúť do nasledujúcich otázok. Ani na jednu neexistuje jednoznačná odpoveď, každý by si mal na ne zodpovedať sám.

Chceme?

Sme my, sestry, ochotné niesť osobnú zodpovednosť za svoju prácu? (Nie je pohodlnejšie zostať zahalené v anonymite uniformy?)

Sme ochotné prehodnotiť doterajšie spôsoby práce a vydať sa do neznáma zmeny? (Prečo by sme začínali niečo nové, keď to staré ešte funguje?)

Aké je povedomie sestier, sme hrdé na svoje povolanie? Vieme?

Umožňujú nám vedomosti, ktoré máme, prevziať zodpovednosť?

Aká je filozofia ošetrovateľstva v praktických podmienkach, berieme ho ako vedu, umenie a povolanie? Máme dostatok fundovaných odborníkov, resp. využívame vedomosti, ktoré sme získali? (Kde sú všetky diplomované sestry?) (Prečo sa mám učiť niečo nové?)

Môžeme?

Môžeme prevziať zodpovednosť za ošetrovateľskú starostlivosť – sú presne legislatívne stanovené kompetencie? Umožňuje nám súčasné ponímanie ošetrovateľstva, ktoré vychádza z tradičného chápania ošetrovateľstva u nás, uskutočniť zmenu, avšak na druhej strane, nevytvárame verejnú mienku o nás my sami, vlastným postojom k nášmu povolaniu.

Aj zodpovedanie týchto otázok by mohlo prispieť k zmene v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v našich zdravotníckych zariadeniach.

Do redakcie došlo:

26. augusta 1998

Aderesa autoriek:

Mgr. B. Hájková

951 21 Rišňovce č. 566

V. Bruchterová

Kožné oddelenie Nemocnice s poliklinikou v Nitre

Bio-psycho-sociálne problémy u pacientov s diagnózou ulcus cruris *

Zmeny telesnej integrity a vzhľadu tvoria jeden z najčastejších psychologických problémov v medicíne. Telo tvorí prirodzené pozadie nášho prežívania. Telo a celkový vzhľad tvoria výkladnú skriňu osobnosti. Od nej odvodzujeme časť svojej identity a sebaúcty. Hranice medzi telom a vonkajším prostredím tvorí koža. Na nej a cez ňu pociťujeme vplyvy vonkajšieho a vnútorného prostredia. Kožné ochorenia zneprijemňujú život človeka, viac či menej zohľadňujú jeho telesnú schránku, a preto majú veľký vplyv na psychické prežívanie jeho ochorenia.

Zdravotnícki pracovníci svojou prácou a prístupom k pacientovi môžu ovplyvniť:

- adaptáciu pacienta novým podmienkam,
 - vyrovnanie sa pacienta s ochorením, ktoré ho postihlo,
 - spoluprácu pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti,
- čo vo veľkej miere ovplyvní aj úspešnosť, alebo neúspešnosť liečby.

Ulcus cruris - vred predkolenia:

- sa chápe v rámci ošetrovateľstva ako porušenie celistvosti kože,
- je to jedno z najčastejších ochorení, s ktorým sa stretávame na každom oddelení,
- je to najčastejšia a najobávanejšia komplikácia kŕčových žíl - varixov dolných končatín.

Varixy rozoznávame primárne a sekundárne. Primárne varixy vznikajú na základe vrodenej menejcnosti spojivového väziva, spojené s postupnou atrofiou žilovej steny. Sekundárne varixy vznikajú

obyčajne po tromboflebitide a flebotrombóze hlbokých žíl. Po upchatí týchto žíl musia povrchové žily prevziať krv hlbokých splavov do svojho riečiska, ich priesvit však na to nestačí, zvýšeným žilovým tlakom sa cievy rozširujú a vznikajú varixy. Pri sekundárnych varixoch často vzniká chronická venózna nedostatočnosť, pre ktorú sú typické opuch predkolenia v dolnej tretine, charakter opuchov (od rána do večera sa zväčšujú), zmeny na koži (suchosť kože, ekzémy, hnedé zafarbenie) a tvorba vredov predkolenia.

Príčiny vzniku vredov predkolenia sú hlboký zápal žíl, úraz, ruptúra varixu, trombóza a infekcie.

Aj keď sa vplyvom liečby ulkus zhojí, môže onedlho prísť k recidíve, preto je veľmi dôležité zamerať sa na prevenciu.

Prevencia varikózneho komplexu pozostáva z rehabilitačného cvičenia (zamerať na zlepšenie cirkulácie krvi), správneho výberu povolania (nevhodné sedavé zamestnanie ani práca postojáčky), správneho oblečenia, vhodnej obuvi (nenosiť podkolenky, podväzky), používanie kompresívnych obväzov (slúžia na úpravu krvného tlaku a cirkulácie v žilách), pravidelného vyprázdňovania (plné nafúknuté črevo tlačí na žily v dutine brušnej a cez ňu sa prenáša zvýšený tlak i na žily dolných končatín), úpravy telesnej hmotnosti a zo športov najmä plávanie.

Pacienti trpiaci ochorením ulcus cruris neprežívajú len telesnú traumu, ale choroba vyvoláva u nich aj zmeny psychické a sociálne. Správna identifikácia bio-psycho-sociálnych problémov súvisí so

* Prednesené na Celoslovenskom seminári Sekcie dermatovenerologických sestier Slovenskej spoločnosti sestier 19. júna 1998 v Nitre

zvládnutím prvého kroku ošetrovateľského procesu - odhadom. V jeho rámci získavame informácie a robíme ich analýzu a syntézu.

Informácie získavame od pacienta (prostredníctvom rozhovoru), pozorovaním, fyzikálnym vyšetrením, z dokumentácie pacienta, od príbuzných a od ostatných zdravotníckych pracovníkov. Získané údaje nám hovoria o aktuálnych a potencionálnych problémoch pacienta.

Najčastejšie problémy pacientov s diagnózou *ulcus cruris* sú:

- sebaopatrovateľský deficit (týka sa tiež osobnej hygieny),
- porucha spánkových návykov,
- zmeny vo výžive (nadmerná telesná hmotnosť),
- porucha komfortu (súvisí s bolesťou),
- narušenie integrity kože a telesného vzhľadu,
- úzkosť a strach,
- spoločenská izolácia,
- zmeny v sociálnej sieti,
- neefektívne správanie (podráždenosť, nedôvera, neochota spolupracovať).

Prehľad hlbšie k problémom a poznať ich závažnosť sa nám podarilo prostredníctvom výskumu. Pre výskum sme zvolili dotazník, ktorý obsahoval otázky týkajúce sa prevencie, zásad ošetrovateľskej starostlivosti a psychických a sociálnych problémov. Doplnkovou metódou bol cieľový rozhovor.

Dotazník sme rozdali 25 respondentom, návratnosť bola 100 %. Dotazník vyplnilo 18 žien a 7 mužov, čo svedčí o tom, že ženy viac trpia na varixy a na ich komplikácie ako muži. Najpočetnejšiu skupinu tvorili respondenti nad 51 rokov v počte 23. V rámci vzdelania boli najpočetnejšou skupinou respondenti, ktorí mali základné vzdelanie, len 2 respondenti boli so stredoškolským a 1 s vysokoškolským vzdelaním. Z toho nám vyplýva, že viac sú s týmto ochorením postihnutí ľudia, ktorí vykonávali v živote ťažkú manuálnu prácu. Čo sa týka ekonomickej aktivity, 22 respondentov je na dôchodku, 2 sú na invalidnom dôchodku a len 1 respondent je ekonomicke aktívny.

Informácie, ktoré sme získali a spracovali, poskytli viacero poznatkov. Najrizikovejším faktorom vzniku vredu predkolenia sú kľúčové žily. Desiatich respondentov podstúpili operáciu žíl, ostatní, i napriek odporúčaniam operáciu odmietli, pretože mali strach.

Prevenciu, ktorá je veľmi dôležitá, respondenti nedodržiavali. Takmer všetci respondenti sa ošetrojú sami, iba 4 navštevujú pravidelne kožnú ambulanciu. Pri otázke, či si vedia ranu správne ošetriť, a aby uviedli postup pri ošetrovaní, ani jeden z respondentov neuviedol zásadný a veľmi dôležitý krok ošetrovateľskej techniky - umytie a čistenie rany. S touto otázkou súvisí aj hygienická starostlivosť o nohy, ktorá je u respondentov veľmi slabá. Prevažná časť respondentov vie o potrebe prikladania elastickej bandáže, ktorá je dôležitá na zlepšenie žilového prietoku. Najväčšie problémy majú pacienti s obväzovým materiálom, ktorý si musia dokupovať. Obmedzenia, s ktorými sa respondenti stretávajú, sú vhodná obuv; obuv sa do zimnej obuvi je niekedy nemožné. Mladší respondenti sa hanbia chodiť do spoločnosti s obviazanými dolnými končatinami.

Ochorenie vplyva na psychickú rovnováhu, niekedy spôsobuje až depresie. Bolesť udáva až 21 respondentov. Hospitalizácia je potrebná raz, dvakrát, niekedy až trikrát do roka.

Ošetrovateľská starostlivosť sestier na oddelení je podľa respondentov na vysokej úrovni. Na otázku, či by privítali domáce ošetrovanie sestrou z agentúry, až 21 respondentov sa vyjadrilo kladne.

Zmapovaním problémov sme dospeli k záveru, že najväčším nedostatkom našich respondentov bolo málo sily dodržiavať preventívne opatrenia, nedodržiavanie zásad správnej hygienickej starostlivosti a slabá alebo nie vždy správna ošetrovateľská a obväzová starostlivosť.

Našou úlohou zostáva venovať sa v budúcnosti prevencii a klásť na ňu dôraz, ďalej zásadám správnej ošetrovateľskej starostlivosti, dôslednému dodržiavaniu hygienického režimu, zapájaniu rodinných príslušníkov do ošetrovateľskej starostlivosti (pri vyšších vekových skupinách) a po prepustení pacienta z nemocnice využívať starostlivosť agentúr domácej opatrovateľskej služby, ktoré budú pokračovať v započatej ošetrovateľskej starostlivosti.

