

OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

II. | 2019

1



ISSN 2570-785X (Print)
ISSN 2571-0702 (Online)

**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ



OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

2019

Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě



**SILESIA
UNIVERSITY**
FACULTY OF PUBLIC
POLICIES IN OPAVA

NURSING PERSPECTIVES

2019

Silesian University in Opava
Faculty of Public Policies in Opava

Ošetřovatelské perspektivy

2019, roč. 2, č. 1

Vedení redakce

Yveta VRUBLOVÁ (Opava) – šéfredaktorka
Jana HALUZÍKOVÁ (Opava) – zástupkyně šéfredaktorky
Roman ADAMCZYK (Opava) – výkonný redaktor
Zuzana HLUBKOVÁ (Opava) – výkonná redaktorka
Lucie CHMELÁŘOVÁ (Opava) – technická redaktorka

Redakční rada

Lada CETLOVÁ (Jihlava), Martina CICHÁ (Olomouc), Mirosława FELSMANN (Bydgoszcz), Andy GIBBS (Glasgow), Jana HALUZÍKOVÁ (Opava), Viera JAKUŠOVÁ (Martin), Kamil JANIŠ (Opava), Daniel JIRKOVSKÝ (Praha), Igor KARNJUŠ (Izola), David KOPAS (Opava), Rastislav MAĐAR (Ostrava), Radovan MALÝ (Hradec Králové), Ilona MAURITZOVÁ (Plzeň), Beata Maria NOWAK (Warszawa), Tatiana RAPČÍKOVÁ (Banská Bystrica), Kateřina RATISLAVOVÁ (Plzeň), Zdeňka ŘÍMOVSKÁ (Opava), Margarida SIM-SIM (Évora), Libuše SMOLÍKOVÁ (Praha), Martina ŠOCHMANOVÁ (Praha), Gabriela VÖRÖSOVÁ (Nitra)

Online verze časopisu je k dispozici na následujícím webu

osp.slu.cz

Vydavatel

Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika

Identifikační číslo organizace

47813059

Vychází dvakrát ročně.

Grafické zpracování

X-MEDIA servis, s.r.o.
U Cementárny 1171/11, 703 00 Ostrava-Vítkovice, Česká republika

Tisk

Profi-tisk group, s.r.o.
Kyselovská 559/125, 783 01 Olomouc-Slavitín, Česká republika

© Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, 2019

Evidenční číslo Ministerstva kultury České republiky

E 23014

ISSN 2570-785X (Print)

ISSN 2571-0702 (Online)

OBSAH

EDITORIAL

9

TEORETICKÉ, OBECNÉ A ETICKO-FILOZOFICKÉ STUDIE, PŘEHLEDOVÉ PRÁCE

VÝZNAM ANGLICKÉHO JAZYKA A JEHO VÝUKY VE ZDRAVOTNICKÝCH
OBORECH

Roman Adamczyk

13

TRANSPLANTÁCIA PĽÚC V ČESKEJ REPUBLIKE

Katarina Novická, Ľubica Jungová

21

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA PO OPERÁCII RECTA
V ZÁVISLOSTI OD SPÔSOBU OPERÁCIE

Mária Šupínová, Denisa Chorvátová, Elena Drapáčová

29

MULTIMEDIÁLNA PODPORA VZDELÁVANIA SESTIER
V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

Alica Slamková, Ľubica Poledníková

39

POTŘEBY RODINY KARDIOLOGICKY NEMOCNÉHO DÍTĚTE

Gabriela Světnická, Zuzana Hlubková

51

PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY PACIENTŮ NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

Zdeňka Římovská

59

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

ENDOSKOPICKÁ LÉČBA BENIGNÍ STENÓZY PROXIMÁLNÍHO JÍCNU

Henrieta Skácelíková, Pavel Svoboda, Bohdana Břegová

71

TLAKOVÉ LÉZE VZNIKLE PŘILOŽENÍM FIXACE – PŘEHLED

Blažena Ševčíková, Lenka Šáteková, Lenka Machálková

77

INTERDISCIPLINÁRNÍ PROBLEMATIKA – PSYCHOLOGIE V OŠETŘOVATELSTVÍ, TECHNICA A OŠETŘOVATELSTVÍ AJ.

VOLNÝ ČAS VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH – TEORETICKÉ
VYMEZENÍ PRO PRAKTICKÉ UŽITÍ

Kamil Janiš, ml.

87

RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ

RECENZE KNIHY MEDICÍNSKÁ BIOFYZIKA

Zdeňka Římovská

100

RECENZE KNIHY NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA V GERIATRII

Pavla Kudlová

102

KNIŽNÍ NOVINKY

MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, PSYCHIKA A STRES: PŘÍBĚHY
PACIENTŮ S KOMENTÁŘEM PSYCHOLOGA

104

OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY PRO ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘE I

104

OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY PRO ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘE II

105

SKUPINOVÁ KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

105

SOMATOLOGIE: PRO PŘEDMĚT ZÁKLADY ANATOMIE
A FYZIOLOGIE ČLOVĚKA

106

VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ A VÝCHOVA KE ZDRAVÍ:
PRO ZDRAVOTNICKÉ OBORY

106

POKYNY PRO AUTORY

107

Vážené čitateľky a čitatelia,

žijeme v 3. tisícročí, kedy sa svet vplyvom globalizácie výrazne mení, vo všetkých ľudských činnostiach sa využívajú moderné informačno-komunikačné technológie, existuje sloboda podnikania, pracujeme v meniacich sa podmienkach a v konkurenčnom prostredí.

Doba priniesla zásadnú zmenu v našom živote (a skôr narodení si zmenu pamätajú) a to prechod od centrálne riadenej ekonomiky k zmiešanej ekonomike s prvkami trhu, príkazov a zvyku. Tieto zmeny sa týkajú každej oblasti nášho života, t. j. aj zdravotníctva ako nevýrobného odvetvia národného hospodárstva.

