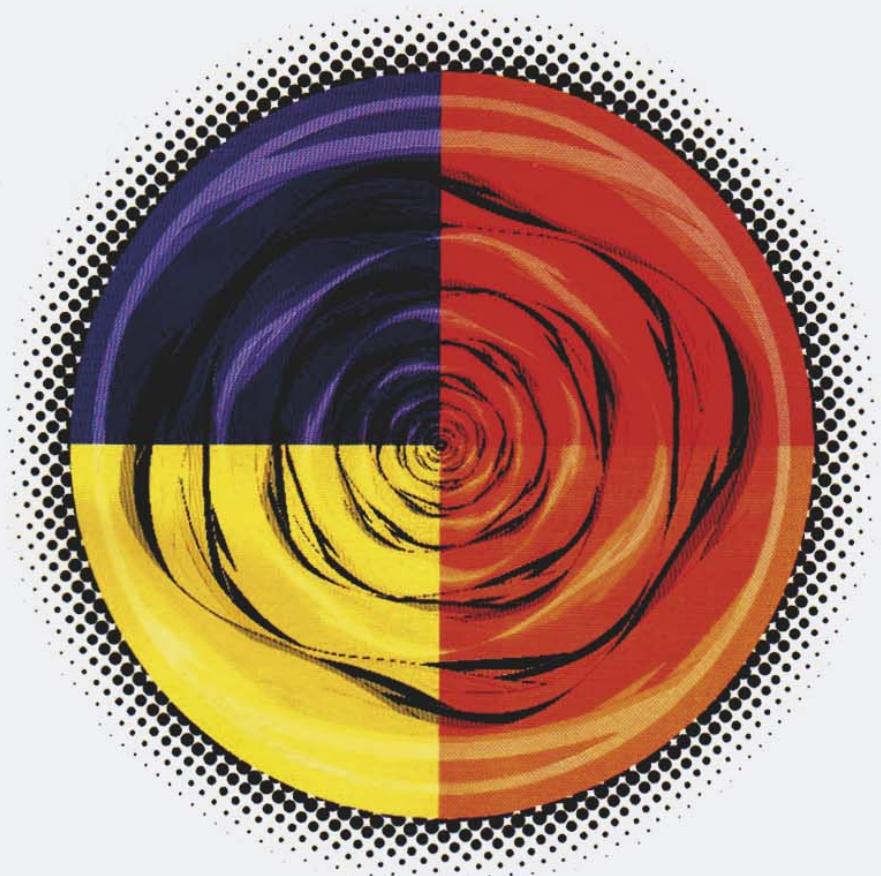


# REVUE OŠETROVATEĽSTVA a LABORATÓRNYCH METODÍK



ROČNÍK V. CENA 35SK

1/99



## **Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík**

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

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

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

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

Odborný redaktor: MUDr. Radko Menkyna

Jazykový redaktor: PhDr. Magdaléna Jentnerová

Tajomníčka redakcie: Olga Ďuržová

Redakčná rada: Mgr. Melánia Beňková, PhDr. Irma Bujdáková, Štefan Čelinák, prof. PhDr. Dana Farkašová, CSc., PhDr. Anna Herianová, PhD., MUDr. Mária Kováčová, CSc., Slavomíra Krištofovičová, PhDr. Alžbeta Mrázová (predsedníčka), Eva Skaličanová, Rozália Šeilingarová, Mgr. Gabriela Takáčová, 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.: 07/55 42 20 15, Fax: 07/55 42 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 10. marec 1999. Číslo vyšlo: apríl 1999. 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.

## **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 information concerning education, 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:** Olga Ďuržová

**Editorial Board:** Mgr. Melánia Beňková, PhDr. Irma Bujdáková, Štefan Čelinák, prof. PhDr. Dana Farkašová, CSc., PhDr. Anna Herianová, PhD., MUDr. Mária Kováčová, CSc., Slavomíra Krištofovičová, PhDr. Alžbeta Mrázová (chairman), Eva Skaličanová, Rozália Šeilingarová, Mgr. Gabriela Takáčová, Mgr. Katarína Žiaková

Published by the Slovak Medical Association in Bratislava,

Legionárska 4, 813 22 Bratislava

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

Tel: 07/55 42 20 15, Fax: 07/55 42 23 63

# OBSAH

## Príhovor vedúceho redaktora

### Editorial

S. Dluholucký: Problémy ošetrovateľstva detí na rozhraní tisícročia

### Pôvodné práce

- M. Ondriašová: Pacient s demenciou v rodine - sonda do problémov neformálnych opatrovateľov  
H. Koňošová: Model funkčných vzoriek zdravia  
V. Pavurová: Vplyv zdravotnej výchovy na kompenzáciu cukrovky u detí  
J. Glomba, M. Slanský, J. Palacková, M. Hnilicová: Aplikácia arteriálneho stentu  
N. Luknárová, M. Fischerová: Frekvenčné analýzy predpisovania voľnopredajných liekov vo vzťahu k jednotlivým diagnózam  
G. Temiaková: Mikrobiologická diagnostika Mycoplasma hominis a Ureaplasma urealyticum a možnosti ich liečby pri infekciach urogenitálneho traktu žien  
M. Filová: Práca na rotačnom mikrotóme na oddelení patologickej anatómie  
H. Zelenková, J. Čurová: Najnovšie poznatky v liečbe chronických ulcerácií

### Správy zo Slovenskej lekárskej spoločnosti

Plán celoslovenských konferencií v r. 1999 Slovenskej

5	spoločnosti sestier a Spoločnosti SZP technických smerov	24
V. Kapustová: Význam komunikácie u pacientov s dermatovenerologickým ochorením	26	
J. Blanáriková: Fissura ani - nepoznané condylomata lata	28	
6	<b>Školské okienko</b>	
Absolventi bakalárskeho štúdia v školskom roku 1997/98 na Lekárskej fakulte Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach	29	
8	Absolventi bakalárskych skúšok na Fakulte ošetrovateľstva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v r. 1998	29
10	V. Tanáčová: Pomôž si sám	30
13	V. Fraňová: Motivácia vo vyučovacom procese	31
15	<b>Správy zo Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny</b>	
Absolventi pomaturitného štúdia v prvej polovici r. 1998	33	
16	<b>Príspevky čitateľov</b>	
J. Besedová: Framinghamská štúdia po päťdesiatich rokoch	36	
18	D. Jančíková, J. Senka: Možnosti ovplyvnenia psychosomatického stavu pacientov liečených hemodialýzou a transplantáciou	38
19	B. Borecká: Psychológia bolesti, strachu a úzkosti u onkologicky chorých	40
21	<b>Súhrny v anglickom jazyku</b>	
		42

# CONTENT

### Editorial

S. Dluholucký: Problems of nursing activities in childhood at the next millenium door

### Original papers

- M. Ondriašová: Demented patient in the family milieu - a view into problems of nonformal care  
H. Koňošová: Model of function samples of health  
V. Pavurová: The effect of the health education in compensation of diabetes mellitus in children  
J. Glomba, M. Slanský, J. Palacková, M. Hnilicová: Application of the arterial stent  
N. Luknárová, M. Fischerová: Analysis of the frequency of drug prescription in relation to different diagnoses  
G. Temiaková: Microbiological diagnosis of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum and chances of the therapy in the urogenital infection in woman  
M. Filová: Working with rotary microtome at the pathological anatomy department  
H. Zelenková, J. Čurová: The latest information in the therapy of chronic ulcerations

### Reports of the Slovak Medical Association

The 1999 plan of the conferences of the Slovak association of nurses and technical assistants  
V. Kapustová: The importance of the communication

	with dermatovenerological patients	26
6	J. Blanáriková: Fissura ani - an undetected occurrence of Condyloma latum	28
	<b>The School Window</b>	
8	School-leavers of the bachelorship 1997/98 of the University Medical School P. J. Š. at Košice	29
10	School-leavers of the bachelorship 1998 of the Faculty of Nursing and Social Aid at Trnava	29
13	V. Tanáčová: Help yourself	30
15	V. Fraňová: Motivation in the process of education	31
16	<b>Reports of the Slovak Postgraduate Academy of Medicine</b>	
	School-leavers of the special courses post GCE in the first half of the year 1998	33
18	<b>Reports of readers</b>	
19	I. Besedová: Framingham Study after fifty years	36
21	D. Jančíková, J. Senka: Possibility of affecting the psychomotoric state patients undergoing haemodialysis and transplantation	38
	B. Borecká: Psychology of the pain, fear and anxiety in oncological patients	40
24	<b>Summaries in English</b>	
		42

## Vážení čitatelia!

Redakčná rada a redakcia časopisu *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík* sa Vám opäť prihovára pri vstupe do ďalšieho vydavateľského ročníka, v tomto roku po nultom ročníku už piateho. Prajeme spolu s Prezidiom, Predsedníctvom a Sekretariátom Slovenskej lekárskej spoločnosti všetkým čitateľom, odberateľom a priaznivcom dobré zdravie, úspechy v práci a pohodu v rodinách i na pracoviskách. Toto prianie adresujeme aj všetkým členom a funkcionárom Slovenskej spoločnosti sestier a Slovenskej spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov, ktorým je časopis v prvom rade určený.

Opakovane vyzdvihujeme význam kontinuálneho neinštitucionálneho vzdelávania, v ktorom má významné miesto získavanie nových vedomostí individuálnym štúdiom literatúry. Snažime sa, aby nás časopis prinášal dostatok rôznych údajov, ktorých osvojenie prispieje k Vášmu osobnému odbornému rastu.

V súčasnej dobe sa prudkým tempom hromadia nové údaje vo všetkých odboroch medicíny a v ošetrovateľstve. Ich racionálne využitie v zdravotníckej praxi je stále náročnejšie. Jednu z bariér predstavuje aj dostupnosť a možnosť získavať nové informácie. Napriek všetkému len sústavne sa vzdelávajúci zdravotnícky pracovník môže udržať na úrovni súčasných požiadaviek svoju odbornosť. Musí využívať všetky edukačné formy a organizované odborné podujatia a sústavne ich dopĺňovať individuálnym štúdiom. Je to náročná úloha a jej splnenie brzdia často rôzne prekážky, napr. interpersonálne vzťahy na pracovisku, prístrojové a materiálové

vybavenie pracovísk, nedostatok finančných prostriedkov a pod. A ni takéto prekážky by však nemali byť dôvodom, aby sme prestali využívať ponúkané možnosti. Aj v budúcnosti bude úroveň nášho zdravotníctva a zdravotnej starostlivosti závislá v prvom rade od odborného a etického profilu zdravotníckych pracovníkov. Je vecou našej cti, ale aj povinnosťou, aby sme sledovali vývoj v hromadení nových poznatkov a vývoj, ktorým sa udržanie a podpora zdravia v našej krajine ubera.

Ak prispieje nás časopis len malou mierou ku skvalitneniu práce zdravotníckych pracovníkov, splní jeho vydávanie svoj cieľ. K tomu je, pravda, okrem uvedeného potrebné podieľať sa aj na získavaní sponzorských príspevkov nevyhnutných na čiastočné krytie jeho vydavateľských nákladov. V tomto smere sú organizačné zložky Slovenskej lekárskej spoločnosti združujúce stredných zdravotníckych pracovníkov časopisu veľa dlžné. Apelujeme na všetkých členov a na výbory odborných spoločností a sekcií, aby zvýšili podstatne svoju aktivitu v tomto smere. Prajeme všetkým úspechy aj v tejto práci!

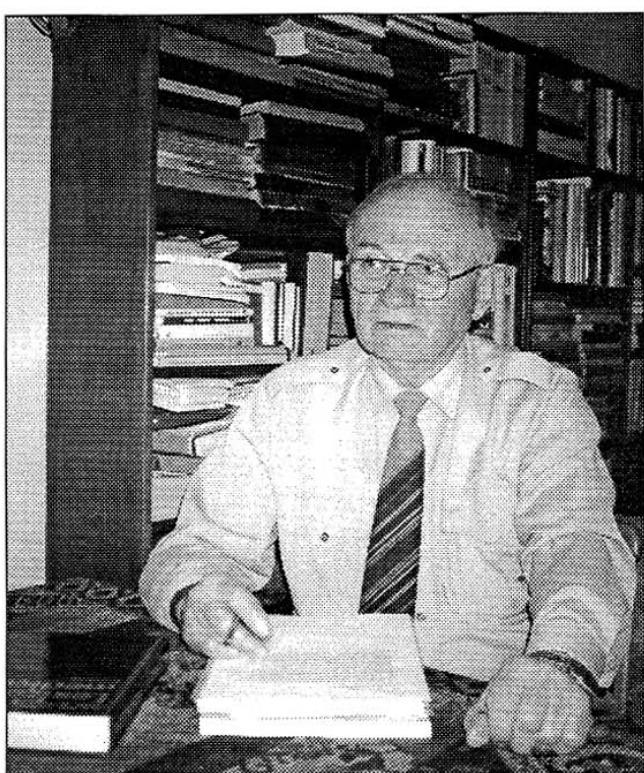
Len zvýšením pracovného úsilia členov redakcie a redakčnej rady a zvýšením aktivity členov organizačných zložiek SZP a ich výborov možno dosiahnuť zvýšenie úrovne časopisu, čo je trvale našim cieľom.

Prof. MUDr. G. Čierny, DrSc.  
vedúci redaktor

## Prof. MUDr. Gustáv Čierny, DrSc. sedemdesiatpäťročný

Narodil sa 19. januára v Bodorovej v okrese Martin. Vysokoškolské štúdiá ukončil na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave v r. 1951. Od promócie až do odchodu do dôchodku jej ostal verný a pracoval na jej Anatomickom ústave v rôznych funkciách, od r. 1962 ako jeho vedúci do r. 1986. Habilitoval v r. 1968 a za profesora ho vymenovali v r. 1973. Svoju erudíciu si zvyšoval pobytom na rôznych odborných pracoviskach, najmä u prof. Borovanského v Prahe. Vedecky sa orientoval na neuroanatómiu, publikoval množstvo odborných prác a prednášal na mnohých domácich i zahraničných odborných fórách. Vychoval celý rad odborníkov, z ktorých viaceri dnes zastávajú vedúce funkcie na anatomických pracoviskach a právom hovoria o anatomickej škole prof. Čierneho. Veľa rokov pôsobí v lekárskych spoločnostiach anatomického zamerania, československých a neskôr slovenských, je čestným členom viacerých zahraničných spoločností. Zastával najvyššiu funkciu v Slovenskej lekárskej spoločnosti a viacero rokov ju viedol ako predsedu. Venoval aj veľkú pozornosť sestrám a zdravotníckym pracovníkom technických odborov. V r. 1994 založil nás časopis a dodnes je jeho vedúcim redaktorom. Zaslúžil sa o zvyšovanie jeho odbornej úrovne, usmerňovanie jeho činnosti a vytvoril okolo seba usilovný a priateľký redakčný kolektív.

Vzácnemu vedcovovi, poprednému slovenskému lekárovi, pedagógovi a dobrému človeku s vďakou za vykonanú prácu do budúcich rokov želajú dobré zdravie, tvorivý elán, osobnú a rodinnú pohodu a blahoželajú k významnému životnému jubileu kolektív redakcie, redakčná rada a vydavateľ.



# Editorial

S. Dluholický  
Klinika detí a dorastu NsP F. D. Roosevelta  
v Banskej Bystrici

## Problémy ošetrovateľstva detí na rozhraní tisícročia

Pediatria ako klinická disciplína sa dosť podstatným spôsobom odlišuje od ostatných odborov medicíny. Jej prív a zásadnú odlišnosť determinoval už jej vznik. Pediatria začala nie v nemocniach a pri chorých, ale v sirotincoch, v starostlivosti o deti opustené, zanedbané, hladné. Poskytovanie základných potrieb, psychických, telesných, náhrada rodiny a následne liečba chorôb sa nesú celým vývojom tohto odboru, ktorý si už pri svojom vzniku ponechal holistický pohľad na dieťa, jeho potreby v rovine psycho-somaticko-sociálnej. Až roky potom sa tento prístup stal definíciou zdravia Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) - zdravie je stav duševnej, somatickej a sociálnej pohody (či rovnováhy). Druhou charakteristikou pediatrie je ošetrovateľstvo v najširšom zmysle slova: Dieťa potrebuje starostlivosť nielen v rovinách uvedených vyššie. Starostlivosť musí zahrňovať rodinu, ktorá tvorí základ istôt dieťaťa. Nejestvuje „zdravé dieťa v chorej rodine“ - v „chorej spoločnosti“. Týmto faktom nadobúda starostlivosť o dieťa celospoločenský rozmer a medzinárodné či globálne zamerania. Svetová pediatrická spoločnosť (International Pediatric Association - IPA), združujúca pediatrické spoločnosti jednotlivých štátov sveta, úzko spolupracuje s OSN, SZO, UNICEF, definujúc globálne problémy zdravia novej generácie, prevenciu globálnych zdravotných problémov vyspelého či tretieho sveta, zaisľujúc výživu, profylaxiu, vakcináciu, ochranu a celosvetové riešenie globálnych problémov. Charitatívna činnosť, riešenie ekonomických problémov, výchova, výučba sú plne implementované v tomto ošetrovateľskom prístupe. Problémy ošetrovateľstva veľmi presne reflekujú stav spoločenského vývoja a je potrebné poznať tento problém jednak v rovine globálnej - celosvetovej a poznať ho aj v konkrétnej podobe vlastnej krajiny.

Dvadsaťte storočie prinieslo od svojho začiatku doposiaľ nebyvalý rozmach všetkých vedných odborov, spolu s vedecko-technickým a spoločenským pokrokom. Problematika zdravia detskej populácie veľmi presne reflektovala tento vývoj. Dominantným problémom ošetrovateľstva a starostlivosť o dieťa v prvej polovici 20. storočia boli nesporné infekčné ochorenia - klasické infekčné choroby, tuberkulóza, akútne ochorenia tráviaceho ústrojenstva, ktoré boli príčinou smrti miliónov detí. Dojčenecká úmrtnosť vo svete sa pohybovala v prvej polovici 20. storočia medzi 200-400 z tisíc živonarodených detí (200-400 %). Základné objavy vo fyziológii vnútorného prostredia (Gamble, Darrow, Holt), objav antibiotík, prvé

úspešné celoplošne použité vakcíny, hygiena vody, prostredia, zavedenie modernej umelej výživy, viedli v 40 - 50 rokoch k výraznému poklesu úmrtnosti a aj chorobnosti na uvedené „klasické“ detské choroby. Dojčenecká úmrtnosť vo vyspelých štátach sveta klesá na hodnoty 20 - 30 promile - Československo v tej dobe bolo na štvrtom mieste svetového rebríčka Celopopulačná, vyše 98 % začkovanosť prakticky eliminovala klasické infekčné ochorenia - detská obrna, novorodenecký tetanus, dištéria sa u nás nevyskytli od roku 1962, po zavedení očkovania proti rubbole, morbilám a parvitide poklesol výskyt týchto ochorení len na sporadickej prípady.

V spektri problémov modernej pediatrie 70. rokov sa v hospodársky vyspelých štátach sveta (aj v SR) dominantne vynorila problematika perinatologickej patológie - problém prematurity, vrodenných chýb, stúpa percento výskytu autoimúnnych ochorení, ochorenie srdca, ciev, obličiek a ďalších orgánov a systémov u detí tak, ako u dospelej populácie. Vyžaduje sa to rozvoj špecializovaných pediatrických služieb - kardiologie, alergologie, nefrologie a ďalších. Rozvoj týchto disciplín čoraz viac akceptuje poznanie, že dieťa nie je zmenšenina dospelého, že vývojová anatómia a fiziológia rastúceho dieťaťa sú tak špecifické, že si vyžadujú pediatrickú špecializáciu - nielen v odborných službách, ale, a to dominantne, aj v primárnej starostlivilosti. Celý rad ochorení, ktoré sa riešia na úrovni primárneho kontaktu si vyžadujú tým špecifikejší prístup, čím je dieťa mladšie. Základom práce primárnej pediatrickej starostlivilosti sa stáva aktívna starosť o zdravú mladú generáciu. Začína prehliadkou pri príhode matky s novorodencom z pôrodnice. Preventívne prehliadky zabezpečujú správnu výživu, sledovanie psychomotorického vývoja, D-vitamínovú profylaxiu, skríning vrodenných latentných porúch (luxácie bedrových kĺbov, hypotyreóza, fenylketonúria a ī.), detekciu iných odchýlok zdravia a starostlivosť o rodinu a jej sociálne zázemie. Tak žiadana funkcia „rodinného lekára“ u dospelých sa v pediatrii týmto už dávno realizovala. Nositeľom celej komplexnej starostlivilosti musí byť obvodný pediatr - dnes praktický lekár pre deti a dorast. Špecializované služby, nemocnice, až po špičkové kardiochirurgické zariadenia, či iné - sú na to, aby doriešili ním zistené odchýlky zdravia, anomálie a pomáhali mu zabezpečiť kvalitu života dieťaťa a jeho rodiny.

Posledných dvadsať rokov dvadsiateho storočia zmenilocharakter problémov sveta a s ním aj charakter detskej morbidity.

Ubúda „klasických“ pediatrických ochorení, do popredia sa dostávajú problémy zdravotno-spoločenské. Konzumný spôsob života prináša zmeny hodnotových systémov. Zjavujú sa nové diagnózy - syndróm týraného a zanedbaného dieťaťa (CAN - Child Abused and Neglected). Problémy puberty, drogová závislosť, samovražednosť, tučnota začínajú dominovať v patológii starších detí a dorastu. Sociálna nerovnováha spoločnosti plodí deti z nekompletných rodín s následnými maladaptáčnymi poruchami zdravia a správania. Ekonomický tlak na rodiny vedie k oslabeniu ich integračnej funkcie. Život detí v partiách prináša so sebou promiskuitu, citový chlad, sexuálne prenášané choroby. Výživa sa stáva jednostrannou, pribúda tučnosť či nechutensť. V sídiskách veľkomiest, z ktorých mnohé pripomínajú neslávne známe ghetá a chatrčové osady, sa deti stávajú opustenou lacnou pracovnou silou, šíri sa detská prostitúcia, zneužívanie v najširšom zmysle slova.

Samostatnou kapitolou je problematika „dieťa a vojna“ - ako najťažšia forma frustrácie v početných konfliktoch dnešnej doby (Bosna, Zaire, Uganda, Kosovo). Pediatria sa integruje do týchto problémov spoločne s ostatnými humanitnými svetovými organizáciami.

V aprili 1994 z iniciatívy bývalého prezidenta USA J. Cartera bolo v Atlante predolympijské stretnutie expertov sveta - dominantne pediatrov na tému: „Dieťa na prvom mieste - slub Atlanty“. Základnou tézou bolo definovať a zlepšiť hmatateľným spôsobom podmienky života detí na celom svete. Základná myšlienka: „každé dieťa chcené, zdravé, milované, chránené, edukované“ dovolila pracovným skupinám 180 expertov všetkých oblastí (vrátane Slovenskej republiky), definovať okruhy problémov dneška: Dieťa v strede pozornosti (chcené, zdravé, ... atď.) bude také, ako bude na tom jeho rodina. Rodina sa nachádza v komuniti (obci), komunita je v regióne, región v krajinе (územnej oblasti), krajina v štáte, štát v medzinárodnom spoločenstve. Každá z uvedených sfér musí realizovať svoje úlohy pri starostlivosti o dieťa, najmä starostlivosti o psycho-somaticko-sociálne blaho. Účasť na tomto zasadnutí mala Svetová banka, výbor UNICEF, UNESCO, SZO, CDC a osobne manželka prezidenta USA H. Clintonová. Odpočet úloh bude pri olympiáde r. 2000 v Sydney.

Ďalším kongresom na podobnú tému bol svetový kongres „Children in Community 2000+“ v Jeruzaleme (júl 1997), ktorý sa zaoberal úlohami komunit pri protekcií a podpore zdravia detí. Opäť sa vyzdvihli úlohy komunity a rodiny v integrovanej starostlivosti o mladú generáciu. Pediatria sa stáva odborným garantom a koordinátorom takýchto aktivít. Dvadsaťdruhý medzinárodný pediatrický kongres v Amsterdame (august 1998) na plenárnych

zasadnutiach a v sekciách riešil zmienené zdravotno-sociálne problémy pediatrickej ošetrovateľskej starostlivosti konca tohto milenia.

Hovoriac o uvedených problémoch sa určite bude mnohým čitateľom zdáť, že ide o problémy vzdialé našim podmienkam. Že sú to problémy ľudí bud tzv. tretieho sveta, či exponovaných „veľkomiest“ vyspelého sveta. Nie je tomu tak: Problém drog sa stal epidémiou aj v našich mestách. Niet týždňa, v ktorom by sme nemuseли bojať o život detí, ktoré sa pokúsili o samovraždu. Rastie počet detí s funkčnými poruchami zdravia - bolesti hlavy, brucha, dráždivé hrubé črevo ... Psychológ je veľmi vyťaženou integrálnou profesiou na detských oddeleniach. V primárnej starostlivosti pribúda detí z rozvrátených, dysfunkčných rodín. Percento rodín s pozitívnym skóre sociálneho rizika dieťaťa stúpa. Žiada sa rozšíriť možnosti návštievnej služby v rodinách. Zriadíť egentúry domácej ošetrovateľskej pediatrickej starostlivosti ADOPS. Populačný prírastok, hlavne bieleho plemena výrazne a kontinuálne klesá. Rómske etnikum, naproti tomu, súc si vedomé „zisku“ z podpory rodiny štátom, má prírastok dokonca výšší. Sú u nás okresy s viac ako 25 % prírastkom rómskej populácie. Treba zdôrazniť, že na tom by nebolo nič, ak by nešlo práve o plne sociálne odkázanú a cielene nezamestnanú populáciu (dieťa je „živiteľ rodiny“ z prídatkov). Nepriaznivá štruktúra populácie začína štátne rozpočet a znižuje sociálne istoty populácie. A kruh sa uzaviera...

Nie je ani nebolo cieľom tohto editoriálneho článku prezentovať negatívnu výzvu spoločnosti pred začiatkom tretieho milenia. Je však potrebné uvedomiť si roztvárajúce sa nožnice: obrovský vedný a medicínsky pokrok na jednej strane (génová mapa, imunologické objavy, transplantácie orgánov, liečba nádorov, genetické inžinierstvo, farmakológia a ď.). a na druhej strane nárast súčtu sociálno-spoločenských problémov v rozvojových aj rozvinutých štátach sveta. Základným cieľom ošetrovateľstva v pediatrii a pediatrie samotnej je prispievať k zdravému rozvoju novej generácie. Je preto potrebné realizovať pokroky medicíny na strane jednej, ale - a to nemenej - zabezpečiť slub Atlanty na strane druhej. Táto úloha je nad možnosti a rámcem pediatrie samotnej. Je to úlohou vlád a mimovládnych inštitúcií a organizácií, obcí a osobitne aj každej rodine. V zmysle deklarácie IPA a SZO pediatria musí byť angažovaným odborným garantom týchto aktivít, tak, aby každý jedinec mal možnosť prežiť kvalitný život v zmysle definície SZO.

Do redakcie došlo:  
20. októbra 1998

Adresa autora:  
Prof. MUDr. S. Dluholucký, CSc.  
Nám. arm. gen. Svobodu č. 1  
975 17 Banská Bystrica

# Pôvodné práce

M. Ondriášová  
Katedra psychiatrie Slovenskej  
postgraduálnej akadémie medicíny  
v Bratislave

## Pacient s demenciou v rodine - sonda do problémov neformálnych opatrovateľov

**Súhrn:** Bremeno záťaže neformálnych opatrovateľov pacientov s demenciou vyššieho veku je veľmi vysoké a týka sa rôznych oblastí života. Práca informuje o výsledkoch dotazníkového šetrenia, ktorého cieľom bolo zobraziť problémy týchto ľudí.

stupňa, 1 - demencia ľahkého stupňa. Kompletne vyplnených dotazníkov bolo 54.

**Kľúčové slová:** demencia, neformálni opatrovatelia.

### Úvod

Každá zmena prostredia prináša so sebou potrebu novej adaptácie. Vo vyššom veku je tento proces menej pružný, často problematický, tým náročnejší je pre pacientov so stareckými demencia mi rôznej etiологии, ktorí majú narušené pamäťové a poznávacie funkcie psychiky. To je jedna z príčin, prečo napr. pri hospitalizačiach týchto pacientov sa často zhoršujú, event. zvýrazňujú ich psychické poruchy. Pri ošetrovaní pacientov s demenciou je preto snaha vytvoriť stabilné životné prostredie bez výkyvov a bez zmien ľudí v bezprostrednom okoli. Toto možno dosiahnuť čo najdlhším udržaním pacienta v dôverne známom domácom prostredí, v starostlivosti najčastejšie blízkych príbuzných (neformálni opatrovatelia). Starostlivosť o nesebestačného starého človeka je veľmi náročná a stáva sa ešte ťažšou, keď sa pridružia príznaky demencie. Opatrovatelia sú vystavení mimoriadnej záťaži v oblasti emočnej, sociálnej, fyzickej aj finančnej. Snažili sme sa o sondu do problémov neformálnych opatrovateľov pacientov s demenciou a tu prezentujeme jej výsledky.