Do redakcie došlo:
12. septembra 1998

Adresa autoriek:
V. Bruchterová, J. Baňárová
Kožné oddelenie NsP v Nitre
Špitálska ul. č. 6
949 01 Nitra

V. Lukášová

Kožná klinika FN v Bratislave

Vnútorne ochorenia a koža - príčiny a následky *

Koža je najväčší orgán tela. Odráža sa na nej vplyv vonkajšieho prostredia, ale často i zmien, odohrávajúcich sa vnútri organizmu. Mnohé vnútorné ochorenia majú svoje typické prejavy na koži. Niekedy sa dokonca stane i to, že zmeny sa na koži zjavujú ešte skôr, než sa ohlásia vlastné vnútorné ochorenie. Typickým príkladom je hypertrichóza a hirsutizmus. Hypertrichóza znamená rast vlasov po celom tele, hirsutizmus rast ovlásenia na miestach, ktoré sú typické pre mužov - teda na brade, hornej pere, hrudníku. Obidve zmeny sú väčšinou neškodnou zdedenou chybou krásy, a to najmä v našich zemepisných šírkach. Čím južnejšie, tým je rast chĺpkov

u žien na tvári častejší a relatívne prirodzenejší. Ak však takýto rast chĺpkov nastáva veľmi rýchle, bez vrodenej dispozície, treba myslieť na ochorenie hypofýzy, nadobličiek, vaječníkov, pečene, na prítomnosť niektorých tumorov, alebo užívanie niektorých liekov. Na niektoré z týchto ochorení treba myslieť u žien najmä vtedy, keď sa k rastu chĺpkov na miestach typických pre mužov, pridá aj mužský typ padania vlasov, ktorý veľmi rýchle postupuje.

Veľa ľudí, najmä žien trápí porucha pigmentácie kože na tvári. Diagnostika zvýšenej alebo zníženej pigmentácie je ľahká, ale hľadanie príčin už tak ľahké väčšinou nie je. Známe sú tzv. pečeňové

* Prednesené na Celoslovenskej konferencii Sekcie dermatovenerologických sestier Slovenskej spoločnosti sestier 19. júna 1998 v Nitre

škvrny. Ide o dobre ohraničené ložiská nepravidelného tvaru na tvári, najčastejšie na čele, v spánkovej oblasti, na lícach. Bežne sa takéto škvrny tvoria u gravidných žien a pri užívaní antikoncepčných tabletiiek. Po pôrode väčšinou spontánne ustupujú. Horšie však ustupujú po vysadení antikoncepcie.

Zvýšená pigmentácia sa však zjavuje aj pri ochoreniach hypofýzy, nadobličiek, štítnej žľazy, pri tumoroch vaječníkov, poruchách trávenia, pri ochoreniach pečene v menopauze, alebo pri užívaní niektorých liekov. Ak sa podarí vyvolať príčinu odstrániť, pigmentové škvrny miznú aj spontánne.

V posledných rokoch veľkú pozornosť vzbudil mikrób *Helicobacter pylori*. Jeho dôkaz v tráviacom trakte sa však veľmi často preceňuje, najmä zo strany pacienta. *Helicobacter pylori* je malé baktérium, ktoré sa nachádza pod sliznicou žalúdočnej steny. Jeho zmnoženie má vzťah ku chronickému zápalu žalúdka a k peptickému vredu. Postihuje však bežne 37 % ľudí starších ako 50 rokov a nemusí vyvolať ťažkosti. V dermatológii sa vyšetrenia na jej prítomnosť robia napr. pri žihľavke, alebo pri rosacey.

Rosacea je ochorenie, pri ktorom sa na tvári tvoria najprv červené prchavé škvrny. Neskôr sa stanú trvalými a začínú sa tvoriť zapálené a ojedinele aj hnisavé vyrážky a početné rozšírené cievy. Komplikáciou ochorenia je tvorba karfiolovitého nosa. Zmeny sú prevažne v centrálnej časti tváre. Aj keď neohrozujú celkový zdravotný stav pacienta, sú nepríjemné tým, že takýchto ľudí pokladá okolie za alkoholikov. Ochorenie je spôsobené poruchou ciev, ale zhoršujú ho i poruchy trávenia. Ľudia s rosaceou sa musia vyhýbať konzumácii horúcich jedál a nápojov, alkoholu, pobytu na prudkom slnku.

Prchavé červené škvrny sa môžu tvoriť aj pri *alergii* na:

- niektoré potraviny (ovocie, zeleninu - najčastejšie jahody, zeler),
- konzervačné látky (kyselina salicylová, benzoová, tartrazín),
- pri niektorých druhoch rakoviny.

Potravinový článok, ktorý alergiu spôsobuje sa hľadá veľmi ťažko. Napríklad, najčastejším alergénom vôbec je nikel. Vyskytuje sa v bižuterii, kovových reťazkách a mnohých iných kovových predmetoch. Nachádza sa tiež v zelenine, v konzervovaných jedlách a jeho obsah sa zvyšuje aj varením v nerezových riadoch. Takto môže viesť zvýšené množstvo niklu v potravinách k vzniku alebo zhoršeniu ekzému. Spoľahlivý prehľad o výskyte kovov v potravinách neexistuje, ale osoby s precitlivosťou na nikel predsa len možno upozorniť na niektoré potraviny, ktoré majú vyšší obsah niklu.

V r. 1985 sa začali po prvýkrát zjavovať informácie o tzv. lymfkej borelióze. Vyvolávateľom ochorenia je *Borrelia burgdorferi*. Ochorenie prebieha v troch štádiách: najprv sú prejavy na koži, potom na orgánoch a v treťom štádiu sú postihnuté kĺby. Prenášačom ochorenia je kliešť *Ixodes ricinus*. Vo včasnom štádiu sa na koži vytvorí červená škvrna. Pretrváva rôzne dlho a postupne sa rozširuje s tým, že centrum bledne. Na tvári alebo ušnici sa môže vytvoriť aj červenofialový uzlík (lymfóm), ktorý bez liečby pretrváva niekoľko mesiacov alebo rokov.

U mnohých ľudí sa okolo očí vytvárajú ploché ložiská veľkosti

zrna, na pohmat mäkké s hladkým, alebo zvráskavým povrchom. Nazývajú sa xantelazmy a patria do skupiny ochorení, ktorým je spoločné *ukladanie tukov v bunkách*. Z toho je aj žlté sfarbenie ich prejavov. Xantelazmy sa vyskytujú častejšie u starších ľudí, najmä u žien. Niekedy ich vidíme pri cukrovke, ateroskleróze a ochoreniach pečene. Ale iba u polovice postihnutých býva zvýšená hladina tukov v krvi.

Mnohé zmeny na koži môžu byť signálom interného ochorenia už vtedy, keď naň ešte nikto nemyslí. Prejavom rakoviny vnútorných orgánov, najčastejšie tráviaceho systému je hnedé, nepresne ohraničené sfarbenie kože s výrastkami na krku, pod axilami alebo okolo genitálií. Pri náhlom vzniku takejto zmeny treba pátrať po zhubnom ochorení, aj keď pacient ešte nemá ťažkosti.

Aké sú kožné a slizničné zmeny u chorých na AIDS? V akútnej fáze sa tvoria červené škvrny na tvári, hrudníku, krku. Miznú v priebehu dvoch týždňov a pacienti im obyčajne nevenujú pozornosť. U 60 % pacientov sa tvorí seboroický - mazotokový zápal kože a s prejavmi podobnými akné, najčastejšie cystickej formy. Z ostatných príznakov si treba všimnúť padanie vlasov, svrbenie kože, suchosť kože, neznášanie slnka. Častejšie sa vyskytujú nežiaduce reakcie na lieky, býva zvýšený výskyt bakteriálnych, vírusových, parazitárnych a kvasinkových ochorení. Ako typický býva čierny ovlasený jazyk, no býva aj pri užívaní niektorých antibiotík.

Pri cukrovke sú častejšie bakteriálne a kvasinkové infekcie. Napríklad, ak má pacient nehojace sa kútky, treba vyšetriť aj hladinu cukru v krvi. Typickým prejavom na koži pri cukrovke je *hladké, lesklé ložisko oválneho tvaru na predkolení*. Ložisko je hnedo-červenej farby s presvitajúcimi cievami. Veľmi vážnou komplikáciou cukrovky je postihnutie ciev, s tvorbou defektov.

Aj zmeny na nechtoch môžu byť prejavom vnútorného ochorenia. Pri ťažkom internom ochorení s horúčkami nastáva poškodenie lôžka nechtu. Vytvorí sa tak priehlbinka. Nakoľko necht rastie 1 mm za týždeň, možno podľa vzdialenosti priehlbinky od lôžka usúdiť, kedy pacient ochorenie prekonal. Biele pruhy v nechte sú veľmi časté. Môžu byť vrodenou chybou, ale zjavujú sa aj v priebehu menštruačného cyklu, pri nedostatku zinku v potrave, pri otravách táliom, po infekčných ochoreniach, pri malárii, zápale pľúc, niektorých druhoch anémie, nedostatku B₁ vitamínu a mnohých iných častých i menej častých ochoreniach.

Aj pri mnohých iných ochoreniach vnútorných orgánov vznikajú na koži typické zmeny. Väčšina z nich je nepadná. Pacient, ani okolie ich nedáva do súvisu so žiadnym ďalším ochorením. Niektoré z nich sú signálom iba poruchy metabolizmu alebo činnosti niektorého orgánu, alebo alergie, ktorej sa dá predchádzať. Ale mnohé sú signálom závažného ochorenia a včasná diagnostika môže byť pre záchranu života veľmi dôležitá. Pozorné oko zdravotníka môže tieto včasné zmeny pozorovať.

Do redakcie došlo:
10. septembra 1998

Adresa autorky:
V. Lukášová
Kožná klinika FN
Mickiewiczova ul. č. 13
813 69 Bratislava

Školiace akcie v prvom polroku 1999

Január

- PŠŠ - lekárenstvo
Miesto, termín: Bratislava, 11. 01. - 22. 01. 1999
- IgK - laboratórny manažment
Miesto, termín: Bratislava, 18. 01. - 19. 01. 1999
- PŠŠ - anestéziológia a resuscitácia
Miesto, termín: Banská Bystrica, 18. 01. - 29. 01. 1999
- TK - naliehavé situácie v stomatologickej ambulancii
Miesto, termín: Bratislava, 23. 01. 1999
- PŠŠ - domáca ošetrovateľská starostlivosť
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 25. 01. - 5. 02. 1999
- PŠŠ - anestéziológia a resuscitácia
Miesto, termín: Košice, 25. 01. - 05. 02. 1999
- PŠŠ - laboratórne metódy v hygiene
Miesto, termín: Bratislava, 25. 01. - 05. 02. 1999