Zdravotníctvo má v porovnaní s inými odvetvami celú radu špecifik. Spomeniem len niektoré jeho osobitosti – zdravie nie je tovar, ide o veľmi špecifický typ služby/starostlivosti, výrazná feminizácia odboru na pracovných miestach niektorých zdravotníckych



povolání, zvýšené nároky na rôzne typy komunikácie, zvýšená miera stresu a riziko syndrómu vyhorenia, radikálne zmeny v systéme vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a iné. V zdravotníctve pracujú prevažne ženy a z celkového počtu zdravotníckych pracovníkov najväčšiu skupinu tvoria sestry a lekári vrátane zubných lekárov. V Slovenskej republike dlhodobo pretrváva dopyt po erudovaných zdravotníckych pracovníkoch a to predovšetkým sestier, lekárov i zubných lekárov. Zdravotníctvo je špecifickou oblasťou aj pre manažérov, ktorí pracujú v zdravotníckej organizácii na rôznych hierarchických úrovniach riadenia (napríklad medicínsky riaditeľ, vedúca sestra a pod.). V slovenskom zdravotníctve na pozíciách top manažérov pracujú prevažne lekári.

Na pozícií ministra zdravotníctva okrem lekárov boli i manažéri s právnickým, resp. inžinierskym vzdelaním. V súčasnosti niektoré zdravotnícke zariadenia riadia top manažéri s ekonomickým vzdelaním. Otázkou je „Kto je úspešnejší top manažér v zdravotníckej praxi? Lekár alebo manažér?“ Odpoveď nie je jednoznačná a vyvoláva bohatú diskusiu. V odbornej literatúre sa uvádza, že hybridný klinický manažér nemusí byť pre zdravotnícke zariadenie vždy tým optimálnym top manažérom. Avšak, iný problém môže predstavovať aj model s profesionálmi s manažérskym vzdelaním v top manažmente nemocnice. Jedným zo zdrojov „napätia“ medzi lekármi a manažérmi je ich rozdielne vzdelanie, rozdielne kultúry a rozdielny pohľad na svet. Riešením môže byť poznanie a pomenovanie základného paradoxu: určenie spoločných hodnôt a potreba rozpoznať, ako lekári a manažéri myslia a či by mali myslieť rozdielne. Dôraz treba kláť na potrebu interdisciplinárneho vzdelávania ako pre manažérov, tak aj pre lekárov, a to v čo najskoršom štádiu ich profesionálneho vzdelávania.

21. storočie je storočím kvality a od kvality vzdelávania zdravotníckych pracovníkov závisí aj kvalita poskytovaných zdravotníckych služieb.

Časopis Ošetrovateľské perspektivy začína druhý rok svojej existencie. V roku 2019 sú do prvého čísla časopisu zaradené zaujímavé príspevky, ktoré sa venujú aktuálnym témam a autori v nich prepájajú teóriu so zdravotníckou praxou.

Do ďalších rokov vyslovujem pranie, aby prezentácia kvalitných a originálnych článkov výskumného i teoretického charakteru oslovila (i obohatila) široký okruh čitateľov nielen v Českej republike, ale i v zahraničí.

doc. Ing. Viera Jakušová, PhD., MPH.
Univerzita Komenského Bratislava
Jesseniova lekárska fakulta v Martine
Ústav verejného zdravotníctva

TEORETICKÉ, OBECNÉ A ETICKO-FILOZOFICKÉ STUDIE, PŘEHLEDOVÉ PRÁCE

VÝZNAM ANGLICKÉHO JAZYKA A JEHO VÝUKY VE ZDRAVOTNICKÝCH OBORECH

SIGNIFICANCE OF THE ENGLISH LANGUAGE AND ITS TEACHING IN HEALTH CARE SPECIALTIES

Roman Adamczyk¹

Abstrakt

Příspěvek teoreticko-přehledového charakteru je věnován komunikačnímu významu anglického jazyka a problematice výuky angličtiny ve zdravotnických oborech s důrazem na pragmatický význam této výuky z hlediska dorozumívacího a epistemologického. Obsah příspěvku vychází z autorovy dlouholeté pedagogické zkušenosti a z rešeršní činnosti v databázích PubMed, ScienceDirect, Medvik.

Klíčová slova

anglický jazyk, odborná komunikace, zdravotnické obory, terminologie, výuka

Abstract

The present theoretical-review article discusses significance of the English language in professional communication and some issues related to English language teaching in health care-oriented study programmes with an emphasis on pragmatic aspects of the teaching process in terms of communication and epistemology. The article is based on a long-term teaching experience and on literature search performed in PubMed, ScienceDirect and Medvik databases.

Keywords

English language, professional communication, health care specialties, terminology, teaching

¹ Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

ÚVOD – POZICE A VÝZNAM ANGLICKÉHO JAZYKA V SOUČASNÉ KOMUNIKACI A ODBORNÉ PRODUKCI

Exponenciální růst objemu poznatků v různých oblastech lidské činnosti, včetně zdravotnických oborů, vede k masivní produkci textů zachycujících rozvoj teoretického i empirického bádání. Tyto texty mívají podobu časopisů, článků, sborníků, monografií, slovníků a dalších odborných publikací a v mnoha disciplínách jsou dominovány anglicky psanou produkcí. Jedna z nejužívanějších smíšených časopisecko-knižních medicínských databází, PubMed, která je spravována Národní lékařskou knihovnou v Marylandu, uvádí abstrakty, případně plnotextová znění textů v cca. 40 jazycích, včetně španělštiny, japonštiny a řady dalších, avšak 85 % indexovaných textů je publikováno v anglickém jazyce (National Library of Medicine, 2018a). V odborné zdravotnické časopisecké databázi MEDLINE je v celkovém počtu zhruba 25 milionů položek (indexovaných článků) anglicky psaná produkce zastoupena 81 %. Zatímco podíl indexovaných anglických článků v letech 1950 až 1954 činil 46 % z celkového objemu článků ve všech jazycích, analogický podíl v letech 2015–2017 dosáhl již 96 % (National Library of Medicine, 2018b). 98,5 % medicínské produkce významného nizozemského vydavatele Elsevier uvedené do oběhu v letech 2011–2015 je v anglickém jazyce, podíl anglicky psané produkce v oblasti zdravotních věd v časopisech švýcarské, korejské, japonské či skandinávské provenience pro stejné období se pohybuje okolo 70–90 % (Rosselli, 2016). Obdobná dominance angličtiny se projevuje v oblasti počítačových technologií a sportu či některých technických a přírodovědných disciplínách, kde je angličtina obecně přijatým společným dorozumívacím prostředkem (*lingua franca*).

