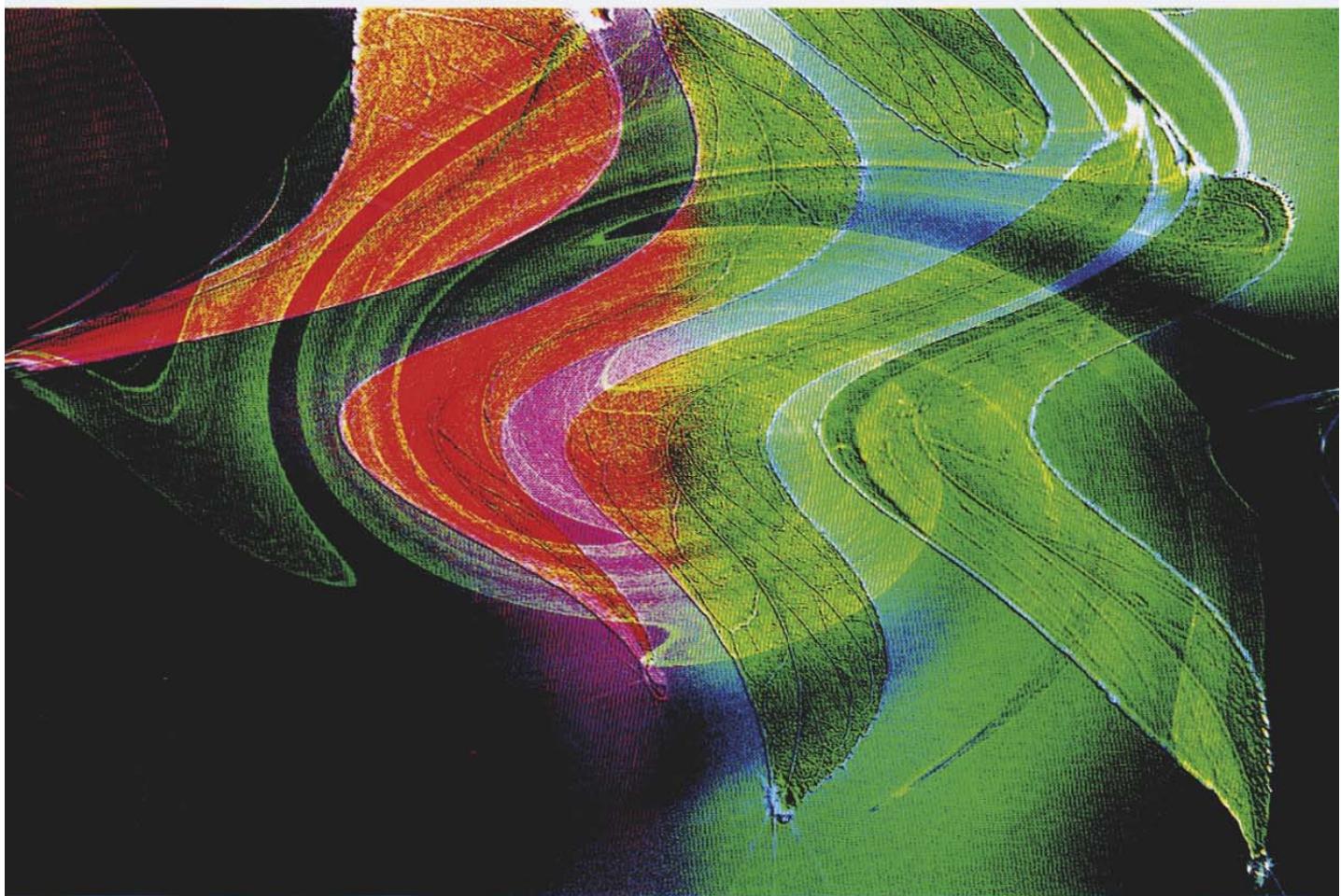


REVUE OŠETROVATEĽSTVA a LABORATÓRNYCH METODÍK



ROČNÍK V. CENA 35 SK

2/99



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: Oľga Ďuržová

Redakčná rada: Mgr. Melánia Beňková, PhDr. Irma Bujdáková, Štefan Čelinák, prof. PhDr. Dana Farkašová, CSc., PhDr. Anna Herianová, doc., PhDr., 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 design: Roman Lazar, Karol Šimunič

Rozšíruje: Slovenská lekárska spoločnosť. Vychádza 4 razy do roka. Cena jedného čísla Sk 35,- (pre členov Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov zadarmo)

Imprimovanie rukopisov 15. máj 1999. Číslo výšlo: jún 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: Oľga 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

Editorial

R. Menkyna, T. Trnovec, V. Krčmery st.:
Biologické zbrane, bioterorizmus a biologické vojny
- aktuálna hrozba pre celý svet

Pôvodné práce

S. Cagáň, I. Besedová:

Mimomedicínska starostlivosť o postihnutých náhlou srdcovou smrťou podľa odporúčaní Európskej kardiologickej spoločnosti a Európskeho výboru pre resuscitáciu

D. Brázdiľová, B. Raisová:

Potreba ďalšieho vzdelávania sestier

P. Gavorník, K. Dachová:

Transplantácie rohovky vo FNPs v Trnave

P. Gavorník, K. Dachová:

Bolest' v oftalmológii

E. Skaličanová:

Osobnosť sestry a sebavýchova

Nás rozbor

Správy zo Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny

Školiace akcie v druhom polroku 1999

67

Správy zo Slovenskej lekárskej spoločnosti

Vyznamenania Predsedníctva Slovenskej lekárskej spoločnosti pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier v roku 1999

70

Vírusové papilomy a nádorové riziko

70

A. Bražinová:

Naše skúsenosti s niektorými sexuálne prenášanými chorobami

71

A. Gajdošíková, B. Hollý:

Uznesenia zjazdu delegátov SLS zo dňa 25. novembra 1998

74

Predsedníctvo Slovenskej lekárskej spoločnosti na funkčné obdobie 1998 - 2002

75

Školské okienko

Predstavujeme Strednú zdravotnícku školu,
Strečianska 18 v Bratislave

76

Súhrny v anglickom jazyku

83

CONTENT

Editorial

R. Menkyna, T. Trnovec, V. Krčmery sen.:
Biological weapons, bioterorism and biological wars -
timely menace for the whole world

49

Original papers

S. Cagáň, I. Besedová:

The extrahospital care of patients with sudden cardiac death according the recommendation of European Society of Cardiology and European Resuscitation Council

51

D. Brázdiľová, B. Raisová:

The need of continual education of nurse in practice

55

P. Gavorník, K. Dachová:

Transplantation of cornea at the Medical school hospital at Trnava

56

P. Gavorník, K. Dachová:

Pain in ophthalmology

60

E. Skaličanová:

The personality of nurse and self-education

62

Our interview

65

Reports of the Slovak Medical Association

Honours of the Presidium of the Slovak

Medical Association at the occasion of the International Day of Nurses 1999

70

A. Bražinová:

Our experiences with some sexually transmitted diseases

70

A. Gajdošíková, B. Hollý: Virus caused papillomas and the risk of tumour

71

Decisions of the Plenary Session of Delegates of the Slovak Medical Association adopted on November 1998

74

Members of the Presidium of the Slovak Medical Association for the years 1998-2002

75

The School Window

Presentation of the School for the health professionals at Bratislava, Strečianska Street 18

76

Summaries in English

83

Editorial

R. Menkyna, T. Trnovec, V. Krčmér sú
Slovenská postgraduálna akadémia
medicíny v Bratislavе a Ústav preventívnej
a klinickej medicíny v Bratislavе

Biologické zbrane, bioterorizmus a biologické vojny - aktuálna hrozba pre celý svet

Až donedávna sa o hrozbe prípravy a použitia biologických zbraní, o bioterorizme a prípadne biologickej vojne hovorilo pomerne zriedka. Existovala medzinárodná konvencia z r. 1972, zakazujúca prípravu biologických zbraní a určujúca zničenie existujúcich zásob mikroorganizmov pripravených pre biologické vojny. U politikov i vedeckých pracovníkov prevládal názor, že biologické zbrane predstavujú v súčasnosti iba teoretickú alternatívu, keďže sa dosiaľ - na rozdiel od chemických zbraní - v praxi nepoužili. Predstava ich eventuálneho použitia je tak zavrhnutiahodná, že je lepšie zdržať sa upozornňovania na možnosť ich prípravy a použitia, aby sa na ne neobracala pozornosť a nevzbudzovala sa prípadne záujem o ich prípravu. Prevládal tiež názor, že výroba dostatočného množstva nebezpečných mikroorganizmov a zariadení na ich rozptyľovanie je tak zložitá a náročná, že to dokážu len tie najvyspelejšie štaty, ich laboratóriá a inštitúcie.

Všetky tieto a ďalšie predstavy o vzdialenej perspektíve biologických zbraní sa ukázali v poslednej dobe ako nereálne. Napok, zdá sa, že svet ešte nikdy neboli tak blízko k použitiu biologických zbraní na činy bioterorizmu vo vnútri určitých štátov alebo dokonca na biologické vojny medzi štátmi, ako v súčasnosti, tak v blízkej budúcnosti.

Existujú nielen národy a štaty, ale aj určité fanatické „disidentské“ skupiny na všetko odhadlaných teroristov, ktoré majú aj motiváciu aj možnosti kultivovať tie najnebezpečnejšie mikroorganizmy a bez škrupúľ ich použiť na akty terorizmu či vojnového útoku.

Existencia zásob biologických zbraní

Vo vojne v Perzskom zálive v r. 1991 a najmä po nej sa ukázalo, že niektoré štáty majú rozpracovaný program prípravy zásob biologických zbraní. Vyroobili sa a naplnili bomby a granáty, ako aj rakety, dokonca i nádrže na rozprášovanie mikroorganizmov či ich toxínov z lietadiel. Ide hlavne o baktérie Bacillus anthracis, spôsobujúce antrax (snef slezinnú) a botulotoxín, prudký toxin produkovany anaeróbnymi baktériami Clostridium botulinum. Výrobná infraštruktúra týchto a zaisté i ďalších biologických zbraní sa zdá byť aj v súčasnosti nedotknutá a funkčná. Snahy kontrolovať zničenie týchto zbraní a zariadení viedli skoro k ďalšiemu vojenskému zásahu v oblasti Blízkeho východu. Neochota niektorých štátov nechať si kontrolovať dohody o zničení biologických zbraní vyvoláva podozrenie, že stále uvažujú o reálnych alternatívach ich prípadného použitia za určitých okolností.

Akty terorizmu a ich následky

V posledných rokoch určité teroristické skupiny alebo sekty vykonali viaceré teroristické útoky na budovy a zariadenia v niektorých štátach. Ich vykonanie a následky boli hrozivé: boli usmrtené desiatky nič netušiacich civilistov a odhalila sa aj nepripravenosť bezpečnostných, zdravotníckych a požiarnych organizácií predvídať a následne riešiť katastrofálne dôsledky aktív bioterorizmu.

Bombové útoky na budovu World Trade

Center a na správnu budovu v Oklahoma City si vyžiadali desiatky mŕtvych a stovky ranených obyvateľov týchto budov, ale najmä nič netušiacich okolojdúcich osôb. Podobne, pri nedávnych výbušninových útokoch na veľvyslanectvá v Nairobi a v Súdáne bolo usmrtených nielen mnoho civilistov, ale vznikol tiež neopísateľný chaos v záchranných službách a v nemocniciach, ktoré neboli jednoducho schopné rýchlo príjať a ošetrovať množstvo ranených osôb.

V r. 1995 istá japonská sekta použila v podzemnej dráhe v Tokyu nervový bojový plyn Sarin. Následok tohto útoku bolo nie len niekoľko desiatok mŕtvych, ale asi 5000 ranených osôb, všetko následkom chaosu, ktorý vznikol medzi cestujúcimi v metre.

Zdá sa, že jediným dosiaľ dokumentovaným útokom teroristov je počinanie si istej sekty v štáte Oregon. Táto vo svojom zvrátenom počinanií v predvolebnom období úmyselne nainfikovala kultúrami salmonel šalátu a iné prípravky studenej kuchyne v bufetoch a reštauráciách v hlavnom meste. Dôsledkom bolo ochorenie vyše 700 osôb, našťastie bez úmrtí.

Pri výšetrovaní týchto udalostí sa zistilo, že uvedená japonská sekta plánovala bioteroristické útoky a vytvorila si veľké zásoby živných pôd na kultiváciu mikroorganizmov a na produkciu botulotoxínu a spôr antraxu. Sekta dokonca vyslala v r. 1992 svojich pracovníkov do Afriky, aby získali kultúry nebezpečného vírusu Ebola. Ako sa ukázalo, sekta disponovala lietadlami i rozprášovacími nádržami na aplikáciu týchto produktov v plánovaných bioteristických akciách.

Tieto a ďalšie prípady ukazujú, že:

- počínanie aj malých teroristických skupín môže mať katastrofálne následky,
- bioterorizmus je v súčasnosti pravdepodobnejší ako kedykoľvek predtým,
- opatrenia na prevenciu bioterorizmu a výbušninových teroristických činov sú v súčasnosti celkom nedostatočné,
- aj malé skupiny teroristov s malými finančnými a odbornými prostriedkami a len so základnými znalosťami mikrobiológie sú schopné vyvinúť biologické zbrane,
- detekcia a zastavenie výroby biologických zbraní sú súčasnými opatreniami a prostredkami ľažko možné,
- dôsledky použitia smrtiacich mikroorganizmov alebo ich produktov by boli katastrofálne.

Preventívne opatrenia proti biologickým zbraniam a bioterizmu

Občania sú najlepšie chránení proti následkom použitia biologických zbraní vtedy, keď hygienici, klinici a diagnostické laboratóriá úzko spolupracujú so štátom a miestnou správou a keď sa tak zabezpečí, že mimoriadny výskyt určitého ochorenia sa rýchlo a presne identifikuje, a keď sa okamžite začnú realizovať príslušné protiepidemické opatrenia a liečba chorých občanov.

Prvá evidencia použitia biologických zbraní bude takmer určite prichádzať z nemocní a teda prvou línou obrany proti biologickým zbraniam sú odborníci v infekčných chorobách. Rýchlosť, s ktorou získajú správnu diagnózu použitia biologických zbraní, je absolútne rozhodujúca pre účinnosť preventívnych a liečebných opatrení a rozhoduje o tom, či obetí útoku biologic-

kými zbraňami budú desiatky alebo tisíce. V súčasnosti už mälokto videl pacienta s kiahňami, antraxom či morom a takisto len málo laboratórií je pripravených rýchlo diagnostikať tieto ochorenia. Patogénne mikroorganizmy na stále sa predĺžujúcej liste možných biologických zbraní (tab. 1) sú schopné napadnúť celé mestá či krajinu a ich odstránenie z prostredia je takmer nemožné. Z týchto mikroorganizmov dosiaľ, našťastie, sa ani jeden ešte v praxi nepoužil a preto existujú len približné scenáre ich účinku na postihnuté obyvateľstvo či vojsko na frontových líniach. Chemický útok alebo útok výbušninami sa dá ľahšie zvládnuť ako biologické účinky kiahní, moru či iných nákaž, pri ktorých by sa nové a nové prípady vyskytovali neustále na rôznych miestach.

Okrem nových legislatívnych nariem, ktoré predpokladajú veľmi tvrdý postup prípravy biologických zbraní a bioterorizmu dôležitým preventívnym opatrením je kontrola nad zbierkami mikroorganizmov a nad zasielaním rôznych nebezpečných mikroorganizmov na požiadanie alebo za platbu. Predstava, že tieto zbierky či laboratóriá sú ochotné predávať smrtiace patogénne mikroorganizmy „na objednávku“ „komukolvek s platobnou kartou“ už patrí minulosti. Expedovať určité patogénne mikroorganizmy môžu v mnohých štátach len certifikované a na to určené ustanovizne. Udržiavať ich a pracovať s nimi môžu taktiež len evidované a licenzované pracoviská s vykonávaním zákonom predpísaného dohľadu nad ich skladovaním a použitím iba na mierový výskum. Najnovšie opatrenia obmedzujú skladovanie, zasielanie a narábanie s patogénnymi

mikroorganizmami, ktoré sú na liste možných biologických zbraní len v tzv. laboratóriách s „biologickou bezpečnosťou“ 4. stupňa (tzv. Biosafety Laboratory 4, alebo BL-4) a obmedzujú aj prípravu, syntézu a zasielanie určitých sekvencií DNA. Tieto po vpravení génovými technikami do iných, aj nepatogénnych a netoxikogénnych mikroorganizmov, vrátane vírusov, môžu ich zmeniť na vysoko nebezpečné mikroorganizmy. Takéto „rekombinantné mikroorganizmy“ môžu niesť aj viaceré gény, kódujúcich okrem toxinogenity najmä rezistenciu na antibiotiká.

Zložitým problémom je aj príprava účinných vakcín proti mikroorganizmom prípadne použiteľným ako biologické zbrane. V záujme urýchlenia ich výroby, opäť tzv. génovými technológiemi, rôzne armády už pripravili väčšie množstvá rôznych vakcín, ktoré, ako sa ukázalo, neprešli predpísaným schvaľovacím procesom príslušných ustanovizní. Ich prípadné použitie je preto problematické a zatial nepovolené.

Vlády mnohých štátov vyvíjajú v súčasnosti veľké úsilie, aby sa akákoľvek príprava biologických zbraní skutočne a bez výnimky zastavila a aby sa výskumy v oblasti mikrobiológie aj ďalej zameriavalí výlučne na prospch zdravia ľudí a zvierat a v záujme potláčania ochorení, najmä rezistentných na antibiotiká, ktoré sa čoraz častejšie zjavujú na celom svete.

Do redakcie došlo: Adresa autorov:
6. apríla 1999 MUDr. R. Menkyna
Kozia ul. č. 26
811 03 Bratislava

Tabuľka 1.

Prehľad niektorých vybraných biologických agens, ktorých zasielanie je prísně regulované CDC v Atlante, USA (Center for Disease Control)

Vírusy*
 Vírusy hemoragickej horúčky
 Vírus encefalítidy koní
 Vírus Ebola
 Vírus horúčky Lassa
 Vírus Marburg
 Vírus horúčky Rift Valley
 Vírus kiahní
 Hanta-vírus a ī.

Baktérie**
*Bacillus anthracis***
Brucella sp.
Burkholderia mallei
Clostridium botulinum
*Francisella (Pasteurella) tularensis***
*Yersinia pestis***

Riketsie
Toxíny
 Aflatoxíny
 Botulotoxín
 Clostridiové toxíny
 Shiga-toxín
 Stafylkokový enterotoxín, atď

Vysvetlivky:

* S výnimkou dokážateľných vakcinančných kmeňov

** Práve vzhľadom na možnosť použitia *B. anthracis*, *Y. pestis* a *F. tularensis* ako biologických zbraní, je celé 3. a 4. číslo (Vol. 14, 1998) časopisu Antibiotika-Monitor venované diagnostike, najmä moderným a rýchlym identifikačným metódam týchto baktérií.

Pôvodné práce

S. Čagón, I. Besedová
Subkatedra ošetrovateľstva v odboroch
vnútorného lekárstva
Slovenskej postgraduálnej akadémie
medicíny v Bratislave

Mimonomocničná starostlivosť o postihnutých náhlou srdcovou smrťou podľa odporúčaní Európskej kardiologickej spoločnosti a Európskeho výboru pre resuscitáciu

Súhrn: Výrazná väčšina náhlych srdcových smrťí vzniká mimo nemocnice a aj väčšina náhlych úmrtí spôsobených ischemickou chorobou srdca (IChS) sa vyskytuje v predhospitalizačnej fáze ochorenia. Práve pre výskyt náhlej srdcovej smrti je predhospitalizačná fáza u chorých s akutným infarktom myokardu (IM) najdramatickejším, ale aj najkritickejším obdobím v priebehu IChS. Z týchto dôvodov sa vypracovali spoločné odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti a Európskeho výboru pre resuscitáciu zamerané na starostlivosť o pacienta s akutným IM a inými formami náhlych srdcových príhod v predhospitalizačnej fáze. V prehľadovom článku autori z uvedených odporúčaní uvádzajú starostlivosť pri najzávažnejšej náhlej srdcovej príhode, náhlej srdcovej smrти. Z porovnania odporúčaných zásad a realizácie starostlivosť o postihnutých náhlou srdcovou smrťou v našej praxi je zrejmé, že pred zodpovednými pracovníkmi stojí veľa úloh, ktorých realizácia je potrebná na zlepšenie efektivity a kvality starostlivosť o postihnutých náhlou srdcovou smrťou. Realizácia niektorých z nich bude vyžadovať úpravy v súčasnosti platnej legislatívy v SR.

Kľúčové slová: náhla srdcová smrť, mimonomocničná starostlivosť.

Výrazná väčšina úmrtí na náhlu srdcovú smrť (NSS) vzniká mimo nemocnice a aj väčšina náhlych úmrtí spôsobených ischemickou chorobou srdca (IChS) sa vyskytuje v predhospitalizačnej fáze ochorenia. Práve pre výskyt NSS je predhospitalizačná fáza u chorých s akutným infarktom myokardu (IM) nie len najdramatickejším, ale aj najkritickejším obdobím v priebehu IChS. Postihnutí - obeť nežijú dosť dlho, aby sa im mohla poskytnúť adekvátna lekárska pomoc. Napriek týmto skutočnostiam sa vo väčšine európskych krajín neverovala záchrannej službe vrátane jej vybavenia dostatočná pozornosť. V posledných desaťročiach sa postupy starostlivosť poskytované pacientom s náhlymi srdcovými príhodami zmenili len málo a rýchlosť reakcie obvykle nezodpovedá ich neodkladnosti. Z týchto dôvodov sa redukcia nemocničnej mortality neodrazila na celkovej mortalite. Preto sa vypracovali spoločné

odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti (EKS) a Európskeho výboru pre resuscitáciu (EVR), zamerané na starostlivosť o pacienta s akutným IM a inými formami náhlych srdcových príhod so zvláštnym zreteľom na predhospitalizačnú fázu [1].

Vytvorená pracovná skupina EKS a EVR bola prvou jednotnou skupinou EKS s inou organizáciou. Vyžadovala si to potreba inovácie organizácie práce viacerých odborníkov s cieľom multidisciplinárne zlepšiť starostlivosť o chorých s náhlymi srdcovými príhodami v predhospitalizačnej fáze. Práve výskyt NSS u chorých s náhlymi srdcovými príhodami v predhospitalizačnej fáze a pre príhody so zastavením činnosti srdca v neskoršom období starostlivosti o chorých s náhlymi srdcovými príhodami je spolupráca s EVR najvhodnejšia až optimálna. Zjednocujú sa diagnostické a terapeutické postupy v neodkladných a naliehavých život

ohrozujúcich situáciách. Experti pri plnení tejto úlohy vychádzali zo súčasných epidemiologických a patofiziologických poznatkov.

Zastavenie činnosti srdca - NSS spôsobená najčastejšie fibriláciou komôr (FK) a bolest' na hrudniku pri akútном IM sú dva najdôležitejšie prejavy akútnych srdcových príhod. Adekvátnou liečbou je včasná defibrilácia a koronárna reperfúzia. Obe príhody si vyžadujú rýchlu dostupnosť záchrannej (lekárskej) služby, aj keď s rozdielnymi prioritami. Pre pacienta so zastavením činnosti srdca je potrebné, aby svedok príhody spoznal, že vzniklo nebezpečenstvo, ktoré si vyžaduje okamžitý zásah. Stav si vyžaduje rýchlu reakciu, vhodnú prvú pomoc a včasného defibriláciu. Rýchlosť a jednoduchosť akcie sú dôležitejšie, ako je precíznosť a komplexnosť [1]. Pri vzniku FK mimo nemocnice musí byť aj snaha, čo najskôr dopraviť postihnutého do nemocnice, prípadne priamo na niektoré z oddelení intenzívnej liečby (KJ, JIS, ARO).

Vznik takejto akútnej srdcovej príhody mimo oddelení intenzívnej liečby vo všeobecnosti charakterizuje u nás v súčasnosti najčastejšie chaos a panika, neschopnosť realizovať kardiopulmonálnu resuscitáciu (KPR) a nedostupnosť realizovať defibriláciu. Aj pri skorom (včasnom) príhode RZP býva neskoro, a to aj v prípade, že vybavenie RZP zahŕňa možnosť defibrilácie a intubácie a liečebnými možnosťami sa takto blíži mobilnej koronárnej jednotke. Súčasný stav zabezpečovania neodkladnej a naliehavej starostlivosti o takýchto chorých, sa v rôznych kraji-

nách výrazne odlišuje. Sú veľké rozdiely medzi krajinami, ako v rámci jednotlivých krajín, tak aj medzi mestskými a vidieckymi oblasťami. Snahy o zlepšenie situácie musia byť postavené na základe poznania súčasného stavu a jeho porovnania so stavom, ktorý dnes považujeme za optimálny (želateľný). Súčasne musia byť i pragmatické. Tam, kde sa v dohľadnej budúcnosti nedá dosiahnuť optimálny stav, treba sa postupne približovať ku konečnému cieľu. Mnohé prekážky na ceste k zlepšeniu situácie sa niekedy dajú odstrániť s malými nákladmi alebo aj bez nich. Opatrenia preto treba rozdeliť na základné, ktoré sa považujú za ešte akceptovateľné minimum (akýsi dočasný štandard) a na optimálne, ktoré by sa mali dosiahnuť v najkratšom možnom čase.

Reťaz prežitia pri náhlej srdcovej smrti

V ani jednej neodkladnej situácii v lekárskej praxi nehrá čas takú rozhodujúcu úlohu na prežitie ako pri zastavení činnosti srdca. Komplexná realizácia koncepcie reťaze prežitia (2, 3) sa priaznivo prejaví pri záchrane postihnutých, ich stave a prognóze. Má obvykle štyri články, ktoré uvádzame modifikované a s podnetmi na možnosti ich rozšírenia v našej praxi.

1. Včasné dostupnosť RZP. Prvoradou požiadavkou je okamžitá dostupnosť dispečingu záchrannej služby, pretože zdržanie telefonovaním na poskytnutie sanitky výrazne znižuje výhliadky na prežitie. Prvotný kontakt by mal byť s ošetrovúcim lekárom pacienta len vtedy, ak má k dispozícii defibrilátor. Vo väčšine európskych krajín sa dostupnosť záchrannej (lekárskej) služby dosahuje prostredníctvom jednoduchého na tento účel vyhradeného telefónneho čísla. Podľa Rady Európy by sa v celej Európe malo používať jednotne číslo 112. Dispečer by mal veľmi vážne brať na vedomie akékoľvek upozornenie na poruchu vedomia a nemal by sa uspokojiť s informáciou, že postihnutý dýcha, pretože dýchanie môže pokračovať aj niekoľko minút po zastavení cirkulácie.

2. Včasné kardiopulmonálne resuscitácia (KPR). Svedok kardiovaskulárnej príhody so zastavením činnosti srdca realizáciu KPR predĺžuje žancu na úspešnú resuscitáciu. Odhaduje sa, že minimálne zdvojnásobňuje nádej na prežitie (4, 5). Pomáha aj pri zabezpečovaní prvej defibrilácie. Bohužiaľ, tento svedok u nás (podobne ako vo väčšine európskych krajín) plní pri KPR svoju úlohu len v menšej časti prípadov, častočne pre

nepoznanie závažnosti situácie a jej neodkladnosti a pre nedôveru vo vlastné schopnosti a skúsenosti úspešne realizovať KPR.

Telefónom riadená KPR vykonávaná ľuďmi, ktorí nemajú potrebné predchádzajúce skúsenosti, sa ukázala byť úspešnou (6), ale táto úspešnosť sa doteraz dôveryhodne nepotrvala (7). Tento spôsob realizácie KPR vyžaduje intenzívny tréning dispečerov, ktorí musia striktne dodržiavať protokolový postup.