Február

- PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v chirurgických odboroch
Miesto, termín: Bratislava, 01. 02. - 05. 02. 1999
- TK - farmaceutické technologické postupy - rekvalifikačný kurz
Miesto, termín: Bratislava, 01. 02. - 05. 02. 1999
- Seminár metodiky vyučovania predmetu manažment v ošetrovateľstve
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 08. 02. - 09. 02. 1999
- PŠŠ - intenzívna starostlivosť v chirurgických odboroch
Miesto, termín: Bratislava, 08. 02. - 12. 02. 1999
- ŠŠ - práca vo funkčnom vyšetrení kardiopulmonálneho ústrojenstva, teoretická časť
Miesto, termín: Bratislava, 08. 02. - 12. 02. 1999
- PŠŠ - lekárenstvo, 2. sústredenie
Miesto, termín: Bratislava, 09. 02. - 20. 02. 1999
- IK - farmaceutická kontrola
Miesto, termín: Bratislava, 15. 02. - 17. 02. 1999
- PŠŠ - laboratórne metódy v lekárskej mikrobiológii, 2. sústredenie
Miesto, termín: Bratislava, 15. 02. - 19. 02. 1999
- PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o ženu
Miesto, termín: Bratislava, 15. 02. - 26. 02. 1999
- PŠŠ - hematológia a transfúziológia
Miesto, termín: Bratislava, 15. 02. - 26. 02. 1999
- TK - v starostlivosti o pacientov s reumatickými chorobami
Miesto, termín: Piešťany, 18. 02. - 19. 02. 1999
- TK - ošetrovateľská etika ako základ práce sestry
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 18. 02. - 19. 02. 1999
- PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v interných odboroch
Miesto, termín: Bratislava, 22. 02. - 26. 02. 1999

Marec

- PŠŠ - liečebná výživa a stravovanie
Miesto, termín: Bratislava, 01. 03. - 05. 03. 1999
- TK - vo výchovnej starostlivosti
Miesto, termín: Bratislava, 08. 03. - 12. 03. 1999
- TK - prvá pomoc pri akútnych a naliehavých stavoch
Miesto, termín: Bratislava, 15. 03. - 17. 03. 1999
- IgK - prolaktačný program - integrovaný kurz
Miesto, termín: Bratislava, 15. 03. - 17. 03. 1999
- TK - sanitácia ako podmienka kvality výroby
Miesto, termín: Bratislava, 15. 03. - 17. 03. 1999
- PŠŠ - anestéziológia a resuscitácia
Miesto, termín: Bratislava, 15. 03. - 26. 03. 1999
- IgK - laboratórny informačný systém
Miesto, termín: Bratislava, 22. 03. - 23. 03. 1999
- ŠŠ - pre sestry v primárnej zdravotnej starostlivosti
Miesto, termín: Bratislava, 22. 03. - 26. 03. 1999
- TK - ošetrovateľstvo ako súčasť komplexnej starostlivosti
Miesto, termín: Košice, 22. 03. - 26. 03. 1999
- IK - epidemiológia
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 22. 03. - 26. 03. 1999
- IgK - laboratórna diagnostika a klinický význam stanovenia pohlavných hormónov
Miesto, termín: Bratislava, 29. 03. - 30. 03. 1999
- TK - v enterálnej a parenterálnej výžive
Miesto, termín: Bratislava, 29. 03. - 31. 03. 1999
- TK - medicíny katastrof zameraný na anestéziu, resuscitáciu a rýchlu zdravotnícku pomoc
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 29. 03. - 31. 03. 1999

Apríl

- TK - v hygiene výživy, pokračovací kurz
Miesto, termín: Modra-Harmónia, 07. 04. - 09. 04. 1999
- TK - rehabilitačné ošetrovateľstvo
Miesto, termín: Košice, 12. 04. - 14. 04. 1999
- IgK - kvalita laboratórnych vyšetrení
Miesto, termín: Bratislava, 12. 04. - 16. 04. 1999
- PŠŠ - domáca ošetrovateľská starostlivosť
Miesto, termín: Bratislava, 12. 04. - 23. 04. 1999
- PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii
Miesto, termín: Pezinok, 14. 04. - 23. 04. 1999
- ŠŠ - pre sestry z hematologického a transfúziologického oddelenia
Miesto, termín: Bratislava, 12. 04. - 23. 04. 1999
- ŠŠ - práca vo funkčnom vyšetrení kardiopulmonálneho ústrojenstva, praktická časť
Miesto, termín: Bratislava, 12. 04. - 23. 04. 1999
- Seminár metodiky vyučovania predmetu výskum v ošetrovateľstve

Miesto, termín: Bratislava, 19. 04. - 20. 04. 1999
 IK - Dieťa a jeho právo (diskusné sústreďenie)
 Miesto, termín: Bratislava, 19. 04. - 21. 04. 1999
 IgK - analytická toxikológia
 Miesto, termín: Bratislava, 19. 04. - 23. 04. 1999
 TK - základy výpočtovej techniky
 Miesto, termín: Bratislava, 19. 04. - 23. 04. 1999
 TK - rehabilitačné ošetrovatelstvo
 Miesto, termín: Košice, 26. 04. - 30. 04. 1999
 PŠŠ - anestéziológia a resuscitácia
 Miesto, termín: Bratislava, 26. 04. - 30. 04. 1999
 TK - štandardné vyšetrovacie postupy v lekárskej mikrobiológii
 Miesto, termín: Bratislava, 26. 04. - 30. 04. 1999

Máj

PŠŠ - anestéziológia a resuscitácia
 Miesto, termín: Košice, 03. 05. - 07. 05. 1999
 PŠŠ - klinická onkológia
 Miesto, termín: Bratislava, 03. 05. - 07. 05. 1999
 PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o novorodencov
 Miesto, termín: Modra-Harmónia, 03. 05. - 14. 05. 1999
 PŠŠ - rádiodiagnostika
 Miesto, termín: Bratislava, 03. 05. - 14. 05. 1999
 TK - novinky v pracovnom lekárstve
 Miesto, termín: Martin, 07. 05. 1999
 TK - novšie laboratórne metódy v mikrobiológii životného prostredia
 Miesto, termín: Bratislava, 10. 05. - 12. 05. 1999
 TK - právna problematika
 Miesto, termín: Bratislava, 10. 05. - 12. 05. 1999
 TK - ošetrovatelstvo v primárnej zdravotnej starostlivosťi
 Miesto, termín: Košice, 10. 05. - 14. 05. 1999
 TK - práca s cytostatikami
 Miesto, termín: Bratislava, 10. 05. - 14. 05. 1999
 PŠŠ - anestéziológia a resuscitácia
 Miesto, termín: Banská Bystrica, 17. 05. - 21. 05. 1999
 ŠŠ - kalmetizácia a dispenzarizácia
 Miesto, termín: Bratislava, 17. 05. - 28. 05. 1999

PŠŠ - ošetrovateľská a sociálna starostlivosť
 Miesto, termín: Košice, 17. 05. - 28. 05. 1999
 TK - gynekologicko-pôrodnické ošetrovatelstvo
 Miesto, termín: Bratislava, 19. 05. - 21. 05. 1999
 TK - lekárenstvo
 Miesto, termín: Bratislava, 24. 05. - 25. 05. 1999
 TK - nové poznatky v ošetrovatelstve
 Miesto, termín: Modra-Harmónia, 24. 05. - 26. 05. 1999
 TK - mobilizačné techniky
 Miesto, termín: Bratislava, 24. 05. - 28. 05. 1999
 TK - základy geriatric
 Miesto, termín: Košice, 31. 05. - 02. 06. 1999
 PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o deti
 Miesto, termín: Modra-Harmónia, 31. 05. - 11. 06. 1999

Jún

TK - súčasné aktuálne problémy v gynekológii a v pôrodnictve
 Miesto, termín: Bratislava, 07. 06. - 11. 06. 1999
 PŠŠ - sociálna služba
 Miesto, termín: Košice, 07. 06. - 18. 06. 1999
 TK - novinky v liečebnej rehabilitácii
 Miesto, termín: Bratislava, 14. 06. - 16. 06. 1999
 TK - psychosociálne a fyziologické princípy podpory a upevňovania zdravia, starostlivosť o duševné zdravie
 Miesto, termín: Modra-Harmónia, 14. 06. - 18. 06. 1999

Júl

Seminár v riadení odbornej zložky prípravy na zdravotníckych školách
 Miesto, termín: Bratislava, 01. 07. - 02. 07. 1999

Vysvetlivky:

PŠŠ - pomaturitné špecializačné štúdium
 IgK - integrovaný kurz pre lekárov a SZP
 TK - tematický kurz
 ŠŠ - špecializačné štúdium
 IK - inovačný kurz

ŠP - špecializovaná príprava

Školiace miesta v prvom polroku 1999

Január

ŠM - gynekologická onkocytológia
 Miesto, termín: Bratislava, 11. 01. - 22. 01. 1999
 ŠM - rádiodiagnostika
 Miesto, termín: Bratislava, 11. 01. - 22. 01. 1999
 ŠM - špecializované anestéziologické postupy pre lekárov a SZP, spoločné
 Miesto, termín: Prešov, 11. 01. - 29. 01. 1999
 ŠM - antikoagulačná liečba
 Miesto, termín: Bratislava, 18. 01. - 22. 01. 1999
 ŠM - parodontológia, pedostomatológia, zachovná stomatológia, stomatologická protetika
 Miesto, termín: Bratislava, 18. 01. - 22. 01. 1999
 ŠM - paliatívna starostlivosť
 Miesto, termín: Bratislava, 18. 01. - 22. 01. 1999
 ŠM - technika metód klinickej neurofyziologie

s možnosťou individuálneho prispôsobenia
 Miesto, termín: Bratislava, 18. 01. - 29. 01. 1999
 ŠM - diabetológia a poruchy látkovej premeny a výživy
 Miesto, termín: Bratislava, 25. 01. - 29. 01. 1999
 ŠM - laboratórne metódy v klinickej imunológii
 Miesto, termín: Bratislava, 25. 01. - 29. 01. 1999
 ŠM - detská rehabilitácia
 Miesto, termín: Bratislava, 25. 01. - 29. 01. 1999
 ŠM - cvičenie podľa Brunkowej
 Miesto, termín: Bratislava, 25. 01. - 29. 01. 1999
 ŠM - reflexná masáž
 Miesto, termín: Bratislava, 25. 01. - 29. 01. 1999
 ŠM - intenzívna starostlivosť v interných odboroch
 Miesto, termín: Bratislava, 25. 01. - 05. 02. 1999
 ŠM - intenzívna starostlivosť v interných odboroch
 Miesto, termín: Martin, 25. 01. - 05. 02. 1999
 ŠM - intenzívna starostlivosť v interných odboroch

Miesto, termín: Košice, 25. 01. - 05. 02. 1999
ŠM - ultrazvukový skríning v pôrodníctve
Miesto, termín: Bratislava, 25. 01. - 05. 02. 1999

