

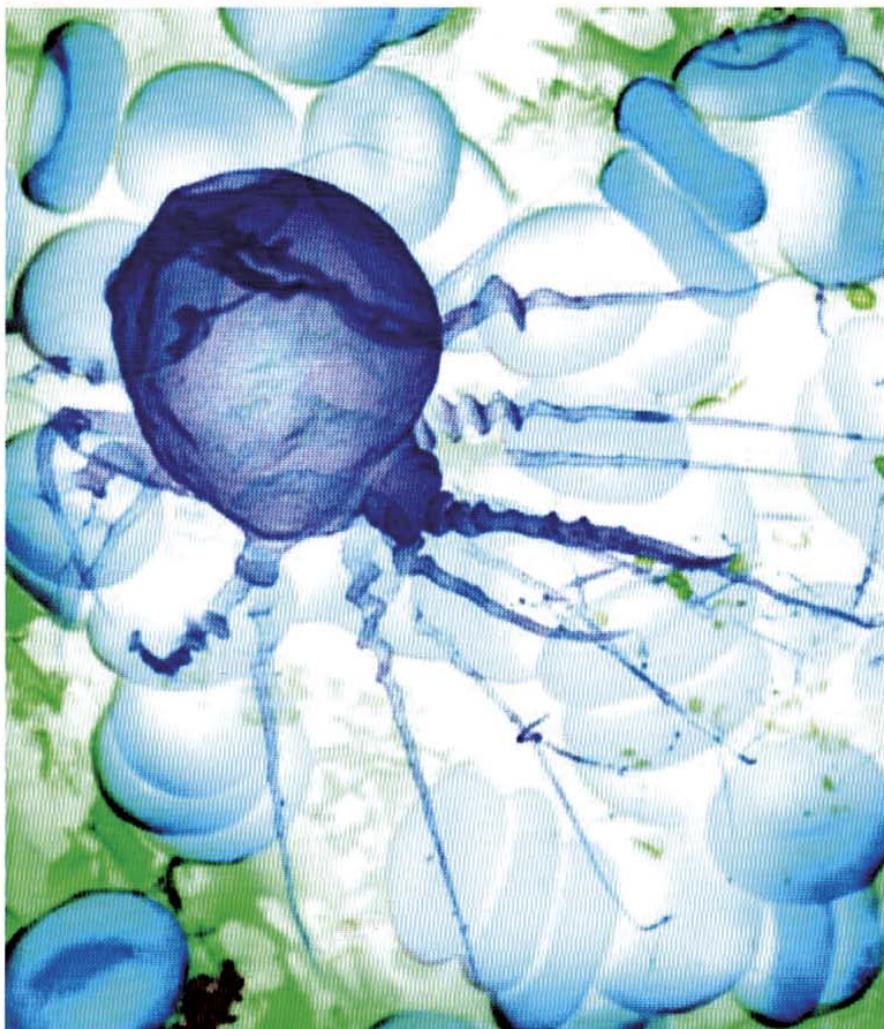
ISSN 1335-5090



REVUE OŠETROVATEĽSTVA A LABORATÓRNYCH METODÍK

ROČNIK VII. CENA 40 SK

2/2001



SLS
SLOVENSKA LÉKAŘSKA SPOLEČNOST

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: PhDr. Melánia Beňková, PhDr. Irma Bujdáková, Štefan Čelinák, prof. PhDr. Dana Farkašová, CSc.,

Mgr. Anna Herianová, PhD., doc. MUDr. Mária Kováčová, CSc., Slavomíra Krištofovičová,

PhDr. Alžbeta Mrázová (predsedníčka), Eva Skaličanová, Rozália Šeilingarová, Mgr. Gabriela Habdáková, PhD.,

Mgr. Katarína Žiaková

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

Adresa redakcie: Slovenská lekárska spoločnosť a inzercia:

Legionárská 4

813 22 Bratislava

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

Fotosadzba a grafická úprava: Ľudmila Mihalovičová

Cover design: Ján Ondrejka

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

Imprimovanie rukopisov 15. mája 2001. Číslo výšlo: jún 2001. 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: PhDr. Melánia Beňková, PhDr. Irma Bujdáková, Štefan Čelinák, prof. PhDr. Dana Farkašová, CSc.,

Mgr. Anna Herianová, PhD., doc. MUDr. Mária Kováčová, CSc., Slavomíra Krištofovičová,

PhDr. Alžbeta Mrázová (chairman), Eva Skaličanová, Rozália Šeilingarová, Mgr. Gabriela Habdáková, PhD.,

Mgr. Katarína Žiaková

Published by the Slovak Medical Association in Bratislava,

Legionárská 4, 813 22 Bratislava

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

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

OBSAH

Mníchovská deklarácia	
Pôvodné práce	
M. Tanáčová: Historický pohľad na zdravie a chorobu materského mlieka	
D. Syneková: Sledovanie indikátorov biologickej hodnoty materského mlieka	
J. Bartová: Kvantifikácia práce sestry pri neinvazívnych vyšetrovacích metódach v kardiologickej ambulancii u chorých s ischemickou chorobou srdca	
M. Mužíková: Bobathovský koncept v ošetrovaní pacienta s náhlou cievou mozgovou príhodou	
P. Gavorník, P. Bartovic, K. Dachová: Možnosti úspešného prognózovania vývoja porúch zrakovej ostrosti v očnicovej traumatológii	
P. Gavorník, V. Bartovic, K. Dachová, E. Hollanová, D. Šišková: Niektoré aspekty urgentnej oftalmológie	
D. Turoňová, Z. Ondrisová, M. Molnárová, P. Demeš, D. Magula, F. Dvořák: Sledovanie niektorých laboratórnych parametrov u pacientov s diabetickou nohou	
Náš rozhovor	64
45 Správy zo Slovenskej lekárskej spoločnosti	
Slávnočná celoslovenská konferencia pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier 2001	66
46 Vyznamenania pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier 2001	66
49 I. Karcagiová: 4. medzinárodná konferencia „Privádzame deti na svet“	66
51 Príspevky čitateľov	
53 K. Musilová, O. Tellerová: Kvalita života stomiků - dílčí výsledky výzkumu	68
55 K. Beregszásziová: Duševné zdravie všedného dňa	70
58 M. Kilíková: Netradičné metódy realizácie sesterských seminárov	71
A. Koláriková: Nové prístupy v pôrodnickej praxi	73
61 Súhrny v anglickom jazyku	74

CONTENT

Declaration of Munich	
Original Papers	
M. Tanáčová: Historical View about the Health and Disease	
D. Syneková: Monitoring of the Indicators of the Biological Value of Maternal Milk	
J. Bartová: Quantifying the Nurse's Work in the Non-Invasive Examination Methods in Cardiac Out-Patients with Ischaemic Heart Disease	
M. Mužíková: Conception of Bobath in Nursing Care of the Patient With Acute Brain Attack	
P. Gavorník, P. Bartovicz, K. Dachová, E. Hollanová, D. Šišková: Chances of the Successful Prognostics of the Sight Disorder Development in Traumatology of the Orbit	
P. Gavorník, P. Bartovicz: Some Aspects of the Urgent Ophthalmology	
D. Turoňová, Z. Ondrisová, M. Molnárová, P. Demeš, D. Magula, F. Dvořák: Monitoring of Some Laboratory Parameters in Patients with Diabetic Foot	
Our Interview	64
45 Report of the Slovak Medical Association	64
Distinguished Slovak Conference at the Occasion of the International Day of Nurses 2001	66
46 Awards at the Occasion of the International Day of Nurses	66
49 I. Karcagiová: Fourth International Conference „Bringing the Child to the World“	66
51 Contributions of Readers	
53 K. Musilová, O. Tellerová: Quality of Life of the Stomics. Partial Results of the Research	68
K. Beregszásziová: Psychical Health in Everyday Life	70
M. Kilíková: Unusual Methods in Arranging Seminars of Nurses	71
55 A. Koláriková: New Access in Obstetrical Practice	73
58 Summaries in English	74
61	

Mníchovská deklarácia

Sestry a pôrodné asistentky: Sila pre zdravie

17. jún 2000

Druhá Ministerská konferencia SZO o ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii v Európe poukazuje na unikátnu úlohu a podiel šiestich miliónov sestier a pôrodných asistentiek na rozvoji zdravia a poskytovaní zdravotníckych služieb. Od uskutočnenia prvej Ministerskej konferencie SZO, ktorá sa konala vo Viedni pred vyše 10 rokmi, sa urobilo niekoľko krokov v Európe, smerujúcich k posilneniu ich postavenia a k čo najvyššiemu využitiu potenciálu sestier a pôrodných asistentiek.

My, ministri zdravotníctva členských štátov európskeho regiónu SZO, participujúci na Mníchovskej konferencii:

Veríme, že sestry a pôrodné asistentky hrajú klúčovú a stále dôležitejšie úlohy v snahе spoločnosti vysporiadáť sa s výzvami verejného zdravotníctva súčasnosti, ako aj pri zaistovaní poskytovania vysoko kvalitných, dostupných, spravidlivých, efektívnych a citlivých zdravotníckych služieb, ktoré zabezpečujú kontinuitu starostlivosti a poukazujú na ich práva a stále sa meniace potreby.

Vyzývame všetky oprávnené inštitúcie v európskom regióne SZO, aby zintenzívnili svoju činnosť na posilnenie ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie nasledovnými krokmi:

- zabezpečiť podiel ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie na rozhodovacom procese na všetkých stupňoch rozvoja a implementácie politiky;
- poukazovať na prekážky, obzvlášť v oblasti politiky náboru pracovníkov, problémy v oblasti pohlavia

a postavenia, a medicínskej dominancie;

- poskytovať finančné výhody a príležitosti na kariérny postup;
- zlepšiť základné a kontinuálne vzdelávanie a umožniť prístup k vyššiemu vzdelávaniu v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii;
- vytvárať príležitosti pre sestry a pôrodné asistentky a lekárov na spoločné vzdelávanie v procese základného vzdelávania, ako aj v pokračujúcom vzdelávaní a prístupe k vyšiemu vzdelávaniu v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii;
- podporiť výskum a šírenie informácií, aby bol rozvoj ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie založený na vedomostiach a dôkazoch;
- hľadať príležitosti na zavedenie a na podporu programov a služieb v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii zameraných na komunity sestier a pôrodných asistentiek vrátane, a tam kde je to vhodné, zaviesť rodinnú sestrú;
- zvýšiť úlohu sestier a pôrodných asistentiek vo verejnem zdravotníctve, pri podpore zdravia a rozvoji spoločnosti;
- uznať, že odhadanie a vážne snahy smerujúce k posilneniu ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie by sa v našich krajinách mali podporovať pomocou:
- rozvoja zrozumiteľných stratégii plánovania pracovných síl, aby sa zaistil adekvátny počet dobre vy-

školených sestier a pôrodných asistentiek;

- zabezpečenia nevyhnutných legislatívnych a regulačných rámcových opatrení aplikovaných na všetkých stupňoch systému zdravotníctva;
- umožnenia, aby sestry a pôrodné asistentky mohli pracovať účinne a efektívne pri využití ich plného potenciálu, ako nezávislú a medzi sebou prepojení profesionálmi.

Zaväzujeme sa partnersky spolupracovať so všetkými zainteresovanými ministerstvami a inštitúciami, štatutárnymi, mimovládnymi, národnými, medzinárodnými a regionálnymi, aby sa úsilie tejto Deklarácie realizovali.

Apelujeme na Regionálny úrad SZO pre Európu, aby zabezpečil strategický dozor a aby napomáhal členským štátom vytvoriť koordinačné mechanizmy pre partnerskú spoluprácu s národnými a medzinárodnými agentúrami, aby sa posilnila pozícia ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie.

Žiadame regionálneho riaditeľa, aby pravidelne podával správy Regionálnemu výboru pre Európu, a aby zorganizoval prvé stretnutie pre monitoring a zhodnotenie implementácie tejto Deklarácie v roku 2002.

Ms Andrea Fischer
ministerka zdravotníctva
Spolkovej republiky Nemecko

Dr Marc Danzon
regionálny riaditeľ pre Európu
Svetová zdravotnícka organizácia

Pôvodné práce

M. Tanáčová

Vysokošpecializovaný odborný ústav tuberkulózy a respiračných chorôb v Nitre - Zobore

Historický pohľad na zdravie a chorobu

Súhrn: Chronologický pohľad na zdravie a chorobu od dávnych čias až po súčasnosť sa snaží čitateľovi sprostredkovať odpoveď na tieto dve dimenzie, ktoré sú časovo neohraničené a trvalo prítomné. Pokročenosť každej doby predkladá rôzne postoje a odpovede na ne. Problém komplexného pohľadu a názoru na zdravie a chorobu zostáva permanentne otvorený a neposkytuje jasnú odpoveď ani v terajšej dobe.

Kľúčové slová: zdravie, choroba, história, koncepcie, modely, programy, dokumenty.

Na úrovni makro- i mikrosveta neustále vznikajú zmeny paralelne s plynúcim časom, čo nám umožňuje na ne retrospektívny pohľad. Tieto zmeny následne nastávajú i v ponímaní zdravia a choroby.

V jednotlivých historických obdobiach sa významnosť a postoj k týmto pojmom striedali v závislosti od záujmu spoločnosti, jej hospodárskej a ekonomickej situácie, ako aj od pozornosti filozofov, učencov, vedcov, lekárov, psychológov i samotného obyvateľstva v príslušných storočiach.

V období staroveku v 3. a v 2. tisícročí pred Kristom si ľudia nevedeli vysvetliť príčiny vzniku chorôb. Koncepciou príčiny chorôb starovekých civilizácií Mezopotámie bola démonológia. Babylončania, Asýrčania a Sumeri sa domnievali, že choroby vznikajú pôsobením nadprirodzených bytostí, zlých duchov a démonov. Chorý človek sa stal posadnutým zlým duchom, ktorého bolo treba vyhnúť z tela von. Na rituáloch očistovania tela chorého sa zúčastňovali veštci, zaklínači, lekári. Egyptskí lekári pokladali za pôvodcov chorôb bohov, ktorých uctievali. Rozhnevaných bohov sa snažili upokojiť a požiadať o pomoc mnohými modlitbami, obeťami a sľubmi.

V 6. a 5. storočí pred Kristom sa ľudia v prípade choroby obracali na gréckeho boha lekárstva Asklepius. Postupne sa stavali svätyne, kde prichádzali chorí zdaleka a verili, že ich v spánku boh lekárstva vylieči. Toto bolo základom tzv. teologickej medicíny, ktorá využívala mágiu a rituály.

Paralelne sa však v gréckej medicíne využíala najmä koncepcia týkajúca sa pojmov zdravia - choroby a ich vzťahu k prírode. Grécka prírodná filozofia pokladala prírodu za všemocnú, čo sa odrazilo v medicíne Hippokratovho obdobia v 5. a 4. storočí pred Kristom. Hippokrates sa stal zakladateľom racionálno-empirickej medicíny, kde priebeh choroby už nezávisel od bohov, ale od konania lekára. Jeho liečebné postupy mali obnoviť rovnováhu človeka a prírody (1).

V 1. storočí pred Kristom podľa gréckeho lekára Asklepiadesa z Bitýnie choroba vzniká následkom zmien v sieti pór, ktoré pozostávajú z atómov. V nich sa pohybujú ďalšie atómy. Póry môžu byť príliš úzke alebo široké, čo môže zmeniť pohyblivosť týchto atómov. Táto mechanisticko-atomistická teória predpokladala, že telo sa skladá z atómov, čo vychádzalo z prírodnofilozofického učenia.

V 1. storočí po Kristovi nástupom kresťanstva prevláda v medicínskej koncepcii iatroteológia. Choroba sa chápala ako prejav vôle Boha, ktorý mal liečivú silu. V západných krajinách hlavným predstaviteľom bol Ježiš Kristus Liečiteľ¹. Najväčšiu hodnotu nemalo zdravie, ale spásu hriešného človeka.

Staroveká medicína významne ukončila svoje pôsobenie teóriou humorálnej patológie, ktorú vytvoril grécky lekár Galenos v 2. storočí po Kristovi. Podľa nej zdravie bolo dané rovnováhou kvality a množstva tekutých i pevných častí tela. Chorobný stav vznikal nerovnováhou telesných štiav. Táto teória takmer ďalších dvetisíc rokov ovplyvňovala teoretickú i praktickú časť medicíny. Až v novoveku bolo toto učenie spochybnené.

V západných európskych krajinách sa šíria od 6. do 12. storočia tzv. kláštorná (mníšska) medicína, ktorá vychádzala z iatroteologie z obdobia staroveku.

V stredoveku sa starostlivosť o chorých zabezpečovala v kláštoroch. Choroba bola trestom za spáchané hriechy. Ak sa chorý modlil a pocítil ľútosť, Kristus mu priniesol uzdravenie. V 12. storočí mníška Hildegarda z Bingenu zabezpečila vrcholný vzostup kláštornej medicíny. Snažila sa o prepojenie teológie i humorálnej patológie. Človeka považovala za mikrokozmos. Podľa nej telesné útrapy mohli vyvolať duševné choroby a naopak. Na vzájomnom fyzicko-psychickom pôsobení sa zakladala akákoľvek choroba (1).

Nástupom scholastickej medicíny nastalo oddalovanie lekárskej teórie od praxe. Poznatky a učenia boli výhradne prevzaté z preložených diel antických a arabských učencov, ktoré pokladali za jedinečné a neprekonateľné.

Obdobie neskorého stredoveku v 14. storočí bolo poznamenané epidémiami „čiernej smrти“. Zomrelo približne 25 miliónov ľudí v Európe. Príčinou moru bola pomsta alebo trest Boha, prípadne nedôvera v Boha.

V novoveku sa západoeurópska civilizácia postupne zbavovala scholastického myšlenia a orientovala sa na veci pozemské a na pokrok ľudstva. Myšlienkový prúd humanizmu a renesancie 15. a 16. storočia sa odrazil aj v medicíne. Stredom pozornosti sa stal človek a veda. Anatómovia patrili k priekopníkom novovekej medicíny. Položili sa základy fiziologie a chirurgie.

V prvej polovici 16. storočia taliansky lekár Girolamo Fracastoro sa zaoberal nákažami. Podľa neho sa prenášajú priamo alebo na diaľku živými choroboplodnými zárodkami (seminaria morbi). Tvrďal, že každá choroba má špecifického pôvodcu, pričom však nemyslel na živé mikroorganizmy, ale na určité hmotné častice alebo látky (1, 2).

V 17. storočí boli položené základy prírodovedných disciplín, ako je fyzika, astronómia,

mia a biológia. V medicíne vznikli dve konceptie iatrocémia a iatromechanika. V iatrocémii životné prejavy boli ovplyvnené a podmienené chemicky. V iatromechanike sa vysvetlovali zákonmi fyziky a mechaniky. Mechanická teória nadväzovala na antický atomizmus, ktorý sa opäť začal rozvíjať. Medzi novoatomistov patril René Descartes (Renatus Cartesius). Vo svojom fyzikálno-mechanickom modeli chápe človeka ako stroj, ktorý bol vytvorený Bohom a od tých čias pracuje samostatne. Pozostáva z fyzického tela a duše, ktorá je nesmrteľná a mysliacia, a jej sídlo je v epifýze. Postupne nastal odklon od Galenovej teórie humorálnej patológie. Tento princíp karteziánskeho dualizmu ovplyvnil myšlenie lekárov v nasledujúcich storočiach.

V druhej polovici 17. storočia vznikli dva rôzne modely ľudského organizmu. Nemecký lekár Friedrich Hoffmann na základe iatromechaniky považoval ľudské telo za zložitejší hydraulický stroj. Podľa neho príčinou choroby je porucha kolobehu krvi a samotnej krvi. Proti tejto mechanickej konceptii vytvoril nemecký lekár Georg Ernst Stahl svoju animisticú konceptiu. V nej zdôrazňoval dôležitosť duše. Príčinou zdravého alebo chorobného stavu je duša.

Osvietenstvo v 18. storočí nadväzovalo na renesanciu a humanizmus predchádzajúceho obdobia. Zameriavalo sa na rozvoj rozumu, vzdelania a boj proti predsudkom a poverám. Nastalo osamostatnenie anatómie, fyziológie, vznik patologickej anatómie a ďalších odborov medicíny, ako aj rozvoj prírodných vied. Na základe znalostí týchto odborov o ľudskom tele lekár mal plniť úlohu inžiniera, ktorý zasiahne v prípade poruchy mechanizmu stroja.

V prvej polovici 19. storočia medicína romantizmu sa spájala s filozofiou a prírodou. Zdravie a choroba by sa nemali vysvetľovať len mechanicky. Do popredia sa dostávala subjektivita pacienta, osobnosť lekára a vzájomný vzťah medzi nimi. Romantickí lekári sa zaujímali o psychológiu a psychiatriu.

V druhej polovici 19. storočia medicína začala využívať rôzne techniky merania krvného tlaku, pulzu, analýzy moču, krvi, auskultácie a perkusie. Pre lekára bolo rozdodujúce objektívne zistenie, pričom subjektívne pocití chorého nemali pre neho význam (1).

Nemecký lekár Rudolf Virchow vytvoril teóriu o bunkovej patológií, na základe čoho vznikla nová definícia choroby. Pôvodcom choroby boli bunky, ktorých výkonnosť sa mení spolu s lokálnymi zmenami tela.

Koncom 19. storočia sa bakteriológia sta-

la najvýznamnejšou prírodnou vedou. Bola rozvinutá na základe objavov významných osobností L. Pasteura a R. Kocha. K tomu prispelo aj zstrojenie prvých mikroskopov v Holandsku okolo roku 1600. Bežne používané sa stali až v druhej polovici 17. storočia. Holandský prírodotvorca Antony van Leeuwenhoek spozoroval mikroorganizmy pod vlastnoručne zhotoveným mikroskopom ako pohybujúce sa malé zvieratká.

Medicínske modely

Koncom 19. a začiatkom 20. storočia poznatky lekárov o pôvodcoch infekčných ochorení umožnili vytvoriť prvú koncepciu vzniku chorôb. Jednofaktorový model vyhľadával z podstaty, že mikroorganizmus pôsobiaci na ľudský organizmus je faktorom vzniku choroby.

Rozšírenie poznatkov o obranyschopnosti, ktorá ovplyvňovala vznik i priebeh infekčnej choroby, neskôr podmienilo vytvorenie dvojfaktorového modelu. Obidva modely sa sústredili len na biologický aspekt vzniku choroby, preto boli označené za biomedicínske modely (3, 4).

Biomedicínsky model mal výrazný vplyv na zníženie mortality u infekčných ochorení od 19. storočia. Akceptuje len teóriu samostatne existujúcej duše a tela. To sa odráža i v chápaniu choroby, ktorá nezávisí od psychických a sociálnych faktorov. Je poruchou normálnych funkcií, čiže výsledkom zlej funkcie buniek a orgánov. Model ignoruje psychosociálne aspekty choroby. V súčasnosti je tento model ľahko použiteľný v civilizačných chorobách (4, 5).

Dvadsaťteho storočia prinieslo výrazné zmeny v používaní prístrojovej techniky a v zdomácanovali mnohých medicínskych odborov sociálneho lekárstva, hygieny a sociológie medicíny. Nastala zmena aj v ponímaní ľudskej bytosťi. Zigmund Freud svojou teóriou nevedomia prelomil dovtedy uznávaný karteziánsky dualizmus oddeleného tela a duše. Vytvoril nový obraz ľudskej bytosťi, ktorú zobrazuje so všetkými fyzickými a psychologickými atribútmi (5, 6).

V 30. a 40. rokoch 20. storočia sa formovala psychosomatická medicína z neurológie a internej medicíny. Zabezpečila zavedenie subjektu do medicíny. Podľa Ludolfa von Krehla každá osobnosť je psychofyzickou jednotou. Priekopník psychosomatiky Viktor von Weizsäcker sa snažil prekonáť oddelenie subjektu a objektu a určiť vzájomné vzťahy telesných a psychických dejov. Tento nový pohľad na človeka a na chápanie zdravia i choroby presahuje hranice biomedicínskeho modelu (1).

Rozvoj nových medicínskych postupov

a technológií vytváral predpoklad pre vedecko-medicínsky pohľad na zdravie. Súčasne sa však formovalo nové ponímanie zdravia, ktoré vyúsilio do jeho definovania Svetovou zdravotníckou organizáciou (SZO).

V roku 1948 sa zdravie chápe ako: „stav úplnej fyzickej, psychickej a sociálnej pohody a nie iba neprítomnosť choroby alebo slabosti“ (7). Podľa niektorých autorov táto definícia má aj určité nedostatky, ale zároveň je hodnotená pozitívne, pretože zabezpečila prelomenie tradičného chápania zdravia biomedicínskeho modelu. V rámci tejto definície zdravie pozostáva z troch základných dimenzií, a to fyzická, psychická a sociálna. Jednotlivé dimenzie sa môžu od seba oddeliť, ale súčasne sú navzájom po-prepájané (8, 9, 10).

Neustále sa dopĺňajú a dotvárajú definície zdravia v závislosti od vedných disciplín, čo môžeme vidieť z našej a zahraničnej literatúry.

Zároveň nastal aj nový pohľad na chorobu. Štrukturálne a funkčné zmeny tkanív a orgánov sa prejavujú v somatickom stave jedinca, čo sa následne odzrkadluje i v psychickom stave ako subjektívne prežívanie strachu a úzkosti. Táto psychosomatická interakcia smeruje k rôznym obmedzeniam a vyradeniam z každodenných činností a plnení sociálnych rolí. Choroba má svoju biologickú, psychickú a sociálnu podstatu a následne i biologické, psychické a sociálne prejavy (7, 8).

V druhej polovici 20. storočia biomedicínsky model vzťahujúci sa skôr na infekčné choroby už nepredkladá dosťatočné vysvetlenie príčin vzniku civilizačných chorôb, ktoré súvisia so životným štýlom, spôsobom správania sa človeka a jeho interakciou so životným prostredím.

V 70. rokoch 20. storočia vznikla koncepcia bio-psicho-sociálneho modelu. Je to mnohofaktorový koncept zdravia a choroby. Podľa neho telo a duša sú neoddeliteľné. Neberie do úvahy len jeho mikroúroveň, ale aj interakcie biologických, psychologických a sociálnych faktorov na makroúrovni.