### Metodika

Zvolila som dotazníkovú metódu. Neformálni opatrovatelia pacientov so stareckou demenciou v anonymných dotazníkoch odpovedali na 30 otázok, ktoré sa týkali demografických údajov, ťažkostí telesných a psychických. Dotazníky boli podávané v ambulanciach psychiatrov a gerontopsychiatrov, ktorí prejavili záujem o spoluprácu, v rôznych oblastiach Slovenska. Podľa závažnosti demencie som pacientov klinicky rozdelila do troch skupín. Označenie 3 - demencia ťažkého stupňa, 2 - demencia stredného

### Výsledky a diskusia

Priemerný vek, vekový rozptyl, pohlavie opatrovateľa, vzťah pacientov k opatrovateľovi a potrebu celodennej starostlivosti ukazujú tab. 1, 2, 3.

Priemerný vek neformálneho opatrovateľa bol 48,75 roka, pričom väčšinu tvorili ženy.

Podľa očakávania je najvyššia potreba celodennej starostlivosti v skupine najťažších demencií (skupina 3). Ak v tejto súvislosti sledujeme údaje z tab. 4, ktorá informuje o tom, či je opatrovateľ zamestnaný, zistujeme, že polovica opatrovateľov je zamestnaná, a to aj v skupine najťažších pacientov, ktorí potrebujú celodennú starostlivosť.

Priemer dĺžky opatrovania bol 3,7 roka, u najťažších demencií až 4,45 roka, čo je vzhľadom na dobu rozvoja poruchy pochopiteľné a upozorňuje na dlhodobú záťaž, ktorej je opatrovateľ vystavený (tab. 5).

Snažila som sa zistiť, ktoré z porúch vyskytujúcich sa pri demencii považovali opatrovatelia za najväčší problém. Respondenti mali možnosť vybrať si 3 odpovede z 12 predložených, alebo uviesť vlastnú odpoveď. Najčastejšie považovali za hlavný problém poruchy pamäti, úbytok rozumových schopností a nepokoj (tab. 6).

Pri zvládaní záťažových situácií je mimoriadne dôležitá sociálna opora a pomoc. Mojm respondentom sa dostávalo pomoci v 37 prípadoch z 54, pričom väčšinou sú to iní príbuzní. Pomerne málo je pociťovaná pomoc zo strany zdravotníckych zariadení a samosprávy (tab. 7).

Ak som zisťovala, či bol pacient hospitalizovaný v psychiatrickom zariadení, väčšina odpovedala súhlasne. Za najčastejšiu príčinu psychiatrickej hospitalizácie bola označená potreba diagnostiky a nepokoju pacienta (tab. 8).

Respondenti boli vyzvaní, aby zhodnotili svoj vlastný zdravotný stav a čiastkové zdravotné problémy. Prehľad je v tab. 9, 10, 11, 12, 13.

Súhrnnne možno povedať, že u opatrovateľov sa často vyskytova-

li poruchy spánku, bolesti hlavy, nervozita. Polovica respondentov mala pocit, že starostlivosťou o pacienta sa zanedbáva niečo iné, rovnako dôležité (tab. 14). Často sa vyskytovali obavy z budúcnosti (tab. 15).

Pocity osamelosti v našom súbore výrazne vyjadrené neboli (tab. 16). Súvisí to zrejme s podporou príbuzncestva, ako som uviedla v tab. 7.

**Tabuľka 1. Priemerný vek, vekový rozptyl, pohlavie opatrovateľa**

Počet	54		3 27	2 16	1 11
Priemerný vek opatrovateľa v rodine	48,75		51,44	46,37	45,63
Vekový rozptyl v rokoch	24-78		25-78	24-75	34-59
Pohlavie opatrovateľa	Ž 44	M 10			

**Tabuľka 2. Pacienti podľa vzťahu k opatrovateľovi**

Opatovalený je	matka	20
	iný príbuzný	11
	otec	9
	manžel	9
	bez príbuzenského vzťahu	4
	manželka	1
	spolu	54

**Tabuľka 3. Potreba celodennej starostlivosti**

Celodenná starostlivosť	Počet	3	2	1
Áno	39	23	10	6
Nie	15	4	6	5

**Tabuľka 4. Zamestnanie opatrovateľa**

Zamestnany opatrovateľ	Počet	3	2	1
Áno	27	13	8	6
Nie	27	14	8	5

**Tabuľka 5. Trvanie opatrovania**

Trvanie opatrovania	Počet	3	2	1
Mesiace	11	8	2	1
Rok	9	4	1	4
Niekol'ko rokov	34	15	13	6
Priemer v rokoch	3,7		4,4	3,3 2,6

**Tabuľka 6. Najväčší problém pri opatruvaní zo strany pacienta**

Najväčší problém	Počet	3	2	1		
Poruchy pamäti	28	Poruchy pamäti	16	Úbytok rozumových schopností	9	Úbytok rozumových schopností
Úbytok rozumových schopností	23	Nepokoj	13	Nespavosť	8	Poruchy pamäti
Nepokoj	21	Únik moča, stolice	9	Nepokoj	8	Nezáujem o okolie
Nespavosť	13	Úbytok rozumových schopností	8	Poruchy pamäti	6	Zanedbávanie hygieny

**Tabuľka 7. Pomáha niekto opatrovateľovi?**

Niekto pomáha	Počet	3	2	1
Áno	37	17	14	6
Nie	17	10	2	5

**Poznámka:** Pomáhajú: iní príbuzní 31, zdravotnícke zariadenie 6, priatelia 2, samospráva 1

**Tabuľka 8. Príčina psychiatrickej hospitalizácie**

Počet	3	2	1		
Diagnostika	17	Nepokoj	11	Diagnostika	5
Nepokoj	16	Diagnostika	7	Nepokoj	5
Agresivita	6	Agresivita	4	Nespavosť	2
Nespavosť	8	Nespavosť	4	Agresivita	2
Hospitalizácia nebola	11	Hospitalizácia nebola	4	Hospitalizácia nebola	5
				Hospitalizácia nebola	2

**Tabuľka 9. Zdravotný stav opatrovateľa**

Zdravotný stav	Počet	3	2	1
Dobrý	20	7	9	4
Zlý	2	2	0	0
Uspokojivý	15	8	2	5
Zhoršený	17	10	5	2

**Tabuľka 10. Problémy s vlastným spánkom**

Problémy so spánkom	Počet	3	2	1
Áno	23	14	7	2
Nie	31	13	9	9

**Tabuľka 11. Bolesti hlavy**

Bolesti hlavy	Počet	3	2	1
Áno	31	18	8	5
Nie	23	9	8	6

**Tabuľka 12. Nervozita**

Nervozita	Počet	3	2	1
Áno	37	21	10	6
Nie	17	6	6	5

**Tabuľka 13. Zmena telesnej hmotnosti**

Zmena telesnej hmotnosti	Počet	3	2	1
Áno	43	22	13	8
Nie	11	5	3	3

**Záver**

Cieľom práce nebola snaha o vyvodenie istých vzťahov medzi ľakosťami a problémami opatrovateľov a starostlivosťou o dementného pacienta. Skôr som sa snažila mapovať problémy tejto skupiny ľudí. Vzhľadom na predĺžovanie ľudského veku možno očakávať, že sa rozšíri počet pacientov s demenciou, ktorých stav si bude vyžadovať opatruť inou osobou. Rodiny majú často snahu postarať sa o svojich chorých členov, ale náročnosť tejto činnosti môže byť nad ich sily. Preto by sa opatrovanie dementného pacienta v rodine

**Tabuľka 14. Zanedbávanie niečoho iného**

Zanedbané niečo iné	Počet	3	2	1
Áno	29	19	5	5
Nie	25	8	11	6

**Tabuľka 15. Obavy z budúcnosti**

Mám obavy z budúcnosti	Počet	3	2	1
Áno	28	16	6	6
Nie	26	11	10	5

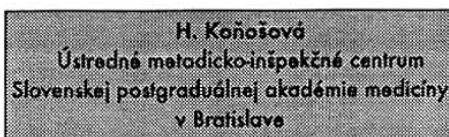
**Tabuľka 16. Pocity osamelosti**

Pocity osamelosti	Počet	3	2	1
Áno	19	10	6	3
Nie	35	17	10	8

nemalo považovať za samozrejmosť, aj s určitým moralizujúcim podtónom, ale neformálne opatrovateľia by mali dostať dostatočnú podporu (napr. formou odbornej asistencie, pravidelných krátkodobých „prázdnin“, zdravotnej výchovy), aby mali možnosť odpočinku a regenerácie v ich každodennej 24 hodinovej službe.

Do redakcie došlo:  
1. decembra 1998

Adresa autorky:  
MUDr. M. Ondriášová  
Ružinovská ul. č. 6  
826 06 Bratislava



## Model funkčných vzoriek zdravia

**Súhrn:** V ošetrovateľstve sú známe mnohé prístupy, teórie a modely, ktoré sú čo najpresnejšie snažia charakterizať úlohu ošetrovateľstva a pomáhajú sestrám pri posudzovaní zdravotného stavu pacienta. Ošetrovateľské modely a teórie sú vo svojich prístupoch často veľmi odlišné, napr.: Oremovej model sebaopatery, Royovej adaptačný model, Johnsonovej behaviorálnej systémový model. Táto rôznosť umožňuje bližšie zameranie na určitú skupinu problémov pacienta. Zároveň ale vyvstáva aj potreba zjednocujúceho, komplexnejšieho prístupu. Takýmto prístupom je model funkčných vzoriek zdravia americkej autorky M. Gordonovej. Vzorku definuje ako úsek správania v určitom čase. Funkčné vzorky zdravia

súvisia so zdravím ľudu, kvalitou života, rozvojom schopností človeka, a dosiahnutím ľudského potenciálu. Týkajú sa údajov z oblasti: vnímania zdravia - riadenia zdravia, výživy - metabolizmu, vyučovania, aktivity - cvičenia, spánku - odpočinku, poznávania - vnímanie, vnímania seba - predstavy o sebe, roly - vzťahov, reprodukcie - sexuality, prispôsobenia sa - zvládanie stresu a hodnotovej orientácie - náboženského presvedčenia. Gordonovej model sa využíva aj ako systém pri klasifikácii ošetrovateľských diagnóz.

**Kľúčové slová:** ošetrovateľstvo, ošetrovateľský model, vzorka zdravia, ošetrovateľská diagnóza.

V ošetrovateľstve poznáme viacero prístupov, teórií, modelov, ktoré pomáhajú sestrám pri posudzovaní zdravotného stavu pacienta. Komponentmi biomedicínskeho modelu boli jednotlivé systémy: kardiovaskulárny, respiračný, gastrointestinálny, neuromuskulárny, endokrinný a ďalšie.

Ošetrovateľské teórie a modely sú vo svojich prístupoch od seba často veľmi odlišné (tab. 1). Rozličnosť uvedených modelov ošetrovateľskej starostlivosti umožňuje pristupovať presnejšie k určovaniu a zisťovaniu potrieb pacientov, ale zároveň vyvstáva aj potreba zjednocujúceho komplexnejšieho prístupu. Takýmto prístupom je model funkčných vzoriek zdravia. Autorkou modelu funkčných vzoriek zdravia je M. Gordonová. Narodila sa v Clevelande, Ohio, USA. Ošetrovateľstvo začala študovať v New Yorku na Mount Sinai Hospital School of Nursing. Bakalársky a magisterské vzdelenie získala na Hunter College of City University of New York. Doktorát obhájila na Boston College z oblasti diagnostiky. M. Gordonová je profesorkou a koordinátorkou pre ošetrovateľstvo dospelých na Boston College, Chestnut Hull, Massachusetts. Je prezidentkou North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) a členkou Americkej ošetrovateľskej akadémie (American Academy of Nursing).

M. Gordonová vo svojom modeli vychádzala z tvrdenia, že väčšina ľudia majú spoločné určité funkčné vzorky, ktoré súvisia s ich združím, kvalitou života, s rozvojom ich schopností a dosiahnutím ľudského potenciálu. Posúdenie vzoriek zdravia umožňuje sestre určiť funkčné, dysfunkčné vzorky, prípadne určiť ošetrovateľskú diagnózu.

Vzorku definuje ako úsek správania v určitom čase. Vzorky, ktoré sú dysfunkčné, môžu neskôr viesť k ochoreniu. V modeli funkčných vzoriek zdravia sa prvá časť ošetrovateľského procesu, počiatok zberu informácií, zakladá na jedenástich funkčných vzorkách zdravia. Tieto reprezentujú okruh základných ošetrovateľských údajov. Ošetrovateľská anamnéza obsahuje subjektívne údaje, získané pozorovaním a vyšetrením. M. Gordonová každú vzorku presne definuje.

#### 1. Vnímanie zdravia - riadenie zdravia

Vzorka opisuje klientovo vnímanie zdravia a pohody ako aj to, ako sa o vlastné zdravie stará. Obsahuje vnímanie stavu zdravia, ako zodpovedá bežnej aktivite a plánom do budúcnosti, celkovú úroveň starostlivosti o zdravie, ako je dodržiavanie mentálnych a fyzických preventívnych zdravotných činností, lekárskych, ošetrovateľských nariadení a ďalšej starostlivosti.

#### 2. Výživa - metabolizmus

Vzorka opisuje spotrebú jedla a tekutín vzhľadom na metabolickú potrebu. Obsahuje individuálne stravovacie návyky, časové rozdenie stravovania, typ a kvalitu jedla, preferovanie určitého druhu jedál, používanie výživných a vitamínových náhrad. Zahŕňa informácie o poškodení kože, schopnosti hojenia a o kvalite kože, vlasov, nechtor, sliznic, zubov, o telesnej teplote, hmotnosti a výške.

#### 3. Vylučovanie

Vzorka opisuje funkciu vylučovania črev, močového mechúra a kože. Obsahuje informácie o individuálnom pocíťovaní pravidelnosti vyprázdnovania, používanie laxancií pre vyprázdnovanie črev, iné zmeny a ťažkosti v čase, spôsobe vyprázdnovania, kvalite a kvantite. Ak je to možné, zahŕňa aj informácie o odstraňovaní odpadu (rodina, komunita).

#### 4. Aktivita - cvičenie

Vzorka opisuje aktivity, cvičenie, trávenie voľného času a oddychu. Obsahuje informácie o aktivitách denného života (či im zodpovedá energetický výdaj), o udržiavaní hygieny, príprave jedál, naku-

povani, stravovaní, práci a vedení domácnosti. Je tu aj typ, kvalita a množstvo cvičenia vrátane športu, spôsob trávenia voľného času - oddychové aktivity (sám alebo v spoločnosti iných ľudí).

#### 5. Spánok - odpočinok

Vzorka opisuje spánok, oddych, relaxáciu. Informuje o spánku a oddychu počas 24 hodín, pocíťovanie kvality a množstva spánku a oddychu, pocíťovanie dostatku energie. Zahŕňa informácie o pomôckach, napr.: lieky, návyky a ďalšie.

#### 6. Poznávanie - vnímanie

Informácie opisujú vnemové a poznávacie vzorky. Obsahujú adekvatnosť zmyslových vnemov: zrak, sluch, čuch, chuť, hmat a v prípade ťažkostí ako je kompenzovaný, nahradzany určitý zmysel. Vzorka informuje o vnímaní bolesti, čím ju človek tlmí. Zahŕňa i poznávacie schopnosti ako reč, pamäť, schopnosť rozhodovať sa.

#### 7. Vnímanie seba samého - predstava o sebe

Vzorka opisuje vnímanie samého seba, predstavu o sebe. Obsahuje postoj k sebe, vnímanie vlastných schopností (rozumových, citových alebo fyzických), obraz o sebe (image), identitu, spôsob držania tela, pohybu, kontakt očami, hlas, rečové vzory.

#### 8. Rola - vzťahy

Informácie opisujú roľové a vzťahové vzorky. Obsahujú vnímanie hlavných rolí v bežných životných situáciách, spokojnosť alebo nespokojnosť v rodinných, pracovných alebo sociálnych vzťahoch a so zodpovednosťou, ktorá z nich vyplýva.

#### 9. Reprodukcia - sexualita

Informácie opisujú vzorky reprodukcie a sexuality, spokojnosť, zmeny v sexualite alebo sexuálnych vzťahoch a reprodukciu. Obsahuje informácie o reprodukčnom stave žien (fertilita, prae-, postmenopauza) a o problémoch v tejto oblasti.

#### 10. Prispôsobenie sa - zvládanie stresu

Informácie opisujú vzorku celkového prispôsobenia sa a efektivnosť pri zvládnaní stresu. Zahŕňa rezervu alebo kapacitu odolávať zmenám smerujúcim k integrite, spôsob a zvládnutie stresu, rodinu alebo iné podporné systémy a pocíťovanie schopnosti kontrolovať a riadiť situáciu.

#### 11. Hodnotová orientácia - náboženské presvedčenie

Informácie obsahujú vzorku hodnôt, cieľov alebo viery - presvedčenia (vrátane duchovnej), ktoré riadia výber a rozhodovanie. Obsahuje informácie o tom, čo je v živote pocíťované ako dôležité a konflikty v oblasti hodnôt, náboženského presvedčenia alebo očakávania v súvislosti so zdravím.

Z týchto definícií vychádza ošetrovateľská anamnéza. Autorka ku každej vzorke vypracovala súbor otázok, pozorovanie a vyšetrenie pre získanie informácií o jednotlivých vzorkách. Otázky zohľadňujú či je klientom jednolivec, rodina alebo komunita. Otázky, vyšetrenia a pozorovania slúžia pre skríning. Ak informácie naznačujú prítomnosť nejakého problému, dysfunkcie, sú potrebné ďalšie otázky, vyšetrenia, pozorovania. Otázky kladené ústne alebo písomne majú byť stručné. Spôsob kladenia otázok, vedenie rozhovoru má byť individuálne a zodpovedať situácii, v ktorej sa používa.

Vzorky zdravia umožňujú štandardné posúdenie základných údajov bez ohľadu na vek klienta, úroveň starostlivosti alebo ochorenie.

Výhodou vzoriek je, že:

- sú použiteľné bez ohľadu na ošetrovateľskú špecializáciu alebo prostredie, v ktorom sa ošetrovateľská starostlosť poskytuje,
- priamo vedú k ošetrovateľským diagnózam,
- podporujú holistický prístup, zohľadňujú koncepciu interakcie klient - prostredie, vývojové úrovne, prístup v prvom rade zameraný na zdravie, následne na ochorenie,

- sú vodidlom pri zbere informácií od klienta, rodiny, komunity a nimi pociťovaných problémov so zdravím a jeho udržaním.

M. Gordonová neprichádza s novým chápaním ošetrovateľstva, jeho úloh, s novou špecifickou filozofiou. Prichádza so zámerom integrovať niektoré známe, azda najpoužívanejšie prístupy (Oremovej model sebaopatery, Rogersovej teóriu ľudskej bytosťi, Royovej adaptačné teóriu a Johnsonovej behaviorálnej systémový model). Možno povedať, že niektoré z nich v určitých oblastiach aj

dopĺňa a obohacuje. Autorka ponúka štrukturálny model pre uplatnenie týchto teoretických pohľadov. Model funkčných vzoriek zdravia je praktický pre svoju jasnosť a možnosť použitia v rozličnom prostredí ošetrovateľskej praxe, v nemocničnom prostredí, v komunitnej i domácej starostlivosti. Z toho dôvodu to dobre prijímajú aj študenti ošetrovateľstva a našiel i širšie teoretické uplatnenie. Využíva sa aj ako systém pri klasifikácii ošetrovateľských diagnóz (tab. 2).

**Tabuľka 1. Ošetrovateľské teórie a modely**

#### Oremovej model sebaopatery

Všeobecné požiadavky na opateru:

1. Požiadavka dostatočného prívodu vzduchu
2. Požiadavka dostatočného príjmu tekutín
3. Požiadavka dostatočného príjmu potravín
4. Požiadavka starostlivosti v súvislosti s procesom vylučovania
5. Udržiavanie rovnováhy medzi činnosťou a oddychom
6. Udržiavanie rovnováhy medzi samotou a sociálnou interakciou
7. Prevencia rizík ohrozujúcich život a zdravie
8. Podpora činností človeka a jeho rozvoja v súlade s jeho ľudskými a spoločenskými možnosťami

#### Royovej adaptačný model

Adaptačné spôsoby:

1. Fyziologické:
  - a) cvičenie a odpočinok
  - b) výživa
  - c) vylučovanie
  - d) tekutiny a elektrolyty
  - e) kyslík a cirkulácia
  - f) regulácia telesnej teploty
  - g) regulácia zmyslov
  - h) regulácia endokrinného systému
2. Sebauvedomenie:
  - a) fyzické ego
  - b) morálno-etické ego
  - c) sebadôslednosť
  - d) sebaideál, sebanádej
  - e) sebaúcta
3. Plnenie role:
  - a) vyjadrenie
  - b) rolová identita
  - c) očakávania v súvislosti s rolou
  - d) rolové interakcie
4. Vzájomná závislosť:
  - a) kognitívno-afektívne údaje v súvislosti s potrebami ne/závislostí
  - b) citové naplnenie (podpora)

#### Johnsonovej behaviorálnej systémový model

1. Subsystém úspechu
2. Subsystém združovania
3. Agresívno-ochranný subsystém
4. Subsystém závislostí
5. Vylučovací subsystém
6. Ingestívny subsystém
7. Subsystém odpočinku
8. Subsystém sexuality

**Tabuľka 2. Klasifikácia ošetrovateľských diagnóz podľa Gordonovej funkčných vzoriek zdravia (podľa 1)**

#### I. Vnútorie zdravia - riadenie zdravia

- Neefektívne riadenie liečebného režimu
- Narušené udržiavanie zdravia
- Riziko infekcie
- Riziko poranenia
- Riziko traumy
- Riziko otravy
- Nesúhlas (špecifíkuj)
- Zdravý spôsob správania (špecifíkuj)
- 2. Výživa - metabolizmus

Zmenená výživa: riziko väčšieho príjmu ako telesná potreba

Výživa zmenená - väčší príjem ako telesná potreba

Výživa zmenená - menší príjem ako telesná potreba

#### Efektívne dojčenie

- Neefektívne dojčenie
- Prerušené dojčenie
- Neefektívny spôsob výživy dieťaťa
- Riziko aspirácie
- Zhoršené prehľitanie
- Zmenená sliznica úst
- Riziko nedostatku objemu tekutín
- Nedostatočný objemu tekutín
- Nadmerný objem tekutín
- Riziko narušenia celistvosti kože
- Narušenie celistvosti kože
- Narušená celistvosť likanív
- Riziko zmeny telesnej teploty
- Neúčinná termoregulácia

#### Hypertermia

Hypotermia

#### 3. Vylučovanie

- Zápcha
- Pociťovaná zápcha

#### Hnačka

Inkontinencia hrubého čreva

Zmenené vzory vylučovania moču

Funkčná inkontinencia

Reflexná inkontinencia

Stresová inkontinencia

Urgentná inkontinencia

Celková inkontinencia

Retencia moču

#### 4. Aktivita - cvičenie

Riziko pre netolerovanie aktivity

Netolerovanie aktivity

Obmedzená pohyblivosť

Riziko syndrómu z nepoužívania

Únava	Narušenie sebaúcty
Nedostatočná sebaopatéra - kúpanie/hygiena	Chronicky nízka sebaúcta
Nedostatočná sebaopatéra - obliekanie/úprava	Situáčne nízka sebaúcta
Nedostatočná sebaopatéra - jedenie	8. Rola - vzťahy
Nedostatočná sebaopatéra - vyprázdňovanie	Anticipačný smútok
Nedostatok náhradnej aktivity	Dysfunkčný smútok
Neúčinné riadenie domácnosti	Zmenené plnenie role
Neúčinné čistenie dýchacích ciest	Sociálna izolácia
Nedostatočné spôsoby dýchania	Zhoršená sociálna interakcia
Nedostatočná výmena vzduchu	Zmenené vzťahy rodiny
Neschopnosť udržať spontánnu ventiláciu	Riziko zmeneného rodičovstva
Dysfunkčná odpoveď na odstavenie z ventilácie	Zmenené rodičovstvo
Znížený srdcový výdaj	Konflikt v role rodiča
Zmenené (špecifíkuj) prekrvenie tkanív (obličeik, mozgu, srdca, tráviaceho systému, periférie)	Narušená verbálna komunikácia
Riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie	Riziko násilia: smerované na seba - na iných
Dysreflexia	Riziko pre sebaporanenie
Zmenený rast a vývin	9. Sexualita - reprodukcia
5. Spánok - oddych	Sexuálna dysfunkcia
Zmena vzorov spánku	Sexualita, zmenené vzory
6. Poznávanie - vnímanie	Syndróm zo znásilnenia
Bolesť	Syndróm zo znásilnenia: zložená reakcia
Chronická bolesť	Syndróm zo znásilnenia: tichá reakcia
Zmena zmyslového vnímania (špecifíkuj) (zrak, sluch, kinestetika, chut, hmat, čuch)	10. Vyrovnanie sa - tolerovanie stresu
Jednostranné zanedbávanie	Neúčinné vyrovnávanie sa jednotlivca
Nedostatok vedomostí (špecifíkuj)	Vyrovnávanie sa obranné
Zmenené myšlienkové procesy	Neúčinné odmietanie
Narušenie rozhodovania (špecifíkuj)	Narušená adaptabilita
7. Sebapercepcia - sebakoncepcia	Posttraumatická odpoveď
Strach	Syndróm stresu z preloženia
Úzkosť	Vypätie v roli opatrovateľa
Beznádej	Riziko vypätie v roli ošetrovateľa
Bezmocnosť	Vyrovnávanie sa rodiny: možnosť pre rast
Narušený obraz tela	Neúčinné vyrovnávanie sa rodiny: kompromis
Narušenie osobnej integrity	Neúčinné vyrovnávanie sa rodiny: handicap
	11. Hodnoty - viera
	Duchovná tieseň

Literatúra: 1. Gordon, M.: Nursing diagnosis. 3. vydanie, St. Louis, Mosby 1994, s. 63, 79-101. - 2. Carpenito, L. J.: Nursing diagnosis: Application to clinical practice. 3. vydanie, Philadelphia, J. B. Lippincott 1989, s. 2.

Do redakcie došlo:  
16. februára 1999

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

V. Pavurová  
Detská nemocnica v Košiciach

## Vplyv zdravotnej výchovy na kompenzáciu cukrovky u detí

**Súhrn:** Potreba kvalitnej zdravotnej výchovy vystupuje v diabetologii do popredia viac ako v iných odboroch. Jej prínos je predovšetkým v prevencii skorých aj neskorých komplikácií cukrovky

a v skvalitnení života pacientov. Ide o výchovu, vzdelávanie a odozvadzanie informácií pacientom za účelom zlepšenia kompenzácie ochorenia. Cieľom je ovplyvnenie správania pacienta tak, aby lieč

ba jeho ochorenia bola maximálne úspešná. Kvalitná zdravotná výchova vedie u diabetikov k zlepšeniu ich dlhodobej metabolickej kompenzácie, k zníženiu hladiny glykozovaného hemoglobínu, k zníženiu výskytu hypoglykémii a predovšetkým k zlepšeniu subjektívneho pocitu kvality života pacientov s cukrovkou.

**Kľúčové slová:** cukrovka, zdravotná výchova.

Zdravotná výchova detí s cukrovkou sa v Detskej nemocnici v Košiciach uskutočňuje v dvoch rovinách podľa Blaka (1). U ambulantných pacientov prebieha počas návštavy v diabetologickej ordinácii, u hospitalizovaných pacientov prebieha na internom oddelení. Témy sú usporiadane tak, aby zodpovedali na všetky otázky týkajúce sa cukrovky. Prednášky sú určené pacientom s cukrovkou, ako aj ich rodičom.

**Témy zdravotnej výchovy:**

1. Čo je to cukrovka?
2. Inzulín, druhy a účinky.
3. Úprava dávkowania inzulínu v domácich podmienkach.
4. Diéta dieťaťa s cukrovkou, sacharidové jednotky.
5. Hypoglykémia a hyperglykémia, príznaky a možnosti liečby.
6. Cukrovka a akútne ochorenia.
7. Význam dobrej kompenzácie - vplyv na oddialenie neskôrnych komplikácií.
8. Psychologické problémy rodiny a dieťaťa s cukrovkou.

Pacienti s novozistenou cukrovkou sa vzdelávajú podľa jednotného formulára, do ktorého sa zapisuje dátum výchovy a hodnotenie (tab. 1). Zdravotná výchova je takto komplexná, jednotlivé témy na seba nadvádzajú a nenastane vynechanie ani jednej dôležitej témy.

Cieľom zdravotnej výchovy je viesť diabetika k tomu, aby získané vedomosti využil. Je dôležité zvoliť formu, ktorá pacientovi najviac vyhovuje. Môžeme si vybrať z niekoľkých foriem zdravotnej výchovy:

1. Individuálna a skupinová.
2. Úvodná, pokračujúca, hĺbková.
3. Jednorazová, opakovaná.
4. Všeobecná, cielená.

Správnu zdravotnou výchovou sa snažíme dosiahnuť splnenie týchto cieľov:

1. Zlepšenie kompenzácie ochorenia.
2. Zniženie výskytu ťažkých hypoglykémii.
3. Prevenciu neskôrnych komplikácií cukrovky.
4. Zlepšenie subjektívneho pocitu kvality života
5. Vytvorenie pozitívneho vzťahu, disciplinovanosť a spoluprácu s diabetológom, čo sa označuje ako compliance.
6. Zniženie počtu hospitalizácií.

Ukazovatele správnej zdravotnej výchovy sa dajú rozdeliť na merateľné a nemerateľné.