Február

ŠM - arthroplastiky veľkých kĺbov
Miesto, termín: Martin, 01. 02. - 05. 02. 1999
ŠM - klinická biochémia
Miesto, termín: Bratislava, 01. 02. - 05. 02. 1999
ŠM - laboratórne vyšetrovacie metódy v hygiene
Miesto, termín: Bratislava, 01. 02. - 05. 02. 1999
ŠM parodontológia, pedostomatológia, záchovná stomatológia, stomatologická protetika
Miesto, termín: Bratislava, 01. 02. - 05. 02. 1999
ŠM - hemodialýza
Miesto, termín: Bratislava, 01. 02. - 12. 02. 1999
ŠM - ergoterapia
Miesto, termín: Bratislava, 01. 02. - 12. 02. 1999
ŠM - rádiodiagnostika
Miesto, termín: Bratislava, 01. 02. - 12. 02. 1999
ŠM - liečba kriticky chorých pre lekárov a SZP
Miesto, termín: Prešov, 01. 02. - 19. 02. 1999
ŠM - ošetrovateľská starostlivosť o chorých s hematologickým ochorením
Miesto, termín: Bratislava, 08. 02. - 12. 02. 1999
ŠM - reflexná masáž
Miesto, termín: Trenčianske Teplice, 08. 02. - 12. 02. 1999
ŠM - starostlivosť o pacientov s reumatickým ochorením
Miesto, termín: Piešťany, 08. 02. - 19. 02. 1999
ŠM - laparoskopické operačné výkony
Miesto, termín: Bratislava, 15. 02. - 19. 02. 1999
ŠM - automatizácia, LIS, kontrola kvality
Miesto, termín: Bratislava, 15. 02. - 19. 02. 1999
ŠM - parodontológia, pedostomatológia, záchovná stomatológia, stomatologická protetika
Miesto, termín: Bratislava, 15. 02. - 19. 02. 1999
ŠM - intenzívna starostlivosť v interných odboroch
Miesto, termín: Bratislava, 15. 02. - 26. 02. 1999
ŠM - intenzívna starostlivosť v interných odboroch
Miesto, termín: Martin, 15. 02. - 26. 02. 1999
ŠM - intenzívna starostlivosť v interných odboroch
Miesto, termín: Košice, 15. 02. - 26. 02. 1999
ŠM - komunikačné zručnosti v pedopsychiatrii
Miesto, termín: Bratislava, 15. 02. - 26. 02. 1999
ŠM - technika EEG vyšetrenia
Miesto, termín: Bratislava, 15. 02. - 26. 02. 1999
ŠM - laboratórne vyšetrovacie metódy v hygiene
Miesto, termín: Bratislava, 22. 02. - 26. 02. 1999
ŠM - hemodialýza
Miesto, termín: Bratislava, 22. 02. - 05. 03. 1999
ŠM - úrazová chirurgia
Miesto, termín: Bratislava, 22. 02. - 05. 03. 1999

Marec

ŠM - starostlivosť o pacienta s akútnym ochorením kardiovaskulárneho systému
Miesto, termín: Martin, 01. 03. - 05. 03. 1999
ŠM - akútne klinicko-biochemické laboratórium
Miesto, termín: Bratislava, 01. 03. - 05. 03. 1999
ŠM - laboratórne metódy v klinickej mikrobiológii

Miesto, termín: Bratislava, 01. 03. - 05. 03. 1999
ŠM - hydrokineziológia v kúpeľných zariadeniach
Miesto, termín: Trenčianske Teplice, 01. 03. - 05. 03. 1999
ŠM - problematika detskej anestézie a intenzívnej starostlivosti, spoločné
Miesto, termín: Bratislava, 01. 03. - 12. 03. 1999
ŠM - pre detské sestry z JIS
Miesto, termín: Bratislava, 01. 03. - 12. 03. 1999
ŠM - rádiodiagnostika
Miesto, termín: Bratislava, 01. 03. - 12. 03. 1999
ŠM - špecializované anestéziologické postupy pre lekárov a SZP - spoločné
Miesto, termín: Prešov, 01. 03. - 19. 03. 1999
ŠM - starostlivosť o pacienta na oddelení invazívnej kardiológie
Miesto, termín: Martin, 08. 03. - 12. 03. 1999
ŠM - artroskopia veľkých kĺbov
Miesto, termín: Martin, 08. 03. - 12. 03. 1999
ŠM - parodontológia, pedostomatológia, záchovná stomatológia, stomatologická protetika
Miesto, termín: Bratislava, 08. 03. - 12. 03. 1999
ŠM - detská rehabilitácia
Miesto, termín: Bratislava, 08. 03. - 12. 03. 1999
ŠM - cvičenie podľa Brunkovej
Miesto, termín: Bratislava, 08. 03. - 12. 03. 1999
ŠM - intenzívna starostlivosť v interných odboroch
Miesto, termín: Bratislava, 08. 03. - 19. 03. 1999
ŠM - intenzívna starostlivosť v interných odboroch
Miesto, termín: Martin, 08. 03. - 19. 03. 1999
ŠM - intenzívna starostlivosť v interných odboroch
Miesto, termín: Košice, 08. 03. - 19. 03. 1999
ŠM - cievná chirurgia
Miesto, termín: Bratislava, 08. 03. - 19. 03. 1999
ŠM - ergoterapia
Miesto, termín: Pezinok, 08. 03. - 19. 03. 1999
ŠM - kardiokardiografia
Miesto, termín: Bratislava, 15. 03. - 19. 03. 1999
ŠM - špeciálne histologické metódy
Miesto, termín: Bratislava, 15. 03. - 19. 03. 1999
ŠM - osobitosti v špeciálnych hematologických ambulanciách
Miesto, termín: Bratislava, 15. 03. - 19. 03. 1999
ŠM - parodontológia, pedostomatológia, záchovná stomatológia, stomatologická protetika
Miesto, termín: Bratislava, 15. 03. - 19. 03. 1999
ŠM - liečebná telesná výchova u žien pri stresovej inkontinencii
Miesto, termín: Bratislava, 15. 03. - 19. 03. 1999
ŠM - diferenciálna diagnostika onkocytologických sterov
Miesto, termín: Bratislava, 15. 03. - 19. 03. 1999
ŠM - technika metód klinickej neurofyziológie
Miesto, termín: Bratislava, 15. 03. - 19. 03. 1999
ŠM - rádioterapia
Miesto, termín: Bratislava, 16. 03. - 27. 03. 1999
ŠM - laboratórne metódy v klinickej mikrobiológii
Miesto, termín: Bratislava, 22. 03. - 26. 03. 1999
ŠM - plazmaferézy, cytaferézy, autotransfúzie
Miesto, termín: Bratislava, 22. 03. - 26. 03. 1999
ŠM - v hydrokineziológii v kúpeľných zariadeniach
Miesto, termín: Trenčianske Teplice, 22. 03. - 26. 03. 1999
ŠM - problematika detskej anestézie a intenzívnej terapie, spoločné
Miesto, termín: Bratislava, 22. 03. - 01. 04. 1999

Apríl

- ŠM - lekárska mykológia
Miesto, termín: Bratislava, 12. 04. - 16. 04. 1999
- ŠM - detská rehabilitácia
Miesto, termín: Bratislava, 12. 04. - 16. 04. 1999
- ŠM - cvičenie podľa Brunkowe
Miesto, termín: Bratislava, 12. 04. - 16. 04. 1999
- ŠM - plastická a rekonštrukčná chirurgia
Miesto, termín: Bratislava, 12. 04. - 23. 04. 1999
- ŠM - diferenciálna diagnostika onkocytologických sterov
Miesto, termín: Bratislava, 12. 04. - 23. 04. 1999
- ŠM - liečba kriticky chorých pre lekárov a SZP
Miesto, termín: Bratislava, 12. 04. - 30. 04. 1999
- ŠM - nukleárna medicína
Miesto, termín: Bratislava, 19. 04. - 23. 04. 1999
- ŠM - kardiokografia
Miesto, termín: Bratislava, 19. 04. - 23. 04. 1999
- ŠM - škola chrbta
Miesto, termín: Bratislava, podľa dohody
- ŠM - klinická onkológia
Miesto, termín: Bratislava, 19. 04. - 30. 04. 1999
- ŠM - pre sestry, ktoré pracujú na rádiodiagnostických oddeleniach
Miesto, termín: Bratislava, 19. 04. - 30. 04. 1999
- ŠM - sérologické metódy v parazitológii
Miesto, termín: Bratislava, 26. 04. - 14. 05. 1999
- ŠM - dialýza
Miesto, termín: Bratislava, 26. 04. - 07. 05. 1999
- ŠM - špecializované anestéziologické postupy pre lekárov a SZP,
spoločné
Miesto, termín: Prešov, 26. 04. - 14. 05. 1999

Máj

- ŠM - diagnostika získaných koagulopatií
Miesto, termín: Bratislava, 03. 05. - 07. 05. 1999
- ŠM - kryokonzervácia krvotvorných buniek
Miesto, termín: Bratislava, 03. 05. - 07. 05. 1999
- ŠM - rádiodiagnostika

- Miesto, termín: Bratislava, 03. 05. - 14. 05. 1999
- ŠM - metodika psychofyzickej prípravy na pôrod
Miesto, termín: Bratislava, 03. 05. - 28. 05. 1999
- ŠM - korektívna dermatológia
Miesto, termín: Bratislava, 03. 05. - 28. 05. 1999
- ŠM - liečebná telesná výchova v kúpeľných zariadeniach
Miesto, termín: Trenčianske Teplice, 10. 05. - 14. 05. 1999
- ŠM - neurochirurgia (pre sestry z operačných oddelení všeobecnej
chirurgie)
Miesto, termín: Bratislava, 10. 05. - 21. 05. 1999
- ŠM - detská rehabilitácia
Miesto, termín: Bratislava, 17. 05. - 21. 05. 1999
- ŠM - liečebná telesná výchova v kúpeľných zariadeniach
Miesto, termín: Trenčianske Teplice, 17. 05. - 21. 05. 1999
- ŠM - rádiodiagnostika
Miesto, termín: Bratislava, 17. 05. - 28. 05. 1999
- ŠM - pre sestry, ktoré pracujú na rádiodiagnostických oddeleniach
Miesto, termín: Bratislava, 17. 05. - 28. 05. 1999
- ŠM - diabetológia a poruchy látkovej premeny a výživy
Miesto, termín: Bratislava, 24. 05. - 28. 05. 1999
- ŠM - diferenciálna diagnostika onkocytologických sterov
Miesto, termín: Bratislava, 24. 05. - 04. 06. 1999

Jún

- ŠM - svalová biopsia
Miesto, termín: Bratislava, 07. 06. - 11. 06. 1999
- ŠM - škola chrbta
Miesto, termín: Bratislava, 07. 06. - 11. 06. 1999
- ŠM - röntgenová výpočtová tomografia
Miesto, termín: Bratislava, 14. 06. - 25. 06. 1999

Júl

- ŠM - metodika vyučovania odborných predmetov v odbore diplo-
movaný fyzioterapeut
Miesto, termín: Košice, 01. 07. - 03. 07. 1999

Vysvetlivka: ŠM - školiace miesto

Príspevky čitateľov

MUDr. L. Hubáčová, CSc.