Takmer 300 rokov prevládajúci biomedicínsky model sa výlučne zaujímal len o chorobu. Bio-psicho-sociálny model zameriava svoju pozornosť hlavne na zdravie, ktoré sa pre človeka nestáva samozrejmým, ale musí ho sám dosiahnuť. Tento model má snahu udržiavať, povzbudzovať a posilňovať zdravie. Z tejto koncepcie vychádza aj psychoneuroendokrinológia, psychoneuroimunológia, behaviorálna medicína a psychológia zdravia (3, 4, 11).

Zdravie je dynamický proces, ktorý sa ne-

ustále mení následkom zmien organizmu a prostredia. Chápanie zdravia ovplyvňuje vývinové obdobie, v ktorom sa jedinec nachádza, pohľavie a socioekonomickej postavenie. Takmer každý človeka má schopnosť udržiavať svoje zdravie, čiže využívať potenciál organizmu, ktorý môže zvyšovať zámerou výchovou, zmenou životného štýlu, imunizáciou atď. Tak sa vytvára pojem „pozitívne zdravie“. Tento nový filozofický pohľad presadzuje sociológ Antonowski, ktorý sa nezameriava na patogenézu, čo je dominantné pre medicínu, ale na salutogenézu, čo je podpora a posilňovanie zdravia. Hľadá faktory, ktoré nám, pomôžu stať sa zdravšími [8, 12].

V druhej polovici 20. storočia sa postupne dospelo k tomu, že primárna prevencia, ktorá mala zabráňovať a znižovať výskyt chorôb, ako aj posilňovať zdravie obyvateľstva nebola natol'ko účinná. Leccos poukazuje na to, že človek považuje svoje telo, zdravie a životný štýl za oblasti, o ktorých sám rozhoduje a akýkoľvek zásah do nich preto chápe ako útok [13].

Na základe údajov o zdravotnom stave obyvateľstva z jednotlivých krajín sa dospelo k záveru, že je potrebné vytvoriť strategický postup pre globálne zlepšenie tejto situácie. Základom sa stal program SZO Zdravie pre všetkých do roku 2000. Každá krajina v rámci svojich možností mala adekvátnie adaptovať a modifikovať dokument špecificky pre potreby danej krajiny.

Vláda SR schválila v roku 1991 Národný program podpory zdravia (NPPZ) ako legislatívny nástroj na ochranu a podporu zdravia. Za týmto účelom bol vydaný aj Zákon NR SR č. 272/1994 Z. z. o ochrane zdravia ľudí. Na plnenie jeho úloh boli vytvorené Štátne zdravotné ústavy (ŠZÚ), ktoré zabezpečujú aj zdravotnú výchovu. V rámci ŠZÚ sa neskôr zriadili Poradenské centrá zdravotnej výchovy a podpory zdravia. NPPZ predpokladanú efektívnosť však nedosiahol, čo si vyziadalo jeho aktualizácia, ktorá sa uskutočnila v roku 1995. Tento NPPZ v jednotlivých prioritách kládol za cieľ zvýšiť osobnú zodpovednosť občana za seba a iných, zmenou postojov a motivácie za pomoc zdravotnej výchovy, výučby a zapájania sa do programov (Školy podporujúce zdravie, Zdravé mestá, Zdravé pracoviská atď.) [14].

V roku 1994 bola prijatá Koncepcia odboru ošetrovateľstva v našom štáte. Medzi hlavné úlohy odboru patrí podpora a udržiavanie zdravotného stavu, ako aj dosiahnutie u jedinca a rodiny aktívneho záujmu na podpore a udržaní svojho zdravia. Cieľom ošetrovateľstva je dosiahnuť zmenu návykov

a zložky na základe poskytnutých zdravotníckych vedomostí.

V roku 1996 sa konalo 49. svetové zdravotnícke zhromaždenie. Vo svojej rezolúcii vyzýva členské krajiny na posilnenie ošetrovateľstva. Zdôrazňuje predovšetkým ekonomickú efektivitu tohto odboru v poskytovaní zdravotníckych služieb [15].

Medzi najpočetnejšiu skupinu zdravotníckych pracovníkov na Slovensku patria sestry (okolo 40 000), čím do značnej miery môžu na seba prevziať určité úlohy pri zlepšovaní zdravotného stavu obyvateľstva. V roku 1997 bol u nás prijatý Národný plán rozvoja ošetrovateľstva, ktorého cieľom je ochrana, upevňovanie a udržiavanie zdravia, ako aj rozvíjanie ošetrovateľstva.

Pokračovanie programu SZO Zdravie pre všetkých stále ostáva pre členské krajiny aktuálne a nevyhnutné. Zmeny, ktoré nastali za posledných 20 rokov takmer vo všetkých oblastiach spoločnosti, si vyžadujú i následné zmeny v tomto programe. V roku 1998 bola prijatá inovácia programu Zdravie pre všetkých v 21. storočí, ktorá zahrnuje zmenenú koncepciu zdravia, nové infekčné choroby, zvýšený výskyt neinfekčných chorôb, zmenu životného štýlu a ďalšie faktory [16]. Tento modifikovaný dokument SZO je podnetom i pre našu krajinu na aktualizáciu NPPZ, ktorá bola prijatá uznesením vlády SR v roku 1999. Jeho snahou je zabezpečiť celoživotné vzdelávanie a výchovu v otázkach zdravia, či u jednotlivcov alebo v rodinách, meniť postoje ľudí k zdraviu a zvyšovať ich zodpovednosť za ich zdravie.

Medzi hlavné priority patrí rozvoj ľudských zdrojov pre zdravie, zabezpečenie zdravia rodiny, ako aj žitie zdravšieho a kvalitnejšieho života. Nevyhnutná je aj zmena v oblasti riadenia vo všetkých rezortoch, ktoré majú vyzvárať podmienky na zlepšenie zdravia. Zdôrazňuje zapojiť hlavné pracovníkov primárnej zdravotnej starostlivosti do podpory zdravia [17].

Pre všetky štáty sa podpora zdravia a prevencia ochorení stáva základným cieľom do nastávajúcich 20 rokov.

Všetky globálne zmeny sa odzrkadľujú v koncepcii primárnej zdravotnej starostlivosti a v zdravotníckom školstve. Novým prvkom v primárnej ošetrovateľskej starostlivosti sa stáva tzv. rodinná sestra, čo vyplýva z potreby podpory rodiny k zdraviu. Zabezpečí prepojenie medzi rodinou a rodičinným lekárom. Nebude poskytovať len starostlivosť, ale stane sa poradcом v oblasti životného štýlu, v úprave rizikového správania sa v zdravotných problémoch rodiny [18].

S týmito reformami zdravotnej starostlivosti je úzko spojené i vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. Stála rada sestier Európskej únie vypracovala dokument (curriculum) pre sesterské vzdelanie, ktorý sa stáva ponukou pre členské krajiny. Z tohto pedagogického dokumentu sa následne inovujú a rozvíjajú i kompetencie sestier. Ich úlohou je chrániť, udržiavať, obnovovať a podporovať zdravie jednotlivcov okrem ďalších kompetencií. Tieto uvedené funkcie sestry obsahuje i definícia úlohy sestier, ktorú vytvorila Rada Európy v roku 1994. Dokument zdôrazňuje, že je treba najprv začať s výučbou o zdraví a zdravej osobe, potom pokračovať o chorobách a ich liečbe. Zahŕňa i rozsiahlu kapitolu podpory zdravia a zdravotnej výchovy v rámci jeho obsahu [19].

Aj u nás zdravotnícke školstvo akceptuje nové návrhy a pokyny, ktoré sa stali súčasťou nastávajúceho transformačného procesu vzdelávania sestier i v našej krajine.

Globálny záujem o zdravie je podnetom pre zmeny v mnohých oblastiach, ktoré sa zdravím zaobrajú, čo sa odzrkadľuje v špecifickom prístupe a v pokynoch každej krajiny..

Napokon až čas ukáže, či nás tieto zmeny priviedú na cestu zdravia, či sa skutočne zdravie stane dominantnou hodnotou v hierarchii záujmu spoločnosti, a či sa dosiahne čiastočná eliminácia pozitívneho postoja k hmotným a materiálnym statkom.

Od nás všetkých závisí, akými prostriedkami si budeme život skracovať alebo predĺžovať, pretože sa stáva príliš krátke na to, aby sme ho mohli naplniť v zdraví prežiť.

Literatúra: 1. Schott, H., Müller, I. W., Roelcke, V., Wolf-Braunová, B., Schadewaldt, H.: Kronika medicíny. 1. vyd. Bratislava, Fortuna Print 1994, 647 s. - 2. Kmety, E. a kol.: Epidemiológia. 1. vyd. Martin, Osveta 1983, 184 s. - 3. Ághová, L. a kol.: Hygiena. Martin, Osveta 1993, 267 s. - 4. Křivoňáková, J.: Nový pohled na zdraví a nemoc. Psychol dnes, 5, 1999, č. 1, s. 8-11. - 5. Mastiliaková, D.: Holistické prístupy v peči o zdraví. 1. vyd. Brno, Institut pro další vzdelávání pracovníků ve zdravotníctví 1999, 164 s. - 6. Hall, C. S., Lindzey, G., Manosevitz, M., Loehlin, J. C.: Psychológia osobnosti. 2. vyd. Bratislava, SPN 1999, 510 s. - 7. Zikmund, V.: Health and disease: biological, psychological and social aspects. Stud psychol, 34, 1992, č. 2, s. 101-113. - 8.

Bartlová, S.: Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny. 4. vyd. Brno, Institut pro ďalší vzdelávanie pracovníkov ve zdravotníctví 1999, 125 s. - 9. - Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R.: Ošetrovateľstvo 1. 1. vyd. Martin, Osveta 1995, 836 s. - 10. Zikmund, V.: Sociálne životné prostredie: Osobitosti vplyvov na zdravie človeka. Bratisl Lek Listy, 96, 1995, č. 10, s. 573-574. - 11. Zikmund, V.: Psychosomatické aspekty zdravia a chorôb. Bratisl Lek Listy, 94, 1993, č. 10, s. 561. - 12. Křivohlavý, J.: Výročný seminár sekce „Psychologie zdraví“ - Vernířovice 1995. Podpora zdraví, 4, 1995, č. 2, s. 52-54. - 13. Kadlec, J.: Pozitívne zdraví a jeho indi-

kátory v současné odborné literatúre. Č. Psychologie, 35, 1991, č. 2, s. 118-125. - 14. Dôvody aktualizácie Národného programu podpory zdravia. Zdravotnícke noviny, 44, 1995, č. 23, s. 1-4. - 15. Plnenie úloh vyplývajúcich z členstva Slovenskej republiky vo Svetovej zdravotníckej organizácii. Zdravotnícke noviny 3/47, 1998, č. 21, Príloha, s. 1-4. - 16. Zdravie pre všetkých - dvadsaťteprve storočie. Program Svetovej zdravotníckej organizácie aj pre budúcnosť zostáva aktuálnym strategickým dokumentom. Zdravotnícke noviny, 5/49, 2000, č. 3, s. 6. - 17. Národný program podpory zdravia v SR. Opatrenia vedúce k udržaniu a po-

silneniu zdravia sú pre štát prvoradou úlohou. Zdravotnícke noviny, 5/49, 2000, č. 10, s. 6. - 18. Nová koncepcia primárnej ošetrovateľskej starostlivosti. Slovenský zdravotník, 9, 2000, č. 1, s. 4. - 19. Dokument o vzdelávaní - stanovisko Stálej rady sestier EÚ (PCN). Slovenský zdravotník, 9, 2000, č. 1, s. 5-8.

Do redakcie došlo:
20. marca 2001

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

D. Šynečková
Štátny zdravotný ústav Slovenskej republiky v Bratislavе

Sledovanie indikátorov biologickej hodnoty materského mlieka

Súhrn: Látky potrebné pre život prijíma dieťa v potrave. Nenahraditeľný zdroj potravy pre kojencov je dojčenie. Pre nich je aj dnes materské mlieko pre svoju výživovú hodnotu dôležitou potravou v prvých šiestich mesiacoch života. Zodpovedá potrebám kojencu, na rozdiel od umelej výživy sa jeho skladba priebežne mení podľa potrieb. Materské mlieko má nižší obsah bielkovín a vápnika a vyšší obsah sacharidov, čo zabezpečuje všetky potreby pre rast a vývoj dieťaťa. Základnými živinami pre rast a vývoj sú bielkoviny, tuky a sacharidy, ktoré obsahujú aj potrebnú energiu. Ďalšími zložkami sú vitamíny, minerálne látky a voda.

Kľúčové slová: materské mlieko, živiny, minerálne látky, metódy stanovenia v potravách.

Látky potrebné pre život, rast a vývoj organizmu prijíma dieťa v potrave. Dojčenie je nenahraditeľný spôsob poskytovania potravy dieťaťa, ktoré je ideálne pre jeho zdravý rast a vývoj. Má jedinečný vplyv na biologické a psychické zdravie dieťaťa a matky (1).

Materské (ženské) mlieko je tekutina veľmi komplexná a zložením zodpovedá potrebám kojencu. Na rozdiel od umelej výživy sa jeho skladba priebežne mení podľa meniacich sa potreby kojencu.

Materské mlieko má najnižšiu koncentráciu bielkovín v porovnaní s inými druhmi mlieka. Táto hladina zabezpečuje optimálny rast a vývoj dieťaťa, ale zároveň vyhovuje stavu nezrelých obličiek kojencu. Aj obsah tuku a vitamínov v ženskom mlieku zodpovedá potrebám kojencu (tab. 1).

Všeobecne povedané správna výživa matky je najefektívnejší spôsob zabezpečenia dostatku vitamínov pre kojencu. Toto neplatí o jednotlivých mineráloch. Koncentrácia minerálov je nižšia v materskom mlieku ako

v umelej výžive. Pre kojencov je však ešte aj dnes materské mlieko v prvých šiestich mesiacoch života optimálnou potravou pre svoju výživovú hodnotu.

Prirodzená výživa materským mliekom zabezpečuje všetky potreby dieťaťa. Spočíva v prísune potravy, primerane vývojovému stupňu - zaľažuje gastrointestinálny trakt, obličky a pečeň kojencu. Chráni dieťa pred infekciami, podporuje priaznivý vývoj citovej väzby matka - dieťa.

Základom výživovej hodnoty materského mlieka sú bielkoviny, tuky, sacharidy, minerálne látky a vitamíny.

Živiny a ich biologická výživová hodnota

Základnými živinami sú bielkoviny (protein), tuky (lipidy) a sacharidy (cukry), ktoré okrem výživovej hodnoty obsahujú aj potrebnú energiu. Ďalšími dôležitými látkami v potrave sú vitamíny, minerálne látky a voda.

Bielkoviny sú zložité organické zlúčeniny

uhlíka, kyslíka, vodíka, dusíka, niektoré aj síry, fosforu a železa. Základnou stavebnou zložkou proteinov sú aminokyseliny. Sú základnou súčasťou všetkých tkanív a orgánov, sú vo všetkých tekutinách a vyučovacích žlázach. Nižší obsah bielkovín v materskom mlieku oproti obsahu bielkovín v kravskom mlieku je prispôsobený pomalšiemu rastu dieťaťa.

Materské mlieko je charakteristické nielen čo sa týka množstva bielkovín, ale má špecifické zloženie bielkovinových druhov, ako aj aminokyselín, ktoré sú ich súčasťou. Dôležité je množstvo aminokyselín, ktoré predstavujú základné kamene bielkovín.

Jedným z dôvodov, prečo kojené dieťa vystačí s malou dávkou bielkovín je ten, že množstvo aminokyselín odpovedá presne špecifickým potrebám dieťaťa. Obsah aminokyselín kravského mlieka je pre dieťa úplne nefiziologický.

Materské mlieko je svojím zložením albuminové, pričom kravské mlieko svojím zložením patrí medzi mlieka kazeinového typu. Bielkovina materského mlieka obsahuje 60 % ľahko strávitelného a druhovo špecifického laktalbumínu, ktorý bielkovina kravského mlieka obsahuje približne iba 15 % laktalbumínu a 85 % ľahšie strávitelného a tým menej vhodného kazeínu.

Sacharidy sú organické zlúčeniny uhlíka, kyslíka a vodíka, zahrňujúce jednoduché cukry, a to monosacharidy a disacharidy, ako aj oligosacharidy. Patria sem aj vysokomolekulové polysacharidy, ako sú škrob, glykogén a komplex nestrávitelných polysacharidov,

tvoriaci podstavu poživatinovej vlákniny.

Základným sacharidom v materskom aj v kravskom mlieku je laktóza - mliečny cukor. Je veľmi dobre strávitelný a ako ostatné cukry je výdatným zdrojom energie.

Sacharidy predstavujú najpohotovejší zdroj energie pre potreby organizmu, a preto sa uvádzia, že poskytujú spotrebnej energiu na rozdiel od tukov, ktoré predstavujú viac - menej zdroj zásobnej energie.

Rozdiel medzi materským a kravským mliekom spočíva v tom, že množstvo sacharidov v materskom mlieku je vyššie ako v kravskom mlieku (tab. 1).

Tuky sú organické zlúčeniny uhlíka, kyslíka, vodíka, alebo aj fosforu a dusíka.

Patria medzi ne živočíšne tuky a oleje, ktoré sú estermi vyšších mastných kyselín a glycerolu a niektoré ich sprievodné látky ako sú glykolipidy, fosfolipidy a steroly.

Tuky majú veľký význam pri výžive materským mliekom, pretože svojím obsahom kryje viac ako 50 % energetickej potreby dieťaťa. Jeho trávenie je ulahčené veľmi účinou lipázou, ktorá sa nachádza v materskom mlieku (v kravskom nie). Sú hlavnými dodavateľmi energie. Ich energetická hodnota je dvakrát väčšia ako hodnota bielkovín a sacharidov.

Minerálne látky. Potravou dostáva a musí stále dosťávať organizmus minerálne látky. Ich úloha v organizme je veľmi dôležitá. V materskom mlieku sa zistilo nižšie množstvo minerálií ako v mlieku kravskom. Tento nízky obsah minerálií má dôležitý význam, chráni dieťa hlavne pred funkčným preťažením obličiek, spojeným s potrebou vylúčiť nadbytok minerálií.

Vápnik je súčasťou všetkých buniek. Je dôležitý pre pevný rast kostí, zubov, pre normálnu zrážanlivosť krvi, nervosvalovú dráždivosť a správnu srdcovú činnosť.

Metódy stanovenia

Stanovenie bielkovín výpočtom z množstva dusíka stanoveného metódou podľa Kjeldahla (2). Do mineralizačnej skúmavky sa napipetuje 5 ml materského mlieka. Pridajú sa varné guľôčky, jedna tabletka Kjeltabs a 12 ml koncentrovanej kyseliny sírovej. Obsah skúmavky necháme stáť 12-24 hodín. Potom vzorku mineralizujeme v mineralizátore pri teplote 420 °C. Zmes sa mineralizuje do vyjasnenia a odfarbenia tak, aby obsah banky bol číry. Obsah sa ochladí na teplotu cca 40 °C, opatrne sa pridá 50 ml vody, ochladí sa na izbovú teplotu a vloží sa do destilačného prístroja Kjeltec. Ako predloha sa použije kužeľová banka, do ktorej sa odmeria 25-50 ml roztoku kyseliny boritej ($c = 40 \text{ g/l}$) a pridajú sa

4 kvapky indikátora Tashiro. Do mineralizačnej skúmavky sa pomocou pumpy nadávkuje 50 ml roztoku hydroxidu sodného ($c = 330 \text{ g/l}$) a zapne sa vyvíjač pary. Po zachytení cca 150 ml destilátu sa destilácia ukončí, banka sa vyberie z prístroja a jej obsah sa titruje roztokom kyseliny sírovej ($c = 0,1 \text{ mol/l}$) do fialovoružového sfarbenia. Kontrolné stanovenie (slepý pokus): postupuje sa rovnako ako pri vlastnom stanovení.

Výpočet:

Celkové množstvo dusíka (z) v % (g/100 ml) sa vypočíta podľa rovnice:

$$z = \frac{(a-b) \cdot c \cdot \text{presná} \cdot 14,01 \cdot 100}{n \cdot 1000}$$

a - spotreba roztoku kyseliny sírovej v ml

b - spotreba roztoku kyseliny sírovej v ml na slepý pokus

cpresná - presná koncentrácia kyseliny sírovej v mol/l

n - navážka, objem v ml

14,01 - molárna hmotnosť ekvival. dusíka (g/mol)

Celkové množstvo bielkovín (x) v percentách sa vypočíta podľa rovnice:

$$x = B \cdot z$$

z - množstvo dusíka v %

B - 6,38 prepočítavací faktor pre mlieko, mliečne výrobky.

Stanovenie tuku v mlieku acidobutyrometrickou metódou. Do butyrometra sa napipetuje 10 ml Gerberovej kyseliny sírovej a 11 ml materského mlieka vytemperovaného na 20 °C tak, aby sa kvapaliny nezmiešali. Pridáme 1 ml amylalkoholu a butyrometer zazátkujeme. Potom sa roztok dôkladne premieša a posunutím zátky sa upraví hladina k najvyššiemu dieliku stupnice. Butyrometer sa vloží do odstredivky a odstreduje sa pri predpísaných otáčkach. Po odstredení sa na stupnici butyrometra odčíta % (g/100 ml) tuku.

Stanovenie vápnika v materskom mlieku. Vápnik sa stanoví priamo v mlieku, ktoré sa zalkalizuje roztokom hydroxidu draselného, titruje sa roztokom dvojsodnej soli kyseliny etylénidiamintetraoctovej (Na_2EDTA) na zmesný indikátor (fluorexon + tymolftalexon + murexid + dusičnan draselný). Do titračnej

banky sa odpripetuje 10 ml vzorky, pridá sa 5 ml roztoku KOH ($c = 4 \text{ mol/l}$) a cca 0,2 g zmesného indikátora a titruje sa roztokom Na_2EDTA ($c = 0,01 \text{ mol/l}$) do prechodu modrej farby do modrofialovej. Slepý pokus sa vykoná s vodou.

Výpočet:

Množstvo vápnika v mg Ca v 100 ml mlieka (x) sa vypočíta podľa rovnice (3).

$$x = \frac{(a-b) \cdot c (\text{Na}_2\text{EDTA}) \cdot 40,08 \cdot 100}{n}$$

a - množstvo (Na_2EDTA) v ml, spotreba pri titrácií vzorky

b - množstvo (Na_2EDTA) v ml, spotreba pri titrácií slepého pokusu

c - presná konc. $\text{Na}_2\text{EDTA} c = 0,01 \text{ mol/l}$

n - 10 ml vzorky

Stanovenie sacharidov. Pre zložitosť tejto skupiny sa celkové sacharidy zväčša vyhodnocujú výpočtom z rozdielu množstva sušiny (S) a súčtu bielkovín (B), tukov (T) a popola (P)

Sacharidov v % (g/100 ml) = $S - (B+T+P)$

S - sušina v %

B - bielkoviny v %

T - tuky v %

P - popol - odčítané z tabuľiek - 0,25 %

Stanovenie sušiny v materskom mlieku (4). Pre výpočet množstva sacharidov je potrebné stanoviť sušinu vo vzorke mlieka.

Stanovenie sušiny sa robí na prístroji - analyzátor vlhkosti HR 73. Stanovenie sušiny je založené na termogravimetrickom princípe, t. j. sušina (vlhkosť) sa určuje zo straty na hmotnosti zahrievaním vzorky halogénovou sušiacou jednotkou. Počas sušenia prístroj nepretržite určuje hmotnosť vzorky pomocou zabudovaných presných váh. Po ukončení sušenia sú obsah sušiny alebo vlhkosti vo vzorke zobrazené ako konečný výsledok.

Záver

Priemerné hodnoty výsledkov získané analýzou 10 vzoriek materského mlieka v našom laboratóriu sú v zhode s hodnotami parametrov, ktoré uvádzajú Poživatinové tabuľky (5 B, 6). Tieto výsledky potvrdzujú rozdielnosť zloženia materského (ženského) mlieka a kravského mlieka. Nižší obsah

Tabuľka 1. Priemerné hodnoty vybraných parametrov v kravskom a v materskom mlieku (Výpis z Poživatinových tabuľiek) (3).

Druh mlieka	Bielkoviny	Tuky (g/100 ml)	Sacharidy	Вápnik (mg/100 ml)
Kravské	3,25	3,73	4,70	121,6
Materské	1,30	3,78	7,10	30,7

bielkovín a vápnika a výšší obsah sacharidov v materskom mlieku (tab. 1 a tab. 2) má za následok, že materské mlieko zabezpečuje všetky potreby dieťaťa pre jeho rast a vývoj.

Literatúra: 1. Houštěk, J. a kolektív: Detektívské lekárstvo. Učebnica pre LK. Martin, Osvetla 1984, ... s. - 2. ŠPP CHP/15/IP/98,

Stanovenie bielkovín výpočtom z množstva dusíka stanoveného metódou Kjeldahla.

- 3. ŠPP CHP/21/IP/114, Stanovenie vápnika v mlieku a tekutých mliečnych výrobkov.
- 4. ŠPP CHP/2/STN57 0104-3, Stanovenie sušiny (vody, vlhkosti) v potravinách.
- 5. Strmiska, F. a kolektív: Požívatinové tabuľky, I-potravinové suroviny. Bratislava, VÚP 1988, ...s. - 6. Strmiska, F. a kolektív:

Požívatinové tabuľky, II-potravinárske výrobky. Bratislava, VÚP 1992, ...s. - 7. STN 57 0530, Metódy skúšania mlieka a tekutých mliečnych výrobkov, čl. 43.