Merateľné ukazovatele:

1. Hladina glykozovaného hemoglobínu menej ako 6,5 mmol fruktózy na gram hemoglobínu.

2. Zniženie výskytu hypoglykémii.

3. Správna hladina cholesterolu, triglyceridov, HDL, LDL (lipoproteinov) v sére.

4. Správny tlak krvi.

Nemerateľné ukazovatele:

1. Zlepšenie celkového stavu.

2. Sebestačnosť.

3. Zlepšenie kvality života.

4. Psychická vyrovnosť.

V oblasti zdravotnej výchovy diabetikov, ale aj ostatných chronicky chorých pacientov sú ešte rezervy. Stále viac vystupuje do popredia potreba profesie sestry s kvalifikáciou v zdravotnej výchove, ktorá by sa mohla venovať komplexnej zdravotnej výchove pacientov.

**Tabuľka 1.**

**IV. Detská klinika výuková základňa SPAM Detskej nemocnice, Moyzesova ul. č. 9, 041 88 Košice, Interné oddelenie**

**Meno pacienta:**.....

**Rodné číslo:**.....

**Dátum prijatia:**.....

Téma	Dátum/ čas Hodnotenie		
1. Čo je cukrovka Regulácia hladiny krvného cukru Úloha inzulínu Príznaky hyperglykémie a ketonúrie			
2. Inzulín Účinok na hladinu krvného cukru Typy a doba pôsobenia Aplikácia inzulínu Miesta vpichu			
3. Hypoglykémia Hyperglykémia Príčina Príznaky Liečba			
4. Diéta			
5. Selfmonitoring, úprava inzulínu v domácich podmienkach Práca s glukometerom Meranie glykozúrie, acetonúrie Úprava dávky inzulínu			
6. Neskôr komplikácie Efekt nedostatočnej kontroly cukrovky			

Hodnotenie:

A - potrebuje opakované vysvetlenie

B - potrebuje praktickú výučbu

C - ovláda

**Literatúra:** 1. Blake, J.: A mentoring program for adolescents with diabetes. The diabetes educator, 23, 1997, č. 6, s. 681-683.

**Do redakcie došlo:**

22. septembra 1998

**Adresa autorky:**

V. Pavurová

Južná trieda č. 38

040 01 Košice

J. Glomba, M. Ilavský, J. Agócsová,  
J. Palacková, M. Hnilicová  
Rádiodiagnostické oddelenie  
NsP v Galante

## Aplikácia artériového stentu pri ischemickej chorobe dolných končatín

**Súhrn:** Autori podrobne opisujú postup pri aplikácii artériového stentu pri ischemickej chorobe dolných končatín. Zaobrajú sa prípravou pacienta pred výkonom a úlohou intervenčného rádiológa a rádiologického asistenta pri samotnej aplikácii. Uvádzajú potrebné inštrumentárium pre výkon potrebnú medikáciu.

**Kľúčové slová:** artériový stent, ischemická choroba dolných končatín.

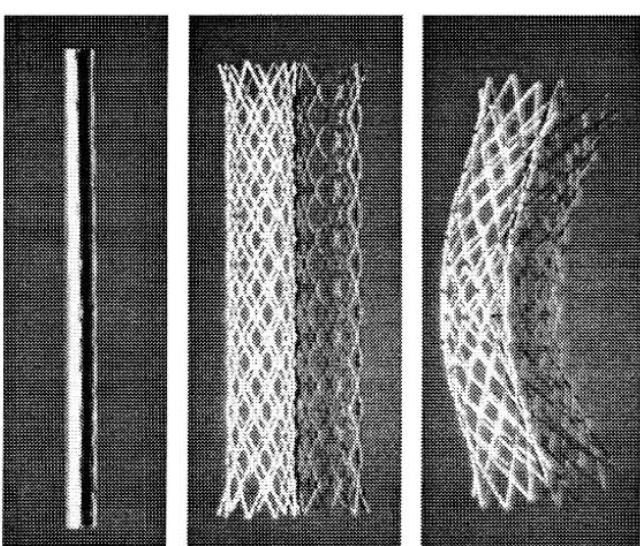
### Úvod

V posledných rokoch je zreteľný nárast počtu pacientov s ischemickou chorobou dolných končatín. Popri konzervatívnej a operačnej liečbe sa viac rokov využívajú metódy intervenčnej rádiologie - perkutánna transluminálna angioplastika (PTA) a stentovanie.

Artériový stent je kovová endoprotéza, ktorá sa zavádzá do oblasti zúženia tepny za účelom optimalizácie jej priechodnosti. Stenty sú zhotovené z chirurgickej ocele, tantalu a nitinolu (1, 2, 4).

Podľa mechanizmu expanzie sa delia na - balónkom expandovateľné (plasticke), a samoexpandovateľné (elastické, termoelastické).

Na rádiodiganostickom oddelení NsP v Galante používame zo samoexpandovateľných stentov Wallstent (Schneider AG, Bulach, Švajčiarsko) (obr. 1). Je zhotovený z chirurgickej ocele, má výbornú flexibilitu, preto sa hodí do vinutých tepien. Nevýhodou je nižšia rádioopacita (5).



### Metóda

Aplikáciu stentu vykonáva vysoko špecializovaný intervenčný vaskulárny rádiológ v spolupráci s inštrumentujúcim pracovníkom a rádiologickým asistentom.

Pacient, ktorý musí byť nalačno a s odchladenou kožou v mieste vpichu, prichádza na zákrok po angiografickom vyšetrení, ktorého výsledky hodnotia v rámci konzilia cievny rádiológ, cievny chirurg a angiológ. Rádiologický asistent pripraví pracovisko, filmy do zásobníka meniča, nastaví optimálny program a hodnoty pre snímkovanie, dezinfikuje pracovisko, zhotoví natívnu snímku vyšetrovaného úseku.

Inštrumentujúci pracovník je zodpovedný za materiálne zabezpečenie výkonu. Pripraví sterilnú bielizeň a krytie pacienta, rukavice, pomôcky pre lokálnu dezinfekciu a anestéziu, malý skalpel, punkčnú ihlu, vodič, zavádzací set, dilatačný balónkový katéter, tlakovú striekačku s manometrom, nádoby s fyziológickým roztokom a kontrastnou látikou, heparín.

Po dezinfekcii kože sa zarúškuje pracovné pole. Rádiodiagnostik vykoná lokálnu anestéziu a následne punguje spoločnú femorálnu artériu, do ktorej cez punkčnú ihlu zavedie vodič a po odstránení ihly po vodiči zavádzaciu súpravu. Následne po vodiči zavedie balónkový katéter, prostredníctvom ktorého vstrekné malé množstvo kontrastnej látky do predpokladaného miesta výkonu, o ktorom ho informuje predtým zhotovený angiogram. Pod skiaskopickou kontrolou presne označí miesto intervencie. Proti zrážaniu krvi podá intraarteriálne 10 000 j. heparínu. Balón katétra potom lokalizuje do označeného miesta stenózy artérie a vykoná PTA. V prípade, že kontrolné angiogramy informujú o nedostatočnosti PTA, že sa nedosiahol optimálny priesvit, alebo vznikla disekcia tepny, je indikovaná aplikácia stentu.

Zvolený stent musí rozmermi zohľadňovať normálnu šírku a mierne presahovať dĺžku postihnutého úseku artérie.

Katéter s dlhým tenkým kovovým piestom, ku ktorému je špeciálne membránou pripojený samotný Wallstent, sa zavádzá po vodiči rovnako ako balónkový katéter. Pri lokalizácii Wallstentu sa rádiodiagnostik orientuje podľa troch kovových značiek na katétri. Tlakom na pest nastane zrolovanie membrány a tým rozvinutie Wallstentu. Miera rozvinutia sa hodnotí na kontrolných angiogramoch. Ak stent nie je rozvinutý dostatočne, dodilatuje sa balónkovým katérom (3).

Zákrok končí odstránením inštrumentária a kompresiou miesta vpichu. Pacient je na 24 hodín uložený na posteľ. Sleduje sa jeho celkový stav, miesto vpichu, teplota končatiny, pulzácia tepien na končatine pre možnosť rozvoja komplikácií (uzáver tepny trombo-

tizáciou Wallstentu s následnou ischemizáciou končatiny, extravazát v mieste vpichu alebo Wallstentu ...). Ordinuje sa antikoagulačná a antiagregácia liečba (heparín s. c., acetylosalicylová kyselina).

## Záver

V duchu súčasného svetového trendu, v súlade s indikačnými kritériami sa používanie stentov po PTA odporúča v širšej mierе pre ich dlhodobý liečebný efekt. Výkon sa stáva v mnohých prípadoch metódou voľby.

Literatúra: 1. Sapoval, M. R., Chatellier, G., Long, A. L., Rovani, C., Pagny, Y. Y., Raynaud, A. C., Beyssen, B. M., Gaux, J. C.: Self-expandable stents for the treatment of iliac artery obstructive lesions: Long-term success and prognostic factors. Amer J Radiol,

166, 1996, s. 1173-1179. - 2. Vorwerk, D., Guenther, R. W.: Mechanical revascularization of occluded iliac arteries with use of self-expandable endoprostheses. Radiology, 175, 1990, s. 411-415. - 3. Guenther, R. W., Vorwerk, D., Bohndorf, K., El-Din, A., Peters, I., Messner, B. J.: Perkutane Implantation von Gefäßendoprothesen (Stents) in Becken - und Oberschenkelarterien. Dtsch med Wschr, 114, 1989, s. 1517-1523. - 4. Guenther, R. W., Vorwerk, D.: Stents: Intravascular, endoluminal und transparenchymatous. DW, 7, 1992, s. 272-275. - 5. Hlava, A., Krajina, A.: Intervenční radiologie. Hradec Králové, Nucleus 1996, s. 486-498.

Do redakcie došlo:

26. augusta 1998

Adresa autorov:

MUDr. J. Glomba  
Hodská ul. č. 373/38  
924 22 Galanta

N. Luknárová, M. Fischerová  
Katedra organizácie a riadenia farmácie  
Farmaceutickej fakulty Univerzity Komenského  
v Bratislavе

# Frekvenčná analýza predpisovania voľnopredajných liekov vo vzťahu k jednotlivým diagnózam

**Súhrn:** Autori analyzujú sortiment predpisovaných liekov ambulantnými lekármi so zameraním na tie, ktoré sú zaradené medzi voľnopredajné lieky. Cieľom práce je podať prehľad diagnóz, na ktoré sa predpisujú voľnopredajné lieky. Poznanie sortimentu a počtu predpísaných voľnopredajných liekov, ako i skutočných diagnóz, pre ktoré ich obvodní a odborní lekári predpisujú, môže v lekárni prispieť nielen k optimálnym marketingovým rozhodnutiam, ale i k lepšiemu usmerneniu pacienta pri výbere voľnopredajného lieku.

**Kľúčové slová:** voľnopredajné lieky, informačná činnosť v lekárni.

## Úvod

V dôsledku rozširujúceho sa sortimentu liekov, ako i významného trendu presunu liekov z kategórie viazaných na lekársky predpis do kategórie voľnopredajných (OTC - over the Counter), zvyšujú sa nároky na informačnú činnosť vo voľnom predaji v lekárňach. Preto autori si určili cieľ práce, v ktorej na vybranej indikačnej skupine liekov podávajú prehľad diagnóz, pre ktoré sa voľnopredajné lieky predpisujú na lekárskych predpisoch. Výsledky analýzy môžu prispieť k doplneniu obrazu o sortimente OTC prípravkov a tým k zefektívneniu informačnej činnosti v lekárni v oblasti voľnopredajných liekov.

## Metodika práce

Podkladom pre analýzu bol súbor lekárskych predpisov, vyexe-

dovaných za obdobie jedného mesiaca r. 1998 vo verejnej lekárni hl. m. Bratislava. Pre analýzu sa vybrala indikačná skupina liekov (IS), ktorá sa v analyzovanom súbore v počte balení nachádza na druhom mieste, a to antireumatiká, antiflogistiká, antiuratičká. Táto indikačná skupina patrí medzi skupiny, na ktoré sú pomerne vysoké požiadavky v rámci voľnopredajných liekov.

Analyzovaný súbor lekárskych predpisov, na ktorých bolo predpísaných 10 265 ks balení hromadne vyrábaných liekov (HVL), z čoho analyzovaná skupina predstavovala 714 ks balení, ktoré predpísali obvodní a odborní lekári. Tento súbor bol podrobny analýze z hľadiska počtu predpísaných voľnopredajných liekov podľa jednotlivých diagnóz.

## Výsledky a diskusia

V súčasnosti sa celosvetovo zaznamenáva rozširovanie sortimentu voľnopredajných liekov (OTC). V súvislosti s tým sa dostáva do popredia otázka zabezpečenia ich účinného a bezpečného používania. Samoliečenie vyžaduje od lekárnikov a farmaceutických laborantov (1) zvýšené nároky na poskytovanie informácií o liekoch a na konzultačnú činnosť.

Z analýzy antireumatík, antiflogistik (IS 29), ktoré sa predpisovali na lekárské predpisy v ambulantnej praxi v máji r. 1998 sa zistilo, že 33,0 % tvoria voľnopredajné lieky. Z nich 60,5 % tvorili lieky na lokálne použitie (tab. 1). Najpredpisovanejším OTC liekom bol Veral gel 55 g, ktorý sa podielal 25,2 % (tab. 2). Na prvých desiatich

miestach v počte predpisovaných OTC liekov sa nachádzali prevažne lieky na lokálne použitie, okrem Ibuprofenu tbl. 400 a 200 mg, ktorý sa používa pri horúčkoviťich stavoch a ochoreniach pri prechladnutí. Pri symptomatickej liečbe horúčkoviťich stavov sa používa tiež Brufen sirup, ktorý sa však už v poslednom zozname voľnopredajných liekov nenachádza (2).

Najviac voľnopredajných liekov z IS 29 sa predpísalo pri ochoreniach svalovej a kostrovej sústavy (66,0 %), kde na prvom mieste dominujú dorzalgie (dg. M54). Ako vidieť na obr. 1 a 2, ďalej nasledujú ochorenia obehevej sústavy, kde sa najviac OTC liekov predpísalo pre dg I83 (kŕčové žily) a ochorenia dýchacej sústavy s najväčším počtom predpísaných voľnopredajných liekov pri chŕpkových ochoreniach a akútnej zápalnej prieduške (J20, J11).

Práca poukazuje na skutočnosť, že pri marketingových rozhodnutiach v oblasti voľnopredajných liekov je potrebné zohľadňovať sortiment OTC liekov, ktoré sa predpisujú na lekárské predpisy. Z výsledkov práce vyplýva, že poznanie sortimentu a diagnóz, na ktoré sa OTC lieky predpisujú, môže byť príspevkom pre efektívnejšie poskytovanie informačnej a konzultačnej činnosti v lekárňach.

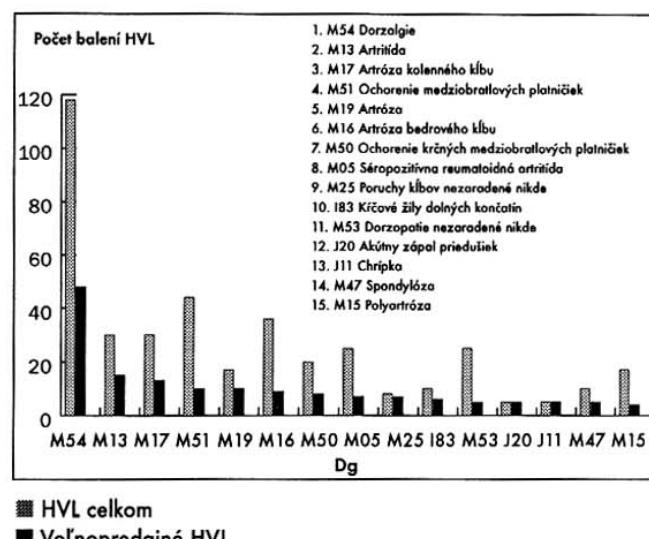
**Tabuľka 1.**  
Charakteristika analyzovaného súboru

Počet kusov balení		%
Počet kusov balení HVL celkom	10 265	100,0
Počet kusov balení HLV zo skupiny IS 29	714	7,0
Počet kusov balení voľnopredajných HVL zo skupiny IS 29	238	33,0
Počet HVL na lokálne použitie z voľnopredajných HVL zo skupiny IS 29	144	60,0

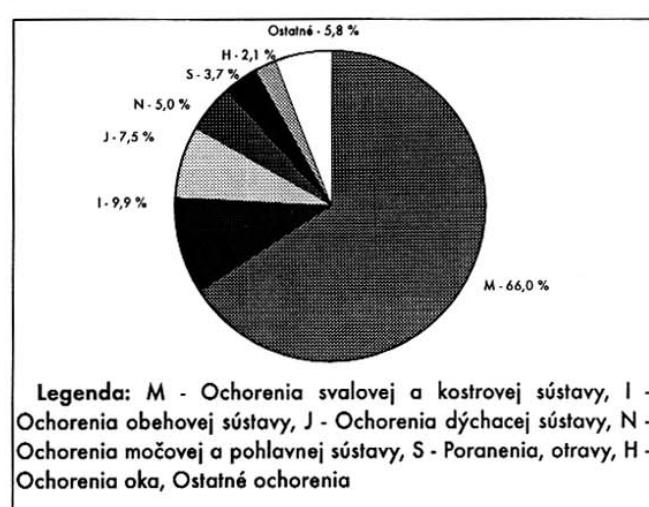
**Tabuľka 2.**  
Najfrekventovanejšie voľnopredajné HVL predpisované na lekárské predpisy (IS 2g)

Poradové číslo	Voľnopredajné HVL	%
1	Veral gel 55 g	25,2
2	Ibuprofen tbl. 400 mg	23,1
3	Diclofenac Pharmavit gel 40 g	7,1
4	Ibuprofen tbl. 200 mg	6,7
5	Profenid gel 60 g	5,8
6	Fastum gel 50 g	5,4
7	Dolgit crm 50 g	3,3
8	Brufen sir. 100 ml	2,9
9	Reumador gel 58 g	2,5
10	Elmetacin aero 50 ml	2,5

**Obraz 1.** Porovnanie počtu najviac predpisovaných voľnopredajných HVL (IS 29) s celkovým počtom predpísaných HVL na lekárské predpisy podľa diagnóz



**Obraz 2.**  
Percentuálne zastúpenie voľnopredajných liekov predpisovaných podľa hlavných skupín diagnóz (IS 29)



Legenda: M - Ochorenia svalovej a kostrovej sústavy, I - Ochorenia obehevej sústavy, J - Ochorenia dýchacej sústavy, N - Ochorenia močovej a pohlavnej sústavy, S - Poranenia, otravy, H - Ochorenia oka, Ostatné ochorenia

Literatúra: Zákon č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach, o zmene zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 220/1996 Z. z. o reklame. - 2. Vestník MZ SR: Zoznam registrovaných humánnych liekov, ktorých výdaj nie je viazaný na lekársky predpis. Osobitné vydanie z 25. 7. 1998.

Do redakcie došlo:  
12. novembra 1998

Adresa autorky:  
M. Fischerová  
Karpatské nám. č. 9  
831 06 Bratislava

## Mikrobiologická diagnostika *Mycoplasma hominis* a *Ureaplasma urealyticum* a liečby nimi spôsobených infekcií urogenitálneho traktu u žien

**Súhrn:** Práca sa zameriava na diagnostiku *Mycoplasma hominis* a *Ureaplasma urealyticum* z pošvového výteru. Uvádzajú sa presné štatistiky záchytu oboch druhov mykoplaziem. Z praxe sú zistené už aj konkrétné druhy antibiotik, na ktoré sú mykoplazymy citlivé. *Mycoplasma hominis* a *Ureaplasma urealyticum* po premnožení v organizme môžu vyvolávať veľmi závažné ochorenia, spomenuté v práci u žien, ako aj u mužov. Preto je veľmi dôležitá včasna diagnostika a liečba infekcií urogenitálneho traktu, ktoré vyvolávajú práve *Mycoplasma hominis* a *Ureaplasma urealyticum*. K tejto úspešnej diagnostike je potrebná spolupráca medzi lekármi, pacientom a laboratóriami.

**Kľúčové slová:** *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, kauzálna liečba.

Mykoplazymy sú najmenšie známe mikroorganizmy, ktoré sa môžu autonómne replikovať a vytvárať kolónie na bezbunkových médiách. Majú veľkosť 100 až 1000 nanometrov. Nositeľom genetickej informácie je DNA. Od ostatných prokaryontov sa líšia tým, že netvoria peptidoglykán. Ich povrch je tvorený trojvrstvou membránou. Túto tvoria 2/3 z proteínov a z 1/3 lipidov. Membránové proteíny a glykolipidy sú hlavné antigénne determinanty mykoplaziem. Štruktúra mykoplazmovej bunky je jednoduchá.

Rody *Mycoplasma* a *Ureaplasma* majú výrazne parazitický spôsob života. Parazitujú extracelulárne na povrchu membrán infikovaných buniek, ale do ich vnútra neprenikajú. Mediátormi cytoadherencie sú proteíny mykoplazmovej membrány, ktoré patria k faktorom ich virulence. Mykoplazmane priľne k bunke sliznice pomocou terčíkovej kontaktnej doštičky. Tak je umožnené priame pôsobenie toxickej produktov mikróba na bunku a jeho účinok nie je blokovaný tkanivovými enzymami. Napadnuté bunky hostiteľa sú ochudobňované o aminokyseliny a cholesterol. Kolonizácia ženskej vagíny a mužskej uretry druhom *Mycoplasma hominis* sa udáva u 24 % dospelých. Druh *Ureaplasma urealyticum* sa vyskytuje ešte častejšie, až u 47 % dospelých (1, 2).

Zo všetkých genitálnych mykoplazmových patogénov býva najčastejšie zachytená *Mycoplasma hominis* a *Ureaplasma urealyticum*. Častejšie sa nachádzajú v pošvnom fluóre ako v mužskej uretri.

*Ureaplasma urealyticum* vyvoláva rôzne druhy ochorení, ako aj prípady neplodnosti. Zistilo sa, že u mužov s infekciou *Ureaplasma urealyticum* klesá počet zárodočných pohlavných buniek a zvyšuje sa počet ich nenormálnych foriem. Taktiež u nich

klesá pohyblivosť samotných spermí. Tieto faktory by mohli vysvetlovať niektoré prípady neplodnosti mužov. Aj niektoré neplodnosti žien sa môžu spájať s infekciou *Ureaplasma urealyticum*. Dokázalo sa, že táto mykoplazma bola izolovaná častejšie z endometrianeplodných žien ako z endometria žien zdravých.

Opakované spontánne potraty, pôrody mŕtveho plodu a chorionamnionitídy sa tiež spájajú s infekciou *Ureaplasma urealyticum*. Tento mikroorganizmus bol izolovaný u spontánnych potratov a pôrodotvorných deťí z pôrodných cest matky, ale aj z chorionu, amnionu a deciduy plodu. Podľa niektorých autorov je plod infikovaný intrauterinne, iní sa domnievajú, že plod sa infikuje až pri prechode pôrodnými cestami (1). Preto eradikácia *Ureaplasma urealyticum* z urogenitálneho traktu ženy a partnera je ideálna pred počatím dieťaťa. *Ureaplasma urealyticum* tiež vyvolá epididymitídy a akútne uretraloprostatitídy.

*Mycoplasma hominis* môže vyvolať popôrodné ochorenia novorodencov: chronické plúcne ochorenia predčasne narodených novorodencov (7. mesiac), kožné afeckie, očné ochorenia a ochorenia centrálnej nervovej sústavy. V prvom týždni života kojencu sa izolovala *Mycoplasma hominis* z nazofaryngu, pohlavných orgánov a vonkajšieho zvukovodu. *Mycoplasma hominis* bola tiež izolovaná z krvi niekoľkých žien s horúčkou po potrate, nie však u žien po potrate bez horúčky. U polovice sledovaných žien s horúčkou po potrate sa zistil štvornásobný vzostup titru protílátok proti *Mycoplasma hominis*. Aj u žien s horúčkou po pôrode bola izolovaná *Mycoplasma hominis* v krvi a tiež stúpli v prvých hodinách po pôrode protílátky proti *Mycoplasma hominis* (1).

Na identifikáciu a diagnostiku urogenitálnych infekcií spôsobených *Mycoplasma hominis* a *Ureaplasma urealyticum* používame biochemickú metódu. Táto sa zakladá na známom metabolizme *Mycoplasma hominis* a *Ureaplasma urealyticum*, pri ktorom *Mycoplasma hominis* metabolizuje arginín cez ornitín na amoniak. Tým alkalizuje médium a spôsobuje zmenu farby média za pomocí indikátora zo žltej na červenú. *Ureaplasma urealyticum* zasa metabolizuje ureu, čím mení farbu média za pomocí indikátora zo žltej na červenú. Na oddelení klinickej mikrobiológie v Banskej Bystrici používame súpravu *Mycoplasma DUO* od firmy Sanofri Pasteur.

Pre optimálny záchyt mikroorganizmu je potrebné odobrať materiál do odberového média pred začiatím antibiotickej liečby a spracovať ho čo najskôr po odberu. Zloženie odberového média: triptopasín sója bujón, ampicilín 4 g/10 l.

Po odbere materiálu, ktorým sú najčastejšie ster zo zadnej pošvovej klenby, ster z krčka maternice alebo výter z uretry, vloží gyne-

kológ tampón, ktorým odobral vzorku, do odberového média. Taktôto odobraté vzorky môžu sa uskladniť pri izbovej teplote 24 hodín, pri 4-7 °C 48 hodín a pri -20 °C 6 mesiacov. Biologický materiál sa z transportného média preočkuje do diagnostického setu Mycoplasma DUO. Taktôľ spracovaný materiál sa inkubuje pri 37 °C a výsledok sa odčíta po 24 hodinách a konečný výsledok odchádza z laboratória po 48 hodinách. Výsledok je buď negatívny (a) alebo pozitívny (b):

- a) Mycoplasma hominis alebo Ureaplasma urealyticum  $\leq 10^3$  organizmov/ml.
- b) Mycoplasma hominis alebo Ureaplasma urealyticum  $\geq 10^3$  organizmov/ml.

Od roku 1994 sme v našom laboratóriu vyšetrili 3090 materiálov. Väčšinou išlo o stery z cervixu, pošvy, utery a moču. Spolupracovali sme s onkogynekologickými ambulanciami MUDr. Sitára, MUDr. Jendrušáka, MUDr. Klimovej a gynekologickou ambulanciou NsP F. D. Roosevelta.

V 3090 materiáloch sme zachytili:

Celkovo pozitívne .....	1477x .....	47,7 %
Ureaplasma urealyticum.....	804x .....	26,1 %
Mycoplasma hominis .....	353x .....	11,3 %
Oba mikróby .....	320x .....	10,3 %

Percento záchytnosti z vyšetrených materiálov bolo 48 %. Pri pretrvávajúcich stavoch na požiadanie lekára robíme kvantitatívne citlivosti na antibiotiká.

Na liečbu infekcií spôsobených *Mycoplasma hominis* sa používajú tetracyklinové antibiotiká. V posledných rokoch ale pribúdajú kmene rezistentné voči tetracyklinovým antibiotikám. Značná rezistencia je už aj k erytromycínu. Oproti tomu je lepšia citlosť ku klin-damycínu a linkomycínu,

*Ureaplasma urealyticum* vykazuje dobrú citlosť na tetracyklinové, makrolidové antibiotiká a spektinomycin.

Preliečenie mykoplasmových infekcií urogenitálneho traktu ženy viedlo k zlepšeniu výsledkov cytologickej vyšetrenia. Infekcie urogenitálneho systému, ich diagnostika a liečba, nadobúdajú v súčasnej dobe na dôležitosť. Príčinou zvýšeného výskytu nie je ani tak migrácia obyvateľstva, ale úpadok náboženských zábran, promiskuita, striedanie partnerov, sexuálny styk bez ochrany. Vzhľadom k premorenosti je dôležité zabezpečiť epidemiologický prehľad.

Literatúra: 1. Syrúček, L., Brůčková, M., Vojtěchovský, K.: Mykoplasmové infekce u človeka. Praha, Avicenum 1985, 96 s. - 2. Bednář, M., Franková, V., Schindler, J., Souček, A., Vavra, J.: Lékařská mikrobiologie. Praha, Marvil 1996, 560 s.

Do redakcie došlo:  
10. decembra 1998

Adresa autorky:  
G. Temiaková  
Karpatská ul. č. 5  
974 01 Banská Bystrica

M. Filová, E. Brabencová, I. Ferák  
Oddelenie patologickej anatómie a cytológie,  
NsP Sv. Cyrila a Metoda v Bratislave,  
Petržalke

## Práca na rotačnom mikrotóme na oddelení patologickej anatómie

**Súhrn:** Autori reagujú na prácu martinského oddelenia patológie (Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík, ročník III., číslo 3/97, s. 93-94), v ktorom tito hodnotia skúsenosti s prácou na rotačnom mikrotóme Reichert-Jung 2055. Martinskí autori považujú jeho používanie v každodennej praxi za čiastočne problematické. Ich skúsenosti s rotačnými mikrotómami sú jednoznačne pozitívne, treba si vybrať najvhodnejší typ podľa charakteru požadovanej práce. Opisuje sa najmä moderný prístroj, typ Leica RM 2145. Uvádzajú sa však i staršie prístroje Reichert-Jung a Shandon Histocut.