Štátny zdravotný ústav Slovenskej republiky v Bratislave

Seminár „Problematika verejného zdravia v krajinách Európskej únie“

V dňoch 15.-19. júna 1998 som sa zúčastnila seminára „Problematika verejného zdravia v krajinách Európskej únie“, ktorý organizovala Európska komisia (TAIEX). Seminár sa konal v Bruseli. Na seminári som prezentovala informácie zo SR o skúsenostiach v oblasti verejného zdravotníctva, programoch podpory zdravia a implementácii noriem Európskej únie v oblasti ochrany zdravia a bezpečnosti práce do legislatívy Slovenskej republiky.

Seminára sa zúčastnilo 60 účastníkov z krajín Európskej únie a z asociovaných krajín (Nemecko, Dánsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo, Rumunsko, Bulharsko, Cyprus, Česká republika, Estónsko, Maďarsko, Litva, Poľsko, Rumunsko, Slovenská republika, Slovinsko). Zo Slovenska sa zúčastnili seminára aj prof. V. Šajter (Inštitút pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v Bratislave), Dr. J. Kolár (Slovenská farmaceutická spoločnosť), Dr. J. Szep (Slovenská komora dentistov), Dr. A. Janošiková a M. Brezovská zo Slovenskej komory stredných zdravotníckych pracovníkov.

Dr. Knight z Univerzity v Birminghame (Spojené kráľovstvo) predniesla úvodný referát o modernom verejnom zdravotníctve a o podpore zdravia. Citovala Alma-Atskú deklaráciu z r. 1978, v ktorej bolo stanovené, že zdravie je jedným zo základných ľudských práv. Preto by predstavitelia vlád mali byť zodpovední za poskytovanie prostriedkov na vytvorenie podmienok verejného zdravotníctva a podpory zdravia obyvateľstva. Zdôraznila, že verejné zdravie je interdisciplinárna záležitosť, kde by mala byť zodpovednosť rozdelená medzi jednotlivca, zamestnávateľa a spoločnosť. Dr. Knight uviedla faktory, ktoré môžu ovplyvňovať zdravie: genetické, socio-ekonomické (zamestnanie), životné prostredie (kvalita ovzdušia, vody, bývanie, sociálne prostredie), životný štýl (diéta, fyzická aktivita, fajčenie, alkohol, drogy), dostupnosť služieb (výchova, transport, oddychové aktivity, sociálne služby) a pod. Autorka sa podrobne zaoberala problémami podpory zdravia. Uviedla, že Svetová zdravotnícka organizácia v r. 1994 definovala podporu zdravia ako proces umožňujúci ľuďom zlepšenie ich zdravotného stavu. Taktiež citovala

Ottavskú chartu z r. 1986, v ktorej boli uvedené možnosti podpory zdravia (stanovenie politiky verejného zdravia, nezávadné životné prostredie, reorientácia zdravotníckej služby).

Dr. Birth (Univerzita v Birminghame) sa vo svojich viacerých vystúpeniach zaoberal úlohou inštitúcií Európskej únie a zdravotníckymi programami v Európskej únii. Dr. Armitage (Univerzita v Birminghame) predniesla 2 prednášky o stratégii verejného zdravotníctva, o organizácii verejného zdravotníctva v Európskej únii a o legislatíve v Európskej únii. M. McPhail (Európska Aliancia verejného zdravia) predniesla referát o úlohe mimovládnych organizácií v oblasti verejného zdravia v Európskej únii. Dr. Gudmundson (Švédsko - Národný úrad zdravotníctva a sociálnych vecí) predniesol referát o predpisoch v krajinách Európskej únie pre lekárov a dentistov. Dr. Kurtenbach z nemeckého ministerstva zdravotníctva informoval prítomných o predpisoch pre zdravotné sestry a pôrodné asistentky. Dr. Kromann z Dánskej komerčnej agentúry informoval prítomných o možnosti priznaní platnosti diplomov lekárskejších a mimolekárskejších profesií v krajinách Európskej únie. Dr. Walerius z Luxemburska predniesol referát „Zdravie a práca v Európskej únii“. Dr. Dedrick z Medzinárodnej asociácie výroby medicínskych zariadení informoval prítomných o predpisoch pre prístroje používané v zdravotníckych zariadeniach. Dr. Bocsan u Ústavu verejného zdravia z Rumunska predniesol prednášku: „Aplikácia politiky verejného zdravia v asociovaných krajinách“.

Účastníci seminára diskutovali problémy týkajúce sa ochrany zdravia v asociovaných krajinách a možnosť zvýšenia ich úrovne na úroveň krajín západnej Európy.

Do redakcie došlo:
13. júla 1998

Adresa autorky:
MUDr. L. Hubáčová, CSc.
Líštie údolie č. 63,
841 05 Bratislava

Regionálne edukačné centrum sestier vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou, Tr. SNP č. 1 v Košiciach

Úvodom mi dovoľte pozdraviť čitateľov časopisu *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metódik* vydávaného SLS a zároveň vás v krátkosti poinformovať o vzniku Regionálneho edukačného centra sestier a zdravotníckych pracovníkov vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou, Tr. SNP č. 1 v Košiciach.

V prvom rade vyslovujem srdečnú vďaku za podporu a sponzorovanie Americkej medzinárodnej zdravotníckej aliancie (AIHA), hlavne jej koordinátorky pre Slovenskú republiku Mary Jo Keshock, a Carol Dabek, koordinátorky pre partnerstvo Fakultnej nemocnice s poliklinikou, Tr. SNP č. 1 v Košiciach a Ženskej a novorodeneckej nemocnice Providence v Rhode Island USA.

Edukačné centrum sestier bolo otvorené dňa 8. marca 1998 o 10,00 hod. za účasti menovaných koordinátoriek, vedenia Fakultnej nemocnice s poliklinikou v Košiciach a približne 50 sestier FNsP a tiež pozvaných sestier z Východného regiónu. Program slávnostného otvorenia pozostával z príhovorov zástupcov AIHA a zástupcov menovaného partnerstva a profesijných organizácií.

Vznik edukačného centra iniciovala AIHA, ktorá nám vybavila centrum potrebnými pomôckami na jeho činnosť, a to je počítač s napojením na Internet, tlačiareň, súbor vzdelávacích učebníc, videokaziet a figurín, softwarový balík určený pre vzdelávanie prostredníctvom CD ROM, spätný projektor, televízor, video, stolná kopírka a kancelárske vybavenie potrebné na odštartovanie prevádzky centra. Na slávnostnom otvorení bola podpísaná dohoda o projekte vzdelávacieho centra medzi horeuvedenými zmluvnými partnermi.

Cieľom edukačného centra je:

* zvyšovanie vedomostnej úrovne sestier a tým aj skvalitňovanie poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti,

* rozširovanie a odovzdávanie informácií o zdraví a chorobe,
* rozvíjanie programov zameraných na zmeny v životnom štýle, výžive a spôsoboch správania sa ošetrovateľského personálu,
* rozvíjanie programov zameraných na dosiahnutie priaznivých podmienok v zamestnaní sestier a stredných zdravotníckych pracovníkov,
* rozvíjanie programov určených na prezentáciu svojej práce a problémov pri výkone povolania.

Edukačné centrum má vypracovaný plán činnosti na rok 1998, podľa neho raz mesačne pripravuje pracovné semináre v spolupráci s klinikou a samostatnými oddeleniami FNsP.

Spomínané centrum sa nachádza na prízemí polikliniky dospelých FNsP a je sprístupnené v čase od 10,00 do 15,30 hod. denne, je tam určená pracovníčka s aktívnou znalosťou anglického jazyka, ktorá zabezpečuje komunikáciu s AIHA a plní potrebné úlohy. Vzhľadom na to, že nie všetky sestry na Slovensku majú možnosť touto formou sa vzdelávať, dovoľujem si vyzvať sestry a stredných zdravotníckych pracovníkov východoslovenského regiónu, aby využili túto službu pre svoj osobný, odborný rast, a tak značnou mierou prispeli ku skvalitneniu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

Na záver mi dovoľte, aby som popriala všetkým ľuďom celého sveta ako aj širokej zdravotníckej verejnosti veľa zdravia, šťastia a úspechov pri výkone ich namáhavého povolania.

Do redakcie došlo:
24. augusta 1998

Adresa autorky:
Bc. Mária Mazáková
námestník riaditeľa FNsP
pre ošetrovateľskú starostlivosť
FNsP, Tr. SNP č. 1
040 01 Košice

B. Hájková, D. Brázdilová
Odborný liečebný ústav tuberkulózy a respiračných chorôb v Nitre-Zobore

Nové aspekty v problematike ošetrovania dekubitov

Súhrn: Dekubit aj v súčasnosti ostáva závažným problémom ošetrovateľskej starostlivosti. Autori v článku opisujú koncepciu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s dekubitom a jej zavedenie do praxe v OLU TaRCh Nitra-Zobor. Vypracovanie štandardu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s dekubitom, adekvátna výchova sestier, hodnotenie kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti na základe stanovených kritérií spolu s využitím manažmentu trojfázového hojenia rán vlhkým spôsobom ich ošetrovania umožnili zlepšenie kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová: dekubit, štandard ošetrovateľskej starostlivosti.

Zmena štruktúry pacientov liečených v našom zariadení, ktorá

súvisí s momentálnym dopytom po zdravotníckych službách, si vyžiadala vznik geriatrických a onkologických oddelení popri oddeleniach pľúcnych. Hoci sa s problémom výskytu dekubitov stretávame aj na iných oddeleniach, najčastejšie sa vyskytujú na geriatrických oddeleniach. Práve u gerontov býva viac zaznamenaná prítomnosť viacerých rizikových faktorov, podieľajúcich sa na vzniku dekubitov, než u ostatných skupín pacientov. Drvivá väčšina takto postihnutých pacientov do nášho zariadenia s dekubitmi už prichádza.

K podstatnému zvýšeniu kvality ošetrovania pacientov s dekubitmi prispelo okrem zavedenia fázového ošetrovania rán aj zavedenie ošetrovateľského procesu ako metódy poskytovania ošet-

rovateľskej starostlivosti. Vychádzajúc z holistického pohľadu na človeka, rovnako ako všetky ochorenia, aj dekubit zasahuje do biologicko-psychologicko-sociálnej jednoty človeka. Problémom pre pacienta nie je iba samotná rana, ale aj ďalšie problémy, ktoré s ňou súvisia - bolesť, zápach, vynútená poloha. K biologickým problémom sa pridávajú problémy psychologické a sociálne - narušenie sebakoncepcie, hanba, pocit menejcnosti, porucha adaptácie na závislosť od iných osôb (ošetrojúci, príbuzní, spolupacienti), ale aj stavy sociálnej izolácie, preťaženia opatrovateľa, odmietanie až odpor k pacientovi, odmietnutie poskytnutia domácej starostlivosti príbuznými vzhľadom na nedostatok vedomostí o ošetrovaní pacienta, atď.