Jelikož výměna informací a komunikace se odehrává v mezinárodním měřítku, je znalost mateřského jazyka pro mluvčí zejména geograficky či populačně méně rozšířených jazyků často nedostačující pro výkon konkrétních profesí v celé jejich šíři. Řada odborníků v oblasti informačních technologií, medicíny, přírodních i společenských věd je tak motivována k učení se a praktickému užívání cizího jazyka, nejčastěji angličtiny, němčiny, ruštiny či španělštiny, v příhraničních oblastech též polštiny. Znalost světového jazyka je pak logickým požadavkem řady potenciálních zaměstnavatelů a nedílnou součástí profesní praxe mnoha specialistů, včetně lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků, v důsledku čehož adekvátně rostou požadavky na jazykovou výuku v profesní přípravě budoucích odborníků v těchto oborech (Di Bitetti a Ferreras, 2017).

Okolo 335–360 milionů osob celosvětově používá angličtinu jako první jazyk a odhadem celá 1 miliarda ji ovládá jako mateřský či cizí jazyk (Villar, 2018). Užití anglického jazyka se tradičně realizuje ve čtyřech oblastech, kterým odpovídají čtyři požadované řečové dovednosti – čtení/čtení s porozuměním (*reading/reading comprehension*), psaní (*writing*), mluvení (*speaking*) a poslech (*listening*). Tyto oblasti jsou v didaktice užívány jako nosné prvky některých metodických přístupů výuky cizího jazyka, jejich širší komunikační platnost je však staví do pozice obecných komunikačních modů, které lze podle směru toku informací dělit na produktivní (na psané a mluvené platformě) a receptivní (čtení a poslech). Jazyk se přitom uplatňuje jako poměrně efektivní komunikační nástroj, byť v řadě

situací je doprovázen či dokonce nahrazován neverbální komunikací. K uvedeným čtyřem řečovým dovednostem přistupuje pak komplexní translátologická dovednost, tedy způsobilost překládat psané (případně tlumočit mluvené) texty – ať už pro vlastní potřebu, či pro potřeby jiných uživatelů.

OBLASTI VYUŽITÍ CIZÍHO JAZYKA VE ZDRAVOTNICKÝCH OBORECH

Využití anglického jazyka v medicíně a zdravotní péči je determinováno různými odbornými komunikačními potřebami a zahrnuje jak jednosměrnou komunikaci (recepce či produkce anglicky psaných odborných textů), tak interaktivní, obousměrné komunikační situace, které se soustředí především do dialogického (mluveného) kontextu při vyšetření a ošetření cizojazyčného pacienta, odběru anamnézy, instruktáže nemocného či propouštěného, ale také na platformy konferencí, které vedle frontálně vedených přednášek dávají prostor formálním i neformálním diskuzím v mezinárodním měřítku. Přes svůj nesporně praktický charakter se však zdravotnická angličtina stala rovněž středem zájmu některých lingvistů a terminologů, kteří zkoumali její komunikační funkce, typické stavební prvky (formanty) a další teoretické aspekty. V české lingvistice je možno zmínit například práce Černého (Černý, 2006; Černý, 2012), Bozděchové (Bozděchová, 2009) nebo Panocové (Panocová, 2017), z děl zahraniční provenience pak studie Dirckxe (Dirckx, 1983 a další). Panocová opírá své studium o moderní statistické korpusové metody, poukazuje na slabiny dosavadních didaktických koncepcí opírajících se o snahu vytvořit prosté frekvenční sady slovní zásoby pro studenty medicíny a navrhuje vlastní metodologii posuzování terminologického („medicínského“) charakteru jednotlivých lexikálních jednotek oproti slovům a spojením běžného jazyka.

Potřeby jazykové přípravy budoucích lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků se odvíjejí od zmíněných komunikačních situací a jsou didakticky realizovány na základě kombinace všech čtyř popsaných řečových dovedností. Běžným komunikačním modelem zdravotnického pracovníka v klinickém prostředí je rozhovor – dialog, ve kterém na straně recipienta figuruje pacient, jeho rodina, lékař, sestra, případně jiný kolega-zdravotník. U českých zdravotníků pracujících v zahraničí je potřeba komunikace v cizím jazyce zcela zásadní, nicméně s rostoucími počty turistů a zahraničních pracovníků narůstá na některých tuzemských pracovištích (urgentní příjmy, kliniky estetické chirurgie aj.) počet anglicky mluvících klientů, s nimiž je potřeba vést smysluplný dialog s důrazem na efektivnost a přesnost vyjádření.

Řada lékařů, sester a dalších zdravotnických odborníků se v současné době rutinně účastní mezinárodních konferencí, jejichž jednacím jazykem je angličtina. Na této platformě je možné využít jak produktivních řečových dovedností (zejména formou přednášky, popřípadě cizojazyčného posteru nebo příspěvku do sborníku), tak receptivních dovedností v dyadické interakci se zahraničními odborníky. Vedle elementárních čtyř řečových dovedností v odborné činnosti stále častěji vyvstává také potřeba translace, tedy překladu, která je součástí odborné práce zdravotníků při přípravě publikací, informačních

a edukačních materiálů a při samostudiu a může být v případě potřeby podpořena užitím lexikografických děl (odborných slovníků – na tuzemském trhu např. Topilová, 1999; Sedláček, 2007). Při běžném čtení cizojazyčného textu nerodilým mluvčím probíhá translace implicitně (v nemateriální, kognitivní rovině), zatímco v jiných situacích je potřeba text explicitně zachytit (přeložené citace v odborném článku, překlady pro české verze zahraničních odborných časopisů a další). Každý z uvedených modů komunikace a každá z příslušejících dovedností vyžadují dlouhodobou přípravu a nácvik, které umožní zautomatizování a zefektivnění receptivních, produktivních i překladových procesů. Poté je využití cizího, především anglického jazyka v oboru relativně mimovolným procesem, který slouží k mediaci i složitých odborně-terminologických obsahů v komunikačním procesu.