Do redakcie došlo: 28. februára 2001
Adresa autorky:
D. Syneková
Trnavská ul. č. 72
821 02 Bratislava

Tabuľka 2. Výsledky analýz množstva základných živín a vápnika v materskom mlieku

Poradové číslo	Bielkoviny	Tuky	Sacharidy (g/100 ml)	Sušina	Vápnik (mg/100 ml)
1.	1,41	2,60	7,87	11,88	22,59
2.	1,64	4,10	9,23	14,97	42,75
3.	1,09	4,20	6,68	11,92	29,31
4.	1,30	3,30	5,63	10,23	30,36
5.	1,16	2,50	6,41	10,23	21,62
6.	1,30	3,50	7,58	12,64	24,04
7.	1,46	4,20	6,90	12,77	26,86
8.	1,06	1,50	7,91	10,72	23,04
9.	1,23	4,00	7,89	13,37	21,80
10.	1,50	5,40	7,68	14,83	28,32
Priemer	1,32	3,53	7,38	12,36	27,07

J. Bartová
Interné oddelenie NsP sv. Barbory v Rožňave

Kvantifikácia práce sestry pri neinvazívnych vyšetrovacích metódach v kardiologickej ambulancii u chorých s ischemickou chorobou srdca

Súhrn: V práci sa uvádzajú skúsenosti pri diagnostike chorých s ischemickou chorobou srdca (ICHS), poukazuje sa na kvantifikáciu práce sestry pri neinvazívnych vyšetrovacích metódach (NVM). Autorka si všíma informovanosť pacientov pred vyšetreniami, poskytuje časovú snímku jednotlivých NVM a zároveň poukazuje na úlohu sestry, na kvantifikáciu jej práce.

Kľúčové slová: ischemická choroba srdca, neinvazívne vyšetrovacie metódy, kardiologická ambulancia, kvantifikácia práce sestry.

Kardiovaskulárne choroby sa dostali na prvé miesto v celkovej mortalite obyvateľstva a až 50 % všetkých úmrtí je podmienený predovšetkým ICHS, ktorá sa hodnotí ako dávno známy chorobný stav, ktorý postupne nadobudol charakter epidémie. Je to skutočnosť, ktorá zaujala pozornosť nielen zdravotníckych pracovníkov, ale aj pedagógov, ekonómov, sociológov, psychológov a ďalších odborníkov. Za pomoc modernej zdravotníckej techniky, najmä v posledných desaťročiach, sa postupne zasahuje do jej prevencie, diagnostiky a liečby.

Vzhľadom na aktuálnosť problematiky sme sa rozhodli pre realizáciu ošetrovateľského výskumu v NsP sv. Barbory v Rožňave. Našim výskumným problémom bola základná výskumná otázka: Aký je vzťah medzi kvalitou informovanosti a úspešným priebehom NVM realizovaných v kardiologickej ambulancii z pohľadu sestry? Vo vzťahu k výskumnému problému sme si vytýčili tieto ciele:

- preskúmať informovanosť pacientov pred NVM,
- zistiť, kto je primárny zdrojom informácií,

- preskúmať, akú úlohu pri tom zohráva sestra,
- skúmať časovú snímku jednotlivých NVM,
- identifikovať, ktorá NVM je časovo najnáročnejšia pre pacienta a ktorá pre sestru.

Súbor a metodika

Výberový súbor tvorilo 50 respondentov, ktorí sa zúčastnili na vyšetrení. Z tohto počtu bolo 28 mužov a 22 žien vo veku od 40 do 73 rokov, 12 respondentov bolo so základným, 23 so stredoškolským a 15 s vysokoškolským vzdelaním.

Výskumnú sondu sme realizovali od januára 1998 do januára 1999. Miestom realizácie bola kardiologická ambulancia pri internom oddelení, ktorá je charakteristická tým, že sú tu vyšetrovaní nielen ambulantní pacienti prichádzajúci na odporúčanie praktického lekára, ale aj pacienti, ktorí sú práve hospitalizovaní na tomto oddelení, alebo

prichádzajú z iných oddelení na konziliárne vyšetrenia.

Našou výskumnou metódou bola dotazníková metóda, dopĺňujúcou metódou pozorovanie a meranie časovej snímky práce sestry pre nezávislých ošetrovateľských úkonoch.

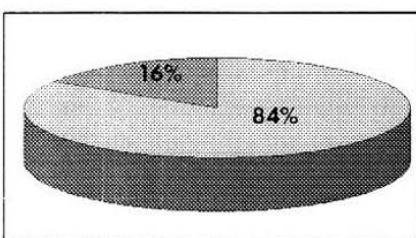
Výsledky

V položke, ktorá sledovala úroveň informovanosti o vyšetrovacomých metódach realizovaných v kardiologickej ambulancii sme dospeli k záveru, že väčšina respondentov bola dobre informovaná (graf 1).

Graf 1. Na otázku, v ktorej sme sa zameriavali na vedomosti o vyšetrovacomých metódach realizovaných v kardiologickej ambulancii, respondenti (R) odpovedali:

42 R 84 % bolo veľmi dobre informovaných o vyšetrovacomých metódach, ktoré sa realizujú v kardiologickej ambulancii

8 R 16 % identifikovalo svoje informácie ako čiastočné.



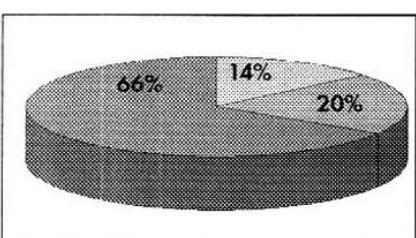
Zaujímalo nás, či naši respondenti už absolvovali vyšetrenia v kardiologickej ambulancii. Nadpolovičná väčšina respondentov navštievouje kardiologickú ambulanciu pravidelne, sú zároveň dispenzarizovaní a chápú pomenovanie NVM (graf 2).

Graf 2. Odpovede respondentov o tom, či absolvovali vyšetrenie v kardiologickej ambulancii:

7 R 14 % absolvovalo vyšetrenie raz

10 R 20 % navštívilo kardiologickú ambulanciu opakovane

33 R 66 % chodí na pravidelné kontrolné vyšetrenia



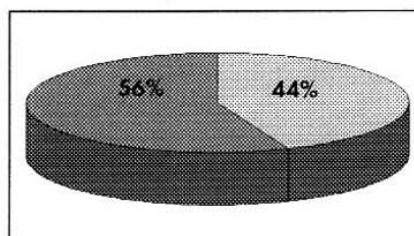
Pri mapovaní spokojnosti so získanými informáciami, s úrovňou poskytovania in-

formácií a z otázky koho by respondenti uprednostnili pri ich získavaní, vyplňnuli závery, že všetci respondenti boli so získanými informáciami spokojní, najuspokojivejšie vyšetrenie im podal lekár-kardiológ v spolupráci so sestrou. Z kontrolnej otázky ale vyplýva, že podiel sestry v priebehu poskytovania informácií je vyšší, ako uvádzali respondenti v predošlých položkách (graf 3).

Graf 3. Respondenti by chceli získať informácie najradšej:

22 R 44 % od lekára

28 R 56 % od lekára aj sestry

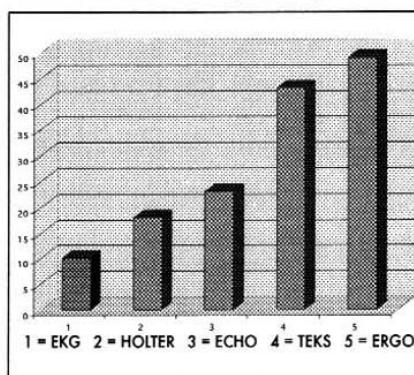


Vyhovuje im zber informácií nielen od lekára, ale aj od sestry pracujúcej v kardiologickej ambulancii.

Na monitorovanie časovej náročnosti jednotlivých NVM z pohľadu sestry som použila otázku v tomto znení:

Viete si predstaviť, kolko minút v priemere trvá jedno z vyšetrení realizovaných v kardiologickej ambulancii, napr. elektrokardiogram, ergometrické vyšetrenie, Holterov monitoring, echokardiografické vyšetrenie, transefazofágálna stimulácia?

Graf 4. Časová snímka jednotlivých NVM



EKG 12 min. TEKS 45 min.
HOLTER 20 min. ERGO 50 min.
ECHO 25 min.

Vysvetlivky:

EKG - elektrokardiografia

HOLTER - monitorovanie EKG podľa Holtera

ECHO - echokardiografia

TEKS - transefazofágálna kardiosimulácia

ERGO - ergometrické vyšetrenie

Podľa skúmania časovej snímky jednotlivých NVM u pacientov s ISCH jednoznačne vyplývalo, že časovo najnáročnejšie pre pacienta aj pre sestru je ergometrické vyšetrenie (graf 4). Samotná časová snímka zahrnuje:

- podávanie informácií,
- psychickú a fyzickú prípravu,
- prípravu prístrojov a techniky,
- samotné vyšetrenie,
- sledovanie po vyšetrení.

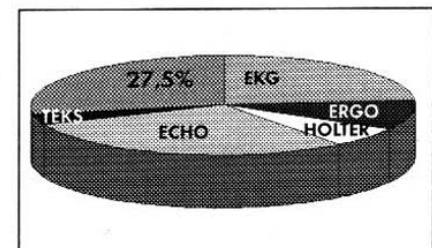
Nezahrnuje:

- administratívnu agendu,
- dispenzáru,
- komplikácie počas vyšetrenia, týkajúce sa zdravotného stavu pacienta, ktoré sú rôzne.

Pri porovnávaní jednotlivých NVM v priebehu jedného týždňa s týždenným pracovným časom sestry v kardiologickej ambulancii má najväčší podiel echokardiografické vyšetrenie. Konštatujeme, že NVM vyplňuje až 72,5 % z týždenného pracovného času sestry (graf 5). Zostatok času sestra venuje administratívnej agende a dispenzáru.

V percentuálnom zobrazení nie sú zahrnuté

Graf 5. Jednotlivé NVM v kardiologickej ambulancii v priebehu jedného týždňa v porovnaní s týždenným pracovným časom sestry v kardiologickej ambulancii



Týždenný pracovný čas sestry

= 42,5 hod. = 2550 min. = 100 %

EKG - 50 vyš.

1 vyšetrenie trvá 12 min. = 23,5 %

ERGO - 5 vyš.

1 vyšetrenie trvá 50 min. = 9,8 %

HOLTER - 8 vyš.

1 vyšetrenie trvá 20 min. = 6,3 %

ECHO - 30 vyš.

1 vyšetrenie trvá 25 min. = 29,4 %

TEKS - 2 vyš

1 vyšetrenie trvá 45 min. = 3,5 %

té komplikácie počas vyšetrení, ktoré sú rôzne u jednotlivých pacientov. Nie je zahrnutá ani garantovaná prestávka vyplývajúca zo Zákonníka práce. Skúste posúdiť sami dnešné zaťaženie sestry administratívou prácou a samotnou obťažnou prácou s poisťovnami.

Kardiovaskulárne ochorenia patria medzi

najzávažnejšie problémy súčasného sveta. Postihujú čoraz mladšie vekové skupiny obyvateľstva, takže z pracovného pomeru sú často vyradení plne výkonné ľudia a nezriedka zomierajú aj mladí pacienti. Orientácia na ich prevenciu a na ambulantnú starostlivosť je prioritná. Dôležitosť poskytovania kvalitnej ambulantnej starostlivosti podčiarkuje najmä to, že pri kvalitnej diagnostike

a pri včasnom určení diagnózy sa môže aplikovať účinná liečba, čím sa predchádza možnému vzniku komplikácií, ktoré si vyžadujú mimoriadne zdravotnícke výkony spojené s vysokými finančnými nákladmi.

Mojim cieľom bolo podať súčasný obraz a kvantifikovať nezávislé ošetrovateľské zásahy sestry v kardiologickej ambulancii príamo pri vybraných diagnostických a terapeu-

tických výkonoch v rámci ošetrovateľstva pri vnútorných chorobách.

Do redakcie došlo: Adresa autorky:
20. marca 2001

J. Bartová
diplomovaná
všeobecná sestra
Sládkovičova ul. č. 470
048 01 Gemerská
Poloma

M. Mužíková
Oddelenie fyziatricko-rehabilitačné VSŽ Nemocnica a. s. v Košiciach - Šaci

Bobathovský koncept v ošetrovateľstve u pacienta s náhlou cievnej mozgovou príhodou

Súhrn: Náhle cievne mozgové príhody (NCMP) predstavujú u nás rovnako ako v iných priemyselne vyspelých krajinách závažný, nielen zdravotnícky, ale aj ekonomický a sociálny problém. Už dlhé roky patria medzi najčastejšie príčiny smrti. Ich incidencia sa stále zvyšuje, pričom postihuje aj mladšie skupiny obyvateľstva v najprodukívnejšom veku, takže dnes sa právom pokladajú za „epidémiu súčasnej civilizácie“.

Napriek týmto nepriaznivým skutočnostiam rýchla diagnostika a komplexná starostlivosť o chorých s prekonaným ložiskovým cievnym postihnutím mozgu zabezpečuje optimálne a čo najpriaznivejšie terapeutické výsledky. Na základe tejto skutočnosti je problematika ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov po prekonaní NCMP stále aktuálna.

Pokiaľ je pacient pripútaný na posteľ, potrebuje značnú mieru ošetrovateľskej starostlivosti. V tomto čase možno urobiť najviac chýb pri manipulácii s pacientom, čo by mohlo mať nepriaznivý vplyv na nasledujúcu liečbu a rehabilitáciu. Adekvátnym polohovaním a zaobchádzaním s pacientom možno zabrániť nárastu spasticity, ako aj kontraktúram a bolestiam. Touto problematikou sa zaoberali manželia Bobathovci.

Bobathovský koncept poukazuje na špeciálne problémy a upozornenia. Taktiež tu môžeme zaradiť: usporiadanie nemocničnej izby, polohovanie pacienta, posúvanie pacienta, otáčanie pacienta, jeho posádzanie, presuny, obliekanie, obúvanie, vyzliekanie, chôdzu, jedenie, osobnú hygienu a vylučovanie.

Kľúčové slová: Bobathovský koncept, náhle cievne mozgové príhody, ošetrovateľská starostlivosť.

História Bobathovskej konцепcie

Bobathovská konceptcia dostala svoje meno podľa jej zakladateľov, podľa reabilitačnej sestry B. Bobathovej a lekára Dr. K. Bobatha (1). Ich celoživotné dielo, nimi vytvorená terapeutická konceptcia sa uznáva v celom svete. Berta a Karol Bobathovci sa narodili v Berlíne a na základe svojej židovskej viery, v čase nacionalistickej diktatúry, boli nútene emigrovať. Vďaka náhode sa obaja emigranti, ktorí sa poznali už ako deti, stretli v Londýne a zo sobášili sa.

Vývoj Bobathovej konceptcie

Vývoj Bobathovskej konceptcie sa začal okolo r. 1943. Pani Bobathová dostala za úlohu urobiť 40-ročnému vojne porane-

nému hemiplegikovi „švédsku vibračnú masáž“. I keď túto metódu nepoznala, prijala ošetrovanie tohto muža, aby neprísila o prácu. U tohto výrazne spastického pacienta paní Bobathová po niekoľkých ošetreniach náhodou zistila, že spasmus pacienta sa v niektorých polohách a pozících zmenší, alebo dokonca zanikol. Vyvodila z toho, že spasmus nie je pevným, konštantným fenoménom, ako sa dovtedy všeobecne usudzovalo, ale že ho ovplyvňuje pozícia a pohyb tela.

Bobathových konceptcie je empirickou (o skúsenosť sa opierajúcou) liečebnou konceptciou, ktorú odvodila a ďalej rozvíjala paní Bobathová z východiskového pozorovania ovplyvniteľnosti spazmu. Neurofiziologické základy konceptcie vypracovala doda-

točne neuroológ a manžel Dr. Karol Bobath, čo celú konceptciu spevnilo.

Obaja Bobathovci označovali nimi vynovený spôsob práce výlučne za konceptciu, nie za metódu. Bobathova konceptcia teda neobsahovala predpísané ošetrovateľské techniky, metódy, alebo cvičenia, ktoré by bolo treba absolvovať stále rovnakým spôsobom u všetkých pacientov. Zohľadňovala viac-menej individuálne možnosti pacienta a nimi podmieňovala použitie niekoľkých principov ošetrovania a liečby.

Bobathova konceptcia sa uplatňovala najprv prevažne u detí s cerebrálnou parézou. V 60. rokoch sa táto konceptcia rozšírila i na liečbu dospelých. Dnes predstavuje jednu z najlepších, najúspešnejších a v celom svete najuznávanejších celistvých liečebných konceptcií pre hemiplegikov a mozgovo postihnutých.

Hemiparéza je klinický syndróm ochrnutia jednej polovice tela, ktoré vznikne náhlym poškodením pyramídových a extrapyramídových dráh bielej hmoty protilehlnej hemisféry alebo mozgového kmeňa (2).

U náhlych cievnych mozgových príhod je dôležité, aby sa od samotného začiatku ich vzniku prelínila rehabilitácia v ošetrovateľstve a špeciálna pohybová reedučácia. Ide o situáciu, keď u chorého nastala strata aktívnej hybnosti a rovnovážnych funkcií, porušenie citlivosti, psychické zmeny. U syndrómu hemiplegie sú v prvých hodinách až dňoch končatiny chabé, svalový tonus je výrazne znížený, pasívna kĺbová hybnosť zachovaná. Z tejto fázy sa postupne vyvíja typický syndróm spastickej hemiplegie. Predpokladané držanie končatín je dôležité poznať, aby sestry i fyzioterapeuti správne pacienta polohovali hneď od začiatku.

Spasticita je jeden z najkonštantnejších a najcharakteristickejších prejavov hemiparezy. Jej kvalita, intenzita a segmentová distribúcia závisí od lokalizácie, rozsahu, povahy a dynamiky poškodenia. Spasticita sa navonok javí ako nechcené zvýšenie svalového napäťia, ktoré má tendenciu dostávať končatiny do nefyziologického postavenia a znemožňovať vykonávanie fyziologických pohybov. Spasticita sa klinicky zisťuje palpačným výšetrovaním odpovede svalov na ich pasívne natiahnutie. Zvýšený odpor pri napínani, premrštená napínacia reakcia a fenomén sklápacieho noža svedčia pre spasticitu. Ich stupeň spasticity sa aspoň v určitom štadiu zistí u každého hemipareтика. Ťažký stupeň spasticity znemožňuje vykonávanie vedomých pohybov, stredne vyznačená spasticita sice umožňuje vykonávať pohyb, ale s obmedzenými výkonovými charakteristikami a zvýšeným úsilím. Mierna spasticita diskvalifikuje kvalitatívne charakteristiky. Spasticita teda priamo zodpovedá za motorický deficit pacienta a je kardinálnym problémom liečby hemiparezy.

Hemipareza má typické komponenty, tzv. spastickej vzorec. U väčšiny hemiparetičkov nastáva na postihnutej hornej končatine flekné držanie, t. j. lopatka je stiahnutá dole k chrbtici, rameno dole a dozadu, horná končatina v ramene je pripažená a vo vnútornnej rotácii, laket je pokrčený, predlaktie dlaňou dole, prsty pokrčené, palec pritiahanutý k ostatným prstom (3). Na postihnutej dolnej končatine je panva posunutá dozadu, bedrový kĺb ľahko pokrčený, vnútorná rotácia a prinoženie, koleno vyravnane, noha prepada dole a dovnútra.

Sestre sa pri starostlivosti o hemiplegiku stretávajú so špeciálnymi problémami, ktorým by mali samozrejme rozumieť. Sú to (4):

1. Telo pacienta je zdanivo rozdelené na dve polovice, pričom jedna akoby nemala s druhou nič spoločné. Pacient možno vôbec necíti postihnutú hornú alebo dolnú končatinu. Pacient odvracia pohľad opačným smerom, ako je postihnutá strana.
2. Polohový tonus oboch strán je odlišný. Ochabnutosť postihuje hornú končatinu viac na dlhšie obdobie, než dolnú končatinu. Skôr či neskôr sa rozvinie spasticita a časť tela stuhne, takže pacientove pohyby sú obmedzené. Spasticita narastá, ak sa pacient namáha, ak je podráždený,

ak chce komunikovať, ale nemôže hovoriť, ak je vyčakaný. Spasticita sa prejavuje vo flexii a retrakcii hornej končatiny a v extenzii dolnej končatiny s dorzálnou rotáciou panvy. Ak sa spasticita stane závažnou, po čase môžu vzniknúť kontraktúry. Špeciálnymi spôsobmi polohovania tomu môžeme predísť.

3. Pacient už nieve ako sa pohybovať. Musí sa znova naučiť, ako sa obrátiť v posteli, ako sa posadiť, ľahnúť si, ako vstať, stáť a chodiť. Pacient je zmätiený a často nieve, ako používa zdravú stranu svojho tela, aby kompenzoval chýbajúce pohyby postihutej strany. Už „nepozná“ svoju postihnutú stranu, nieve, ako ju používať. Má len slabú, alebo žiadnu rovnováhu a bojí sa pádu na túto stranu. Tento strach z pádu je jedným z najväčších problémov, a to nielen vo včasných štadiách, ale dokonca i oveľa neskôr, keď už stojí a chodí. Preto, keď sestra, fyzioterapeut a príbuzní pacienta pomáhajú, mali by byť pri jeho postihutej strane, a nie - ako sa zvyčajne stáva - pri jeho zdravej strane, pretože zdravú stranu môže pacient používať samostatne, bez pomoci. Ak je sestra pri pacientovej postihutej strane, môže mu pomáhať prenášať na ňu plnú hmotnosť a udržiavať rovnováhu, zatiaľ čo v opačnom prípade mu nemôže pomôcť pri strate rovnováhy a pri hroziacom páde. Pohyby, ktoré s ním sestra robí, sú pre neho nové. Pacient sa musí naučiť prispôsobať sa a vysporiadať sa s každou novou situáciou. Sestra by sa nemala pohybovať náhľivo, ale ani pacient by nemal byť pasívny. Mal by mať dostatok času a príležitost sledovať pohyby, ktoré s ním robia. Ak sa pacientovi poskytne nevyhnutná, ale pritom čo najmenšia pomoc v pravý čas a na správnom mieste, sestra zistí, že pacient dokáže urobiť viac vecí sám, než by očakávala.
 4. Problémy s rovnováhou sa prejavia už pri ležaní a sedení. Pri sedení a státi sa na postihnutú stranu neprenáša hmotnosť. Laterálna flexia šije a trupu smerom k postihutej strane spolu s pacientovou neschopnosťou podopierať sa postihnutou hornou končatinou mu vytvárajú tendenciu k pádu na túto stranu.
- Bobathova koncepcia poukazuje na špecialne upozornenia:
- Pacient by mal často sedieť so zopnutými

rukami a veľa dvíhať horné končatiny nad hlavu. Nemal by zdravou rukou robiť „opatrovateľku“ postihutej ruke.

- Nemal by sa odvraťať od postihutej strany.
- Návštevníci a iní pacienti, s ktorými by sa mohol zhovárať, by mali sedieť alebo stáť pri jeho postihutej strane.
- Pacient by mal častejšie sedieť pri stole, než na stoličke bez stola pred sebou.
- Mal by mať obidve horné končatiny na stole so zopnutými rukami. Pri jedle, alebo keď robí niečo zdravou rukou, postihnutá horná končatina by mala ležať vystretá na stole. Tiež ho možno nabádať, aby sa držal malej rovnnej palice, ktorá je upevnená na stole.
- Ak potrebuje pomoc pri chôdzi, sestra by mala byť vždy pri postihutej strane pacienta a nie pri zdravej.

Cievne mozgové príhody sú vážnym chorobným procesom, ktorý mnohokrát invalidizuje pacienta a tým spôsobuje výraznú zmenu v živote pacienta. Samotné postihnutie CNS, ako aj chronický priebeh ochorenia sú podkladom ošetrovateľských, psychických a sociálnych problémov. To vyžaduje komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorej súčasťou je aj Bobathovský koncept, ale aj medikamentóznu liečbu, komplexnú rehabilitačnú liečbu, vedenie psychológom, logopédom, správne manipulovanie s pacientom, jeho učenie každodenným činnostiam, spolupráca s rodinnými príslušníkmi, dostatočne citlivý a trpežlivý prístup zo strany zdravotníckych pracovníkov a zo strany rodiny.

Literatúra:

1. Urbas, L.: Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobath-Konzept. 2. überarbeitete Auflage, Stuttgart, New York, Georg Thieme 1996, 247 s.
- 2. Gúth, A. a kol.: Vyšetrovacie a liečebné metodiky pre fyzioterapeutov. 2. prepracované vydanie. Bratislava, LIEČREH GÚTH 1998, 448 s.
- 3. Kroupová, D.: Rehabilitační ošetrovateľství a polohování pacientů po NCMP. Sestra, 7, 1997, č. 2, s. 12.
- 4. Bobathová, B.: Hemiplégia dospeľých. Vyhodnotenie a liečba. Bratislava, LIEČREH GÚTH 1997, 172 s.

Do redakcie došlo:

23. januára 2001

Adresa autorky:
Mgr. M. Mužíková
Ružinská ul. č. 1
040 11 Košice

Možnosti úspešného prognózovania vývoja porúch zrakovej ostrosci v očnicovej traumatológii

Súhrn: Autori analyzujú tri rôzne prípady očných úrazov, ktoré spája jeden spoločný menovateľ - traumatické poškodenie zrakového nervu rôzneho stupňa. V prípadoch poškodenia zrakového nervu je namiesto prístup opatrného prognózovania možných trvalých následkov očného úrazu v zmysle zniženej kvality centrálneho a periférneho vízu. Anamnestické údaje odobraté bezprostredne po úraze bývajú nespôsoblivé - v priebehu diagnostiky je ich treba posudzovať rezervované. Významnú úlohu v procese overovania anamnestických údajov má kvalifikovaná sestra.

Kľúčové slová: úrazy očnice, počítačová tomografia, hroziaca slepotá, prognózovanie.

Úvod

Poranenia očnice vznikajú najčastejšie v dôsledku priameho násilia, vedeného na oblasť oka. Často sú súčasťou rozsiahlych celkových, kraniofaciálnych a orbitofaciálnych úrazov. Diagnostikujeme ich po automobilových a motocyklových nehodách, po pádoch, vznikajú počas športovej činnosti, ako pracovné úrazy a/alebo pri bitkách. Izolované zlomeniny okraja mihalnice, vznikajúce hrubým násilím na malej ploche, sú relativne vzácne.

Prvá otázka poraneného, blízkych príbuzných či polície býva rovnaká: „Budem (bude) dobre vidieť?“ Na jednoduché otázky býva zväčša ľahké odpovedať, týka sa to najmä možnosti úspešnej predpovede kvality zraku v očnicovej traumatológii. Správna odpoveď nezávisí v tomto prípade iba od stupňa vzdelenia lekára či sestry. Všetko závisí od stupňa a spôsobu poškodenia zrakového analyzátoru, čo je prakticky nemožné predvídať.