Väčšina zastavení činnosti srdca (60-70 %) vzniká v príbytku, často v prítomnosti príbuzných chorého. Rehabilitačné programy, športové skupiny koronárnych pacientov a iné svojpomocné skupiny môžu vzdelať rodinných príslušníkov pacientov postihnutých náhlou srdcovou príhodou v KPR, u ktorých je zvýšené riziko ďalších epizód zastavenia činnosti srdca. Ich motivácia k tejto činnosti býva však nedostatočná. Partneri postihnutých pacientov sú často starší a je to skupina ľudí, ktorá tieto zdravotnýchovné akcie veľmi ľačko akceptuje (8). Mladší jednotlivci, atléti, študenti a členovia ďalších organizovaných skupín sú oveľa očotnejší osvojiť si základy prvej pomoci. Výcvik v KPR by sa mal zameriť priamo na školy a ďalšie výučbové zariadenia, športové kluby, alebo skupiny špecifických pracovníkov, ako sú polícia, pracovníci hromadnej dopravy, u ktorých je výšia pravdepodobnosť prítomnosti pri vzniku náhlej srdcovej príhody. Stupňovitý princíp týchto činností pomôže najschopnejším jedincom so záujmom o KPR stať sa trénermi a vyskoliť veľký počet osôb. Veľmi sa odporúča potreba rutinného absolvovania kurzu prvej pomoci pri získaní vodičského preukazu, čo je už bežnou praxou v niektorých krajinách.

Hlavným problémom pri poskytovaní základnej prvej pomoci z estetického hľadiska je akceptovanie umelého dýchania z úst do úst. Riziko infekcie predstavuje ďalšiu bariéru v jeho akceptovaní. Donedávna jedinou alternatívou možnosťou bolo dýchanie z úst do nosa, pri ktorom sú však podobné estetické problémy. Účastníci kurzov prvej pomoci by mali byť informovaní, že osoba so zastavením činnosti srdca, s ktorou sa stretnú, bude s najväčšou pravdepodobnosťou ich blízky príbuzný. V takomto prípade dýchanie z úst do úst by sa malo skoro vždy akceptovať.

Neoddeliteľnou súčasťou vykonávania jednoduchého dýchania z úst do úst je hygienická bariéra. Riziko infekcie predstavuje ďalšiu bariéru v akceptácii KPR. Úplná ochrana pred infekciou sa nemôže dosiahnuť rúškami, ani filtermi. Ventilácia maskou poskytu-

je efektívnejšiu ochranu pred infekciou, ale môže vyžadovať druhého pomocníka, a preto má len obmedzené použitie. Základným doplnkom rozšírených resuscitačných postupov je ventilácia maskou pripojenou na samorozprípnací vak s externým zdrojom kyslíka. Nechráni však pred aspiráciou a nie je možná ventilácia s koncovým výdychovým pretlakom. Tracheálna kanya s manžetou je „zlatý štandard“ pri ochrane dýchacích ciest, ale jej použitie vyžaduje značné odborné vedomosti a pravidelnú prax (9).

Vyššia frekvencia komprezii hrudníka zvyšuje srdcový výdaj krvi a koronárny priesvit. Nevhodami sú rýchlejšie vyčerpanie záchrancu a vyšše riziko poškodenia pacienta (10). Odporúčaná frekvencia komprezii hrudníka je 100/min. (11). Ďalšie techniky, ako vsunutá komprezia brucha, aktívna komprezia/dekomprezia, kombinácia obidvoch techník a KPR s vestou, preukázali zlepšenie rôznych hemodynamických parametrov pri KPR, ale ani v jednej štúdii sa nezistilo zlepšenie prežívania pacientov.

3. Včasná defibrilácia. Fibrilácia komôr (FK) je najčastejšou príčinou zastavenia činnosti srdca u chorých s akutnými srdcovými príhodami. Defibrilácia je jednou z najdôležitejších intervencií s uspokojujúcimi výsledkami pri zastavení činnosti srdca. V súčasnosti sa odporúča výboj priamym prúdom (direct current - DC) s konvenčným sinusoidálnym tvarom krvinky s použitím energie 200 J pre prvé dva výboje a pre tretí 380 J (11). Dôraz na správnosť techniky defibrilácie je základom pre čo najväčšiu úspešnosť (12).

Úspešnosť defibrilácie a prežitie pacienta klesá viac ako o 5 % za každú minútu, ktorá uplynie medzi vznikom dysrytmie a prým defibrilačným výbojom. Pre zabezpečenie včasnej defibrilácie je potrebné, aby defibrilátory mali nielen nemocničné pracoviská, ale aj všetky ambulantné zdravotnícke pracoviská a aby mali aj pracovníci bez lekárskeho vzdelania, po adekvátnom zaškolení, povolenie defibrilovať. Konkrétnie to znamená, že aj všetky vozidlá prvej pomoci by mali mať defibrilátory a pracovníci sanitiek by ich mali vedieť a právo používať (13). Pracovníkov sanitných dopravných prostriedkov bez lekárskeho vzdelania je možné vyskoliť na prácu s defibrilátorom za menej ako 8-10 hodín za prepokladu, že boli dobre vyskolení v poskytovaní základnej prvej pomoci (1). Dôležitým cieľom na zvýšenie dostupnosti včasnej defibrilácie je vzdelenie a technické vybavenie všetkých pracovníkov prvej pomoci, ktorí prídu do kontaktu s pacientom so zastavením činnosti srdca.

Pracovníci musia mať súčasne oprávnenie použiť svoje zručnosti. Dnes sa zvažuje aj realizácia včasnej automatickej externej defibrilácie, ako aj realizácia včasnej defibrilácie „osobami prvého kontaktu“.

Defibriláciu automatickými externými defibrilátormi môžu realizať osoby s obmedzeným výcvikom zameraným na použitie defibrilátora bez dostatočných vedomostí na spoľahlivé zistenie diagnózy FK (14). Tento spôsob defibrilácie umožňuje dopraviť defibrilátor na miesta s veľkým množstvom ľudí, ako sú športové štadióny, letiská, tržnice, železničné stanice. Tu a na miestach ako lietadlá alebo výletné lode, kde je takmer nemožný zásah záchrannou (lekárskou) službou, môže pracovník vycvičený v realizácii prvej pomoci defibrilátor rýchlo použiť. Od vzniku FK do príchodu RZP môže uplynúť značná doba. Preto vhodnou cestou na poskytnutie včasnej defibrilácie môže byť zavedenie včasnej defibrilácie jednotlivcami, ktorých môžeme nazvať osobami prvého kontaktu (15). Osobu prvého kontaktu možno charakterizovať ako vycvičeného jednotlivca, ktorý pôsobí nezávisle, avšak v rámci lekármi riadeného systému. Dostupnosť automatického externého defibrilátora umožňuje osobe prvého kontaktu použiť defibriláciu ako možnosť voľby. Cieľové skupiny osôb, ktoré by mohli poskytovať okamžitú defibriláciu pomocou automatického externého defibrilátora, by mohli zahrňovať požiarnikov (15), políciu a bezpečnostných pracovníkov (16), skupiny záchranárov a obsluhu lietadiel (17). Títo pracovníci denne prichádzajú do kontaktu s ľuďmi s rizikom náhlých srdcových príhod. Okamžitá defibrilácia osobami prvého kontaktu je ďalším logickým krokom po zavedení používania defibrilácie pracovníkmi sanitných dopravných prostriedkov. Zavedenie programov pre defibriláciu osobami prvého kontaktu by malo byť starostlivo pripravené a kriticky prehodnotené skôr ako budú vypracované široká a obsiahle odporúčania.

4. Včasná rozšírená prvá pomoc.
U niektorých chorých s NSS samotná KPR a defibrilácia nestacia na záchrancu života. Často je potrebné dlhšie pokračovať v resuscitácii a poskytnúť pacientovi rozšírenú starostlivosť. Táto závisí od konkrétneho zdravotného záchranného systému, ktorý je v jednotlivých krajinách Európy veľmi rozmanitý vo vybavení a zabezpečení pracovníkmi, ktorí záchranné postupy realizujú (lekári, paramedicínsky vzdelení pracovníci, skúsené sestry). Posádka v záchranných dopravných prostriedkov by mala pozostávať z dvoch, najlepšie však z troch osôb,

ktoré sú kvalifikované vykonávať záchranné liečebné opatrenia. Vo väčšine európskych krajín hrajú lekári aktívnu úlohu v predhospitalizačnej záchrannej zdravotnej službe. Najväčšie počty zachránených sa dosiahli dvojlíniovými systémami s dostupnosťou automatickej externej defibrilácie v prvej linii dobre vycvičenými paramedicínsky vzdelenými pracovníkmi alebo lekármi záchrannej služby v druhej linii (18). Je samozrejmé, že poskytovanie vhodnej rozšírenej starostlivosti sa nesmie prerušiť počas dopravy a preberania pacienta do starostlivosti pracovníkov nemocnice. Pracovníci nemocnice by mali byť informovaní o príchoде pacienta s NSS. Posádka záchranného dopravného prostriedku by mala odhadnúť predpokladaný čas príchodu do nemocnice.

Vo väčšine európskych krajín sa defibrilácia považuje za lekársky výkon. Predstavuje to obraz historicky pokračujúceho zapájania sa lekárov do záchranných akcií a odstraňovania následkov hromadných nešťastí mimo nemocnice. Delegovanie realizovalo tento výkon, ktorý obvykle robia lekári na lekársky nekvalifikovaných pracovníkoch za situácie, keď lekár nie je ihneď k dispozícii, je v súlade so zákonom v mnohých európskych krajinách. V tých krajinách, kde boli už v minulosti prítomní v teréne len záchranári, vodiči záchranných vozidiel a paramedicínsky vzdelení pracovníci, sa zavedenie výkonu včasnej defibrilácie posádkou sanitného dopravného prostriedku pohotovo akceptovalo. V krajinách, kde je bežná prítomnosť lekára v druhej alebo dokonca v prvej linii, sa zavádzajú použitie defibrilácie členom posádku sanitného dopravného prostriedku len pomaly.

Eтика predhospitalizačnej resuscitácie pri zastavení činnosti srdca. Morálne aspekty ktorékoľvek medicínskej intervencie môžu sa definovať podľa týchto princípov:

- * princíp úžitku, robiť len dobre,
- * princíp nepoškodenia, nespôsobiť škodu,
- * princíp rešpektovania pacientovej autonómie a

* princíp práva (19, 20).

Pri KPR treba zvažovať princípy úžitku a nepoškodenia. Kardiopulmonálna resuscitácia by sa mala vykonávať len vtedy, ak je nejaká šanca prínosu pre pacienta, ak je neškodná, môže to byť násilná, poškodzujúca, bolestivá a nedôstojná intervencie. V situáciách, keď sa KPR považuje za neúčinnú, alebo ak pacient vysloví (vopred písomne) želanie, že nechce, aby bol resuscitovaný, by sa KPR nemala vykonať. Táto informácia je však len výnimočne dostupná pri výskytu zastavenia činnosti srdca mimo nemocnice.

Základné pravidlá pre nevykonávanie resuscitácie patria do troch kategórií (21, 22):

- * KPR nemôže byť úspešná,
- * je pravdepodobné, že kvalita života po KPR by bola zlá a
- * ak si pacient vyslovene želá, že nechce byť resuscitovaný (dostupný vopred napísaný doklad).

Ak resuscitácia nie je vhodná, nemala by sa volať záchranná služba. V každom prípade, by sa pri rozhodovaní o vyslaní RZP k pacientovi malo zohľadňovať opisanie náhľadu srdcového príhody príbuznými alebo priateľmi, pretože väčšina príhod sa vyskytuje u pacientov v príbytkoch, v blízkosti príbuzných alebo známych. Ak sa vie, že pacient pred príhodou vyjadril svoj názor na resuscitáciu, malo by to značne ovplyvniť rozhodnutie lekára, aj keď takéto predbežné rozhodnutie pacient nerobí vždy na základe reálneho poznania problematiky. Pri chýbaní relevantných informácií by sa malo začať resuscitovať.

Už začatá resuscitácia by mala byť prerušená len na základe presne definovaných dôvodov (11). Potrebné sú k tomu informácie o približnom trvaní zastavenia činnosti srdca, alebo novšie informácie o základnom ochorení a jeho prognóze. Pri chýbaní jasných indikácií na jej prerušenie, kým je FK, by sa nemala resuscitácia prerušiť. Asystolia, ktorá trvá 15 a viac min., je dôkazom neúčinnosti resuscitácie. Výnimky z tohto odporúčenia sa týkajú špeciálnych situácií ako sú deti, utopenci, pacienti s hypotermiou a intoxikáciou liekmi.

Vypracované odporúčania EKS a EVR (tab. 1) sú výrazným prínosom pre súčasnú prax. Uvedených hlavných odporúčaniach sa uvádzajú určité minimálne požiadavky pre výkon urgentnej starostlivosti, ktoré by mali byť vo všetkých európskych krajinách dostupné už teraz (tzv. „základná“ starostlivosť) a tiež požiadavky pre realizáciu zdokonalených stratégii urgentnej starostlivosti (tzv. „optimálna“ starostlivosť), ktoré by mali byť prijaté čo najskôr (tab. 1).

Záver

Z porovania týchto EKS a EVR odporúčaných zásad pre starostlivosť o pacientov s NSS a realizácie starostlivosti o postihnutých NSS v našej praxi je zrejmé, že pred zodpovednými pracovníkmi urgentnej medicíny, Spoločnosťou urgentnej medicíny a medicíny katastrof SLS (ale aj Slovenskou spoločnosťou praktického/rodinného lekárstva, Slovenskou internistickou a Sloven-

skou kardiologickou spoločnosťou, Slovenskou spoločnosťou sestier SLS), zodpovednými pracovníkmi, ktorí riadia túto extrémne závažnú oblasť zdravotníctva, ale aj pred celospoločenskými inštitúciami a orgánmi štátnej správy, stojí veľa úloh, ktoré sú potrebné na zlepšenie efektivity a kvality starostlivosti o postihnutých NSS. Realizácia niektorých z nich bude vyžadovať úpravy v súčasnosti platnej legislatívy v SR. Zdôrazňujeme, že sú to úlohy nielen pre lekárov a celé zdravotníctvo vrátane sestier. Ich úspešné splnenie vyžaduje príaznivú celospoločenskú atmosféru a účasť celej spoločnosti a všetkých jej zložiek.

Literatúra: 1. Recommendations of a Task Force of the European Society of Cardiology and The European Resuscitation Council. The pre-hospital management of acute heart attacks. Eur Heart J, 19, 1998, s. 1140-1164. - 2. Ahnefeld, F. W.: Die Wiederbelebung bei Kreislaufstillstand. Verhandlungen Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, 74, 1968, s. 279-287. - 3. A. Statement for Health Professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association. Improving survival from sudden Cardiac arrest: the chain of survival' concept. Circulation, 83, 1991, s. 1832-1847. - 4. Herlitz, J., Ekstrom, L., Wennerblom, B.: Effect of bystander initiated cardiopulmonary resuscitation on ventricular fibrillation and survival after witnessed cardiac arrest outside hospital. Br Heart J, 72, 1994, s. 408-412. - 5. Bosaert, L., Van Hoyweghen, R., Cerebral Resuscitation Study Group. Bystander cardio-

pulmonary resuscitation (CPR) in out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation, 1989, 17, (Suppl.), s. S55-S69. - 6. Culley, L. L., Clark, J. J., Eisenberg, M. S.: Dispatcher-assisted telephone CPR: common delays and time standards for delivery. Ann Emerg Med, 20, 1991, s. 362-366. - 7. Eisenberg, M. S., Hallstrom, A. P., Carter, W. B.: Emergency CPR instructions via the telephone. Am J Public Health, 75, 1985, s. 47-50. - 8. Dracup, K., Heany, D. M., Taylor, S. E.: Can family members of high-risk cardiac patients learn cardiopulmonary resuscitation? Arch Intern Med, 149, 1989, s. 61-64. - 9. A Statement by the Airway and Ventilation Management Working Group of the European Resuscitation Council. Guidelines for the Advanced Management of the Airway and Ventilation during Resuscitation. Resuscitation, 31, 1996, s. 201-230. - 10. Kern, K. B., Sanders, A. B., Raife, J.: A study of chest compression rates during cardiopulmonary resuscitation in humans. Arch Intern Med, 152, 1992, s. 145-149. - 11. The 1998 European Resuscitation Council Guidelines for Adult Single Rescuer Basic Life Support. A Statement from the Working Group on Basic Life Support, and Approved by the Executive Committee of the European Resuscitation Council. Resuscitation, 37, 1998, s. 67-80. - 12. Kern, K. B., Ewy, G. A.: Clinical defibrillation: Optimal transthoracic and open heart techniques. V: W. A. Tacker Jr.: Defibrillation of the heart, ICDs, AEDs and Manual. St. Louis Missouri, Mosby-Yearbook 1994, s. 133-140. - 13. Stults, K. R., Brown, D. D., Schug, V. L.: Prehospital defibrillation performed by emergency medical technicians in

rural communities. N Engl J Med, 310, 1984, s. 219-223. - 14. European Resuscitation Council Guidelines for the Use of Automated External Defibrillators by EMS Providers and First Responders. A statement from the Early Defibrillation Task Force, with Contributions from Working Groups on Basic and Advanced Life Support, and Approved by the Executive Committee of the European Resuscitation Council. Resuscitation, 37, 1998, s. 91-94. - 15. Weaver, W. D., Hill, D., Fahrenbruch, C. E.: Use of automatic external defibrillator in the management of out-of-hospital cardiac arrest. N Engl J Med, 319, 1988, s. 661-666. - 16. White, R. D., Asplin, B. R., Bugliosi, T. F.: High discharge survival rate after out-of-hospital ventricular fibrillation with rapid defibrillation by police and paramedics. Ann Emerg Med, 28, 1996, s. 480-485. - 17. O'Rourke, M. F., Donaldson, E., Geddes, J. S.: An airline cardiac arrest program. Circulation, 96, 1997, s. 2849-2853. - 18. Eisenberg, M. S., Horwood, B. T., Cummins, R. O.: Cardiac arrest and resuscitation: a tale of 29 cities. Ann Emerg Med, 19, 1990, s. 179-186. - 19. Beauchamp, T. L., Chindress, J. F.: Principles of biomedical ethics. Oxford, Oxford University Press 1989. - 20. Gillon, R.: Philosophical medical ethics Chichester: John Wiley and Sons 1985. - 21. Tomlinson, T., Brody, H.: Ethics and communication in do-not-resuscitate orders. N Engl J Med, 318, 1988, s. 43-46. - 22. Florin, D.: Do not resuscitate orders: the need for the policy. J Royal Coll Phys, 27, 1993, s. 1358.

Do redakcie došlo:
18. marca 1999

Adresa autorov:
Prof. MUDr.
S. Cagáň, DrSc.
Kuklovská č. 39
841 05 Bratislava

Tabuľka 1.

Hlavné odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti a Európskeho výboru pre resuscitáciu

Prístup k starostlivosti

Výchova verejnosti

* základný: rozšíriť vedomosti

o symptónoch akútnej srdcovej príhody,

* základný: prístupnosť centrálneho pohotovostného čísla a bezplatné (voľné) volanie na dispečerské centrum,

* optimálny: výučbové kampane vo verejných komunikačných médiách o príznakoch náhlych srdcových príhod, o tom, ako na ne reagovať a o dôvodoch pre zaangažovanie verejnosti v starostlivosti o postihnutých takýmito príhodami,

* optimálny: všeobecné ovládanie a opakovany nácvik základných postupov prvej pomoci,

* optimálny: zavedenie všeobecného

použitia rovnakého pohotovostného telefónneho čísla (112) pre celú Európu.

Dispečing

* základný: strategické rozmiestnenie ambulancií s minimalizovaním časovej straty v dostupnosti pohotovostnej ambulancie,

* základný: používanie rovnakého „prioritného“ systému (t. j. skoršia pomoc tomu, ktorý je na tom horšie) vyškolenými dispečermi,

* optimálny: dispečing kontrolovaný lekármi,

* optimálny: telefonicky asistovaná kardiopulmonálna resuscitácia.

Prednemocničná resuscitácia zastavenia činnosti srdca

* optimálne: včasné defibrilácia poloautomatickými externými defibrilátormi členmi vyškolených odborných skupín podľa smerníc EVR,

* základná: vybavenosť všetkých pohotovostných ambulancií defibrilátormi, monitormi EKG a operátormi, ktorí sú oprávnení na ich používanie,

* základné: vybavenosť všetkých pohotovostných ambulancií na podávanie kyslíka vo vysokej koncentráции,

* základná: ambulantní pracovníci s osvedčeniami, ktoré potvrdzujú ovládanie základných postupov prvej pomoci a defibrilácie podľa smerníc EVR.

D. Brázdičová, B. Raisová
Vysokošpecializovaný odborný ústav
tuberkulózy a respiračných chorôb
v Nitre na Zobore

Potreba ďalšieho vzdelávanie sestier v praxi

Súhrn: Autorky sa zamerali na ďalšie vzdelávanie sestier v praxi, ktorého potreba vychádza priamo z požiadaviek na súčasnú ošetrovateľskú starostlivosť. V príspevku sa opisuje priebeh vzdelávacieho programu, ktorý sa venoval ošetrovaniu dekubitov a uskutočnil sa vo Vysokošpecializovanom odbornom ústave tuberkulózy a respiračných chorôb v Nitre na Zobore (VOÚ TaRCH).

Kľúčové slová: ďalšie vzdelávanie, sestra, ošetrovanie dekubitov.

Pracujeme ako primárne sestry vo VOÚ TaRCH v Nitre na Zobore. Zmena štruktúry pacientov liečených v našom zariadení, ktorá súvisí s momentálnym dopytom po zdravotníckych službách si vyžiadala vznik geriatrických a onkologických oddelení popri plučných. Pri sledovaní a hodnotení poskytovanej starostlivosť sme zistili potrebu ďalšieho odborného vzdelávania sestier v praxi. Mnohé chyby, ktoré sa vyskytujú pri poskytovaní starostlivosť, vychádzajú z nedostatku informácií, vedomostí a zručnosti sestier týkajúcich sa rôznych oblastí. A preto je úlohou ďalšieho vzdelávania, ktoré realizujeme v našom zariadení, vytvoriť dostatok týchto vedomostí a zručností.

Vzdelávacie programy musia odrážať požiadavky na zdravotnú starostlivosť a meniace sa ekonomicke možnosti a zohľadniť tieto zmeny pri poskytovaní zdravotných služieb. Vzdelávanie sa týka všetkých sestier pracujúcich v našom zariadení, teda sestier na postelových oddeleniach, ako aj ambulantných sestier. Zameriava sa hlavne na sledovanie nových trendov v poskytovaní starostlivosť, používaní nových pomôcok a zariadení a reeducačiu v prípade zistenia rôznych nedostatkov.

Vzdelávanie prebieha rôznym spôsobom a realizuje sa individuálne, v malých skupinách alebo globálne pre celé zariadenie. Môže prebiehať ako formálne alebo neformálne učenie, pričom treba zohľadniť tieto poznatky z teórie vzdelávania dospeľých:

1. Zapojiť vzdelávajúcich sa do plánovania, vykonávania a hodnotenia vzdelávania.
2. Stavať nové vedomosti na báze skúseností vzdelávajúcich sa.
3. Zamerať vzdelávanie na reálne situácie.
4. Považovať chyby za príležitosť k učeniu.

5. Pomáhať ľuďom identifikovať ich potreby seba zdokonalenia.
6. Poskytovať príležitosť okamžite precvičiť nové poznatky.

Učenie je však potrebné prispôsobiť možnostiam vzdelávanej skupiny, pričom sa musia dodržiavať všetky zásady a princípy učenia. Preto sa majú podávané informácie vhodne prispôsobiť požiadavkám danej skupiny. Samozrejme je veľmi dôležitý vhodný výber tematiky, ktorý je podmienený požiadavkami z klinickej praxe a samotnej skupiny. Prvou fázou pri vzdelávaní je zistenie úrovne vedomostí u danej vzdelávanej skupiny, aby sme vedeli, do akých podrobností je potrebné tému rozpracovať, prípadne ako možno využiť už získané poznatky sestier pri vzdelávaní. Ďalej nasleduje tvorba plánu, výber metód vyučovania, vhodný výber pomôcok (použiť čo možno najviac názorných pomôcok), určenie cieľov a spôsobov jeho dosiahnutia a samozrejme po realizácii vzdelávania ich hodnotenie.

Neodmysliteľnú súčasť vzdelávania tvorí motivácia. Motivoval treba sestry hlavne preto, aby u nich samých vznikala stála túžba po získavaní nových poznatkov. Je dôležité zapojiť ich do výberu tematiky, do spolupráce pri realizovaní vzdelávacích programov, využiť iné inštitucionálne a ne-inštitucionálne vzdelávanie pri získavaní nových poznatkov pre väčšiu skupinu vzdelávaných.

Ďalej budeme prezentovať konkrétny príklad realizovaného vzdelávacieho programu pod názvom „Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s dekubitom“. Uskutočnil sa formou seminára v oboch častiach nášho VOU, teda v Nitre na Zobore a v Lefantovciach.

Mesiac pred uskutočnením seminára sme sestrám na všetkých oddeleniach poskytli

materiály týkajúce sa ošetrovania pacienta s ranami. Okrem interne pripraveného manuálu spôsobu ošetrovania rán, v ktorom sú stručne opísané ako klasické, tak aj moderné trendy ošetrovania rán a dekubitov, materiály obsahovali štandard ošetrovateľskej starostlivosť, tabuľku na hodnotenie rizika prelezanín a kritériá na hodnotenie kvality poskytovanej starostlivosť.

V úvodnej časti seminára, ktorý sa realizoval formou interaktívnej prednášky a diskusie, sme sestry oboznámili s obsahom a cieľom seminára. Súčasťou vzdelávania bol okrem rozmanitého grafického a názorného materiálu vstupný a záverečný test, čím sme mohli odsledovať úroveň vedomostí sestier v danej oblasti, ako aj objektívne posúdiť efektívnosť realizovaného vzdelávania. Test mal dve úlohy - motivačnú pre sestry a informačnú pre nás (príloha 1).

Ďalej nasledovala prednáška k danej problematike. V teoretickej časti sme sa sústredili na zopakovanie základných vedomostí sestier ešte zo SZŠ, čo je dekubit, aké sú rizikové faktory pre jeho vznik, kde sa nachádzajú predilekčné miesta, aké sú štadiá dekubitov. Ďalej sme sa venovali správemu polohovaniu pacientov s využitím rôznych pomôcok, posúdeniu vzhľadu a charakteru rany, záZNamu do príslušnej dokumentácie (sesterského dekurzu a záZNamu o ranach), aké sú špecifické pri preväzovaní jednotlivých rán - frekvencia preväzov, použitie jednotlivých materiálov, použitie dezinfekčných prostriedkov. Zaobrali sme sa aj stravovaním pacienta, pitným režimom a špecifickou hygienickou starostlivosť.

V závere seminára sme sa sústredili na oboznámenie sestier so správnym postupom ošetrovania rán vlnkým spôsobom a jednotlivými špecifickami pri výbere tejto metódy. Pretože sa niektoré sestry už na svojich oddeleniach stretli s týmto spôsobom ošetrovania, využili sme ich skúsenosti formou diskusie.

Seminár bol ukončený testom. Bol to ten istý test, ktorý sa použil v úvode seminára, pričom každá sestra dostala iný zo skupiny štyroch testov. Test pozostával z troch otázok, každá správna odpoveď sa hodnotila

dvoma bodmi, celkove mohla jedna sestra získať maximálne šesť bodov. Testy boli zamerané hlavne na praktickú stránku stařostlivosti - z troch otázok boli dve otázky zamerané prakticky a jedna teoreticky. Výsledky testov ukazujú tab. 1 a 2.

Z výsledkov možno objektívne posúdiť potrebu ďalšieho odborného vzdelávania sestier v rôznych oblastiach. Tento vzdelávací program neboli ohrianičený na určitú vekovú skupinu sestier, týkal sa všetkých sestier v našom VOÚ (teda sestier s rôzne dlhou praxou). Od uskutočnenia tohto prezentovaného vzdelávania boli v našom VOÚ realizované viaceré vzdelávacie akcie a veríme, že ďalšie budú motivovať sestry k túžbe získať nové poznatky.

Príloha 1. Ukážky testov vo vzdelávacom programe

Test A

1. Pod pojmom dekubit rozumieme:

2. Vymenujte minimálne tri kritériá, ktoré si všímame pri posudzovaní rany:

3. Akú stravu podávame pacientovi s rozsiahlym dekubitem?

Test B

1. Môže sa pacient s dekubitem kúpať, resp. sprchovať?

2. Napíšte minimálne tri predilekčné miesta:

3. Čo treba zohľadniť pri aplikácii chloramínových obkladov?