Z toho vyplýva, že mnohé ďalšie ošetrovateľské diagnózy, ktoré sestry na základe posúdenia stanoví, majú úzky súvis s prítomnosťou dekubitu, ktorý sa tak zaraďuje medzi prioritné problémy pacienta a vyžaduje okamžité riešenie.

Samozrejme, najdôležitejšie a najvhodnejšie je využívať všetky dostupné preventívne opatrenia a pomôcky k tomu, aby dekubit nevznikol. Okrem všeobecne známych preventívnych opatrení ako je správne a pravidelené polohovanie pacientov s použitím antidekubitov a pomôcok na zníženie tlaku, adekvátna hygienická starostlivosť, zvýšená starostlivosť o predilekčné miesta, atď., má veľký význam aj sledovanie rizikových faktorov, dostatočná hydratácia pacienta, zabezpečenie výživy, ako aj dodržiavanie naordinovanej terapie.

Práve spolupráca s lekárom pri úprave celkového stavu pacienta je nesmierne dôležitá, keďže u pacienta s ťažkým ochorením alebo so závažnými zmenami vnútorného prostredia, hojenie dekubitov je sťažené, spomalené a výraznejšie zmeny v hojení rany sú pozorované až po úprave celkového stavu pacienta.

Na zabezpečenie kvality poskytovanej starostlivosti o pacienta s dekubiti sme zvolili tento postup:

V prvej fáze sme zisťovali a hodnotili aktuálny stav v kvalite poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s dekubitom. Na základe zistených skutočností sme považovali za vhodné vypracovať štandard ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s dekubitom (príloha 1), ktorý bol distribuovaný na všetky oddelenia OĽÚ. Približne mesiac po jeho rozposlaní sme zorganizovali celouštavný seminár pre sestry týkajúci sa tejto problematiky, kde mohli sestry

vyjadriť svoje názory a pripomienky k predloženému štandardu. Okrem toho boli sestry vyškolené v problematike fázového ošetrovania rán, teda aj dekubitov. Súčasťou výchovy bol okrem rozmanitého grafického a názorného materiálu aj vstupný a záverečný test, porovnaním ich výsledkov sme mohli sledovať úroveň vedomostí sestier v danej oblasti. Získané poznatky si sestry môžu neustále konfrontovať aj s interne pripraveným manuálom manažmentu ošetrovania rán, v ktorom sú stručne opísané ako klasické, tak aj moderné trendy ošetrovania rán a dekubitov.

Najdôležitejšou úlohou bolo zavedenie štandardu do praxe tak, aby sestry získané teoretické vedomosti aplikovali priamo pri ošetrovaní pacienta. Aj naďalej sú na požiadanie sestram poskytované odborné konzultácie, či ide o posúdenie rany, výber vhodného postupu ošetrovania rany, ako aj stanovenie všetkých ďalších potrebných intervencií.

V súčasnosti sa rozbieha aj záverečná fáza, v ktorej sa začína hodnotiť kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s dekubitom. Hodnotenie sa vykonáva na základe kritérií (príloha 2), ktoré boli vypracované na základe štandardu.

Aj vďaka týmto aktivitám sme dosiahli, že ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s dekubitom začína dôkladným posúdením celkového stavu pacienta s prihliadnutím na rizikové faktory, posúdením rany, výberom vhodného postupu ošetrovania - s preferenciou vlhkého spôsobu ošetrovania rán a sledovania najnovších trendov v danej problematike, zabezpečením ostatných podporných intervencií - polohovanie, stravovanie, pitný režim, hygienický režim a ďalej pokračuje pravidelným hodnotením dosiahnutých výsledkov. Všetky aktivity sestry a odpovede pacienta na ne odzrkadľuje ošetrovateľská dokumentácia. Z nej vyberáme časti, ktoré priamo súvisia s ošetrovaním dekubitov (Záznam o rane, Určenie rizika vzniku preležanín - prílohy 3 a 4).

Na základe prvých výsledkov hodnotenia kvality poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s dekubiti možno povedať, že zvolený postup sa nám osvedčil, čo odzrkadľuje spokojnosť pacientov, príbuzných, ale aj personálu.

Do redakcie došlo:
15. októbra 1998

Adresa autorov:
Mgr. B. Hájková
951 21 Rišňovce č. 566

Príloha 1. Štandard ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s dekubitom

Posúdiť celkový stav pacienta, stanoviť rizikové faktory vzniku preležanín (imobilita, paralýza, znížená úroveň vedomia, nedostatok výživy, kachexia, obezita, katabolizmus, inkontinencia, vek nad 80 rokov, anémia, imunosupresia) a určiť stupeň ohrozenia podľa Shannon.

Posúdiť dekubit: lokalizácia, stupeň, veľkosť poškodenej plochy, hĺbku, prítomnosť lokálnej infekcie, exudácia, zápach, prítomnosť nekrotického tkaniva, bolesť.

Urobiť výter z rany na kultiváciu a citlivosť - po odstránení nekrotickej rany neantimikrobiálnym prípravkom (fyziologický roztok) - pri prvom ošetrovaní dekubitu a zhoršení stavu rany.

Dekubit pravidelne preväzovať. Frekvenciu preväzov určiť podľa exudácie rany, pri masívnej exudácii tri a viackrát denne.

Ranu dôkladne vyčistiť, aby bolo nekrotické tkanivo odstránené. Pri čistení rany použiť dezinfekčný prostriedok, ktorý nesmie narušiť proces hojenia rany.

Pozor! - pri výtere z rany na kultiváciu a citlivosť použiť dezinfekčný prostriedok až po odobratí materiálu,

pri použití niektorých špeciálnych obväzov je použitie dezinfekčných prostriedkov zakázané.

Prísne asepticky aplikovať sterilnú primárnu a sekundárnu vrstvu krytia s dodržaním špecifik, ktoré platia pre jednotlivé typy obväzov.

Na fixáciu krytia používať hypoalergické náplaste, ovínadlo, Pruban a pod. Náplaste odstraňovať šetrne, s použitím rozpúšťadla (benzín).

Každý preväz rany zaznamenať do ošetrovateľskej dokumentácie a denne stav rany posúdiť a zaznamenať do Záznamu o rane.

Poskytovať pacientovi zvýšenú hygienickú starostlivosť - udržiavať kožu pacienta čistú a suchú (ale nie vysušenú). Kúpeľ (sprcha) pôsobí na dekubit priaznivo, podporuje krvný obeh, znižuje tlak na mäkké tkanivá a čistí ranu.

Zlepšovať prekrvenie kože kúpeľom, jemnou masážou (mimo poškodeného tkaniva), prípadne teplými vlhkými zábalmi, UV svetlom, laserovou terapiou. Na ohrozené miesta nepoužívať alkoholové prí-

pravky, ktoré zapríčiňujú vazokonstrikciu v danej oblasti.

Venovať zvýšenú pozornosť úprave postele tak, aby bola bielizeň bez záhybov, čistá a suchá.

Pravidelne a správne polohovať pacienta a viesť záznam o polohovacom režime.

Pri zmene polohy pacienta sa vyvarovať zbytočnému vystaveniu jeho pokožky tlaku, ťahu, treniu, ktoré spôsobujú mikrotraumy kože.

Zabezpečiť pacientovi stravu bohatú na vitamíny a bielkoviny (bielkovinové prídavky).

Dostatočne hydratovať pacienta, najmä pri masívnej exudácii z rany zvýšiť príjem tekutín.

Stimulovať pacienta, vzhľadom na jeho možnosti k aktivite, aktívnym zmenám polohy.

a vyčistení rany neantimikrobiálnym prípravkom). 2 - 1 - 0

4. Dodržiavanie stanovenej frekvencie prevázov. 2 - 1 - 0

5. Vyčistenie rany s dodržaním špecifik. 2 - 1 - 0

6. Dodržiavanie zásad asepisy pri prevázovaní. 2 - 1 - 0

7. Ochrana pokožky pacienta pred ďalším poškodením pri fixácii krytia rany. 2 - 1 - 0

8. Čistota kože pacienta. 2 - 1 - 0

9. Úprava postele pacienta. 2 - 1 - 0

10. Pravidelné a správne polohovanie pacienta, záznam o polohovacom režime. 2 - 1 - 0

11. Zabezpečenie adekvátnej výživy pacienta (vitamíny, bielkovinové prídavky). 2 - 1 - 0

12. Dostatočná hydratácia pacienta. 2 - 1 - 0

Príloha 2. Kritériá pre hodnotenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s dekubitom

Celkove - bodov
Počet hodnotených kritérií
Úroveň kvality v %

1. Stanovenie rizikových faktorov a určenie stupňa ohrozenia (podľa Shannon). 2 - 1 - 0
2. Posúdenie dekubitu a záznam. 2 - 1 - 0
3. Výter z rany na kultiváciu a citlivosť správnou technikou (po odstránení nekrózy)

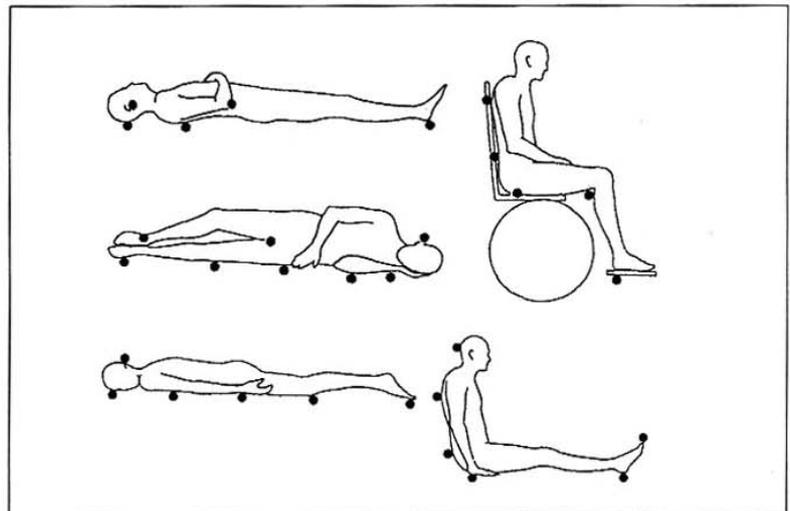
Hodnotenie vykonal Hodnotený pracovník Oddelenie Dátum

.....