Priame i nepriame poranenia oka, zrakového nervu, zrakového dráhy a zrakového centra, vznikajúce pri komplikovaných zlomeninách lebky a očnice, patria k náročným diagnostickým problémom. Moderná presná a rýchla diagnostika kraniofaciálnych a orbitocerebrálnych poranení pomáha zachrániť poranenému zraku i život.

Orbitofaciálne zlomeniny bývajú spojené s rôznymi komplikáciami ako retrobulbárny hematóm, traumatická neuropatia, prítomnosť cudzieho, niekedy agresívneho materiálu v očnici, nemožnosť priameho vyšetrenia predného segmentu oka a štruktúr očného pozadia poraneného, zlá spolupráca poraneného pre ľahkú opilosť, bezvedomie či šokový stav.

Rôzne predmety (kovové, drevené či pláštové kusy) môžu po preniknutí stropom očnice ľahko vniknúť až do čelového laloka mozgu. Ešte nebezpečnejšia pre poraneného je bodná rana očnice prenikajúca do mozgu, ktorá sa môže prejavíť až po určitej dobe latencie celkovými neurologickými príznakmi. Drobné cudzie teliesko nemusí uviazať v očnici. Niekoľko preletí teliesko očnicou hlboko do mozgu, pri tom zranený nemusí mať pozitívne neurologické prejavy poranenia. Preto je potrebné vždy vyšetriť kontrastne celý skelet lebky a nespôsobníť sa iba na rtg očnice (1, 2).

Kraniofaciálne poranenia so zlomeninami očnice často komplikujú priame či nepriame poranenia zrakového analyzátoru (oko, zraková dráha a zrakové centrum v mozgu). I zdánlive banálny úraz hlavy akým je facka, môže v dôsledku atrofie zrakového nervu (v priebehu optického kanála pri výstupe z očnice) spôsobiť z dôvodu atrofie zrakového nervu postupnú stratu zraku.

Orbitofaciálne poranenia vyžadujú intímu spoluprácu oftalmológa s lekármi iných medicínskych disciplín - najčastejšie s traumatológom, neurológom, anestéziológom a röntgenológom (3).

Materiál a metodika

Každý referovaný pacient sa podrobil komplexnému objektívному očnému, internému a röntgenologickému vyšetreniu. V dvoch prípadoch sme prizvali k spolupráci i ušnosovo-krčného lekára (ORL). Realizovali sme tiež vyšetrenia:

Anamnéza je vyšetrovanie zdravotného stavu pacienta pomocou rozhovoru. V anamnéze sa pýtame na predchorobie, rodinné pomery, osobné údaje, sociálne postavenie,

prekonané ochorenia, alergie a podrobne analyzujeme úrazový (chorobný) dej. Pacientovi zásadne nevnučujeme svoj pohľad na príčinu a mechanizmus úrazu.

Biomikroskopia je základná vyšetrovacia metóda používaná v očnom lekárstve. Pri vyšetrení sa oko chorého (poraneného) osvetli úzkym, ostrým svetelným lúčom štrbinovej lampy a vyšetrovaný objekt (predný segment oka, optické média a očné pozadie) sledujeme pri rôznom zväčšení priamo alebo v odrazenom svetle.

Centrálna zraková ostrosť (vízus) je schopnosť očí zobrazovať okolity svet a jeho detaily ostro. Predpokladom dobrej centrálnej zrakové ostrosci je dokonalá a neporušená funkcia žltej škvŕny - jej rozlišovacej schopnosti. Centrálnu zrakovú ostrosť vyšetrujeme na optotypoch.

Exoftalmometria. Pomocou Hertlovo exoftalmometru zisťujeme osový posun oka. Exoftalmus je protrúzia oka dopredu. Vzniká najčastejšie pri nádoroch, úrazoch, zápaloch a/alebo endokrinopatiách.

Komputerová (počítačová) tomografia (CT) bola a je veľkým prínosom pre diagnostiku očnicových poranení. Jej základným princípom je spojenie rtg prístroja s počítačom. Pri CT vyšetrení vyžaruje rtg lampa úzky zväzok lúčov, prechádzajúci objektom vyšetrenia (v našom prípade okom a očnicou). Lúče vychádzajúce z rtg lampy dopadajú do detektora, ktorý sa pohybuje spolu s rtg lampou po časti kružnice. Výsledkom vyšetrenia je rovinový rez - tzv. axiálny tomogram. Softvér počítačového tomogramu vytvorí obraz na základe zhodnotenia rozdielnej hustoty štruktúr vyšetrovaných tkániv v rôznom stupni šedi. Šírka jedného rezu závisí od generačného typu i citlivosti prístroja.

Oftalmológ využíva najmä schopnosť počítačového tomografa dokázať prítomnosť rtg nekontrastného cudzieho telesa, zlomeniny očnice a poškodenia zrakového nervu bez potreby dotyku poranenej štruktúry, ako je to potrebné pri vyšetrení ultrazvukom (4).

Panfundoskopia. Oftalmoskop - fundoskop - panfundoskop je prístroj určený na vyšetrenie očného pozadia. Panfundoskopia je metóda vyšetrenia štruktúr očného pozadia pomocou panfundoskopu. Oftalmoskopy sú

technicky konštruované ako priame a nepriame. Pomocou ručného oftalmoskopu môžeme vyšetriť chorého v akomkoľvek prostredí monokulárne. Trojzrnmerné vyšetrenie štruktur očného pozadia umožňujú stereooftalmoskopy (panfundoskopy) a laserové skenery.

Počítacová perimetria. Perimeter je prístroj, určený na vyšetrovanie stavu a porúch zorného poľa. Periférne videnie je základná funkcia celej sietnice okrem žltej škvŕny. Slúži na orientáciu v priestore. Jestvuje veľa spôsobov vyšetrenia zorného poľa. Porovnávať však môžeme iba perimetrické vyšetrenie realizované za rovnakých podmienok, rovnakým typom prístroja. Bez dokonalej znalosti perimetra, jeho charakteristik, nie je možné strategické plánovanie ani hodnotenie perimetrického vyšetrenia. Počítacový perimeter vychádza z princípu guľového perimetra, vyšetruje principom statickej perimetrie a je riadený počítačom.

Test citlivosti na kontrast je moderný diagnostický postup na precízne hodnotenie kvality centrálnej zrakové ostrosti. Táto vyšetrovacia metóda umožňuje objektivizovať i veľmi jemne zníženú kvalitu zraku - v prípadoch normálnych hodnôt centrálnego vízu (5/5=1), vyšetrenej klasickým postupom, napríklad pomocou optotypov Snellenového typu.

Test pasívnej dukcie (TPD) slúži na diferenciálnu diagnostiku porúch pohyblivosti oka - odlišenie traumatickejho, neurogénneho a myogénneho poškodenia očného svalu, napríklad, pri hydraulickej zlomenine očnice prepádá dolný priamy sval často do prienosovej dutiny, čo spôsobí obmedzenie vôlového pohybu oka smerom hore s pocitom dvojitého videnia. Toto vyšetrenie sa vykonáva takto: Do spojovkového vaku instilujeme anestetikum, úpon testovaného svalu uchopíme do pinzety a pohybujeme okom, ak okom nedokážeme pohybovať proti smeru činnosti testovaného svalu, je priamy očný sval mechanicky priškrtený; ak je očný bulbus pohyblivý, nie je príčina obmedzenej pohyblivosti oka mechanická (traumatická).

Tonometria je meranie vnútrocenného tlaku presne definovanou metódou. Bezkontaktná tonometria vychádza z princímu kontaktného aplanačného tonometra. Plochu aplanuje presne určené množstvo prúdiaceho vzduchu. Veľkosť aplanovanej plochy sa meria opticky. Prístroj sa oka nedotýka. Jeho výhodou je možnosť merania vnútrocenného tlaku (VOT, IOP) bezprostredne po otvorenom úrazu oka, s vylúčením možnosti vzniku nozokomiálnej nákazy.

Kazuistiky

Tridsaťročná pacientka J. K. vyhľada-

la očného lekára z regresných dôvodov - stratu zorného poľa si neuviedomila. Lekárske potvrdenie potrebovala k rozvodovému konaniu, nakoľko útočníkom bol opakovane jej manžel.

Anamnesticky sme zistili (cielenou anamnézou), že počas opakovanych inzultácií manželom dostala veľa úderov pásľou do pravej spánkovej oblasti (manžel bol ľavák).

Objektívnym vyšetrením sme zistili centrálny vízus 5/5=1 obojstranne. Vnútrocenný tlak meraný bezkontaktným tonometrom bol dobrý (18 Torrov). Predný segment oka vyšetrený biomikroskopom bol nepoškodený, stredne široká zrenica reagovala na osvit i konzenuálne. Optické médiá boli čire, nález na očnom pozadí nevykazoval traumatické zmeny.

Vzhľadom na údaj hmlistejšieho videnia sa urobili test citlivosti na kontrast podľa P. Robsona. Vpravo sme zistili výrazné zníženie hodnôt. Preto sme realizovali vyšetrenie počítacovým perimetrom, ktorý odhalil vpravo koncentrické zúženie zorného poľa (ZP) na hodnotu trubice - zvyšku ZP v rozsahu 10 stupňov. Vľavo sme našli fiziologický nález. Na základe perimetrického nálezu sme vyšlovi podozrenie na traumatické poškodenie zrakového nervu a urobili sme rtg vyšetrenie zamerané na optické kanály. Na snímkе sme objavili znaky zlomeniny pravého optického kanála. Na určenie rozsahu poškodenia v oblasti očnicového hrotu sme indikovali CT vyšetrenie očnice. Týmto vyšetrením sa zistilo traumatické poškodenie zrakového nervu v oblasti vstupu do optického kanála. Na CT zázname bolo jasne viditeľné kompletné porušenie obalov zrakového nervu a povrchových častí zrakového nervu so zachovaním celistvosti len tenkého zväzku nervových vláken. Na obidvoch koncoch lezie bol kolaterálny opuch a zdurenie pošiev zrakového nervu. Stanovili sme diagnózu fraktúry optického kanála a traumatického poškodenia retrobulbárneho úseku časti pravého zrakového nervu.

Pacientke hrozilo trvalé osleplenie pravého oka. Na základe CT vyšetrenia sme ordinovali antiedematóznu, kortizonoidovú, nesteroidnú antiflogistickú, hemoreologickú a polyvitaminóznu terapiu.

Dva roky po úrave očnice a netransverzálnej lézii optického nervu ostáva centrálny vízus 5/5=1. Čiastočne sa zlepšil periférny vízus, defekt v ZP vykazoval koncentrické zúženie 15-20 stupňov. Na očnom pozadí je obraz parciálnej atrofie terča zrakového nervu - bez progresie.

Tridsaťšesťročný pacient B. S. bol počas výkonu ústavnej pohotovostnej služby

odoslaný na očné konziliárne vyšetrenie z traumatologickej ambulancie. Na priebeh úrazu sa nepamäta. Dopravod poraneného (priateľ) objasnil mechanizmus úrazu slovami: „Kamarát si po páde v krčme udrel pravé oko o roh stola“. Traumatológ konštatoval kontúziu a hematóm pravej periokulárnej oblasti, tržnú ranu na hornej mihalnici pravého oka a vyslovil podozrenie na pomliaždenie pravého oka. V zdravotnej dokumentácii bol priložený chirurgom-traumatológom zhodnotený opis rtg snímky, s negatívnym nálezzom.

Pri očnom vyšetrení sme zistili centrálny vízus 5/5=1 obojstranne. Vnútrocenný tlak meraný bezkontaktným tonometrom bol dobrý (18 Torrov). Predný segment oka vyšetrený biomikroskopom bol nepoškodený, stredne široká zrenica reagovala na osvit i konzenuálne. Optické médiá boli čire, nález na očnom pozadí nevykazoval traumatické zmeny.

S týmto nálezzom sme ťažko etylizovaného pacienta hospitalizovali. Vzhľadom na celkový stav sme mu venovali zvýšenú ošetrovateľskú starostlivosť (5). Diagnóza pri prijatí bola ťažká kontúzia pravého oka s hemofitmom a subluxovanou šošovkou, slepotu pravého oka, ebrieta - amnézia.

Po troch dňoch hospitalizácie si pacient spomeral na okolnosti úrazu. Ako útočníka udal muža (priateľa), ktorý mu robil doprovod pri prvom vyšetrení. Ten ho pri páde udrel skleneným pohárom na pivo do oblasti pravého oka. Tento údaj nás priviedol na myšlienku exaktne overiť prítomnosť prípadného nekontrastného cudzieho orbitálneho telesa v očnici. Z chirurgickej ambulancie sme si vyžiadali originál rtg dokumentácie. Po podrobnom zhodnotení snímky očnice sme zistili v zadoprednej projekcii mäkké zatielenie v priestore pravej očnice, zodpovedajúce sýtošou nekovovému cudziemu telesu (sklu). Tento nález bol chirurgom pri prvom vyšetrení prehliadnutý.

Vyšetrenie pravej očnice počítacovou tomografiou potvrdilo prítomnosť cudzieho telesa v očnici, veľkosť 3x12 mm. Denzita zodpovedala sklu. Sklo prerušilo transverzálné celý zrakový nerv a spôsobilo nevyliečiteľnú slepotu poraneného. Celistvosť skléry nebola porušená, v sklovi sa potvrdil nález zakrvácania - hemofitmu. Vzhľadom na slepotu, charakter úrazu a dobrú znášanlivosť skla

v očnici sme toto sklenené cudzie teleso v očnici ponechali.

Dva roky po úrade je bulbus pokojný, pohyblivý, je prítomná traumatická katarakta, nález v sklovci a na očnom pozadí sa nedá vyšetriť. Cudzie teleso je v orbite dobre tolerované. Stav je kozmeticky prijateľný. Ľavé oko má nález v norme, bez znakov súčinného ochorenia - sympatickej oftalmie (2).

Štyridsať päťročný pacient J. H. po privezení vozidlom RZP na očnú ambulanciu tvrdil, že ho v práci udrel do oblasti ľavého oka veľký kus vzduchom letiaceho železa (visiaca pohyblivá koľajnica). Prítomnosť prípadného odleteného cudzieho telieska jednoznačne popíral.

Bol orientovaný osobou, mestom, časom, aktívnej polohy. Hlava bola orientačne neurologicky v norme. Bezvedomie ani vracanie neudával on ani posádka RZP. Neprerajoval znaky požitia alkoholu či omamných látok. Exoftalmometria dokázala protrúziu ľavého bulbu (Hertl 30-110-19). Bulbus bol nepohyblivý s chemózou a ekchymózami. Mihalnice sa dali otvoriť iba pomocou rozvieracia. Test pasívnej dukcie bol pozitívny. Dolná mihalnica bola odtrhnutá, držala iba na koži vonkajšieho očného kúтика. Slnné cesty boli dilacerované. Biomikroskopicky bol bulbus bolestivý, svetlopachký, zmiešanej injekcie so zvýraznenou purpurovo-červenou hlbokou injekciou. Rohovka bola matného, zaroseného povrchu, Descemetova membrána bola zriasaná. Predná komora bola hlboká s cirkulujúcimi bunkami a tvoriacou sa hyfémou. Dúhovka bola s jemnými trhlinami sfinkteru, zrenica reagovala na osvit spomalené. Červený reflex bol výrazne tlmený. Šošovka bola číra, in situ. V sklovci sme videli prevaľujúce sa chuchvalce - krvné koagulá. Panfundoskopicky sme zistili na očnom pozadí - v oblasti dolných kvadrantov - bledú sietnicu, sietnica bola edematózna, akoby skalená, posiate početnými intraretinálnymi a preretinálnymi hemorágiami. Ložiská boli lemované oblasťou patologických reflexov. Okolo terča zrakového nervu bola plameňovitá hemorágia, chvejúca sa do priestoru sklovca. Nález napodobňoval sklopétáru - nie Valsalvovu retinopatiu (6).

Následne realizované rtg a CT vyšetrením sa zistilo hlboko v očnici zaklesnené hyperdenzné cudzie teleso veľkosti 20x12 mm. Teleso spôsobilo zlomeninu očnice a vytvorilo komunikáciu očnice do etmoidálnych dutín. Okraj telesa sa dotýkal zrakového nervu a spôsobil jeho čiastočné poranenie.

Na základe týchto vyšetrení sme poraneno okamžite operovali. Ošetrili sme vstupný kanál a zrevidovali bulbus. Chránicom bulbu sme vytvorili priestor pre extrakciu ob-

rovského cudzieho očnicového telesa. Teleso sme opatrne - kývavým pohybom - uvoľnili z kosteného bloku a úspešne extraholi veľkým elektromagnetom. Postupmi plastickej chirurgie sme upravili vnútorný kútik, slzové cesty i dolnú mihalnicu (7). Oblast sklopétárnej retinopatie sme ošetrili pod priamou kontrolou zraku, transklerálnou kryopexiou (8).

Rok po operácii konštatujeme zhojenú sklopétáru retinopatiu s pigmentom, ktorý čiastočne deštruuje žltú škvru. V periférii sietnice sme v mieste sklopétárnej retinopatie urobili baráz laserom, ktorá bráni vzniku ne-regmatogénnej amócie.

Diskusia

V prvej kazuistike sme chceli upozorniť hlavne na skutočnosť, že i na prvý pohľad banálny úraz hlavy - facka od manžela - môže spôsobiť závažné poškodenie zrakového nervu, s koncentrickým zúžením zorného poľa do 15-20 stupňov, na úroveň praktickej slepoty. Môžeme povedať, že v očnicovej traumatológii nejestvuje ľahké (banálne) poranenie. Diagnostika traumatického poškodenia zrakového nervu sa môže pri zachovaní kvalitného centrálneho vízu prehliadnuť. Ďalšou zaujímavou skutočnosťou je zistenie, že napriek prakticky transverzálnej lézii optického nervu zostal trvalo nepoškodený centrálny zväzok, čomu zodpovedá zraková ostrosť 5/5=1,0.

V druhej kazuistike bolo pre diferenciálnu diagnostiku prínosom vyšetrenie komputerovou tomografiou - z hľadiska diagnostického, prognostického i súdno-lekárskeho. Nakoľko teleso nebolo extraholované, bol CT nález roz- hodujúcim dôkazom v súdno-znaleckom posudku. Na základe realizovaného vyšetrenia CT sa útočník priznal k zavinieniu úrazu. Skutočne udrel poškodeného skleneným páhrom.

V tretej kazuistike vyšetrenie pomocou CT pomohlo presne lokalizovať polohu obrovského kovového cudzieho telesa v očnici - za bulbom. Taktôľ lokalizované teleso sme úspešne extraholi bez ďalšieho poškodenia oka a zrakového nervu.

Všetky tri kazuistiky najú viaceré spoločné znaky. Poukazujú na úskalia presného prognózovania vzniku trvalých následkov (v zmysle straty zraku) po kraniocerebrálnych a orbitofaciálnych úrazoch. Zdanivo banálny úraz hlavy - aj nepriamy úrazový dej v podobe manželskej facky - môže spôsobiť závažné trvalé poškodenie zrakových funkcií na úroveň praktickej slepoty. Naopak, i hrubé násilie vedené priamo na oblasť oka, sa môže skončiť šťastne, s výborným kozmetickým efektom so zachovaním dobrej kvality centrálneho i periférneho videnia.

Spoločným znakom troch kazuistik je i problematika hodnotnosti získaných anamnestických údajov v očnej (očnicovej) traumatólogii. Skúsený lekár zapíše podrobne odobratú anamnézu, avšak v procese differenciálnej diagnózy vždy myslí i na iný možný priebeh úrazového deja. Svoje zistenie - podozrenie - si overí objektívnymi vyšetreniami. V prvom prípade pacientka nedávala mierne zhoršenie zraku do súvislosti s fackami. V druhom prípade „priateľ“ chorého anamnézu (okolnosti úrazu) úmyselne zmenil vo svoj prospech. V treťom prípade bola sila letiaceho kovového úlomku vniknutého do očnice poraneného taká silná, že bol pre-svedčený, že ho zasiahlá ťažká visiaca koľajnica.

V procese získavania kvalitných a hodnotných informácií o priebehu ochorenia či úrazu má významné miesto sestra. Sestra v priebehu ošetrovateľského procesu trávi s pacientom viac času ako lekár. Dokáže si skôr získať pacientovu dôveru. Ak je naviac sestra dosťatočne erudovaná v problematike, zameria obozretne a prezie-ravo svoju pozornosť týmto smerom, čím môže byť pre pacientovo zdravie ešte viac užitočná.

Literatúra: 1. Havlová, M.: CT diagnostika postižení optického nervu detí. Čs Oftal, 41, 1985, s. 37. - 2. Koláčková, O., Dóci, J., Mach, P., Dóra, A.: Naše skúsenosti s počítačovou tomografiou v diagnostike očnicových zmien. Čs Oftal, 44, 1988, s. 263. - 3. Chynoranský, M.: Naliehavé očné príhody. Bratislava, Goldpress Publishers 1992, 104 s. - 4. Čech, E.: Ultrazvuk v lekárskej diag nostice a terapii. Praha, Avicenum, zdravotnické nakladatelstvá 1982, 431 s. - 5. Da-chová, K., Gavorník, P.: Náplň práce diplomovej sestry na Očnom oddelení FNPs v Trnave. Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík, 4, 1998, č. 2-3, s. 50-52. - 6. Hartmann, J.: Die indirekte Spiegel mikroskopie. Ophtalmologica, Ch. Basel, 183, 1981, s. 177-186. - 7. Anderson, W. B.: Atlas of Ophthalmic Surgery. St. Louis, Mosby Yer Book 1991, 213 s. - 8. Gavorník, P., Hlaváčová, D.: Valsalveôs Haemorrhagic Retinopathy. Ophtalmos für die ophtalmologie. 1996, č. 7, s. 40.

Do redakcie došlo:
12. februára 2001

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

Niekteré aspekty urgentnej oftalmológie

Súhrn: Autori referujú o niektorých najčastejších urgentných stavoch v oftalmológiu. Zdôrazňujú skutočnosti, ktoré by mal laik, sestra i lekár neoftalmológ vedieť. Referujú o prejavoch, prvej pomoci a o liečbe týchto stavov. Bez podrobnejšieho očného vyšetrenia sa diagnóza nedá spôsobivo stanoviť. Je dobré chorému veriť, zabezpečiť mu neodkladnú odbornú pomoc a komplexnú liečbu naliehavých stavov v oftalmológiu preniesť na plecia odborného očného lekára.

Kľúčové slová: urgentná oftalmológia, prvá pomoc, očné zápaly.

Úvod

Správna a rýchlo poskytnutá prvá pomoc v oftalmológiu má rozhodujúci význam pre záchrannu zraku človeka. Urgentné stav v oftalmológiu prekvapia neraz svojou symptomatológiu pacienta, laika, sestru aj iného (praktického) lekára. Predstavujú rôznorodú, nehomogénnu skupinu ochorení a stavov - od zdánlivu banálnych afekcií neohrozujúcich zrak chorého, až po stavov ohrozujúcich jeho život. Chynoranský (1) rozdeľuje urgentné stav v oftalmológiu takto:

1. stav vyzadujúce neodkladný zásah lekára - popáleniny, poleptania, krvácajúce úrazy, sietnicové cievne uzávery, prudké bolesti oka, amaurosis fugax,
2. stav vyzadujúce veľmi rýchle ošetrovanie - penetrácie, perforácie, ruptúry obalov oka, záchvat glaukomu, zápaly cievok, neuritidy,
3. stav vyzadujúce rýchle ošetrovanie - zápal, flegmóny, vredy rohovky, odlúčenie sietnice a vrodený glaukom.

V práci prezentujeme niekoľko základných atribútov urgentnej oftalmológie. Chceme zdôrazniť skutočnosti, ktoré by mal laik, sestra i lekár neoftalmológ vedieť o prejavoch prvej pomoci a liečbe niektorých vybraných urgentných stavov v oftalmológiu. Ostatné starosti s liečbou by mal každý rýchlo preniesť na plecia odborného očného lekára.

Traumatológia oka - niektoré najčastejšie očné úrazy

Očné úrazy bývajú často zdrojom súdneho procesu (2). Poranený má často pocit, že stratu zraku nespôsobil úraz, ale nesprávne poskytnutá laická a prvá odborná lekárska pomoc. Cudzie teliesko pod mihalnicou či choroba zváračov sú často iba ľahké úrazy, ktoré by mohol vedieť sponzorovať a vyriesiť i laik. Avšak zanedbanie liečby môže mať pre oko až fatálne následky.

Cudzie teliesko na rohovke. Toto poranenie rozhodne nereprezentuje urgentný stav. Oko je však intenzívne povrchovo dráždené, je červené a veľmi bolí, preto chorý vyhľadá odbornú pomoc i v noci. Ak cudzie teliesko letí prudko, môže prederaviť celú rohovku a vniknúť do oka. Pri podozrení na penetráciu fibrózneho obalu oka je indikované rtg alebo ultrazvukové vyšetrenie. Liečba nekomplikovaného cudzieho telieska uviaznutého na rohovke spočíva v jeho odstránení a v aplikácii antibiotických kvapiek do spojovkového vaku.

Vybratie vnútroočného cudzieho telieska vyzaduje zložitú operáciu na špecializovanom vitreoretinálnom pracovisku.

Poškrabanie rohovky. Ide o bolestivý, povrchový defekt epitelu rohovky rôzneho rozsahu a rôzneho tvaru. Pacient má intenzívny pocit bolesti s pocitom cudzieho telieska v oku (3). Väčšinou sa erózia hojí bez následkov. Ak sa do škrabancia dostane baktériálna, vírusová či plesňová infekcia, vzniknú nebezpečné komplikácie. Každú eróziu rohovky liečime instiláciou dezinfekčných kvapiek pripadne antibiotik do spojovkového vaku. Mastiam sa radšej vyhýbame - v obave pred vznikom nezmáčavej škvrny rohovky.

Poškodenie oka žiareniom. Ultrafialové žiarenie spôsobuje popáleniny kože, chorobu zváračov a snežnú slepotu. Pacient prichádza do ambulancie vystrašený (často v noci), vo veľmi zúboženom stave. Poškodený epitel rohovky spôsobuje blefarospazmus, svetłoplachosť a silnú pichavú bolesť. Vyšetrenie je možné až po instilácii lokálneho anestetika. Problémy spôsobuje poškodenie povrchových vrstiev epitelu rohovky.