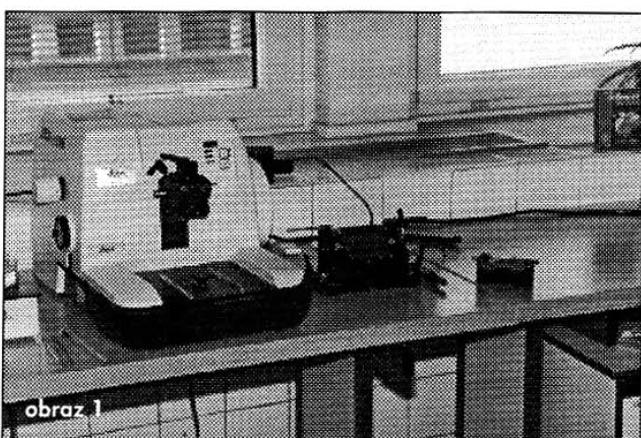
**Kľúčové slová:** Rotačný mikrotóm Leica RM 2145.

Dostal sa nám do rúk článok z martinského oddelenia patológie (Stehliková a spoluprac.) uverejnený v Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík, ročník III. číslo 3/97, s. 93 - 94, v ktorom autori opisujú ich skúsenosti s prácou na rotačnom mikrotóme typu Reichert-Jung 2055. V celkovom hodnotení autori odporúčajú používať tento

mikrotóm najmä pri spracovávaní biopatických (zrejme malých) excízií. Pri rezaní na tomto mikrotóme skonštatovali niektoré nevýhody prístroja:

- pomalá rýchlosť približovania bločku k nožu alebo čepieľke,
- problém s nastavením uhla a rýchlosť rezania,
- väčšia finančná záťaž pri používaní čepieľok (žiletiek) namiesto nožov.

Dovoľujeme si uviesť naše skúsenosti s rotačnými mikrotómami. Napriek tomu, že sme mladé oddelenie novootvorenej nemocnice (oddelenie pracuje od 1. júla 1997), niektorí jeho pracovníci mali s prácou na tomto type mikrotómu už isté skúsenosti z predchádzajúcich pracovísk. Preto i pri objednávke mikrotómov sme sa zamerali iba na rotačné mikrotómy. Objednali sme jednu Leicu RM 2145 (obr. 1). Druhý mikrotóm, starší typ Reichert-Jung (obr. 3), sme dostali darom z francúzskej organizácie Pathologie-Cytologie-Développement. Naše argumenty boli: jednoduchá obsluha prístrojov, jednoduché upínanie bločkov, jednoduché nastavenie sklonu bločku, jednoduché nastavenie uhla noža či čepieľky, ľubovolná,



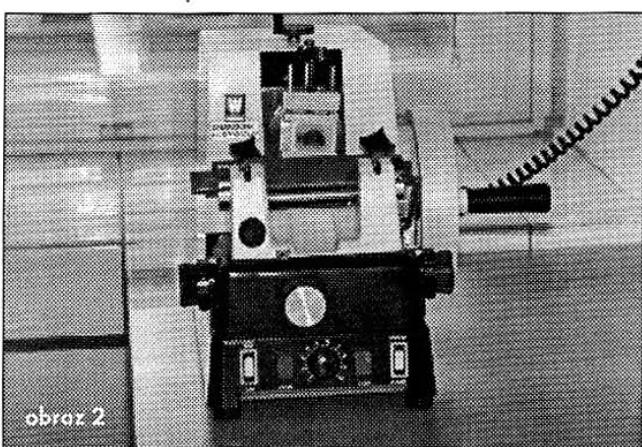
obraz 1

digitálne alebo ručne nastaviteľná hrúbka rezu od 1 mikrometra do 30 mikrometrov s možnosťou hrubého zrezávania podľa potreby. Navyše u moderného prístroja Leica RM 2145 je možnosť elektrického posunu bločku dopredu a dozadu.

Zrezávanie je na oboch typoch ručné. K základnej výbave patrí čepieľkový držiak alebo držiak na nože. Ďalej je možné objednať kazetovú hlavicu, alebo hlavicu na fóliové typy bločkov, ktoré sa doňahujú závitom. Ide o typy bločkov prevažne používané na našom území.

Na našom oddelení používame uzatvárateľné umelohmotové biopatické kazety (na kazetovú hlavicu). Tieto kazety sprevádzajú materiál od excidovania až po archiváciu bločkov a sú veľmi jednoducho upínameľné k mikrotómu klipom.

Pred zrezávaním sa bločky chladia na zásobníkoch ľadu. Keďže sú bločky pripnuté k mikrotómu iba klipom, ich odopnutie a evenuálne prichladenie je veľmi jednoduché. Na rotačných mikrotó-



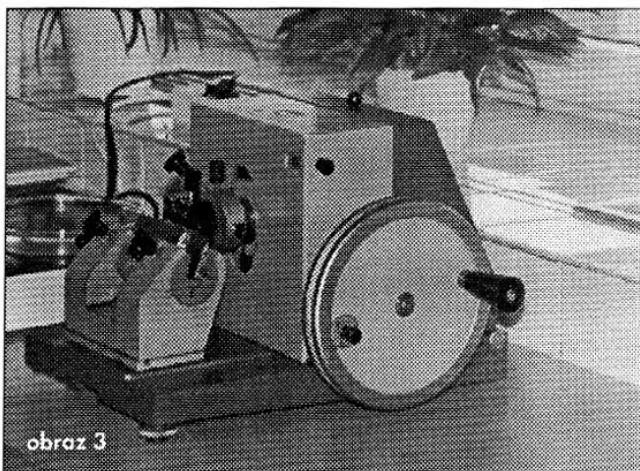
obraz 2

moch režeme všetok materiál, od malých po veľké vzorky. Rezy sú pravidelné, tenké (3-4 mikrometre). Pri veľkých a tvrdých mate-

riáloch v závislosti od rôznych faktorov sa môže mierne meniť hrúbka rezu. Najčastejšími príčinami sú nedostatočné upevnenie čepieľky (noža) do držiaka, nedostatočné vyplnenie bločku parafínom, nedostatočná stabilizácia pohyblivej ako i pevnej časti držiaka.

Na našom oddelení režeme všetok materiál čepieľkami (Feather R 35). Po ich výmene ich ešte používame na excidovanie materiálu. Pre potreby excidovania čepieľky upíname do držiakov od tej istej firmy (dodávateľ Optoteam). Takto sa snažíme o ich ekonomickej využitie.

Okrem týchto dvoch mikrotómov máme ešte ďalší, starší typ Shandon Histocut (obr. 2), ktorý má okrem motorického posunu bločku i voľbu ručného krájania. Motorické zrezávanie je pomalé a nie je vhodné na rutinné krájanie histologického materiálu. Je však veľmi výhodné na sériové zrezávanie malých vzoriek (kožné biopsie, renálne biopsie).



obraz 3

Naše oddelenie nemá sánkový mikrotóm. Túto skutočnosť neľutuje žiadna z laborantiek. Zaškočovacia doba je krátka, rádovo niekol'ko hodín.

Avšak na to, aby v závere spracovania vychádzali kvalitné histologické sklá, stále platí staré pravidlo - korektné spracovaný materiál, kvalitné čepieľky, šikovná laborantka.

Rotačné mikrotómy sú vo svete najrozšírenejšie, a preto i pokrok vo vývoji sa týka predovšetkým tohto typu mikrotómov. Preto ich môžeme iba odporučiť do pozornosti ostatných oddelení pracujúcich s histologickým materiáлом. Samozrejme, že pri ich kúpe treba dobre zvážiť všetky charakteristiky prístroja a vybrať si najvyhovujúcejši.

Do redakcie došlo:  
6. októbra 1998

Adresa autorov:  
M. Filová  
Krajinská ul. č. 91  
825 56 Bratislava 211

### Oznámenie

Rozhodnutím Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky sa zmenil doterajší názov Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve na nový názov Slovenská postgraduálna akadémia medicíny v Bratislavе (SPAM).

## Najnovšie poznatky v liečbe chronických ulcerácií

**Súhrn:** Autorka rozoberá charakteristiku, rozdelenie a princípy hojenia rán, ktoré delí na akútne a chronické. Osobitnú pozornosť venuje chronickým ranám, v ktorých hojení definuje tri fázy: čistiacu, granulačnú a epitelizačnú. Podstatná časť práce sa zaobera ulcus cruris a to najmä jeho klasickou a modernou liečbou. Do skupiny prostriedkov modernej terapie ulcus cruris zahŕňa prostriedky k vyčisteniu rany a odstráneniu tkaniva, transparentné polyuretánové obväzy, penové polyuretánové obväzy, penové silikónové obväzy, hydrogély, hydropolymérové obväzy, hydrokoloidné obväzy, xerogély a prípravky na ošetrovanie kavít, alginátové obväzy a výplne, obväzy s obsahom aktívneho uhlia, obväzy zo sieťových materiálov a obväzy novej generácie. Osobitné stane venuje chirurgicko-plastickej terapii ulcus cruris a kompresívny obväzom. V práci uvádzajú množstvo názvov rôznych pomôcok.

**Kľúčové slová:** *ulcus cruris, moderná liečba, prostriedky modernej liečby.*

Pojmy „Wound Care“ a „Wound Management“ sú za hranicami našej vlasti samozrejmosťou už viac ako 20 rokov. U nás iba pozvoľna prenikajú do povedomia medicínskej verejnosti. Mnohým zdravotníckym pracovníkom a laikom náplň práce týchto inštitúcií zatiaľ nehovorí celkom nič. Existencia a bohatá činnosť „European Wound Management Association“, zastrešujúcej množstvo odborníkov a sekcií, zaobrajúcich sa problematikou hojenia rán dlhé roky, je známa iba niektorým, zväčša z radosť dermatológov. Asociácia ale dávno prekročila hranice Európy, a tak prakticky na každom svetadle má táto veľká medzinárodná rodina svoje pevné miesto. Interdisciplinárne prepojenie jednotlivých odborníkov z radosť dermatológov, chirurgov, plastických chirurgov, angiológov, internistov, diabetológov, výskumných pracovníkov, sestier so špeciálnym zameraním a iných je fascinujúce. Pre naše podmienky, žiaľ, zatiaľ v dohľadnej dobe v rovine zbožného želania. A to aj napriek tomu, že „rany“ sú denným chlebíkom na mnohých oddeleniach a ambulanciach. Prítom pre dennú prax a jej zefektívnenie koordinácia a spolupráca vyššie spomenutých odborníkov alebo iba akceptácia samotnej myšlienky a existencie asociácie je viac ako žiaduca. Denne sa podávajú praktické dôkazy o nezastupiteľnosti dokonaleho riadenia a pracovného tímu, ktorý v konečnom dôsledku zodpovedá za zdravie pacienta, jeho psychickú pohodu a plnohodnotný návrat do spoločnosti. Spolupráca a funkčnosť takýchto kolektívov ako ich poznajú v zahraničí, je aj reálnym dôkazom, ako sa dá robiť dobrá medicína. Základným krédrom „Wound Management“ je jednotlivých odborníkov vyškoliť a zjednotiť pre úspech jediného cieľa - prospech pacienta.

Jednou z priorít „Wound Management“ je uvádzať do praxe cestou výchovných programov čo najrýchlejšie nové, progresívne ošetrovacie metódy. Tieto v konečnom dôsledku nielen že pomáhajú

pacientom, ale výrazne zlepšujú prácu ošetrojúcich pracovníkov či už lekárov alebo sestier.

### Charakteristika, rozdelenie a princípy hojenia rán

Defekt tkaniva - rana, ulcus - je charakterizovaný ako porušenie a strata substancie kože, zasahujúca do zamše, prípadne až do podkožného tkaniva.

Rany - defekty delíme na:

- akútne (vznik v zdravom tkanive): porezania, odreniny, chirurgické rany, poleptanie, ľahké popáleniny,
- chronické (vznik v tkanive troficky narušenom): ulcus cruris, dekubity, komplikácie diabetickej nohy, ťažké popáleniny.

O priebehu hojenia, ktoré predstavuje komplexný dynamický proces s rôznymi fázami, rozhoduje predovšetkým plošný rozsah a stav spodiny rany.

U akútne vzniknutej rany sa vzájomne prelínajú 3 fázy: a) zápalová - exudatívna, b) proliferatívna - granulačná, c) reepitelizačná.

U chronickej - nehojacej sa rany nejde iba o lokálny proces, ale o zložité zmeny morfológické, metabolické a energetické. Samotná reparácia je možná iba za predpokladu súhry centrálnych vplyvov s perifériou. Preto je aj hojenie chronickej rany odlišné z niekoľkých hľadišť:

- spodina defektu je povlečená zvyškami deštrúovaného tkaniva (chrasty, nekrózy, veľké fibrínové povlaky) a hnisom,
- v okolí defektu sú zápalové zmeny,
- je porušená hemodynamika, v dôsledku čoho vznikajú metabolické zmeny, ktoré akcentujú zlé hojenie,
- uplatňujú sa aj ďalšie inhibičné faktory (napr. nadbytok fibrotického a hyperkeratotického tkaniva, nízke hodnoty pH v rane, nedostatok kyslíka, nadmerná exudácia, kvalita a zloženie výpotku a iné).

Postup hojenia charakterizujú tri fázy so špecifickými funkciami buniek: a) fáza čistiaca - debridement (chirurgický, mechanický, autolytický, osmotický), b) fáza granulačná, c) fáza epitelizačná. Dôležitou podmienkou hojenia je fyziologické prostredie s adekvátou sekreciou. Teoretické znalosti jednotlivých fáz hojenia sú podmienkou pre praktickú voľbu adekvátnych prostriedkov lokálnej liečby a ich účelného pôsobenia (1, 2, 3, 4, 5).

### Ulcus cruris

Ulcus cruris je najčastejšou chronickou ranou, s ktorou sa denne stretávajú vo svojich ambulanciách dermatológovia, chirurgovia, všeobecní lekári, internisti, angiológovia a ďalší. Ulcus cruris sa právom chápe ako polyetiologický problém, a preto k liečbe, ktorá je mimoriadne časovo náročná, je potrebné pristupovať komplexne. Predpokladom úspešnej terapie je aj určenie etiologie. Až 90 % ulcus cruris vzniká následkom chronickej žilovej insuficiencie, iba 6 % tvo-

ria ulceracie arteriálneho pôvodu a zvyšné 4 % predstavujú iné príčiny. Je teda logické, že okrem lokálnej je potrebná sprievodná celková terapia a následné dodržiavanie preventívnych opatrení. Tieto sú dôležité predovšetkým z hľadiska recidív ulcus cruris (do jedného roka sa vyskytnú recidivy až 30 % ulcerácií).

### Lokálna terapia ulcus cruris

V súčasnosti sa používa rozdelenie terapie do troch skupín: klasická, moderná, chirurgicko-plastická.

**Klasická terapia** využíva rôzne typy obkladov, mastí, pasty a iné prípravky. Množstvo z nich má ale výrazný senzibilizačný potenciál. Pokiaľ berieme do úvahy samotný „terén“ vredu a jeho okolia, problémom čoraz častejšie sa predstavujú irritívne a alergické reakcie. Zvyčajne u pacientov, ktorí dlhé roky tieto prostriedky (často bez vedomia lekárov) aplikovali.

**Modernú terapiu** reprezentujú najmä obväzy novej generácie. Vývoj a výroba týchto obväzov sa stala základným výrobným programom mnohých firem (Johnson a Johnson, Coloplast, Convatec, Smith a Nephew, Hartmann, Rauscher, Nico, Beiersdorf, Medical, Braun a ďalšie). Stále pribúdajú nové materiály, ktoré využívajú poznatky patofyziológie hojenia. Princípom je udržanie vlhkého prostredia rany pomocou oklúzie. Opakovane sa potvrdilo, že pri znížení sekrecie sa redukuje počet aktívnych buniek, rastových faktorov a výživných látok. Volba adekvátneho obväzu je podmienená charakterom ulcerácie - suchá alebo vlhká a fázou hojenia.

Suchá ulcerácia je prevažne pôvodu arteriálneho s pevné lipnúcou nekrózou, ktorá je prekážkou hojenia. Zvolený obväz musí vytvoriť vlhké prostredie, šetrne a ľahko odstrániť nekrózu.

Secernujúca ulcerácia je najčastejšie pôvodu venózneho. Pri výrazne secernujúcej ulcerácii používame prostriedky, ktoré sekretu absorbuju alebo viažu na hydrokoloidné časticie.

V zásade je možné zásady modernej liečby a používané prostriedky zhrnúť do týchto základných bodov (1, 4, 5):

1. Vyčistenie rany a odstránenie nekrotického tkaniva.
2. Vytvorenie vlhkého prostredia podmieňujúceho správne hojenie.
3. Povrchové defekty - ponechať fyziologickú výmenu plynov.
4. Hlboké ulcerácie - navodenie hypoxickeho prostredia aktivujúceho granulogenézu a angiogenézu.
5. Udržiavanie stabilnej a vhodnej teploty, od ktorej závisí hojenie rany (poklesy teploty brzdia hojenie).
6. Neprestupnosť pre mikroorganizmy.
7. Bezpečnosť použitia - materiály netoxické, nesenzibilizujúce.
8. Ľahká výmena - manipulácia.
9. Analgetický účinok.

### Skupiny prostriedkov modernej terapie ulcus cruris

#### 1. Prostriedky na vyčistenie rany a odstránenie nekrotického tkaniva

**Indikácie:** ulcerácie s povlečenou spodinou a nekrózou. Pri indikácii je potrebné anamnestické vyšetrenie pacienta na alergie (jód).

**Prípravky:**

- a) mastové alebo krémové s obsahom antibiotík, jódu, striebra, kolagenázy, plazmínu (6, 7), deoxyribonukleázy.

**Najdostupnejšie prípravky:**

- Bactroban ung. (2 % mupirocín), Iroxol mono ung. (kolagenáza Knoll, Fibrolan ung. (plazmín + desoxyribonukleáza), Betadine ung. (10 % polyvidon-jádú), Flammazine crm. (sulfadiazinum argentum), b) gélová báza - využíva sa rehydratácia nekrotického tkaniva na

jednoduchšie odlúčenie. Prípravky: Nu-GEL (hydrogél s alginátom), Purillon gel, Intrasite gel (hydrogél na autolytický debridement), DuoDerm hydrogel,

c) princíp mokrej terapie - použitie nosného vankúšika zo špeciálneho superabsorbčného polyakrylátu navlhčeného napr. Ringerovym roztokom - výrobok Tender Wet.

#### 2. Transparentné polyuretánové obväzy

Sú to priehľadné, semipermeabilné, tenké blany z príčavého polyuretánu (priepustné pre kyslík a vodné pary).

**Indikácie:** krytie povrchových defektov, niekedy aj dekubitov.

**Najdostupnejšie prípravky:** Bioclusive, Comfeel Transparent, Epiview, Hydrofilm, Cutifilm Plus, Tegaderm, Opsite Flexigrid, Askina Biofilm Transparent, Nico-Derm, Arglaes Film Dressing, Smartfilm, Jaloskin.

#### 3. Penové polyuretánové obväzy

Penový polyuretán chráni pred sekundárhou infekciou a výborne ovplyvňuje granuláciu a epitelizáciu.

**Indikácie:** povrchové rany, u ktorých je potrebné zachovať výmenu plynov a vodných párov.

**Najdostupnejšie prípravky:** Syspurderm, Spyrorosb, Allevyn Polyurethane Adhesive, Allevyn Islans.

#### 4. Penové silikonové obväzy

Sú mäkké, semipermeabilné s obsahom silikonových polymérov a dobrou drenážou a absorbčnou schopnosťou.

**Indikácie:** stredne secernujúce ulcerácie.

**Najdostupnejšie prípravky:** Cutinova foam, Ferris Poly Mem, Spenco Silicon, Silastic gel Sheeting.

#### 5. Hydrogély

Permeabilné, transparentné a semitransparentné obväzy, umožňujúce monitorovanie defektu. Majú výraznú absorbčnú a granulačnú schopnosť a analgetický účinok.

**Indikácie:** granulujúce defekty s výraznou exudáciou. Dôležité: výmena sa vykonáva zvyčajne v trojdňových intervaloch.

**Najdostupnejšie prípravky:** Comprigel-Hydrosorb, Hydrosorb Plus, Elasto-gel Hydrogel, Hyalgan, Spenco 2ND Skin Dressing, Aqua gel, Vigilon, Intrasite gel, Opragel.

#### 6. Hydropolymérové obväzy

Sú to nepartikulované polyméry alebo mixtúry polymérov s hydrofilným účinkom, podporujúce granuláciu. Obväzy majú zvyčajne tri vrstvy: vonkajšiu (semipermeabilnú polyuretánovú), strednú (netkaná textília) a vnútornú (absorbčná polyuretánová pena).

**Indikácie:** nepovlečené, stredne secernujúce ulcerácie. Výmena sa vykonáva za 5-7 dní.

**Najdostupnejšie prípravky:** Tielle, Allevyn Hydrocellular.

#### 7. Hydrokoloidné obväzy

V ostatnom čase sa im venuje výrazná pozornosť. Zhotovené sú z dvoch vrstiev: vonkajšej (nosnej) a vnútornej (absorbčnej). Vonkajšia-nosná vrstva je zvyčajne semipermeabilná polyuretánová fólia priepustná pre plyny ( $O_2$  a  $CO_2$ ) a vodu, ale nepriepustná pre sekret a baktérie. Vnútorná-absorbčná vrstva sú hydrokoloidné časticie najčastejšie zo želatíny, pektínu, polysacharidov a karboxymetylcelulózy umiestnené v matrix a polyizobutylénu. Podstatou účinku hydrokoloidných obväzov je reakcia častic absorbčnej vrstvy so sekretom rany a vytvorenie gélovej hmoty, ktorá vytvára vhodnú mikroklimu pre hojenie.

**Indikácie:** ulcerácie s chabými granuláciami. Prevážne spočiatku za 1 - 2 dni, neskôr až za 7 dní. Dôležité: kalný alebo zapáčajúci sekret nie je dôvodom k predčasnému odstráneniu obväzu alebo ukončeniu liečby. Zápach môže spôsobovať produkty želatíny v obvaze. U ulcusov cruris sa odporúča súčasná kompresívna terapia. V nie-

ktorých prípadoch (hlboké defekty, chabé granulácie) kombinujeme s výplňovými hydrokoloidnými pastami alebo xerogélmi.

**Najdostupnejšie prípravky:** Comfeel Ulcer Dressing, Granuflex Hydrocolloid Compresion, Duoderm, Varihesiv, Combiderm, Hydrocoll, Suprasorb, Askina Biofilm Patch, Askina Biofilm S, Biofilm, 3M Tegasorb.

#### 8. Xerogély a prípravky na ošetrovanie kavít

Sú to zásypy, pasty, granule s výraznou absorbčnou schopnosťou. Niektoré obsahujú chymotrypsín, jód, dextranomer, polyetylénglykol a vodu. Používajú sa ako monoterapia alebo v kombinácii s hydrokoloidmi. Prostriedky určené na ošetrovanie kavít sú dvojzložkové: púder + tekutina a pripravujú sa vždy pri aktuálnom ošetrení pacienta. Pri vyplnení kavity mierne tuhnú. Vonkajšie utesnenie sa realizuje sekundárnym obvážom alebo biofilmami.

**Indikácie** sú hlbšie alebo silno secernujúce ulcerácie.

**Najdostupnejšie prípravky:** Comfeel powder, pasta, Convatec pasta, Debrisana pasta, Debrisana Absorbent Pods, Epiten zásyp, Iodoflex Cadexomer Iodine Paste, Allevyn Cavity Cavi Care, Deep Wound Dressing.

#### 9. Alginátové obväzy a výplne

Vyrábajú sa z rôznych druhov morských rias obsahujúcich veľké množstvá alginátov. Rozlišujeme alginátové obväzy tvorené krátkymi alebo dlhými vláknami a podľa obohatenia - s kalcium-alginátom alebo kalcium-nátrium-alginátom. Niektoré sú kombinované s kolagénom. Vyznačujú sa vysokou absorbčnou schopnosťou.

**Indikácie:** ošetrovanie stredne a silno secernujúcich ulcerácií, vrátane hlbokých defektov a kavít.

**Najdostupnejšie prípravky:** Algosteril, Fibracol, Kaltostat, Sorbalgon, Algosorb, Sorbsan Plus, Tegagel, Tegagen, Poly Mem Alginate Dressing, Sorbsan, Arglaes Island Dressing.

#### 10. Obväzy s obsahom aktívneho uhlia

Základom obväzov je nedráždivá tkanina zohriata na vyše 800 °C vytvárajúca mikropóry. Niekedy ide o obohatenie napr. elementárny striebrom, ktoré má bakteriostatický efekt (8, 9). Charakteristická je vysoká absorbčná schopnosť.

**Indikácie:** ulcerácie s výraznou secernáciou. Prevázy podľa stavu, niekedy až za 7 dní.

**Najdostupnejšie prípravky:** Actisorb Plus, Vliwaktiv, Carbonet, Acatex.

#### 11. Obväzy zo sieťových materiálov.

Sú vyrobené z viskóznych vlákien, neadhezívne, priepustné pre vodu a plyny. Niekedy majú obohatenie: impregnácia účinnou zložkou, napr. jódom, chlorhexidínom (antiseptický účinok), silikónom (zvyšuje drenážnu schopnosť), anestetikom.

**Indikácie:** ošetrovanie povrchových rán.

**Najdostupnejšie prípravky:** Inadine (10 % povidón jód), N-A Ultra, Branolind-L (s anestetikom), Grasolin, Atrauman, Jelonet, Bactigras (0,5 % chlorhexidín), Mepitel.

#### 12. Obväzy novej generácie

Základnou zmenou je, že secernát z rany sa nenasáva medzi vlákna obvazu, ale do vnútra vlákna. Absorbčná schopnosť je mnohokrát vyššia ako u doposiaľ používaných materiálov.

**Indikácie:** výrazne secernujúce rány.

**Pripravok:** Aquacel.

### Chirurgicko-plastická terapia ulcusov cruris

Je dostatočne dlho známa a využíva napr. voľné kožné transplantáty, malé kožné štopy a plastyky podľa Tierscheho. Samotný výkon je pre pacienta bolestivý, často je potrebná celková anestézia

a výsledný efekt nie je vždy uspokojivý. Do nedávna pokusy vytvoriť adekvátnu náhradu ľudskej kože boli viac-menej neúspešné. Materiály boli zväčša prechodom medzi biologickým a syntetickým krytom, alebo ich kombináciou - napr. Burkeho umelá koža, Biobrane, Syntaskin. Iné riešenie liečby ulcus cruris je použitie biologického krytia s kultivovanými keratinocytmi typu autoštepor alebo aloštepor.

Prelohomým sa stal výrobok firmy Novartis predstavený v r. 1996 pod menom Apligraf. Ide o prvú umelo vytvorenú adekvátnu a plnohodnotnú náhradu ľudskej kože. Predstavuje trvalé krytie akútnych alebo chronických kožných defektov s vynikajúcimi terapeutickými a kozmetickými efektami. Je otázkou času a ekonomickej situácie, kedy bude k dispozícii aj našim pacientom.

### Kompresívne obväzy

Kompresívna liečba je dôležitou súčasťou liečby ulcus cruris. Niektoré renomované firmy (Hartmann, Raucher, Beiersdorf Medical, Glynn Brothers, Chemicals AG, Braun a ďalšie) sa špecializujú na výrobu vysoko kvalitných obväzov, použiteľných pre individuálnu kompresívnu liečbu alebo v kombinácii s inými materiálmi a technikami ošetrenia. Je potrebné ale striktnie rozlišovať napr. indikáciu a typ obväzov používaných k tzv. krátkej alebo dlhej bandázii. Pozornosť v poslednom čase získala tzv. 4-vrstvová bandáž - Profore, využívaná okrem iného ako následná terapia po aplikácii Apligrafa. K najdostupnejším na našom trhu patria obväzy firmy Hartmann a ďalej: Easifix, Tensoideal, Profore (4-vrstvová bandáž), Tensopres F, K, Comprilan Beiersdorf, Coban.

Napriek tomu, že ponuka ošetrovacích materiálov a obväzov je mimoriadne bohatá, nie vždy sa dosiahne pri ich použití žiaduci efekt. Jedným z dôvodov neúspechu liečby je fakt, že pre každú z uvedených skupín je charakteristický specifický účinok, ktorý sa všeobecne nedá aplikovať v terapii všetkých typov ulcerácií. Je potrebné pred voľbou druhu obväzu rozlísiť, či ide o defekty povrchové alebo hlboké, kontaminované, s nekrotickou, granulujúcou alebo epitelizujúcou, čistou spodinou. Dôležitá je exudácia - chýbajúca, slabá, silná. Iba dôkladná znalosť uvedenej problematiky môže v konečnom dôsledku priniesť žiaduci terapeutický efekt.

**Literatúra:** 1. Hatz, R. a spolprac.: Wundheilung und Wundmanagement. Ein Leitfaden für die Praxix. Berlin, Springer 1993. - 2. Holan, V.: Bércový vřed. Praha, Avicenum 1976, s. 74-77. - 3. Jirásková, M.: Léčiva používaná k terapii vředů a ran. V: Remedie compendium. Praha, PANAX 1996, s. 497-498. - 4. Resl, V.: Prüběhojení ran v vředů. Čs Derm, 70, 1995, č. 1, s. 38-44. - 5. Resl, V.: Hojení chronických ran. Praha, Grada Publishing 1997, s. 182-183. - 6. Babík, J., Šádor, V., Orság, M.: Chemická nekrekémia u popálenín - Fibrolan. Výskumný projekt chemickej nekrekémie u popálenín. Košice, 1990. - 7. Stracenská, H.: Nová aplikačná metóda Plasmínu, použiteľná v dermatológii. Zlepšovací návrh. NsP Svidník, 25. 5. 1983. - 8. Frost, M. R., Jackson, S. W., Stevens, P. J.: Adsorption of bacteria on to activated charcoal cloth: An effect of potential importance in the treatment of infected wounds. Microb Letters, 13, 1980, s. 135-140. - 9. Mulligan, C. M., O'Toole, O. B.: A controlled comparative trial of Actisorb activated charcoal cloth dressing in the community. Br J Clin Pract, 4, 1986, s. 145-148.