Test C

1. Vymenujte minimálne tri rizikové faktory podielajúce sa na vzniku dekubitov:

2. Pred odberom materiálu z rany na kultiváciu a citlivosť používame na opláchnutie rany:

a) fyziologický roztok,

b) chloramín,

c) peroxid vodíka.

3. Aký časový interval dodržiavame pri polohovaní pacienta?

Test D

1. Charakterizujte jednotlivé stupne preležaní:

2. Kde môže sestra zaznamenať posúdenie rany?

3. U pacienta s dekubitem sa príjem tekutín:

a) zvyšuje,

b) znížuje,

c) neupravuje sa.

Literatúra: 1. Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R.: Ošetrovanie I., II. Martin, Osvedca 1995, s. 277-294, 1304-1345. - 2. Creasia, J. L., Parker, B.: Conceptual foundations of professional nursing practice. St. Louis, Mosby - Year Book 1991, s. 267-272.

Do redakcie došlo:

22. februára 1999

Adresa autoriek:

Mgr. D. Brázdilová

Považská ul. č. 3

949 01 Nitra

Tabuľka 1. VOÚ TaRCH Nitra - Zobor

Bodovanie testu	Na začiatku seminára	%	Na konci seminára	%
0 bodov	1	3,57	-	-
1 bod	-	-	-	-
2 body	1	3,57	1	3,7
3 body	3	10,71	2	7,41
4 body	7	25,0	3	11,11
5 bodov	9	32,14	7	25,93
6 bodov	7	25,0	14	51,85

Tabuľka 2. VOÚ TaRCH Nitra - prevádzka Lefantove

Bodovanie testu	Na začiatku seminára	%	Na konci seminára	%
0 bodov	-	-	-	-
1 bod	1	6,67	-	-
2 body	2	13,33	-	-
3 body	2	13,33	1	7,7
4 body	5	33,33	3	23,1
5 bodov	4	26,67	1	7,7
6 bodov	1	6,67	8	61,54

P. Gavorník, K. Dachová
Očné oddelenie Fakultnej nemocnice
s poliklinikou v Trnave

Transplantácie rohovky vo FNsP v Trnave

Súhrn: Autori analyzujú aspekty transplantácie ľudskej rohovky a komplexnej rekonštrukcie predného segmentu oka. Opisujú spôsoby získavania materiálu na transplantáciu rohovky v minulosti a v súčasnosti. Podrobne opisujú indikácie na transplantáciu rohovky, niektoré moderné operačné postupy, ich riziká a komplikácie. Mikrochirurgickú očnú operáciu je možné urobiť ambulantne v lokálnej anestézii. V oblasti ošetrovateľstva preferujú tímovú spoluprácu.

Kľúčové slová: mikrochirurgia, perforačná keratoplastika, lamelárna keratoplastika, keratoplastika za horúca, rekonštrukcia predného segmentu oka, transplantácia rohovky.

Uvod

Transplantácia rohovky - keratoplas-

tika je v dobe modernej očnej mikrochirurgie náročná operácia. Ani na veľkých mikrochirurgických pracoviskách sa nerobí každý

deň. Transplantáciu rohovky je možné vykonať viacerými operačnými postupmi a ich modifikáciami. Lamelárna keratoplastika, perforačná keratoplastika, keratoplastika urobená za horúca a rotačná autokeratoplastika sú operačné postupy spojené s náhradou časti chorej rohovky identickou časťou rohovky chorého alebo rohovkou získanou z iného človeka - darcu rohovky.

Transplantáciu rohovky je možné v jednom sedení doplniť o extrakciu zakalenej šošovky s náhradou umelým šošovkovým implantátom.

tom, upraviť tvar dúhovky, odstrániť sklovec vitrektómom a tak zrekonštruovať celý predný segment a optický systém ľažko poškodeného oka (1, 17, 18, 21, 23, 25).

Materiál na transplantáciu rohovky sa získava legálnou cestou prostredníctvom medzinárodnej siete tkanicových bánk. V prípade, že rohovka chorého neobsahuje cievy, je výhľad na dobrý konečný efekt operácie priaznivý. Ak nenastane prerastanie nového rohovkového terča cievami príjemcu, nevznikne ani detekcia nového tkania imunitným systémom príjemcu a nezvládnuť ná rejekčná reakcia typu antigén - protitlátka.

Minulosť a súčasnosť transplantácie očnej rohovky v Trnave

Myšlienka transplantovať rohovku je veľmi stará. Skutočne dobré výsledky priniesla až mikrochirurgia. Na našom pracovisku transplantujeme rohovky od r. 1986. Mikrochirurgia je operačný systém pozostávajúci z viacerých prvkov:

1. Operačný mikroskop s plynulým zväčšovaním operačného poľa s rovnocenným stereoskopickým obrazom pre asistenta vrátane červeného reflexu očného pozadia.

2. Moderná prístrojová technika: elektrokoagulátor, kryoterapeutický a fakoemulzičný systém, irigácia - aspirácia.

3. Mikroinštrumentár: diamantové nože, mikropinzety, mikronožnice, trepany, dvojcestné kanyly.

4. Špeciálny zdravotnícky materiál: mikrochirurgický šicí materiál na zoštie rany a očných tkániv, vnútrocenné šošovky, viskoelastický materiál z metylcelulózy, healóny, plomby, silikónové pásky.

5. Špeciálne operačné kreslo s opierkami pre ruky.

6. Špeciálny operačný stôl s možnosťou fixácie hlavy operovaného pacienta, upravené stoličky pre asistenta a inštrumentárky, videotechnika.

7. Mikrochirurgický operačný postup.

Celý operačný tím musí byť pre takéto náročné operácie vyškolený a zohratý. Lekári aj sestry na operačnom trakte musia ovládať metódy mechanickej očistky mikroinštrumentov pomocou ultrazvuku, spôsoby prípravy a sterilizácie mikrochirurgických nástrojov, musia sledovať technický stav a funkčnú pripravenosť zložitých prístrojov, musia túto drahú a zraniteľnú prístrojovú techniku ošetrovať a dozerať na dodržiavanie sterility v priebehu celej operácie. Akékoľvek narušenie prvkov mikrochirurgie v priebehu operácie má katastrofálne násled-

ky a hrozí neúspechom až neodvratnou stratu zraku operovaného (6, 15).

Do r. 1993 sme získavali ľudskú rohovku v zmysle vtedy platných predpisov vo vlastnej rézii - enukleáciou oka mŕtveho človeka, pričom sme chýbajúci bulbus nahradili umeľou očnou protézou. Taktôž získaný bulbus sme uskladňovali vo vlnkej komôrke v chladničke. Trepanáciu darcovského terča sme robili bezprostredne pred operáciou z epitelovej strany rohovky. Odber materiálu a operáciu bolo treba vykonať čo najskôr - ideálne v ten istý deň. Darca neboli vyšetrený, kultivácia a citlivosť sa robila dodatočne.

Po r. 1993 sa očné oddelenie FNsP v Trnave stalo z rozhodnutia MZ SR gestorom transplantačného programu v oftalmológii. Ľudskú rohovku a ľudský bulbus dostávame odvtedy na základe žiadosti a špecifikačie prostredníctvom Medzinárodnej očnej banky v Bratislave. Bulbus alebo rohovka sa získava oficiálnou cestou, rešpektujúc platné zákony SR, komplexne vyšetrené v zmysle ochrany príjemcu pred nákažlivými chorobami. Dodávané v kvalite GOOD - VERY GOOD - EXCELENT umožnia vykonať operáciu v intervale do 14 dní po odbere rohovky od darcu. Lamela terča na lamelárnu keratoplastiku sa trepanuje bezprostredne pred operáciou z celého očného bulbu, nakoľko je potrebné napätie bulbu počas lamektómie. Terč rohovky v celej hrúbke trepanujeme z endoteliálnej strany v snahe zachovať maximálny počet endoteliálnych buniek v terči. O transplantácii viedieme všetku potrebnú dokumentáciu odporučenú MZ SR (2, 3, 8, 16, 17, 21, 22).

Indikácie transplantácie rohovky

Transplantácia rohovky je indikovaná pri ochoreniach, ktoré budú znižovať priehľadnosť rohovky, alebo spôsobia jej nehojace sa defekty až prederavenie. Najčastejšími indikáciami na keratoplastiku sú:

1. Keratókonus - kónické vyklenutie a stenčenie centrálnej časti rohovky. Býva vrozený alebo získaný chorobou a úrazom. Ochorenie prebieha chronicky aj náhle. Rohovka je v dôsledku degenerácie kolagénnych vláken nepravidelne vyklenutá s maximum v centre. Oko je týmto chorobným procesom predĺžené. Zjavuje sa osová krátkozrakosť. Centrálné sú ruptúry Descemetovej membrány. Postupom choroby nastáva niekedy pozvoľne, inokedy náhle zakaľovanie strômy rohovky s významným poklesom centrálnej zrakovnej ostrosti. V prvých štadiách je možné zrak vylepšiť nosením okuliarov, neskoršie nosením kontaktných šošoviek.

Nakoniec je vždy indikovaná transplantácia rohovky.

2. Dystrofie rohovky sú vrozené, často dedičné, monokulárne až obojstranne prebiehajúce ochorenia rohovky zhoršujúce jej priezračnosť. Môžu sa zjavíť hneď po narodení aj v ktoromkoľvek období života človeka. Niektoré typy dystrofí prechádzajú z jednej formy do druhej. Niekedy sa klinický obraz dystrofie celé desaťročia nemení, inokedy sa zrak chorého môže dramaticky zhoršíť. Ľažké rohovkové dystrofie s poklesom zraku liečime chirurgicky - transplantáciou rohovky.

3. Keratopathia bullosa súvisí so stratu endoteliálnych buniek približne pod tretiu normy. To predstavuje počet menej ako 1000 endoteliálnych buniek na 1 mm². Chorý človek má bolesti oka, je svetlopachý, má pocit cudzieho telieska a znižený zrak. V mieste najväčšieho poškodenia vrstvy endoteliálnych buniek vidieť prienik komorového moku do strômy rohovky. Strôma rohovky je zhrubnutá, zakalená. Na epitelu rohovky sa vytvárajú cystické až bulzové útvary, miestami praskajú a obnažujú vrstvu nervových vláken. Liečba spočíva najmä v preventii straty endoteliálnych buniek počas vnútrocenej operácie maximálnou snahou o ochranu endotelu. Niekedy na krátke čas pomôže kvapkanie hypertonickej glukózy, ktorá odvodní rohovku. V prípadoch vzniku bulznej dystrofie je indikovaná transplantácia rohovky.

4. Leukómy a jazvy rohovky. V stupni ci stupňujúcej sa sýtoti zákalov rohovky: faseta - nubekula - makula - leukóm je to sýty, biely, nepriehľadný zákal rohovky, ktorý vzniká najčastejšie po závažných popáleninách rohovky III. až IV. stupňa. Jazvy vznikajú po prenikajúcich a ľažkých tupých poraneniach oka. Fototerapeutická keratektómia - operácia rohovky pomocou excimerového laseru je indikovaná na odstránenie drobných rohovkových zákalov a nehojacich sa rohovkových rán. Ak leukómy a jazvy znižujú zrakovú ostrosť svojou lokalizáciou v centre rohovky, je namiesto transplantácia.

5. Recidivujúce pterýgium. Kridlo vidime až voľným okom vo vnútornom očnom kútku ako prerastanie spojovkovej riasy - duplikatúry cez limbus smerom na povrch očnej rohovky. Hlavica pterýgia smeruje pri raste do centra rohovky. Podstatou choroby je hyaloidná degenerácia Bowmanovej membrány rohovky. Liečba je chirurgická. Nepríjemnou komplikáciou sú recidívny - operácie sa choroby pretrvávaním chorého v prašnom a znečistenom prostredí, ktoré býva spúšťiacim mechanizmom. Maligne,

opakujúce sa pterygium môžeme úspešne vyliečiť jedine lamelárnou keratoplastikou.

6. Keratoplastika za horúca je transplantácia rohovky s cieľom vyliečiť chorobný defekt rohovky v štadiu jeho maximálnych prejavov. Najčastejšou indikáciou na keratoplastiku za horúca je nehojaci sa vred rohovky alebo už perforovaný vred rohovky.

Predpoved úspešnej transplantácie rohovky

Najlepšiu prognózu na transplantáciu rohovky majú celkovo zdraví ľudia so zdravými - iba nepriehľadnými rohovkami. Typické choroby reprezentuje keratokónus, jazvy na rohovke a rohovkové dystrofie. Horšiu prognózu majú pacienti s celkovými ochoreniami, najmä diabetici s pridruženými očnými ochoreniami. Najhoršiu prognózu majú chorí s vaskularizovanými rohovkami po ťažkých poleptaniacach s poruchami tvorby a distribúcie slzného filmu a zjazveným spojkovým vakom. V týchto prípadoch sa pravdepodobnosť zakalenia terča bliži skoro 100 %. Cez zakalenú rohovku nie je možné vyšetriť hlbšie štruktúry oka. Preto je bezpodmienečne potrebné urobiť pred plánovanou operáciou vyšetrenie celého vnútorného oka ultrazvukom (19).

Predoperačná príprava na transplantáciu rohovky a voľba vhodnej anestézie

Aj najzložitejšie operácie je v súčasnosti možné urobiť ambulantne v lokálnej anestézii. Na našom pracovisku sme všetky transplantácie rohovky robili výhradne hospitalizovaným pacientom. Ak je to iba trochu možné operujeme v lokálnej anestézii (7, 9).

Pred operáciou vyžadujeme podrobne celkové predoperačné vyšetrenie, a to aj v prípadoch, keď operujeme v lokálnej anestézii. Pred operáciou je potrebné stabilizať celkový zdravotný stav chronicky chorých - diabetikov, hypertonikov a pacientov s poškodenými obličkovými funkciemi.

V celkovej intubačnej anestézii operujeme:

1. Deti - zohľadňujúc charakter výkonu.
2. Nespolupracujúcich pacientov s mentálnou retardáciou, demenciou, zbavených svojprávnosti, či chorobne ustráchaných.

3. Ak existuje vysoké operačné riziko pri oslepnutí druhého oka a ak je plánovaný mimoriadne zdľhayvý priebeh technicky náročnej kombinovanej operácie.

4. Ak očakávame riziko komplikácií z lokálnej anestézie - napr. pri poruchách krvotvorby, zlej krvnej zrážalivosti, pri

endokrinnom exofthalme a poúrazovom retrobulbárnom hematóme.

5. Celkovú anestéziu vyžaduje aj nekontrolateľný pacient s Parkinsonovou chorobou, nystagmom, syndrómom dráždivého kašla a ochorením plúc.

Lokálna príprava oka na transplantáciu spočíva najmä v príprave sterilného spojovkového vaku. Aplikujeme jódový dezinfekčný prípravok. V snahe znižiť produkciu prostaglandínov do prednej očnej komory aplikujeme indometacín. Výtery zo spojovkového vaku na kultiváciu odoberáme bezprostredne pred operáciou z prostredia pripraveneho operačného pola. Na mikrobiologické vyšetrenie posielame aj médium, v ktorom sa uchovávala darcova rohovka (5).

Operačné postupy realizované na očnom oddelení FNsP Trnava

Na očnom oddelení FNsP v Trnave sme doposiaľ zrealizovali viaceré operačné postupy transplantácie rohovky. Uvedieme niektoré operačné postupy:

1. Lamelárna keratoplastika. Oko fixujeme uzdovým stehom na horný priamy sval. Rohovkovým trepanom zvolenej veľkosti - od 5 do 10 mm - trepanujeme postihnutú časť rohovky do hrúbky 2/3 strômy rohovky. Diamantovým nožom s mikromaticou revidujeme a prehľbjujeme rez. Rohovkovú lamelu darcu separujeme Davielovou mikrolopatkou a odstraňujeme asi 1,5 mm cez rohovkový limbus. Darcovu rohovku pripravujeme identickým trepanom v identickej hrúbke a našíjeme lamelu jednotlivými atraumatickými stehmi o hrúbke 11/0.

2. Perforačná keratoplastika. Na úpony priamych svalov nakladáme Flieringov sklerálny prstenec. Fixačnou pinzetou uchopíme sklerálny prstenec na dvoch bodoch a trepanom podľa Castrovieja trepanujeme terč prijemcu. Terč dostrihujeme rohovkovými nožnicami na keratoplastiku. Healonidom udržujeme hlbku prednej komory. Identickým trepanom na silikónovom bloku úderom trepanujeme terč darcu z endotelialnej strany. Terč prijemcu prijíme pokračujúcim alebo jednotlivými stehmi monofilom 11/0. Roztokom BSS obnovujeme hlbokú prednú komoru a preverujeme hermetizáciu rany (4).

3. Keratoplastika za horúca. Vzhľadom na skutočnosť, že bulbus hrozí perforáciu alebo už je perforovaný, nemôžeme využiť celú silu tlaku trepanu na bulbus. Preto trepanom na epitel rohovky iba kreslím veľkosť terča a celú rohovku odstraňujeme ostrým diamantovým nožom a lomenými

rohovkovými nožnicami. Hlbku prednej očnej komory udržujeme metódou viskoexpresie tvrdým materiálom s malou elasticitou - Amo Vitrex. Po odstránení chorej rohovky postupujeme ako pri normálnej perforačnej keratoplastike.

4. Perforačná keratoplastika a extrakcia šošovky s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky. Na priame svaly fixujeme Flieringov sklerálny prstenec. Trepanujeme rohovku prijemcu. Diamantovým nožom otvárame cirkulárne prednú šošovkovú kapsulu. Slučkou alebo viazacou pinzetou extrahujeme celé šošovkové jadro. Irigáciu - aspiráciu zbytku kôrových šošovkových hmôt robíme BSS roztokom manuálne, alebo robíme výplach hmôt jednocestnými kanylami. Do priestoru kapsuly implantujeme umelú vnútroočnú šošovku. Potom trepanujeme terč darcu identickým alebo párovým trepanom. Hermeticky prijijeme terč darcu jednotlivými stehmi a obnovujeme pomery v prednej očnej komore.

5. Perforačná keratoplastika, explantácia umelej šošovky, korepraxia dôhovky, open sky vitrektómia, implantácia umelej vnútroočnej šošovky so sulkusfixáciou. Po predchádzajúcej intrakapsulárnej extrakcii katarakty s implantáciou pupilárnej vnútroočnej šošovky vznikli prejavy rohovkovej dystrofie. Nakladáme Flieringov sklerálny prstenec. Diamantovým skalpelom urobíme dva trojuholníkové sklerálne laloky pri č. 5 a pri č. 11. Trepanujeme rohovku chorého. Explantujeme starú vnútroočnú pupilárnu šošovku. Vitrektómujeme predný sklovec, upravujeme a centrujeme pozrastanú zrenicu. Vnútroočnú šošovku implantujeme do sulcus ciliaris s extraokulárnou fixáciou haptík. Trepanujeme darcov rohovkový terč zo strany endotelu a prijijeme ho prijemcovi jednotlivými stehmi 11/0. Uzavrieme sklerálne laloky, ktoré prekryjú extraokulárnú fixáciu. Obnovíme prednú očnú komoru a preveríme hermetizáciu rany.

Doposiaľ sme na našom oddelení nezrealizovali autorotačnú keratoplastiku a tektanickú keratoplastiku z dôvodu absencie vhodného pacienta. Rekeratoplastika sa robí konvenčným postupom použitím väčšieho alebo menšieho rohovkového terča v závislosti od lokálneho nálezu.

Komplikácie po transplantácii rohovky

Komplikácie po transplantácii môžeme rozdeliť do dvoch skupín. Prvou sú komplikácie, ktoré nemajú vplyv na priezačnosť terča a v druhej skupine sú komplikácie, ktoré spôsobujú

sobujú zakalenie terča a vyžadujú rekeroplastiku.

1. Endoftalmitida - vnútroočný zápal je najzávažnejšou pooperačnou komplikáciou akejkoľvek očnej operácie, ktorá ohrozuje chorého až stratou oka. Pri endoftalmitide sa rýchlo vytvára tuhý serofibrínový koláč. Antibiotiká sa aplikujú parabulbárne, do spojovkového vaku, aj celkovo. Liečba sa dopĺňuje kortizonoidmi. Endoftalmitida môže vzniknúť v rôznom časovom období od niekoľko dní, týždňov až mesiacov od inak úspešnej operácie. Liečba je však vždy rovnaká, zvažuje sa vitrektómia [17].

2. Glaukom je častým pooperačným nálezom po transplantácii. Býva spôsobený najčastejšie viskoelastickým materiálom aplikovaným do prednej očnej komory alebo patologickým nálezom - napr. neovaskularizáciou v komorovom uhlе, zakrvácaním z dúhovky, zvýšenou iridocytiklitskou reakciou oka, alebo zmenenou polohou šošovky v oku po inak úspešnej operácii. V liečbe väčšinou vystačíme s liekmi. Ak pretrváva vnútroočný tlak zvýšený nad hodnoty 50 Torr viac dní, je potrebná jeho chirurgická korekcia [12].

3. Krvácanie hrozí prakticky pri každej transplantácii. Do prednej komory aj do priestoru operovaného sklovca sa krv dostáva najčastejšie z novovytvorených cievnych slučiek. Tieto krvácajú aj spontánne - už pri malej zmene vnútroočného tlaku po otvorení oka trepanáciou rohovky. Krvácanie dokáže na poslednú chvíľu pokažiť skoro ukončenú, dokonalú operáciu. Krvácanie zhoršuje orientáciu chirurgovi a podporuje vznik ďalších, napr. sietnicových komplikácií [10, 24].

4. Katarakta vzniká postupne aj po miernom dotyku mikrochirurgického nástroja počas operácie - napr. rohovkovým trepanom o predné puzdro šošovky. Prakticky pred očami vznikne šošovkový zákal, ak do šošovky operovaného zarežeme. Kataraktogénny účinok majú aj lieky, zvýšený vnútroočný tlak a zvýšené iridocytiklitské reakcie. Stav sa rieši extrakciou šošovky a implantáciou umelej vnútroočnej šošovky. Terč sa po operácii väčšinou nezakali.

5. Amócia vzniká v dôsledku nespoznanej a neošetrenej starej sietnicovej trhliny, prípadne sa zjaví v príamej súvislosti s vykonanou transplantáciou. Liečba závisí od charakteru amócie a je vždy chirurgická [13].

6. Poruchy rohovky, keratopatie v terči vznikajú najmä na afackých očiach. Sú prejavom zvýšenej straty počtu endotelových buniek počas nešetrnej operácie, vznikajú aj z dotyku tela sklovca a umelej vnútroočnej

šošovky, prípadne vplyvom dlhodobého dotyku endotelu rohovky so silikónovým olejom a insuflovaným plynom do prednej očnej komory. Prechodný edém epitelu terča je sprievodným javom zvýšeného vnútroočného tlaku. Písmenková degenerácia, známa ako striata, je prejavom hypotónie oka a stráca sa behom niekoľkých dní. Dotyk rohovky darcu zo strany endotelu počas operácie nástrojom sa hojí jazvou rôznej sýtoti. Stav sa úspešne rieši rekeroplastikou.

7. Vaskularizácia terča je častá u diabetikov, v terminálnych štadiách glaukomu a po očných trombózach. Je prejavom nedokrvenia oka - súčasťou ischemického syndrómu predného segmentu oka. Vždy vyžaduje komplexnú liečbu a precíznu diagnostiku zameranú na odhalenie a odstránenie príčiny [14].

8. Sympatická oftalmia je závažné zápalové ochorenie zdravého oka ako dôsledok predchádzajúceho poranenia a chronického dráždenia druhého oka. Vzniká najpravdepodobnejšie ako dôsledok reakcie antigén - protilátka na bielkoviny dúhovky a sietnice s odstupom aj viac týždňov, mesiacov až rokov od úrazu. Prevencia je dôkladné, chirurgické ošetroenie všetkých poranení, prípadne odstránenie dlhodobo dráždeného slepého oka enukleáciou. Už rozbehnutý obraz ochorenia je veľmi ťažko zastaviť podávaním vysokých dávok kortizonoidov a imunosupresív. Sympatická oftalmia hrozí vždy, ak sa snažíme zachrániť oko po devastujúcom očnom úrave, prípadne oko po viacerých očných operáciách. Sympatická oftalmia stále varuje chirurgov. Nie je vhodné operovať oči, ktoré majú preukázateľne stratený použiteľný centrálny aj periférny vízus.

9. Rejekčná reakcia sa prejavuje bělavým zakalením darcovho terča v dôsledku reakcie antigén - protilátka. Býva častá pri transplantácii vaskularizovaných rohoviek. Treba ju rýchlo odlišiť od nedostatočnej hermetizácie rany, ktorá spôsobí zvýšenú hydratáciu a zakalenie terča. Rejekcia terča sa zjavuje hneď v prvých dňoch po operácii, ale aj s odstupom viacerých mesiacov a rokov po úspešnej keratoplastike. Dá sa zvládnúť podávaním kortizonoidov a imunosupresív.

Záver

Transplantácia rohovky je moderný, náročný, vysoko efektívny spôsob náhrady nepriehľadnej alebo perforovanej rohovky chorého. Je možné ju kombinovať s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky a vitrektómiou. Takto môžeme zrekonštruovať celý

optický systém oka a umožniť chorému kvalitnú zrakovú rehabilitáciu. Transplantáciu je možné robiť na pokojnom oku alebo za horúca, kedy sú chorobné procesy na rohovke naplno rozvinuté. Operácie sa dajú robiť aj ambulantne v lokálnej anestézii. Indikácie na celkovú anestéziu sú presne dané. Transplantácia rohovky je operácia vyžadujúca dobrú personálnu a technickú pripravenosť mikrochirurgického pracoviska.

Na očnom oddelení FNsP v Trnave robíme tieto operácie od r. 1986. Naše výsledky sú dlhodobo dobré, zrovnatelné s prácou iných špecializovaných pracovísk.

Problematiku keratoplastiky je potrebné úplne oddeliť od postupov uplatňovaných v keratoplastike, ktorá sa zaobráva možnosťami náhrady ťažko devastovanej, vaskularizovanej rohovky a predného segmentu oka umelým optickým systémom - takzvanou keratoprotézou.

Literatúra: 1. Anderson, W. B.: *Atlas of Ophthalmic Surgery*. St. Louis, Mosby Year Book 1991, 213 s. - 2. Bourne, W. M., Kaufman, H. E.: *Specular microscopy of human corneal endothelium in vivo*. Amer J Ophtal, 81, 1996, s. 319-323. - 3. Cardozo, L. O.: *Cellular density of normal corneal endothelium*. Doc Ophtal, 46, 1979, s. 201-206. - 4. Černák, A.: *Coatel, 2 % hydroxypropylmethylcelulóza Opsia*. Čs Oftal, 50, 1994, s. 380-381. - 5. Černák, A., Sisková, E., Ponfúchová, E., Potocký, M.: *Antibiotiká a asepsa pred plánovanou intraokulárnou operáciou*. Čs Oftal, 48, 1992, s. 377-380. - 6. Dachová, K., Gavorník, P.: *Náplň práce diplomovanej sestry na očnom oddelení FNsP v Trnave*. Revue ošetrovateľstva a lab. metodik, 4, 1998, č. 2-3, s. 50-52. - 7. Diblík, P., Kraus, H., Filipc, M., Hycl, J., Šplichal, L.: *Ambulantní operace kataraky*. Čs Oftal, 52, Suppl., 1996, s. 17-19. - 8. Gavorník, P.: *Endoset HAAG STRAIT BQ 900 kvalitná a dostupná endoteliálna rohovková mikroskopie*. Čs Oftal, v tlači. - 9. Gavorník, P., Dachová, K.: *Ošetrovateľstvo a jednodňová očná chirurgia*. Revue ošetrovateľstva a lab. metodik, 3, 1997, č. 2, s. 53-55. - 10. Gavorník, P., Hlaváčová, D.: *Valsalve's haemorrhagic retinopathy*. Ophtalmos für die Ophtalmologie, 1996, č. 7, s. 40. - 11. Gavorník, P.: *Diferenciálna diagnostika exogénnych endoftalmitíd*. Čs oftal, 54, 1998, č. 4, s. 257-261. - 12. Gavorník, P., Krištofovičová, A.: *Stále nekončiaci vývoj názorov na glaukom a jeho liečbu*. Recipe, 5, 1998, č. 1, s. 20. - 13. Hartmann, J.: *Die „indirekte“ Spiegelmikroskopie*. Ophtalmologica, Basel, 183, 1981, s. 177-186. - 14. Heydenreich, A.:

Innere Erkrankungen und Auge. Leipzig, GTL 1988, 335 s. - 15. Hufan, M.: Inštrumentovanie v operačnej sále. Martin, Osveta 1997, 410 s. - 16. Izák, M.: Súčasná oftalmológia na Slovensku. Lek Listy, č. 17, s. 3-4. - 17. Izák, M.: Moderná chirurgia katarakty. Čs Oftal, 46, 1990, č. 2, s. 88-98. - 18. Janula, J., Rozsíval, P.: Moderní operace katarakty. Brno, Masarykova Universita 1995, 115 s. - 19. Kraus, H.: Kompendium očního lékařství.