Viditeľné svetlo - napríklad slnko, fotografický blesk a laser môže poškodiť sietnicu. Sústredenie lúčov svetla optickým systémom oka do oblasti žltej škvrny spôsobí jej tepel-

nú destrukciu. Poškodenia vznikajú pri sledovaní zatmenia slnka a pri zásahu žltej škvrny svetelným efektom laseru na diskotékach.

Infračervené žiarenie ohrozenie ohrozenie zraku pracovníkov v sklárňach a v hutách. Najčastejšou komplikáciou je vznik sklárskeho sivého zákalu.

Poškodenie oka ionizujúcim žiareniom (napríklad rtg žiareniom) si chorý nevšimne hneď. Následky - zápal kože, dystrofie rohovky a zákaly šošovky sa zjavujú s latenciou - neskôr. Liečba takéhoto poškodenia je zložitá.

Málo známa je problematika negatívneho vplyvu mikrovlnového, radarového a rozhlasového vlnenia na oko. Mikrovlnky majú kataraktogénny účinok a rozhlasové vlny destrukčný vplyv na jemné očné štruktúry (4).

Poleptanie oka je veľmi vážne, pritom časté poranenie. Stupeň poranenia oka závisí od dĺžky pôsobenia škodliviny a od toho, či poleptanie bolo spôsobené kyselinou alebo zásadou. Nebezpečnejšie je poleptanie so zásadami, nakoľko v dôsledku kolikvačnej nekrózy prenikajú hlboko do jemných očných tkanív. V praxi sa najčastejšie stretávame s poleptaním očí vápnom.

Pri týchto úrazoch je rozhodujúca šikovnosť a vedomosť človeka, ktorý poskytuje prvú laickú pomoc. Najdôležitejší je časový faktor. Ošetrovanie sa musí uskutočniť okamžite. V tomto prípade nie sú prioritné zásady sterility. Na razantné výplachy spojovkového vaku je možné použiť obyčajnú vodu z vodovodu, z potoka alebo zo studne. Poranený má silný blefarospazmus a bolesti. Preto sa očná štrbina nedá ľahko otvárať. Musíme sa snažiť otvoriť ju násilím! Hornú a dolnú mihalnicu sa snažíme vyvrátiť prstom. Spojovkový vak treba dôkladne vypláchnuť prúdom vlažnej vody. Zvyšky prípečeného vápna sa musia z oka mechanicky odstrániť - napríklad nechtom. Až potom poraneného rýchlo transportujeme do najbližšej očnej ambulancie, oddelenia či kliniky.

Popáleniny oka. Príčinou popálenín môžu byť plameň, horúca voda, para, tuk alebo iné žeravé predmety. Popáleniny postihujú predovšetkým mihalnice (alebo sa reflexne uzavŕň a tým chránia spojovku a rohovku). Podľa intenzity popáleniny môžu na-

stať poškodenia rôzneho stupňa. Popáleniny mihalníc sa liečia tak, ako popáleniny inej časti kože. Ťažké popáleniny rohovky neraz končia jej transplantáciou (5).

Tupé poranenia oka sú pre možné trvalé následky závažné a zákerné. Následky v mnohom závisia od intenzity nárazu. Najľahším tupým očným úrazom je kontúzia bulbu bez narušenia celistvosti očnej gule a vnútorných tkanív. Pri kontúzii bulbárnej spojovky v dôsledku poranenia ciev dochádza k prekrvácaniu podspojovkového priestoru. Suťúza vystraší pacienta. V skutočnosti je ľahkým, nezávažným úrazom. Pri poranení dúhovky dochádza ku krvácaniu do prednej komory oka.

Vážne poranenie je luxácia šošovky. Pri poranení hlbších častí bulbu môže vzniknúť krvácanie do sklovcu, natrihnutie sietnice a cievovky. Ak je sila úderu extrémne silná a smeruje priamo na očnicový vchod, môže nastáť ruptúra rohovky, skléry a vyhreznutie vnútrocenných štruktúr mimo oka. Závažnou komplikáciou tupých poranení býva odlúčenie sietnice a poškodenie zrakového nervu.

Pri laickom vyšetrení poraneného oka musíme postupovať maximálne obozretne. Najmä roztvorenie očnej štrbiny musí byť veľmi šetrné. Do poraneného oka nikdy nevkladáme očné masti!

Mikrochirurgia ponúka moderné rekonštrukčné operácie predného segmentu oka vrátane náhrady luxovanej šošovky umelou vnútrocennou šošovkou a tamponádou odtrhutej sietnice silikónovým olejom, alebo inertným plynom. Odtrhnutý zrakový nerv nedokážeme vyliečiť. V takýchto prípadoch je slepotu neodvratná a trvalá.

Otvorené poranenia oka sú najčastejšie spôsobené nožom, ostrým plechom, sklom a inými ostrými predmetmi. Poranenie býva na rohovke, na sklére, prípadne vznikne dvojitá perforácia obalov oka ležiacim predmetom. Pri podozrení na otvorené poranenie musí byť manipulácia s okom výnimocne šetrná, aby sme zabránili prolapsu vnútrocenných tkanív mimo priestor oka. Liečba otvorených poranení oka spočíva v urýchlenom podaní antibiotika a v zabezpečení šetrného prevozu poraneného na špecializované traumatologické mikrochirurgické pracovisko. Mikrochirurg v prvom rade uzavrie ranu a v ďalších sedeniach odstraňuje ostatné následky poranenia.

Poranenie očí pri výbuchoch. Počas vojnových konfliktov a v čase množiacich sa bombových atentátov sa stretávame s kombináciou úrazových mechanizmov - súbežným pôsobením poleptania, popálenia, pomliaždenia a mechanického poranenia obalov oka. Liečba týchto stavov musí byť kom-

plexná a je doménou špičkových mikrochirurgických pracovísk.

Poranenia pomocných orgánov oka - očných adnexov sú najčastejšimi očnými poraneniami. Môžu nastáť skoro pri každom väčšom poranení hlavy. Najčastejšie sú hematómy. Môžu sa vytvoriť okamžite po poranení, alebo sa rozvinú až na druhý deň po poranení okolia oka. Rany v obočí a na mihalniciach patria jednoznačne do rúk špecialistovi, ktorý ovláda techniky a postupy plastickej a rekonštrukčnej chirurgie.

Úrazy očnice sú spojené skoro vždy s poranením kostí tváre a/alebo lebky. Môžu nastáť rôzne druhy zlomenín, často spojené s krvácaním za bulbus. Vtedy vzniká retrobulbárny hematóm. Keď sa pri vyšetrení zistí, že bulbus je vytlačený dopredu, dislokovaný do strán a prepadnutý dolu, znamená to, že očnica je závažne poranená. Krepitácia - praskanie vzduchu pod kožou mihalníc prezrádza zlomeninu prinosových dutín. Prejaví sa to v čase, keď si poranený vyfúka nos. Liečba jednoduchých zlomenín očnice nevyžaduje zvláštny prístup. Komplikované zlomeniny vyžadujú naopak spoluprácu lekárov rozličných disciplín: oftalmológa, röntgenológa, otorynolaryngológa, chirurga, neurochirurga, stomatológia a/alebo stomatochirurga.

Prvá pomoc pri očných úrazoch

Všetky činnosti pri pomoci poranenému človeku musia byť podriadené jednej ústrednej myšlienke - neuškodiť!

- Perforačné poranenia prekryjeme šetrne sterilným obväzom a poraneného odvezieme na odborné ošetrenie. Nikdy nedávame do poraneného oka masti - skomplikujeme lekárovi budúce ošetrenie a chorému hojivé procesy.
- Mechanicky poranených očí sa zbytočne nedotýkame prstami, nemanipulujeme s mihalnicami - prípadné teliesko by sme mohli zaťačiť hlbšie do oka, prípadný prepad (prolaps) vnútrocenného tkaniva by sa znásobil a hojenie oka by sa skomplikovalo zanesením ďalšej nebezpečnej infekcie.
- Po zasiahnutí chemickou látkou oči preplachujeme neutrálnym roztokom - napríklad vodou alebo fiziologickým roztokom. Oko vymývame smerom od nosa do vonkajšieho kútika, hlava je naklonená mierne nabok, aby roztoky a škodliviny nevnikali do druhého oka. Kusy vápna, malty a iných chemicky aktívnych látok musíme bezpodmienečne odstrániť!
- Drobné teliesko pod mihalnicou a na rohovke sa môžeme pokúsiť odstrániť kúsom vaty natočenej na zápalke. Potom vkvapkáme dezinfekčné kvapky. Do očí

dávame iba lieky z originálneho balenia, ktoré nemá porušený uzáver a nebolo otvorené dlhšie ako odporúča výrobca (zväčša nie dlhšie ako 21 dní)! Každému vážne poranenému človekovi zabezpečíme rýchly a šetrný transport do odbornej očnej ambulancie. Aj banálny očný úraz je dobré nechať skontrolovať odborníkovi. Každého poraneného, ktorý má obváz, upozorníme, že nemá dobré priestorové videnie. Nesmie riadiť motorové vozidlo, dokonca ani bicykel. Musí sa pohybovať maximálne opatrne.

Uzáver ústrednej sietnicovej artérie

Je to náhla cievna príhoda vyžadujúca okamžitú odbornú lekársku pomoc. Spočíva v náhlom uzavretí celého kmeňa alebo jednej vetvy ústrednej sietnicovej artérie embolom, prípadne iba pretrvávajúcim cievnym spazmom. Takýto stav spôsobuje veľa celkových ochorení človeka. U chorého sa prejavuje náhlym oslepnutím. Ak sa krvný obeh neobnoví za 10 minút, stáva sa poškodenie zraku trvalé.

Pri kmeňovom uzávere centrálnej sietnicovej tepny pacient udáva dramatickú a úplnú stratu zraku. Na chorom oku nachádzame širokú, na osvit nereagujúcu zrenicu. Oftalmoskopicky nachádzame sietnicu belavej farby, presiaknutú, makula je čereňovočervenej farby. Terč zrakového nervu má zmazané okraje so znakmi apoplezie. Cievy sú úzke, kolabované, krvný sľapek prerušovaný.

Pri uzávere časti vetvy centrálnej sietnicovej tepny chorý človek opisuje čiastočný výpad zorného poľa. Oblasť v povodí postihnutej vetvy arteria centralis retinae je mliečne biela, edematózna. Cieva za embolom je vyprázdená - kolabovaná, krvný sľapek je prerušovaný ako sľapek ortuti v teplomeri. Oblasť embolie je posiate drobnými krváciami. Odbornú pomoc je potrebné poskytnúť okamžite.

Prvá pomoc pri uzávere sietnicovej tepny:

- 1.pokoj na posteli, vhodné je podávať upokojujúce prostriedky,
- 2.lokalná aplikácia pilokarpínu - 5x v priebehu 1 hod.,
- 3.digitálna masáž bulbu približne 15 minút,
- 4.inhalácia kyslíka - použitím kyslíkového stanu,
- 5.podanie inhibitorov karboanhydrázy,
- 6.peribulbárne podanie vazodilatancií,
- 7.podanie kortizonoidov.

Uzáver ústrednej sietnicovej žily

Trombóza sa vyvíja pomaly, zväčša na podklade sklerózy, vysokého tlaku či krvnej

choroby od periférie k centru. Existuje ako trombóza celého kmeňa ústrednej sietnicovej žily alebo iba niektoréj jej vetvy. Chorý pride na vyšetrenie pri zasiahnutí makuly. Periférne parciálne trombózy bývajú bezpriznakové – niekedy sú iba náhodným náležom pri vyšetrení očného pozadia. Všetky formy sa rozdeľujú na ischemické a neischemické formy. Liečba spočíva v odstránení príčiny ochorenia, úpravy celkového stavu chôreho a ošetrení sietnice laserom.

Amaurosis fugax

Arteria carotis spôsobuje priamo alebo nepriamo viaceré očné ochorenia. Je veľmi zraniteľným miestom, z ktorého často vzniká sietnicová embolizácia. Amaurosis fugax sa prejavuje náhlu stratou zraku časti alebo celého zorného poľa. Slepota trvá niekoľko minút a upravuje sa. Pri vyšetrení nachádzame normálny nález, vzácné sa okolo cievky ukáže drobné vatové ischemické ložisko. Stav nie je možné podceniť. Za ochorením sa môže skrývať závažná porucha zdravia.

Amócia sietnice

Je to chorobné odlúčenie zmyslového epitelu sietnice od pigmentového listu sietnice, ktorý zostáva pevne spojený s cievkovou. V tomto priestore sa hromadí tekutina zo sklovca a z cievovky. Amócia sietnice vzniká najčastejšie v dôsledku diery alebo trhliny v sietnici. Vznikajúcim amóciu chorí zaregistrovú ako blesky, zahustujúce sa lietajúce zlaté mušky, zvláštny obraz, záclony a závoje pred okom, meniac sa a zhoršujúce sa defekty zorného poľa až postupnú stratu zraku.

Amóciu na očnom pozadí vidíme ako trhliny, ktoré majú tvar podkovy s konvexitou obrátenou do centra, najčastejšie s príchlopou. Niekoľky sú okrúhleho a oválneho tvaru. Bývajú často viacpočetné. Amócia sa prejavuje sivým, pokrčeným balónom (viacerými balónmi) s riasami v postihnutom kvadrante alebo na celom očnom pozadí.

Účinná liečba je chirurgická. Spočíva v uzávere trhliny, v rozrušení prípadných trakčných pruhov a fixácii sietnice na mieste pomocou laseru a/alebo tepelnej koagulácie. Niekoľky je potrebná vnútorná tamponáda sietnice inertným expanzívnym plynom alebo silikónovým olejom. Sietnica sa po operácii môže priložiť, ale zrak sa v dôsledku odumretia zrakových buniek nemusí obnoviť.

Glaukóm

Glaukóm je chronické ochorenie nervových vláken zrakového nervu a ganglionových buniek sietnice, ktoré môže (ale nemusí) byť

spojené so zvýšením vnútrocenného tlaku, prejavujúce sa typickým náležom na terči zrakového nervu, charakteristickými výpadmi zorného poľa a je spôsobené viacerými faktormi.

1. Primárny glaukóm. Pri jeho vzniku nezohráva úlohu iné očné ochorenie. Tvorí najväčšiu skupinu glaukómov. Podľa náležu v oblasti komorového uhla sa delí na glaukóm s otvoreným a glaukóm s uzavretým komorovým uhlom.

Glaukóm s otvoreným uhlom prebieha nepozorované. Pacient spočiatku nemusí mať žiadne ťažkosti, iba občasné zahmlievanie zraku, tupú bolest očí a hlavy, farebné dúhy okolo svetelného zdroja.

Glaukóm s uzavretým uhlom prebieha vo forme záchvatu, ktorý charakterizujú začervenanie oka, silná bolesť oka a hlavy (6), zníženie zrakovéj ostrosti a vracanie (7). Stáva sa, že pacient je praktickým lekárom liečený ako so žlčníkovým záchvatom.

2. Sekundárny glaukóm vzniká vtedy, keď zvýšenie vnútrocenného tlaku spôsobuje konkrétna pridružená očná choroba alebo úraz ako: krvácanie, vnútrocenný zápal, zmenené postavenie šošovky, jej nadmerná veľkosť a podobne.

3. Vrodený, kongenitálny glaukóm patrí medzi vývojové anomálie oka - dúhovkovorohovkový uhol, vrodené zlé umiestnenie šošovky, chýbanie dúhovky a iné anomálie. Na Slovensku je častejší v rómskej populácii. Ochorenie sa manifestuje v intervale od narodenia do troch rokov v 75 % prípadov bilaterálne. Vrodený glaukóm má prítomné tri najčastejšie objektívne príznaky: zväčšenie očnej rohovky a neskôr celého bulbu, zakalenie rohovky do biela a začervenanie bulbu s epiforou a blefarospazmom.

Zápaly

Všetky zápaly v okolí oka sú nebezpečné. Vždy hrozí vznik flegmóny mihalníc, zápalu očnice a trombózy kavernózneho splavu. Vyžadujú maximálnu pozornosť. Niektoré najčastejšie zápaly spomenieme.

Pri zápale slzovej žlázy je horná mihalnica esivo prehnutá, vonkajšie kvadranthy mihalníc sú teplé, červené, na tlak mierne bolestivé. Po jednoduchej everzii vidieť zdurené vývody slzovej žlázy, pričom celá žlaza je zväčšená. V liečbe sa uplatňujú najmä antibiotiká a nesteroidné antiflogistiká.

Zápal slzových ciest je zápalové ochorenie slzového vaku z dôvodu zhoršenej prichodnosti slzových ciest. Môže sa rozvinúť do podoby flegmóny. Koža v oblasti slzového vaku a okolia je červená, zdurená, za-

tvrdnutá bolestivým opuchom. Maximum nálezu je vo vnútornom kútiku. Opuch býva rozšírený i na kožu hornej a dolnej mihalnice. V spojovkovom vaku je hniosový zápal. Liečba spočíva v celkovom aj lokálnom podávaní antibiotík a chirurgickom obnovení prichodnosti slzových ciest.

Orbitocelulitída je nehniosový zápal mäkkých tkanív orbity. Pacient je zväčša schvátený bolesťou, bolesť sa lokalizuje do oblasti hrotu očnice. Mihalnice sú opuchnuté, palpačne tvrdé, so všetkými subjektívnymi i objektívnymi znakmi zápalu. Poklop a tlak na oblasť prinosových dutín je významne bolestivý. Spojovky sú povrchovo injikované, niekedy je naznačená chemóza. Bulbus má obmedzenú pohyblivosť. Je v axiálnej protrúzii. Na očnom pozadí môžeme občas pozorovať i riasenie sietnice. V pokročilých prípadoch môžeme zaznamenať neuropatiu zrakového nervu. Diagnostika i liečba vyžaduje spoluprácu oftalmológa, röntgenológa a lekára ORL.

Keratitídy vznikajú po mikrózach rohovky, prípadne pri chýbaní a zlyhaní viacerých obranných faktorov (porchy kvality a množstva slzového filmu, stavu zníženej obranyschopnosti organizmu, nosenie kontaktných šošoviek, liečba imunosupresívmi, pooperáčne stavy a prítomnosť iných očných ochorení). Keratitídy sú bolestivé ochorenia bezprostredne ohrozené zrak chorého. Oko býva červené, rohovka zníženej transparencie, infiltrovaná, v prednej očnej komore bývajú prítomné zápalové bunky.

Ochorenie sa neraz komplikuje vznikom rohovkového vredu. Vtedy je oko svetlopláché, je prítomný blefarospasmus, epifora a kruté bolesti. V prednej komore sa zjavuje hypopyon, vnútrocenný tlak býva zvýšený. Následkom činnosti mikróbov sa rozpadávajú kolagénne vlákna a v centre vredu sa rohovka stenčuje, dokonca sa spontánne prederávi. Infekcia sa dostáva do vnútra oka. Niektoré baktérie vyvolávajú charakteristické typy endoftalmitíd, podľa ktorých môžeme pôvodcu ochorenia predpokladať, prípadne identifikovať (8).

Neuritídy. Intraokulárna neuritída - vnútrocenný zápal zrakového nervu - sa vždy prejaví stratou centrálneho vízu. Chorý udáva bolesti za okom aj pri pohybe očí. Reakcia zreníc je spomalená na osvit. Je zachovaná konsenzuálna reakcia. Býva naznačená ľahká anizokória. Oftalmoskopicky nachádzame presiaknutý, edematózny, elevovaný terč zrakového nervu.

Retrobulbárna neuritída má iné charakteristiky. Subjektívne je prítomná strata centrálneho a periférneho vízu rozličnej kvality a bolesti za okom. Nález na terči zrakového

nervu a na sietnici je však normálny. Stav zraku sa dá overiť ďalším podrobnejším vyšetrením elektrofiziologických funkcií zrakového nervu. Liečba ochorenia je konzervatívna. Podávajú sa kortizonoidy, imunosupresiva, vazoaktívne preparáty, antiedematózne pôsobiace lieky a vitaminy. Ochorenie má často spojenie s demyelinizačnými stavmi.

Záver

Niekteré chorobné stavy - napríklad choroba zváračov - neohrozujú zrak chorého, avšak intenzitou príznakov prinútia chorého okamžite vyhľadať pomoc v odbornej ambulancii. Iné choroby nebola - napríklad neuritidy, cievne sietnicové uzávery - pacientovi umožňujú pokoje čakať na zlepšenie zraku a zatiaľ ho neodvratne oslepujú.

Stratu zraku spôsobenú chorobou alebo úrazom chorý často spája s menom človeka,

ktorý mu poskytol laickú a odbornú prvú pomoc. Údaj o oslepnutí stavia pred laika, sestru a praktického lekára väznu otázku. Náhle oslepnutie neboli, okolie oka a bulbus je zdravý. Bez podrobnejšého oftalmologického vyšetrenia (vrátane očného pozadia) sa diagnóza nedá stanoviť. Preto je bezpodmienečne potrebné chorému uveriť a zabezpečiť mu neodkladnú odbornú pomoc.

Literatúra: 1. Chynoranský, M.: Naléhavé očné príhody. Bratislava, Glpress Publishers 1992, 104 s. - 2. Sachsenweger, M., Sachsenweger, R.: Naléhavé stavy v oftalmologii. Martin, Osvoea, Czech edition, 1998, 139 s. - 3. Boguszaková, J., Růžičková, E., Pitrová, Š.: Urgentní stavy v oftalmologii. Praha, Karolinum 1998, 78 s. - 4. Oláh, Z. a kol.: Očné lekárstvo. Martin, Osvoea 1998, 255 s. - 5. Gavorník, P., Da-

chová, K.: Transplantácie rohovky a rekonštrukčné operácie v podmienkach Očného oddelenia FNsP v Trnave. Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík, 5, 1999, č. 2, s. 60-62. - 6. Gavorník, P., Dachová, K.: Bolesť v oftalmológii. revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík, 5, 1999, č. 2, s. 56-60. - 7. Gavorník, P., Krištofovičová, A.: Stále nekončiaci vývoj názorov na glaukom a jeho liečbu. Recipe, 5, 1998, č. 1, s. 20. - 8. Gavorník, P.: Diferenciálna diagnostika exogénnych endoftalmitíd. Čs oftal, 54, 1998, č. 4, s. 257-261.

Do redakcie došlo: Adresa autorov:

6. februára 2001 MUDr. P. Gavorník, PhD.
Vajanského ul. č. 11
917 01 Trnava

D. Turoňová, Z. Ondřisová, M. Molnárová, P. Demeš, D. Magula, F. Dvořák
Vysokošpecializovaný odborný ústav tuberkulózy a respiračných chorôb v Nitre-Zobore

Sledovanie niektorých laboratórnych parametrov u pacientov s diabetickou nohou

Súhrn: V súčasnosti je dosť často frekventovaný pojem diabetická (angioneuropatická) noha. Je to komplikované postihnutie dolných končatín u diabetikov s ischémiou, neuropatiou a s infekciou. Príčinou týchto komplikácií je nedostatočné prekrytie periférnej mikrocirkulácie dolných končatín. V liečbe diabetickej neuropatie existujú nové postupy, ktoré pomáhajú toto prekrytie zlepšiť. Sú to venesekcia a subakútne hemodilúcia. Práca podáva informácie o sledovaní niektorých laboratórnych parametrov v závislosti od venepunkcie u pacientov s periférnym cievnym ochorením.

Kľúčové slová: diabetes mellitus, diabetická noha, hemodilúcia, venesekcia.

Úvod

Diabetes mellitus je zdĺhavé ochorenie, ktoré spôsobuje neprijemné, niekedy vážne komplikácie. Postihuje všetky vekové kategórie ľudí. Je to ochorenie lákovej premeny s prvotnou poruchou metabolizmu cukrov. Jeho spoločnou charakteristikou je hyperglykémia v dôsledku nedostatku inzulínu alebo jeho účinku.

Nedostatok inzulínu má pre ľudský organizmus väzne následky. Prejavuje sa najprv poruchou metabolizmu cukrov, neskôr aj bielkovín, tukov, vody a solí. Tak vznikajú odchýly a poruchy v celkovom metabolizme.

Tieto zmeny, ale predovšetkým zvýšenie glykémie v krvi vedú k funkčným poruchám a neskôr k poškodeniu a zlyhaniu rôznych orgánov. Z tohto dôvodu je potrebné využi-

vať všetky možnosti včasnej a správnej diagnostiky a následne vhodnej liečby.

V ostatných rokoch zreteľne sa zvyšuje počet pacientov s tzv. diabetickou nohou. Táto skupina diabetikov je vystavená viacerým rizikám a komplikáciám vyplývajúcim z ich základného ochorenia, ktorým je diabetes mellitus. Diabetická noha (angioneuropatická noha) je komplikované postihnutie

Tabuľka 1. Priemerné hodnoty hemoglobínu (HGB), hematokritu (HT), glykemickejho profilu u mužov.

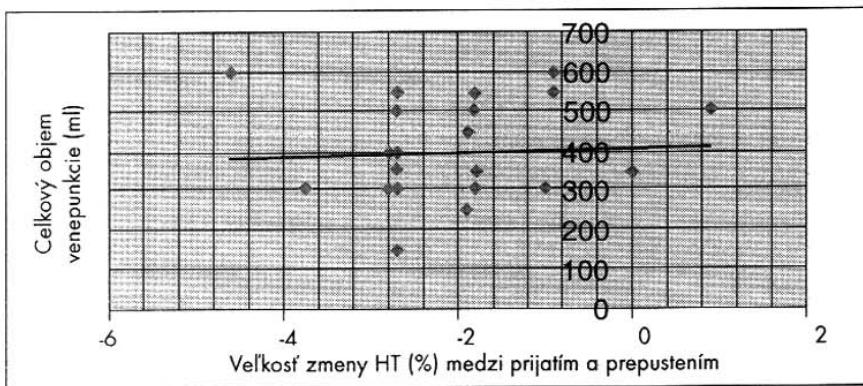
N = 26, priemerný vek 64 rokov, priemerná venepunkcia 408 ml

HGB (g/l)		HT (%)		Glykemický profil (mmol/l)	
Pri prijatí	Pri prepustení	Pri prijatí	Pri prepustení	Pri prijatí	Pri prepustení
141,3	133,1	39,6	37,1	11,0	8,7

Tabuľka 2. Priemerné hodnoty hemoglobínu (HGB), hematokritu (HT), glykemickejho profilu u žien.