PEDAGOGICKÉ ASPEKTY ODBORNÉ ANGLIČTINY

Důležitost řečových dovedností a cizojazyčné kompetence pro profesně zaměřená studia je podtržena formulací *Dlouhodobého záměru vzdělávací a vědecké, výzkumné, vývojové a inovační, umělecké a další tvůrčí činnosti pro oblast vysokých škol na období 2016–2020* v rámci prioritního cíle č. 3. Zmíněný dokument Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy doslova uvádí, že je potřeba „plně uznávat jazykové kompetence jako jeden z nutných výsledků učení u bakalářských studijních programů: Při akreditaci bakalářských studijních programů bude zohledněna potřeba rozvíjet schopnosti studentů plyně komunikovat v alespoň jednom světovém jazyce, včetně odborných témat.“ (MŠMT, 2019a). Analogicky *Rámec rozvoje vysokého školství do roku 2020* navrhuje v intencích opatření v oblasti 3 „zvyšovat počet studijních programů a objem předmětů vyučovaných v cizích jazycích (především v angličtině) a systematicky rozvíjet jazykové a komunikační kompetence studentů i pracovníků vysokých škol...“ (MŠMT, 2019b). Uvedená doporučení jsou ve světle praktických potřeb zdravotnických profesí lékařských (studenti a absolventi všeobecného lékařství a stomatologie) i nelékařských (všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotničtí záchranáři a další) významným vodítkem k profilaci kurikulárního obsahu na příslušných vysokých školách, případně vyšších odborných školách.

Limitujícím faktorem jsou zejména hodinové dotace anglického jazyka v jednotlivých semestrech, vstupní úroveň jazykových znalostí studentů v počátku studia (pokud jsou kurzy přístupné i začátečníkům) a dostupnost pedagogů, kteří jsou specializováni na odborný cizí jazyk a medicínsko-zdravotnickou terminologii. Je diskutabilní, zda efektivnější výuku nabídnou v odborné jazykové přípravě například lékař či sestra, kteří působili řadu let v zahraničí, nebo pedagog s jazykovou aprobací, který je sice teoreticky vybaven pro výuku jazyka, ale nemusí nutně disponovat hlubšími znalostmi pojmů (denotátů odborné terminologie) a jejich souvislostí, nemluvě o praktické zkušenosti z profese a znalosti jejího úzu. Některé studie naznačují, že efektivnější a studenty lépe vnímaná je výuka realizovaná pedagogem s jazykovou aprobací (Jašková, 2016). Výuku anatomické, fyziologické, nosologické nebo biomedicínsko-technické terminologie je

sice možné realizovat v rovině čistě jazykové, nebo teoreticko-konceptuální, je však přínosné, když je tato rovina kombinována s osvětlováním věcných souvislostí a předáváním oborového obsahu (nejen jazykové dovednosti). Za tímto účelem implementují některé české i zahraniční univerzity metodiku CLIL (Content-Language Integrated Learning), například formou anglicky vedených přednášek jednotlivých nejazykových předmětů pro tuzemské studenty nebo formou začlenění odborného obsahu do předmětu Anglický jazyk.

Význam znalosti cizího, nejčastěji anglického jazyka pro studující a absolventy zdravotnických oborů je kromě případného využití v rámci zahraničních studijních pobytů (programy Erasmus) podtržen tím, že většina oborů vyžaduje od studentů operativní schopnost studia zahraniční monografické i časopisecké produkce, popřípadě její využití v závěrečných pracích (bakalářských, magisterských). Ne vždy je pochopení anglických odborných článků studenty zdravotnických oborů na ideální úrovni a obdobná situace panuje v oblasti překladů shrnutí (Summary) v závěrečných pracích. Analýza databáze theses.cz ukazuje, že anglické zdravotnické terminologii se rovněž dostává teoretického zájmu od studujících filozofických, pedagogických i lékařských fakult. Přehled nedávných prací (2010–2018) z této oblasti uvádí tab. 1.

Tab. 1 Studentské práce věnované odbornému cizímu jazyku ve zdravotnických oborech

Autor/ka	Název práce	Druh práce		Rok
Práce teoretického charakteru (lingvistika)				
Dávidová, E.	Analysis of English Medical Terminology from the Field of Digestive System	bakalářská	Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita	2012
Mojžíšková, Ž.	On Coherence and Cohesion in English Medical Articles and Their Czech Translations	magisterská	Filozofická fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě	2010
Práce praktického charakteru (výuka odborného jazyka, využití jazyka zdravotníky)				
Hovězák, P.	Vybrané aspekty komunikace v anglickém jazyce u zdravotních záchranářů v Jihomoravském kraji	bakalářská	Lékařská fakulta, Masarykova univerzita	2016
Janáková, T.	Odborná znalost anglického jazyka v práci zdravotnického záchranáře	bakalářská	Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT	2018
Popelková, B.	Znalosti anglického jazyka u pracovníků Zdravotnické záchranné služby v Moravskoslezském kraji	bakalářská	Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě	2015
Schormová, Z.	Simulační metoda v rozvoji komunikační kompetence v odborném anglickém jazyce u studentů vyšší odborné školy zdravotnické	disertační	Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita	2014
Simrová, K.	Vybrané aspekty komunikace v cizím jazyce u porodních asistentek v Brně	bakalářská	Lékařská fakulta, Masarykova univerzita	2016
Sitová, K.	Centrum angličtiny pre študentov odboru Zdravotnícky záchranár: online študijné materiály pre rozvoj jazykových zručností	bakalářská	Lékařská fakulta, Masarykova univerzita	2017
Zedníčková, M.	Jazykové kompetence všeobecných sester pro práci v zahraničí	magisterská	Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci	2018

ZÁVĚR

Silná pozice světových jazyků, zejména angličtiny, v soudobé odborné komunikaci podtrhuje význam studia těchto jazyků ve zdravotnických oborech. Anglický jazyk je důležitým nástrojem oborového poznání a nachází uplatnění v řadě individuálních i sociálně-interakčních kontextů, jakými jsou samostudium zahraniční literatury, účast na konferencích, příprava cizojazyčných publikací nebo komunikace se zahraničním pacientem v klinickém prostředí. Zdravotník může těžit ze čtyř řečových dovedností a dovednosti translatologické, a to i v situacích, kdy se sám stává pacientem, kupříkladu během dovolené v zahraničí. K efektivnímu a preciznímu využití cizího jazyka je však potřebná dlouhodobá teoreticko-praktická příprava, kterou budoucím zdravotníkům mohou za ideálních podmínek nabídnout kurikula profesně zaměřených zdravotnických oborů.