Praha, Avicenum, Grada 1997, 337 s. - 20. Krejčí, L., Rezek, P.: Zrcadlová endoteliální rohovková mikroskopie. Současný stav a perspektivy. Čs Oftal, 39, 1983, č. 5, s. 344-349. - 21. Machemer, R.: Glaskörperchirurgie - Vitrectomie. Bern, Stuttgart, Wien, Hans Huber 1981, 249 s. - 22. Oláh, Z.: Prehľad oftalmológie v tabuľkách so slovníkom. Bratislava, Litera 1996, 141 s. - 23. Percival, S. P. B.: Color atlas of lens implantation. St.

Louis, Mosby Year Book 1991, 306 s. - 24. Ponfuch, P., Strmeň, P., Krahulec, B., Vozár, J.: Diabetická nefropatia, retinopatia, neuropatia. Martin, Osveta 1993, 154 s. - 25. Vlková, E., Janula, J.: Komplikace implantace nitroočních čoček. Čs Oftal, 45, 1990, č. 4, s. 249-254.

Do redakcie došlo:
13. apríla 1999

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

P. Gavorník, K. Dachová
Očné oddelenie FNsP v Trnave

Bolest v oftalmológií

Súhrn: Autori referujú o probléme bolesti v oftalmológií. V súčasnosti neexistuje vyšetrovacia metóda, ktorá by vedela zhodnotiť, kvantifikovať bolesť. Svrbenie, rezanie, pálenie, pobolievanie, sekanie, vystreľovanie, nezistiteľná bolesť, mučivá bolesť sú iba slová, ktoré pre každého človeka môžu znamenať vždy niečo iné. Zdravotník sa musí spoliehať na to, čo pacient o svojej bolesti hovorí a ako hodnotí účinnosť liečby. Tolerovanie bolesti je dvojzložkový proces registrácie bolesti a odpovede človeka na bolesť. Záleží na každom jedincovi, ako odpovedá na bolesť. Znalosti o probléme bolesti v oftalmológií napomáhajú diagnostike ochorenií aj chorému.

Kľúčové slová: fantomová bolesť, rohovková bolesť, ciliárna bolesť, bolesť za okom, bolestivé oko, suché oko, akomodačná bolesť.

Úvod

Neexistuje vyšetrovacia metóda, ktorá by vedela zhodnotiť, kvantifikovať bolesť. Slovo nie je schopné vyjadriť stav chorého. Svrbenie, rezanie, pálenie, pobolievanie, sekanie, vystreľovanie, nezistiteľná bolesť, mučivá bolesť sú iba slová, ktoré pre každého poslucháča - lekára, sestru, opatrovateľku, príbuzného, citovo naviazaného, nezainteresovaného človeka môžu znamenať vždy niečo iné. Musíme sa spoliehať na to, čo pacient o svojej chorobe, o bolesti hovorí a ako hodnotí účinnosť liečby. Inak povedané slovami McCafferyho: „Bolesť je to, čo chorý opisuje. Bolesť existuje vtedy, keď to chorý tvrdí.“ Tolerovanie bolesti, znášanie bolesti je dvojzložkový proces, v ktorom sú veľké individuálne odlišnosti. Prvou zložkou je percepcia - registrovanie, vnímanie bolesti. Druhou je odpoveď človeka na bolesť. Záleží na každom jedincovi, ako odpovedá na bolesť. Niekoľkí potichu, iní vzduchajú, kričia, nadávajú, kopú okolo seba - obťažujú svoje okolie (18).

Typy bolesti

Rozlišujeme celkom tri typy bolesti:

- a) povrchová bolesť kože,
- b) hlboká bolesť okostice, šliach, svalov a väziva,
- c) orgánová bolesť.

Zvláštnou kategóriou je fantomová bolesť. Je to napr. bolesť v amputovanej končatine, ktorú spôsobuje chybná informácia spracovaná v šedej mozgovej kôre.

Bolesť má v živote človeka mimoriadne dôležitú úlohu. Signalizuje ochorenie, úraz, hroziacé nebezpečenstvo, vyvoláva obranné mechanizmy. Pomáha lokalizovať miesto ochorenia. Neprimeraná - chorobná bolesť je pre človeka škodlivá a vyžaduje liečbu.

V očnom lekárstve je bolesť častým sprievodným javom mnohých očných ochorenií a úrazov. Jej diferenciálno-diagnostický prínos môže byť v niektorých prípadoch sporný. Bolesť oka sa často hodnotí ako bolesť hlavy. Naopak bolesti hlavy niektorí chorí lokalizujú do oblasti očnice. Dôležité je uvedomiť si lokalizáciu bolesti, charakter bolesti, vyžarovanie do niektorého bodu na povrchu tela a okolnosti, za ktorých sa bolesť zjavuje, jej intervalosť. Rovnako dôležité je zhodnotenie, či ide o bolesť hlbokú: tupú, trvalú bolesť oka a očnice, alebo bolesť povrchovú: prudkú,

rezavú, pichavú, pálčivú a ostrú bolesť na povrchu oka. Bolesť pochádzajúcu z ochorenia mimo oka odlišime iba dôkladným očným vyšetrením, ktoré vylúči očný pôvod bolesti (8, 9).

Najčastejšie typy očnej bolesti

Rohovková bolesť - pocit cudzieho telieska. Je to typická ostrá, rezavá bolesť zvyrazňujúca sa pri mrkaní, spôsobujúca pocit piesku v oku, či pod hornou mihalnicou. Ak sa k tomuto pocitu pridá aj tupá, hlboká bolesť - je to prejav pridruženého zápalu hlbokých vnútrocenných štruktúr. Pocit cudzieho telieska vyvoláva prítomné cudzie teliesko pod hornou mihalnicou, cudzie teliesko na povrchu rohovky, poškrabanie - erózia rohovky, popáleniny predného segmentu oka, oftalmia zváračov, trichiáza, porucha postavenia mihičiek, ktoré sa vnárajú do priestoru spojovkového vaku. Pocit cudzieho telieska spôsobujú aj vázne ochorenia rohovky ako: dystrofie s poškodením epitelu rohovky, keratokonus, vírusové, baktériálne a plesňové zápaly rohovky a rohovkové vredy. Niektorí chorí neveria lekárovi, že v oku nemajú uviaznuté teliesko, ak trpia akútym zápalom spojoviek. Vtedy zhrubnú folikuly očnej spojovky, tieto jemne škrabkajú rohovkový epitel a spôsobujú pocit prítomnosti cudzieho telieska pod hornou mihalnicou. Mnohí sa zbytočne vracajú v nočných hodinách do pohotovostných očných ambulancií a dožadujú sa vybratia neexistujúceho telieska. Tu je miesto pre činnosť sestrí v oblasti ošetrovateľstva - pacientovi je potrebné problematiku liečby rohovkových rán zreteľne vysvetliť.

Liečba rohovkovej bolesti spočíva v odstránení cudzieho telieska a v liečbe ochorenia a úrazu, ktoré povrchovú bolesť spôsobujú. V prípade trvalého poškodenia predného segmentu oka so znižením zraku - napr. pri keratokónuse, či bulóznej keratopatii je indikovaná transplantácia rohovky.

Hlboká - ciliárna bolesť z ochorenia oka. Hlboká bolesť oka spôsobená očnou chorobou patrí medzi orgánové bolesti. Chorý ju nevie presne lokalizovať - ukazuje na oko, akoby dovnútra oka, niekedy na jeho okolie. Bolesť je tupá, trvalá, pulzujúca, niekedy krutá a záchvatová. Niekedy pozorujeme šírenie bolesti do ucha, do nosa, do zubov, pripadne bolesť prechádza na celú hlavu. Na oku sú vždy príznaky očného ochorenia, ktoré bolesť spôsobuje. Oko je červené, má perikorneálnu, tzv. ciliárnu injekciu, prejavujúcu sa červenofialovým lemom na limbe rohovky. Je svetlopachosť a slzenie. Býva znižený centrálny vízus. Typickým klinickým prejavom ochorenia je pichavé, bleskové zvýraznenie bolesti pri pohľade do blízka - teda pri akomodácii, tento príznak prezrádza zápal ciliárneho telesa v oku.

Z očných ochorení, pri ktorých vzniká bolesť oka, je treba vymenoovať všetky ochorenia vyzvolávajúce tzv. uveifídy: zápal dúhovky, riasnatého telesa, cievokvky, sietnice a ich rozličné kombinácie. Hlbokú bolesť pozorujeme po úrazoch oka a po operáciach. Je prvým prejavom súcitného ochorenia, kedy vznikne chronické zápalové ochorenie zdravého oka v rozličnom časovom odstupe po poranení druhého oka. Hlboká bolesť prínáti vyhľadať odborné ošetroenie chorého s kongestívnym a sekundárnym glaukom. Veľmi silnú hlbockú bolesť majú chorí so zápalovými ochoreniami a úrazmi očnice, ako aj chorí so zápalmi okohybnych svalov. Stretávame ju pri skleritídach, episkleritídach a tenonitídach.

Liečba ciliárnej bolesti spočíva v tlmení bolesti a liečbe základného - teda bolesť vyzvolávajúceho očného ochorenia. Očná sestra musí dokonale ovládať problematiku diferenciálnej diagnostiky bolesti. Chorého sleduje. V prípade zmeny charakteristiky bolesti informuje neodkladne ošetrujúceho lekára aj chorého. Niekoľko treba podať bolesť utišujúce anestetikum do priestoru očnice formou peribulbárnej alebo retrobulbárnej injekcie. Ak oko nevidí, napr. pre bolestivý glaukom, je možné injikovať do očnice spiritus absolutus - 95 % alkohol. Tento zničí jemné nervové štruktúry prenášajúce bolest. Takéto oko je však vhodnejšie odstrániť enukleáciou a nahradíť kozmeticky priateľnou očnou protézou (5, 6).

Bolesť za okom mimoočného pôvodu je to bolesť rovnakého charakteru ako hlbocká očná bolesť, avšak oko je zdravé, pokojné, bledé. Choré však môže byť okolie oka v podobe nezápalových opuchov mihalníc, môže byť dvojté videnie - diplopia, porucha pohyblivosti oka, škúlenie, vybúlenie oka a zniženie rohovkovej citlivosťi. Hlbokú orbitálnu bolesť môže vyzvolať stres, vyčerpanie, zjavuje sa pri zápaloch prínosových dutín, pri zápaloch stredného ucha a ochoreniach krčnej chriftice. Veľmi intenzívna je pri očnicových syndrónoch, pri syndróme kavernózneho splavu, pri neuralgiách trojklaného nervu a pri Charlinovom a Sluderovom syndróme. Častými pacientmi očných ambulancií sú muži a ženy trpiace migrénami. V procese rozpoznávania príčiny myslíme v prvom rade na očné ochorenia. Tieto musí vylúčiť očný špecialista. Sú to zápaly zrakového nervu, zápaly očnice, zápalys svalov a svalových úponov, endokrinné ochorenia - predovšetkým ochorenia štítnej žľazy, ďalej cievne príhody, nádory centrálneho nervového systému a v priebehu zrakového dráhy a vírusové ochorenie - herpes zoster ophthalmicus. Preto je veľmi dôležité, aby problematiku bolesti ovládali rovnako dobre očné sestry, oční lekári, ako aj špecialisti iných zdravotníckych disciplín.

Liečba takejto bolesti je symptomatická - tlmenie bolesti a cielená, chirurgická a konzervatívna liečba základného ochorenia.

Bolesť pri dotyku oka vzniká pri prehmatávaní určitých štruktúr, pomáha lokalizovať choré miesto. Pohmatom výšetrujeme okolie oka, mihalnice, okraje kostenej očnice, oblasť slznej žľazy a krajinu nad slzným vakom. Bolesť oka pri zápaloch riasnatého telesa sa pri dotyku oka zvýrazňuje. Zvýšená palpačná bolestivosť je pri zápalových ochoreniach mihalníc a ich okrajov pri zápalu slznej žľazy a slzného vaku, bolestivý poklop prezrádza zápal prínosových dutín a zlomeninu očnice.

Suché oko. Pocit rezania, pálenia očí a pocit suchého oka je sprostredkovaný identickými dráhami ako bolesť. Rozdiel je iba v intenzite podnetu. Sú sprievodným javom všetkých ochorení a stavov oka, pri ktorých je porušená produkcia kvalitného slzného filmu. V diagnostike sa zameriavame na zápaly spojoviek, alergie, ekzémové a hubové ochorenia kože, pátrame po nekorigovaných refrakčných chybách. Suché oko je typickým prejavom Sjörgenovho syndrómu.

V liečbe korigujeme refrakčné chyby okuliarmi, alergikom odporúčame zmeny prostredia a úpravu životosprávy, liečime zápalové ochorenia spojoviek a mihalníc. Nedostatok slz riešime vkvapkávaním pre-

parátov metylcelulózy - umelých slz - do spojovkového vaku. Úlohou sestry je naučiť chorého správnu techniku ošetrovania očí a metódy uskladňovania liekoviek v snahe predísť iatropatogénemu poškodeniu už tak chorého oka (1).

Akomodačná svalová a nervová astenopia. Astenopia je označenie pre súhrn zmyslových a bolestivých problémov, ktoré vyvoláva preťaženie okohybnych svalov, najčastejšie vnútorného a vonkajšieho priameho svalu. Ak je vyvolávajúcou príčinou nedostatočne korigovaná alebo nepoznaná a nekorigovaná refrakčná chyba, hovoríme o akomodačnej astenopii. Ak je príčinou vzniku problémov snaha o udržanie normálnych binokulárnych funkcií namáhavou, vedomou a silnou fúziou - snahou vytvoriť jeden obraz pri pozerači obidvoma očami - hovoríme o svalovej astenopii. Mechanizmus svalovej a akomodačnej astenopie sa často navzájom zlúčuje, dopĺňa, čím sa ťažkosti postihnutého človeka neobyčajne stupňujú. Nervovú astenopiu môžeme vidieť u zdravých ľudí v období rekonvalescencie po ťažkej chorobe, v čase celkovej vyčerpanosti organizmu, pri syndróme z vyčerpania u manažérov, ale aj u nervovo labilných jedincov a neurotikov.

Pre všeiky typy astenopie je dôležité zamerať sa na predchorobie a upresniť anamnézu. Vznik problémov musí byť časovo viazaný na prepracovanosť očí namáhavým a dlhým čítaním, mikroskopovaním, šírim, maľovaním, prácou s počítačom - všeobecne povedané dlhodobou prácou s pohľadom do blízkej vzdialnosti, pričom úlavu prináša pohľad do diaľky. Ráno sú tito ľudia bez problémov, večer majú pocit únavy očí, pocit cudzieho telieska, oko je červené, je citlivé na dotyk, pri pohyboch oka sa dostavujú bolesti oka a za okom, niekedy až bolesti hlavy a pocit na vracanie (10, 11, 12, 13).

Liečba spočíva v dokonalej korekcii prípadných refrakčných chýb a v úprave pracovného režimu dodržiavaním správnych hygienických normatívov.

Záver

Poznanie bolesti, rozlíšenie typu bolesti, sledovanie chorého, rozhovor a empatia pomáha chorému rovnako, niekedy možno viac ako moderná technika. Algeziológia ako nová medicínska disciplína prináša nové podnety pre prácu všetkých zdravotníkov. Ošetrovateľský proces umožňuje sestre lepší kontakt s chorým a otvára vo vzťahu chorý - zdravotník nové dimenzie. Nevyhnutnou podmienkou je dokonalá príprava a vzdela-

nosť na všetkých stupňoch - úrovniach poskytovania zdravotnej starostlivosti. Dokumentovanie ošetrovateľského procesu je možné vhodnými formulárm (pozri prílohu).

Literatúra: 1. Dachová, K., Gavorník, P.: Náplň práce diplomovej sestry na očnom oddelení FNPs v Trnave. Revue ošetrovateľstva a lab. metodik, 4, 1998, č. 2-3, s. 50-52. - 2. Gavorník, P., Hlaváčová, D.: Possibilities of exploitation of a computer net. Ophtalmos fúr die Ophtalmologie, 6, 1995, s. 28-29. - 3. Gavorník, P., Dachová, K., Hlaváčová, D.: Možnosti využitia počítačovej techniky v zlepšení ošetrovateľstva a manaž-

mentu oddelení. Revue ošetrovateľstva a lab. metodik, 2, 1996, č. 2, s. 46-47. - 4. Gavorník, P., Dachová, K.: Ošetrovateľstvo a jednodňová očná chirurgia. Revue ošetrovateľstva a lab. metodik, 3, 1997, č. 2, s. 53-55. - 5. Gavorník, P., Krištofovičová, A.: Štvorročné skúsenosti s aplikáciou softvérového vybavenia „Ambulancia, Oddelenie, Sklad“ na lokálnej počítačovej sieti očného oddelenia NPs v Trnave. Čs oftal, 53, 1997, č. 5, s. 325-331. - 6. Gavorník, P.: Diferenciálna diagnostika exogénnych endoftalmítid. Čs oftal, 54, 1998 č. 4, s. 257-261. - 7. Gavorník, P., Krištofovičová, A.: Stále nekončiaci vývoj názorov na glaukom a jeho liečbu.

Príloha 1.

FNsP Trnava, Ulica Andreja Žarnova č. 11, 917 01 Trnava
Očné oddelenie primár: MUDr. Pavel Gavorník

Ošetrovateľský záznam

Klient:

Číslo poisťovne:

Rodné číslo:

Adresa:

Chorobopis číslo:

Lekárská diagnóza:

Odhad

zhodnotiť subjektívne a objektívne prejavy zdravotného stavu-ak:

- * klienta dráždi svetlo, oko slzí
- svetlopachosť a slzenie je normálny jav po očnej operácii odporúčime nosenie tmavých ochranných okuliarov,
- * klient vidí obraz dvojmo:
- dvojité videnie vzniká v dôsledku zošíitia

rany, ustupuje po zhojení rany a extrakcii stehov cca za 3 mesiace,
klienta informujeme,
* klient si všimol rozšírenie zrenice na operovanom oku
- vzniká v dôsledku podávania liekov na rozšírenie zrenice
klienta informujeme o účinkoch mydriatík,
* klient vidí v izbe rozmažane, hmlisto, v ambulancii ostro
- rozmažané videnie spôsobuje široká zrenica a slzenie
- umelá šošovka nevie akomodovať, budú potrebné okuliare
- v pooperacom období je to normálny jav
- v ambulancii pozera cez umelú zrenicu - tzv. stenopku,

Recipe, 5, 1998, č. 1, s. 20. - 8. Hořejš, J.: Bolesť v oblasti obliečeje. Praha, Avicenum 1980, 319 s. - 9. Chynoranský, M.: Naliehavé očné príhody. Bratislava, Goldpress Publishers 1992, 104 s. - 10. Kraus, H.: Kompendium očního lekárství. Praha, Avicenum, Grada 1997, 337 s. - 11. Oláh, Z. a kol.: Očné lekárstvo. Martin, Osved 1992, 233 s. - 12. Oláh, Z.: Zrak v živote človeka. Bratislava, Litera 1996. 192 s. - 13. Oláh, Z.: Prehľad oftalmológie v tabuľkách so slovníkom. Bratislava, Litera 1996, 141 s.

Do redakcie došlo:
4. februára 1999

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

klienta je vhodné správne informovať

* klient má bolesti v operovanom oku, má pocit na vracanie, má bolesti za okom, má bolesti hlavy ..., stav je závažný, je potrebné okamžite zavolať lekára!!!

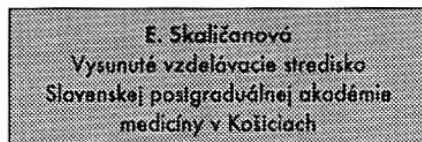
Sesterská diagnóza

Cieľ

Realizácia

Hodnotenie

V Trnave, deň, mesiac, rok, presný čas
Podpis



Osobnosť sestry a sebavýchova

Súhrn: Náročná a zodpovedná práca sestry si vyžaduje človeka pripraveného nielen profesionálne, ale aj s určitými osobnosťnými vlastnosťami, človeka citovo a osobnosťne zrelého. Preto autorka dáva v príspevku priestor nielen základným východiskám psychologickej prístupu sestier k pacientom, ale i sebapoznaniu, sebavýchove a definovaniu citovo zrelého človeka.

Kľúčové slová: psychologický prístup k pacientovi, sebapoznanie, sebavýchova, citovo zrelý človek.

Na úvod dovoľte citovať výpoved' žiačky zdravotníckej školy:

„Naučila som sa statočne zvládnuť prácu pri posteli chorých, prácu s pacientom, nie

človekom. Hľadte aká som bezradná pri ťažko chorých a umierajúcich! Čujte, hovorm - ľudska dôstojnosť a úcta k človeku, no zrazu starček a ty. Ale to už sami viete. Počúvajte, opakujem všetky frázy, keď hovorím s pacientmi. Hľadte na moju neistotu pred nimi a moje pokusy ju zastierať bezstarostným hlasom, výhovorkou na nával práce. Nikdy si na to nezvyknem! Pomôžte mi!“ (1)

Profesia sestry je náročná a zodpovedná.

Vyžaduje si človeka dobre pripraveného nielen profesionálne, ale aj človeka s určitými osobnostnými vlastnosťami, človeka citovalo a osobnostne zrelého.

Práca sestry spočíva v starostlivosti o celého človeka, nielen v praktickej účasti na liečbe jeho ochorenia, a práve preto by som uvedla aspoň v skratke všeobecné požiadavky na profesionálny status sestry, ako i základné charakterové atribúty, osobnostné aspekty a prácu na sebe - sebavýchovu.

Starostlivosť o človeka začína hneď po jeho prichode do zdravotníckeho zariadenia. Tu záleží v prvom rade na sestre, ako ho dokáže uviesť do prostredia a „udomáčiť ho“. Sestra by mala vedieť zvoliť vhodnú formu pri poskytovaní dôležitých informácií o potrebnej orientácii v novom prostredí, ale i pri zodpovedaní jeho otázok, pri rozptylovaní jeho obáv, neistoty a strachu. Našou úlohou je predchádzať strachu a úzkosti, ale keď už existujú, je potrebné redukovať ich negatívne účinky.

Správne zvolený vzťah k chorému, klientovi, resp. obyvateľovi mu pomôže k primeirannej adaptácii na pobyt v novom prostredí, ako i „správny odhad“ jeho osobnosti. Ďalším závažným prvkom je individualita každého človeka, ktorá determinuje zo strany sestry individuálny prístup, zároveň musí dať najavo svoj angažovaný osobný postoj, dostatok všeestranného záujmu, porozumenia, solidarity s jeho ľudskými problémami a starostlami. Len takto si sestra získa dôveru a rozvinie sa hlbší vzájomný vzťah, terapeuticky účinnejší, charakterizovaný dobrou atmosférou porozumenia a ovzduším vzájomnej dôvery.

Môžeme to zhŕnuť do týchto základných východísk psychologického prístupu sestier k chorým, klientom, resp. obyvateľom:

- komplexný prístup,
- rešpektovanie jedinečnosti a diferencovanosti v prístupe,
- demokratický štýl pôsobenia,
- uplatnenie racionalno-motivačného prístupu,
- uplatnenie všeobecných zásad slušného správania, úcty k človeku,
- mať porozumenie, byť prívetivou, svedomou, presnou a spoločlivou.

Každá sestra by si mala položiť otázku „aká som“? Vnorenie sa do seba je ako dlhší pohľad do zrkadla. Každý, kto si uvedomí seba a svoj vplyv na človeka, o ktorého sa stará, musí začať premýšľať, pretože každé jeho slovo pôsobí, každý jeho pohľad pôsobí a jeho správanie je buď prijímané

alebo len znášané. Preto sestra musí usmerňovať situácie tak, aby bolo čo najmenej napäťa v jej okoli.

Osobnosť sestry so všetkými psychickými a inými vlastnosťami je späťa s objektívnym prejavovaním týchto vlastností a subjektívnym uvedomením si seba samej. Toto individuálne sebauvedomenie je súčasne základným regulátorom jej činnosti a zároveň úzko súvisí s charakterovými vlastnosťami, ktoré by mala mať. Sú to hlavne tieto:

- vzťah k ľuďom, k spoločnosti, zmysel pre spoluprácu, pomoc iným,
- vzťah k práci, svedomitosť, pracovitosť, zmysel pre zodpovednosť, práca s radosťou a so záujmom v vnútornej potrebe,
- životné ciele a zásady, svetonázor - čo človek chce dosiahnuť, v čom vidí svoje životné šťastie,
- vzťah k sebe samej, zdravé sebavedomie, správne sebahodnotenie,
- vlastnosti vôle - výtrvalosť, sebaovládanie, aktivita a iniciatíva.

Vedieť zaujať postoj k sebe samému sa nám zdá na prvý pohľad samozrejmé, vedľa každý má postoj k sebe samému a iba potom k druhým. Avšak starostlivosť o druhých, hlavne o fažko chorých, o starých ľudí, starostlivosť o deti choré, postihnuté, kladie predovšetkým nároky na naše emocionálne schopnosti, na našu citovú účasť, a až potom na všetko ostatné. A práve v tejto oblasti vládne často neistota, ktorá nás zvádzá k únikovým reakciám, aby sme zakryli vlastnú bezmocnosť - pozri úvodný citát.

Vnímať city - sympatiu, zlosť, strach, úzkosť a pod. - počas výkonu starostlivosti, učiť sa s nimi narábať, neodovzdávať ich ďalej bez kontroly - to nie je ľahká, ale terapeuticky nevyhnutná úloha sestry. Mali by sme vedieť úprimne, otvorene, ale primeraným spôsobom povedať pacientovi, čo sa nám nepáči v jeho reči, správaní. Je to lepšie ako „prehľtnúť“ zlosť a potom vedome alebo nevedome mu to dávať pocit. Úprimnosť a pravdivosť nám pomôžu získať dôveru človeka, o ktorého sa staráme. Úcta k osobnosti človeka, ktorého ošetrojeme, zachovanie jeho dôstojnosti, ľudská blízkosť, pochopenie, sú niekedy i jediné liečebné prostriedky, ktoré na rozdiel od medikamentóznych, nikdy nestrácajú účinok.

Ďalším závažným aspektom ošetrovania je, že sa musíme naučiť brať iných takých, akí sú, zrieť sa ich hodnotenia, tolerovať ich svojráznosť, nechať im rozhodovanie o prežívaní ich života.

Ak sa zamyslíme nad procesom starostlivosti o iných, vidíme, že tento proces je dvojstranný, vzájomne spätý - na jednej strane

zameraný na osobu, ktorej našu starostlivosť venujeme, o ktorú sa staráme, na strane druhej zameraný na osobu, ktorá starostlivosť poskytuje - na osobu sestry. Tu jednoducho nevystačíme len s profesionálnymi vedomosťami a zručnosťami, tu hrajú veľkú úlohu i osobnostné aspekty, o ktorých sme v predchádzajúcim hovorili.

Z tohto vyplýva závažný poznatok, že len citovo a osobnostne zrelý človek má prepodklady kvalitne vykonávať túto činnosť, alebo skôr hovoríme o poslaní, pretože ošetrovanie je poslaním.

Citovo a osobnostne zrelým sa človek stáva postupne, s pribúdajúcimi rokmi, skúsenosťami. Pribúdajúce roky nám však túto zrelosť neprinesú automaticky, potrebná je práca na sebe - sebavýchova.