Príloha č. 4. Určenie rizika vzniku preležanín (Podľa M. L. Shannon, 1984)

Počet bodov	Duševný stav	Kontinencia	Mobilita	Aktivita	Výživa	Cirkulácia od - do	Teplota	Medikácia
4	Bdelosť, čulosť	Kontinencia	Plne pohyblivá	Chôdza	Dobrá	Okamžité opätovné naplnenie kapilár	36,6 - 37,2	Bez analgetík, trankvilizérov alebo steroidov
3	Apatia	Inkontinencia moču (bez katétra)	Mierne obmedzená	Chôdza s pomocou	Uspokojivá	Oneskorené naplnenie kapilár	37,2 - 37,7	Jedno z hore uvedených
2	Zmätenosť	Inkontinencia stolice	Veľmi obmedzená	Pripútanosť na vozík	Zlá	Mierny opuch	37,7 - 38,3	Dve z hore uvedených
1	Stupor alebo kóma	Inkontinencia moču a stolice	Imobilita	Pripútanosť na posteľ	Kachexia	Stredný alebo veľký opuch	Nad 38,3	Všetky z hore uvedených

Pacienti so skóre 16 a menej na tejto hodnotovej stupnici sú významne ohrození vznikom preležanín.



Summaries

Difficulty of Work of the Medical Personnel in Departments of Geriatry and of Long-term therapy

L. Hubáčová, Š. Roda, M. Janoušek, M. Vargová, D. Henčeková, K. Fejdová

Summary: Twenty two professionals of the geriatric and long-therapy departments (5 physicians, 10 nurses and 7 persons of auxiliary staff) were followed up during their working shifts (total of 106 shifts). A model of lifting of disabled patients was elaborated. The energy outlay has been estimated according to the method of Borsky. The working activity of the physicians concerned primarily specialized care (49 %) followed by the paper-work (42 %). The Head Doctors only worked on PCs (14 %), other professionals have had no access to the PCs. Nurses devoted their working time mostly to specialized health care work (41 %), to the preparatory work (27 %) and to the paper-work (24 %). During the night shifts the nurses have had to do also the work of the auxiliary staff. The highest energy outlay has been found in persons performing activities concern-

ing the hygienic needs of the patients (up to 32 kJ/min-1) and in handling with the beds of patients (up to 11 kJ/min-1). The work of the nurses and of the auxiliary staff can be compared with the middle hard work in industry. Auxiliary staff performed in 92 % of their working time the subsidiary health care, during which time their energy outlay was up to 32 kJ/min-1. The labour-saving mechanisms at the wards were minimal. The neuropsychical burden of nurses was of the 3rd degree, of the auxiliary staff it was of the 2nd degree. The recurrent psychological problems were present at 78 % of nurses, in auxiliary staff there were none. Problems with the back pain were present at 44 % of nurses and 14 % of the auxiliary staff.

Key words: geriatric department, medical personnel, physical burden, and psychical burden.

Viral Hepatitis in Dialysis Centre, Our Experiences with Preventive Care and Vaccination

A. Ondová, P. Smolko, M. Mydlík

Summary: The paper deals with the occurrence of the viral hepatitis in dialysis centres. Viral hepatitis represents a significant problem in dialysis centres in the entire world. Keeping the hygienic and epidemiological rules, separating the patients with HbsAg and HCV posi-

tivity and an adequate active immunisation decreases the incidence of HBV in centres of dialysis.

Key words: viral hepatitis, dialysis centres.

Sexual Dysfunction Caused by Psychopharmacotherapy

A. Čerňanová

Summary: Sexual life is influenced not only by the mental disorder itself (in its clinical and social dimension), but also by psychopharmacotherapy. The paper presents the occurrence of sexual dysfunction in general and the same caused by psychopharmacotherapy, it deals with the manifestation of sexual dysfunction and the proce-

sure of examination of the patient. The substances and pharmaca are presented with their mechanism of action. Especially the antidepressants are mentioned. Some therapeutic steps are analysed which are used in solving the sexual dysfunction caused by psychopharmaca.

Viral Hepatitis A in Drug Dependent Persons in Region of Bratislava

J. Gregorová, M. Brauneisová

Summary: The authors give an information about the occurrence of viral hepatitis A in drug abusers in the region of Bratislava in years 1996 - 1998.

Key words: viral hepatitis A, drug abusers.

The Occurrence of Legionells in the Water Sources of the Health Care Arrangements

V. Jurčáková, A. Tomášiková

Summary: The authors present the occurrence of Legionells in the water sources of the health care arrangements in town Bratislava as possible causes of the nosocomial pneumonia.

Key words: Legionells, water sources of health care arrangements of Bratislava.

Johnson's Theory of the Behavioural System
H. Koňošová

Summary: Johnson's theory of the behavioural system brings a new aspect of the aims and tasks of the work of the nurse. The patient is described as a behavioural system with several subsystems. The assessment is in the estimation of eight subsystems, the relations of

the concerned patient and his environment in the limits of the subsystems.

Key words: nursing, model of nursing, model of behavioural system.

Incidence of Oncological Diseases in Population of the District Trebišov
H. Kunderátová, A. Jamborová, K. Demešová

Summary: The aim of the presented epidemiological study is to show the geographic spread of malignant neoplasm's in subregions of the district of Trebišov and to find significant statistical differences of the

separate diagnoses between the subregions and the categories of the population.

Key words: malignant oncological diseases, district of Trebišov.

Show Me a Way How to Get Free of the Fear
M. Tanáčová

Summary: Relatively good psychical state of the teacher and of the pupil is the result of a good done nursing care at an in-patient. Nevertheless this success often involves a subjective feeling of the fear and uncertainty. The aim of this paper is to throw a view in these

problems.

Key words: pupil, patient special health care, teacher, fear, uncertainty.

Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metódik

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

Ročník IV. Rok 1998

Celoročný obsah

Zoznam autorov prác

Autor	Strana	Autor	Strana
Babeľa, R. pozri: Bažíková, A.		Farkašová, D.: Súčasný trendy vo vzdelávaní v ošetrovateľstve	46
Badalik, L. pozri: Šajter, V.		Fejdošová, K. pozri: Hubáčová, L.	
Bažíková, A., Babuľa, R.: Realizácia ošetrovateľského procesu v NsP Trnava	17	Gavorník, P. pozri: Dachová, K.	
Benkó, Š. pozri: Hubáčová, L.		Gregorová, J., Brauneisová, M.: Vírusová hepatitída typu A u drogovzo závislých osôb v Bratislavskom kraji	107
Brauneisová, M. pozri: Gregorová, J.		Hajková, B., Brázdilová, D.: Nové aspekty v problematike ošetrovania dekubitov	128
Brázdilová, D. pozri: Hajková, B.		Hajková, B., Brázdilová, D.: Poskytovanie komplexnej individuálnej ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu u pacientov hospitalizovaných v OLÚ TaRCH Nitra - Zobore	
Bruchterová, V.: Bio-psycho-sociálne problémy u pacientov s diagnózou ulcus cruris	120	Hanzlíková, A.: Partnerstvo pre zdravie	117
Cagáň, S., Egnerová, A., Wimmerová, S.: Poznámky k epidemiológii kardiovaskulárnych chorôb na Slovensku	54	Henčeková, D. pozri: Hubáčová, L.	
Čerňanová, A.: Sexuálne dysfunkcie spôsobené psychofarmakoterapiou	104	Holomaň, K.: Tehotnosť je výnimočná - urobili sme ju bezpečnejšou	45
Čerňanová, A., Rakús, A.: Duševné zdravie a jeho poruchy	19	Hubáčová, L.: Problematika verejného zdravia v krajinách Európskej únie	127
Čierny, G.: Príhovor vedúceho redaktora	5	Hubáčová, L., Benkó, Š., Šulcová, M., Henčeková, D., Vargová, M., Lajchová, K.: Niektoré aspekty práce zdravotníckych pracovníkov anestéziologicko - resuscitačného oddelenia	27
Dachová, K., Gavorník, P.: Pracovná náplň diplomovanej sestry na očnom oddelení FNŠP v Trnave	50	Hubáčová, L., Roda, S., Janoušek, M., Vargová, M., Henčeková, D., Fejdošová, K.: Namáhavosť práce zdravotníckych pracovníkov na	
Demešová, K. pozri: Kunderátová, H.			
Dianová, M.: Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta pred a po aplikácii endoprotézy kolenného kĺbu	48		
Egnerová, A. pozri: Cagáň, S.			

oddelení geriatrickej a oddelení pre dlhodobu chorých pacientov	97	Ondová, A., Smolko, P., Mydlík, M.: Vírusové hepatitídy v dialyzačných strediskách, naše skúsenosti s prevenciou a vakciáciou	102
Jamborová, A. pozri: Kundrátová, H.		Rakús, A. pozri: Čerňanová, A.	
Janoušek, M. pozri: Hubáčová, L.		Roda, Š. pozri: Hubáčová, L.	
Jurčažáková, V., Tomášiková, A.: Výskyt legionel vo vodách zdravotníckych zariadení v Bratislave	109	Roziaková, E.: Prehľad výsledkov potravín vyšetrených na prítomnosť aflatoxínu B1 v Slovenskej republike	10
Karpatová, E.: Skúsenosti zo štátneho zdravotného dozoru v zariadeniach spoločného stravovania	8	Rysová, J.: Plazmaferéza	52
Koňošová, H.: Jonsonovej teória behaviorálneho systému	111	Sadovská, O.: Liečba chronickej bolesti pri malígnych ochoreniach	12
Kozmerová, A.: Fyzická aktivita pri intenzifikovanom režime	23	Smolko, P. pozri: Ondová, A.	
Kundrátová, H., Jamborová, A., Demešová, K.: Analýza incidencie onkologických ochorení u obyvateľstva okresu Trebišov	112	Šajter, V., Badalík, L.: Zdroje ionizujúceho žiarenia a jeho účinky	6
Lachkovičová, D.: Dynamické testy v ambulancnej endokrinologickej praxi	58	Šulcová, M. pozri: Hubáčová, L.	
Lajchová, K. pozri: Hubáčová, L.		Tanáčová, M.: Ukáž mi cestu zbaviť sa strachu	115
Lukášová, V.: Vnútorné ochorenia a koža - príčiny a následky	121	Tomášiková, A. pozri: Jurčažáková, V.	
Mazáková, M.: Regionálne edukačné centrum sestier vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou, Tr. SNP č. 1 v Košiciach	128	Vargová, M. pozri: Hubáčová, L.	
Mydlík, M. pozri: Ondová, A.		Vozár, J., Nováková, K.: Nepretržité osobné sledovanie glykémie a glykozúrie	21
Nováková, K. pozri: Vozár, J.		Wimmerová, S. pozri: Cagáň, S.	