N = 25, priemerný vek 65 rokov, priemerná venepunkcia 242 ml

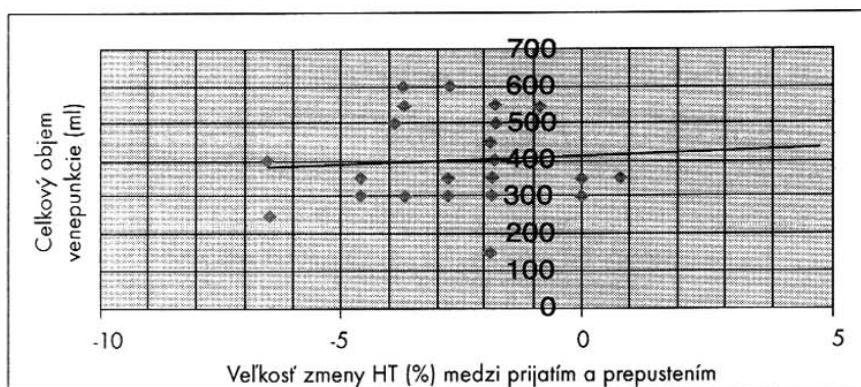
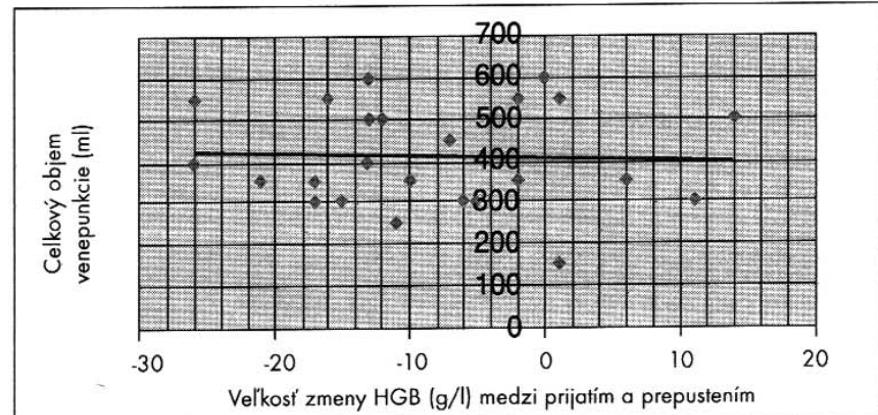
HGB (g/l)		HT (%)		Glykemický profil (mmol/l)	
Pri prijatí	Pri prepustení	Pri prijatí	Pri prepustení	Pri prijatí	Pri prepustení
135,1	128,8	37,5	35,1	11,0	9,7



Graf 1: Závislosť zmeny hematokritu od celkového objemu venepunkcie (u mužov)

dolných končatín, spojené s neuropatiou, ischémiou a často aj infekciou. Najčastejším miestom postihnutia sú nohy, pretože počas života sú najväčšmi zaťažené. Komplikované postihnutie nohy sprevádzajú miestna obehová porucha v dôsledku zhoršeného prílivu kysličnej krvi, čo zapríčinuje vznik degeneračných zmien na nohe.

Diabetická neuropatia je najčastejšou chronickou bolestivou komplikáciou diabetu. Predstavuje poškodenie periférnych nervov.



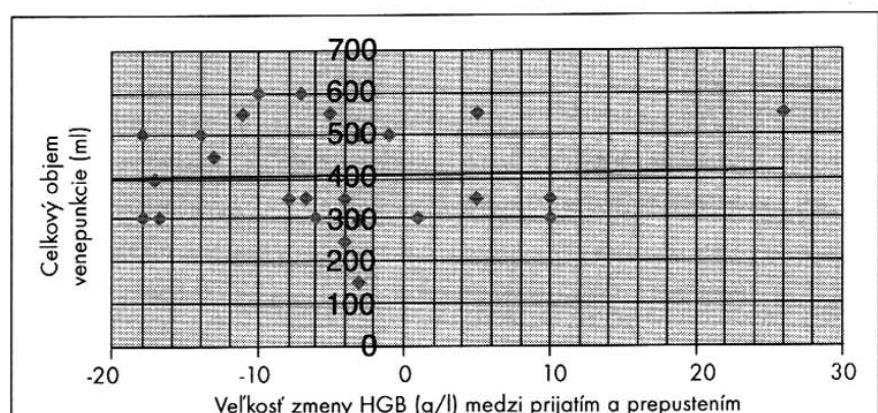
Graf 3: Závislosť zmeny hematokritu od celkového objemu venepunkcie (u žien)

vých vlákien. Začína sa prejavovať pálením, svrbením, mravčením, kŕčmi, bolestami a stratou citlivosti v končatinách. Týmto sa podieľa na vzniku ulcerácie na nohách. Primárnym faktorom jej vzniku je dlhodobá hyperglykémia, pri ktorej nervové bunky "opúchajú" a postupne strácajú schopnosť prenosu signálov po tele. Okrem hyperglykémie sa na vzniku neuropatie podieľajú aj metabolické, vaskulárne, autoimúnne a neu-rohormonálne príčiny.

Týmto poškodením trpí asi každý piaty diabetik. Ak sa včas nediagnostikuje a správne nelieči, môže skončiť amputáciou končatiny (1, 2).

Medzi terapeutické postupy pri liečení ischemických komplikácií sa zaraďuje venesekcia a subakútne hemodilúcia u diabetikov s bolesťou, s vredom alebo ranou po amputácii na nohe (3).

Venesekcia sa vykonáva opakoványm odberom krvi v celkovom množstve 300 - 500 ml v 4- až 7-dňových intervaloch. Týmto odberom krvi sa ovplyvňuje hodnota hematokritu, ktorá by sa mala ustáliť na hodnote 31 % u takých diabetikov, u ktorých hodnota hematokritu pred venesekciou bola vyššia ako 31 %.



Cieľ terapie

Na našom pracovisku je cieľom úspešnej terapie zlepšiť prekrvenie nohy diabetika.

Graf 2: Závislosť zmeny hemoglobínu od celkového objemu venepunkcie (u mužov)

Venesekcia a hemodilúcia môžu sa realizovať u diabetikov s dobrou kardiálnou rezervou, s ischemickou chorobou na nohe a u diabetikov, u ktorých sa nemôže prekrvenie zlepšiť inou cievnou operáciou. Po redukcii hematokritu sa zrýchli priestok krvi, zníži sa viskozita krvi a zvýší sa počet prekrvených kapílár. Periférne tkivo je lepšie prekrvené a hlavne dobre oxidované. Redukcia hematokritu vede k poklesu hod-

Graf 4: Závislosť zmeny hemoglobínu od celkového objemu venepunkcie (u žien)

noty hemoglobínu, ktorý pevne viaže kyslík (O_2). To znamená, že sa zvyšuje extrakcia O_2 z krvi, znižuje sa afinita hemoglobínu ku kyslíku a zrýchľuje sa difúzia O_2 z krvi do tkaniva pre zvýšený počet prekrvených kapilár.

Materiál a metodiky

U hospitalizovaných diabetikov sa robí rad laboratórnych vyšetrení a sleduje sa ich dynamika počas hospitalizácie. Počas rokov 1998-1999 sme sledovali súbor 51 pacientov (25 žien a 26 mužov). U každého pacienta sa pri prijatí a prepustení vyšetrili hodnoty hemoglobínu, hematokritu a glykemický profil. Hemoglobín sa stanovoval hemiglobínyanidovou metódou na fotometri SPEKOL 11 (fy ZEISS, variačný koeficient CV = 1,24 %; relatívna chyba d = 3,31 %), hematokrit pomocou mikrohematorkitovej metódy a hodnoty glykémii sa merali na glu-kózovom analyzátoru SUPER G (fy Dr.

Müller, variačný koeficient CV = 4,15 %; re-lativna chyba d = 2,20 %).

Výsledky

Priemerné hodnoty hemoglobínu, hemato-kritu a priemernej hodnoty glykémie vyčítanej z glykemického profilu pri začiatku hos-pitalizácie (pred venepunkciami) a pri ukon-čení hospitalizácie (po venepunkciach), uvádzame v tabuľkách 1 a 2, a na grafoch 1, 2, 3, 4.

Diskusia a záver

Pri biochemickom sledovaní sme zistili, že nastal pokles hodnôt koncentrácie hemoglo-bínu, hematokritu a glykémie, ale nepodarilo sa dokázať korelačnú závislosť od obje-mu venepunkcie. Odobraté množstvo krvi neovplynilo štatisticky významne hodnoty hemoglobínu a hematokritu pri prepustení (t. j. priemerne po dvoch týždňoch hospitali-zácie). Poukazuje to na vo všeobecnosti

dobre kompenzačné mechanizmy organizmu u diabetikov. V niektorých prípadoch však prišlo po venepunkciach k takým zme-nám, že kontrola nielen klinická, ale i labo-ratórna je nevyhnutná z hľadiska predchá-dzania možným komplikáciám.

Literatúra: 1. Krahulec, B.: Diabetická neuropatia. Slov lekár, 1997, č. 10-11, s. 79-82. - 2. Krahulec, B.: Patogenéza diabetickej neuropatie. Zdravotnícke noviny, 2000, č. 16, s. 8. - 3. Jarábek, L.: Venepunkcia a sub-akútne hemodilúcia. Rozhl chir, 1985, č. 1, s. 34-40.

Do redakcie došlo: Adresa autorov:

10. apríla 2001 D. Turoňová
zdravotná laborantka
- špecialistka
Staničná ul. č. 216
956 31 Krušovce

„Spoločne proti týraniu“ 26. jún 2001 - Medzinárodný deň podpory obetí týrania Spojených národov

26. júna 2001 sa organizácie a jednotlivci na celom svete spo-ko spojili do medzinárodnej kampane na pripomnenie si Medzinárodného dňa podpory obetí týrania iniciovaného Organizačiou spojených náro-dov. Toho roku IRCT koordinuje už štvrtú celosvetovú kampan na podporu tohto dňa v jedno-tilivých regiónoch sveta.

Tohtoročná téma tejto kam-pa-ne je „Spoločne proti týraniu“. Činnosť proti týraniu zahŕňa spojenie snáh rehabilitačných centier, organizácií na podporu ľudských práv, právnych firiem, vlád, médií a jednotlivcov po ce-lom svete. Táto kampan zhro-mažila vyše 80 firiem v roku 2000. Dúfame, že tohto roku sa toto číslo zvýši.

IRCT je členom koalície med-zinárodných NGO proti tortúre (CINAT), spolu s Amnesty Internatinal, Asociáciou na pre-venciu tortúry (APT), Medzinárodnou federáciou kres-tanov pre zrušenie tortúry (FiCAT), Svetovej organizácii proti tortúre (OMCT) a Redress. Prosím, zvážte návštěvu miest-neho úradu jednej z týchto orga-nizácií, čím budete demon-strovať Vašu zainteresovanosť na Medzinárodnom dni podpo-ry obetí týrania iniciovaného Organizačiou spojených náro-dov.

Ako sa môžete zúčastniť? Spoločná činnosť môže zahŕňať mediálne akcie alebo tlačové konferencie, semináre alebo workshopy, listové kampane

a výpovede obetí týrania zame-rané na vládu alebo miestne úrady, open house akcie, bene-fičné večery, kultúrne podu-jatia, pouličné pochody, atď.

Na podporu aktivít IRCT môže zabezpečiť obmedzený zo-znam materiálov na podporu kampane 26. júna zadarmo, napr. balíčky na podporu kam-pane (v angličtine, francúzšti-ne, španielčine a ruštine), trič-ka a postery. Ak chcete dané materiály preložiť do iného ja-zyka, môžeme Vám poskytnúť texty v elektronickej forme. Samozrejme sa môžete pridať aj vydáním vlastných materiá-lov.

Jens Modvig, MD PhD,
riaditeľ sekretariátu IRCT

Náš rozhovor

Pani Darina Sedláčková sa narodila 2. decembra 1958 v Bratislave. Je vydatá, má dve deti (Michal, Katarína), manžel Ivan pracuje vo Fakultnej NsP akademika Dérera ako lekár.

Vysokoškolské štúdium na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave (odbor všeobecné lekárstvo) ukončila v roku 1984. Začala pracovať na tejto lekárskej fakulte ako asistentka. V roku 1989 vykonalá atestačnú skúšku z odboru vnútorné lekárstvo. V roku 1992 rozšírila svoju kvalifikáciu na Právnickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave na novootvorenom postgraduálnom štúdiu na Inštitúte medzinárodných vzťahov, ktoré ukončila diplomovou skúškou v roku 1994.

V rokoch 1995-2000 pracovala ako zástupkyňa riaditeľa Informačnej kancelárie Rady Európy v SR, kde sa sústredovala na realizáciu zdravotníckych a sociálno-ekonomických programov. Je spoluautorkou viacerých projektov (protidrogová výchova, rovnoprávne postavenie žien, výchova a vzdelávanie národnostných menšín). Po úspešnom absolvovaní konkurzu nastúpila 1. mája 2000 na miesto zástupkyne SZO v SR, kde pracuje dodnes.

Z jej posledných aktivít, ktoré idú nad rámcem pracovných povinností, spomenieme, že v roku 1999 bola prizvaná k riešeniu PHARE projektu „Práva pacientov v Slovenskej republike“, ktorý je t. č. ako iniciatíva MZ SR vo fáze medzirezortného prípomienkovania s cieľom predložiť ho do NR SR v čo najkratšom čase. Je spoluzákladateľka a členka mimovládnych organizácií Dom Európy Bratislava, Asociácia Nádej pre pacienta a Liga za duševné zdravie. Podielala sa na organizácii podujatí pre zdravotníckych profesionálov, prispieva do odborných aj vedecko-populárnych časopisov. Kancelária SZO pravidelne komunikuje s médiami. Napriek tomu, že nemá štatút verejnej knižnice, snaží sa záujemcom o literatúru z produkcie SZO vychádzať v ústrety či už formou priamej návštavy v Kancelárii SZO, prípadne odoslaním materiálov poštou alebo elektronicky.

Ovláda anglicky, nemecky, čiastočne francúzsky a ruský jazyk. Od októbra 2000 je frekventantkou externého štúdia na Škole verejného zdravotníctva Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny v Bratislave.

Tohtoročný medzinárodný deň sestier or-

ganizuje Slovenská spoločnosť sestier pod láskavým patronátom zástupkyne SZO v SR pani Dr. Sedláčkovej. V tejto súvislosti sme si ju dovolili požiadať o jej názory na ošetrovateľstvo v členských krajinách SZO v Európe v 21. storočí, priority SZO na prelome tisícročia a možnosti spolupráce medzi SZO a sestrami a pôrodnými asistentkami.

Ošetrovateľstvo v členských krajinách SZO v Európe v 21. storočí

15. - 17. júna 2000 Regionálny úrad SZO pre Európu zorganizoval 2. ministerskú konferenciu o ošetrovateľstve pre sestry a pôrodné asistentky (ďalej len SaPA), na ktorej sa diskutovalo o súčasnosti a budúcnosti tejto profesie, o jej obavách a aspiráciach. Keďže šlo o ministerskú konferenciu, pozvaní boli príslušní rezortní ministri a pracovníci zodpovední za rozvoj a riadenie ošetrovateľstva. Za Slovenskú republiku sa konferencie zúčastnili Mgr. Ľ. Matulníková, hlavná sestra MZ SR a jej kolegynia J. Pechová. Pevne veríme, že po návrate z konferencie spracovali jej agendu a dali všetkým zainteresovaným k dispozícii jej závery a z nich vyplývajúce úlohy. Všetky zúčastnené strany podpisali Deklaráciu „Sestry a pôrodné asistentky - sila pre zdravie“, ktorú ste určite všetci mali možnosť preštudovať. Preto len na osvieženie pamäti zopakujem, že kroky, ktoré je treba priorítne podniknúť v oblasti ošetrovateľstva, sa dajú zosumarizovať takto:

1. zabezpečiť, aby profesia SaPA bola načas atraktívna, že sa jej ľudia budú chcieť venovať,
2. definovať, čo treba profesii SaPA poskytnúť, aby mohla naďalej prispievať k zlepšovaniu zdravia obyvateľstva.

Regionálny úrad pripravil aj strategický návod na pomoc krajinám pri implementácii jednotlivých časťí Deklarácie. Zaviazal sa tiež, že bude pravidelne vyhodnocovať pokrok v ich plnení. Prvé hodnotiace stretnutie sa uskutoční v júni tohto roku priamo v regionálnom úrade v Kodani. Zatial' nebolo oznámené, kto sa ho zúčastní za Slovenskú republiku. Z ďalších dokumentov stojí za pozornosť Stratégia SZO pre vzdelávanie



SaPA v Európe. Je to zásadný dokument, pomocou ktorého sa dá na jednej strane hodnotiť existujúci stav vzdelávania SaPA v členských krajinách, na druhej strane poskytuje návody a nástroje, ako môžu krajin dosiahnuť požadovaný štandard vyplývajúci z odporúčaní SZO.

Napriek tomu, že sa postavenie SaPA v mnohých, najmä západoeurópskych krajinách aj vďaka práci medzinárodných organizácií zlepšilo, ešte stále sme svedkami toho, že SaPA ľahajú za kratší koniec, legislatívna úprava ošetrovateľskej starostlivosti a systému vzdelávania SaPA pokríváva vo viacerých krajinách a v niektorých krajinách základné zákony absentujú úplne. To všetko vedie k nespokojnosti, dezilúzii a často k masovému odchodu SaPA z pôvodne vytúženého povolania a k hľadanju si práce inde. V západoeurópskych krajinách dnes pocítí enormný nedostatok SaPA a fakt situácia by mala byť výstrahou pre naše zdravotníctvo. Nedávno sme sa dozvedeli, že tento fenomén sa vyhrotí aj u našich susedov v Poľsku, kde sestry nakoniec vstúpili do strijaku.

Aktivity SZO v oblasti ošetrovateľstva majú dlhoročnú tradíciu. Početné konferencie, odborné a vzdelávacie semináre alebo aj summity vyprodukovali množstvo cenného materiálu, ktorý slúži ako zdroj vedomostí, skúseností a zručností pre ďalšie generácie SaPA, ich stavovské a odborné združenia. Najdôležitejším odporúčaním z posledného desaťročia je snáď to, ktoré žiada, aby

SaPA boli uznané ako autonómny a od iných zdravotníckych pracovníkov profesionálne odlíšený stav, ktorý ich komplemen-tárne dopĺňa svojim rozsahom a obsahom práce a svojimi kompetenciami.

Priority SZO na prelome tisícročia

V roku 1998 bola na 51. Svetovom zdro-votníckom zhromaždení prijatá politika Zdravia pre všetkých v 21. storočí, ktorej sa skrátene hovorí ZDRAVIE 21. Schválili ju všetky členské krajiny SZO (191 štátov), pri-čom každý región si ju následne rozpraco-val podľa svojich špecifických podmienok a potrieb.

Pre 870 miliónov občanov 51 krajín európskeho regiónu znamenalo posledných desať rokov 20. storočia obrovskú zmenu. Politicko-spoločenská klíma sa zmenila tak v strednej a východnej Európe, kde došlo k celkovej zmene režimu, ale politicko-spoločenská situácia sa zmenila aj v západnej Európe, kde došlo k podstatnému upevneniu pozície štruktúr Európskej únie. Vzájomné otváranie sa oboch časťí Európy vedie k ich postupnému poznávaniu, zblížovaniu, uznávaniu a čo je najdôležitejšie, aj k hľadaniu spoločných princípov koexistencie a spolu-práce na kontinente. Pri zrade politiky ZDRAVIE 21 pre európsky región sa zhodli, že tešíť sa dobrému zdraviu je jedným zo základných práv každej ľudskej bytosťi. Zdravie je predpokladom pohody a kvality života, je kritériom pre meranie pokroku na ceste k zmenšovaniu chudoby, k sociálnej sú-držnosti a odstráneniu diskriminácie. Úspech politiky krajiny sa preto môže merať jej dopadom na zdravie. Dobré zdravie po-pulácie je základom trvalo udržateľného ekonomického rastu, a to by si ekonomika pri investovaní do zdravia mala byťstne uvedomovať. Politika ZDRAVIE 21 pre Európu má 21 cieľov, ktoré komplexne od-rážajú celý sektor zdravotníctva. O postavení alebo úlohách SaPA sa hovorí vlastne vo všetkých, aj keď v niektorých len nepriamo, pretože SaPA sú neoddeliteľne spojené a akoukoľvek zdravotníckou činnosťou - pre-ventívnu, klinickou, následnou, výchovno-

vzdelávacou atď. Sestry a pôrodné asistentky sa rozhodujúcou mierou podielajú na úspechu tých zdravotníckych činností, ktoré ľu-dia prežívajú najintenzívnejšie - pri bez-prostrednej starostlivosti v chorobe. Preto musí spoločnosť zabezpečiť, aby SaPA do-stali nielen kvalitné odborné vzdelanie a pri-meranú psychologickú prípravu na náročnú prácu, ale aj adekvátné spoločenské uzná-nie pri výkone svojho povolania.

Na Slovensku podobne ako v iných trans-formujúcich sa krajinách, sa po roku 1989 začalo s celkovými zmenami v zdravot-níckom sektore, ktoré neobišli ani sestry. Po viacerých pokusoch, ktoré z rôznych dôvo-dov zlyhalo alebo sa uplatnili len dočasne a parciálne, sa zdá, že sa aj v oblasti ošet-rovateľstva dospieva k určitému konsenzu. Koncepcia ošetrovateľstva a zákon o ošetro-vateľských povolaniach, ktoré tvoria riadiaci pracovníci MZ SR v spolupráci s odbornými a stavovskými organizáciami SaPA, by mali vymedziť obsah povolania SaPA, právne vzťahy pri poskytovaní ošetrovateľskej staro-stlivosti a pôrodnej asistencie a hovorí tiež o regulácii, registrácii, potrebe celoživotného vzdelávania a iných nástrojoch. Tieto kroky nie sú samoučelné. Vyplývajú okrem iného aj zo smerníc Európskej únie, o člen-stvo v ktorej sa Slovensko usiluje a preto mu-sí naplniť literu jej zákonov. V tomto smere je výdatnou pomocou práve SZO, ktorá má personálny a technický potenciál pomáhať pri tejto náročnej práci.

Možnosti spolupráce medzi SZO a SaPA

Svetová zdravotnícka organizácia je me-dzivládna organizácia, to znamená, že SZO a vlády jednotlivých členských krajín rokujú o základnom obsahu spolupráce v danom období. Vlády sa snažia v rámci spolupráce definovať také programy, ktoré by efektívne pomáhali riešiť ich vnútrosťalne problémy. Na Slovensku sa momentálne im-plementuje Program spolupráce SZO a SR na roky 2000/2001. Jeho špeciálnu časť pre SaPA má na starosti paní M. Hadačová, prezidentka Slovenskej komory SaPA.

Vypracovala projekt, ktorý súvisí s registráciou SaPA, a s jeho realizáciou sa ráta do októbra tohto roku. Veríme, že všetky SaPA budú o priebehu a výsledkoch tohto projektu informované, v prípade záujmu sa určíte dá na ďalšie podrobnosti opýtať aj v tejto fáze.

Z mojej pozície - zástupkyne SZO v SR - sa zaobrám zdravotníctvom v jeho najširšom slova zmysle. Máme sice o veciach globálny prehľad, no nie je mysliteľné, aby som bola odborník na všetko. Sú veci, ktoré ma zaují-majú viac, iné sledujem v úvodzovkách po-vinne. Preto vždy privítam iniciatívu ľudí z jednotlivých odborov. Oni najlepšie vedia, kde majú problém, kde o akú pomoc majú záujem. Netvrídím, že každému vieme vyho-vieť, ale kto sa neinformuje, nemá žiadnu šancu. Možnosti SZO sú rozmanité a trúfam si povedať, že nejaké riešenie sa podarí nájsť takmer vždy.

Na druhej strane sa snažím podniesť záu-jem ľudí o dianie v SZO a vyzvať ich na spo-luprácu na programoch a projektach, ktoré vzniknú v centrále či už je to sekretariát SZO v Ženeve alebo Regionálny úrad pre Európu v Kodani. Veľmi intenzívne sme sa pripravili na 7. apríl - každoročný Deň svetového zdravia. Tento rok je venovaný duševnému zdraviu a dúfam, že sa všetkým páčila forma osláv, ktorú sme pripravili.

Okrem toho prebieha neustála intenzívna obojstranná výmena informácií, ale aj žia-dostí o pomoc alebo spoluprácu, účasť na-šich odborníkov na mítингoch SZO a prítomnosť expertov SZO na podujatiach u nás, nejaká tá priebežná spoločenská a diplo-matická korešpondencia, pozvania zúčas-tníci sa, prípadne aj prevziať záštitu nad ak-ciami, ktoré organizujú naše štátne a mimo-vládne organizácie. Takže práce je viac než dosť - ale o tom to je, keď chceme, aby ľudia o nás vedeli a aby sme my vedeli o nich.

Za rozhovor ďakuje
prof. MUDr. G. Čierny, DrSc.
vedúci redaktor

Správy zo SLS

Slávnostná celoslovenská konferencia pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier

Dňa 11. mája 2001 sa konala v Bratislave Celoslovenská konferencia pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier na témy: Duševné zdravie a Sestry proti násiliu. Konferenciu usporiadali Slovenská spoločnosť sestier - organizačná zložka Slovenskej lekárskej spoločnosti, Česká asociácia sestier, Slovenská postgraduálna akadémia medicíny a Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie v SR.

Podrobnejšie informácie z tohto podujatia prinesieme v č. 3/2001 nášho časopisu.

Redakcia

Vyznamenania Predsedníctva Slovenskej lekárskej spoločnosti pri príležitosti Medzinárodného dňa sestier v roku 2001

Na návrh Slovenskej spoločnosti sestier Prezidium Slovenskej lekárskej spoločnosti na svojom zasadnutí dňa 19. apríla 2001 udelilo vyznamenanie sestrám, ktoré sa zaslúžili o rozvoj Slovenskej spoločnosti sestier.