Sebavýchova sa zameriava na sebareguláciu. Na to, aby človek dokázal efektívne regulovať sám seba, je potrebný istý stupeň sebapoznania. Sebapoznanie má svoje metódy, spôsoby: človek by mal registrovať svoje správanie, pamätať si, čo povedal, ako odpovedal iným, ako na iných reagoval. Mal by vedieť rozlíšiť, ktoré reakcie boli správne a ktoré neadekvátnie. V ďalšom správaní by sa mal ovládať tak, aby nesprávne a neprimerané reakcie nahradil efektívnejšimi, vhodnými. Na to, aby sestra pracovala efektívne, je pre ňu dôležitá vnútorná rovnováha - psychická pohoda. Túto možno dosiahnuť aj pomocou hlbšieho sústredenia sa, pretože dobrá koncentrácia pozornosti na to, čo práve robíme, zvyšuje pracovný výkon, navodzuje dobrú náladu a eliminuje pocit únavy. K vnútornej rovnováhe prispieva aj šetrenie vlastnej energiou.

Sebavýchova je aj spôsob, ako sa dostať na cestu, ktorá smeruje k citovej zrelosti, a citovo zrelý človek citovo hlbšie prežíva seba, vciňuje sa hlbšie do iných a intenzívnejšie prežíva život.

Citovo zrelého človeka definujú psychológovia ako človeka:

- citovo nezávislého,
- samostatného a zodpovedného vo svojom konaní,
- schopného primerane a pružne sa prispôsobiť realite,
- človeka so zodpovedným vzťahom k partnerovi a k deťom,
- človeka schopného nadviazať kontakt s osobami oveľa mladšími i staršími,
- človeka, ktorý vie ovládať bolesti a zniestrácať napäťie,
- vie rátať s časom,
- vie zostať sám sebou, ale pritom sa vie prispôsobiť aj iným,
- človeka, ktorý vie dať viac, ako dostal (2, 3).

Ak v počiatkoch dozrievania väčšinou prijíname od druhých a sme od nich závislí, postupne nachádzame individuálnu samostatnosť - autonómiu. Usilujeme sa o nezávislosť od druhých, spoliehame sa na seba, začíname sa súperivo presadzovať a zjavuje sa tu už sociálna dimenzia nášho dozrievania. Vhodnou a efektívnu sebavýchovou sa človek dopracuje až do štátia najvyššieho - do štátia vzájomnosti spoločenstva, keď v ňom už úplne dozrela sociálna dimenzia a jeho konanie sa zameriava skôr na

hodnotový výkon ako na osobný úspech a v citovej oblasti sa pre neho stáva radosťou úspech, ktorý má cenu zo širšieho spoločenského hľadiska.

Na záver by som to zhrnula do jednej vety:

- len sebapoznaním, sebavýchovou a kontinuálnym vzdelávaním sa môžeme dostať k cieľu - byť sestrou dobre pripravenou profesionálne, s vhodnými osobnostnými vlastnosťami, citovo zrelým človekom.

Literatúra: 1. Blumenthal-Barby, K. a kol.: Opatrivanie fažko chorých a umierajúcich. 2. doplnené vydanie. Martin, Osvedčenie 1988, 231 s. - 2. Škarbová, A.: Repetitórium zo psychológie. 1. vydanie. Bratislava, Inštitút pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve 1993, 80 s. - 3. Zlámalová, V., Štúr, I.: Psychológia dieťaťa. 1. vydanie. Martin, Osvedčenie 1992, 68 s.

Do redakcie došlo:
22. októbra 1998

Adresa autorky:
Eva Skaličanová
Ladožská ul. č. 8
040 01 Košice

Vznik Ústavu ošetrovateľstva na Lekárskej fakulte UPJŠ v Košiciach

Vzdelávaním k žlepšeniu ošetrovateľskej starostlivosti

Na Lekárskej fakulte Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach v šk. r. 1992/93 sa po prvýkrát otvorilo bakalárske štúdium v odbore ošetrovateľstvo. Koordinátorom štúdia v jeho začiatkoch boli vtedajší dekan fakulty prof. MUDr. I. Jurkovič, CSc., prodekan doc. MUDr. Z. Šalingová, CSc., doc. MUDr. D. Trejbal, CSc. a súčasná prodekanka MUDr. L. Pundová, CSc. V ďalšom období od školského roku 1993/94 koordináciu nad týmto študijným odborom prevzala MUDr. M. Kováčová, CSc.

V súvislosti s novými trendmi poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a rozvojom vzdelávania vznikla myšlienka zastrešenia tohto študijného odboru.

Dňa 1. sept. 1998 v súlade s § 10 ods. 1 písm. e) a § 13 ods. 7 úplného znenia zákona č. 172/1990 Zb. o vysokých školách, ako to vyplýva zo zmien a doplnkov a po

prerokovaní v akademickom senáte Lekárskej fakulty Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach, bol zriadený na Lekárskej fakulte UPJŠ v Košiciach, Trieda SNP č. 1 Ústav ošetrovateľstva ako pedagogické a vedecé pracovisko.

V súčasnosti Ústav ošetrovateľstva zabezpečuje a koordinuje výuku pre poslucháčov bakalárskeho štúdia odboru ošetrovateľstvo. Vede praktickú výuku predmetu základy zdravotníctva pre slovenských a zahraničných poslucháčov II. ročníka všeobecnej a stomatologickej vetvy, poskytuje konzultačnú činnosť v zdravotníckej oblasti pre všetkých poslucháčov Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach. Ústav ošetrovateľstva spolupracuje so zdravotníckymi zariadeniami pri aplikácii ošetrovateľského procesu v praxi.

V budúcnosti sa bude zameriavať na dopracovanie a udržiavanie vypracovanej aproximácie učiva v bakalárskom štúdiu odboru ošetrovateľstvo s európskymi požiadavkami (50 % ošetrovateľské predmety, 25 %

% medicínske predmety, 25 % podporné predmety). Ústav ošetrovateľstva chce pripať k tvorbe učebných materiálov, publikovať odborné články zamerané na výučbu a začať s realizáciou výskumu v oblasti ošetrovateľstva.

V súčasnosti študuje na Lekárskej fakulte UPJŠ v Košiciach 50 poslucháčok a doteraz úspešne ukončilo štúdium 55 absolventiek - bakalárok v odbore ošetrovateľstvo.

Vznik Ústavu ošetrovateľstva podporil rozvoj siete vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, a tak prispel k skvalitneniu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

Do redakcie došlo:
8. marca 1999 **Adresa autorky:**
Bc. M. Zamboriová
Trieda SNP č. 1
040 66 Košice



Pani Mgr. Melánia Beňková sa narodila v r. 1966 v Planej pri Mariánskych Lázňach. Po ukončení štúdia na Strednej zdravotníckej škole v Nitre pracovala ako detská sestra na nemocničnom oddelení NsP v Nitre. Už počas pôsobenia v nemocnici začala študovať na Filozofickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave dial'kovou formou odbor ošetrovateľstvo. Toto štúdium úspešne ukončila v r. 1991. Z nemocnice prešla pracovať na Strednú zdravotnícku školu v Nitre, kde pôsobila ako učiteľka odborných predmetov a napokon aj ako metodická vedúca. Od r. 1995 pôsobí vo Vysokošpecializovanom odbornom ústavе tuberkulózy a respiračných chorôb v Nitre ako námestníčka riaditeľa pre ošetrovateľstvo. Študijné pobedy v Holandsku, Severnom Írsku, Veľkej Británii a Slovensku jej umožnili zoznámiť sa s problematikou a systémom poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v týchto krajinách. Po špeciálnom školení získala certifikáty z Fakulty zdravotníckeho školstva v Groningene v Holandsku, Univerzity v Scarrantone, Trnavskej univerzity, King's Found Organisational Audit v Londýne, Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v Bratislave. V súčasnosti je frekventantkou externej formy doktorandského štúdia. Pôsobila aj ako člena poradného zboru ministra zdravotníctva SR pre ošetrovateľstvo. Významná je jej publikáčna činnosť v odborných časopisoch Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík, Revue profesionálnej sestry a Geriatria. Pôsobí aj v rámci Slovenskej spoločnosti sestier. Jej rozsiahla odborná, organizátorská a publikačná činnosť a jej široký rozhľad v ošetrovateľskej problematike viedli našu redakciu k prosbe o poskytnutie rozhovoru, ktorej pani Mgr. M. Beňková láskavo vyhovela.

Ste predsedníčkou Sekcie manažmentu ošetrovateľstva v Slovenskej spoločnosti

Náš rozhovor

cestier a predsedníčkou Sekcie sestier pracujúcich v odbore TaRCH. Aká je náplň činnosti Sekcie manažmentu a náplň Vašej činnosti v rámci tejto sekcie i mimo nej?

Sekcia manažmentu má za sebou už viac ako 10-ročnú činnosť. Členkami sekcie sú sestry, ktoré stojia na čele ošetrovateľstva v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach. S prácou sekcie som sa dostávala do kontaktu na jednotlivých konferenciach a tak isto pri organizovaní X. celoslovenskej konferencie, ktorá sa konala v našom zariadení. Tým, že som sa stala jej predsedníčkou, preberám štafetu zodpovednosti za aktivity sekcie a jej ďalšie napredovanie. Hlavnou náplňou činnosti sekcie bude získavanie nových odborných poznatkov v oblasti manažmentu a kvality a ich prenášanie do praxe, zvýšenie úrovne a kvality zavádzania ošetrovateľského procesu do praxe, rozvoj výskumu v ošetrovateľstve, zvýšenie úrovne neinštitucionalizovanej výchovy v ošetrovateľstve, vzájomné prepojenie jednotlivých pracovísk na úrovni riadenia ošetrovateľstva, spolupráca s inými odbornými sekciemi a spoločnosťami, ako aj so sesterskými organizáciami podobného zamerania v zahraničí. Po prevzatí funkcie som si vytýčila niekoľko krátkodobých a dlhodobých cieľov. Ako hlavný krátkodobý cieľ som si stanovila sfunkčnenie nového výboru, nakoľko všetci členovia sú novozvolení, ďalej organizačne zabezpečiť Medzinárodný deň sestier a celoslovenskú konferenciu v septembri tohto roku. K dlhodobým cieľom patrí zabezpečenie kurzu pre členky sekcie v oblasti problematiky riadenia ľudských zdrojov, získanie stabilného zdroja financovania našej sekcie, otvorenie spolupráce s rôznymi organizáciami a mnoha aktivít, ktoré prinesie so sebou budúcnosť.

Aký je Váš názor na organizačné prepojenie odborných spoločností stredných zdravotníckych pracovníkov a odborných spoločností lekárov v rámci Slovenskej lekárskej spoločnosti?

Slovenská spoločnosť sestier združuje sestry v 30 odborných sekciách a jej stanovy umožňujú členstvo vo viacerých sekciách súčasne. Osobne považujem tento prístup

k členstvu za veľmi kreatívny, nakoľko výrazne podporuje komunikáciu nielen medzi jednotlivými odbornými sekciemi, ale najmä medzi ich jednotlivcami. Mohla by som uviesť príklad, keď členky sekcie zdravotníckych sestier, ktoré sa zúčastnili zakladajúcej konferencie sestier pracujúcich v odbore tuberkulózy a respiračných chorôb, požiadali o odborné príspevky na ich konferenciu, ktorej ústrednou tému bola starostlivosť o pacientov s plúcnymi ochoreniami. Myslím si, že takýto druh spolupráce je svedectvom vysokej úrovne kooperácie medzi sestrami pracujúcimi na rozdielnych oddeleniach na celom Slovensku. Takisto vysoko hodnotím aj spoluprácu sesterských odborných sekcií s odbornými spoločnosťami lekárov, ktorá má viacero podôb. Je známe, že napr. Sekcia sestier pracujúcich v onkológii organizuje celoslovenské konference parallelnie s ich odbornou spoločnosťou lekárov, pričom každý pristupuje k danej téme v rámci svojich kompetencií. Dúfam, že takýto druh spolupráce bude ďalej zvyšovať odbornú úroveň jednotlivých podujatí v rámci Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Čo považujete za najvýznamnejšie a najefektívnejšie v úsilí za vysšiu kvalitu práce stredných zdravotníckych pracovníkov?

Sme v období, kedy ošetrovateľstvo, tak ako celý systém zdravotnej starostlivosti, čakajú zmeny. Každodenná prax prináša so sebou otázky, ktoré by sa mali riešiť systémovo. Za najvýznamnejšiu a najefektívnejšiu aktivitu, ktorá by mala zabezpečiť rovnako kvalitnú starostlivosť, považujem prípravu na prijatie legislatívy, ktorá bude definovať autónomiu, kompetencie a zodpovednosť, vlastný etický kódex, profesionálne inštitúcie, systém vzdelávania. Pevne verím, že je to už len otázka času.

Aký význam pripisujete akreditácii zdravotníckych pracovníkov a pracovísk a ktoré kritériá považujete za najefektívnejšie pri zvyšovaní kvality zdravotnej starostlivosti?

Akreditáciu chápem ako pozitívny krok v oblasti zlepšovania zdravotnej starostlivosti, či už ide o organizačný audit, audit odde-

lení, ošetrovateľský audit alebo klinický audit. Zmyslom každej formy auditu je zlepšenie zdravotnej starostlivosti, ktoré sa zakladá na princípe porovnania aktuálneho stavu problematiky so všeobecne uznaným vedeckým poznáním, pričom výsledok posudku má zmenšovať pozorovaný rozdiel medzi nimi. Problematica akreditácie je mi veľmi blízka. Od r. 1997 som bola členkou pracovnej skupiny, ktorá vykonávala pilotné

štúdiu akreditácie nemocník pre ministerstvo zdravotníctva. V rámci tohto projektu sme absolvovali tréningový program v King's Found Organisational Audit v Londýne. Všetky vedomosti a zručnosti sme si neskôr vyskúšali priamo v praxi. V konečnej fáze sme svoje poznatky pretransformovali do manuálu pre organizačné štandardy, ktorý by sa mal používať v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti. S úskaliami

akreditačného procesu som sa zoznámila nielen ako členka akreditačnej skupiny pri vykonávaní organizačného auditu vo vybraných nemocničach, ale aj ako kontaktný subjekt zabezpečujúci akreditačný proces v našom zdravotníckom zariadení.

Ďakujem za rozhovor
Zhováral sa prof. MUDr. G. Čierny, DrSc.

Medzinárodná spolupráca vo vzdelávaní v ošetrovateľstve

Veľmi cennou príležitosťou pre výmenu skúseností a získavanie nových poznatkov v ošetrovateľstve je medzinárodná spolupráca našich inštitúcií s partnerskými inštitúciami v zahraničí. V poslednom desaťročí práve takáto spolupráca pomohla rozvoju ošetrovateľstva u nás, tak v teoretickej ako i praktickej oblasti. Bola to predovšetkým spolupráca s projektom HOPE a Americkou medzinárodnou zdravotníckou alianciou.

V súčasnosti už druhý rok spolupracuje Katedra ošetrovateľstva Trnavskej univerzity s Katedrou zdravia a ošetrovateľstva Queen Margaret Colegue v Edinburgu, Škótsko. Spolupráca oboch inštitúcií, zaoberajúcich sa vysokoškolským vzdelávaním sa zameriava na magisterský stupeň štúdia ošetrovateľstva, na proces tvorby i obsah vzdelávania v oblasti ošetrovateľského manažmentu. Cieľom spolupráce je výmena poznatkov a skúseností z ošetrovateľského manažmentu, tvorby programov vysokoškolského štú-

dia i vzájomná previazanosť predmetu s ostatnými odbornými ošetrovateľskými predmetmi.

V našich podmienkach predmet ošetrovateľský manažment nadvázuje na širšiu problematiku zdravotníckeho manažmentu všeobecne: na manažment v zdravotníctve, ekonomiku v zdravotníctve, zdravotnícke poslovnictvo, manažment ľudských zdrojov.

Spolupráca s Queen Margaret Colegue je organizovaná prostredníctvom British Council. V dňoch 26. až 28. januára sa v Modre-Harmónii konal spoločný seminár. Seminár bol v poradí tretím spoločným stretnutím. Prvé sa uskutočnilo pred rokom, 26. až 31. januára 1998 na Slovensku, druhé stretnutie sa konalo 28. septembra až 3. októbra 1998 v Edinburgu. Stretnutí sa zúčastnili pedagógovia i študenti obidvoch vysokých škôl. Okrem už uvedených témy si vymenili poznatky aj o systéme akreditácií nových študijných odborov v oboch kraji-

nách, o tvorbe modulov. Program posledného seminára bol venovaný tématam: manažment zmien, vypracovávanie štandardov ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľský audit.

Spolupráca Katedry ošetrovateľstva Trnavskej univerzity a Katedry zdravia a ošetrovateľstva Queen Margaret Colegue sa zameriava i z praktického hľadiska na veľmi aktuálne témy. Spolupráca oboch inštitúcií bude pokračovať aj naďalej. Získané poznatky budú v krátkom čase zapracované do obsahu vzdelávania a odovzdávané predovšetkým študentom ošetrovateľstva, ale aj iným, hlavne vedúcim pracovníkom v ošetrovateľstve formou seminárov.

Do redakcie došlo:
16. februára 1999

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



Tri-Regol®

HARMÓNIA PRIRODZENOSTI A ISTOTY

Trojfázový antikoncepcný prípravok s nízkym obsahom levonorgestrelu = spoľahlivý antikoncepcný účinok, zabezpečenie prirodzeného menštruačného cyklu, minimálne nežiaduce účinky.
Odporuča sa hlavne pre mladé dievčatá a mladé ženy s využaveným a mierne gestagénnym fenotypom.

Zloženie:

1. fáza: 0,030 mg ethinylestradiolu + 0,050 mg levonorgestrelu
2. fáza: 0,040 mg ethinylestradiolu + 0,075 mg levonorgestrelu
3. fáza: 0,030 mg ethinylestradiolu + 0,125 mg levonorgestrelu

Balenie: 3x21 tbl.

Moderný trojfázový antikoncepcný prípravok napodobujúci prirodzenú hormonálnu potrebu

Podrobnejšie informácie nájdete v príbalovom letáku



RICHTER GEDEON RT.

Zastupiteľská Kancelária Richter Gedon Chemická Továreň a.s.
STROMOVÁ 13, 831 01 BRATISLAVA
TEL.: 00 421 7/5479 13 22, 5479 13 24, 5477 57 83, FAX: 5477 12 81

Správy zo SPAM

Školiace akcie v druhom polroku 1999

September

ŠŠ - primárna zdravotná starostlivosť
Miesto, termín: Bratislava,
01. 09. 1999 - externá forma
PŠŠ - laboratórne metódy v lekárskej mikrobiológii
Miesto, termín: Bratislava,
01. 09. 1999 - externá forma
PŠŠ - laboratórne metódy v lekárskej imunológii
Miesto, termín: Bratislava,
01. 09. 1999 - externá forma
PŠŠ - zásobovanie zdravotníckymi potrebami
Miesto, termín: Bratislava,
01. 09. 1999 - externá forma
PŠŠ - stomatologická starostlivosť
Miesto, termín: Bratislava,
01. 09. 1999 - externá forma
PŠŠ - medicínska informatika a dokumentaristika
Miesto, termín: Bratislava,
01. 09. 1999 - externá forma
PŠŠ v odbore zdravotná výchova obyvateľstva
Miesto, termín: Bratislava,
01. 09. 1999 - externá forma
PŠŠ - technológia prípravy liekov
Miesto, termín: Modra-Harmónia,
20. 09. - 24. 09. 1999
TK - počítače na centrálnej sterilizácii
Miesto, termín: Bratislava,
06. 09. - 10. 09. 1999
PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o deti
Miesto, termín: Bratislava
06. 09. - 17. 09. 1999
PŠŠ - hygiena výživy
Miesto, termín: Bratislava,
16. 09. 1999 - externá forma
PŠŠ - epidemiológia
Miesto, termín: Bratislava,
16. 09. 1999 - externá forma
PŠŠ - hygiena životného prostredia
Miesto, termín: Bratislava, 1
6. 09. 1999 - externá forma
PŠŠ - preventívne pracovné lekárstvo
Miesto, termín: Bratislava,
16. 09. 1999 - externá forma

PŠŠ - štátny zdravotný dozor
Miesto, termín: Bratislava,
16. 09. 1999 - externá forma
PŠŠ - hygiena deťí a mládeže
Miesto, termín: Bratislava,
16. 09. 1999 - externá forma
PŠŠ - centrálna sterilizácia
Miesto, termín: Bratislava,
16. 09. 1999 - externá forma
TK - záchranná služba
Miesto, termín: Bratislava,
20. 09. - 24. 09. 1999
PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v chirurgických odboroch
Miesto, termín: Bratislava,
20. 09. - 24. 09. 1999
PŠŠ - hematológia a transfúziológia
Miesto, termín: Bratislava,
20. 09. - 24. 09. 1999
PŠŠ - anestéziológia a resuscitácia
Miesto, termín: Modra-Harmónia,
20. 09. - 01. 10. 1999
PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii
Miesto, termín: Modra-Harmónia,
20. 09. - 01. 10. 1999
PŠŠ - rádiodiagnostika
Miesto, termín: Bratislava,
20. 09. - 01. 10. 1999
PŠŠ - rádiodiagnostika
Miesto, termín: Bratislava,
20. 09. 1999 - externá forma
TK - starostlivosť o dementných a starých pacientov
Miesto, termín: Bratislava,
23. 09. - 24. 09. 1999
IgK - komunikácia s ťažko chorým a zomierajúcim pacientom
Miesto, termín: Modra-Harmónia,
23. 09. - 24. 09. 1999
PŠŠ - rádioterapia
Miesto, termín: Bratislava,
27. 09. 1999 - externá forma
TK - preventívne pracovné lekárstvo
Miesto, termín: Modra-Harmónia,
27. 09. - 29. 09. 1999
TK - nové poznatky v liečebnej výžive
Miesto, termín: Bratislava,
27. 09. - 01. 10. 1999

PŠŠ - intenzívna starostlivosť v chirurgických odboroch
Miesto, termín: Modra-Harmónia,
27. 09. - 01. 10. 1999
PŠŠ - technológia prípravy liekov (pre nefarmaceutických laborantov)
Miesto, termín: Modra-Harmónia,
27. 09. - 01. 10. 1999
PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o ženu
Miesto, termín: Modra-Harmónia,
27. 09. - 01. 10. 1999
PŠŠ - lekárenstvo
Miesto, termín: Bratislava,
27. 09. - 08. 10. 1999
PŠŠ - psychologický laborant
Miesto, termín: Bratislava,
28. 09. 1999 - externá forma

Október

PŠŠ - domáca ošetrovateľská starostlivosť
Miesto, termín: Modra-Harmónia,
04. 10. - 15. 10. 1999
PŠŠ - ošetrovateľstvo v klinickej onkológii
Miesto, termín: Bratislava,
04. 10. - 15. 10. 1999
PŠŠ - klinická biochémia
Miesto, termín: Bratislava,
04. 10. - 15. 10. 1999
PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v chirurgických odboroch
Miesto, termín: Bratislava,
10. 10. 1999 - externá forma
ŠŠ - špeciálne metodiky na rádiadiagnostickom oddelení
Miesto, termín: Bratislava,
11. 10. 1999 - externá forma
PŠŠ - liečebná telesná výchova
Miesto, termín: Bratislava,
11. 10. 1999 - externá forma
IgK - diagnostické, terapeutické postupy a hodnotenie výkonov v nefrológii
Miesto, termín: Modra-Harmónia,
11. 10. - 13. 10. 1999
PŠŠ - liečebná výživa a stravovanie, 2. ročník
Miesto, termín: Modra-Harmónia,
11. 10. - 15. 10. 1999
TK - hygiena životného prostredia
Miesto, termín: Banská Bystrica,

11. 10. - 15. 10. 1999
PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v interných odboroch
Miesto, termín: Bratislava,
11. 10. - 22. 10. 1999
PŠŠ - anestéziológia a resuscitácia
Miesto, termín: Košice,
11. 10. - 22. 10. 1999
PŠŠ - ošetrovateľská a sociálna starostlivosť
Miesto, termín: Košice,
11. 10. - 22. 10. 1999
IgK v cystických fibrózach
Miesto, termín: Dolný Smokovec,
11. 10. - 13. 10. 1999
PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o novorodencov
Miesto, termín: Bratislava,
18. 10. - 29. 10. 1999
PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o novorodencov na JIS
Miesto, termín: Bratislava,
18. 10. - 29. 10. 1999
PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o ženu
Miesto, termín: Bratislava,
19. 10. 1999 - externá forma
PŠŠ - laboratórne vyšetrovacie metódy v toxikológii
Miesto, termín: Bratislava,
19. 10. 1999 - externá forma
PŠŠ - klinická biochémia
Miesto, termín: Bratislava,
20. 10. 1999 - externá forma
PŠŠ - laboratórne metódy v lekárskej genetike
Miesto, termín: Bratislava,
25. 10. 1999 - externá forma
TK medicíny katastrof so zameraním na ošetrovanie chorých v mimoriadnych situáciách
Miesto, termín: Bratislava,
25. 10. - 26. 10. 1999
IgK - komunikácia s ťažko chorým

a zomierajúcim pacientom
Miesto, termín: Košice,
27. 10. - 28. 10. 1999
TK - psychológia v geriatrii
Miesto, termín: Košice,
28. 10. - 29. 10. 1999
November
PŠŠ - laboratórne metódy v lekárskej mikrobiológií
Miesto, termín: Bratislava,
02. 11. - 12. 11. 1999
Seminár - metodika vyučovania ošetrovateľských predmetov v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra
Miesto, termín: Modra-Harmónia,
04. 11. - 05. 11. 1999
PŠŠ - liečebná telesná výchova
Miesto, termín: Bratislava,
05. 11. 1999 - externá forma
IgK - manuálna lymfodrenáž
Miesto, termín: Trenčianske Teplice,
08. 11. - 12. 11. 1999
PŠŠ - intenzívna starostlivosť v interných odboroch
Miesto, termín: Bratislava,
08. 11. - 19. 11. 1999
PŠŠ - ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v interných odboroch
Miesto, termín: Bratislava,
12. 11. 1999 - externá forma
TK - právne a psychologické aspekty práce stomatologickej sestry
Miesto, termín: Bratislava, 12. 11. 1999
TK - ortopedická a rehabilitačná liečba M. Perthes
Miesto, termín: Martin,
15. 11. - 16. 11. 1999
TK - záchranná služba
Miesto, termín: Bratislava,
15. 11. - 19. 11. 1999
TK - epidemiológia

Miesto, termín: Bratislava,
15. 11. - 19. 11. 1999
TK - HDM - mládež a drogy
Miesto, termín: Bratislava,
22. 11. - 24. 11. 1999
ŠŠ - audiometria
Miesto, termín: Bratislava,
22. 11. - 26. 11. 1999
ŠŠ - ošetrovateľstvo v primárnej starostlivosti
Miesto, termín: Bratislava,
22. 11. - 03. 12. 1999
PŠŠ - hematológia a transfúziológia
Miesto, termín: Bratislava,
23. 11. 1999 - externá forma
PŠŠ - anestéziológia a resuscitácia
Miesto, termín: Banská Bystrica,
29. 11. - 10. 12. 1999
December
Workshop - správna laboratórna prax v kontrolných laboratóriách
Miesto, termín: Bratislava,
01. 12. - 02. 12. 1999
PŠŠ - histológia
Miesto, termín: Bratislava,
06. 12. 1999 - externá forma
TK - novinky v liečebnej rehabilitácii
Miesto, termín: Bratislava,
06. 12. - 08. 12. 1999
ŠŠ - liečebno-preventívna starostlivosť o diabetikov v ambulantnej praxi
Miesto, termín: Bratislava,
13. 12. - 17. 12. 1999
Vysvetlivky:
PŠŠ - pomaturitné špecializačné štúdium
ŠŠ - špecializačné štúdium
TK - tematický kurz
IK - inovačný kurz
IgK - integrovaný kurz

Školiace miesta v druhom polroku 1999

September

ŠM - alergológia
Miesto, termín: Košice,
06. 09. - 10. 09. 1999
ŠM - metodika vyučovania odborných predmetov v študijnom odbore diplomovaná pôrodná asistentka
Miesto, termín: Bratislava,
16. 09. - 17. 09. 1999
ŠM - trombofilické stavby a ich diagnostika
Miesto, termín: Bratislava,
20. 09. - 24. 09. 1999
ŠM - centrálna sterilizácia

Miesto, termín: Bratislava,
20. 09. - 24. 09. 1999
ŠM - liečba kriticky chorých pacientov
Miesto, termín: Prešov,
20. 09. - 08. 10. 1999
ŠM - metodika vyučovania odborných predmetov v študijnom odbore diplomovaná operačná sestra
Miesto, termín: Bratislava,
23. 09. - 24. 09. 1999
ŠM - príprava sestry na prácu v stomatologickej ambulancii
Miesto, termín: Bratislava,
27. 9. - 01. 10. 1999