Zoznam vecný

Autor	Strana	Autor	Strana
Absolventi doškolovacích akcií IVZ v druhom polroku 1997	73	príprava, pooperačná starostlivosť	48
Aflatoxín B1, potraviny v Slovenskej republike	10	Hormóny, testovanie	58
Analgetiká, opiáty, paliatívna starostlivosť, chronická bolesť	12	Chronická bolesť, analgetiká, opiáty, paliatívna starostlivosť	12
Analýza incidencie onkologických ochorení u obyvateľstva okresu Trebišov	112	Informácia zo VII. celoslovenskej konferencie Sekcie nefrologických sestier	75
Anestéziologicko-resuscitačné oddelenia, pracovné podmienky, pracovná záťaž	27	Ionizujúce žiarenie, ožiarovanie obyvateľstva, biologické účinky	6
Behaviorálny systémový model, ošetrovateľstvo, ošetrovateľský model	111	Johnsonovej teória behaviorálneho systému	111
Biologické účinky, ionizujúce žiarenie, ožiarovanie obyvateľstva	6	Kardiovaskulárne choroby, epidemiológia, prevencia, Slovensko	54
Bio-psycho-sociálne problémy u pacientov s diagnózou ulcus cruris	120	Klasifikácia, duševné zdravie, duševná porucha	19
Celoročný obsah	120	Korešpondenčné voľby do výboru a do funkcie revízora na funkčné obdobie rokov 1998-2002 - oznámenie	35
Ciele Svetovej zdravotníckej organizácie, smernice Európskej únie, medzinárodná konferencia sestier, Ústav ošetrovateľstva	46	Legionely, zdravotnícke zariadenia v Bratislave	109
Deti sú našou láskou a šťastím	61	Liečba chronickej bolesti pri malígnych ochoreniach	12
Diabetes mellitus, fyzická aktivita	23	Liečebná plazmaferéza, membránový plazmafilter, náhradné roztoky, dialyzačný monitor	52
Dialyzačné strediská, vírusové hepatitídy	102	Materská úmrtnosť, perinatálna úmrtnosť, počet živonarodených detí, umelé prerušenie gravidity	45
Dialyzačný monitor, liečebná plazmaferéza, membránový plazmafilter, náhradné roztoky	52	Medzinárodná konferencia sestier, Ústav ošetrovateľstva, ciele Svetovej zdravotníckej organizácie, smernice Európskej únie	46
Diplomovaná sestra, ošetrovateľstvo, ošetrovateľský proces	50	Medzinárodný deň sestier	32
Dojčenecká úmrtnosť, materská úmrtnosť, perinatálna úmrtnosť, počet živonarodených detí, umelé prerušenie gravidity	45	Medzinárodný seminár o klinických aspektoch diagnózy, starostlivosti a liečby tuberkulózy	31
Duševná porucha, klasifikácia, duševné zdravie	19	Membránový plazmafilter, náhradné roztoky, dialyzačný monitor, liečebná plazmaferéza	52
Duševné poruchy, sexuálne dysfunkcie, psychofarmakoterapia	104	Náhradné roztoky, dialyzačný monitor, liečebná plazmaferéza, membránový plazmafilter	52
Duševné zdravie a jeho poruchy	19	Namáhavosť práce zdravotníckych pracovníkov na oddelení geriatrickej a oddelení pre liečenie dlhodobu chorých pacientov	97
Duševné zdravie, duševná porucha, klasifikácia	19	Náš rozhovor	60
Dynamické testy v ambulancnej endokrinologickej praxi	58	Nepretržité osobné sledovanie glykémie a glykozúrie	21
Endoprotéza kolenného kĺbu, predoperačná príprava, pooperačná starostlivosť, gonartróza	48	Neuropsychická záťaž, oddelenie geriatrickej, zdravotníckych pracovníkov, fyzická námaha	97
Epidemiológia, prevencia, Slovensko, kardiovaskulárne choroby	54	Niekoľko pokynov na zvládnutie stresu	16
Farmaceutická laborantka a jej miesto v lekárni	83	Niektoré aspekty práce zdravotníckych pracovníkov anestéziologicko-resuscitačného oddelenia	27
Fyzická aktivita, diabetes mellitus	23	Nové aspekty v problematike ošetrovania dekubitov	128
Fyzická aktivita pri intenzifikovanom režime diabetika	23		
Fyzická námaha, neuropsychická záťaž, oddelenie geriatrickej, zdravotníckych pracovníkov	97		
Gonartróza, endoprotéza kolenného kĺbu, predoperačná			

Nový dánsky platový systém	36	v Slovenskej republike	10
Odborný výkon, učiteľ, strach, tréma, žiak, pacient	115	Prevenia, Slovensko, kardiovaskulárne choroby, epidemiológia	54
Oddelenie geriatrickej starostlivosti, zdravotnícki pracovníci, fyzická námaha, neuropsychická záťaž	97	Príhovor vedúceho redaktora	5
Okres Trebišov, onkologické ochorenia	112	Primárna prevencia ochrany zdravia a zdravého vývoja detí a mládeže	62
Onkologické ochorenia, okres Trebišov	112	Príspevkový poriadok Slovenskej lekárskej spoločnosti	33
Opiáty, paliatívna starostlivosť, chronická bolesť, analgetiká	12	Príspevky čitateľov	79
Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta pred a po aplikácii endoprotézy kolenného kĺbu	48	Problematica verejného zdravia v krajinách Európskej únie	127
Ošetrovateľský model, behaviorálny systémový model, ošetrovateľstvo	111	Psychofarmakoterapia, duševné poruchy, sexuálne dysfunkcie	104
Ošetrovateľský proces, diplomovaná sestra, ošetrovateľstvo	50	Realizácia ošetrovateľského procesu v NsP Trnava	17
Ošetrovateľský proces, praktická realizácia, výskum	17	Regionálne edukačné centrum sestier vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou, Tr. SNP č. 1 v Košiciach	128
Ošetrovateľstvo, ošetrovateľský model, behaviorálny systémový model	111	Selfmonitoring glykémie a glykozúrie	21
Ošetrovateľstvo, ošetrovateľský proces, diplomovaná sestra	50	Sexuálne dysfunkcie, psychofarmakoterapia, duševné poruchy	104
Ošetrovateľstvo v primárnej starostlivosti (recenzia knihy)	78	Sexuálne dysfunkcie spôsobené psychofarmakoterapiou	104
Ožiarenie obyvateľstva, biologické účinky, ionizujúce žiarenie	6	Skúsenosti zo štátneho zdravotného dozoru v zariadeniach spoločného stravovania	8
Pacient, odborný výkon, učiteľ, strach, tréma, žiak	115	Slovensko, kardiovaskulárne choroby, epidemiológia, prevencia	54
Paliatívna starostlivosť, chronická bolesť, analgetiká, opiáty	12	Smernice Európskej únie, medzinárodné konferencie sestier, Ústav ošetrovateľstva, ciele Svetovej zdravotníckej organizácie	46
Partnerstvo medzi Women and Infants Hospital a Hasbro Hospital, USA a FNsP na Triede SNP č. 1 v Košiciach	79	Spolupráca Americkej medzinárodnej zdravotníckej aliancie v ošetrovateľstve	86
Perinatálna úmrtnosť, počet živonarodených detí, umelé prerušenie gravidity, dojčenecká úmrtnosť, materská úmrtnosť	45	Správy z Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve	73, 123
Perspektívny štúdiá ošetrovateľstva a iných zdravotno-sociálnych odborov na Fakulte ošetrovateľstva a sociálnej práce Trnavskej univerzity	72	Správy zo Slovenskej lekárskej spoločnosti	32, 62, 117
Plán školiacich akcií Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v druhom polroku 1998	76	Stanovy Slovenskej lekárskej spoločnosti	64
Plán školiacich akcií Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v prvom polroku 1999	52	Strach, tréma, žiak, pacient, odborný výkon, učiteľ	115
Plazmaferéza	52	Stravovacie zariadenia, zdravotno-výživový stav	8
Počet živonarodených detí, umelé prerušenie gravidity, dojčenecká úmrtnosť, materská úmrtnosť	45	Súčasný trendy vo vzdelávaní v ošetrovateľstve	46
Pokyny autorom	90	Summaries	37, 88, 132
Pooperačná starostlivosť, gonartróza, endoprotéza kolenného kĺbu, predoperačná príprava	48	Školské okienko	72
Porovnanie predností a nedostatkov chronickej ambulantnej peritoneálnej dialýzy a hemodialýzy z pohľadu pacienta	85	Špecifické postavenie etiky v ošetrovateľstve terminálne chorých	81
Poskytovanie komplexnej individuálnej ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu u pacientov hospitalizovaných v OLÚ TaRCh Nitra-Zobore	118	Tehotnosť je výnimočná - urobili sme ju bezpečnejšou	45
Postoje k umieraniu a k smrti	87	Testovanie, hormóny	58
Potraviny v Slovenskej republike, aflatoxín B1	10	Toxikomani v Bratislavskom kraji, vírusová hepatitída typu A	107
Poznámky k epidemiológii kardiovaskulárnych chorôb na Slovensku	54	Tréma, žiak, pacient, odborný výkon, učiteľ, strach	115
Poznatky sestry zo študijného pobytu na partnerskom pracovisku v Providence, Rhode Island, USA	80	Učiteľ, strach, tréma, žiak, pacient, odborný výkon	115
Pracovná náplň diplomovanej sestry na očné oddelení FNsP v Trnave	50	Ukáž mi cestu zbaviť sa strachu	115
Pracovná záťaž, anestéziologicko-resuscitačného oddelenia, pracovné podmienky	27	Umelé prerušenie gravidity, dojčenecká úmrtnosť, materská úmrtnosť, perinatálna úmrtnosť, počet živonarodených detí	45
Pracovné podmienky, pracovná záťaž, anestéziologicko-resuscitačné oddelenia	27	Ústav ošetrovateľstva, ciele Svetovej zdravotníckej organizácie, smernice Európskej únie, medzinárodná konferencia sestier	46
Praktická realizácia, výskum, ošetrovateľský proces	17	Vírusová hepatitída, dialyzačné strediská	102
Predoperačná príprava, pooperačná starostlivosť, gonartróza, endoprotéza kolenného kĺbu	48	Vírusová hepatitída typu A, toxikomani v Bratislavskom kraji	107
Predstavujeme nové dialyzačné oddelenie NsP Sv. Cyrila a Metoda v Bratislave - Petržalke	82	Vírusová hepatitída typu A u drogových závislých osôb v Bratislavskom kraji	107
Prehľad výsledkov potravín vyšetrených na prítomnosť aflatoxínu B1		Vírusové hepatitídy v dialyzačných strediskách, naše skúsenosti s prevenciou a vakínáciou	102
		Vnútorne ochorenia a koža - príčiny a následky	121
		Výskum, ošetrovateľský proces, praktická realizácia	17
		Výskyt legionel vo vodách zdravotníckych zariadení v Bratislave	109
		Vyznamenanie Predsedníctva Slovenskej lekárskej spoločnosti pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier v roku 1998	62
		Založenie Sekcie sestier pracujúcich v odbore tuberkulóza a respiračné choroby	32
		Zdravotnícke zariadenia v Bratislave, legionely	109
		Zdravotnícki pracovníci, fyzická námaha, neuropsychická záťaž, oddelenie geriatrickej starostlivosti	97
		Zdravotno-výživový stav, stravovacie zariadenia	8
		Zdroje ionizujúceho žiarenia a jeho účinky	6