Literatura

BOZDĚCHOVÁ, I. *Současná terminologie: se zaměřením na kolokační termíny z lékařství*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1539-4.

ČERNÝ, M. *Discourse of medicine revisited: on conveying empathy and trust in English medical consulting*. Ostrava: Faculty of Arts, University of Ostrava, 2012. ISBN 978-80-7464-037-7.

ČERNÝ, M. *Sociolinguistic and pragmatic aspects of doctor-patient communication*. Brno: Masarykova univerzita, Katedra anglistiky a amerikanistiky: 2006. Vedoucí práce L. URBANOVÁ.

DÁVIDOVÁ, E. *Analysis of English Medical Terminology from the Field of Digestive System*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta: 2012. Vedoucí práce R. VOGEL.

DI BITETTI, M. S. and FERRERAS, J. A. Publish (in English) or perish: The effect on citation rate of using languages other than English in scientific publications. *Ambio*. 2017, vol. 46, no. 1, p. 121–127. ISSN 0044-7447.

DIRCKX, J. H. *The Language of Medicine: Its Evolution, Structure and Dynamics*. New York: Praeger, 1983. ISBN 978-0-275-91388-5.

HOVĚŽÁK, P. *Vybrané aspekty komunikace v anglickém jazyce u zdravotních záchranářů v Jihomoravském kraji*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta: 2016. Vedoucí práce R. BEDNÁŘOVÁ.

JANÁKOVÁ, T. *Odborná znalost anglického jazyka v práci zdravotnického záchranáře*. Praha: České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství: 2018. Vedoucí práce L. VRÁBELOVÁ.

JÁŠKOVÁ, J. *Didaktické znalosti obsahu vysokoškolských učitelů odborného anglického jazyka: Vnímání profesních počátků v retrospektivě*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta: 2016. Vedoucí práce T. JANÍK.

MOJŽÍŠKOVÁ, Ž. *On Coherence and Cohesion in English Medical Articles and Their Czech Translations*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta: 2010. Vedoucí práce R. TOMÁŠKOVÁ.

MŠMT. *Dlouhodobý záměr vzdělávací a vědecké, výzkumné, vývojové a inovační, umělecké a další tvůrčí činnosti pro oblast vysokých škol na období 2016–2020* [online]. [cit. 3. 3. 2019a]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/uploads/odbor_30/Jakub/DZ_2016_2020.pdf.

MŠMT. *Rámec rozvoje vysokého školství do roku 2020* [online]. [cit. 3. 3. 2019b]. Dostupné z: http://www.vzdelavani2020.cz/images_obsah/dokumenty/ramec_vs.pdf.

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. *MEDLINE PubMed Production Statistics* [online]. [cit. 25. 1. 2018a]. Available from: https://www.nlm.nih.gov/bsd/medline_pubmed_production_stats.html.

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. *MEDLINE®: Number of Citations to English Language Articles; Number of Citations Containing Abstracts (as of mid – December 2017)* [online]. [cit. 25. 1. 2018b]. Available from: https://www.nlm.nih.gov/bsd/medline_lang_distr.html.

PANOCOVÁ, R. *The Vocabulary of Medical English: a Corpus-based Study*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2017. ISBN 978-1-4438-9578-1.

POPELKOVÁ, B. *Znalosti anglického jazyka u pracovníků Zdravotnické záchranné služby v Moravskoslezském kraji*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta: 2015. Vedoucí práce J. VAVROŠOVÁ.

ROSSELLI, D. The language of biomedical sciences. *Lancet*. 2016, vol. 387, no. 10029, p. 1720–1721. ISSN 0140-6736.

SEDLÁČEK, J. *Anglicko-český stomatologický slovník: [4000 hesel]*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1273-4.

SCHORMOVÁ, Z. *Simulační metoda v rozvoji komunikační kompetence v odborném anglickém jazyce u studentů vyšší odborné školy zdravotnické*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta: 2014. Vedoucí práce S. HANUŠOVÁ.

SIMROVÁ, K. *Vybrané aspekty komunikace v cizím jazyce u porodních asistentek v Brně*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta: 2016. Vedoucí práce R. BEDNÁŘOVÁ.

SITOVÁ, K. *Centrum angličtiny pro studentov odboru Zdravotnícky záchranár: online študijné materiály pre rozvoj jazykových zručností*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta: 2017. Vedoucí práce R. HELÁN.

TOPILOVÁ, V. *Anglicko-český, česko-anglický lékařský slovník*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-284-0.

VILLAR, R. R. The importance of language. *Journal of hip preservation surgery*. 2018, vol. 5, no. 1, p. 1–2. ISSN 2054-8397.

ZEDNÍČKOVÁ, M. *Jazykové kompetence všeobecných sester pro práci v zahraničí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd: 2018. Vedoucí práce Z. MIKŠOVÁ.

Kontakt

Mgr. Bc. Roman Adamczyk, Ph.D.
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav ošetrovatelství
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
roman.adamczyk@fvp.slu.cz

TRANSPLANTÁCIA PLŮC V ČESKEJ REPUBLICE

LUNG TRANSPLANTATION IN THE CZECH REPUBLIC

Katarina Novická¹, Ľubica Jungová¹

Abstrakt

Transplantácia pľúc je plne zavedená klinická metóda, ktorá zachraňuje a zlepšuje kvalitu života pacientom v konečnom štádiu pľúcneho ochorenia. V Českej republike sa transplantácia pľúc vykonáva od roku 1997. Počas tohto obdobia sa program transplantácie pľúc neustále vyvíja a mení. V tomto príspevku je uvedená svetová história transplantácie pľúc, ale aj vývoj transplantácie pľúc v Českej republike. V závere je objasnené pre akých pacientov je transplantácia pľúc určená, a opísaný zložitý proces protokolárnych vyšetrení pred zaradením na čakaciu listinu.