Zlatá medaila:

Květa Musilová, Česká asociácia sestier v Brne

Strieborná medaila:

Jolana Pavlovičová, Nemocnica s poliklinikou v Prešove

Bronzové medaily:

Terézia Hoclárová, Nemocnica s poliklinikou v Poprade

Anna Holigová, Fakultná nemocnica s poliklinikou v Martine

Valéria Ostrožliková, Nemocnica s poliklinikou v Nitre

Darina Poláková, Nemocnica s poliklinikou vo Vranove nad Topľou

PhDr. Viera Šebeková, Nemocnica s poliklinikou F. D. R. v Banskej Bystrici

Magdaléna Schmidtová, Nemocnica s poliklinikou v Nitre

Cena Olgy Ďuržovej:

Eleonóra Žužiová, dôchodkyňa, Bratislava

I. Karcagiová

I. Gynäkologicko-pôrodnícka klinika FNsP v Košiciach

4. medzinárodná konferencia „Privádzame deti na svet“

V dňoch 1. - 3. februára 2001 som sa zúčastnila medzinárodnej konferencie v Prahe, ktorá sa konala v príjemnom prostredí hotela Pyramída. Bola to 4. medzinárodná konferencia o prirodzenom pôrode pod názvom „Privádzame deti na svet...“

Túto konferenciu organizovala:

1. Česká asociácia pôrodných asistentiek (ČAPA), ktorá je profesijnou organizáciou a združuje pôrodné asistentky z celej ČR, je členom medzinárodnej konfederácie pôrodných asistentiek.
2. Hnutie za aktívne materstvo (HAM), ktoré je občianskym združením matiek majúcich zlé skúsenosti z pôrodotvora z pražských nemocní. Cieľom združenia je usilovať o to, aby si ženy mohli vybrať, akým spôsobom a kde matka priviedie na svet svoje dieťa.

3. Nadácia Open Society Fund Praha, ktorá podporuje rozvoj občianskej spoločnosti v Českej republike. Pri tejto nadácii vznikol program Otvorené rodičovstvo, ktoré zvyšuje informovanosť verejnosti v aktuálnych otázkach rodičovstva.

4. Česká gynäkologicko-pôrodnícka spoločnosť Českej lekárskej spoločnosti J. E. Purkyně, ktorá je odbornou spoločnosťou so sekciami podľa jednotlivých medicínskych odborov ako v SLS.

Na tejto konferencii sa zúčastnilo 630 účastníkov z rôznych krajín, napr. USA, Belgicka, Holandska, Švédska, Švajčiarska, Nemecka, Poľska, Estónska, Rumunska a Ruska.

Konferencia bola určená pôrodným asistentkám, pôrodníkom, gynekológom, právnikom sociálnych služieb, vzdelávacím

organizáciám, poradenským centrám a zástupcom rodičovskej verejnosti.

Jej cieľom bolo spojiť všetkých, ktorí podporujú pozitívne zmeny v pôrodníctve a tých, ktorí sa zasadzujú o prirodzený pôrod. Tieto zmeny by mali nastať v prístupe k celej gravidite i spôsobe vedenia fiziologického pôrodu, ako aj v zmene ľudí, ktorí túto starostlivosť poskytujú.

Pod pojmom prirodzený pôrod sa myslí taký pôrod, ktorý prebieha bez akýchkoľvek zásahov - ide o pôrod fysiologický, pri ktorom sa nepodávajú lieky, nevykonávajú sa rutinné úkony, ako je holenie, klyzma, epi-ziotómie, rodička si vyberá pôrodnú polohu i miesto, kde chce rodiť. Ako úľavové prostriedky sa využívajú voda, masáž, akupresúra a pod. Je to pôrod, pri ktorom sa respektujú priania a potreby rodičky, dostáva

sa jej povzbudzovanie, podpora a lásky-plná starostlivosť.

Jednotlivé bloky prednášok sa zamerali na tieto témy: Na ceste do EÚ - Pôrod inde a inak, Pôrod z pohľadu rodiacej ženy, Pôrod z pohľadu nenarodeného dieťaťa, Pôrod z pohľadu pôrodných asistentiek a lekárov, Pôrod z pohľadu inštitúcií.

Z programu konferencie vidieť, že svoj pohľad na pôrod prezentovali nielen pôrodné asistentky, lekári, profesionálne sprievodkyne pri pôrade, ako poskytovatelia pôrodnicej starostlivosti, ale i zástupcovia ministerstva zdravotníctva, psychológovia, sociálni pracovníci a v neposlednom rade aj zástupcovia rodičovskej verejnosti - matky.

Témou prvého bloku prednášok, o ktorom by som sa chcela podrobnejšie zmieniť bolo: Na ceste do EÚ - Pôrod inde a inak. V jednotlivých prednáškach pôrodné asistentky z rôznych krajín hovorili o tom, aká je situácia u nich doma, ako sa u nich rodí, aké sú možnosti výberu spôsobu pôrodu, ako pracujú pôrodné asistentky, aké majú možnosti a podmienky vzdelávania. So svojimi príspievkami vystúpili pôrodné asistentky z Estónska, Rumunska, Ruska, Čiech, Holandska, Švajčiarska, Írska, USA. Veľmi nás zaujal pôrodnícky systém v Holandsku, prezentácia pôrodného domu vo Švajčiarsku, ako i súkromná prax pôrodnej asistentky z Nemecka, ktoré môžu slúžiť ako modelové. Na druhej strane sa otvorené hovorilo o problémoch, ktoré existujú v mnohých krajinách ako je Írsko, Poľsko, Čechy, Rusko, Rumunsko a ktoré je potrebné riešiť. Niektoré okruhy problémov rezonovali najčastejšie. Mnohé z vyslovených myšlienok, sú aktuálne aj v našich podmienkach:

- rozdiely v prístupe k vedeniu pôrodu medzi lekárom a pôrodnou asistentkou,
- negatívne ovplyvňovanie matiek nevhodnými zásahmi počas pôrodu viac než je potrebné (podľa odporúčaní SZO),
- pôrodná asistentka by mala byť hlavným poskytovateľom pôrodnej starostlivosti (fyziológická gravidita a fyziológický pôrod),
- na prvom mieste by mala byť vždy žena - matka, jej záujmy a potreby,

- potreba vytvoriť možnosť voľby pre ženy vybrať si spôsob, kde a ako chcú priviesť na svet svoje dieťa,
- potreba zasadzovať sa o to, aby prírodený pôrod neboli alternatívny a nadštantardný,
- potreba vytvárať v pôrodniciach prostredie, v ktorom sa dodržiavajú ľudské práva,
- potreba informovaného súhlasu rodičiek pre všetky zákroky,
- diskriminácia pôrodných asistentiek - neexistujúca koncepcia zdravotníctva,
- potreba zvýšiť úroveň profesnej hrdosti pôrodných asistentiek, zvýšiť úroveň vzdelania v cudzích jazykoch,
- nedostatočná starostlivosť rodičiek o svoje zdravie a nízka úroveň ich právneho vedomia,
- klesajúca pôrodnosť.

Tento pohľad na niekoľko krajín a na rozdiely v ich pôrodnickej starostlivosti nám umožnil porovnávať a lepšie si uvedomiť, kde sa nachádzame my, čo všetko sme dosiahli a čo je pred nami.

V popoludňajších hodinách 1. a 2. dňa konferencie (štvrtek, piatok) prebiehali semináre, z ktorých sme si mohli vybrať vždy jeden. Súčasne ešte prebiehali videoprojekcie.

Semináre boli na tieto témy: Tajomný život dieťaťa pred narodením, Mŕtvonarodené deti, Prijatie postihnutého dieťaťa, Brušný tanec, Predpôrodná príprava, Ako sa dobre dorozumievať, Aby bolo doma bezpečné, Dojčenie, Homeopatia, Bachove esencie, akupunktúra, Chcem mať vlastnú prax - ako na to? Skúsenosti z celoživotnej praxe, Pôrody do vody a haptonómia.

Vo večerných hodinách opakovali časť videoprojekcie, ktorá sa premietala popoludní, takže program končil niečo pred 22. hodinou. Bolo mi veľmi lúto, že jednotlivé semináre boli v rovnakom čase a súčasne prebiehalo premietanie nie menej zaujímavých filmov, čo sa však nedalo naraziť stihnuť. Niekoľko titulov z ponuky videoprojekcie: Pôrody do Čierneho mora, Deti narodené vo vode, Pôrod v holandskej nemocnici a doma - porovnanie, Inšpirujúci začiatok (škola

pre pôrodné asistentky v Amsterdame), Ako mení prvá doba pôrodná stav myše.

Najväčší dojem v nás zanechal jednoznačne film o pôrodoch do vody z belgického Ostendu, kde majú odvedených 3000 pôrodotov do vody.

Mnoho materiálov a poznatkov bolo možné získať aj z 36 vystavovaných informačných panelov.

Piatkový večer patril slávnostnej večeri a spoločenskému programu. O zaujímavom a bohatom programe tejto konferencie by sa dalo napísť mnoho, pretože tam odznelo mnoho podnetných slov a myšlienok. Zo záveru konferencie vyplynulo, že každá krajina si musí vytvoriť taký systém pôrodnickej starostlivosti, ktorý jej najviac vyhovuje, pričom treba brať do úvahy tradície, chápanie rodiny ako takej, zohľadňovať požiadavky rodičiek. Na Slovensku nás čakajú takisto zmeny, ku ktorým bude musieť prispieť, každá z nás, v prvom rade tým, že vyjadrimo svoj názor, akým smerom sa chceme uberať. Samozrejme, že tieto zmeny musia prebehnuť v systéme vzdelenávia i v legislatíve, ale začať musia v našom myšlení a chcení.

Záverom si dovolím uviesť niekoľko krásnych myšlienok, ktoré na konferencii odzneli: Pôrod každú ženu zasahuje v jej najhlbšom „ja“, celú ju odhaluje, ovplyvňuje jej sebahodnotenie. Deň pôrodu ženu i jej dieťa ovplyvni na celý život, deň pôrodu nie je len dňom zrodu dieťaťa, ale aj dňom zrodu nových generácií v rodine. Pôrod je pre ženu nesporne zážitkom silným a významným, takým, ktorý si bude dlho pamätať a práve tak si bude pamätať na prístup ľudí, ktorí je pri pôrade pomáhali. Svojim úsilím máme možnosť prispieť k tomu, aby to bol pre ňu životný a emocionálne kladný zážitok,

Do redakcie došlo:

20. marca 2001

Adresa autorky:

I. Karcagiová
I. gynekologicko-pôrodnícka klinika FNsP
Trieda SNP č. 1
040 11 Košice

Príspevky čitateľov

K. Musilová, Česká asociace sester, O. Tellerová,
Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Brno, Bohunice

Kvalita života stomiků - dílčí výsledky výzkumu

Sekce stoma sester byla ustavena při České společnosti sester v únoru 1999. Ihned na ustavující schůzi si stanovila za svůj hlavní cíl zvyšování odborné úrovně svých členů a zkvalitňovat péči o nemocné se stomiemi v duchu cílů SZO a přispět ke zvýšení kvality jejich života.

Dovolujeme si citovat na úvod chartu práv stomiků, kterou vydal koordináční výbor Světové organizace stomiků (IOA) u příležitosti Světového dne stomiků 2. října 1993.

Každý stomik má právo:

- na předoperační poradenství, aby si byl plně vědom významu operace a znal základní skutečnosti o životě se stomií
- na dobře konstruovanou a vhodně umístěnou stomii, s plným a přiměřeným přihlednutím k pohodlí pacienta
- na kvalitní a profesionální lékařskou a ošetřovatelskou péči v předoperačním i pooperačním období, v nemocnici i doma
- na úplnou a objektivní informaci o všech pomůckách, které jsou v jeho vlasti k dispozici
- na možnost výběru různých stomických pomůcek, bez předsudků a donucení
- na informace o organizacích stomiků v jeho vlasti, o jejich posléání, službách a podpoře, které poskytuji
- na podporu a informovanost rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny, nutné k dosažení uspokojivé úrovně stomikova života (informovanost rodiny a známých je třeba chápát se souhlasem pacienta).

Z poznatků, které získala Tellerová při odborné stáži v Anglii a které se snažila v praxi uplatňovat, může konstatovat, po zkušenostech s problematiky znalých kolegyně, se uplatňování poznatků daří velmi obtížně.

Troufáme si tvrdit, že odborné schopnosti našich stoma sester si v ničem nezadají s našimi anglickými kolegyněmi. Markantní rozdíl je v podmírkách a způsobu organiza-

ce stomické péče. Našimi konzultanty v Anglii byli dva významní členové Světové organizace enteroterapeutů Barbara Borwell a Bart Tappe, kteří nás seznámili s celosvětově organizovanou studií „Kvality života stomiků“ (CORCA).

Výbor sekce se snažil navázat kontakt s kolegyněmi z Anglie, které jsou koordinátorkami uvedeného výzkumu. Kontakt se nepodařilo navázat a proto se výbor sekce rozhodl pro provedení výzkumného projektu.

Materiál a metodika

Pro cílené ovlivňování kvality života stomiků bylo třeba zmapovat situaci a zjistit názory stomiků na kvalitu péče, na problémy, které jim stěžovali život nebo jim bránily žít plnohodnotný život. Po zhodnocení možnos-

Návrh dotazníku prošel připomínkovým řízením. Po úpravě byl dotazník rozdán stomikům. Ve stanoveném termínu bylo vráceno 104 dotazníků, 5 bylo vyřazeno pro nedostatečné vyplnění. Ke zpracování zůstalo 99 dotazníků. Vzhledem k tomu, že návratnost byla z jednotlivých krajů různá a nejvyšší počet byl ze dvou krajů (jihomoravský a severomoravský) celkem 83 dotazníků, bylo rozhodnuto zpracovat v první fázi výsledky uvedených dvou krajů.

Výsledky

Pro zjištění názorů na kvalitu předoperační péče bylo zformulováno sedm činností důležitých pro snazší vyrovnaní se s novou situací. Respondenti měli za úkol uvést u každé zda byla či nebyla provedena, eventuálně uvést, že se na provedení nepamatují (tab.1).

Tabuľka 1. Realizace činností v předoperační době

1. místo rozhovor s lékařem	69,87 %
2. místo seznámení s pomůckami	36,14 %
3. místo nácvik výměny pomůcek	26,50 %
4. místo pohovor se stoma sestrou	25,30 %
5. místo předání informačních materiálů	24,09 %
6. místo vyhledání optimálního místa stomie	19,27 %
7. místo vyzkoušení aplikace pomůcek	18,07 %

tí získat co nejrychleji potřebné informace, byla zvolena metoda dotazníkového šeréní v rámci České republiky a za spolupráce stoma sester a firem Convatec a Coloplast.

Určitým překvapením bylo zjištění, že předoperační pohovor se stoma sestrou uvedlo pouze 25 % dotázaných. Ačkoliv bylo již proškoleno v dané tématice poměrně dost

Tabuľka 2. Srovnání výsledků dle krajů (výsledky uvedeny v procentech)
(Jihomoravský = JM, Severomoravský = SM)

	JM	SM
Pohovor s lékařem	63,82	77,77
Pohovor se stoma sestrou	19,14	36,11
Seznámení se sortimentem pomůcek	27,66	47,22
Předání informačních materiálů	14,89	36,11
Vyhledání optimálního místa stomie	25,53	11,11
Provedena zkušební aplikace pomůcek	21,27	13,88
Možnost nácviku výměny sáčku	19,14	36,11

sester a problematika je rovněž přednášena v pomaturitním specializačním studiu, není dosud v praxi dostatečně využíváno znalostí sester.

Zajímalo nás, zda jsou v této oblasti rozdíly mezi oběma krajemi (tab. 2).

Výrazně vyšší hodnocení v Severomoravském kraji lze pravděpodobně přičíst zvýšené edukační činnosti stoma sestra z Ostravy, která má vzdělávací činnost v popisu práce jako zaměstnankyně firmy ConvaTec.

V doplňující otázce měli respondenti vyjádřit svůj názor na vhodnost seznámení se se sortimentem pomůcek (JM 47,82 %, SM 85,0 %).

V obou otázkách je výrazně vyšší hodnocení v Severomoravském kraji.

Další otázka byla zaměřena na pooperač-

Tabulka 3. Realizace činností v pooperační péči.

Zapojení do péče o stomii z vlastního zájmu stomika	80,72 %
Příprava pomůcek a výměna sáčku pod dohledem sestry	55,42 %
Instruktáz o přípravě pomůcek (bez možnosti odzkoušení)	45,78 %
Poučení o likvidaci použitých pomůcek	43,37 %
Nabídka sortimentu pomůcek	42,16 %
Zapojení do péče o stomii z podnětu stoma sestry	31,92 %
Účast nejbližšího příbuzného na instruktází	19,27 %

ní péci. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 3.

Dá se říci, že je zde výrazně vyšší kladné hodnocení než u předoperační péče. Vezmemeli-li v úvahu skutečnost, že 40 % výkonů bylo provedeno před rokem 93, tedy v období, kdy nebyly sestry pro tuto péči speciálně připraveny, hodnotí dotazovaní pooperační péci z hlediska aktuálních potřeb velmi vysoko. Rovněž instruktáz a vedení ze strany stoma sestry považuje více než 50 % za plně vyhovující. Poněkud v pozadí stojí účast nejbližšího příbuzného na instruktází.

Rozdíly ve srovnání výsledků obou krajů bylo zjištěno, že maximální rozdíl činí 5,2 %. Lze tedy pokládat výsledky v obou krajích za totožné.

Stoma může přinášet jejím nositelům celou řadu problémů. Pokusili jsme se vyjmenovat několik z nich a požádali jsme o vyjádření, zda se uvedený problém u nich vyskytl či nikoliv, nebo zda daný problém nemohou posoudit.

Bylo zjištěno, že se u dotazovaných žen

položili jsme si otázku, zda jsou rozdíly v pocítování problémů mezi ženami a muži.

Tabulka 4. Rozdíly v pocítování problémů u žen a mužů

	Ženy	Muži
33,77 %	pocit ztráty sebedůvěry a zohyzdění	41,77 %
23,4 %	pocit ztráty sexuální přitažlivosti	47,54 %
30,18 %	ostých před partnerem	38,72 %
9,41 %	nepochopení partnera	17,37 %
11,68 %	špatné přijetí ostatních členů rodiny	2,27 %
18,50 %	problémy se zapojením do zaměstnání	29,65 %
18,50 %	nevyhodné podmínky k ošetření stomie v zaměstnání	31,90 %
8,11 %	nepochopení spolupracovníku	6,54 %
11,68 %	nepochopení zaměstnavatele	8,81 %
12,98 %	změna vlastního postoje k partnerovi	25,37 %
50,00 %	změna postoje k životu	38,45 %
25,64 %	vyhýbání se společnosti	17,37 %
18,50 %	ostých vyhledat pomoc sexuologa	25,37 %

• plný návrat uvedlo 33,73 %

• částečný návrat 49,39 %

• zcela změnili způsob života 13,25 %.

Tato otázka by vyžadovala hlubší analýzu, kterou však stávající dotazník neumožnuje.

Poslední část dotazníku byla věnována hodnocení kvality péče. U každého z osmi vybraných faktorů měli respondenti možnost výběru mezi pěti stupni kvality. Výsledky byly zpracovány jednak v procentuálním zařazení jednotlivých stupňů a také jako aritmetický průměr. Pro srovnání výsledků se nám jevilo jako výhodné stanovení pásem kvality následovně:

pásмо nebezpečné péče od 0 - 1,0

pásmo minimální péče od 1,1 - 2,0

pásmo rutinní péče od 2,1 - 3,0

pásmo optimální péče od 3,1 - 4,0

projevilo nižší pocítování problémů než u mužů. Zatím co u žen se změna postoje k životu ocitla na prvním místě (plných 50 %) u mužů se ocitla až na místě čtvrtém (38,45 %). U mužů byl pocit ztráty sexuální přitažlivosti na místě prvním (47,54 %) u žen se ocitá až na pátém místě s pouhými 23 %.

Další otázka směrovala ke zjištění, u koho hledali pomoc při řešení svých problémů. Necelé dvě třetiny (60 %) se obracely o pomoc na lékaře a stoma sestru, necelá polovina (42 %) na partnera a jiného stomika, pouze 6 % hledalo pomoc u psychologa a sociální sestry.

Při porovnání výsledků u žen a mužů bylo zjištěno, že ženy častěji vyhledali pomoc u lékaře než u stoma sestry. Muži naopak vyhledali pomoc častěji u stoma sestry než u lékařů. Za velmi významné pokládáme zjištění, že pomoc stoma sestry vyhledalo poměrně vysoké procento stomíků.

Zajímalo nás rovněž, zda se stomici vrátili k dřívějšímu navýklému způsobu života:

Je potřebné, že v hodnocení obou skupin nejsou výrazné rozdíly a že v pásmu nebezpečné péče se neobjevil žádný z hodnocených faktorů. V pásmu optimální péče se ocitly čtyři faktory (50 %) a v pásmu rutinní péče dva faktory u mužů a jeden u žen. V pásmu optimální péče se objevilo pět faktorů u žen a čtyři faktory u mužů.

Srovnání názorů respondentů obou krajů ukazuje, že v pásmu nebezpečné péče se neocitl žádný z faktorů. Do pásmu minimální péče spadají v obou krajích předoperační péče stoma sestry a pomoc zdravotnických pracovníků při řešení sociálních problémů. Shoda je v hodnocení pooperační péče stoma sestry a psychické podpoře ze strany zdrav. pracovníků, v pásmu rutinní péče. Nejvíce hodnocena je v obou krajích dostupnost pomůcek a ochota poskytnout radu a pomoc. V jihomoravském kraji hodnotili jako optimální ještě vstřícnost stoma sestry a v severomoravském předoperační péci lékaře.

Podle výsledku kladných odpovědí byly stomiky nejčastěji pocítovány tyto problémy:

1. místo	změna postoje k životu	43,37 %
2. místo	pocit ztráty sebedůvěry	37,34 %
3. místo	pocit ztráty sexuální přitažlivosti	37,34 %
4. místo	ostých před partnerem	34,93 %
5. místo	potíže s ošetřením stomie v zaměstnání	26,50 %
6. místo	problémy se zapojením do zaměstnání	25,30 %

Tabuľka 5: Názory že a mužu na kvalitu poskytované peče.

	Ženy	Muži
Nebezpečná peče	0	0
Minimálni peče	předoperační peče stoma sestry pomoc zdrav. pracovníků při řešení sociálních problémů	předoperační peče stoma sestry pomoc zdrav. pracovníků při řešení sociálních problémů
Rutinní peče	psychická podpora zdrav. pracovníků	pooperační peče stoma sestry psychická podpora zdrav. pracovníku
Optimálni peče	dostupnost pomůcek předoperační peče lékaře předoperační peče stoma sestry vstřícnost stoma sestry ochota zdrav. pracovníků poskytnout radu a pomoc	dostupnost pomůcek předoperační peče lékaře vstřícnost stoma sestry ochota zdrav. pracovníků poskytnout radu a pomoc

Závěr

Ačkoliv jsou zatím zpracovány výsledky šetření ze dvou krajů, ukazuje se, že je řada oblastí, v nichž máme možnost zlepšovat peče o stomiky. Dále nás výsledky přesvědčily o tom, že zkoumání uvedené problemati-

ky je nezbytné jak z hlediska peče tak z hlediska života stomiků. V neposlední řadě pak prostřednictvím výzkumu je možno prokázat opodstatněnost funkce stoma sestry.

Přes četné obtíže, které prosazování cílů sekce provázejí, jsou stoma sestry připrave-

ny poskytovat svým pacientům tu nej-kvalitnejší péči v intencích a požadavcích Světové organizace stomíků uvedené v Chartě stomíků, i v Evropské unie. Očekávají vytvoření takových podmínek, které jim realizaci pomohou uskutečnit. Výbor sekce již zahájil první jednání za uznání odbornosti stoma sester. Žádost byla podpořena jak Asociací sester, tak proktologickou sekcí chirurgické společnosti a probíhá jednání s ministerstvem zdravotnictví. Dá se předpokládat, že jednání byť bude dlouhé, bude snad úspěšné.

Do redakcie došlo: Adresa autoriek:

20. marca 2001 Květa Musilová
Česká asociace
sester
Vinařská ul. č. 6
656 02 Brno
Česká republika

K. Beregszásziová

Psychiatrická nemocnica v Prešove

Duševné zdravie všedného dňa *

Svetová zdravotnícka organizácia vyhlásiла 7. apríl za „Deň duševného zdravia“.

Čo je to vlastne duševné zdravie? Vychádzajme z definícií, ktoré sú v psychológií osobnosti a v klinickej psychológií. Vymedzuje ho stav, v ktorom všetky duševné pochody prebiehajú optimálne, správne odrážajú vonkajšiu realitu, pričom primerané riešenie úloh sprevádzá cit uspokojenia. Jeho ďalšou charakteristikou je harmonický rozvoj osobnosti, ktorá predstavuje jednotu, je integrovaná, dostatočne diferencovaná a má tendenciu zdokonaľovať sa. Protipólom pojmu duševné zdravie je duševná porucha, ktorá sa definuje ako forma maladaptácie, t. j. neprimeraného, zlého, narušeného prispôsobenia sa vonkajšiemu prostrediu a zmenami v duševných procesoch a správaní, čo zasahuje celú osobnosť.

Ludia si želajú dobré ráno, dobrý deň, dobrý večer, dobrú noc. Na dobrém ráne si dajú akosi viac záležať. Vyplýva to z vedomia začiatku, ktorý môže byť ťažký. Aký bude deň, do ktorého sa budíme? Odpoveď na túto otázku závisí hlavne od nás, od teba, od nej, od neho, od každého z nás, od toho, ako sa budeme k sebe navzájom správať.

Možno sa na vás usmeje kolegynia alebo predavačka. Stretnete sa s ochotou. Šef či - šefka vám dá najavo, že si vás váži, alebo vám urobia radosť vaše deti. Ale platí to aj opačne. Vydaria sa vám raňajky, pochválie mladšiu začínajúcu kolegyniu, podáte pacientovi pomocnú ruku a pridáte k tomu milý úsmev, vypočujete pozorne priateľa, ktorý potrebuje „bútľavú vŕbu“, zvládnete náročnú úlohu.

Všednosť bežného dňa je iba zdanivo šedivá. Nadávame na stereotypnosť, ale bez nej by bol nás život oveľa náročnejší, ťažší, takže by sme nadávali ešte viac. Ozaj - prečo si človek myslí, že nadávkami si ulávi? Kreslí si kontúry všedného dňa čiernymi farbami a potom si naozaj oprávnenne vzdychnie: „Bol to ťažký deň!“ Dáva však voľnú cestu záporným emociám a niekedy sa práve tým „odreaguje“ a uláví sa mu. Pohľadom a hodnotením ovplyvňuje svoju náladu, svoje city, postejo i správanie.