Do redakcie došlo:

3. jan. 1999

Adresa autorky:

MUDr. H. Zelenková, CSc.

Kožné oddelenie NsP, 089 22 Svidník

# Správy zo SLS

## Plán celoslovenských konferencií organizovaných v roku 1999

### Slovenská spoločnosť sestier

#### 1. Sekcia sestier pracujúcich v odbore vnútorného lekárstva (sekcia všeobecných sestier)

Názov podujatia: Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v odbore vnútorného lekárstva

Dátum a miesto konania: Október 1999, Michalovce

Tematika: Ošetrovateľstvo, liečebná výživa, Varia

Organizátor: Jana Mikulášiková, NsP, 950 01 Nitra, tel. č. 087/54 52 78

Kvetoslava Keresztesyová, NsP Š. Kukuru, 071 01 Michalovce, tel. č. 0946/41 62 66

#### 2. Sekcia detských sestier

Názov podujatia: Celoslovenská konferencia detských sestier

Dátum a miesto konania: 24. až 27. jún 1999, Košice

Tematika: Ošetrovateľstvo v pediatrii

Organizátor: Jana Tuchyňová, diplomovaná sestra, Detská nemocnica, 040 01 Košice, tel. č. 095/622 18 63

Spoluorganizátor: Slovenská pediatrická spoločnosť

#### 3. Sekcia ženských sestier

Názov podujatia: Celoslovenská konferencia ženských sestier

Dátum a miesto konania: September 1999, Banská Bystrica

Tematika: Starostlivosť o rizikovú graviditu v primárnej prevencii aj v ústavnej starostlivosti

Organizátor: Jana Dolinská, NsP F. D. Roosevelta, 975 17 Banská Bystrica, tel. č. 088/413 43 41

#### 4. Sekcia sestier pracujúcich na ARO a JIS

Názov podujatia: XVIII. pracovné dni anestéziológie, resuscitácie a intenzívnej medicíny

Dátum a miesto konania: 20. a 21. máj 1999, Trenčianske Teplice

Tematika: Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov na ARO a JIS

Nové poznatky v odbore

Organizátor: Marta Vargová, NsP, 911 71 Trenčín, tel. č. 0831/52 59 79

Anna Kačmaryová, FNsP, 040 66 Košice, tel. č. 095/644 54 15

#### 5. Sekcia sestier pracujúcich na chirurgii

Názov podujatia: IX. slovenské pracovné dni sestier pracujúcich v chirurgických odboroch

Dátum a miesto konania: November 1999, Piešťany

Tematika: Ošetrovateľstvo - nová dimenzia v práci chirurgickej sestry

Organizátor: Margita Šimorová, diplomovaná sestra, OLÚ

TaRCH, 949 88 Nitra-Zobor, tel. č. 087/51 67 45

#### 6. Sekcia asistentov výživy

Názov podujatia: Celoslovenská konferencia asistentov výživy

Dátum a miesto konania: Október 1999, Trenčianske Teplice

Tematika: Detské ochorenia a výživa (alergie a kožné ochorenia)

Organizátor: Darina Poláková, NsP, 093 27 Vranov nad Topľou, tel. č. 0931/212 71

#### 7. Sekcia sestier pre sociálnu službu a sociálnych pracovníčok

Názov podujatia: XXVIII. celoslovenská konferencia sociálnych sestier a sociálnych pracovníčok

Dátum a miesto konania: Október 1999, Trenčianske Teplice

Tematika: Starnutie - staroba z aspektu sociálnej práce

Organizátor: Mária Majeríková, NsP, 911 71 Trenčín, tel. č. 0831/56 61 11

#### 8. Sekcia ošetrovateľského manažmentu

Názov podujatia: XII. celoslovenská konferencia sekcie ošetrovateľského manažmentu

Dátum a miesto konania: Máj 1999, Piešťany

Tematika: Aktuálne problémky v odbore ošetrovateľstvo

Organizátor: Mgr. Melánia Beňková, OLÚ TaRCH, 949 88 Nitra-Zobor, tel. č. 087/51 67 45

#### 9. Sekcia sestier pracujúcich v dermatovenerológii

Názov podujatia: 13. celoslovenský seminár sekcie sestier pracujúcich v dermatovenerológii

Dátum a miesto konania: Máj 1999, Svidník

Tematika: Kožné ochorenia - ošetrovateľský proces

Organizátor: Ivana Blanáriková, NsP Ružinov, 826 06 Bratislava, tel. č. 07/43 33 24 09

NsP, kožné odd., 089 22 Svidník, tel. č. 0937/217 50

#### 10. Sekcia sestier pracujúcich v onkológii

Názov podujatia: XXXVI. onkologické dni v Bratislave a X. konferencia sestier pracujúcich v onkológii

Dátum a miesto konania: Október 1999, Bratislava

Tematika: Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacientov postihnutých hematologickými malignitami

Organizátor: Eva Baďuríková, Národný onkologický ústav, Klenova ul. č. 1, 833 10 Bratislava, tel. č. 07/59 37 86 95

#### 11. Sekcia sestier pracujúcich v urológii

Názov podujatia: XVIII. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v urológii

Dátum a miesto konania: Október 1999, Košice

Tematika: Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s nádorovými

ochoreniami uropoetického traktu

Varia

Organizátor: Vlasta Bezáková, NsP, 955 20 Topoľčany, tel. č. 0815/35 16 54

Helena Kerekešová, FN L. Pasteura, Urologická klinika, 040 09 Košice, tel. č. 095/622 52 51

### 12. Sekcia sestier pracujúcich v nefrológii

Názov podujatia: VIII. celoslovenská konferencia nefrologických sestier

Dátum a miesto konania: 26. až 28. máj 1999, Častá-Papiernička

Tematika: Mimotelová eliminačná liečba

Kontinuálna ambulantná peritoneálna dialýza (CAPD)

Transplantácia obličky

Ošetrovateľský proces

Hygienicko-epidemiologický režim v dialyzačných strediskách

Organizátor: Alžbeta Ondová, FN L. Pasteura, Nefrologická klinika, 040 90 Košice, tel. č. 095/76 59 34

### 13. Sekcia sestier pracujúcich na psychiatrii

Názov podujatia: Celoslovenská konferencia psychiatrických sestier

Dátum a miesto konania: Október 1999, Pezinok

Tematika: Psychiatrická starostlivosť u ná a vo svete

Organizátor: Helena Anattová, PN 902 18 Pezinok,

tel. č. 0704/40 22 31

### 14. Sekcia sestier zo zariadení sociálnej starostlivosti

Názov podujatia: VIII. celoslovenská konferencia sestier zo zariadení sociálnej starostlivosti

Dátum a miesto konania: Október 1999, Banská Bystrica

Tematika: Ústavná sociálna starostlivosť

Organizátor: Marta Šalingová, Slovenská postgraduálna akadémia medicíny, Limbová 12, 833 03 Bratislava, tel. č. 07/54 77 45 60

Spoluorganizátor: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, 816 43 Bratislava

### 15. Sekcia sestier pracujúcich v diabetológii

Názov podujatia: Workshop diabetologických sestier

Dátum a miesto konania: Jún 1999, Trenčín

Tematika: Diabeles mellitus

Organizátor: Rozália Šeilingarová, NsP, 931 01 Šamorín,

tel. č. 0708/66 25 55

### 16. Sekcia sestier pracujúcich v odbore TaRCH

Názov podujatia: II. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v odbore TaRCH

Dátum a miesto konania: Október 1999, Piešťany

Tematika: Práca sestry na poliklinickom oddelení TaRCH

Organizátor: Mgr. Melánia Beňková, Margita Šimorová, diplomovaná sestra, OLÚ TaRCH, Nitra-Zobor, 949 88 Nitra, tel. č. 087/51 31 26

### 17. Sekcia sestier pracujúcich v neurológii

Názov podujatia: Celoslovenská konferencia neurologických sestier

Dátum a miesto konania: Október 1999, Lučenec

Tematika: Subarachnoidálne krvácanie

Nová diagnostická technika v neurológii

Organizátor: Anna Hašková, NsP, 984 01 Lučenec,

tel. č. 0863/441 11 11

### 18. Sekcia sestier pracujúcich v infekčných oddeleniach

Názov podujatia: Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v infekčných oddeleniach

Dátum a miesto konania: September 1999, Poprad

Tematika: Zavádzanie ošetrovateľského procesu na infekčných oddeleniach

Hepatitisy

Organizátor: Viera Šebeková, NsP F. D. Roosevelt, 975 17 Banská Bystrica, tel. č. 088/414 52 40

Anna Slaňovská, NsP, 058 45 Poprad, tel. č. 092/712 51 11

### 19. Sekcia sestier pracujúcich v centrálnej sterilizácii

Názov podujatia: III. celoslovenská konferencia oddelení centrálné sterilizácie

Dátum a miesto konania: 27. a 28. máj 1999, Bojnice

Tematika: Centrálna sterilizácia

Organizátor: Ján Bobáľ, NsP, 984 39 Lučenec, tel. č. 0863/431 15 39

### 20. Sekcia sestier pracujúcich v oftalmológii

Názov podujatia: 5. celoslovenská konferencia oftalmologických sestier

Dátum a miesto konania: November 1999, Trenčín

Tematika: Nové výšetrovacie metódy v oftalmológii

Organizátor: Jana Jarinová, NsP, 012 07 Žilina, tel. č. 089/687 01 11

### 21. Sekcia sestier pracujúcich v neonatológii

Názov podujatia: II. celoslovenské neonatologické dni s medzinárodnou účasťou

Dátum a miesto konania: Jún 1999, Nové Zámky

Tematika: Problematika neonatálnej výživy

Manažment bolesti

Problematika ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca s umelou plúcnowou ventiláciou

Organizátor: Mária Vachová, NsP, 940 34 Nové Zámky, tel. č. 0817/461 26 27

### 22. Slovenská spoločnosť sestier

Názov podujatia: IX. celoslovenská konferencia Slovenskej spoločnosti sestier s medzinárodnou účasťou

Dátum a miesto konania: Máj 1999, Bratislava

Tematika: Medzinárodný deň sestier

Organizátor: Mgr. Melánia Beňková, OLÚ TaRCH, 949 88 Nitra-Zobor, tel. č. 087/51 67 45

Spoluorganizátor: Česká spoločnosť sestier

Konferenčný poplatok sa vyberá pri každej akcii.

## Spoločnosť stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov

### 1. Sekcia biochemických laborantov

Názov podujatia: Konferencia biochemických laborantov

Dátum a miesto konania: September 1999,

Tematika: Pokroky v klinickej biochémii

Organizátor: Ol'ga Duhanová, NsP, 960 01 Zvolen, tel. č. 0856/533 31 11/715

### 2. Sekcia histologických laborantov

Názov podujatia: Celoslovenská konferencia histologických laborantov

Dátum a miesto konania: September 1999, Bratislava

Tematika: Nové poznatky v histológií

Organizátor: Ingrid Bajnociová, FNPs akad. Dérera, Ústav patologie, Limbová č. 5, 833 05 Bratislava, tel. č. 07/54 72 28 40

### 3. Sekcia hygieny

Názov podujatia: Celoštátna konferencia asistentov hygieny a laboratórnych pracovníkov na úseku hygieny životného prostredia

Dátum a miesto konania: September 1999, Trenčín

Tematika: Problematika bežného hygienického dozoru v zariadeniach poskytujúcich služby obyvateľstvu

Organizátor: Jana Kubovčiaková, Štátny zdravotný ústav, 911 01 Trenčín, tel. č. 0831/52 12 32

#### 4. Sekcia farmaceutických laborantov

Názov podujatia: XXII. slovenské pracovné dni farmaceutických laborantov s medzinárodnou účasťou

Dátum a miesto konania: 15. a 16. október 1999, Stará Ľubovňa

Tematika: Voľnopredajné lieky, zdravotnícke pomôcky, liečebné kozmetiky v praxi farmaceutického laboranta

Organizátor: Viera Jeníková, Farmaceutická fakulta UK, 832 32 Bratislava, tel. č. 07/461 93 51

#### 5. Sekcia mikrobiologických laborantov

Názov podujatia: 28. konferencia mikrobiologických laborantov

Dátum a miesto konania: 27. a 28. máj 1999, Košice

Tematika: Laboratórna diagnostika respiračných infekcií Varia

Organizátor: Agnesa Hrudalová, Štátny zdravotný ústav, ul. Slovenskej jednoty, 040 01 Košice, tel. č. 095/622 15 07

#### 6. Sekcia rádiologických asistentov

Názov podujatia: Celoštátna konferencia rádiologických asistentov

Dátum a miesto konania: 15. a 16. jún 1999, Tatranské Matliare

Tematika: Pokroky vo vývoji RDG vyšetrovacej techniky a pokroky v RDG vyšetrovacích metódach

Organizátor: Štefan Čelinák, NsP, RDG odd., 058 45 Poprad, tel. č. 092/712 54 29

Viera Kapustová  
Kožné oddelenie Nemocnice s poliklinikou  
v Topoľčanoch

## Význam komunikácie u pacientov s dermatovoenerologickým ochorením \*

### Komunikácia všeobecne

Slovo komunikácia pochádza z latinského slova communico, communicare, čo znamená niečo oznamovať, s niekym sa o niečo deliť, zverovať sa niekomu s niečim, spoločne sa radíť. Znamená teda výmenu informácií medzi dvoma alebo viacerými ľuďmi. Je to výmena myšlienok a nápadov.

Zámerom každej komunikácie je vyvolať nejakú odpoveď. Preto je komunikácia dejom. Zahŕňa všetky spôsoby, pri ktorých jedna osoba ovplyvňuje druhú. Má dva hlavné ciele. Ovplyvňovať iných a získať informácie. Komunikácia môže byť teda užitočná alebo neužitočná.

Komunikácia je dôležitým aspektom ošetrovateľskej činnosti. Sestry, ktoré komunikujú, sú úspešnejšími iniciátorami zmeny zameزانej na upevnenie zdravia, ľahšie vytvárajú vzájomný vzťah s pacientom-klientom a pomocnými osobami, a tak predchádzajú právnym problémom spojeným s ošetrovateľskou činnosťou. Účinná komunikácia je základom vzniku vzťahu sestra - pacient-klient. Na dosiahnutie kvalitnej obojsstranej komunikácie sestry a pacienta-klienta, musíme rešpektovať niektoré všeobecné požiadavky:

- empatia, schopnosť včítania sa do toho, čo pacient-klient práve prežíva, ako hodnoti svet a seba, svoj vzťah k chorobe, ako ju prežíva, čo si o nej myslí a podobne,

- individuálny prístup - znamená prispôsobiť naše správanie pacientovým-klientovým špecifickým zvláštnosťiam.

- zachovať úctu k pacientovi-klientovi, to znamená vážiť si ho za každých okolností ako človeka.

- mať pozitívny vzťah ku klientovi - tento postoj sa prejavuje vo všetkých rovinách ľudskej činnosti. Každá činnosť ošetrovajúcich pracovníkov má svoj psychologický vplyv na klienta.

V súčasnom modernom pretechnizovanom svete sa práve komunikácia stáva čoraz problematickejšou vo vzájomnej interakcii ľudí. Môloko si uvedomuje, akú významnú úlohu zohráva v živote práve komunikácia. Jej profesionálne využitie je veľkým prínosom a pomocníkom pri výstreňí, diagnostike, liečbe, ako aj vo všetkých krokoch ošetrovateľského procesu. Správnym prístupom, znalosťou a využívaním komunikácie máme možnosť získať si dôveru klienta, čo je v pracovnom styku s klientom to najdôležitejšie.

### Komunikačné formy a prostriedky verbálnej komunikácie

Verbálna komunikácia predstavuje výmenu myšlienok a nápadov artikulovanou rečou a dorozumievanie sa jazykom. Verbálnu komunikáciu si ľudia zväčša uvedomujú, pretože vyberajú slová, ktoré používajú. Použité slová sú u jednotlivých ľudí rôzne, podľa ich kultúry, spoločensko-ekonomickejho postavenia, veku alebo vzdelania. Navýše slovami možno vyjadriť širokú paletu emócií.

Hovorený prejav môže mať rôznu intonáciu. Môže vyjadrovať odsevnenie, nadšenie, smutok, ale i radosť, pobavenie a iné. Tempo a rytmus môžu vyjadrovať nedostatok energie, záujmu, úzkosť či strach.

Pri výbere slov je potrebné zvážiť kritériá účinnej komunikácie. Patrí k nim: jednoduchosť, zreteľnosť, načasovanosť a závažnosť, prispôsobivosť, dôveryhodnosť.

Poznáme niekoľko druhov slovných prejavov. Je to monológ, rozgovor, diskusia, beseda a iné.

Z prejavov verbálnej komunikácie je hádam najčastejší, ale i najdôležitejší rozgovor. Kladieme veľký dôraz na vedenie rozgovoru, spôsob kladenia otázok - otvorené a zatvorené otázky. Mali by sme viedieť, čo chceme povedať tým, že hovoríme, ako hovoríme, kedy hovoríme, komu hovoríme. Pri verbálnej komunikácii povzbudzuje-

\* Prednesené na Celoslovenskom seminári dermatovenerologických sestier 19. júna 1998 v Nitre

me klienta verbalizovať a súčasne volíme tému rozhovoru. Volíme vedenie rozhovoru s určitým cieľovým zameraním. V kladení otázok a odpovedí volíme konkrétnosť, opatrnosť a informovanosť.

Rozhovor má tri významné zložky: autokomunikáciu, spätnú väzbu a reakciu pacienta a sestry.

Autokomunikácia je rozhovor so sebou samým, vnútorný monológ - človek získava postoj k sebe samému. Pri spätnej väzbe sestra zisťuje, či ju klient pochopil, či dostatočne prejavila svoju empatiu.

V reakcii pacienta a sestry možno odpovede sestry hodnotiť podľa vyjadrenia empatie a podľa toho, či odpovede boli vecné, generalizujúce, moralizujúce, vyhýbavé, alebo interpretujúce, diagnostikujúce.

V oblasti verbálnej komunikácie je možné mnohemu sa speciálnym trénovaním naučiť.

V ošetrovateľskej práci používame tri druhy komunikácie: sociálnu, štrukturovanú a terapeutickú.

Sociálna komunikácia je neplánovaná, často sa odohráva pri neformálnych stretnutiach.

Štrukturovaná komunikácia má určitú naplánovanú náplň. Terapeutická komunikácia, ktorá sa často využíva v ošetrovateľstve, pomáha prispôsobiť sa nezmieriteľným skutočnostiam a zároveň prekonávať psychologické prekážky u klienta.

Verbálnu komunikáciu ovplyvňuje aj prostredie, v ktorom sa komunikuje. V útulnom, príjemnom prostredí sa komunikuje ľahšie ako v prostredí nepríjemnom, hlučnom, chladnom alebo veľmi teplom a kde sem a tam pobežujú ľudia.

### Komunikačné formy a prostriedky neverbálnej komunikácie

Neverbálnu komunikáciu nazývame niekedy aj rečou tela. Takéto komunikácie často sprostredkujú pocity človeka lepšie ako slová, pretože neverbálne prejavy si uvedomujeme menej než verbálne. Neverbálna komunikácia buď potvrdzuje verbálny prejav, alebo mu protirečí.

Pozorovanie a interpretácia pacientových neverbálnych prejavov patria k základným schopnostiam sestry. Neverbálne prejavy sestry sú vždy pod ustačeným pátravým pohľadom pacienta. Preto je potrebné, aby si uvedomovala svoje počinanie a naučila sa sprostredkovať pacientovi svoje porozumenie, ohľad a akceptovanie.

Aby pozorovanie neverbálnych prejavov splnilo svoj účel, treba k nemu pristupovať systematicky. Ako súčasť úvodného posúdenia sestra pozoruje celkový telesný živý zjav osoby, vrátane úpravy zovnajšku, držania tela i chôdze a potom sa sústredí na jednotlivé časti tela, ako tvár, ruky, nechty a pod.

Ošatenie a celková úprava zovnajšku bývajú bohatým zdrojom informácií o človeku. Spravidla odzrkadľujú spoločenskú a finančnú úroveň, kultúru, náboženstvo, príslušnosť k určitej skupine i vlastné sebahodnotenie. Hmotnosť môže napovedať o výžive. V praktickom živote sa verbálna komunikácia s neverbálnou komunikáciou vzájomne dopĺňajú.

Proxemika je vzdialenosť medzi komunikujúcimi. Porušenie tejto vzdialenosťi môže vyvolať napätie až agresiu medzi komunikujúcimi. Volíme vzdialenosť intímnu - do 30 cm, osobnú - ktorú nazývame aj zónou dotyku - do 70 cm. Sociálna vzdialenosť je do 3,5 m. Verejnú do 8 m volia herci, rečníci a pod.

Zdravotníčki pracovníci často musia prenikať do osobnej, ba až intímnej blízkosti pacienta, a to i v situáciách, ktoré sú mimoriadne nepriaznivé. Preto je tu treba mimoriadneho taktu, citlivosti k čítaniu pacienta.

Aj chorý človek potrebuje určité osobné teritórium. Má potrebu súkromia, vlastného kútika, ktorý môže predstavovať jeho posteľ,

nočný stolík. Pri narušení tejto zóny vzniká citové vzrušenie, ktoré je možné pozorovať na očiach, pohyboch hlavy, rúk a pod. Zvýšený nepokoj nepriaznivo pôsobí na dobrý priebeh napríklad liečby.

Heptika - bezprostredný kontakt (podanie ruky, pohľadenie), je v kontakte s klientom veľmi dôležitá. Sestra i klient jej pripisujú veľký význam. Dotyk je dôležitý nielen u deťí, ale i u dospelých. Prialinské a láskové pohľadenie je niekedy ako balzam na dušu. Aj tu rozlišujeme určité zóny. Zóna sociálna - spoločenská - môže tým byť podanie ruky. Osobná zóna predstavuje napr. pohľadenie po hlove alebo ramene. Intímna zóna, nazýva sa aj erotogénna.

Nie je koža ako koža. Preto je dobré, ak musíme pracovať v tejto oblasti, hlavne u jedinca opačného pohľavia, upozorniť ho, že ide o služobný výkon a odporúča sa upozornenie pred výkonom.

Posturika je neverbálna komunikácia telesným postojom, držaním tela a vzájomnou konfiguráciou všetkých častí tela.

Pantomimiku si robíme obraz tohto druhého človeka. Môže pôsobiť ako socha, alebo pôsobiť prirodzene.

Kongruenciu lekára, sestry a pacienta vzniká vzájomné porozumenie.

Mimika je hra svalov tváre. Môžeme takto vyjadriť bolesť, radosť, žial, smútok, šťastie, prekvapenie, strach zlobu, spokojnosť, záujem. Patrí sem úsmev, smiech aj pláč. Mimikou môžeme vyjadriť tiež výsmech, posmech, ale i pohŕdanie.

Kinetika je neverbálnou komunikáciou pomocou pohybov končatín, tela, krku a hlavy. Je veľmi dôležitá v kontakte s ťažko chorými. Inak sa prejavuje mladý a inak starý človek. Inak sa prejaví dieťa a inak dospelý. Nesmierny význam má u klienta s narušeným verbalným kontaktom a niekedy zostáva jediným druhom komunikácie, ktorý musí sledovať ošetrovajúci presonál.

Gestika sú kultúrne pohyby, pohybové symboly a znaky. Sú naučené a prebraté z kultúry určitého spoločenstva. Napr.: kývnutie hlavy na pozdrav. Gestika sa v ošetrovateľstve bohatu využíva.

Pohľad je neverbálna komunikácia očami. Môžeme si ním potvrdiť správnosť podávaných informácií medzi komunikujúcimi. Poznáme rôzne druhy pohľadov: pohľad vyzývavý, hodnotiaci, spýtavý, zlostný, ostrý, kradmý, pichlavý, dobrácky a ďalšie.

Určitou formou komunikácie je aj načúvanie. Existuje umenie hovoriť a umenie načúvať. Netreba hovoriť za každú cenu, niekedy aj nerozprávať znamená komunikovať.

Úsmev nestojí nič, ale v ľudskej komunikácii znamená veľa. Obohacuje tých, pre ktorých je určený, neuberá tým, ktorí ho dávajú, trvá chvíľku, ale niekedy sa naň nezabudne po celý život.

### Faktory ovplyvňujúce komunikačný proces

V našich zdravotníckych zariadeniach sme občas svedkami toho, že medzi klientom a zdravotníckymi pracovníkmi je určitá bariéra v komunikácii, napr. bariéra prieskrová. Rozhovor sa odohráva na nevhodnom mieste, kde je viac ľudí, klient je vyrušený a má zábrane. Niekedy sa potrebuje intímne zdôveriť a na to potrebuje aj intímne alebo aspoň pokojné prostredie. Ďalšou bariérou v komunikácii je nesprávna načasovanosť a závažnosť rozhovoru. Ak sa ponáhľame, sme nervózni, stále čosi prehadzujeme v dokumentácii, klient to vycíti a všecko nám nepovie. Môže nastať aj strata dôvery v našu odbornosť a dobre vykonanú prácu. A tá sa dá veľmi ťažko napraviť. Ďalšou chybou pri komunikácii je časté používanie odborných slov, ktorým klient nerozumie, a teda nevie, čo mu vlastne hovoríme, čo od neho chceme. Dôležité pre sestru je vyberať výrazové prostriedky a slová, ktorým klient rozumie. Šikovná, vnímavá sestra to vidí ihneď na neverbálnom správani klienta.

Závažnou prekážkou v komunikácii je aj *nezreťenosť*, to znamená, že sa presne nevieme vyjadriť, čo chceme povedať alebo čo od klienta požadujeme, aby spravil. Ďalšou chybou je *klásť veľa otázok naraz a veľa rozprávať*. Klient môže zostať zmátený a zabudne, čo sme vlastne povedali v tom množstve vypovedaného. Na toto by sme mali pamätať hlavne vtedy, ak klientovi dávame rady, podávame mu informácie a pod.

Bariéry senzorické sú pomerne časté. Hlavne starí ľudia slabšie počujú, zle vidia. S nimi musíme komunikovať hlasnejšie, pomalšie a máme sa k nim postaviť tak, aby nám vedeli odčítavať aj z úst. Podobne komunikujeme aj s hluchonemými klientmi.

Psychické poruchy ako debilita a imbecilita tiež nepodporujú dobrú komunikáciu. Niekedy sa obmedzíme len na príkazy a zákazy.

Emocionálne-citové blokády sa vyskytujú, keď niektorí ľudia už na prvý pohľad sú si nesympatickí a podľa toho sa aj správajú.

Generačné bariéry vyjadrujú križenie záujmov. Napr. dospelý s dieťaťom v jednej izbe sa nudí, nevie sa s ním pozhovárať. Veko mladí so starými sa niekedy ignorujú. Ak ošetrovujúci pracovníci takéto napätie netlmia, potom obyčajne nastávajú problémy a podávajú sa rôzne stáťnosti, vytvára sa zlý klíma na oddelení.

Kultúrne bariéry, napr. jazykové, môžu nám spôsobiť veľké problémy, ak neovládame jazyk klienta. Treba vtedy zavolať tlmočníka. Veľmi dôležité je to, ak ide o cudzinca v závažnom zdravotnom stave a ešte k tomu bez doprovodu.

Prekážkou dobrej komunikácie s klientom sú aj niektoré náboženské zvyklosti klientov, aj povýšenectvo a nezáujem sú určite prekážkou dobrej komunikácie.

## Záver

V oblasti komunikácie sme zaznamenali nevídane možnosti.

Vynájdením a zostrojením masovokomunikačných a komunikačných zariadení a prístrojov možno v priebehu niekoľkých sekúnd komunikovať medzi sebou z rôznych svetadielov, ale i z vesmírnych telies. A to verbálne i neverbálne, pomocou modernej videotechniky.

Aj v medicíne a modernom ošetrovateľstve využívame tieto moderné komunikačné prostriedky. Je škoda, že ich zavádzanie do bežnej praxe spomaľuje väčšinou nedobrá finančná situácia našich zdravotníckych a sociálnych zariadení. Využívame ich hlavne vo verbálnej komunikácii, a to hovoreným a tlačeným slovom.

Komunikácia v ošetrovateľskej praxi by mala zahŕňať tieto štyri oblasti vzťahujúce sa na zdravie: podporu zdravia, uchovávanie zdravia, prinávratenie zdravia a starostlivosť o umierajúcich.

Aj keď žijeme v zajati rôznej techniky a v spoločnosti ľudí, človek postihnutý kožnou chorobou sa cíti niekedy veľmi nešťastný, opustený, sám so svojimi problémami. Potrebuje si pohovoriť s niekym, komu sa môže zdôveriť, kto mu môže poradiť a pomôže vyriešiť jeho problémy.

Vhodná komunikácia, rozhovor, rada, úsmev, povzbudivý pohľad, pohľadenie ruky robia i v dnešnej dobe zázraky, upevňujú dôveru v ošetrovajúcich pracovníkov, zvyšujú zdravotné uvedomenie klienta a získavajú ho tiež na plodnú spoluprácu. Možno si ho svojimi komunikačnými schopnosťami práve získala sestrička, či iná pracovníčka kožného oddelenia.

Komunikácia v ľudskej spoločnosti mala, ale i nadálej bude mať nesmierny význam. Preto ju v ošetrovateľskom procese posúvame na popredné miesto a venujeme jej takú veľkú pozornosť.