Kľúčové slová

transplantácia pľúc, transplantačný program, protokolárne vyšetrenia, čakacia listina

Abstract

Lung transplantation is fully implemented clinical method, which saves and improves quality of life of patients in their final stage of lung disease. In the Czech Republic is the lung transplantation performed from 1997. During this period was the program of lung transplantation always evolving and changing. In this report is written world history of lung transplantation as well as evolution of lung transplantation in Czech Republic. In the end it's explained for which patients is the lung transplantation dedicated, and described difficult process of protocolar examinations before listing into the waiting list.

Keywords

lung transplantation, transplantation program, protocolar examinations, waiting list

¹ Transplantační oddělení, III. Chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol, Fakultní nemocnice v Motole

ÚVOD

Transplantácia pľúc je etablovaná klinická metóda, ktorá predstavuje možnosť predĺženia života a zlepšuje jeho kvalitu. Je určená nielen pre dospelých, ale aj pre detských pacientov v terminálnom štádiu chronického pľúcneho ochorenia. V Českej republike sa transplantácia pľúc vykonáva už 22 rokov. Počas tejto doby sa program transplantácie pľúc neustále vyvíja a inovuje. Limitom vykonávania väčšieho počtu transplantácií pľúc je v súčasnej dobe jedine nedostatok vhodných darcov. Každé transplantácii pľúc predchádzajú zložité protokolárne vyšetrenia na základe ktorých je pacient zaradený na čakaciu listinu.

SVETOVÍ PRIEKOPNÍCI

Začiatky transplantácie pľúc sa datujú od roku 1963, kedy po rokoch laboratórnych výskumov James Hardy a jeho tím vykonali prvú unilaterálnu transplantáciu pľúc, 58 ročnému pacientovi. Donorské pľúca boli post mortem od pacienta so zástavou srdca po masívnom infarkte myokardu. Príjemcom ľavého pľúcneho krídla bol väzeň odsúdený k trestu smrti s centrálnym karcinómom pľúc. Pacient zomrel v časnom pooperačnom období, prežil 18 dní, pričom smrť sa pripisovala hepatorenálnemu zlyhaniu a malnutríci. Hardyho úsilie preukázalo a potvrdilo technickú uskutočniteľnosť transplantácie ľudských pľúc a zistilo, že transplantované pľúca u ľudí môžu fungovať uspokojivo (Vigneswaran, Garrity, Jr. a Odell, 2016).

Zásadným úspechom, ktorý stojí za rozvojom metódy transplantácie pľúc bolo až objavenie cyklosporinu a jeho imunosupresívneho účinku, v roku 1972. Tento objav zahájil úspešnú etapu orgánových transplantácií. Prvá úspešná transplantácia bloku srdca a pľúc bola vykonaná v roku 1981 v Stanforde pod vedením B. Reitza. Nasledovali transplantácie v Toronte pod vedením J. D. Coopera a to jednostranná transplantácia pľúc, 58 ročnému pacientovi v roku 1983, s idiopatickou pľúcnou fibrózou a prvá úspešná obojstranná transplantácia en-bloc, v roku 1986, kvôli sekundárnemu emfyzému. En-bloc obojstrannej transplantácie však bol zatažený neadekvátnym počtom komplikácií v hojení tracheálnej anastomózy a preto táto metóda bola nahradená technikou bilaterálnej sekvenčnej transplantácie pľúc (Kolek et al., 2017).

ZAČIATKY V ČESKEJ REPUBLIKE

Program transplantácie pľúc v Českej republike začal v decembri roku 1997, keď po dvojročnej príprave, pod vedením prof. MUDr. Waltera Klepetka v nemocnici Allgemeines Krankenhaus vo Viedni, vykonal prof. MUDr. Pavel Pařko, DrSc. so svojím tímom prvú úspešnú jednostrannú transplantáciu pľúc, 41 ročnému pacientovi s idiopatickou pľúcnou fibrózou. Nasledovala v roku 1998 prvá obojstranná transplantácia pľúc, 54 ročnému pacientovi s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc, a v roku 2003 boli transplantované pľúca prvému detskému pacientovi (Lebl et al., 2018).

Pod vedením prof. MUDr. Pavla Pafka, DrSc., ktorý bol prednostom III. Chirurgickej kliniky od roku 1992 do 2010, bolo vykonaných sto transplantácií, následne vedenie transplantáčného programu prebral prof. MUDr. Robert Lischke, PhD. V roku 2012 spolu so svojím transplantáčným tímom vykonal prvú úspešnú retransplantáciu pľúc, a v roku 2014 v spolupráci s Inštitútom Kliniky a Experimentálnej Medicíny (IKEM) v Prahe vykonal transplantáciu bloku srdca a pľúc.

SÚČASNOSŤ

Transplantácia pľúc priniesla výborné výsledky od prvého úspechu pred 36 rokmi. Avšak naďalej pokračuje vývoj v tejto oblasti a existuje dôvod veriť, že doterajší pokrok je len prológom pre veľký pokrok v budúcnosti (Vigneswaran, Garrity, Jr. a Odell, 2016).

Transplantácia pľúc sa stala plne zavedenou terapiou, jej úspešnosť je obmedzená malým počtom vhodných darcov, chronickou rejekciou a zvyšujúcim sa počtom pacientov na čakacej listine. Aj to viedlo k začatiu odberu pľúc od darcov s nebijúcim srdcom a od marginálnych darcov (Stolz, Pafko et al., 2010).

Prvú úspešnú transplantáciu od darcu s nebijúcim srdcom vykonal S. Steen so svojím tímom v roku 2001, vo Švédsku. Táto transplantácia bola vyvrcholením dlhoročného úsilia o vypracovanie metodiky odberu, konzervácie a posudzovania funkčných kvalít štepu. Prevratnou novinkou je metóda Ex vivo perfúzia a rekondícia. Využíva sa v prípade ak má pľúcny štep nedostatočnú funkciu. Štep je štandardne odobraný a ventilovaný metódou Ex vivo, behom tohto obdobia je možné ovplyvniť funkciu štepu terapeutickými zásahmi a v prípade obnovenia funkcií je štep implantovaný (Kolek et al., 2017).