Október

ŠM - metodika vyučovania odborných predmetov v študijnom odbore diplomovaná detská sestra
Miesto, termín: Bratislava,
04. 10. - 05. 10. 1999
ŠM - laparoskopické operačné výkony
Miesto, termín: Bratislava,
04. 10. - 08. 10. 1999
ŠM - lekárska mykológia
Miesto, termín: Bratislava,
04. 10. - 08. 10. 1999
ŠM - korektívna dermatológia

Miesto, termín: Bratislava, 04. 10. - 29. 10. 1999 ŠM - metodika vyučovania kinezioterapie v jednotlivých klinických odboroch v študijnom odbore diplomovaný fyzioterapeut	Miesto, termín: Bratislava, 25. 10. - 05. 11. 1999 ŠM - gynekologická onkocytológia	Miesto, termín: Bratislava, 25. 10. - 05. 11. 1999 November
Miesto, termín: Bratislava, 11. 10. - 13. 10. 1999 ŠM - kardiotorografiá	ŠM - ošetrovateľská starostlivosť o deti na JIS	Miesto, termín: Bratislava, 15. 11. - 19. 11. 1999 ŠM - rádiodiagnostika
Miesto, termín: Bratislava, 11. 10. - 15. 10. 1999 ŠM - anestéziológia, neurochirurgická a intenzívna starostlivosť o pacientov s neurochirurgickými ochoreniami a kraniocerebrálnymi poraneniami	Miesto, termín: Bratislava, 01. 11. - 12. 11. 1999 ŠM - onkológia	Miesto, termín: Bratislava, 15. 11. - 26. 11. 1999 ŠM - liečba kriticky chorých pacientov
Miesto, termín: Banská Bystrica, 11. 10. - 22. 10. 1999 ŠM - technika EEG vyšetrenia	Miesto, termín: Martin, 08. 11. - 12. 11. 1999 ŠM - metódka práce podľa Brunkovej	Miesto, termín: Prešov, 15. 11. - 03. 12. 1999 ŠM - ošetrovateľská starostlivosť v odbore TaRCH
Miesto, termín: Bratislava, 11. 10. - 22. 10. 1999 ŠM - gynekologická onkocytológia	Miesto, termín: Bratislava, 08. 11. - 12. 11. 1999 ŠM - cievna chirurgia	Miesto, termín: Bratislava, 22. 11. - 03. 12. 1999 ŠM - problematika detskej anestézie a intenzívnej starostlivosťi
Miesto, termín: Bratislava, 11. 10. - 22. 10. 1999 ŠM - špecializované anestéziologické postupy	ŠM - ergoterapia	Miesto, termín: Bratislava, 29. 11. - 10. 12. 1999 December
Miesto, termín: Prešov, 11. 10. - 29. 10. 1999 ŠM - škola chrbtice u detí	Miesto, termín: Pezinok, 08. 11. - 19. 11. 1999 ŠM - rádioterapia	ŠM - ošetrovateľská starostlivosť v odbore TaRCH
Miesto, termín: Bratislava, 18. 10. - 22. 10. 1999 ŠM - rádiodiagnostika	Miesto, termín: Bratislava, 08. 11. - 19. 11. 1999 ŠM - metódka psychofyzickej prípravy na pôrod	Miesto, termín: Bratislava, 06. 12. - 10. 12. 1999 ŠM - elektromigračné metódy na OKB
Miesto, termín: Bratislava, 18. 10. - 29. 10. 1999 ŠM - centrálna sterilizácia	Miesto, termín: Bratislava, 08. 11. - 03. 12. 1999 ŠM - diagnostika vrodených koagulopatií	Miesto, termín: Bratislava, 06. 12. - 10. 12. 1999 ŠM - poloautomatické spracovanie krvi v OPTI systéme
Miesto, termín: Bratislava, 25. 10. - 29. 10. 1999 ŠM - dlhodobá intenzívna starostlivosť	Miesto, termín: Bratislava, 15. 11. - 19. 11. 1999 ŠM - neurorehabilitácia v detskom veku	Miesto, termín: Bratislava, 06. 12. - 10. 12. 1999 Vysvetlivky: ŠM - školiace miesto

Oznámenie

Minister zdravotníctva Slovenskej republiky vymenoval Akreditačnú komisiu Ministerstva zdravotníctva SR ako svoj poradný orgán. Táto komisia má pripraviť podklady a kritériá:

- pre akreditáciu zdravotníckych pracovníkov (vrátane SZP) po ukončení atestácie podľa výsledkov kontinuálneho vzdelávania,
- pre akreditáciu zdravotníckych činností, laboratórií, oddelení a kliník,
- pre akreditáciu nemocníc.

Komisia má tiež pripraviť okruhy osôb, ktoré budú mať potrebné vedomosti a skúsenosti pri uskutočňovaní akreditácie.

Proces akreditácie má prebiehať na všetkých stupňoch zdravotníckej činnosti a jeho cieľom je skvalitnenie a zefektívnenie zdravotnej starostlivosťi.

Výbory odborných spoločností SLS majú zaradiť do programu svojich odborných schôdzí aj tému Akreditácia v odbore, v ktorom pracujú. Prípravu takejto odbornej schôdze by mala robiť v spolupráci s

Akreditačnou komisiou Ministerstva zdravotníctva SR, ktorá zabezpečí prednášku k úvodnému referátu.

Adresa Akreditačnej komisie:
Ministerstvo zdravotníctva SR
odbor organizácie a riadenia
Akreditačná komisia
Limbová ul. č. 2
830 07 Bratislava

Správy zo SLS

Vyznamenanie Predsedníctva Slovenskej lekárskej spoločnosti pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier v roku 1999

Na návrh Slovenskej spoločnosti sestier Predsedníctvo Slovenskej lekárskej spoločnosti na svojom zasadnutí dňa 15. apríla 1999 udelilo vyznamenania sestrám, ktoré sa zaslúžili o rozvoj Slovenskej spoločnosti sestier.

Zlatá medaila:

Eva Kostiniová

Nemocnica s poliklinikou v Lučenci

Bronzové medaily:

Valéria Árpová

Fakultná nemocnica v Bratislave

Dorota Bolhová

Nemocnica s poliklinikou v Rimavskej

Sobote

Lýdia Kovalčíková

Nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta

v Banskej Bystrici

Mgr. Emília Lacková

Nemocnica s poliklinikou v Komárne

Dáša Reiningarová

Fakultná nemocnica v Martine

Eva Skaličanová

Slovenská postgraduálna akadémia medicíny. Vysunuté vzdelávacie stredisko v Košiciach

Katarína Štoderová

Onkologický ústav sv. Alžbety v Bratislave

Slávnostná celoštátna konferencia pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier

Dňa 12. mája 1999 sa konala v Nitre celoštátna konferencia pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier na tému: Oslava minulosť - výzva pre budúcnosť, venovaná 100. výročiu založenia Medzinárodnej rady ses-

tier (ICN). Konferenciu usporiadali Slovenská spoločnosť sestier, organizačná zložka Slovenskej lekárskej spoločnosti, Česká spoločnosť sestier a Vysokošpecializovaný ústav tuberkulózy a respiračných chorôb

v Nitre na Zobore pod záštitou primátora mesta Nitry RNDr. Jozefa Prokeša, CSc.

Podrobnejšie informácie z tohto podujatia priniesieme v č. 3/99 nášho časopisu.

Redakcia

A. Gajdošíková, B. Holly
Poliklinika vo Vŕbovciach

Vírusové papilómy a nádorové riziká *

K najzanebávanejším sexuálnym stykom prenášaným chorobám (STD - Sexual Transmitted Diseases) patrí ochorenie vyvolané vírusom humánneho papilómu. Vyvolávajúce papilómové vírusy sa označujú ako HPV. Poznáme viacero genotypov, ktoré označujeme číslami 1 až 56.

Ľudský papilomový vírus je pôvodcom ochorenia condylomata acuminata, verucca vulgaris, plana, plantaris

a papilómu laryngu. Ochorení vyvolaných vírusom humánneho papilómu v posledných rokoch pribúda. Podľa zistenia Referenčného centra pre venerické choroby v Atlante je táto častá infekcia najzanebávanejšou zo všetkých STD ochorení. Incidencia ochorenia je doteraz neznáma. Podľa prieskumu označeného v časopise Lancet má, alebo malo vírusové papilómy 6 % žien medzi 20-34 rokom veku. Veľké

antivenerické poradne zisťujú vírusové kondylómy u 3-8 % svojich pacientov.

Naši autori Voňka a Kanka zistili, že tzv. ploché kondylómy cervixu a vagíny vyvolané HPV majú za následok dyspláziu cervikálneho epitelu. Hrotnaté sú menej častým prejavom infekcie ako ploché, zistiteľné kolposkopicky iba ako zmeny epitelu.

Náhľad, že kondylómy postihujú hlavne vonkajší genitál, už neobstojí. Podobné sub-

* Prednesené na Celoslovenskej konferencii sestier pracujúcich v dermatovenerológii 16. júna 1998 v Nitre.

klinické drobné lézie sa nachádzajú aj u mužov na uretrálnej sliznici.

Onkogénny účinok HPV sa dokázal už pred 50 rokmi a dnes sa bežne akceptuje. Tento vírus patrí k najdôležitejším biologickým faktorom pri vzniku malígnej transformácie v oblasti genitálu. Abnormality vyvolané týmto vírusom sú najčastejším náležom v cytológii. Humánny papilómový vírus č. 11 sa nachádza u 20 % karcinómu cervixu, alebo papilómu laryngu. Ohrození sú hlavne starší pacienti, s mnoho rokov pretrvávajúcou klinicky nenápadnou infekciou, hlavne pri interkurentnom poklesu imunity, toxikománi, homosexuáli, u ktorých sa dokázalo zvýšené vyučovanie vírusových častíc aj bez väčšieho klinického nálezu.

Úspech liečby závisí od sérotypu vyvolavateľa, imunitného stavu pacienta, lokalizácie, času a adekvátneho prístupu. Preto je reakcia na liečbu veľmi rozdielna a hojenie sa pohybuje od asi 25 % prípadov spontanej regresie až po viacročnú rezistenciu. Liečebný prístup môže byť alebo deštruktívny - chirurgický, konzervatívny, alebo kombinovaný. Excízia je málo vhodná, vhodnejšia je excocleácia. Tú zaťažujú časté recidívy, ktoré vychádzajú z okolitého chorobne nezmeneného normálneho tkaniva osídleného vírusom. Elektrokoagulácia a termokauterizácia vyžadujú určitú prax pre riziko hlbšieho poškodenia tkaniva s následnou bolestivou jazvou. Najširšie uplatnenie majú kryochirurgické zákerky.

Potrejšia je konzervatívna terapia. V podstate je cytostatická alebo imunostimulačná. Dominuje stále podofylán v rôznej forme a koncentrácií. Je však kontraindikovaný u gravidných, obmedzené je použitie u detí a aplikácia na väčšie, hlavne slizničné plochy pre resorpčnú toxicitu.

Osempercentný roztok kolchicínu vyvoláva pri podrobnom účinku väčšie reakcie. Neosvedčilo sa nám ani samoošetrovanie s 0,5 % roztokom podofylínu alebo fluorouracilom. Naopak pri dlhšom intervale kontroly môže nastať šírenie na ďalšie slizničné plochy. Lepšie výsledky nie sú ani s ďalšími cytostatickými či protivírusovými látkami. Univerzálny liečebný postup neexistuje.

Najmenším rizikom je zaťažená a najväčšie uplatnenie má stále kryoterapia, pričom časť torpidných prípadov zostáva ešte problémom. Po podofylíne ustupujú čerstvé lézie lepšie ako ploché, ktoré je potrebné odstraňovať chirurgicky, respektíve kryokauterom.

Z toho plynie, že:

1. Všetkých pacientov s náležom hrotných kondylómov musíme vyšetriť na súčasnú prítomnosť ďalších STD, a to: klinicky, kultivne aji sérologicky.

2. Vzhľadom na častejší výskyt u homosexuálov a pacientov chorých na AIDS, je potrebné zamerať vyšetrenie aj týmto smerom. Hlavne perianálne kondylómy u mužov môžu byť následkom homosexuálneho styku.

3. Všetky ženy postihnuté HPV musia byť vyšetrené kolposkopicky na prítomnosť lézie na cevixe, ktorá sa môže zvrhnúť v karcinóm.

4. Okrem pacientov robíme depistážne vyšetrenia aj sexuálnych partnerov, aby sme zabránili spätnému prenosu infekcie.

5. Pacientov s hrotnatými kondylómami dispenzarizujeme až do úplného vyhojenia klinických príznakov a kontrolujeme ešte po roku od konca liečby.

Presný počet ochorení vírusom papilómu sa nedá ani len odhadnúť. Asi 80 % chorých zdravotnú pomoc nevyhľadá, prípadne sa ošetrovajú sami a sú prameňom infekcie. Vzostupu STD napomáha migrácia obyvateľstva, nízka morálna úroveň, zmena sexuálnych prístupov, promiskuita, asymptomatický priebeh niektorých ochorení, rezistencia mikroorganizmov na antibiotiká, používanie moderných kontraceptív, nedostatočná osobná hygiena. Ekonomické, sociálne, medicínsko-biologické a iné faktory súčasného života budú aj ďalej hrať dôležitú úlohu v ovplyvňovaní výskytu STD.

Prednáška spracovaná za pomoci
MUDr. B. Hollého.

Do redakcie došlo: Adresa autorov:
4. septembra 1998 A. Gajdošíková
Dobinského ul. č. 12
010 08 Žilina

A. Bražinová
Kožná klinika Martinskéj fakultnej
nemocnice v Martine

Naše skúsenosti s niektorými ochoreniami prenášanými sexuálnym stykom *

Do skupiny sexuálnym stykom prenášaných chorôb (STD - Sexual Transmitted diseases) patria pohlavné choroby uvedené v právnych predpisoch: syfilis, kvapavka, mäkký vred a lymfogranuloma venerum. Ďalej sem patria choroby, ktoré sú vyvolávané vírusmi, parazitmi, hubami, protozoami a inými mikroorganizmami. Niektoré z týchto chorôb predstavujú dnes závažnejší problém ako syfilis alebo kvapavka, lebo ich diagnostika a liečba nie je

taká jednoznačná a ich následky, najmä pre ženu, resp. jej potomstvo a partnera, sú podstatne závažnejšie.

Tieto choroby majú svoje zvláštne postavenie v skupine nákažlivých chorôb, a to najmä tým, že sa prenášajú spravidla len pohlavným stykom a prejavu niektorých z nich u nakazených sú často nenápadné, nealarmujúce, a preto nenútia postihnutých vyhľadať lekársku pomoc. Bezprostredný a blízky kontakt dvoch ľudí pri sexuálnom spolužití

umožňuje a uľahčuje prenos týchto nákaž. Rozsiahla promiskuita, nedostatočný výber sexuálnych partnerov, zvýšený cudzinecký ruch, alkohol, drogy, hrajú rozhodujúcu úlohu nielen pri šírení všetkých ochorení prenášaných prevažne pri pohlavnom styku. Tieto skutočnosti zapričinujú, že boj proti týmto chorobám sa stáva obtiažnym, lebo nie všetci nakazení sú záchytení a liečení. Nákaza sa zišuje často iba náhodne, pri inej príležitosti, niekedy už v pokročilom štadiu.

* Prednesené na Celoslovenskej konferencii sestier pracujúcich v dermatovenerológii 16. júna 1998 v Nitre

Z pohlavných chorôb sú v Európe najrozšírenejšie: **kvapavka a syfilis**.

V súvislosti s kvapavkou sú stále častejšie opisované prípady disseminácie ochorenia, tzv. syndróm arthritis-dermatitis, vyvolávaný tzv. AHU kmeňmi *Neisseria (N.) gonorrhoeae* lokalizovanými v dutine ústnej. Diagnostikujú sa i prípady kvapavky vyvolané kmeňmi tohto mikróba multirezistentnými na antibiotiká. Choroba sa prenáša na dospelých výlučne pohlavným stykom, ale stále viac sa uznáva aj spôsob prenosu pri bozkávaní, a po oro-genitálnom styku je *N. gonorrhoeae* lokalizovaná na slzničiach úst a hltana.

K syfilisu by sme radi prezentovali prípad 46-ročného pacienta, ktorý bol začiatkom tohto roka hospitalizovaný na našej klinike. Dva a pol roka trpel prejavmi žihľavky. Iné ťažkosti neudával. V rámci celkového vyšetrenia pri chronickej žihľavke sa zistila pozitivita TPHA testu. Podrobnejšie cielené krvné vyšetrenia dokázali infekciu *Treponema pallidum*. Zároveň okrem pozitívnych krvných testov sa zistila pozitivita v mozgomiechovom moku. Pacient nevie udať, kedy vznikla infekcia, nie si je vedomý prvého štadia ochorenia. Najpravdepodobnejší rizikový styk udáva v zahraničí pred troma rokmi. Po liečbe penicilínovými preparátmi pretrvávajú ešte občasné prejavy žihľavky, aj keď v menšej miere, a pozitivita séroreakcii má klesajúcu tendenciu.

Medzi ochorenia vyvolané vírusmi patrí hepatítida typu A a B, herpes progenitalis, condylomata accuminata, molluscum contagiosum. Parazitárne pohlavne prenosné ochorenia sú syrab a pediculosis pubis. Huby vyvolávajú kandidózu, protozoá trichomoniázu. Veľmi rozšírenou je chlamídiová infekcia. Jej vyvolávatelia sú najčastejšie klasifikovaní ako intracelulárne parazity. Táto infekcia spôsobuje nielen vlečúce sa zápalové ochorenia pohlavných orgánov, ale môže vyvoláť aj chronické zápaly hrdla, očí a priedušiek, najmä u detí.

V súčasnej dobe sa stáva najnebezpečnejším ochorením AIDS spôsobené vírusom HIV. V súvislosti s touto infekciou bol v poslednom období opísaný vyvolávateľ stavov nazývaných Kaposiho sarkóm, ktorý sa zjavuje v terminálnej fáze ochorenia. Ide o herpetický vírus Č, 8, ktorý však vyvoláva Kaposiho sarkóm aj u HIV negatívnych pacientov. V liečbe infekcie sa skúšajú nové vakcíny obsahujúce iba obaly vírusu. Krv na vyšetrenie anti-HIV protilátok sa vyšetruje anonymne u každého pacienta s podozrením na pohlavnú chorobu.

Na území postkomunistických krajín sa

v poslednom období zjavilo viaceru ochorení, ktoré sa zaraďujú do skupiny tzv. mechanických uretritíd. Sú to uretritidy vzniknuté po vsúvaní cudzích telies do močovej rúry mužov za účelom mechanickou irritáciou navodí erekciu pohlavného údu a tým umožniť pohlavný akt. Cudzie teleso sa môže dostať dovnútra močového mechúra a vybrať ho možno iba chirurgickým zákrokom. Cudzie teleso v močovom mechúre napomáha vniknutiu baktérií z vonkajšieho prostredia, čo môže mať za následok vznik ťažkých zápalov močového mechúra, obličiek, nezriedka so sepsou a smrťou.

V ambulancii pre STD Kožnej kliniky Martinskej fakultnej nemocnice sme robili vyšetrenia so zameraním na vyvolávateľov kvapavky, syfilisu, trichomonázy, kandidózy a iných bakteriálnych infekcií. Dôraz sme kládli na dôkaz chlamídiovej infekcie u žien i mužov z pohlavných orgánov, u detí sme mikroskopicky vyšetrovali nátery na chlamídie z očí, hrdla a nosa. Medzi vyšetrenými bolo 26 manželských dvojíc, resp. partnerov žijúcich ako druh a družka, ktorí boli odoslaní na vyšetrenie gynekologom, ev. urológom pre sterilitu partnerky, opakovane potraty, alebo pre dlhotrvajúce zápalové pohlavné orgány. Chlamídiové zápalys krčka maternice u žien a uretritidy u mužov sme verifikovali na základe sterov z uvedených lokalizácií daskónovými tamponmi a vyšetrali sme ich mikroskopicky farbením podľa Chimeneza.

U 10 manželských párov bola pozitívna žena u 4 párov muž. Súbežne sa vyšetrala krv na chlamídie v sére. V liečbe je v súčasnosti najúčinnejší Sumamed v dávkach 1 gram, následne 500 mg 7 dní.

Kontrolné stery po liečbe sme robili 2-krát po sebe v dvojtýždňových intervaloch. V jednom prípade u ženy liečba nebola úspešná, preto sa prešlo na dlhodobé užívanie Deoxymykoinu. S odstupom 18 mesiacov donosili 4 ženy s vyliečenou chlamídiovou infekciou zdravé plody.

Pri vaginálnych kandidózach sa pýtajú postihnuté ženy: Prečo práve ja? Presné príčiny toho, prečo telo niektorých žien nie je schopné udržať kandidu pod kontrolou, nie sú úplne známe. Napriek tomu sa vie o niektorých faktoroch, ktoré robia ženu náchylnnejšou k infekcii: užívanie antibiotík, antikoncepcia, gravidita, cukrovka, niektoré lieky, napr. imunosupresíva, ako aj atopická konstitutícia. Riešenie tohto ochorenia je stále problémom.

V r. 1997 bola vaginálna kandidóza druhým (po chlamídiovej infekcii) najčastejším ochorením v našej ambulancii. Zo sterov

bola najčastejšie izolovaná *Candida albicans*, z aeróbov *Gardnerella vaginalis*, z baktérií *Staphylococcus aureus*. Musia sa vyšetriť aj partneri, aby nedochádzalo k tzv. „ping-pong“ efektu. Osvedčenou je liečba kombináciou lokálnych a perorálnych antimykotík podľa typizácie a citlivosti.

Z baktériálnych infekcií je zaujímavý kmeň *Staphylococcus aureus* vyvolávajúci zápalys pošvy u žien a u mužov, ktorí sú nosičmi, diskrétnie balanitidy. V prípade, že takáto žena používa intravaginálne menstruačné tampóny, ktoré si nevymieňa 12 hodín, *Staphylococcus aureus* naprodukuje obrovské množstvo endotoxinu spôsobujúceho u ženy epidermolýzu celého tela, čo je smrteľná kombinácia týchto stavov - tzv. toxicický šokový syndróm (TSS) a predstavuje vážnu komplikáciu STD ochorení. Lieči sa vysokými dávkami antistafylokótokových antibiotík, pričom agens sa musí čo najskôr rozpoznať.

Herpesovú vírusovú infekciu (HPV) vyvoláva viac ako 70 typov vírusov ľudského papilomu. Najznámejší prejav sú condylomata accuminata. Liečba tekutým dusíkom a aplikácia podofylínu je vo väčšine prípadov úspešná, niekedy je však nutná chirurgická liečba. Najnovšia forma liečby je destrukcia lezári laserovými lúčmi. Ďalšou HPV infekciou je Herpes progenitalis charakterizovaný typickými pluzgierikmi na genitáliach, či v ich okolí, ktoré sa rýchlo menia v bolestivé vriedky s opuchmi priľahlých uzlín. Je známe, že vírus herpes simplex progenitalis typ 2 je v príčinnej súvislosti so vznikom rakoviny nielen krčka maternice u žien, ale i nádorov močového mechúra a hlasoviek. Infekcia prebieha často bezpríznakovovo a dlhodobo. Liečba je komplikovaná. Hovorí sa o vakcinácii podobného typu ako u HIV pacientov.

V súčasnosti sa zdá najväčším problémom nesúlad legislatívy a zdravotného uvedomenia našich občanov. Zo zákona vyplývajú zdravotníkom a chorým isté povinnosti. Avšak prijatie platnosti Charity ľudských práv aj v našej republike pri slavej uvedomelosti postihnutých (niekedy i zdravotníkov) sťažuje tak boj proti pohlavným chorobám vymenovaným v zákone, ako aj ostatným ochoreniam zaradeným do skupiny STD. Zo zákona 322/92 Slovenskej národnej rady vyplýva povinnosť všetkých zdravotníckych zariadení hlásiť výskyt pohlavnej choroby na predpísaných formulároch príslušnému krajskému oddeleniu zdravotníckych informácií a štatistiky. Evidenciu, dispenzarizáciu a depistáž pohlavných chorôb a STD robia štátne zdravotnícke zariadenia.

Infikovaná osoba je povinná označiť zdroj nákazy, ak ho pozná. Je povinná určiť okruh osôb, ktoré mohla prenosnými ochoreniami nakaziť. Osoba, ktorá má prenosné ochorenie, je povinná správať sa tak, aby zabránila prenosu takého ochorenia na iné osoby (Z. z. číslo 277/94, § 7).

V trestnom zákone číslo 392, § 226 sa hovorí: Kto iného vydá čo aj z nedbanlivosti do nebezpečenstva pohlavnej nákazy,

potresce sa odňatím slobody až na 6 mesiacov.

Podobne sa uvádza aj v odbornom usmernení MZ SR číslo 2381/1995-A z 22. aug. 1995, že HIV pozitívni, či chorí na AIDS môžu byť stíhaní pre ohrozenie pohlavnou chorobou, či vírusom HIV v prípade, že nedodržia nariadenie lekárov.

Vzhľadom na závažnosť STD sa odporúča najväčší dôraz klásiť na ich prevenciu.

Jednou z nich je používanie prezervatívu pri sexuálnom styku. Tento spôsob však nepredstavuje 100 % záruku pred nákazou. Jediná účinná prevencia je vernosť sexuálnemu partnerovi a vytváranie takých podmienok v sexuálnom, ale i občianskom živote, aby partner bol a ostal vždy verný.

Do redakcie došlo:
10. septembra 1998

Adresa autorky:
dip. sestra
A. Bražinová
Tomčany č. 49
036 01 Martin

Príprava odborných vedeckých podujatí - metodické usmernenie pre výbory organizačných zložiek SLS

1. Registrácia podujatia

Výbor nahlásí podujatie v stanovenom termíne na uverejnenie v Kalendári podujatí SLS, alebo požiada Sekretariát SLS o dodatočné zaregistrovanie podujatia, ak už Kalendár ľačou vyšiel.

2. Menovanie organizačného výboru

Výbor vymenuje z radov svojich členov pracovnú skupinu ako organizačný (prípravný) výbor podujatia a uloží im povinnosť dodržiavať metodické pokyny a vnútorné predpisy SLS pre organizáciu podujatí.

3. Povinnosti organizačného výboru:

- * Zostaviť rozpočet podujatia tak, aby bol vyrovnaný, prípadne vykazoval zisk a predložiť ho Sekretariátu SLS. Organizačný výbor môže požiadať Sekretariát SLS o spoluprácu pri zostavovaní rozpočtu.
- * Organizačne, ekonomicky a administratívne pripravovať podujatie tak, aby sa neporušovali hospodárske záujmy SLS, napr. vo vydávaných informačných materiáloch uvádzajú názvy a logá iných právnych subjektov ako spoluporiadateľov len v prípade, že sa vopred zmluvne dohodla forma ich participácie. Platí to i pre uvádzanie názvov medicínskych a farmaceutických firiem ako vystavovateľov, sponzorov, účastníkov podujatí, ich reklám a inzercií.
- * Zabezpečiť transparentné dokladovanie a právnu čistotu všetkých finančných operácií. To znamená, aby finančné prostriedky prebiehali cez účtovné kontá, ktoré SLS ako právne zastrešujúci subjekt vytvorila pre organizačnú zložku natento účel (pod vydaným variabilným symbolom), pokiaľ to vopred zmluvne nebolo dohodnuté inak.
- * Zabezpečiť, aby finančné operácie (inkaso poplatkov, úhrady výdavkov a uzatváranie zmluvných vzťahov, vystavovanie objednávok, uzatváranie dohôd o spolupráci a pod.) boli signované len kompetentnými osobami - štatutárnymi zástupcami SLS a zástupcami jej organizačnej zložky, pokiaľ to vopred nebolo zmluvne inak dohodnuté.
- * Dodržiavať zásady hospodárnosti a účelného vynakladania finančných prostriedkov na výdavky, ktoré korešpondujú s predmetom činnosti (neinštitucionálnym vzdelávaním) a sú primerané charakteru podujatia, týka sa to výdavkov na stravovanie (napr. spotreba alkoholických nápojov) a spoločenské programy.
- * Zostaviť záverečné zúčtovanie podujatia a predložiť ho výboru príslušnej organizačnej zložky a SLS. Výbor organizačnej zložky rozhodne o rozdelení prípadného zisku, alebo zabezpeči vyrovnanie schodku.
Ak tok finančných prostriedkov prebieha aj cez iné zmluvne dohodnuté právne subjekty, je potrebné, aby v záverčenom zúčtovaní boli uvedené aj tieto príjmy a výdavky s poznámkou, kde sú doklady uložené a mená osôb, ktoré za celkové zúčtovanie zodpovedajú.