V každodennom styku počítame s pravdovravnosťou, čestnosťou a zaraďujeme ich medzi požadované vlastnosti osobnosti. Sú predpokladmi primeraného spoločenského styku, kultúrnej medziľudskej komunikácie.

Verbálna komunikácia sa zakladá na jednej strane na predpoklade, že sa nám verí, a na druhej strane na tom, že naše výroky sú pravdivé. Pravda je jedna z hodnôt nášho života. Tu však patrí aj ďalší prvk - úprimnosť. Najvážnejšie narušenie mravného profilu znamená porušenie základných právnych princípov a mravných vzťahov.

Psychohygiena sa neuplatňuje len v bežnom živote, doma, na ulici, ale aj v chorobe, v nemocnici. Práve tu má stále miesto, ba môžeme hovoriť o psychohygiene nemocničného prostredia. Jeho súčasťou je:

- odstraňovanie nemocničných škodlivín, tzv. nozokomiogénii, ktoré zahrnujú hluk, vyrušovanie inými pacientmi, rušivé podnety pri spánku, negatívny vplyv nespokojencov a iné rušivé vplyvy prostredia,
- odstraňovanie iatropatogénnych poškodení, ktoré vznikajú nevhodným výrokom a konaním lekára, zamilčaním nejakej skutočnosti, nevhodnou informáciou o diagnoze a pod.,
- zdokonaľovanie psychologickej starostlivosti o chorého, uplatňovanie psychológie pri ošetrovaní chorých so skvalitnením prirodzeného ľudského vzťahu k chorým,

* Podľa prednášky na seminári sestier Psychiatrickej nemocnice v Prešove

vzťahu vyznačujúceho sa úctou, zdvorilosťou a ochotou pomáhať trpiacemu človeku tak, aby sa zabránilo vedľajším škodám a predchádzalo recidívam choroby.

Všedný deň v nemocnici vyzerá inak než deň, na aký sme zvyknutí. Úplne sa mení zaužívaný rytmus života, musíme sa vzdať zvyklostí, záľub, ba aj činností a zvlášť neprijemné je pripútanie na posteľ. Choroba takmer vždy predstavuje dosť vážnu sociálnu a psychologickú zmenu celej životnej situácie.

Duševné zdravie závisí vo veľkej mieri od medziľudských vzťahov - vzťah človeka k človeku - závisí od charakteru týchto vzťahov. Človek sa učí ľubiť druhého človeka, mať ho rád, väčší si ho i obdivovať. Sestrou lásky je vľúdnosť a zdvorilosť. Pravidlá slušnosti mali by - podotýkam - mali by mať pevné miesto v spôsobe života, musia však vyvierať z vnútra človeka, z jeho srdca. Z hľadiska psychohygieny stojí za to uvedomiť si a robiť niečo v tomto ohľade:

- mnohé naše vzťahy sa vyznačujú závislosťou aj vtedy, keď by mali byť rovnocenné, symetrické: veď obchody zriaďujeme pre

kupujúcich, školy pre žiakov, nemocnice pre chorých a našim najblížím je kolega poverený väčšou zodpovednosťou za plnenie úloh, na ktorých máme všetci určitý podiel - prirodzená úcta sa často nahradza autoritatívnosťou, ktorou sa neraz vnučujú názory a postoje, pričom prirodzené vzťahy sa zavše upravujú nadmerným množstvom zákazov a príkazov, až sa začnú hľadať spôsoby, ako ich obchádzať, - mnohé sociálne vzťahy majú povrchný až formálny ráz, keď druhých ľudí vnímame len akoby cez opár vlastných starostí alebo čisto profesionálne.

Záverom môžem zhŕnúť a zdôrazniť, že jedným z predpokladov duševného zdravia sú dostatočne intenzívne, spoľahlivé a úprimné medziľudské vzťahy. Ide o kvalitné citové väzby v rodine, kvalitné vzťahy na pracovisku, kde by nemali mať priestor megalomanstvo, extrémny nacionálizmus, narcizmus, egocentrismus, spoločenstvá, v ktorých si ľudia navzájom dôverujú, podporujú sa a pomáhajú si. Spoločenská podstata osobnosti si vyžaduje, aby sa človek primerane spoločensky realizoval. Pri

výchove sa treba sústredovať na základné sociálno-mravné správanie, na pestovanie vysokej osobnej kultúry a zmyslu pre povinnosť a zodpovednosť. Dobré vzťahy ľudí medzi sebou, viac zdvorilosti, vľúdnosti a ohľaduplnosti by nám všetkým nesmierne ulahčovali život, znižoval by sa výskyt zbytočných konfliktov, napäť a stresov a tým prispevali k poklesu neuróz a iných duševných i niektorých telesných porúch. Každý z nás od narodenia až po hrob deň čo deň viedie zápas nielen o svoj chlieb každodenný, ale aj o svoj ľudský profil. Vedecké poznatky sú sice dobrými radcami a pomocníkmi v živote človeka, ale nikdy ho nezbavujú zodpovednosti za svoj život a povinnosti pracovať na ňom.

Do redakcie došlo:

10. apríla 2001

Adresa autorky:

K. Beregszásziová
diplomovaná psychiatrická sestra
Sládkovičova ul. č. 25
081 63 Prešov

Ako hovorí básnik: "Kto chce žiť, musí sa kývať, boriť, kroviať a nie zívať."

P. O. Hviezdoslav

M. Kiličková

Nemocnica s poliklinikou S. Barbory v Rožňave

Netradičné metódy realizácie sesterských seminárov

V ošetrovateľstve sa slovo „starostlivosť“ používa viac ako jedno storočie. Americký filozof Milton Mayeroff je jedným z mála, ktorí sa začali rozsiahlejšie zaoberať charakteristickými vlastnosťami starostlivosti. Hovoríme o kategórii, ktorá je neodmysliteľnou a nenahraditeľnou súčasťou v procese bežnej, každodennej sesterskej komunikácie. Otázka zabezpečenia kontinuity ošetrovateľskej starostlivosti sa stala inšpiráciou pre zmenu metódy práce na úrovni riadenia sesterských seminárov v NsP Sv. Barbory v Rožňave.

Ich cieľom je:

- plynule zvyšovať odborné vedomosti sestier, koncepcné myšlenie,
- naučiť sa vnímať pacienta tak, že uspokojovanie jeho potrieb a zabezpečenie základnej a špecializovanej ošetrovateľskej starostlivosti môže mať aj multidisciplinárny charakter.

V tomto duchu sme sa pokúsili o realizáciu odborného seminára, na ktorom participovali dve ošetrovacie jednotky - urologické a dializačné oddelenie. Ústrednou tému bola „Akútnej renálnej insuficiencii - dialyzovaný pacient. Význam a náplň práce sestry na hemodialyzačnom oddelení pri zabezpečovaní kontinuity ošetrovateľských zásahov.“

Theoretická časť prednášok bola aktuálne doplnená o diapositívy, ktorých obsah predstavoval autentické zábery ošetrovateľskej starostlivosti na uvedených pracoviskách. Pre komplexnosť a dokonalosť seminára sa protagonisti rozhodli pre praktickú demonštráciu peritoneálnej dialízy. Strelili sa sestry pracovísk, na ktorých sa realizuje ošetrovateľský proces, kontinuálne sa pracuje na štandardoch a sesterskej dokumentácii. Otázkou zdravotnej výchovy pacientov vnímame ako úplne samozrejmú, ktorá veľkou

mierou prispieva k zvýšeniu kreditu pracoviska a zmenila dynamický stereotyp pacientov zaradených do chronického dialyzačného programu. Mementom bola prítomnosť zástupcov lekárskej obce obidvoch pracovísk. Je pozoruhodné, že primári zainteresovaných oddelení vnímajú, vedia a chcú tvorivo diskutovať a participovať na všetkých aktivitách ošetrovateľského charakteru. Ide o jenu z mála nemocníc, kde k problematike holizmu, ošetrovateľského procesu, zmeny kvality ošetrovateľskej praxe, sesterskej dokumentácie a o zdravotnej výchove pacientov je možné diskutovať aj s lekárom. Táto ojedinelosť má výrazný motivačný vplyv pre rozvoj ďalších aktivít sestier. Kompatibilita lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti dokazuje, že ošetrovateľstvo nie je len súčasťou medicíny, ale jej rovnocenným partnerom. Keby postupovali podľa Mayeroffa, ktorý definuje sedem dôležitých

činiteľov pre realizáciu ošetrovateľskej starostlivosti, tak v hierarchii tohto podujatia by dominovali: vedomosti, odvaha, trpežnosť, skromnosť a nádej.

Záverom niekol'ko slov: „Je fascinujúce, keď sestra pracuje v prostredí, ktoré ju pod-

poruje, kde nachádza porozumenie a je akceptovaná ako rovnocenný partner, ktorý má právo myšieť, tvoriť a meniť charakter ošetrovateľskej praxe.“ Kritikom a zrkadlom kvality je pacient.

Do redakcie došlo:
17. apríla 2001

Adresa autorky:
PhDr. M. Kiličová
Dobšinského ul. č. 13
048 01 Rožňava

Pokyny autorom

1. Text má byť napísaný iba na jednej strane hárku papiera formátu A4 v Slovenskom jazyku. Treba dodržať medzera 4 cm od oboch okrajov. Počet typov v riadku (v rámci medzier medzi slovami) má byť najviac 60 a počet riadkov na jednom hárku 30. Používať treba iba normálny typ písma obvyklých písacích strojov. O zvýrazňovanie niektorých častí textu pozri odsek 2.
2. Zvýrazňovanie slov (vetných úsekov, viet, odsekov v texte). Nadpis kapitoly sa podčiarkne troma súvislými čiarami. Nadpis podkapitoly sa podčiarkne dvomi súvislými čiarami. Význam slov v texte sa zvýrazní podčiarknutím prerušovanou čiarou. Najmenšie zvýraznenie slov v texte sa vykoná podčiarknutím vlnovkou. Vlnovkou sa podčiarknu aj všetky mená uvádzané v texte a zozname literatúry. Zvýraznenie celých odsekov sa vyznačí ich začínaním súvislými čiarami.
Hierarchia usporiadania jednotlivých častí textu: Názov kapitoly sa označí rímskou číslou. Názov podkapitoly veľkým písmenom. V texte sa vyznačuje hierarchia napred arabskými číslicami, potom malými písmenami a napokon gréckymi písmenami písanými latinkou (napr. alfa).
3. Text kapitoly sa dodá prostredníctvom hlavného autora redakcií časopisu v dvoch vyhotoveniach v termíne určenom v autorskej zmluve. Má byť štýlisticky a jazykovo správny. Redakcia sa vyhradzuje právo jazykovej úpravy a štýlistico-technickej úpravy. O ich rozsahu bude autor upovedomený pri korektúrach vytlačeného textu.
S príspievkom treba redakcií doručiť stručný a výstižný súhrn vo dvoch vyhotoveniach nepresahujúci rozsahom jedného strojom písanú stranu, klúčové slová vo dvoch vyhotoveniach na osobitnom hárku papiera.
4. Latinské, prípadne anglické slová treba písť podľa Slovníka cudzích slov a Pravidiel slovenského pravopisu. Možno ich však napísť pôvodným latinským alebo anglickým pravopisom v prvom páde.
5. Príspisy do časopisu možno posieľať aj na disketách (3,5) za týchto podmienok: Textový editor T 602 s nasledujúcou konfiguráciou: dĺžka strany: 60, ľavý okraj: 1, pravý okraj: 60, horný okraj: 0, dolný okraj: 2, hlavička, päta vypnuté. Riadkovanie: 1,5. Zarovnávanie vypnuté, stránkovanie, delenie slov a kompresia zapnuté. Výstupný kód: LATIN 2, prípona súboru: TXT. Celý text musí byť napísaný štandardným typom písma (nepoužívať kurzív, tučné, vysoké, široké, podčiarknuté, veľké písmená a pod.). Text neumiestňovať do stredu strany. Obrázky alebo tabuľky nevklaňať do textu. Každú tabuľku treba označiť ako samostatný súbor s príponou TXT. Tabuľky nevytvárať, dodať len údaje a ich rozloženie v tabuľke. Text a dokladový materiál spracovaný počítačom musí vypočítať Pravidlá slovenského pravopisu a ČSN.
6. Dokumentácia prác: Tabuľky musia byť napísané osobitne - každá na inom hárku spolu s ich označením. Grafy mu-

sia byť nakreslené tušom alebo zhotovené počítačom so slovenskou diakritikou, s označením programu v ktorom boli urobené. Ak sú grafy poslané ako počítačový súbor na diskete, software musí byť kompatibilný s operačným systémom Windows 95. Fotografie musia byť zhotovené na tvrdom, lesklom, kontrastnom papieri. Iný obrazový materiál redakcia neprijíma. Na zadnej strane týchto príloh uvedeť číslo prílohy, meno autora a názov práce ceruzkou. Označte vrch obrázku šípkou. V texte treba uviesť umiestnenie prílohy. Dokladový materiál sa pri zasielaní nesmie spínať, ale musí sa dať do osobitnej obálky. 7. Kapitola má obsahovať citáciu dokladovej literatúry v rozsahu najviac 10 citácií nie starších ako 5 rokov.

Spôsob citácie literatúry:

Odvolanie na citáciu literatúry v texte sa robí v chronologickom poradí (nie v abecednom) uvedením poradového čísla citovaného literárneho prameňa umiestneného v závere. Podľa ČSN 10197 treba dodržať tento spôsob citovania:

- a) Z knihy: priezvisko autora, čiarka, osobné meno skrátené, bodka, dvojbodka, názov knihy, bodka, poradie vydania, bodka, miesto vydania, čiarka, vydavateľ, rok vydania, čiarka, počet strán (číslica a s.) bodka.
Napr.: Junas, J.: Lekári a spoločnosť v 19. storočí na Slovensku. Martin, Osvedca 1990, 280 s.
- b) Z časopisov: priezvisko autora, čiarka, osobné meno skrátené, bodka, dvojbodka, názov článku, bodka, názov časopisu v medzinárodnej skratke (uverejnené v Lek Obz., 43, 1994, č. 4-5, s. 227-295), čiarka, rok vydania, čiarka, číslo, bodka, číslica, čiarka, s. číslice od-do, bodka.
Napr.: Petrovičová, A., Tietzová, J.: Enteriálne vírusové infekcie, Lek Obz., 41, 1992, č. 8, s. 434-442.
8. Autor kapitoly pripojí k textu kapitoly osobitný list adresovaný Redakcii časopisu Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík, Slovenská lekárska spoločnosť, Leningradská č. 4, 813 22 Bratislava, na ktorom napiše prehlásenie, že prácu nezasnal inde na publikáciu. List opatrí vlastnoručným podpisom, presnou adresou, číslom telefónu alebo faxu (bydliska alebo pracoviska), svoje meno a priezvisko s titulom, názov pracoviska a funkciu, ktorú na pracovisku zastáva a svoje rodné číslo.
9. Osobitné návrhy na technickú úpravu textu napiše autor v dvoch vyhotoveniach na osobitný hárk papiera.
10. Autor vráti redakcií prvú aj druhú korektúru doporučene do troch dní s opravami platnej tlačovej normy zverejnej vo viacerých medicínskych periodikách.

Redakcia
posledná verzia z 11. októbra 1999

Nové prístupy v pôrodnickej praxi

Pôrodnými asistentkami boli vždy „múdre skúsené“ ženy, ktoré pomáhali a radili ostatným ženám v dobe gravidity, pôrodu a šestonedelia po pôrode. V SR sa počas dlhej doby používali označenia babica, pôrodná babica. V r. 1928 bolo zákonom zavedené označenie profesie „pôrodná asistentka“. V r. 1963 nastala zásadná zmena (nielen názvu, ale v náplni a postavenia) na ženská sestra. Až po zmene spoločenského zriadenia sa u nás v 90. rokoch minulého storočia začalo hovoriť o pôrodných asistentkách. Pôrodné asistentky prešli reformou vzdelávania. Z pôvodného 2-ročného PKŠ na SZŠ sa štúdium predĺžilo na 3 roky a je ukončené absolútormi v odbore diplomovaná pôrodná asistentka. Obsah štúdia je v súlade so smernicami Rady európskeho spoločenstva.

Súčasťou nášho systému vzdelávania musí byť osvojovanie najnovších poznatkov a skúseností v zahraničí. Mala som šťastie, že som sa v dňoch 1.-3. januára 2001 zúčastnila 4. medzinárodnej konferencie v Prahe o prirodzenom pôrode „Privádzame deti na svet“. Hlavnú myšlienku konferencie tvoril návrat prirodzeného pôrodu do našej spoločnosti. Iniciovala ju ČAPA (Česká asociácia pôrodných asistentiek). Je to profesijná organizácia, ktorá združuje pôrodné asistentky z celej Českej republiky. V r. 1992 sa stala členom Medzinárodnej konfederácie pôrodných asistentiek - ako člen sekcie profesijnej organizácie ZS. Ako samostatná organizácia bola zaregistrovaná v r. 1997 a podieľa sa na ďalšom vzdelávaní pôrodných asistentiek, prispieva ku skvalitneniu starostlivosti o matky, ich deti a celú rodinu.

K ďalším usporiadateľom patrí *Hnutie za aktívne materstvo (HAM)*, ktoré vzniklo v r. 1999 ako reakcia na neuznanie slobodne rozhodovať o tom, akým spôsobom a na akom mieste matka priviedie dieťa na svet. Šíri informácie týkajúce sa práva žien a prirodzeného pôrodu, podporuje prácu samostatných pôrodných asistentiek. Spoluorganizátormi boli aj Nadácia Open Society Fund Praha (OSF) a Česká gynekologicko-pôrodnická spoločnosť Českej lekárskej spoločnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČGPS ČLS JEP).

Program konferencie bol pestrý - odborne prednášky, videooprogramy, informačné panely, osobná účasť matiek s deťmi zo za-

hraničia i z ČR, ktoré sa prišli podeliť so svojimi skúsenosťami v oblasti nových prístupov v pôrodnickej praxi.

Spomienim len niektoré témy konferencie:

- Na ceste do EÚ - pôrod inde a inak;
- Tajomný život dieťaťa pred narodením;
- Mŕtvonarodené deti, prijatie postihnutého dieťaťa;
- Predpôrodná príprava a pôrod z pohľadu rodiacej ženy;
- Pôrod z pohľadu nenaisteného dieťaťa;
- Pôrod z pohľadu pôrodných asistentiek;
- Pôrod z pohľadu inštitúcií.

Program bol náročný, no bohatý na nové informácie, poznatky a skúsenosti zo zahraničia a hodnotný aj tým, že bola v preštvatkach a v spoločenskej časti konferencie možnosť nadviazania medzinárodných kontaktov a výmena skúseností.

Pred dvoma rokmi na 2. medzinárodnej konferencii v Prahe „Privádzame deti na svet“ som mala možnosť spoznať pani Katarínu Zatovičovú, pôvodom slovenskú hebrečku, ktorá žije už viac ako 10 rokov v Prahe a zaoberá sa odbornou problematikou „prenatálnej psychológie“. Toto času pracuje v A-Centrum, Středisko podpory zdraví v Prahe. V r. 1998 založila Studio pro život, ktorého náplňou je vedomá a aktívna príprava na materstvo, ktoré zahŕňa aj cvičenia počas gravidity a v šestonedelí. Je autorkou „Programu pro maminky a miminka“. Využila som jej pobyt v Bratislavе a dňa 20. apríla 2001 uskutočnila seminár na Strednej zdravotníckej škole na Strečnianskej ulici v Bratislave pre študentky odboru diplomovaná pôrodná asistentka - denné štúdium. Zúčastnili sa ho aj študentky VOŠ - DVS 2. A denné štúdium, odborní učitelia a asistentky.

Z obsahu jej prednášky vyberám niekoľko zaujímavých postrehov. Dnes už vieme, že prvé minuty života dieťaťa sú pre jeho ďalší emocionálny rozvoj úplne zásadné a rozhodujúce. Pojem prenatálna psychológia sa vo svete používa viac ako 20 rokov. Je to zásluha pôrodníkov, klinických psychológov, psychiatrov a pediatrov. Táto mladá vedecká disciplína je jedinečná tak povahou ako praktickým zamieraním. Dozvedáme sa fantastické skutočnosti o vedomí a emociách ešte nenaisteného dieťaťa. Nové vedomosti o schopnostiach plodu vní-

mať a reagovať na vonkajšie a vnútorné potreby už v lone matky, nám pomáhajú utvoriť si presnejší obraz o tom, čo je prenatálny život.

Pojmy prenatálna a perinatálna psychológia a medicína predstavujú nový prístup k primárnej prevencii. Prenatálna fáza života dáva ojedinelú a neopakovateľnú príležitosť k primárnej prevencii ochorení vo všetkých sférach jednotného ľudského organizmu a jeho sociálneho prostredia, dáva možnosť zabezpečenia optimálneho vývoja telesného, duševného a sociálneho zdravia jednotlivca.

Gravidita, pôrod a šestnedelie sú klúčovými udalosťami v živote. Tieto skúsenosti hlbocko ovplyvňujú matky, deti, otcov a rodiny rovnako, ako sa významne a dlhodobo odrážajú na celej spoločnosti. Toľko teda pár poznamok z prezentácie nových poznatkov o význame a poslaní novootvárajúcej sa vedy.

Vhodným a pútavým doplnením uvedenej odbornej problematiky bolo vystúpenie Ninu Jassingrovej - nezávislej publicistky, ktorá sa zaoberá problematikou Bachovej kvetovej terapie (harmonizácia duševných stavov pomocou energetických výťažkov z rastlín), Shiatsu (harmonizácia a sprichodenie toku energie v meridiánoch pomocou tlaku prstov, dlaní, laktov, nôh) a klasickej homeopatie (homeopatikum spúšťa samoliečivé procesy v organizme).

Kto sa rozhodol pre krásne povolanie a poslanie diplomovanej pôrodnnej asistentky, ale aj iné študijné odbory, musí byť ochotný prijímať nové informácie. Prenatálna psychológia má vo svete pevné korene a možno nájde svoje širšie uplatnenie aj u nás.

Bližšie informácie o najnovších trendoch v pôrodnickej teórii a praxi nájdete v publikáciách:

1. Simkinová, P.: Partner u porodu. 1. vyd., Praha, Argo 2000. ISBN 80-7203-308-5.

2. Odent, M.: Znovuzrozený porod. 1. vyd., Praha, Argo 1995. ISBN 80-85794-05-2.

Do redakcie došlo:
3. mája 2001

Adresa autorky:
PhDr. Adriana Koláříková, PhD.
riaditeľka SZŠ,
Strečnianska ul. č. 18
850 07 Bratislava

Summaries

Historical Aspect of the Health and Disease

M. Tanáčová:

Summary: Since the ancient times the chronological aspect about health and disease shows a variability of opinions and answers. The problem of the complex view about the health and disease remains open and does not give a clear answer even in present time.

Key words: health, disease, history, conception, models, programme, documents.

Monitoring of indicators of biological value of maternal milk

D. Syneková:

Summary: The child becomes the necessary substances in the food. The breast feed is an irreplaceable source of necessary compounds. Because of its nutritive value the maternal milk is important particularly in first six months of the life. In contrast with the artificial feeding the maternal milk is very compatible with the needs of the child. Maternal milk contains less of proteins and calcium and more of the sugars, which covers all the needs of the child's de-

velopment. The basic nutritive compounds are proteins, lipids and sugars, also vitamins, minerals and water.

Key words: maternal milk, nutritives, mineral substances, methods of their evaluation in food.

Quantifying the Nurse's Work in the Non-Invasive Examination Methods in Cardiac Out-Patients with Ischaemic Heart Disease

D. Bartová:

Summary: The paper shows the experiences at the diagnostics of patients with ischaemic heart disease, and the share of the nurse is shown. There is mentioned also the information of the patient in front of the examination.

Key words: ischaemic heart disease, non-invasive examination methods, cardiology out-patients, quantification of nurse's work.

Conception of Bobath in Nursing Care of the Patient With Acute Brain Attack

M. Mužíková:

Summary: Acute brain attacks represent a relevant health, economic and social problem. They are a frequent cause of death. The incidence of these disease has a raising trend and it concerns even lower age. They are seen as an „epidemic of the present civilisation“. The rapid diagnostics and complex care ensures optimal therapeutic results. The problematic of the nurse's care is very important. The patient, who is fixed on the bed, needs a great nurse's care. It is inevitable by handling the patient from the viewpoint of following

therapy and rehabilitation. Proper handling in physical motions is a prevention of raising spasticity, contractures and pain. The Bobath pair has developed this conception. It contains also the arrangement of the room space, shifting the setting patient, putting on his cloths, shoe, his walking, eating personal hygiene.

Key words: Conception of Bobath, acute brain attack, nurse's care.

Chances of the Successful Prognostics of the Sight Disorder Development in Trauma of the Orbit

P. Gavorník, P. Bartovicz, K. Dachová, E. Hollanová, D. Šišková:

Summary: Authors analyse three different cases of trauma of the eye with traumatic damage of the ophthalmic nerve. The prognostics have to be very cautious concerning the reduced quality of the central and peripheral sight. Anamnestic data are not reliable. A quali-

fied nurse is a very important aid in the evaluating of anamnestic data.

Key words: trauma of the orbit, computer tomography, blindness, prognostics.

Some Aspects of the Urgent Ophthalmology

P. Gavorník, P. Bartovicz:

Summary: The most frequent case of trauma in ophthalmology are referred. They show the first symptoms, first aid, and therapy of these events. The diagnostics and providing the special health care is to be leave to the specialist.

Key words: urgent ophthalmology, first aid, ophthalmologic inflammatory events.

Monitoring of Some Laboratory Parameters in Patients with Diabetic Foot

D. Turoňová, Z. Ondřísová, M. Molnárová, P. Demeš, D. Magula, F. Dvořák:

Summary: The problem of so called Diabetic Foot (a vascular disorder) is frequently discussed. It is complicated lesion of inferior extremities of diabetic patient with local anaemia, neuropathy and infection. The cause is the insufficient microcirculation of inferior extremities. There are new therapeutic procedures enhancing the peripheral loading with blood, which are venesection

and subacute haemodilution. The paper presents information about monitoring of some laboratory parameters in venesection in peripheral vascular disease.

Key words: diabetes mellitus, diabetic foot, haemodilution, venesection.