Vykonáva sa jednostranná transplantácia pľúc, bilaterálna sekvenčná transplantácia pľúc a transplantácia laloku pľúc, ktorá sa využíva zriedka a takmer výhradne u detí s cystickou fibrózou.

V Českej republike je jediné centrum transplantácie pľúc, a to vo Fakultnej nemocnici v Motole. Program transplantácie pľúc, pod vedením prednostu prof. MUDr. Roberta Lischkeho, PhD. od roku 2010, na III. Chirurgickej klinike 1. LF UK je najúspešnejší zo všetkých „východoeuropských“ programov. Pod jeho vedením bolo od roku 2010 do konca apríla 2019 vykonaných 326 transplantácií pľúc. V súčasnosti sa vykonáva 35–40 transplantácií pľúc ročne, tieto výsledky sú zrovnateľné s ostatnými špičkovými centrami. Od roku 2006 sa na III. Chirurgickej klinike, ako na jedinom špecializovanom pracovisku, zavádza na mieru vyrobený samoexpanzívny polydioxanonový stent u pacientov s komplikáciou stenózy transbronchiálneho stromu.

V roku 2016 Transplantační centrum plic Fakultní nemocnice v Motole začalo spolupracovať s Plicní klinikou Fakultní nemocnice v Olomouci. Pod vedením prof. MUDr. Kolka, DrSc. tam prevzali starostlivosť o 40 pacientov po transplantácií pľúc a taktiež aj výskumnú činnosť s touto starostlivosťou spojenú.

Od roku 2018 do transplantáčného programu pľúc vo Fakultní nemocnici v Motole boli prevzatí pacienti zo Slovenskej republiky. V súčasnej dobe podstúpili transplantáciu pľúc už dvaja pacienti a 7 sú zaradení na čakaciu listinu.

Celkový počet pacientov zaradených na čakaciu listinu je 63, celkový počet transplantácií od roku 1997 do konca apríla 2019 je 426 a v ambulantnej starostlivosti je 212 pacientov. Ročné prežitie pacientov je 80–85 %, päťročné 50–55 %. Tieto údaje sú vypočítané z celkového počtu transplantácií pľúc. Prežívanie pacientov je späté hlavne s komorbiditami ochorenia, kvôli ktorému transplantáciu podstúpili a následnými komplikáciami súvisiacimi s daným ochorením.

INDIKÁCIA K TRANSPLANTÁCIÍ PĽÚC

K transplantácií pľúc sú indikovaní pacienti v terminálnom štádiu pľúcneho ochorenia, u ktorých riziko blízkeho úmrtia prevyšuje riziká transplantácie. Musí sa zvážiť aj ich celkový zdravotný stav, ktorý nesmie ohroziť dlhodobý úspech a prežitie po náročnej operácii, ktorá trvá 5 až maximálne 8 hodín.

Medzi ochorenia indikované k transplantácií pľúc patria chronická obštrukčná choroba pľúc, emfyzém na podklade deficitu alfa-1-antitrypsínu, cystická fibróza, bronchiektázie, idiopatická pľúcna fibróza, nešpecifická intersticiálna pneumónia, pľúcna arteriálna hypertenzia, chronická tromboembolická pľúcna hypertenzia, sarkoidóza, lymfagioliomyomatóza a granulomatóza z Langerhansových buniek (Histiocytóza X). K transplantácií pľúc sú indikovaní pacienti s vyčerpanými konzervatívnymi liečebnými možnosťami, závislí na kyslíkovej terapii a so zvyšujúcou imobilitou. Taktiež ak je očakávaná doba prežitia znížená, avšak je vyššia než predpokladaná doba strávená na čakacej listine (12–18 mesiacov) (Kolek et al., 2017).

Medzi absolútne kontraindikácie k transplantácií pľúc patrí malignita, neliečiteľné zlyhávanie ďalšieho významného organového systému (pokiaľ nie je možná kombinovaná transplantácia), neliečiteľné systémové infekcie, významná hrudníková alebo chrbticeová deformita, nespolupráca pri liečebnom režime, neliečiteľné psychiatrické ochorenie, abúzus v priebehu posledných 6 mesiacoch a absencia sociálneho zázemia (Lebl et al., 2018).

Medzi relatívne kontraindikácie patrí potreba invazívnej ventilácie, porucha renálnych funkcií, psychosociálna nestabilita a vek. Relatívne kontraindikácie sa posudzujú v Transplantačnom centre (Kolek et al., 2017).

Medicínske a chirurgické kontraindikácie pre detských pacientov sú odvodzované od dát pre dospelých pacientov a preto sú veľmi podobné. Relatívne kontraindikácie bývajú v jednotlivých centrách rozdielne.

PROTOKOL PRED ZARADENÍM NA ČAKACIU LISTINU

Pred zaradením na čakaciu listinu musí pacient absolvovať vyšetrenia v rámci pneumologickej kliniky a podrobný zber anamnézy. Súčasťou predtransplantačného protokolu je široká škála multidisciplinárnych vyšetrení. Krvná skupina a röntgenový snímok pľúc

z jedného metra hrajú zásadnú rolu v následnom výbere darcovského orgánu. Pacient je podrobený mnohým laboratórnym a zobrazovacím vyšetrovacím metódam. Medzi laboratórne vyšetrenia patrí biochemický, hematologický, imunologický rozbor krvi a v neposlednom rade je dôležité stanoviť Human leukocyty antigen typizáciu, ktorá je potrebná pre voľbu vhodného darcu. Zo zobrazovacích metód je dôležité urobiť CT-angio pľúc a perfúzný pľúcny scan, bronchoskopicky objektivizovať anatomicke pomery v dýchacích cestách. Taktiež echokardiograficky a individuálne katetrizačne zhodnotiť prítomnosť pľúcnej hypertenzie. Následne sa v spolupráci s očkovacím centrom dopĺňa vakcinácia. Vyhodnocujú sa interné riziká ako diabetes mellitus, osteoporóza alebo gastroezofageálny reflux. Pacienti musia absolvovať aj stomatologické, rozšírené psychologické vyšetrenie a preskúma sa ich sociálne zázemie (Lebl et al., 2018; Banner, Polak a Yacoub, 2003).