Prezídium a Sekretariát SLS

Volebný zjazd Slovenskej lekárskej spoločnosti

Dňa 25. novembra 1998 sa uskutočnil v Bratislave Volebný zjazd Slovenskej lekárskej spoločnosti, na ktorom sa okrem delegátov organizačných zložiek SLS zúčastnili ako hostia: čestný predsedca SLS akademik T. R. Niederland, člena Prezídia Českej lekárskej spoločnosti J. E. Purkyňu prof. MUDr. Eva Seemanová, DrSc., riaditeľ Sekretariátu ČLS JEP Ing. Alexander Stožický, CSc., prezent Slovenskej lekárskej komory MUDr. Ladislav Petričko, riaditeľ Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny (SPAM) doc. MUDr. Ján Štencl, CSc., prezent Asociácie nemocní Slovenska doc. MUDr. Marián Benčat, CSc., prezent Asociácie súkromných lekárov Slovenskej lekárskej komory MUDr. Ladislav Pásztor.

Na prvom zasadnutí novozvoleného predsedníctva SLS sa zúčastnil riaditeľ Sekcie zdravotnej starostlivosti MZ SR MUDr. Ján Bielik, CSc.

U Z N E S E N I A

Zjazdu delegátov Slovenskej lekárskej spoločnosti zo dňa 25. novembra 1998

Zjazd delegátov SLS:

A. Schvaľuje

1. Správu o hospodárení a rozpočte SLS.
2. Správu Revíznej komisie SLS a návrhy na:
 - * zavedenie funkcie hospodára vo výboroch organizačných zložiek a sekciách,
 - * odpísanie poškodeného, zastaralého, morálne opotrebovaného a nevyužívanej majetku SLS.
3. Hospodársky poriadok a Cenník vnútropodnikových prác a služieb SLS.
4. Zmeny a doplnky Stanov SLS, štatútov pre udeľovanie cien a pôct SLS a vykonávacích predpisov: Príspievkového, Hospodárskeho, Rokovacieho a Volebného poriadku SLS.*)
5. Podmienky a postupy pri zmene právnej formy OZ SLS na kolektívneho člena SLS. *
6. Vzniku nových organizačných zložiek SLS:
 - * Spoločnosti revízneho lekárstva
 - * SL horného Gemera
7. Vytvorenie Rezervného fondu SLS z podielu vyčleneného pre Sekretariát SLS vo výške 6,- Sk za každého člena organizačnej zložky a kolektívneho člena SLS, okrem členov odborných spoločností - Slovenskej spoločnosti sestier, Spoločnosti SZP technických odborov a študentov.
8. Moratórium na čerpanie prostriedkov Rezervného fondu počas 4 rokov od jeho vzniku.

B. Berie na vedomie

1. Správu Predsedníctva SLS o hlavných smeroch činnosti, dosiahnu tých výsledkoch a úlohach v najbližšom období.
2. Zánik Spoločnosti ekonomiky zdravotníctva a Hnutia lekárov za odvrátenie jadrovej vojny (IPPNW) podľa výsledkov ankety. **)
3. Vznik nových sekcií:
 - * Sekcie ambulantnej oftalmológie pri Slovenskej oftalmologickej s poločnosti,
 - * Sekcie asistovanej reprodukcie a

* Sekcie gynekologickej endokrinológie a klimaktéria pri Slovenskej gynékologicko-pôrodníckej spoločnosti.

4. Návrh na zmenu názvu Spoločnosti biomedicínskeho inžinierstva na Spoločnosť biomedicínskeho inžinierstva a medicínskej informatiky.

5. Zrušenie uznesenia P SLS zo dňa 7. novembra 1997 o vzniku novej organizačnej zložky.

* Slovenskej lymfologickej spoločnosti, a to v dôsledku zmeny stanoviska výboru odbornej spoločnosti a prípravného výboru.

C. Ukladá

1. Všetkým organizačným zložkám SLS:

- a) zabezpečiť, aby všetky odborné a vzdelávacie podujatia, ktoré organizačné zložky realizujú v rámci SLS, alebo na nich participujú ako spoluusporiadatelia, boli registrované na Sekretariáte SLS,
- b) dôsledne sledovať a dbať, aby pri organizovaní odborných podujatí a iných aktivít nedochádzalo k zneužívaniu mena a loga SLS, netransparentnosti finančných tokov a tým úniku finančných prostriedkov na iné právne subjekty, s ktorými nemá SLS uzatvorený zmluvný vzťah,
- c) zabezpečiť, aby meno a logo SLS u organizačných zložiek SLS nebolo použité a zneužité pri organizovaní takých podujatí, ktoré nesúvisia s poslaním SLS a sledujú propagačné alebo kommerčné ciele.

2. Odborným spoločnostiam:

* Prehodnotiť vo výbere, v súlade s požiadavkami MZ SR, činnosť hlavných odborníkov. Termín zaslania stanoviska na Predsedníctvo SLS do 30. novembra 1998.

3. Predsedníctvu SLS: vypracovať návrh štatútu pre tvorbu a čerpanie Rezervného fondu SLS.

Poznámka:

*) Podľa schválenej novely Stanov SLS mení sa označenie funkcie predsedu SLS a podpredsedov SLS na označenie prezident a viceprezident a označenie orgánu Užšie predsedníctvo na Prezídium SLS. Táto zmena označenia sa týka aj funkcií vo výboroch organizačných zložiek SLS.

**) Predsedníctvo SLS dňa 15. 01. 1999, na základe výsledkov ankety schválilo zánik Spoločnosti - Hnutie lekárov za odvrátenie jadrovej vojny.

Predsedníctvo Slovenskej lekárskej spoločnosti funkčné obdobie 1998 - 2002

Prezident: Prof. MUDr. Rastislav Dzúrik, DrSc.
vedúci Kliniky farmakoterapie UPKM, Limbová 14,
833 01 Bratislava-Kramáre, tel.: 07/54 77 41 47, fax: 07/54 77 39 06

Vedecký sekretár: Prof. MUDr. Peter Kríštofek, CSc.
riaditeľ NUTARCH, Nem. sv. Kríža, Krajinská 93, 825 56
Bratislava-Pod. Biskupice, tel.: 07/45 24 34 44, fax: 07/45 24 36 22

I. viceprezident: Prof. MUDr. Ivan Koza, DrSc.
riaditeľ NOÚ, Klenová 1, 833 10 Bratislava, tel.: 07/54 77 17 87,
fax: 07/54 77 26 01

II. viceprezident: Prof. MUDr. Anton Vavrečka, CSc.
prednosta Gastroenterologickej kliniky SPAM, Nem. sv. Cyrila
a Metoda, Antolská 11, 851 07 Bratislava-Petržalka,
tel.: 07/68 67 20 12, odd. 07/68 67 28 01, ústredňa 07/68 67 11 11,
fax: riad. 07/63 81 12 18

Clenovia predsedníctva:

Prof. MUDr. Ivan Ďuriš, DrSc.
prednosta I. Internej kliniky FN, Mickiewiczova 13, 813 69
Bratislava, tel.: 07/36 76 15, fax: 32 58 75,
Dekanát LFUK - 07/535 74 66

Prof. MUDr. Ján Breza, DrSc.
prednosta Urologickej kliniky FN akad. L. Dérera, Limbová 5,
833 05 Bratislava, tel./fax: 07/54 77 58 28

Doc. MUDr. Marián Bernadič, CSc.
vedúci Odd. klinickej patofisiologie pri Ústavte patologickej
fyziológie LFUK, Sasinkova 4, 811 08 Bratislava,
tel./fax: 07/36 54 00, e-mail: bernadic@fmuc.uniba.sk

Doc. MUDr. Ján Murín, CSc.
I. Interná klinika FN, Bratislava, Mickiewiczova 13,
813 69 Bratislava, tel.: 07/32 13 88

Prim. MUDr. Peter Pruhinec, CSc.
Odd. kl. imunol. a alerg. FN, Americké nám. 3, 811 07 Bratislava,
tel.: 07/36 60 93, 07/32 33 68, fax: 07/36 60 93

Prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc.
riaditeľ VURCH, nábr. I. Krasku 4, 921 01 Piešťany,
tel.: 0838/772 35 08, fax: 0838/772 11 92

Prof. MUDr. Vladimír Krčmér, DrSc.
Subkatedra chemoterapie SPAM, NOÚ, Heydukova 10,
812 50 BA, tel. 07/384 95 41

Prof. MUDr. Igor Riedlanský, CSc.
prednosta Kardiologickej kliniky, Slovenský ústav srdcových
a cievnych chorôb, Pod Krásnou hôrkou, 833 48 Bratislava,
tel.: 07/54 78 87 09, fax: 07/54 78 87 45

Prof. MUDr. Andrej Černák, DrSc.
prednosta Očnej kliniky SPAM, nemocnica sv. Cyrila a Metoda,
Antolská 11, 851 07 Bratislava-Petržalka,
tel.: 07/63 81 12 49, fax: 07/63 81 21 45

Doc. MUDr. Milan Pavlovič, CSc.
prednosta Internej kliniky SPAM, NsP akad. L. Dérera, Limbová 5,
833 05 Bratislava-Kramáre, tel./fax: 07/54 77 46 61

Prof. MUDr. Július Vajd, DrSc.
prednosta II. Chirurgickej kliniky LF UPJŠ, FN L. Pasteura,
Rastislavova 43, 041 90 Košice, tel.: 095/575 23, fax: 095/76 59 37

Náhradníci predsedníctva:

Prof. MUDr. Karol Holomáň, CSc.
prednosta II. gynkologicko-pôrodnickej kliniky FN, Šulekova 20,
811 03 Bratislava, tel.: 07/531 39 07, fax: 07/531 45 87

Prof. MUDr. Ľudovít Danihel, CSc.
Ústav patologickej anatómie LFUK, Sasinkova 4, 812 35 Bratislava,
tel.: 07/535 72 47, fax: 07/535 75 92

Rezerva komisia:

predseda: Prof. MUDr. Jaroslav Siman, CSc.
Klinika detskej chirurgie - DFNSP, Limbová 1, 833 40 Bratislava.

I. člen: Prof. MUDr. Lubica Ághová, CSc.
Prednosta ústavu hygieny LFUK, Špitálska 24, 813 72 Bratislava,
tel.: 07/59 35 74 64, fax: 07/59 35 75 50

II. člen: Prof. RNDr. Rudolf Pullmann, CSc.
Prednosta Odd. kl. biochémie MFN, Kollárova 2, 036 59 Martin,
tel.: 0842/339 54, 341 31, fax: 0842/394 27

Poznámka:

Podľa stanov SLS sú členmi Predsedníctva s hlasom poradným
predsedovia (prezidenti) alebo poverení členovia výborov tých OZ
SLS alebo kolktívnych členov, ktorí majú nad 1000 členov, ak ich
kandidáti neboli do P SLS zvolení.

Školské okienko

Predstavujeme Strednú zdravotnícku školu, Strečniarska 18 v Bratislave



STREDNÁ
ZDRAVOTNÍCKA
ŠKOLA

Smerovanie školy výstižne vyjadruje jej nové logo, ktoré obsahuje tieto symboly:

- **otvorená kniha - symbol múdrosti a zároveň potreby vzdelávať sa**
- **ruká - symbol pracovitosti**
- **srdce - symbol lásky**
- **kvet - symbol krásy**

Z histórie

Zdravotníctvo tým aj ošetrovateľstvo v ich vývoji ovplyvňovali sociálno-ekonomická a kultúrna úroveň poznania. Počiatky inštitucionálnej výchovy pôrodných babíc v Bratislave siahajú do r. 1873, kedy bola Dr. Jánom Ambrom (1827-1890) založená škola pre pôrodné babice. V r. 1885 sa jeho zásluhou postavila budova pôrodnice, aj školy s internátom na Zochovej ul., ktoré viedol až do svojej smrti.

Prvá dvojročná škola bola založená pri štátnej nemocnici v Bratislave v r. 1931. Z nej vychádzali aj civilné diplomované ošetrovateľky. Škola zanikla koncom šk. roku 1950/51. Časť jej zariadenia presunuli z Leškovej ul. na Zdravotnícku školu na Nedbalovej ul. V r. 1943-48 v areáli budovy na Nedbalovej ul. bola umiestnená Štátna škola pre sociálno-zdravotnú starostlivosť, ktorá vychovala 92 absolventov. Z nej sa v r. 1949 vytvorila Vyššia sociálno-zdravotná škola (4-ročná), riadená ministerstvom školstva. Tá sa rozčlenila v r. 1950 na Sociálnu školu, ktorá bola premiestnená na ulicu Čs. armády, terajšia Špitálska ul. a v r. 1953

zmenená na Osvetovú školu a na Zdravotnícku školu, ktorá zostala na Nedbalovej ul. Jej priestory sa rozšírili o novšiu časť školskej budovy postavenej v r. 1938, kde bolo do júna 1948 dievčenské gymnázium a prechodne do začiatku roku 1946 aj vojenská nemocnica.

Od vzniku Strednej zdravotníckej školy na Nedbalovej ul. sa menila dĺžka štúdia, formy, ale hlavne obsahové zmeny v jednotlivých študijných odboroch. Táto škola má významné miesto v histórii zdravotníckeho školstva na Slovensku. Dňa 6. februára 1957 škola obdržala od povereníka SNR za zdravotníctvo čestný názov Stredná zdravotnícka škola MUDr. I. Hálka, ako uznanie práce a významu najväčšej školy v Česko-slovensku. Stredná zdravotnícka škola MUDr. I. Hálka vychovala od jej vzniku do konca šk. roku 1997/98 11 335 absolventov.

Sústavné rozširovanie siete zdravotníckych zariadení na území Bratislavы si vyžadovalo aj vyšší počet zdravotníckych pracovníkov. Výučba sa uskutočňovala okrem

priestorov na Nedbalovej ul. vzhľadom na počet žiakov od šk. r. 1986/87 - na ZŠ Jelčičovej ul., od šk. r. 1987/88 - na ZŠ Borodáčovej ul. a od šk. r. 1988/89 na ZŠ Vietnamskej ul.

K 1. septembru 1989 - bola na základe rozhodnutia NV MB zriadená samostatná SZŠ na Vietnamskej ul., ktorá za svojej 9-ročnej existencie vychovala 1605 absolventov - sestier, pôrodných asistentiek, diplomovaných sestier.

V šk. roku 1998/99 nastali zmeny v sieti SZŠ v Bratislave týkajúce sa SZŠ Vietnamská ul. a SZŠ MUDr. I. Hálka Strečniarska ul. a to pre ekonomickejšie využitie budovy SZŠ na Strečniarskej ul., ako aj prebiehajúce transformačné zmeny v zdravotníckom školstve. Preto na základe rozhodnutia MZ SR 30. júna 1998 zrušilo oba tieto subjekty. V dôsledku toho zanikol aj čestný titul SZŠ MUDr. I. Hálka. Od 1. júla 1998 vznikol nový právny subjekt SZŠ Strečniarska ul. č. 18 v Bratislave.

PhDr. A. Koláříková
riadička školy



Profilácia školy

Stredná zdravotnícka škola, Strečianska ul. č. 18 v Bratislave od svojho vzniku (1. júla 1998) patrí ku školám, ktoré sa aktívne zapájajú do realizácie transformačných programov v zdravotníckom školstve.

Škola má 48 tried, z toho 22 tried vyššieho odborného štúdia, z ktorých je 8 tried dennej formy. Školu navštějuje 1321 študentov, z toho je 521 študentov študujúcich popri zamestnaní. Pripravuje žiakov k získaniu odbornej spôsobilosti pre výkon povolania týchto študijných odborov: všeobecná sestra, zdravotnícky záchranár, diplomovaná všeobecná sestra, diplomovaná pôrodná asistentka, diplomovaný asistent hygieny a epidemiológie, diplomovaná operačná sestra, diplomovaná detská sestra, diplomovaná psychiatrická sestra.

Výchovno-vzdelávaciu činnosť realizuje kolektív pedagogických pracovníkov v počte 70, z toho je 51 učiteľov odborných predmetov a 19 pre všeobecnovo-vzdelávacie predmety. Významný podiel na odbornej príprave žiakov majú externí učitelia v počte 158. Na úseku technicko-ekonomickom pracuje 28 zamestnancov. Za naplnenie cieľov a poslania školy zodpovedá vedenie školy, ktoré okrem riaditeľky tvoria zástupcovia - štatutárny, pre vyššie odborné štúdium, pre ošetrovateľské predmety, pre klinické odborné predmety, pre všeobecnovo-vzdelávacie predmety a výchovný poradca.

Chceme dosiahnuť, aby naši absolventi disponovali nielen odbornými poznatkami, aktívnym prístupom pri zavádzaní vedecích metód do ošetrovateľstva, ale tiež prejavmi eticky dokonalej profesionality a kultivovanou spoločenskou úrovňou.

Postupným budovaním knižnice, študovne, prednáškovej miestnosti, a odborných učební a laboratórií poskytujeme dostatočnú stimuláciu študentom na získavanie teoreticko-praktických vedomostí a zručnosti.

V oblasti odborných, kultúrno-spoločenských a športových aktivít organizuje škola pre žiakov podujatia v úzkej spolupráci s Radou školy, Radou rodičov, Študentským parlamentom a inými inštitúciami. Našou snahou je, aby dva pracovné a žiacke kolektívy splynuli čo najskôr, a aby v daných podmienkach mohli splniť stanovené ciele.

Z dlhodobých priorit školy je potrebné uskutočniť transformačný proces v oblasti vzdelávania a postupne pretransformovať školu v súlade so zámerom MZ SR ako prvého na samostatnú vyššiu odbornú školu.

PhDr. A. Koláříková
riaditeľka školy

Rozhovor

Riaditeľka školy PhDr. A. Koláříková sa narodila v Hradišti pod Vrátnom. Strednú zdravotnícku školu absolvovala v r. 1962 v študijnom odbore pôrodná asistentka v Bratislave. Po 3-ročnej sesterskej praxi na gynäkologicko-pôrodníckom oddelení NsP v Trnave začala pracovať vo funkcií učiteľky odborných predmetov na SZŠ MUDr. I. Hálka v Bratislave. V ďalšom období pokračovala v štúdiu na bývalom Inštitúte pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave - základné



pedagogické štúdium pre odborné učiteľky SZŠ, PŠŠ v odbore ženská sestra. Vysokoškolské štúdium ukončila na FF UK v Bratislave v r. 1983 v odbore pedagogika s červeným diplomom a cenou Rektora univerzity za vedecko-výskumnú prácu. Počas pôsobenia na SZŠ MUDr. I. Hálka v Bratislave vykonávala funkciu predsedníčky celoštátnej československej komisie pre výuku ženských sestier. Aktívne sa podieľala na tvorbe učebného programu pre študijný odbor ženská sestra. Na SZŠ MUDr. I. Hálka pracovala do 1. septembra 1989, kedy ju menovali do funkcie riaditeľky novovznikutej SZŠ na Vietnamskej ul. č. 15 v Bratislave (po 5-ročnom pôsobení vo funkcií odbornej zástupkyne riaditeľky). V súčasnosti okrem funkcie riaditeľky spolupracuje s MZ SR a SPAM, pôsobí ako predkyňa Poradného zboru riaditeľov SZŠ v SR, je spoluautorkou a recenzentkou odborných učební, prednášala na rôznych medzinárodných fórach (Medzinárodné sympózium medicíny a farmácie, konferencie ošetrovateľstva, odborné semináre pre učiteľky OSE), pôsobí na Trnavskej univerzite.

Od vzniku novej školy SZŠ Strečianska ul. č. 18 Bratislava pôsobí vo funkcií riaditeľky školy. V tejto súvislosti ju požiadal vedúci redaktor časopisu o rozhovor.

● Akými spôsobmi chcete u Vašich žiakov v budúcnosti zvyšovať úroveň výuky, výchovy, úroveň odborných vedomostí a ich praktickej aplikácie?

Cieľom školy je vychovať kvalitnú sestru - nielen kvalifikovanú odborne a všeobecne vzdelanú, ale predovšetkým človeka morálneho. Preto nikdy nie je na škodu investovať do pedagogického pracovníka. Vytvárame učiteľom podmienky pre ich profesijný rast. Škola im umožňuje účasť na seminároch, konferenciách (aj zahraničných), na stážach, o ktorých potom späť informujú na pôde školy. V súvislosti s prechodom na výchovu nového absolventa - diplomovaná sestra - musia učitelia na sebe neustále pracovať.

Niekto pedagógovia spolupracujú v rámci stredoškolskej odbornej činnosti so žiakmi priamo na rôznych zaujímavých projektoch. K tomu slúži i technické vybavenie školy. Škola disponuje učebnami informatiky, prednáškovou miestnosťou s vnútorným TV - okruhom, videomiestnosťou, študovňou a knižnicou s kvalifikovanou knihovníčkou. Od budúceho školského roku chceme sa napojiť na Internet.

Veľmi dobre si uvedomujeme, že etika a estetika musí byť zálitá so životom školy. Žiaci navštěvujú hodnotné kultúrne podujatia a sami vlastnou produkciou prispievajú k estetizácii prostredia a kreatívne pristupujú k jednotlivým akciám (Vianočná kvapka krvi, Deň narcisov a ďalšie).

Ak má byť budúca sestra dostatočne „európska“, musí byť i jazykovo zbehlá aspoň v jednom svetovom jazyku. Jazyková výučba so zameraním na komunikáciu je zabezpečená v jazykových učebniach.

Žiaci majú svoj študentský parlament i časopis.

● V čom vidíte prínos vo významných zmenách, ktoré v súčasnosti prebiehajú v strednom zdravotníckom školstve a kde sú podľa Vás názoru rezervy pre ďalšie skvalitnenie práce stredných zdravotníckych škôl?

Transformačné zmeny znamenajú nové chápanie práce sestry a ostatných profesii zdravotníckych pracovníkov. Klasické 4-ročné štúdium s maturitou je na ústupe a postupne ho nahradí pomaturitné štúdium, ktorého produkтом je diplomovaná sestra alebo iný absolvent, ktorý získava absolútum a diplom v príslušnom študijnom odbore. Spodná veková hranica pre štúdium nového typu je 17 rokov. Počet absolvovalých hodín praktického vyučovania je 4600. A to sú parametre, ktoré zodpovedajú prísnym európskym kritériám. Ak

nechceme ostať v úzadí, ak perspektívne chceme uspieť na európskom fóre, musí naše zdravotnícke školstvo vyškoliť „európsku“ sestrú. Je to projekt, ktorý si vyžaduje preškoleného pedagóga, nové učebnice (z ktorých mnohé už vyšli) a množstvo práce na sebe. Na tvorbe učebníc sa významou mierou podieľajú aj pedagogickí pracovníci odborných predmetov našej školy.

Sme v prechodnom období, ktoré si zasíte vyžiada i svoju daň, ale dúfam, že pečať, ktorú škola vlačí nášmu absolventovi, bude vzbudzovať uznanie.

● Slovenská lekárska spoločnosť zastrešuje odborné spoločnosti sestier a stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov. V súčasnosti pracuje v rámci Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov 36 sekcií, ktoré vyvíjajú bohatú činnosť zameranú hlavne na neinštitucionálne vzdelávanie. Žiaľ, musím konštatovať, že veľká časť pedagogických pracovníkov, najmä z odboru ošetrovateľstvo stojí pasívne bokom od Slovenskej lekárskej spoločnosti, ktorá má takmer 21 000 členov, medzi ktorými sú všetci poprední odborníci každého medicínskeho i ošetrovateľského odboru a ktorá je garantom odbornosti neinštitucionálnych form vzdelávania v zdravotníctve. Kde vidíte jadro tohto problému a ako by ho bolo možné riešiť podľa Vášho názoru?

Pasivitu pedagogických pracovníkov stredných zdravotníckych škôl, ktorí by svoju činnosť mali vyvíjať v Sekcii pedagogických pracovníkov v Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti SZP technických odborov z môjho pohľadu vidím vo viacerých rovinách. Podľa predbežného prieskumu, ktorý som zrealizovala v poslednom období, nedostatočný záujem učiteľov možno pripisať neinformovanosti o možnosti presadzovať svoje námety, názory, odborný rast, prípadne medzinárodné kontakty a ďalšie aktivity prostredníctvom odbornej sekcie pedagogických pracovníkov.

Nedostatočný záujem o prácu v Slovenskej spoločnosti sestier pravdepodobne možno pripisať aj na konto mnohých ďalších aktivít učiteľov a ich zapojenia sa do transformačného programu vzdelávania, ktorý vyžaduje veľký časový priestor pre získavanie nových poznatkov. Mnohí pedagogickí pracovníci v odbore ošetrovateľstva sa aktívne podieľajú na tvorbe učebníčkov, učebných pomôcok, prednáškovej činnosti na rôznych úrovniach.

Podľa môjho názoru žiadalo by sa zaktivizať činnosť uvedenej sekcie na úseku styku so SZŠ alebo vhodne adresovanou formou v časopise osloviť pedagogických pracovníkov stredných zdravotníckych škôl, prípadne ešte ľúčnejšou formou - osobnou účasťou na jednotlivých SZŠ. Je nevyhnutné poskytnúť potrebné informácie o možnostiach, ale i výhodách, ktoré im členstvo poskytuje.

● Akým otázkam by sa mal časopis venovať, okrem odborných prác, najmä v rubrike Školské okienko?

Je správne, že Školské okienko existuje. Veď práve zdravotnícka škola rozličného typu formuje budúceho zdravotníka. Je prospešné, ak teda časopis dáva priestor pedagógom a žiakom, čím v nich len utvrdzuje spolupatričnosť s veľkou zdravotníckou rodinou. Odborná škola, ktorá je sice jednou nohou akoby v praxi, môže poskytnúť mnoho zaujímavostí zo svojho špecifického života.

Rubrika Školské okienko môže prezentať nové trendy zdravotníckej didaktiky a metodiky, prezentať žiakov v oblasti záujmovej činnosti i študentskej odbornej činnosti, oboznamovať so stážovými a výmennými pobytmi a prinášať skúsenosti z praktického vyučovania. Môže to byť rubrika, ktorá osvieží časopis svojou mladistvou študentskou iskrou.

Ďakujem za rozhovor
Zhováral sa prof. MUDr. G. Čierny, DrSc.
vedúci redaktor

Čo mi dala a dáva naša škola

Mgr. I. Kruličková,
bývalá riaditeľka školy:



Pred štyridsiatimi rokmi, po skončení štúdia na FF UK som prvý raz otvorila bránu SZŠ v Bratislave na Nedbalovej ul. Áno - rozhodla som sa ísť učiť, vychovávať a vzdelávať mladučké študentky - budúce zdravotníčky. Cenu takého rozhodnutia človek spozná až po rokoch.

O zložitosti práce a úlohach zdravotníckej školy som však nemala celkom jasné predstavu a ešte menej som vedela o konkrétnej práci sestier. Ale rozhodla som sa pre zdravotnícku školu, nuž som sa usilovala čo najviac vedieť.

I keď začiatky neboli jednoduché, boli to moje najkrajšie roky pedagogickej praxe. Veď ako triedna som bola so študentkami stále v kontakte - mohla ich lepšie poznať a pomôcť im nielen pri vzdelávaní, ale i formovaní ich osobnosti a nájsť správny vzťah k budúcemu povolaniu a životu. A moje študentky mi zase pomáhali získať ďalšie poznatky pre pedagogickú činnosť.

V tejto súvislosti nedá mi s vďakou nespoľahlivo na piateľskú a pokojnú atmosféru na škole. S úctou a vďačne spomínam na tých, ktorí ma uvádzali nielen do pedagogickej praxe, ale i do špecifík zdravotníckej školy. Boli to hlavne riaditeľ Bollandt, prof. Šimová, odborná učiteľka Dobišová, odborná učiteľka Čunderlíková, MUDr. V. Križan, MUDr. L. Huňan, MUDr. Pončuch, MUDr. Hromec a ďalší.