Do redakcie došlo:  
10. septembra 1998

Adresa autorky:  
V. Kapustová  
Mýtna Nová Ves č. 11  
956 11 Mýtna Nová Ves

I. Blanáríková  
Kožná klinika Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny v Bratislavе

## Fissura ani - nepoznané Condylomata lata \*

Tridsaťročná pacientka bola prijatá na Kožnú kliniku Nemocnice s poliklinikou v Bratislave v Ružinove 3. mája 1994. V rámci interného predoperačného vyšetrenia sa zistilo RRR ++, TPHA neurčité. Opakovany odber dňa 28. apríla 1994 ukázal RRR +++ a TPH ++++, TPIT bol pozitívny na 74 %.

Pacientka žije dva a pol roka s partnerom a jeho dvoma deťmi. V januári tohto roku mala pomer s mužom, ktorého meno ani adresu nevie, išlo o náhodnú známost. V oblasti genitálií nemala ranky, iba pred tromi týždňami navštívila chirurga pre bolesti pri stolici. Chirurg diagnostikoval fisuru anu na čísle 6 a 12. Neskôr sa zjavilo niekoľko drobných raniek v okolí konečníka, ktoré si pacientka liečila sedavými kúpeľmi z dubovej kôry, čapíkmi a masľou Avril, ale bez akéhokoľvek efektu. Štyri dni pred prijatím na našu kliniku sa jej na dlaniach zjavili červené škvarky, potom aj na hrudníku a škvarky

sa začali rozširovať. Pri prijatí mala na dlaniach a hrudníku ojedinelé makulo-papulózne vyrážky okrúhleho tvaru do priemeru 0,5 cm, ktorých povrch bol hladký. Na chrbáte mala škvarky bledohnedej farby veľkosti šošovice, bez zápalu v okolí. Perianálne sa vyskytvali drobné erózie pozdĺžneho tvaru do veľkosti 1 cm, ale nález bol fažie hodnotiteľný pre vaginálne krvácanie.

Pacientka sa na našej klinike do 25. mája 1994 preliečila 21-dňou kúrou prokainpenicilínom G. Liečbu znášala bez ťažkostí. Po prepustení bola evidovaná v našom dispeznárnom stredisku, kde ešte počas liečby vyšetrali jej rodinných príslušníkov, druhá pacientka a jeho deti. U všetkých bol výsledok vyšetrenia negatívny. Zdroj nákazy sa nezistil.

Pozoruhodné na prípade uvedenej pacientky je, že pri internom predoperačnom vyšetrení, pred plánovanou interrupciou bola ziste-

\* Prednesené na Celoslovenskom seminári dermatovenerologických sestier 19. júna 1998 v Nitre

ná pozitívita RRR séroreakcií. Napriek tomuto zisteniu sa interrupcia vykonalá a až po zákroku bola pacientka odoslaná na ambulanciu Kožnej kliniky a prijatá na liečenie. Natívny preparát zo steru perianálnych lézii bol vyšetrený mikroskopicky v tmavom poli. Vyšetrenie potvrdilo vysoko infekčné štadium syfilisu - condylomata lata v perigenitálnej oblasti. Zdôrazňujeme to preto, lebo pacientka sa už najmenej tri týždne liečila u chirurga na análne fisúry sedacími kúpeľmi z dubovej kôry a prípravkami Aviril.

Na základe objektívneho vyšetrenia pozitívnych séroreakcií a pozitívneho vyšetrenia v tmavom poli bola pacientka u nás liečená s diagnózou *Syphilis secundaria maculopapulosa*, condylomata lata už uvedenou penicilínovou kúrou. Po liečbe exantém vymizol a vyhojili sa torpidne „perianálne fisúry“.

Na záver konštatujeme, že by bolo prospešné, aby si široká lekárská a sesterská verejnosť neustále uvedomovala dôležitosť kom-

plexného pohľadu na pacienta a v rámci tímového prístupu k nemu konzultovala suspektné nálezy na koži a viditeľných slizničach, ako aj na kožných adnexách dermatovenerológom. Len takýmto prístupom k chorému je možné predísť epidemicky a diagnosticky závažným omylom, ktoré neohrozujú len zdravie samotného pacienta, ale aj zdravie ošetroujúcich. V takýchto prípadoch vidíme aj nezastupiteľné miesto sestier.

Poznamenávam, že časť môjho príspevku je prevzatá a citovaná z článku J. Baumgartnera a K. Kolibášovej, ktorý bol publikovaný v časopise Slovenský lekár v roku 1995, č. 3, s. 9-10.

Do redakcie došlo:  
2. februára 1999

Adresa autorky:  
I. Blanáriková  
Belinského č. 16  
851 05 Bratislava

## Školské okienko

### Absolventi bakalárskeho štúdia - odbor ošetrovateľstvo na Lekárskej fakulte UPJŠ v Košiciach v školskom roku 1997/98

Bernardína Dudičová, Košice, Slávka Gumenická, Dlhé nad Cirochou, Lívia Hadašová, Rozhanovce, Emília Jančošeková, Košice, Emilia Janičková, Košice, Marianna Mužíková, Košice, Martina

Komová, Petrovany, Andrea Korfantová, Dargov, Renáta Rusnáková, Bratislava, Adriana Skoncová, Hrabovec, Terézia Straková, Fričkovce, Gabriela Vojtová, Rožňava.

### Absolventi bakalárskych skúšok na Fakulte ošetrovateľstva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v školskom roku 1997/98 (piaty ročník magisterského štúdia popri zamestnaní)

Eva Bednáriková, Senica, Zuzana Bilíková, Šenkvice, Anna Bodáková, Košice, Daniela Dluholucká, Banská Bystrica, Anna Fialková, Košice, Veronika Gomolčáková, Bratislava, Helena Horáková, Sered', Darina Jobbagyová, Šaľa na Váhom, Monika Košáková, Bratislava, Oľga Kováčová, Bratislava, Anna Križanová,

Malženice, Dana Krstičová, Považská Bystrica, Oľga Lukáčová, Holič, Margita Mackovičová, Zohor, Eva Madurová, Košice, Marta Miklošová, Košice, Antónia Obertová, Trnava, Rendeková-Smržíková, Trnava, Ľubomíra Šaržíková, Banská Bystrica, Júlia Schlarmannová, Sered'.

### Absolventi bakalárskych skúšok na Fakulte ošetrovateľstva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v školskom roku 1997/98 (štvrty ročník magisterského štúdia popri zamestnaní)

Viera Borbelyová, Nové Zámky, Bronislava Cvopová, Bratislava, Anna Dobriková, Banská Bystrica, Helena Draganová, Bratislava, Eva Durdiková-Haruštiaková, Nové Mesto nad Váhom, Mariana Hammelová, Valča, Zuzana Hlavienková, Hlohovec, Katarína Hrašnová, Trnava, Mária Hustá, Topoľčany, Helena Kadučáková, Chlebnica, Veronika Kostrošová-Dančová, Dolný Kubín, Ľudmila Králiková,

Bolešov, Katarína Králová, Bratislava, Anna Kulifajová, Bratislava, Milena Mikolajová, Prešov, Marián Mitura, Rožňava, Jana Pravdová, Modra, Daniela Rybárová, Prešov, Andrea Šagátová, Bratislava, Jana Sedliaková, Bratislava, Viera Škrhová, Trnava, Jozefína Štafánová, Považská Bystrica, Katarína Sujová, Hrachovo, Eva Timarová, Želiezovce, Helena Zedníková, Púchov, Jana Zemanová, Bratislava.

## Pomôž si sám

Pri selekcii každodenného prílivu informácií nás zrakový i sluchový zmysel veľmi často analyzuje pojem tučnoty - obezita v rôznych periodikách, učebniach a masovokomunikačných prostriedkoch.

Dôkazom toho, že obezita je globálnym problémom presahujúcim hranice viacerých vyspelých krajín, sú mnohé medzinárodné, národné i regionálne projekty a programy zahrnujúce poradenstvo v oblasti výživy a zvyšovania pohybovej aktivity.

Nový predmet - Náuka o výžive, schválený Ministerstvom zdravotníctva v SR, umožňuje žiakom na SZŠ získať komplexný pohľad na racionálnu výživu a diétoterapiu zo všetkých strán. Osvojenie si základných poznatkov žiakmi závisí od samotného učiteľa, preto všetkým od jeho erudície a pedagogického majstrovstva vhodne bližíť nové učivo.

Pri príprave rôznych učebných pomocov je často odkázaný sám

na seba, prípadne na cenné rady od svojich kolegov. Snahu je učivo sprehľadniť, logicky usporiadať a vytvoriť vzájomné vzťahy a súvislosti. Stáva sa to výhodným pre obidve strany, pre žiaka i pedagóga.

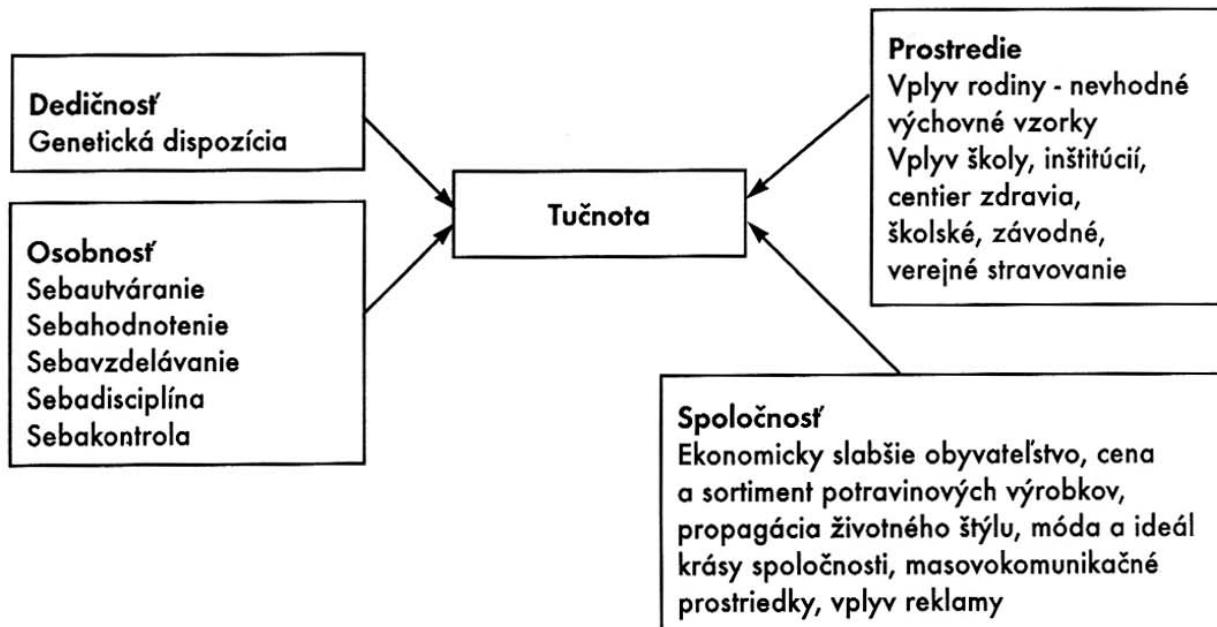
Spoločnými silami vytvorené učebné pomôcky nám pomáhajú ušetriť čas, zefektívniť výučbu a vzájomne sa obohatiť o skúsenosti.

Navrhnutý model je len malou ponukou pre ďalšie tvorivé nápady iných kolegov ako aj potenciálne modifikácie a prispôsobenia pre ich vlastné potreby (príloha 1).

Do redakcie došlo:  
3. septembra 1998

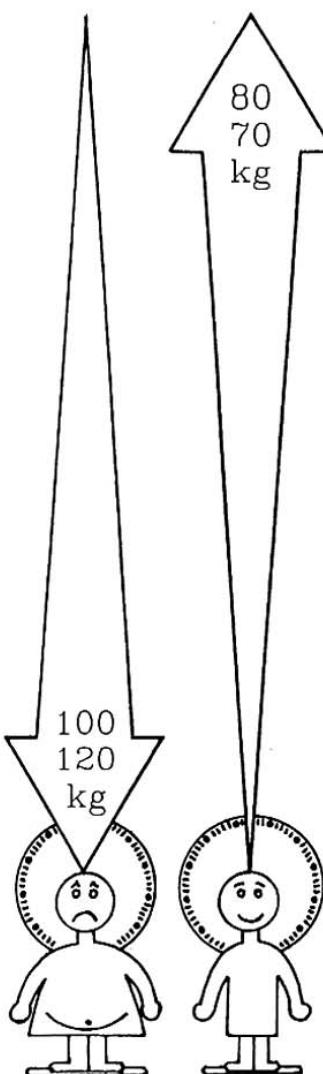
Adresa autorky:  
Mgr. M. Tanáčová  
Stredná zdravotnícka škola  
v Topoľčanoch  
Jesenského ul. č.2316/C  
955 01 Topoľčany

### Príloha 1. Model prevencie obezity



## RIZIKOVÉ FAKTORY

1. Genetická predispozícia
2. Obdobie života:  
Rané detstvo - základy obezity  
- zvýšenie počtu adipocytov
3. Nadbytočný prívod energie  
- zväčšenie veľkosti adipocytov  
Nevhodné stravovacie návyky, prejedanie sa, jednostrannosť a nevhodný výber potravín (tuky, cukry)
4. Nedostatočný výdaj energie:  
Sedadlý spôsob života - TV, PC;  
Sedadlé zamestnanie, gravidita; u mužov po uzavretí manželstva, po vojenskej službe, odchod do dôchodku
5. Osobnosť človeka  
Oslabenie vôlevých procesov  
Psychické stavov: frustrácie, citová deprívácia, stresy  
Psychické vlastnosti: žiadne záujmy a aktivity, nuda, záporné postoje, znížené sebavedomie a sebahodnote, nevedomosť o energetickej a výživovej hodnote potravín
6. Choroby vedúce k tučnote:  
Psychózy, depresie, ulcus duodeni, hypotyreóza, typ NIDDM, hyperestrénizmus, Cushingov syndróm
7. Lieky podporujúce vznik obezity:  
Psychofarmaká (antidepresívá, dysforiká, neuroleptiká, anxiolytiká), betablokátory, estrogény, kortizonoidy, antikoncepcia, tyreostatiká



## POZITÍVNE FAKTORY

1. Dobré genetické predpoklady:  
U príbuzných sa nevyskytuje tučnota
2. Obdobia života:  
Správny vývin pohlavných žliaz, hormonálna rovnováha, diferenciálne ukladanie tuku podľa pohlavia
3. Optimálny prívod energie:  
Jest častejšie 4-5x denne menšie porcio, pomalšie prijímanie potravy, vylúčiť energeticky výdatné potraviny (tuky, cukry, alkohol), menej solí a korení, nekupovať potraviny do zásoby, nechodiť hladný na oslavu
4. Optimálny výdaj energie:  
Pravidelný pohyb, nevyhnutné využitie dopravných prostriedkov, chodenie hore schodami, vykonávanie domáčich prác, 20-30 min. domácej gymnastiky 4x týždenne, 1x týždenne organizované cvičenie, rekreačný šport - plávanie, bicyklovanie
5. Osobnosť človeka:  
Rôzne záujmy a aktivity, emocionálna stabilita, zvládnutie stresových situácií, pozitívny vzťah k vlastnému telu, dostatok vôlevého úsilia, podpora zo strany okolia, vypracovanie plánu, záznamov a ich dodržiavanie

Vysvetlivky:

TV - televízia

PC - počítač (personal computer)

NIDDM - non-insulin-dependent diabetes mellitus

Do redakcie došlo

20. okt. 1998

Adresa autorky:

Mgr. M. Tanáčová

Jesenského ul. č. 2316/6

955 01 Nitra

V. Fraňová  
Štredná zdravotnícka škola  
v Banskej Bystrici

## Motivácia vo vyučovacom procese

Motivácia ľudskej činnosti je rozdielna vo vývine, v období, v ktorom žijeme, a v cieľoch snaženia. Každý výsledok a úspech je vo veľkej mieri závislý od motivácie. Ak niečo niekto robí rád, tomu sa

väčšinou podarí to, čo si zaumienil. Ak chceme v živote niečo dosiahnuť, je potrebná motivácia. Kto presne vie, čo chce a prečo to chce, ten svoj cieľ aj dosiahne, lebo sa bude snažiť nájsť cestu k úspechu.

V pojme motivácia je odpoveď na otázky, čo a prečo viedie človeka k určitému konkrétnemu správaniu, k voľbe určitých cieľov alebo k ich opusteniu, k silnej vnútorej odozve v prežívaní niektorých udalostí, či jeho nevšimavosti voči iným.

Predpokladané hybné sily v duševnom živote, v prežívaní vyvolávajú zvlášť zameranú činnosť človeka - snahu niečo poznať, urobiť, prežiť, dosiahnuť. To všetko je obsiahnuté v pojme motivácia.

„Nič tak nepodnecuje ako úspech“, hovorí ľudová múdrost. Podľa Henryho Claya Lingrena (1969) motivácia hrá oveľa väčšiu úlohu ako inteligencia (1).

Prudké zmeny v súčasnom období vyžadujú modernizáciu výchovno-vyučovacieho procesu v našich školách. Školská výchova a vzdelávanie dnes smerujú k formovaniu procesov, ktoré umožnia jedincovi využiť a sústavne zdokonaľovať vlastné osobnostné hodnoty pre formovanie seba samého. Motiváciu učebnej činnosti považujeme za jeden z významných prvkov, ktoré podmienňujú charakter učenia sa a vyučovania. Dynamizuje a usmerňuje činnosť žiacov, podporuje ich aktivity a tvorivosť, originalitu. Aktivuje ich sebarezvoj. Motivácia vo vyučovacom procese bola cieľom mojej diplomovej práce, ktorú som robila v r. 1998 na Univerzite Mateja Bela v Banskej Bystrici na Pedagogickej fakulte na katedre pedagogiky pod vedením doc. PaedDr. K. László, CSc.

Predmetom výskumu mojej práce boli činitele ovplyvňujúce profesijnú pripravenosť žiačok stredných zdravotníckych škôl (SZŠ). Cieľom výskumu bolo:

1. Zistiť činitele, ktoré z hľadiska veku zohrali klúčové úlohy pri voľbe povolania.

2. Analyzovať motivačné činitele porovnaním:

a) štvorročného denného štúdia,

b) nadstavbového štúdia,

c) vyššieho odborného štúdia.

v obore všeobecná sestra.

Hypotézy:

H<sub>1</sub> - predpokladáme, že vo výchovno-vzdelávacom procese žiačok SZŠ je škola motivačným činiteľom. Ukončením štúdia majú ujasnenú profesionálnu orientáciu.

H<sub>2</sub> - predpokladáme rozdielnosť názorov respondentov na motiváciu medzi žiačkami prvého a štvrtého ročníka.

H<sub>3</sub> - klúčovým momentom pri výbere povolania bola u žiačok vnútorná motivácia pomáhať chorým.

H<sub>4</sub> - myslíme si, že žiačky uprednostňujú mimoškolské aktivity zamerané na rozvoj profesie.

Výskum sa uskutočnil na SZŠ v Banskej Bystrici, Dolnom Kubíne a vo Zvolene. Výskumnú vzorku tvorili žiaci 1. a 4. ročníka SZŠ, forma štúdia denná štvorročná. Počet respondentov bol 179. V troj-ročnom nadstavbovom štúdiu bol počet respondentov 48. Trojročné vyššie odborné štúdium je forma štúdia, ktorá začína na niektorých vybraných SZŠ na Slovensku. Počet respondentov na SZŠ v Banskej Bystrici bol 22. Celú vzorku tvorilo 249 respondentov a v predvýskume bolo 60 respondentov.

Z vykonaného výskumu vyplývajú tieto závery.

Hypotéza H<sub>1</sub> - škola je motivačným činiteľom, sa potvrdila. Predmety ošetrovateľstva sa dostali na prvé miesto v oblúbenosti vyučovacích predmetov.

Hypotéza H<sub>2</sub> - sa nepotvrdila. V nej sme predpokladali rozdielnosť názorov u respondentov - žiacov prvého a štvrtého ročníka. Pri opakovanej voľbe povolania v rámci opäťovného rozhodnutia, či by sa opäť prihlásili na SZŠ, zotrvali na pôvodnom stanovisku. V názore, či sa na povolanie sestry hodia, odpovedajú približne rovnako „áno“. Ďalej sme zistili, že žiačky považujú predmety, ktoré vytvárajú ich profesijné hodnoty, za dôležité. Porovnaním sme zistili, že odpovede respondentov prvého a štvrtého ročníka sú si v názoroch a výjadreniach blízke. Z hľadiska veku nie sú rozdiely.

V hypotéze H<sub>3</sub> sa potvrdilo, že z klúčových momentov u žiačok vnútorná motivácia zohráva podľa ich výjadrenia dôležitosť úlohu. Významné miesto u všetkých respondentov zohráva úloha pomáhať chorým, rozdávať nádej v chorobe, zachraňovať ľudský život, byť oporou. Myslíme si, že v väčšine respondentov vnútorná motivácia je ovplyvnená výchovou v rodine, kde im je vstępovalý základ vzťahu pomocí človeku človeku.

V hypotéze H<sub>4</sub> sme si mysleli, že žiačky budú uprednostňovať mimoškolské aktivity zamerané na profesiu. Rozhovorom a dotazníkom sme zistili, že respondentky potrebujú relaxáciu v mimoškolských aktivitách kultúrneho a športového charakteru, keďže po praktických cvičeniach v nemocnici sa cítia psychicky vyčerpané.

Na základe tohto zistenia odporúčame posunúť vekovú hranicu začiatku štúdia a to aj podľa výsledkov výskumu, kde prevažná väčšina respondentiek za najvhodnejší vek začiatku štúdia považuje 17. rok. Tým by sa zvýšila psychická pripravenosť žiačok na záťažové situácie. I keď hmotná motivácia - rozhodujúca je mzda - zohráva u respondentiek dôležitosť úlohu, nemenej dôležitá je pre ne aj morálna motivácia, ktorá vyvierá z potreby spoločenského uznania.

Motivácia je potrebná pre každú ľudskú činnosť, teda aj pre vzdelávanie. Vyučovací proces a proces ošetrovateľský majú veľa spoločného. Mnohé neúspechy, zlyhania v živote spôsobuje nezodpovedajúca motivácia činnosti. Ukazuje sa, že neurčitá motivácia, nejasne uvedomelý cieľ vzdelávania sa neumožňuje prekonávať prekážky, čím sa výkon žiaka znižuje.

Motivácia závisí od učiteľa, ktorý musí byť oboznámený s motivačnými činiteľmi. Preto aj jeden z mojich cieľov je využiť získané poznatky z diplomovej práce v praxi na SZŠ v Banskej Bystrici.

Literatúra: 1. Tepperwein, K.: Umenie ľahko sa učiť. Šamorín, 1992, s. 46.

Do redakcie došlo:

10. novembra 1998

Adresa autorky:

Mgr. V. Fraňová  
Tajovského ul. č. 24  
974 00 Banská Bystrica

## Oprava

V čísle 4/1998 boli nesprávne uvedení autori článku „Namáhavosť práce zdravotníckych pracovníkov na oddelení geriatrie a oddelení pre liečenie dlhodobo chorých pacientov“.

Správne poradie autorov je: L. Hubačová, M. Šulcová, Š. Roda, M. Janoušek, M. Vargová, D. Henčeková, K. Fejdová, L. Wsólová.  
Redakcia sa za chybu ospravedlňuje.

# Správy zo SPAM

## Absolventi špecializačného štúdia v roku 1998

### PŠŠ - anestéziológia a resuscitácia

Jana Bednárcáková, Prešov, Marcela Dulová, Spišská Nová Ves, Marta Dvorčáková, Košice, Alena Ferencová, Prešov, Renáta Fičerová, Košice, Monika Focková, Košice, Jana Frankovská, Kežmarok, Mariana Hanigovská Košice, Silvia Horváthová, Poprad, Ľudmila Hudáková, Bardejov, Beáta Janošíková, Košice, Anna Juríšincová, Poprad, Marta Kajdová, Revúca, Viera Kormaniková, Stará Ľubovňa, Silvia Kováčová, Rožňava, Jana Kristáková, Košice, Zuzana Krutková, Vyšné Hágy, Oľga Kundriková, Prešov, Dagmar Lichevniková, Kežmarok, Renáta Lichvarčíková, Prešov, Marcela Longauerová, Levoča, Jana Malegová, Bardejov, Viera Michalekova, Vranov nad Topľou, Drahoslava Mihocová, Prešov, Alena Mikušová, Vranov nad Topľou, Marianna Pastelaková, Trebišov, Silvia Polláková, Kráľovský Chlmec, Marián Rada, Humenné, Anna Tkáčová, Michalovce, Renáta Vertalová, Košice.

### PŠŠ - anestéziológia a resuscitácia

Marcela Auxtová, Banská Bystrica, Mária Benková, Žilina, Anna Centešová, Myjava, Iveta Černá, Banská Bystrica, Jana Čertiková, Bojnica, Edita Eglyová, Ilava, Andrea Fuseková, Ilava, Elena Gajdošíková, Brezno, Gabriela Gonscáková, Čadca, Miroslava Hrdinová, Liptovský Mikuláš, Anežka Ježíková, Čadca, Viera Jurečková, Liptovský Mikuláš, Natália Melišová, Banská Štiavnica, Soňa Ondrušková, Banská Štiavnica, Mária Pohorelcová, Brezno, Katarína Ptáčinová, Trstená, Kamila Remenová, Martin, Dana Rosiarová, Hnúšťa, Miroslava Šipikarová, Nová Baňa, Ivana Svetlovská, Martin, Jana Tužinčinová, Považská Bystrica, Beáta Vavreková, Považská Bystrica, Ľudmila Vrťová, Zvolen, Eva Vyletelová, Zvolen, Gabriela Zobeková, Banská Bystrica.

### PŠŠ - anestéziológia a resuscitácia

Renáta Baranyaiová, Šaľa, Nina Bartánská, Bratislava, Alena Bírová, Bratislava, Zuzana Boskovičová, Bratislava, Viera Brestičová, Trnava, Jana Fríčová, Piešťany, Martin Hajdin, Bratislava, Janka Holčíková, Bratislava, Kristína Katonová, Dunajská Streda, Branislav Kormaník, Bratislava, Helena Krasznicová, Šahy, Ľubomíra Kubanová, Trenčín, Eva Kucharíková, Topoľčany, Karin Kundratová, Bratislava, Dana Lajchová, Bratislava, Jarmila Lyková, Nitra, Ľubica Megová, Nitra, Dagmar Melichárová, Bratislava, Zdena Miklenčíková, Bratislava, Zuzana Skálová, Skalica, Helena Šmidová, Skalica, Marika Šútorová, Zlaté Moravce, Zuzana Švecová, Topoľčany, Alžbeta Szundiová, Nové Zámky, Alena Takáčová, Bratislava, Katarína Tóthová, Dunajská Streda, Darina Tušková, Galanta, Jana Vajdová, Bratislava, Marcela Vidová, Komárno, Danica Walterová, Bratislava.

### PŠŠ - intenzívna starostlivosť v interných odboroch

Mária Bíla, Vranov nad Topľou, Milota Bohunická, Trnava, Silvia Boriová, Bratislava, Eva Gladišová, Stará Ľubovňa, Miroslava Gyenová, Komárno, Mária Hanicová, Trnava, Ľubomíra Hatynová, Považská Bystrica, Ľubica Hegedusová, Bratislava, Mária Hrubjaková, Michalovce, Viera Ivanková, Michalovce, Alena Jánksa, Trenčín, Anna Jurčová, Trenčín, Milota Kassová, Žiar nad Hronom, Anna Krutková, Michalovce, Dagmar Mačeková, Nové Zámky, Milana Mišiková, Bratislava, Viera Palenčíková, Vranov nad Topľou, Mária Palušová, Banská Bystrica, Iveta Potočná, Košice Šaca, Mária Pragerová, Čadca, Jana Rakovská, Piešťany, Jana Šebesová, Banská Bystrica, Slávka Stašáková, Stará Ľubovňa, Irena Šuminová, Komárno, Andrea Szabóová, Bratislava, Mária Tarkaničová, Vranov nad Topľou, Veronika Uhrovčíková, Bratislava, Marta Vidová, Kežmarok, Viera Vojtušová, Čadca, Terézia Zavorková, Bratislava.

### PŠŠ - intenzívna starostlivosť v chirurgických odboroch

Ingrid Dobrocká, Banská Bystrica, Jana Farkašovská, Spišská Nová Ves, Viera Gáliková, Košice, Melinda Hajduová, Nové Zámky, Zuzana Holingová, Prešov, Mária Hudáková, Prešov, Silvia Kačeríková, Partizánske, Gabriela Kalináková, Svidník, Eva Melicherčíková, Zvolen, Pavlína Mészárosová, Galanta, Jana Mikulčíková, Ilava, Zdenka Motošická, Považská Bystrica, Magdaléna Papiková, Čadca, Eleonóra Pavlatovská, Čadca, Elena Slavová, Banská Bystrica, Lívia Steinerová, Vyšné Hágy, Renáta Struhárová, Bratislava.

### PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť v chirurgii

Viera Bandžáková, Košice, Anna Dianišková, Topoľčany, Mária Fobelová, Banská Bystrica, Mária Garajová, Poprad, Klaudia Jakubová, Michalovce, Iveta Knažíková, Banská Bystrica, Iveta Lukáčová, Trenčín, Jozef Michalko, Svidník, Emilia Minarová, Bratislava, Ingrid Opalková, Bratislava, Agnesa Reháková, Dolný Kubín, Iveta Ridošková, Trenčín, Anna Špinarová, Poprad, Iveta Tekáčová, Vyšné Hágy, Margita Valková, Liptovský Mikuláš, Beáta Vernerová, Bratislava.

### PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v interných odboroch

Elena Ančicová, Martin, Eva Borovičková, Bratislava, Zlata Chrmeková, Rimavská Sobota, Amália Čížiková, Kežmarok, Anna Drugodová, Košice, Slávka Dušánková, Bratislava, Zuzana Hašková, Bratislava, Aniko Hassanová, Bratislava, Jana Hegedűsová, Bratislava, Dana Jeseňáková, Levoča, Gyöngyi Lelkešová, Dunajská Streda, Kristína Molnárová, Dunajská Streda, Zdenka Olejárová,

Košice, Helena Ondrovičová, Žilina, Anna Popovcová, Košice, Mária Scuryová, Čadca, Lídia Šišková, Revúca, Beáta Sotáková, Košice, Ingrid Turonová, Bratislava, Beáta Vafecková, Bratislava, Alžbeta Valová, Bratislava.

#### PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v chirurgických odboroch

Marta Borbelyová, Nové Zámky, Olga Brezaniová, Čadca, Anna Cmaradová, Svidník, Júlia Eliašová, Zlaté Moravce, Ľubica Fabianová, Trenčín, Alícia Globanová, Topoľčany, Mária Holečková, Zlaté Moravce, Beáta Horničárová, Košice, Anna Kaštanová, Zlaté Moravce, Terézia Korčoková, Šahy, Martina Kubanová, Piešťany, Magdaléna Leváková, Levice, Katarína Macúhová, Levice, Darina Malináková, Svidník, Iveta Mancová, Piešťany, Veronika Marsová, Čadca, Lídia Michlerová, Piešťany, Monika Muřínová, Trenčín, Alena Obzervová, Topoľčany, Katarína Orliková, Zlaté Moravce, Zuzana Ostrožíková, Komárno, Mária Pallayová, Michalovce, Jana Pavolová, Košice, Gabriela Revaiová, Nové Zámky, Vlasta Rukovanská, Nové Zámky, Ivana Smatanová, Topoľčany, Monika Smolková, Prešov, Anna Sotáková, Košice, Marcela Štrbová, Trenčianske Teplice, Galina Trudičová, Svidník, Martina Tulpiková, Trenčín, Mária Václaviková, Čadca, Magdaléna Vádkertiová, Komárno.

#### PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o ženu

Mária Andriášová, Poprad, Jana Bernáťová, Michalovce, Zita Čičmanová, Liptovský Mikuláš, Daniela Cmelová, Spišská Nová Ves, Eva Domináková, Dolný Kubín, Drahomíra Ďuríková, Topoľčany, Janka Izayová, Trenčín, Jana Madajová, Banská Štiavnica, Soňa Mihalechová, Trenčín, Eva Morovičová, Galanta, Janka Mračková, Ilava, Daniela Novotková, Bánovce nad Bebravou, Marta Olejárová, Poprad, Iveta Romanáková, Stará Ľubovňa, Ľudmila Sabolová, Banská Bystrica, Mária Semričová, Bardejov, Jana Trnovská, Dolný Kubín.

#### PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o ženu

Eva Alexyová, Kežmarok, Viktoriá Ciprichová, Žilina, Sabina Čisbová, Šaľa, Emília Dizová, Žilina, Ľudmila Drahušová, Prešov, Iveta Dubovská, Považská Bystrica, Zuzana Hisemová, Prešov, Andrea Jakubčeková, Bánovce nad Bebravou, Agáta Krehelová, Prešov, Alena Mešárošová, Nitra, Kristína Nagyová, Košice, Marta Nováková, Veľký Krtíš, Helena Polacká, Považská Bystrica, Marta Pribulová, Prešov, Bohumila Szpišjaková, Levice, Genoveva Takáčová, Šaľa, Jaroslava Tóthová, Košice, Vlasta Uhrinová, Veľký Krtíš.

#### PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o novorodencov

Magdaléna Andrašová, Spišská Nová Ves, Jana Balleková, Čadca, Janka Bardáková, Prešov, Mária Bicušová, Kežmarok, Anna Boháčová, Považská Bystrica, Eva Chovancová, Bardejov, Viera Ďurinová, Nová Baňa, Ľubomíra Jakubcová, Prešov, Zuzana Jurišová, Liptovský Mikuláš, Ľubica Keszegevá, Komárno, Eva Moncoľová, Rimavská Sobota, Ružena Oravcová, Dolný Kubín, Marta Oravcová, Banská Bystrica, Anna Rakytová, Banská Bystrica, Mária Šimková, Michalovce, Darina Stroková, Trstená, Jana Šušková, Dolný Kubín, Danka Tekelyová, Prešov, Mária Vachová, Nové Zámky, Tatiana Vančová, Piešťany, Terézia Vozárová, Nová Baňa.

#### ŠŠ - liečebná výživa a stravovanie

Andrea Antalová, Košice, Tatiana Bajová, Bratislava, Alícia Beňovičová, Kežmarok, Alžbeta Demková, Košice, Marta Dubajová, Bardejov, Helena Jeleneková, Piešťany, Mária Kabátová, Piešťany, Ľubomíra Kamenská, Zvolen, Ľubica Katinová, Vranov nad Topľou, Marcela Klimová, Bratislava, Miriam Konečná, Martin, Emilia Krajčová, Nitra, Adriana Nemčeková, Rajec, Emilia Prisčáková, Michalovce, Ľudmila Reindlová, Bratislava, Mária Štastná, Piešťany, Gabriela Urbanová, Košice, Iveta Vosková, Kováčová, Miloslava Žlnayová, Piešťany.

#### ŠŠ v primárnej zdravotnej starostlivosti

Monika Bujnáková, Levoča, Dana Darmová, Slovenská Ľupča, Eva Dedíková, Trenčianske Bohuslavice, Miroslava Havrňentová, Nové Mesto nad Váhom, Adriana Hubková, Trenčín, Ľubica Javorčíková, Brodské, Mária Jergušová, Bratislava, Rastislav Machaj, Martin, Emilia Poliaková, Nedzery, Elena Pudmarčíková, Bratislava, Blanka Šimová, Košice Šaca, Marta Tondrová, Slovenská Ves, Dáša Valentová, Malacky.

#### ŠŠ - detská diabetológia

Jaroslava Chrenková, Bratislava, Magdaléna Repková, Bojnice, Anna Švaralová, Levice, Silvia Voleková, Bratislava.

#### ŠŠ - v hematológií a transfúziológií

Anna Bebjaková, Dolný Kubín, Mária Borscová, Trebišov, Janette Bošnáková, Trnava, Alžbeta Jakubcová, Spišská Nová Ves, Jana Körčeková, Trenčín, Anna Krajčovičová, Bojnice, Marta Masárová, Nitra, Eva Minarovčíková, Partizánske, Agneša Moncmanová, Trnava, Zdenka Pavlovičová, Bratislava, Katarína Pussová, Bratislava, Irena Rečná, Bratislava, Lídia Tábiová, Nitra, Ľudmila Valentovičová, Trnava, Alžbeta Zsigarskiková, Dunajská Streda, Jana Varádyová, Bratislava.

#### ŠŠ - gastroenterologická endoskópia a bronchoskópia

Terézia Asvanyiová, Podunajské Biskupice, Darina Brezovská, Podunajské Biskupice, Mária Černá, Trnava, Anna Čirkosová, Humenné, Anna Csanková, Rimavská Sobota, Božena Folučková, Považská Bystrica, Monika Ivanová, Podunajské Biskupice, Jarmila Klíbiková, Nitra, Helena Mundiová, Podunajské Biskupice, Mária Šoltésová, Košice.

#### ŠŠ - klinická neurofyziológia a neuroelektrodiagnostika

Anna Benková, Dolný Kubín, Renáta Kariková, Levice, Zuzana Miklová, Bratislava, Eva Palková, Kráľovský Chlmec, Mária Račová, Nitra, Marta Rafajdušová, Bratislava, Nora Šašváriová, Rimavská Sobota, Julian Tomková, Košice, Gabriela Zajacová, Prešov, Oľga Zaťková, Bratislava.

#### PŠŠ - laboratórne vyšetrovacie metódy v hygiene

Dana Dubcová, Prievidza, Etela Forrová, Galanta, Katarína Hubačeková, Levice, Vlasta Ivancová, Rimavská Sobota, Valéria Kadašová, Rimavská Sobota, Viera Klimentová, Banská Bystrica,

Viera Landorová, Stará Ľubovňa, Monika Puškarová, Veľký Krtíš, Jana Skolková, Liptovský Mikuláš, Alžbeta Szocsová, Galanta.

#### PŠŠ - laboratórne vyšetrovacie metódy v hygiene

Zita Csoltová, Rožňava, Mariana Cvajnigová, Banská Bystrica, Mária Duranová, Čadca, Gabriela Hajdoniová, Žiar nad Hronom, Yveta Hnátová, Svidník, Dana Kačurová, Svidník, Andrea Kissová, Komárno, Eva Mecková, Spišská Nová Ves, Andera Michaliková, Košice, Jozefína Mlynáriková, Banská Bystrica, Iveta Mrazíková, Vranov nad Topľou, Sylvia Novotná, Bardejov, Stanislav Padič, Čadca, Katarína Petrovičová, Komárno, Martina Pluhárová, Liptovský Mikuláš, Mária Ševčíková, Bardejov, Katarína Szanyiová, Košice, Emília Vašková, Košice, Jaroslava Vertálová, Bardejov.

#### PŠŠ - laboratórne vyšetrovacie metódy v hygiene práce

Viera Belasová, Považská Bystrica, Jana Birešová, Prievidza  
Mária Levčíková, Martin.

#### PŠŠ - laboratórne metódy v lekárskej mikrobiológii

Patrícia Kleinová, Poprad, Anita Kollerová, Dunajská Streda, Andrea Štefanková, Trebišov.

#### PŠŠ - laboratórne metódy v lekárskej mikrobiológii

Martina Bulková, Bratislava, Gertrúda Dzupinová, Svidník, Gabriela Faixová, Vyšné Hágy, Judita Forroová, Bratislava, Erika Gajdošová, Levice, Gabriela Horváthová, Bratislava, Tatiana Kormánková, Stará Ľubovňa, Kamila Liptáková, Prešov, Soňa Lukáčsová, Rimavská Sobota, Ľudmila Mišinová, Vranov nad Topľou, Gabriela Pauliaková, Brezno, Eva Uškobová, Čadca, Monika Vargová, Bratislava, Mária Vavrová, Galanta, Mária Vicencová, Levice.

#### PŠŠ - histológia

Miroslava Ďurisová, Bratislava, Jana Mesárosová, Nitra, Jarmila Monáková, Trebišov, Gabriela Ondrejovičová, Piešťany, Martina Štefeková, Bratislava, Anna Šuleková, Považská Bystrica.

#### PŠŠ - klinická biochémia

Mária Bombiczová, Nové Zámky, Antónia Bošková, Humenné, Iveta Burdová, Humenné, Drahomíra Bystrianská, Rimavská Sobota, Božena Cabalová, Stropkov, Renáta Česnaková, Kežmarok, Dana Cibulková, Nové Mesto nad Váhom, Zdenka Dovjaková, Kežmarok, Renáta Filová, Piešťany, Mária Fülpöpová, Komárno, Mária Galdunová, Prešov, Ingrid Galisová, Topoľčany, Andrea Gathová, Senica, Jana Gavendová, Trenčín, Veronika Gulková, Nitra, Andrea Halászová, Nové Zámky, Angela Kačuríková, Michalovce, Emília Klasovitá, Myjava, Monika Koošová, Hnúšťa, Anna Kravcová, Prešov, Ivana Lukačová, Humenné, Veronika Macková, Piešťany, Magdaléna Malá, Nové Zámky, Mária Maruščáková, Stropkov, Emilia Masaryková, Topoľčany, Zuzana Mezešová, Nové Zámky, Lenka Mraffková, Nové Mesto nad Váhom, Eva Múdrá, Košice Šaca, Marta Palšočiová, Trnava, Katarína Rantová, Nové Zámky, Slávka Ružičková, Košice, Mária Salgoová, Nové Zámky, Ľubica Semeláková, Trnava, Darina Sokolyová, Trebišov, Viera Sovčíková, Zlaté Moravce, Gabriela Srnaneková, Svidník, Mária Šuranská,

Levice, Dajana Trstenovičová, Nitra, Anna Zambová, Trebišov, Erika Žigová, Považská Bystrica.

#### PŠŠ - klinická biochémia

Magdaléna Cabilková, Skalica, Daniela Chrensová, Trstená, Diana Golianová, Hnúšťa, Ivana Grigerová, Poprad, Gabriela Gromnová, Prešov, Eva Gubová, Košice Šaca, Alena Herbriková, Martin, Ružena Hovorková, Bratislava, Eva Hvízdová, Svidník, Silvia Koteková, Bratislava, Alena Kozonová, Námestovo, Alena Krifliková, Bratislava, Jana Kružlíková, Bratislava, Marta Mojčíková, Michalovce, Gabriela Moravková, Skalica, Zuzana Mydlová, Bratislava, Vlasta Píkarová, Poprad, Anna Podolcová, Martin, Mária Šebovičová, Bratislava, Gabriela Szekhaziová, Šaľa, Ladislava Uhliarová, Bratislava.

#### PŠŠ - hematológia a transfúziológia

Iveta Bayerová, Trnava, Monika Drhová, Košice, Mária Filová, Banská Bystrica, Daniela Friedlová, Ilava, Andrea Horváthová, Dunajská Streda, Alena Kostrecová, Banská Bystrica, Gabriela Kosturská, Stropkov, Mária Krajčová, Zlaté Moravce, Želémira Mocková, Banská Bystrica, Ivana Rišianová, Martin, Eva Robotová, Trenčín, Olga Suchová, Topoľčany, Milena Ušálová, Svidník, Darina Zemanová, Bratislava, Katarína Hudáková, Prešov, Jana Kozáčková, Trenčín.

#### PŠŠ - lekárenstvo

Ľudmila Časnochová, Čadca, Renáta Csintalanová, Martin, Iva Duračková, Žemianska Olča, Paulína Fatulová, Košice, Silvia Feješová, Bratislava, Viera Harčeková, Kysucké Nové Mesto, Jana Holubová, Košice, Janka Janošíková, Trenčín, Ivana Kubíková, Martin, Zuzana Kulhová, Bratislava, Helena Lenčevová, Trnava, Erika Morovová, Veľký Meder, Zuzana Pekaríková, Bratislava, Žofia Siketová, Veľký Krtíš, Ivana Snopková, Bratislava, Jana Strečová, Zvolen, Andrea Švedová, Košice, Iveta Vidová, Bratislava, Valéria Viglasová, Bratislava.

#### PŠŠ - zásobovanie zdravotníckym materiálom

Jana Bareniová, Košice, Emília Červenaková, Košice, Ľubica Ivančová, Banská Bystrica, Valéria Menyhartová, Galanta, Marta Pastorevá, Košice, Anna Rajnhoová, Zlaté Moravce, Jana Studienková, Trenčín, Jana Šuryová, Liptovský Mikuláš, Adriana Szabová, Nitra, Miroslava Žitnanová, Bratislava, Zuzana Heimlichová, Banská Bystrica.

#### PŠŠ - zásobovanie zdravotníckym materiálom

Eva Čajdiková, Bratislava, Adriana Šalachová, Michalovce, Eva Schevellová, Dunajská Streda, Jana Šupálová, Brezno, Judita Vargová, Kráľovský Chlmec, Emilia Mihoková, Bardejov.

#### PŠŠ - nukleárna medicína

František Jasič, Michalovce.

#### PŠŠ - rádioterapia

Miriam Debnárová, Martin, Peter Goffa, Michalovce, Dana Hanu-

liaková, Martin, Alžbeta Illešová, Michalovce, Daniela Jančoková, Košice, Darina Matašová, Košice.

#### PŠŠ - psychologický laborant

Zdena Borošová, Prešov, Eva Kaducová, Bratislava, Lúdia Kohútová, Prešov, Ivana Mikulenková, Bratislava, Mária Slabejová, Predná Hora, Lucia Zombeková, Levoča.

#### PŠŠ - rádiodiagnostika

Radovan Cuninka, Bratislava, Helena Danicseková, Dunajská Streda, Mária Denciová, Prešov, Renáta Gričová, Nitra, Róbert Hladný, Bratislava, Marta Horonyová, Bratislava, Andrea Jedenastiková, Trenčianske Teplice, Adriana Jucková, Bratislava, Ivana Mikulašová, Bratislava, Helena Nagyová, Dunajská Streda, Mária Pompošová, Dunajská Streda, Zita Sesztáková, Bratislava, Ivan Stránovský, Bratislava, Ľubica Svrčková, Senica, Hajnalka Szasziová, Dunajská Streda, Štefan Varga, Košice, Viera Zbynovcová, Piešťany.

#### PŠŠ - rádiodiagnostika

Jozef Baran, Bardejov, Anna Baranová, Prešov, Lúdia Benová, Bardejov, Barbora Bodnárová, Košice Šaca, Jana Kršáková, Bratislava, Viera Brindáková, Galanta, Lenka Dugovičová, Bratislava, Júlia Ďurkovská, Bratislava, Gabriela Gajdošová, Nitra, Miroslav Harenčár, Kežmarok, Iveta Ilavská, Galanta, Margita Karíková,

Bratislava, Aneta Kečková, Poprad, Martina Korčeková, Bratislava, Emília Kovalčíková, Bánovce nad Bebravou, Ľuboslav Pavúk, Prešov, Zuzana Podová, Dunajská Streda, Zuzana Rybníkárová, Bratislava, Anežka Škrabáková, Senica, Dominik Slovič, Kežmarok, Dušan Šrámek, Bratislava, Ľubica Šupolíková, Modra, Zuzana Talačová, Spišská Nová Ves, Iveta Timuláková, Košice Šaca, Katarína Tokarčíková, Prešov, Jana Trgalová, Bratislava, Mária Vargová, Senica, Roman Vidovič, Bratislava.

#### PŠŠ - liečebná telesná výchova

Marta Bezáková, Trenčianske Teplice, Lucia Cuninková, Topoľčany, Andrea Dobošová, Šaľa, Jana Fraterová, Topoľčany, Slávka Handlovicová, Košice, Zdenka Kmáková, Košice, Nadežda Krchová, Bratislava, Gabriela Kuhajdová, Púchov, Michaela Macková, Piešťany, Zuzana Martišová, Bojná, Igor Melo, Šaľa, Radka Mišáková, Trenčianske Teplice, Veronika Nedelková, Bratislava, Jitka Orvinská, Piešťany, Iveta Pinkošová, Vranov nad Topľou, Miroslava Rojková, Piešťany, Pavol Sedláček, Trenčianske Teplice, Štefan Zalka, Šamorín.

#### PŠŠ - zdravotná výchova obyvateľstva

Mária Karellová, Bratislava, Silvia Durajová, Bratislava, Elena Buryová, Žiar nad Hronom, Ingrid Germányiová, Bratislava.

Vysvetlivky: PŠŠ - pomaturitné špecializačné štúdium  
ŠŠ - špecializačné štúdium

#### I. Besedová

Súkatedra ošetrovateľstva v odboroch vnútorného lekárstva Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny v Bratislavе

## Framinghamská srdcová štúdia po päťdesiatich rokoch

**Súhrn:** V roku 1998 oslavila Framinghamská štúdia 50. výročie svojho pôsobenia. Počas neho sa zaoberala sledovaním rizikových faktorov srdcovoocievnych chorôb. Odhalila i nové rizikové faktory. Dôležité je upozorniť na zapojenie sestier do prevencie a liečby rizikových faktorov a na vynikajúce výsledky ich práce - znižovanie hodnôt cholesterolu v sére a nový prístup v ovplyvňovaní rizikových faktorov. Treba vyzdvihnuť významný prínos výsledkov Framinghamskej štúdie a jej podiel pri znižovaní počtu srdcovoocievnych chorôb.

**Kľúčové slová:** Framinghamská srdcová štúdia, srdcovoocievne choroby.

V roku 1948 povojnová Amerika prosperovala. Povesť Spojených štátov amerických ako vojenskej a ekonomickej veľmoci narastala do nových rozmerov, no bohužiaľ aj riziko kardiovaskulárnych ochorení u miliónov Američanov. Fajčenie cigariet bolo normou a na strave sa v reštauráciach a v jedálňach nešetrilo.

V novoanglickom meste Framingham (Massachusetts) v USA preto zhromaždili vedci z novo založeného Národného inštitútu srdca (dnes známeho ako Národný inštitút srdca, plúc a krvi - National Heart, Lung and Blood Institute - NHLBI) súbor 5209 zdravých dospelých mestských ľudí vo veku medzi 30 a 60 rokov, ktorí im mali pomôcť vyriešiť medicínsky problém: ako vznikajú kardiovaskulárne ochorenia?

Plody ich práce, inak známe ako Framinghamská srdcová štúdia (Framingham Heart Study), patria k najslávnejším epidemiologickým štúdiám v histórii medicíny a verejného zdravotníctva. Výsledky štúdie, v ktorej účastníci súboru každé dva roky absolvovali podrobné fyzikálne i ďalšie vyšetrenia, pomohli vedcom odhaliť niektoré zo základných rizikových faktorov, ktoré sú spojené s kardiovaskulárnym ochorením: hypertenzia, tuk v potrave, zvýšené koncentrácie cholesterolu v sére a fajčenie cigaret. V roku 1971 sa štúdia stala aj rodinou záležitosťou, pretože do nej bolo tiež zaradených viac ako 5000 detí pôvodných účastníkov a ich manželov a manželičiek.

V roku 1998 NHLBI a Framinghamská srdcová štúdia oslavili 50. výročie. Sledovala sa už tretia generácia účastníkov. Epidemiologické štúdie sa dostávajú až na molekulárnu úroveň, lebo podnecujú hľadanie génov spojených s takými stavmi ako je napr. hypertrofia ľavej komory.

Po viac ako polovice histórie Framinghamskej srdcovej štúdie bol v nej priamo zapojený aj Dr. W. P. Castelli, MD. Bol riaditeľom laboratórií od roku 1965 do roku 1979 a riaditeľom štúdie od roku 1979 do roku 1995. Dnes sa ako riaditeľ Framinghamského kardiovasku-lárneho inštitútu sústreduje na to, ako účinne liečiť rizikové faktory kardiovaskulárnych chorôb. Castelli v interview odpovedal na otázky dopisovateľky časopisu Journal of American Medical Association R. Voelkerovej o výhľadoch Framinghamskej štúdie a trendoch výskytu kardiovaskulárnych ochorení (1). Stručný výber z nich môže byť prínosom pre pochopenie súčasných i budúcich úloh, ktoré musia byť v popredí pozornosti nielen zdravotníkov, ale i celej spo-ločnosti.

Od publikovania prvých správ z Framinghamu uplynulo takmer 40 rokov a ischemická choroba srdca (IHS) je v USA stále zodpo-vedná za takmer jedno zo každých 5 úmrtí. Aj keď mortalita na IHS celkovo klesá, i tak je zaujímavé, že informácie o rizikových faktoroch a ich ovplyvnení nevieli k zníženiu mortality a morbidity pre IHS na úroveň, ktorá by sa dala akceptovať. Je to aj preto, že lekári nerealizujú zásady dosťatočnej preventívnej medicíny. Iným prob-lémom je, že ľudia, pokiaľ netrpia, nie sú motivovaní. Keby vysoká hladina cholesterolu v sére, hypertenzia, riziká fajčenia a cukrovka naozaj boleli a ľudia by sa cítili zlé, snažili by sa konáť tak, aby sa cítili lepšie.

Určitý pokrok sa predsa len dosiahol. Úmrtnosť na infarkty myo-kardu a na cievne mozgové príhody sa od začiatku Framinghamskej štúdie znížila o viac ako 50 %. Ale skutočnosť je dnes taká, že takmer 80 % ľudí s hypertenziou o svojej chorobe nevie, alebo sa neliečia a pravdepodobne 90 % ľudí s vysokým cholesterolom v sére nedostáva vhodnú liečbu.

### Homocysteín ako nový rizikový faktor ischemickej choroby srdca

Framinghamská i ďalšie štúdie odhalili, že vysoké koncentrácie lipoproteínov a homocysténu v sére sú rizikovými faktormi IHS. Zvažuje sa, ako sa majú používať merania a sledovania oboch látok v klinickej praxi. Či sa majú robiť rutinne alebo je potrebné riadiť sa podľa koncentrácie cholesterolu, či podľa iných rizikových faktorov. V súčasnosti chýbajú ďalšie štúdie, ktoré by ukázali, že pri znížení koncentrácie homocysténu a lipoproteínov sa ľudia budú cítiť lepšie. Framinghamská štúdia ukázala, že 40 % ľudí má zvýšenú koncen-tráciu homocysténu a to je varovným signálom. Štúdia sestier (Nurses' Study) ukazuje, že čím viac vitamínu B<sub>6</sub> a kyseliny listovej (pomáha odstraňovať homocystéin z krvi) účastníci konzumovali, tým sa znížila časť výskytu infarktu myokardu. Podľa týchto výsledkov sa uvažuje, že by sa koncentrácia homocysténu v sére mala v kli-nickej praxi merať všetkým.

### Cholesterol a iné rizikové faktory

Časť pacientov, ktorí majú infarkt myokardu, má normálnu kon-centráciu cholesterolu v sére. Avšak väčšina z nich nemá normálne hodnoty. Na odporúčanie vedcov v USA sa považuje za hranicu hodnota cholesterolu v sére 5,17 mmol/l. Skutočnosť je však taká, že 35 % chorých s infarktom myokardu sú práve ľudia s koncentrá-

ciami cholesterolu v norme, medzi 3,88 - 5,17 mmol/l, čo viedie k predpokladu, že vtedy na vznik infarktu pôsobia iné rizikové faktory.

Dôležité je poukázať i na ďalšie látky v krvi, ako sú napr. apoli-proteín B, ktoré by boli kandidáti na nové rizikové faktory a nielen upriamovať pozornosť na cholesterol. Tiež sa môžu nájsť aj ďalšie doposiaľ nerozpoznané rizikové faktory.

### „Agresívna liečba“ rizikových faktorov, účasť sestier

V súčasnosti v Metro West Medical Center prebieha program dob-rej kondície („wellness“), ktorý sa špecializuje na agresívnu liečbu rizikových faktorov. Je dôležité si uvedomiť prekážky, ktoré treba prekonáť, aby sa ľudia presvedčili o potrebe zmeniť svoje názory na hodnoty a uvedomili si potrebu spolupráce. Štúdiu riadia sestry. Pod-ľa vzoru zo Stanfordu v Kalifornii bola vytvorená poradňa, v ktorej mali 600 pacientov s infarktom myokardu. Tristo z nich poslali k ich kardiológom a 300 do poradie riadenej sestrami. Po piatich rokoch klesli koncentrácie LDL-cholesterolu v sére u pacientov, ktorí boli liečení kardiológmi na 3,41 mmol/l. Ale u pacientov sestier klesol na 2,69 mmol/l. V odporúčaní Národného cholesterolového vzdela-vacieho programu sa uvádzá, že koncentrácia LDL-cholesterolu v sére musí byť (v USA) pod 2,58 mmol/l, aby nastal ústup atherosklerotických lezári. V uvedenej poradni teraz znížujú hodnoty pod 2,07 mmol/l, čoho výsledkom je, že angina pectoris a klaudiácia sa u týchto ľudí strácajú. Zo začiatku sa liečia pacienti diétou a cviče-ním. Ak tento spôsob liečby nemá uspokojujúci výsledok, prejde sa k liekom. Už po mesiaci sa dá povedať, ako sa bude vyvíjať stav pacientov liečených diétou a cvičením. Vďaka vynikajúcej spoluprá-ci sa pacienti sami pomocou bodovacej karty starajú o svoje hodno-ty. Aby bola spolupráca dosťažujúca, je potrebné viesť a vzdela-vać pacientov v tom, aby si sami kontrolovali svoje hodnoty, čo z nich robí skutočných partnerov v zdravotnej starostlivosti.

### Fajčenie

Na začiatku Framinghamskej štúdie fajčilo 70 % mužov. Teraz toto číslo kleslo na menej ako 30 %. Urobil sa pokrok. Avšak opak platí pre ženy. V začiatkoch štúdie (koniec 40. rokov) ženy, ktoré fajčili, dym neinhalovali. V tej dobe bola rakovina plúc zo všetkých rakovín postihujúcich ženy jasne na poslednom mieste. V 50. rokoch sa naučili ženy dym inhalovať a začali za to v 60. rokoch pykať. V r. 1985 v USA výskyt rakoviny plúc predstihol rakovinu prsníka a na rebríčku rakovín zabýajúcich ženy sa dostala na prvé miesto. V súčasnosti sa vie, že keby sme sa zbavili fajčenia, mohol by sa znížiť celkový výskyt rakoviny o polovicu.

### Ohrození mladiství

Napriek pokrokom v liečbe a prevencii IHS v USA sa zdá, že mladiství nedržia krok s preventívnym trendom, pretože sa u nich zvyšuje výskyt zvýšenej telesnej hmotnosti a znižuje fyzická aktivita. Vynára sa tu otázka, ako by sa dal u nich tento stav zmeniť, aby sa z nich stali zdraví dospelí. Dnes je jedlo týchto mladistvých stále bohatšie. Sú tučnejší než kedy predtým, pretože príliš mnoho sedia a sledujú televíziu alebo sa hrajú s počítačom. Mali by jesť menej, ale práve naopak, jedia viac. Paradoxom je, že v USA sa robia pokroky v diétoch a súčasne populácia príberá na telesnej hmotnosti. Jedným z dôvodov je, že aj keď sa z potravín odstránili niektoré nasýtené laky, mnoho je ich z bielej múky, ktorá sa veľmi rých-

lo metabolizuje do tukových vankúšov. Preto sa treba u mladistvých vrátiť k dávnym stravovacím návykom a priviesť ich k tomu, aby sa viac pohybovali a číčili.