Prvé roky mojej pôsobnosti na škole boli tiež roky preformovania zdravotníckych škôl na stredné odborné školy s maturitou, ba i začiatky pomaturitného štúdia. I po rokoch, či už ako zástupkyňa riaditeľky školy alebo od r. 1979 ako riaditeľka školy, som mnohé poznatky získané v začiatkoch učiteľovania uplatňovala v pedagogickej a riadiacej práci.

S rozvojom medicíny a zdravotníctva u nás rásťli požiadavky na prípravu sestier, laborantov a ostatných budúcich zdravotníkov tak po stránke všeobecnovzdelávacej, ako odbornej a profesijnej výchovy pre širokú paletu prác v zdravotníctve.

Práca sestier a ostatných zdravotníkov bola stále náročnejšia v porovnaní s minulosťou.

Všetci pedagógovia a ďalší pracovníci školy sme si museli uvedomiť, že poslanie sestier je nielen spoločensky nesmierne významné, ale i ľudsky nezastupiteľné, ako aj náročné na bezprostredné uplatnenie teoretických vedomostí, praktickej zručnosti, morálno-vôľových vlastností, a to nielen po absolvovaní školy, ale už počas odbornej praxe v zdravotníckych zariadeniach.

Pre splnenie tak náročnej prípravy budú-

cich sestier sa musel sústavne inovovať obsah a metódy vyučovania, systematicky plniť úlohy profesnej výchovy, zlepšovať materiálne podmienky školy. Vybudovali sme odborné učebne a laboratóriá pre všetky aktivované odbory na škole. Učebné pomôcky boli doplnené o novú didaktickú techniku a prístroje potrebné pre zdravotníkov. Pre rastúci počet tried, odborov a študentiek získali sme ďalšie priestory pre školu. Škola po rozšírení mávala 30-40 tried a vyše 1200 študentov. Takýto stav a charakter výučby - odborov, skupín si vyžadoval náročnú riadiacu, pedagogickú, ale i hospodársko-administratívnu prácu. Zvýšené úsilie všetkých prinieslo svoje výsledky - naša škola patrila medzi najlepšie školy v celej republike. Absolventy sa veľmi dobre uplatňovali v praxi, v štúdiu na vysokých školách, viaceré po ďalších štúdiach učia na škole, ďalšie pracujú na iných úsekok. Aj keď niektoré odišli pracovať zo zdravotníctva, boli to hlavne príčiny finančné, rodinné a iné. Ale to je predsa v každom povolaní.

Naše absolventky v minulosti i v súčasnosti dobre reprezentujú školu i mimo našej republiky, a to nielen v Európe, ale i mimo nej. Ich veľmi dobré uplatnenie potvrzuje, že naša práca v škole bola zodpovedná, svedomitá a vykonávaná s láskou.

Spomínam na záslužnú a obetavú pedagogickú prácu všetkých vyučujúcich, najmä prof. Novotnú, Ing. Jariabkovú, prof. Halgašovú, PhDr. Kolárikovú - terajšiu riaditeľku školy, prof. Urcikánovú, prof. Valachovičovú, Ing. Matulákovú, Ing. Brozmanovú, MUDr. Menkynu, MUDr. Slabeycius, MUDr. Nohelovú, MUDr. M. Huťanu, MUDr. Deáku, MUDr. Kraku, MUDr. Vaškebovú, MUDr. Sakalovú, MUDr. Seleckého, MUDr. Janiša, inšpektorky MUDr. Toldyovú a PhDr. Ukropcovú.

Významnú pomoc nám poskytovali pracovníci ÚNZ MB, najmä riaditeľ MUDr. Menkyna, riaditeľ MUDr. Hladík, terajší riaditeľ FN akad. Dérera, ako aj pracovníci MZ SR, NV MB - odboru zdravotníctva, IDV SZP a Združenie rodičov a priateľov školy. Veľmi významná bola spolupráca so školiacimi pracoviskami a so zdravotníckymi školami v rámci celej Československej republiky.

Na našej škole zmaturovalo niekoľko tisíc študentiek a študentov. Veľa z nich som učila i ja. Väčšina sa k nám hľaši. Keď niektorá príde za mnou, aby si zaspomínať, alebo poradila sa hoci o svojej práci, defoch alebo iných otázkach, je to ďalší dôkaz toho, že som správne volila svoje povolanie, že som nepracovala zbytočne, i keď to bola

práca často náročná a zložitá, neľutujem a neľutovala som, že som si zvolila a učila po celý čas na Strednej zdravotníckej škole MUDr. I. Hálku v Bratislave.

Verím, že i ďalší, ktorí nastupujú po nás, budú pedagogickú cinnosť vykonávať nie len zodpovedne, ale i s láskou, dosiahnu ešte lepšie výsledky z hľadiska nových podmienok a perspektív. Želám im všetkým veľa trpezlivosti, radosti z práce a súl pri výchove sestier a ostatných zdravotníckych pracovníkov.

G. Čunderlíková - bývalý pedagogický pracovník školy:

Návrat do raných rokov môjho stredoskolského študentského žitia na Štátnej škole pre sociálno zdravotnú starostlivosť v Bratislave je späť s určitou dávkou nostalgie. Výrazne pritom ešte dnes dominuje



radosť z pozvania na prijímacie skúsky na túto jednu z dvoch vtedajších stredných zdravotníckych škôl na Slovensku, ktorá od svojho vzniku r. 1942, mala dobre domyselnú organizáciu a študijnú konцепciu. Radím k nej okrem iného aj spôsob prijímacieho pokračovania. Boli mu vyhradené dva dni. Jeden deň sa preverovali poznatky z predpísaných predmetov, druhý deň sa overoval zdravotný stav uchádzaciek. Z početného množstva (cca 120) z celého Slovenska, bolo prijatých len 24 účastníčok. Medzi podmienky štúdia patrilo aj úplné internátne bývanie, vrátane bratislavských žiačok, ktoré aj v dňoch pracovného voľna mohli odchádzať domov len na priamu žiadosť rodičov.

Život študentského kolektívu bol viazaný prísnym internátnym režimom. Z internátu bolo možné vychádzať len spoločne, a to v sprievode vychovávateľky. Prekvapivá

bola aj požiadavka jednotného oblekania do šiat matrózového typu, ktoré si každá z prijatých i s niekoľkými ďalšími predpísanými doplnkami prinášala so sebou.

Vlastná študijná osnova bola veľmi široká. Zahŕňovala predmety, ktoré zaručovali žiačkam získanie vedomostí, ktoré ako sociálno-zdravotné pracovníčky mohli dobre uplatniť vo všetkých úsekok činnosti. Na viac, okrem jedinej internej učiteľky a súčasne riaditeľky školy Dr. M. Václavikovej, výučbu zabezpečovali len externí učitelia, z ktorých každý vo svojom odbore bol doslovne kapacitou, ako napr. hlavný radca MUDr. L. Straka.

Žiaľ, celistvosť štúdia narušila druhá svetová vojna, ktorá kolektív triedy rozdelila na dve časti tak, že žiačky z Bratislav a bývalého západného Slovenska štúdium dokončili bez prerušenia, doplnili si ho len skúškou z ruského jazyka. Zvyšok, 8 žiačok zo stredného a východného Slovenska štúdium ukončilo až v šk. roku 1945-46., aj to asi len vďaka tomu, že si to samé vymohli na vtedajších ústredných školských a zdravotníckych orgánoch.

Nedá mi nespomenúť si aj na deviatu žiačku nášho zostávajúceho kolektívu. Bola ňou Zora Abrahámová z Banskej Štiavnice, ktorú spolu s otcom upálilo gestapo vo väpenke v Nemeckej.

Spôsob štúdia pri počte 8 žiačok v triede bol veľmi náročný a veľkou mierou prispel k vysokému osvojeniu poznatkov v každom vyučovacom predmete tak, že maturitné skúšky boli pre každú doslovne hravým odrazovým mostíkom do práce predurčenej sociálno-zdravotným pracovníčkam.

Sama som na tomto úseku, i keď rada a so záujmom pracovala len krátko, lebo ďalší rok mi vedenie už premenovalo školu na vyššiu sociálno-zdravotnú na čele s riaditeľkou prof. Š. Kovačičovou ponúklo prácu vychovávateľky v internáte školy, ktorá neskôr, po absolvovaní niekoľkých semestrov na Prírodovedeckej fakulte UK v Bratislave, absolvovala inštruktorského kurzu a Učiteľského inštitútu pre prípravu odborných učiteľiek pre zdravotnícke školy v Prahe, prerásťla do trvalej učiteľskej práce. Priznávam, že učiteľská práca na tejto škole sa na dlhé roky (či desaťročia), stala alfovou a omegou môjho žitia. Učila som žiakov v rôznych študijných odboroch (zdravotná sestra, detská sestra, ženská sestra, zubný laborant, asistent hygienickej služby), a to v základných i nadstavbových študijných formánoch, i v triedach reprofilizačného štúdia. Zažila som veľa zmien, ktorým sa škola v priebehu svojej existencie prispôsobovala.

Svoje študentské deti som vždy mala úprimne rada, snažila som sa ich nielen dobre učiť a naučiť, ale aj vychovávať tak, aby sa stali naozaj dobrými odborníkmi vo svojej profesií, ale aj dobrými čestnými a láskovými ľuďmi.

S potešením a hrdo konštatujem, že mnohé z mojich absolventiek sa zaradili na vedúce miesta v sesterských radoch a mnohé z nich svoje vedomosti, rozšírené štúdiom na vysokých školách, ako aj svoje sesterské skúsenosti a svoj um využili a využívajú v radoch odborných učiteľiek, či riaditeľiek na SZŠ. Bolo mi dopriate viaceré z nich zasväčovať do tajov učiteľského diaenia, do prípravy názorných výučbových pomôcok tak, ako to vyžadovali nové vedecké poznatky. Rada si spomínam a ešte i dnes po rokoch oceňujem, že nešetrili časom, že s potešením a nápadito dokázali aranžovať, napr. nové jednotky laboratórneho systému, a zviditeľniť ich na stenách v odborných učebniach a nebáli sa pri tom ani chôdze na vysokom rebríku. Ak som chcela svojim žiačkam odovzdávať dosť poznatkov, bolo mi treba sústavne rozširovať aj vlastné vedomosti, ale nielen v teoretickej rovine, ale hlavne také, ktoré boli oveřené tak ošetrovateľskou, ako aj medicínskou praxou.

Odporúčam, najmä mladým učiteľkám, aby sa nerozpakovali prijímať múdre poznatky a skúsenosti od svojich dospelejších žiačok z radov sestier a nebáli sa s nimi vstupovať do dialógu. Ak sú a budú múdre, ich autorita tým neutrpí.

E. Jamernegová,
diplomovaná všeobecná sestra,
vrchná sestra Chirurgického oddelenia
NsP v Ružinove v Bratislave:

Na túto otázkou by sa dalo odpovedať z rôznych hľadísk. Až s odstupom času, ak sa zamyslím nielen ja, ale určite i moje spo-



lužiačky by mi dali za pravdu, že šlola mi dala veľmi veľa. Nielen teoretické vedomosti a praktické zručnosti, ktoré sú špecifické pre zdravotnícke školy, ale ovplyvnili ma aj moji učitelia svojou osobnosťou. Nedá mi nespomenúť za odborné predmety na pani prof. triednu Halgašovú, panie Katnárovú, Rusnákovú, Czanikovú a ďalšie.

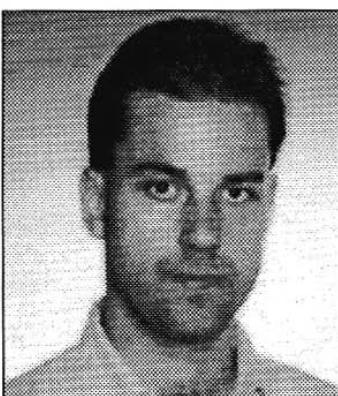
Tak ako i dnešné mladé študentky, ani ja som si neuvedomovala celú ťarchu zodpovednosti, ktoré povolenie zdravotnej sestry obnáša. Počas praxovania na nemocničných oddeleniach preberala zodpovednosť za nás učiteľka, a zrazu sme si v praktickom živote museli poradiť samé, učitelia nebole, stáli sme zoči - voči realite, zodpovednosti za životy každého chorého.

V súčasnosti k tejto zodpovednosti prihľadla pre mňa vyplývajúc z funkcie vrchnej sestry, ešte zodpovednosť za sestry, zadali si odborný rast v rámci ošetrovateľskej starostlivosti na chirurgickom oddelení.

Vývoj ošetrovateľstva si vyžaduje sústavné rozširovanie odborných vedomostí, čo ma donutilo znova zasadnúť do školských lavíc. Štúdium diplomovanej sestry mi dalo širší pohľad na profesiu sestry, ktorá nie je v súčasnosti len pasívnym vykonávateľom lekárskych ordinácií, ale je rovnocenným partnerom lekára, no k tomu sú potrebné nielen praktické zručnosti a neustále prehľadované odborné vedomosti, ale hlavne vedomosti týkajúce sa povinností a práv sestry.

MUDr. Martin Balko,
Záchranná dopravná zdravotná
služba v Bratislave:

Zdravotnícka škola mi pomohla pochopíť ošetrovateľskú prax v sesterských činnos-



tiach, skvalitniť psychologický prístup k chorým ľuďom, poskytovať ošetrovateľské služby na kvalitatívne vyššej úrovni a manažovať ošetrovateľskú starostlivosť.

Všetky tieto spomenuté aktivity v súčasnosti intenzívne využívam ako lekár záchrannej služby, ale aj ako externý učiteľ predmetu „prvá pomoc“, ktorý vyučujem na zdravotníckej škole, pričom s láskou spomínam na študentské roky.

A. Kováčová,
študentka 2. ročníka denného vyššieho
odborného štúdia v študijnom odbore
diplomovaná všeobecná sestra:

Škola na jednom z mnohých petržalských sídlisk sa na pohľad ničím neodlišuje od ostatných. Život v nej začína okolo siedmej a usíava neskoro poobede. Je pravda, že počtom žiakov prevyšuje ostatné, čo jej



dodáva na vážnosti a zaujímavosti. Neupiera jej ani pekné zelené prostredie, aké v tejto časti Bratislavы často chýba. No ani jedno z menovaných pozitív ma určite neovplyvnilo pri voľbe budúceho povolania.

Po skončení základnej školy som sa stala študentkou Strednej zdravotníckej školy MUDr. I. Hálka na Staromestkej ul. v Bratislave. Po presídlení do súčasnej budovy školy na Strečianskej ulici som absolvovala posledný, maturitný ročník. Do Bratislavы som odišla ako dievča, ktoré žilo doposiaľ s rodičmi v malom meste západného Slovenska. Nie však ako ustráchané, skôr veľmi zvedavé stvorenie. Po zoznamovaní v týždňoch nás zahrnuli kvantom poznatkov a informácií. Nikdy som nemala problém s učením, čo vyplývalo z mojej zvedavosti o všetkom vedeľ. Po čase prišlo obdobie, keď si človek musel vytvoriť o trochu tvárnejší spôsob školskej prípravy. Mnohí majú tendenciu tento typ školy podceňovať. Tvrdím opak. Nie je to možné už pre jej charakter, náplň a poslanie. Tu v škole som našla rýchlo ľudí, s ktorými sme si vyhovovali a našli spoločnú reč.

A po krkolomnej latine, spoznávaní ľudskej anatómie prišli odchýlky zdravia v chirurgii, vo vnútornom lekárstve, v pediatrii. Zoznámili nás so schránkou človeka. Nech si vraví kto chce, čo chce, to si vyžaduje odhadanie, odvahu, možno pevné nervy, tak potrebné pre povolanie sestry, predovšetkým silnú osobnosť. Dospievala som so svojimi spolužiackami a spolužiakom pri nemocničných posteliach.

Myslím, že v celkovom porovnávaní napr. s gymnaziastami by nikto nezapochyboval o vplyve školy na dospievajúcich. Je to jednoznačné, ako sa to prejavuje vo vyhranosti názorov, v postojočich, v správaní. Ako sme boli nútení rýchlejšie dospieť.

Kvalita odborných a klinických predmetov bola ovplyvnená veľmi dobrým výberom externých učiteľov, s ktorí sme väčšinou nadviazali akosi lepší vzťah, hoci neboli benevolentní. Možno to tak malo byť, možno je to paradox, tento vzťah sme si zriedka vypestovali k stálym, vnútroškolským profesorom, a vonkoncom to nebolo jednostranné.

Prišla stužková, najkrajšie z hodín študentského života. „Postoj chvíľa“, no rýchlo odišla, maturita a koniec. To nemôže byť pravda! Vo mne sa všetko búrilo. Posledné prázdniny, ktoré som si chcela dopriať. Roz-poslané žiadosti o zamestnanie, párs kladných, zo dve záporné odpovede. Na konci júna prijímacie skúšky. Ošetrovateľstvo v Martine nevyšlo. Čakala som teda na výsledok, ktorý som pokladala za reálnejší.

Momentálne som študentkou 2. ročníka vysšieho odborného štúdia, odbor diplomovaná všeobecná sestra, na našej škole. Nikdy sa nevenujem povrchne veci, ktorú považujem za dôležitú v živote, ani aj toto ma viedlo k ďalšiemu štúdiu. Z nadhládu necelých dvoch rokov, kedy som zmenila kolektív, ktorý sa takpovediac z laikov - gymnaziestov, či absolventov škôl nezdravotníckeho typu, počas roka až privelmi rýchlo adaptoval. Pri tempe výučby vzhľadom na ich vzdelenie to možno považovať za rýchlokurz. Neviem, či to slúži k dobru našej veci. Snáď ich môžem považovať v súčasnosti za rovnocenných.

Kvalita výučby sa nezmenila. Noví učiteľia, nové metódy. Zvykli sme si na nové podmienky, prispôsobili sme sa navzájom. Mnohé sa bude časom zdokonaľovať, celý systém diplomovaného štúdia určite čaká, zatiaľ asi márne, na dopracovanie. Nazvem ho ani ryba - ani rak. Spôsob klasifikácie do vysokoškolských indexov sa prelíná so študijnými kartami a odporúčaním, že učitelia môžu skúšať priebežne počas celého

semestra popri prednáškach. Máme to chápalo tak, že učíť sa aspoň s určitou pravidelnosťou, čo sice je vhodné, avšak v skúšobnom období byť skúšaní zo všetkého odznačenia. Apropo, skúškové obdobie na všetky predmety trvá oficiálne dva týždne, počas ktorých pokračujú aj klinické cvičenia v nemocnici.

Nemám povahu človeka, ktorý by sa vyvýšoval, alebo sa robil niekym, kým nie je. Nerobím zo seba vysokoškoláčku, možno ňou raz budem. Viem, že nevyrieším problém súčasnej situácie, nazvem to „aj v mojom rezorte“. Zašla by som asi ďalej, ak by som rozprávala, že spojenie školstva a zdravotníctva sa práve na zdravotníckych školách prepája a všetko sa od toho rozvíja.

Zmena a chuť po zmene musí vyjsť zspodu. Viete, že tu to už veľmi dlho vrie?

**Anna Gučová,
študentka 4. ročníka denného štúdia
v študijnom odbore všeobecná sestra,
tryeda VS 4. D:**

Tak to prišiel Začali sa maturity, dookola sa hovorí o témach, skúšaní, každý by chcel od „skúsených“ zaručený typ, ako sa dajú zvládnuť bez úplného zošedivenia. V rozhlase deň čo deň niekto posielal pozdrav spolužiakom - maturantom, učiteľom, kamarátom, známym, ...

Jeden z podobných pozdravov vo mne



vyladol spomienku na úplný začiatok, na prijímacie skúšky, kde sme sa prvýkrát stretli, celkom neznámi, na očakávanie, či nás prijali, na prvý deň v škole.

Každý z nás mal určitú predstavu o povolaní, pre ktoré sa rozhadol, aj o škole, na ktorú sa dostal. Učitelia nám začali vykáňať a my sme sa cítili takí dôležitejší, dospelejší, skrátka stredoškoláci.

Prekvapilo ma množstvo predmetov hneď

v prvom a ešte viac v druhom ročníku. Zdali sa také ťažké a nezvládnuteľné! No keď prestávali byť záhadou všetky tie pomôcky a postupy pri ošetrovateľských výkonoch, tešila som sa ako malá, že rozumiem ako a prečo funguje ľudské telo. Záhadný je aj pocit, že určite mám príznaky choroby, o ktorej sme sa práve učili v chirurgii alebo interne, najmä keď sa to poriadne zveličí.

Potom prišla prax. Ozajstný pacienti, nie už figurína v triede. „Trapasy“ a zároveň hrdoši, keď mi sestra z oddelenia zverila nejaký výkon ako seberovnej, krásne chvíle, keď pacient odchádza vyliečený domov a podákuje. Vtedy si uvedomím, že ďakuje aj za tú trošku mojej pomoci.

Počas celých štyroch rokov škola mala vysoké nároky na vedomosti - odborné i všeobecné, častokrát až privelmi aj tam, kde azda neboli také dôležité. Teoreticky sme určite na svoje povolanie pripravení, praktickú zručnosť preverí čas ...

Myslím, že táto škola mi rozhodne dala veľa. Dala mi život v spoločnosti, všetko diaľne okolo mňa ma neustále ovplyvňovalo a formovalo. Naučila ma pozitívne myšlien, pozitívne vnímať všetko okolo, svoj život a seba. A dávať. Dávať stále viac a viac. Len ten, kto veľa dá, veľa dostane.

Možnosti rozvoja tvorivosti žiakov

V základnom štvorročnom štúdiu na stredných zdravotníckych školách je aj nemálo nadaných a talentovaných žiakov, ktorí sa zaujímajú o viaceré oblasti medicíny, psychológie, pedagogiky, etiky, ošetrovateľstva a podobne vedné odbory. Tieto svoje záujmy môžu uplatňovať v rámci Stredoškolskej odbornej činnosti (SOČ), ako jednej z aktivít mimoškolskej činnosti. Ako garantka SOČ na našej škole venujem sa týmto žiakom už 10 rokov a na základe toho môžem povedať, že tieto aktivity majú veľký význam pre rozvoj budúcich stredných zdravotníckych pracovníkov. Žiaci, ktorí sa angažovali v SOČ, prejavujú obyčajne záujem študovať ďalej vo vyššom odbornom štúdiu, podľa zvoleného odboru diplomovanej sestry, alebo na vysokej škole s ošetrovateľským, psychologickým alebo pedagogickým zameraním. Z uvedeného vyplýva, že SOČ vzbudzuje u žiakov záujem o sebavzdelávanie a sebavýchovu, keďže spracovanie SOČ predpokladá cielavedenosť, trpezlivosť, systematicosť, schopnosť pracovať s odbornou literatúrou.

Riešenie zvolenej problematiky práce

SOČ vyžaduje tvorivý prístup pri jej riešení, čím sa rozvíja myšlenie, prehľbujú vlastné názory, vyjasňujú sa postoje. Ako konzultantka pomáham a usmerňujem žiakov v jednotlivých krokoch pri spracovávaní práce SOČ. Snažím sa, aby práce mali empirický charakter, hoci nepopieram ani to, že svoju hodnotu majú aj práce teoretického zamerania. V empirickej práci po stanovení cieľa a základných problémových okruhov pristupuje sa k výberu respondentov - základného súboru, k výberu prieskumných metód, k tvorbe pracovných hypotéz, ktoré sa overujú vybranými metódami, určí sa spôsob, čas, miesto a pod. získavania údajov, ich analýzy, triedenia, vyhodnotenia. Na to slúžia aj prehľadné tabuľky a grafy. V záverečnej časti sa poukazuje na dosiahnuté výsledky prieskumu a v realizačnom výstupe sa uvádzajú možnosti rationalizácie,

resp. zlepšenia situácie v danej problémovej oblasti.

Práce SOČ na našej škole sa zameriavajú na ošetrovateľstvo v širšom zmysle, čím sa sleduje umocnenie odbornej prípravy žiačok pri vzdelávaní a výchove stredných zdravotníckych pracovníkov, aby žiačky boli čo najlepšie pripravené na profesiu všeobecnej sestry, tak po stránke odborných vedomostí, ako aj etických, psychologických a pedagogických vlastností a schopností. Pri obhajobe práce SOČ žiačky majú možnosť vyskúšať si aj svoje komunikačné schopnosti, čo je pre profesiu všeobecnej sestry taktiež veľmi dôležité. Môžem tvrdiť, že žiačky na našej škole majú záujem o aktivity v rámci SOČ, a že sa v nich prejavili vo veľmi dobrom svetle. Rozhodne urobili dobré meno našej škole. Predovšetkým si však vytvorili dobré výcho-

diská pre svoje ďalšie sebavzdelávanie a sebavýchovu. Na základe uvedených skutočností som za to, aby sa ďalej pokračovalo v rozvíjaní aktivít v rámci SOČ, a to nie len na gymnáziách, stredných odborných školach, v tom aj stredných zdravotníckych školach, ale odporúčam realizovať SOČ aj na všetkých typoch stredných odborných učilišť. A to preto, lebo v informačnej spoločnosti sa permanentné štúdium, ku ktorému SOČ kladú dobré základy, stane nevyhnutnosťou. Ako garantka a konzultantka SOČ na našej škole mám preto vedomie dobre vykonanej práce a mám radosť z každého úspechu, ktorý je spoločným úspechom žiačok, školy i mojej mimoškolskej práce.

PhDr. I. Gulášová
učiteľka vyšieho odborného štúdia



Summaries

The extra-hospital care of patients with sudden cardiac death according the recommendation of European Society of Cardiology and European Resuscitation council S. Cagáň, I. Besedová

Summary: Most of acute heart attacks occur outside of hospital and also most of sudden cardiac death in ischaemic heart disease arrives in prehospital phase of care. The prehospital phase in acute myocardial infarction is the most dramatic and critical time during ischaemic heart disease. The European Society of Cardiology and the European Resuscitation Council has given recommendations aimed to the care of patients with acute myocardial infarction and other

acute heart attacks before the patient is brought in the hospital care. Authors in presented survey concern themselves with these recommendations. In view of our standard of extrahospital resuscitation it is evident that our health-care managers have a lot of tasks, and their realisation needs some correction also in the legislation of SR.

Key words: sudden cardiac death, extra-hospital care.

The need of continual education of nurses in practice D. Brázdilová, B. Raisová

Summary: Authors are occupying with continual education of nurses in practice, a need which arises with the demands put at the contemporary nursing care. In the paper is described a course of the education program dedicated to the care of decubiti and realized in

the High specialized therapeutic institute for tuberculosis and diseases of respiratory system at Nitra, Zobor, in Slovakia.

Key words: continual education, nurse, care of decubiti.

Transplantation of cornea at the Medical school hospital at Trnava P. Gavorník, K. Dachová

Summary: Authors are analyzing several aspects of the transplantation of the human cornea and the total reconstruction of the fore segment of the eye. There are described the former and the contemporary ways of providing a proper cornea material. The indications of cornea transplantation, some modern surgical procedures, their risks and complications are discussed. The microsurgical operation

on eye is to be performed also in ambulatory practice using local anesthesia. In the sphere of nursing care they are preferring a collective cooperation.

Key words: microsurgery, perforate keratoplastics, lamellar keratoplastics, hot keratoplastics, reconstruction of the fore segment of eye, transplantation of the human cornea.

Pain in ophthalmology P. Gavorník, K. Dachová

Summary: At present time there is no objective method for evaluation and quantification of pain. Itching, cutting, burning, and other descriptions of pain inclusive the immeasurable and torturing pain are just words, with possible different meaning for different people. The health-care professional has to accept the patient's information about his pain and about his evaluation of the therapeutic effect. The tolerance to the pain depends of two circumstances: the registration

of the pain and the reaction of the pain, which are individual. The insight into the pain is of use for the physician's diagnostic process as good as for the patient's interest.

Key words: phantom pain, pain of the cornea, pain of the ciliary corpus, pain behind the eye, dry eye, pain at the moment of accommodation.

The personality of the nurse and self-education E. Skaličanová

Summary: Work-load and responsibility put on the nurse's activities demands a person of not only professional but also certain personal qualities a person fully accomplished in her emotionality and personality. The author gives the space for the basic points of psychologi-

cal access of nurses to their patients, a to the self-recognition, self-education a to the definition of emotionally accomplished person.

Key words: psychological access to the patient, self-recognition, self-education, emotionally accomplished person.