Na začiatku Framinghamskej štúdie bolo úlohou objasniť, čo sa v USA deje. Cieľom bolo zistiť, akí ľudia zomierajú na srdcové ochorenia, aké sú ich rizikové faktory. Aj keď sa to vedelo, chýbal stále dôkaz, že liečba môže pomôcť. V začiatkoch štúdie sa znižovala hladina cholesterolu v sére na 6,85 mmol/l, čo je stále vysoká hodnota. No aj tak sa vtedy znížil výskyt srdcovocievnych chorôb. V neskoršom období, čo bolo vidno na zdravotnom stave potomkov, boli výsledky lepšie a prvé kroky pri znižovaní tlaku krvi a hladiny cholesterolu v sére viedli u nich správnym smerom.

Framinghamská štúdia odhalila množstvo rizikových faktorov, ktorých poznanie pomohlo v liečbe pacientov. Keby sme i u nás dobre zvládli tie rizikové faktory, ktoré poznáme, pravdepodobne by sme

mohli v krátkej dobe zabrániť vzniku viac než polovici všetkých infarktov myokardu. V klinickej praxi sa zistilo, že sa znižením pacientových hodnôt (napr. cholesterol) môže zmeniť jeho život. Ak pacient vďaka sústavnej kontrole hladiny cholesterolu v sére pribehne do zdravotníckeho zariadenia, kym predtým bol sotva schopný chodiť, je to radosť, ktorú lekári a sestry potrebujú zažiť, aby mohli s chuťou robiť ďalej svoju prácu.

**Literatúra:** 1. Voelker, R.: Rodinné dědictví překračuje padesátku. J Am Med Ass-CS, 6, 1998, č. 6, s. 364-366.

Do redakcie došlo:

16. februára 1999

Adresa autorky:

PhDr. I. Besedová  
Stromová ul. č. 21  
831 01 Bratislava

D. Jančíková, J. Senka  
Hemodializačné oddelenia Dérerovej  
fakultnej nemocnice v Bratislave

## Možnosti ovplyvnenia psychosomatického stavu u pacientov liečených hemodialýzou a transplantáciou obličky

### Úvod

Ak uznávame hodnotu zdravia pre kvalitu života, predstavuje stav choroby stresový moment, ktorý poškodzuje kvalitu života človeka. Choroba zapríčinuje vo väčšej alebo menšej miere narušenie normálneho správania sa a spôsobu života, vytvára situáciu nerovnováhy a privádza človeka do stavu potreby vzoprieť sa s cieľom zmeniť ju alebo sa jej prispôsobiť, meniac ju samotnú alebo správanie samotného človeka.

### Problém

Špecifické postavenie tu zohráva chronická choroba, ktorá má niekoľko aspektov. Hlavné sú biologické a na ne nadväzujú sociálne a psychologické. Z hľadiska doterajších výskumov sa ukazuje, že tejto problematike sa venovala pomerne veľká pozornosť. Napríklad v období rokov 1985 až 1995 bolo vykonaných okolo 700 výskumov, z ktorých väčšina bola venovaná problematike astmy, rakoviny, srdcových ochorení, cukrovky a reumatickým chorobám. Len asi 10 % z nich skúmalo z hľadiska psychosomatickej medicíny a psychológie zdravia renálnej insuficienciu. Výsledky ukazujú, že zásluhou pokroku v medicíne ubúda v tomto smere medicín-skych problémov, ale narastajú problémy v sociálnej a psychologickej sfére. Výsledky súčasne ukazujú, že zdravotný stav človeka sa silno odráža v jeho subjektívnej pohode, ktorá potom ovplyvňuje kvalitu jeho života, a to hlavne v zmysle jeho vyrovnávania sa s každodennými stresovými príhodami.

V našom príspevku sa snažíme podať výsledky sledovania, ako faktory subjektívnej pohody ovplyvňujú zvládacie procesy u pacientov liečených hemodialýzou a transplantáciou. Vytýčený problém môžeme definovať vo forme otázky: ovplyvňujú faktory subjektívnej pohody, ktoré považujeme za indikátory zdravotného stavu, voľbu stratégií a štýlov zvládania ako ukazovateľov kvality života?

### Metóda a vzorka

Vzorku tvorili dve skupiny pacientov. Prvú skupinu tvorilo 38 pacientov po transplantácii, z čoho bolo 13 žien a 25 mužov, ich priemerný vek bol 44,1 rokov, dĺžka funkčnosti transplantátu bola od 6 mesiacov do 16 rokov. Druhú skupinu tvorili hemodialyzovaní pacienti. Spolu to bolo 41 pacientov, z toho 13 žien a 28 mužov. Priemerný vek bol 51,1 rokov, dĺžka liečby dialýzou minimálne 2 roky. Zber výskumného materiálu sa uskutočnil štyrmi dotazníkmi. Konkrétnie za zisťovali:

- a) faktory subjektívnej pohody ako ukazovateľa zdravotného stavu,
  - b) individuálne zvládacie zdroje v zmysle životnej spokojnosti,
  - c) rodinné zvládacie zdroje,
  - d) stratégia a štýly rodinného zvládania.
- Získané údaje sa štatisticky spracovali korelačnou a viacnásobnou regresnou analýzou.

## Výsledky

Analýza získaných výskumných údajov ukázala existenciu významného vzájomného ovplyvňovania. Výsledky môžeme prezentovať jednoduchým spôsobom, a to komentovaním údajov v tab. 1, na ktorej sú znázornené základné tendencie ako faktory subjektívnej pohody, ktorých je 5 a determinujú voľbu zvládacej rodinnej stratégii, respektívne jednotlivých zvládacích štýlov. Subjektívna pohoda sa tu chápe ako ukazovateľ zdravotného stavu pacienta. Prerušovaná čiara ukazuje základné tendencie pacientov po transplantácii. Celá čiara ukazuje základné tendencie dialyzovaných pacientov. Prvým faktorom subjektívnej pohody je pozitívny postoj k životu, čo znamená, že pacient je presvedčený, že i napriek chorobe jeho život je zmysluplný.

Pacienti po transplantácii majú jednoznačnú tendenciu riešiť stresové situácie a denné záťaže internou zvládacom stratégiou, a to konkrétnie zvládaciem štýlom nazývaným reštrukturalizácia, čo v praxi znamená využívanie vlastných a rodinných zvládacích zdrojov na ich riešenie. Pacient teda zmobilizuje všetky prístupné zdroje a schopnosti na to, aby svoj problém čo najrýchlejšie vyriešil.

Dialyzovaní pacienti najčastejšie volia internálnu zvládaciu stratégiu, ale ich zvládaci štýl je odlišný; volia totiž zvládaci štýl nazývaný pasívne ocenenie. V praxi to znamená, že dokážu veľmi dobre zhodnotiť a posúdiť ohrozenie, ktoré prináša daná stresová situácia, no na jej zvládnutie nevyvíjajú potrebnú aktivity či úsilie, ale nechávajú jej voľný priebeh s presvedčením, že situácia sa vyrieší nejako sama. A tak výsledok nemusí byť vždy kladný a efektívny.

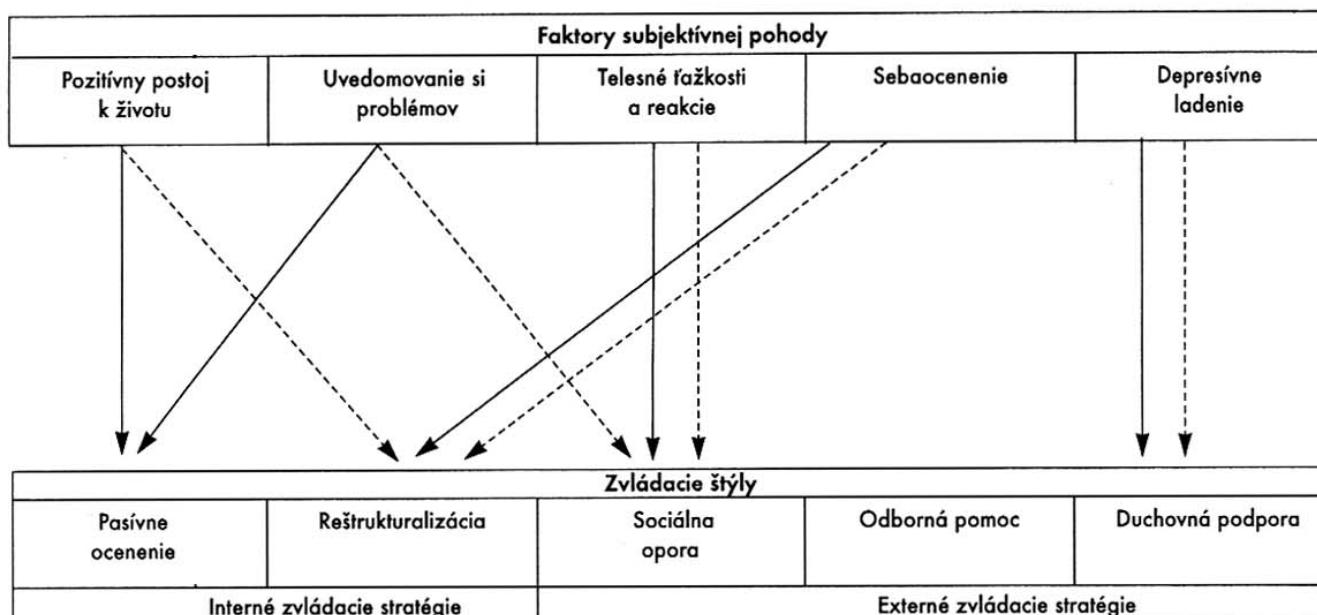
V prípade druhého faktora subjektívnej pohody, ak si pacient precitlivelo uvedomuje problémy vo svojom sociálnom a osobnom prostredí, prevláda u pacientov po transplantácii vyhľadávanie sociál-

nej pomoci, resp. opory, ktorá je externálou zvládacom stratégiou a prejavuje sa vyhľadávaním opory a pomoci či rady v najbližšom sociálnom okolí, v príbuzenstve, rodine, u priateľov, susedov, ošetrovajúcich pracovníkov a pod. Naopak, precitlivelé uvedomenie si problémov vedie u dialyzovaných pacientov k voľbe pasívneho ocenenia. Chýba potrebná aktivita a snaha využívať vlastné sily, ktorých však často veľa nezostáva.

Pri treťom faktore subjektívnej pohody, ktorým je prevaha rôznych negatívnych reakcií a telesných ťažkostí, ktorých výskyt je zreteľne vyšší u dialyzovaných pacientov, vidno vzácnu zhodu pri voľbe foriem zvládania. Obidve skupiny pacientov uprednostňujú sociálnu podporu. Podobnú zhodu môžeme pozorovať aj pri ostatných dvoch faktoroch subjektívnej pohody. V prípade, že v subjektívnej pohode charakteristickou črtou je dobré sebaocenenie a sebaakceptácia, prevláda u obidvoch skupín pacientov tendencia voliť internú zvládaciu stratégiu, konkrétnie zvládaci štýl spočívajúci v spoliehaní sa na vlastné sily a schopnosť využívať všetky možnosti, ktoré nám dáva naše okolie, teda reštrukturalizáciu. Treba však poznamenať, že dobrá úroveň sebaocenenia a sebaakceptácie sa u dialyzovaných pacientov vyskytuje v malej miere.

Zhodu vidime aj u posledného faktora subjektívnej pohody, u prevahy depresívneho ladenia, ktoré sa vyskytuje viac u dialyzovaných pacientov. V tomto prípade pacienti, či už dialyzovaní alebo po transplantácii, volia ako prvú extrémnu zvládaciu stratégiu spočívajúcu vo vyhľadávaní duchovnej podpory. Ide o vyhľadávanie podpory, pomoci či ród u náboženských inštitúcií, ich predstaviteľov, či v priamej viere v Boha. Je zaujímavé, že napr. u pacientov po transplantácii sa táto tendencia vyskytovala iba u príslušníkov evanjelického vyznania. U dialyzovaných sme toto nesledovali.

Tabuľka 1. Základné tendencie voľby zvládacích štýlov a stratégií vzhľadom na faktory subjektívnej pohody



Vysvetlivky: Hemodialyzovaní pacienti →  
Pacienti po transplantácii →

Získané výskumné údaje umožňujú konštatovať ďalšie rozdiely medzi sledovanými dvomi skupinami chronicky chorých pacientov. Štatistické overovanie rozdielov umožňuje konštatovať, že prvá skupina pacientov - po transplantácii - sa vyznačuje vyššou kvalitou subjektívnej pohody, a to konkrétnie v štyroch faktoroch. Títo pacienti sa oproti hemodialyzovaným vyznačujú tým, že majú významne lepší, kladnejší postoj k životu, vyššie sebaocenenie a sebaakceptáciu, menej telesných ťažkostí a nižšie depresívne ľadenie, resp. menej príznakov depresie. Jedino uvedomovanie si svojich osobných a sociálnych problémov je na rovnakej úrovni u obidvoch skupín. Z výsledkov výskumu ďalej vyplynulo, že úroveň rodinných zvládaciach zdrojov je v podstate u obidvoch skupín na rovnakej úrovni. Rozdiely sa však zistili v individuálnych zvládaciach zdrojoch v zmysle kvality zovšeobecneného dlhotrvajúceho spôsobu nazerania na svet a viedie vlastného života v ňom. Ukázalo sa, že na tomto základe si pacienti po transplantácii lepšie uvedomujú svoje možnosti zvládnuť nepriaznivé situácie a sú lepší v presvedčení, že problémy sú na svete preto, aby sa človek s nimi zaoberal a tak ich riešil. Všetky tieto schopnosti sú dôležité aj pre zvládanie nepriaznivého zdravotného stavu. Môžeme preto vysloviť presvedčenie, že pacienti po transplantácii majú tendenciu voliť a používať efektívnejšie stratégie a štýly zvládania záťažových situácií.

## Závery

Výsledky umožňujú formulovať niekoľko záverov:

1. Úroveň prežívanej subjektívnej pohody silne ovplyvňuje voľbu používania zvládaciach štýlov a stratégii, čím je v podstate ovplyvňovaná kvalita života.

2. Čím je subjektívna pohoda u chronických pacientov vyššia, tým efektívnejšia je voľba zvládacieho správania v prežívaní chronickej choroby a tým sa pozitívne ovplyvňuje aj kvalita života.

3. U obidvoch skupín je prekvapujúce zistenie, že ani v jednom prípade sa na prvom mieste nevyškytlo preferovanie odbornej pomoci ako zvládacieho štýlu. U pacientov chronicky chorých, ktorí sú odkázaní na sústavnú zdravotnú starostlivosť a súčasne sa u nich aj predpokladajú pomerne dobré znalosti o svojom zdravotnom stave, by sa očakávala vyššia dôvera v odbornú pomoc.

4. U obidvoch skupín pacientov dôležitú úlohu zohráva vyhľadávanie sociálnej opory. Keďže z iných výskumov vieme, že rodinné prostredie týchto pacientov sa často rozpadá resp. funguje len formalne, dôležitú úlohu tu zohrávajú zdravotníčki pracovníci hlavne u dialyzovaných pacientov, kde sa stávajú určitou náhradou rodinného prostredia. Prístup zdravotníckych pracovníkov by mal preto vychádzať z tejto skutočnosti.

Do redakcie došlo:  
15. decembra 1998

Adresa autorov:  
D. Jančíková  
Rajská ul. č. 6  
811 08 Bratislava

B. Borecká  
Oddelenie rádioterapie NsP v Prešove

# Psychológia bolesti, strachu a úzkosti u onkologicky chorých

Psychologické problémy onkologických pacientov neujdú pozornosti nikoho, kto s nimi prichádza do styku. Onkologické ochorenie má vždy odraz v psychike pacienta. Problém strachu z pravdy je dominujúcim príznakom ľudí postihnutých týmto ochorením. Pacienti pri strachu, bolesti, úzkosti trpia a zaujať stanovisko k ich utrpeniu je povinnosťou každého lekára a ošetrovujúcich pracovníkov. Človeka v každom veku, teda aj v starobe, treba chápať ako jednotnosť celok vo sfére somatickej a psychickej.

Bolesť - nepochopiteľné tajomstvo! V nás, okolo nás, a predovšetkým v celom svete je desivo prítomné toto utrpenie. Bolesť je to, čo pacient cíti, hovorí, a existuje, keď to o nej pacient tvrdí. V zdravotnej starostlivosti treba naše postoje zjemniť a humanizovať, pretože poslaním zdravotníkov nie je len predchádzať chorobám a tieto liečiť, ale poskytnúť chorému starostlivosť a psychickú podporu i vtedy, keď naše úsilie o vyliečenie je márne. Môžeme urobiť jediné - byť mu nabíziku, byť s ním, urobiť si naňho čas a ochotne počúvať jeho obavy, úzkosti a strach, nechať ho vyplakať sa, ba i zanadávať si. Bojovať proti utrpeniu, úzkosti a bolesti, a ak ich nemožno odstrániť, tak ich zmierňovať, je jedným z najšľachetnejších poslanií človeka, a to každého, kto má k tomu príležitosť a mož-

nosť. My zdravotníci máme príležitosť a možnosti každý deň. Bolesť visí nad svetom ako čierny mrak, ktorý sa nikdy nerozpľýva. Bolesť fyzická, psychická, sociálna, vystupňovaná až do posledných možností - do dna, sú to muky, úzkosť, strach, hrôza.

Choroba nie je len problém tela, ale aj celej osobnosti. V procese komplexnej liečby onkologických pacientov je potrebné poskytnúť im nielen kvalitnú lekársku, ale aj hlboko ľudskú starostlivosť. Je veľmi dôležité, aby zdravotnícky tím pri práci s onkologickými pacientmi sledoval nielen telesnú úroveň pacienta, ale i jeho osobné aspekty.

V období, keď pacient začne tušíť, alebo sa dozvie o svojom ochorení, nemusí adaptácia na takúto záťaž prebiehať hladko a primerne. V správani pacienta môžu začať vystupovať do popredia obranné mechanizmy, poprieť, šok, obdobie hnev, štádium vyjednávania, depresia a napokon akceptácia trpej pravdy.

Na psychiku pacienta má veľký vplyv spôsob, akým k nemu pristupuje lekár a zdravotníčki pracovníci. V komunikácii s pacientom zohrávajú dôležitú úlohu najmä sestry, ktoré sú aj spojovacím článkom medzi lekárom a pacientom. Je potrebné dokázať s pacientom nadviazať primeraný kontakt, dať pacientom, ktorí prežívajú strach,

úzkosť, bolesť, hnev, možnosť tieto emócie prejavíť. Existencia bolesti a utrpenia by mala byť pre nás výzvou ku konaniu dobra, ku konaniu výsostne etickému, v práci každého zdravotníka zameraného skutočne na prospech pacienta. Práca s onkologickými pacientmi vyžaduje nielen kvalitnú lekársku pomoc, ale i neustále hľadanie spôsobov, ako im v ich utrpení uľaviť. Jedným z dôležitých krokov priblíženia sa k nim je práve pochopenie ich pocitov, emócií a správania.

Povolanie, či skôr správanie sestry je veľmi náročné nielen po stránke fyzickej, ale aj psychickej, vyplývajúcej zo zodpovednosti o zdravie a život pacienta. Je veľmi fažké preniknúť do psychiky druhého človeka, vedť veľmi často nerozumieme ani sami sebe. A preto si myslíme, že by sme mali začať srdcom. Každý tým svojím. Aby sa zmenilo konanie ľudí, záleží skutočne na každom z nás. Chce to, aby sme vychádzali v ústrety tomu, kto je nám prípadne aj protivný, urobíť si chvíľku čas na druhého, vyjsť zo svojho sebecéhho ja a byť tu pre druhých. Je veľmi dôležité, aby človek vedel, že vo chvíli bezradnosti sa môže na niekoho obrátiť, že na tú starosť neostal sám. Ak už svoju silu k ďalšiemu dňu načerpáme skadekolvek, musíme si byť vždy vedomí toho, kto sme, prečo sme tu a hľavene pre koho.

Na záver chceme uviesť pocity sestry X. Y., ktoré prežíva určite každá z nás.

„Stála som pri posteli a pozerala na vychudnuté telo pod prikrýv-

kou. Bledá nehybná tvár vyzerala ako mŕtva. Žije... prebehlo mi myšľou pri pohľade na jeho chvejúce sa pery. A zrazu mi to slovo znelo absurdne. Nie, on už nežije. Existuje tak, ako existuje blázon zavretý do kletky, ako kvetina ležiaca vedľa pohára vody. Jeho oči ešte vidia, ale pohľad zastiera hmla okolia. Jeho uši počujú, avšak je to len ticho osamej ibzy. Cíti, cíti každým porom svojho tela. Lenže. Jeho telo je v zajatí bolesti. A tak všetko, čo cíti, je bolesť a smútok. Poviete si, rozmyšľa, je teda človek, ktorý žije. Človekom so zdravým rozumom. Možno. Vrávite, že treba mať vôľu a všetko je hned lepšie. Ale vôľa na čo? Čím sa utešuje chorý, ktorému uniká život pomedzi prsty? O čo sa opiera zlomená halúzka jeho vedomia? A čo zastavuje strácajúcu silu bojovať? Bojovať... hádam len milé slovo a pomocná ruka tých, ktorí mali viac šťastia a ešte vždy môžu žiť. Žiť s vedomím, že slnko ešte vždy svieti, že ho vidím, cítim, jednoducho viem, že je. Stála som pri posteli, jeho oči sa dívali priamo na mňa, ale nevideli ma. Bol v nich strach, hrôza z konkrétnosti konca a apatia. Bolo mi jasné, že zomiera. Už dávno. Stála som tam a vedela som, že som mu ostala niečo dĺžna...“

Kto skutočne miluje, prebúdza k láske ostatných. Jedine láska premáha bolesť, úzkosť, strach a utrpenie.“

Do redakcie došlo:

22. februára 1999

Adresa autorky:

B. Borecká

Ulica Matice Slovenskej č. 24

080 01 Prešov

### Medzinárodný deň sestier

Slovenská spoločnosť sestier organizuje dňa 12. mája 1999 v Nitre konferenciu na tému: Oslava minulosti - výzva pre budúcnosť (100. výročie založenia Medzinárodnej rady sestier, ICN).

Bližšie informácie poskytne: paní Margita Šimorová, vedúca sestra, Kláštorná ul. č. 134, 949 88 Nitra-Zobor.

## Ženy na ktoré sa v západnej Európe zabúda

Z článku uverejneného v časopise *Entre Nous*, ktorý vydáva organizácia UNFPA (United Nations Population Fund) s podporou SZO.

Editorial vedúceho redaktora - dr. Assia Brandrup-Lukanov

Imigrácia ľudí v Európe, hoci nie je novým javom, nadobudla veľké rozmery po II. svetovej vojne. Jednou z príčin je aj vysoká prosperita v západoeurópskych krajinách a podmienky pre uplatnenie sa pracovnej sily migrantov. Táto skutočnosť trvá aj napriek všeobecnej hospodárskej recesii v posledných rokoch, a tak ostáva táto oblasť príťažlivá pre utečencov z ďalekej Afriky ako aj z blízkeho Balkánu.

V súčasnosti je v krajinách západnej Európy približne 17,5 milióna imigrantov, čo predstavuje asi 4 % celej populácie. Viac ako polovica pochádza zo susedných krajín, ale ich situácia je v podstate rovnaká ako tých zo vzdialených krajín. Jazykové obmedzenia bránia, aby imigranti dostatočne využili zdravotné a sociálne služby. Mnohí nereagujú ani na ponúkané služby a sociálne výhody, na ktoré sú oprávnení. Najmä ženy, sprevádzajúce svojich pracujúcich manželov do cudzej krajiny, ocitnú sa najviac na okraji, zvlášť ak im ich kultúrne návyky, pochádzajúce z ich domoviny, bránia stýkať sa

s cudzími ľuďmi. Tieto ženy potrebujú najmä gynekologickú zdravotní opateru a starostlivosť v gravidite a perinatálne. Štatistické údaje konštatujú podstatne väčší výskyt komplikácií v gravidite u žien imigrantiek než u domáčich.

Duševné zdravie je ďalšia oblasť, kde treba imigrantom venovať väčšiu starostlivosť. Väčšina z nich trpí dôsledkom zmeny miesta a straty pôvodného postavenia a ženy navýše pocitom izolácie. Neprestajný stres sa často prejavuje ako psychosomatické poruchy.

Diferencovaná zdravotnícka starostlivosť nemusí byť nevyhnutne najdrahšia. Často môže byť užitočné aj zapojenie žien imigrantiek ako dobrovoľných alebo profesionálnych zdravotníckych pracovníčok, učiteľiek alebo tlmočníčok.

Svetová zdravotnícka organizácia má vytvorenú pracovnú skupinu na riešenie zdravotných otázok žien imigrantiek. Treba brať do úvahy, že náklady vynaložené na tento program sú mierne v porovnaní s úžitkom, ktorý vyplýnie zo zlepšenia sociálneho a zdravotného stavu celej spoločnosti.

Prof. MUDr. E. Brixová, DrSc.

# Summaries

## Demented patient in the family milieu - a view into problems of non-formal care M. Ondriašová

**Summary:** The burden of persons taking non-formal care of demented elderly patients is enormous and it concerns different aspects of life. The paper informs about the results of a survey aimed to present the problems of concerned people.

**Key words:** demented patient, non-formal care.

## Model of function samples of health H. Koňošová

**Summary:** There are several modes, theories and models of the best presenting the tasks of nursing and they are helpful in the accounting of the health state of the patient. They are often different: Orem's model of self-care, Roy's adaptation model, Johnson's behavioral model. The differences enable to focus the view to certain group of patients with special problems. Simultaneously another question is emerging, i. e. a need of a complex principle. Such a model is Gordon's model of functional samples of health. The sample is defined as a segment of behavior

in defined time. The samples of health are in connection with human health, quality of life and development of humanity ability. These phenomena refer to data of sensitivity and ability to manage own health, of metabolism, excretion, activity, sleep and relax, cognition, self-perceiving, relation to environment, sexuality, adaptability, resistance to stress and others. Gordon's model is used also as a system in classification of nurse's diagnostics.

**Key words:** nursing, nursing model, sample of health, nurse's diagnostics.

## The effect of the health education in compensation of diabetes mellitus V. Pavurová

**Summary:** The need of high quality health education in diabetic children is more necessary than in many other diseases. Its contribution lies in prevention of complications of diabetes, and in better quality of patient's life. Education and information make patient to reach a better compensation of the disease. The aim of this education is to make the patient's behavior for to reach a more successful

treatment. High quality health education brings the patient a long-life metabolic compensation, decrease of hypoglycemic events and most of all a better feeling the quality of life.

**Key words:** diabetes, health education.

## Application of the arterial stent J. Glomba, M. Ilavský, J. Agóčová, J. Palacková, M. Hnilicová

**Summary:** Authors describe in detail the method off application of arterial stent in ischaemic disease of low extremities. They stress the preparing the patient for the operation and they discuss the role of radiologist and his assistant at the operation. The necessary instruments are mentioned.

**Key words:** arterial stent, ischaemic disease of low extremities.

## Analysis of the frequency of drug prescription in relation to different diagnoses N. Luknárová, M. Fischerová

**Summary:** Authors present an analysis of the prescribing the so-called prescription-free drugs in different diagnoses of outpatients. The aim is to give a survey of those diagnoses in physician's prescription of the mentioned drug. These data

may be of use for pharmacists in marketing decisions, and also in better information of patients in their self-medication choices.

**Key words:** drugs free of prescription, information in drug store.

## Microbiological diagnosis of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum and chances of the therapy in the urogenital infection in woman G. Temiaková

**Summary:** The presentation is aimed to diagnosis of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum in vaginal smear. Statistic data of diagnosis of both mycoplasmas are given. Antibiotic agents effective in these mycoplasmas are referred. Discussed mycoplasmas may cause severe disease both in woman and in

man. Therefore the early diagnosis and treatment are very important. It is necessary to have a good cooperation of physician and laboratory.

**Key words:** Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis, causal treatment.

## Working with rotary microtome at the pathological anatomy department M. Filová, E. Brabencová, I. Ferák

**Summary:** The paper represents a reaction to the item published in ROLM, V 3, No. 3/97, p. 93-94, which is dealing with experiences of Department of Pathological Anatomy in District Hospital at Martin using the rotary microtome Reichert-Jung 2055. Authors cannot agree with described problems. Their expe-

riences are fully positive and they are of the opinion, it is necessary to choose a proper device most suitable to the intended aim of use. Authors point out some microtomes of sufficient quality.

**Key words:** Rotary microtome Leica RM 2145.

## The latest information in the therapy of chronic ulcerations H. Zelenková, J. Čurová

**Summary:** Authors give an analysis of characteristic, classification and principles of treatment of acute and chronic wounds. Particular attention is paid to chronic wounds, which are healing in three periods: phase of cleaning, granulation and epithelisation. The essential part of the paper is dealing with Ulcus cruris, its clas-

sical and modern treatment. Authors involve into paper the equipment for cleaning the wound, removing the rests as they are listing a lot of requisites for wound care and wound management.

**Key words:** ulcus cruris, modern treatment, modern wound care equipment.