Všetky zozbierané dáta a aj samotný pacient sú následne prezentované pred transplantáčnym tímom, ktorý pozostáva z členov odboru chirurgie, pneumológie/pediatric, anestéziológie, kardiológie, fyzioterapie, psychológie, mikrobiológie a koordinátora. Takto multiodborovo sa zhodnotí stav pacienta a ujasní sa stratégia samotnej transplantácie pľúc. Ak sa rozhodne o zaradení pacienta do transplantáčneho programu, pacient a jeho rodina sú edukovaní o režime a rehabilitácii pred transplantáciou a odovzdajú sa mu potrebné edukačné materiály. Koordinátorka následne pripraví a skontroluje celú potrebnú dokumentáciu, zaradí pacienta na čakaciu listinu. Behom obdobia na čakacej listine je u pacientov aktualizovaný ich zdravotný stav v rámci hospitalizácií na pľúcnej klinike v intervale 6 mesiacov. Tu končí začiatočná fáza dlhého transplantáčneho procesu a čaká sa na vhodný darcovský orgán.

Literatúra

BANNER, N. R., POLAK, J. M. and YACOUB, M. H. *Lung Transplantation*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. ISBN 0-521-65111-5.

KOLEK, V., KAŠÁK, V., VAŠÁKOVÁ M. et al. *Pneumologie*. Praha: Maxdorf, 2017. ISBN 978-80-7345-538-5.

LEBL, J. et al. *Orgánové transplantace u dětí: motolské pediatrické semináře 1*. Praha: Galén, 2018. ISBN 978-80-7492-356-2.

STOLZ, A., PAFKO, P. et al. *Komplikace v plicní chirurgii*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3586-3.

VIGNESWARAN, W. T., GARRITY, E. R., Jr. and ODELL, J. A. *Lung Transplantation: Principles and Practice*. Philadelphia: Taylor & Francis Group, 2016. ISBN 978-1-4822-3391-9.

Kontakt

Bc. Katarina Novická

Fakultní nemocnice v Motole, III. Chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol

Transplantační oddělení

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, Česká republika

katarina.novicka@fnmotol.cz

	EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY	
--	--	--

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA PO OPERÁCII RECTA V ZÁVISLOSTI OD SPÔSOBU OPERÁCIE

NURSING CARE IN A PATIENT AFTER RECTAL SURGERY CONSIDERING VARIOUS SURGICAL WAYS

Mária Šupínová¹, Denisa Chorvátová¹, Elena Drapáčová²

Abstrakt

Úvod: Kolorektálny karcinóm patrí celosvetovo k najčastejšie sa vyskytujúcim zhubným ochoreniam.

Ciele: Hlavným cieľom príspevku bolo zmapovať výskyt komplikácií u pacientov po operácii rekta v závislosti od spôsobu vybranej operácie. Zistiť ako jednotlivé kategórie komplikácií ovplyvňujú v krátkom pooperačnom období výber ošetrovateľských intervencií. Súbor respondentov tvorilo 95 pacientov po operácii kolorekta operovaných klasicky, laparoskopicky a roboticky.

Metódy a dizajn: Prospektívna kvalitatívna štúdia. Bola použitá metóda neštandardizovaného dotazníka a štúdia zdravotnej dokumentácie. Na analýzu dát boli použité štatistické metódy.

Výsledky a diskusia: Z výsledkov výskumu vyplýva, že miera pooperačných komplikácií respondentov súvisí s ich vekom $p = 0,00085$. Vzhľadom na pohlavie sa štatisticky významne neodlišuje $p = 0,2384 > 0,01$. Pri laparoskopickej operácii sa u respondentov vyskytovali pooperačné komplikácie v signifikantne nižšej miere než pri klasickom aj robotickom spôsobe $p = 0,03216$. Dĺžka hospitalizácie po operácii u respondentov nášho výberového súboru nesúvisí so spôsobom ich operácie $p = 0,2512 > 0,05$. Z dosiahnutých výsledkov vyplýva, že ošetrovateľská starostlivosť o pacienta po operácii rekta súvisí so spôsobom operácie.

Záver: Výskumom bolo dokázané, že výskyt komplikácií po operácii kolorekta v krátkom pooperačnom období súvisí s vekom respondentov a s vybraným spôsobom operácie a v plnom rozsahu ovplyvňuje výber ošetrovateľských intervencií sestrou.

¹ Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Klíčové slová

kolorektálny karcinóm, pacient, komplikácie, operácia

Abstract

Introduction: Colorectal carcinoma is one of the most frequent malignant disease worldwide.

Aims: The main aim of the contribution is mapping the incidence of complications in patients after rectal surgery considering the chosen surgical way. To define how individual categories of complications within short post operational period affect choice of nursing interventions. The sample included 95 respondents after colorectal surgery performed in the traditional way, laparoscopic and robotic ways.

Methods and design: Prospective quantitative study. The method of non-standardized questionnaire and the study of medical documentation were used. For data analysis were used statistical methods.

Results and discussion: The results of the research show, that the extent of post operational complications in respondents is related to their age $p = 0,00085$. Factor of gender does not statistically significantly differ $p = 0,2384 > 0,01$. In patients who have undergone surgery laparoscopically the post operative complications occurred in significantly lower extent compared to the traditional or robotic ways $p = 0,03216$. The length of hospitalization after surgery in respondents of the chosen file does not relate to their way of surgery $p = 0,2512 > 0,05$. The results show that the nursing care in patient after rectal surgery is related to the surgical way.

Conclusion: The research has proven that the incidence of complications after colorectal surgery within short post operative period is related to the age of respondents and to the chosen surgical way and in full extent affects the choice of nursing interventions by a nurse.

Keywords

colorectal carcinoma, patient, complications, surgery

ÚVOD

Nádorové ochorenia predstavujú celkovo veľký medicínsky a spoločenský problém. Kolorektálny karcinóm je celosvetovo tretie najčastejšie zhubné ochorenie. Počty prípadov v posledných desaťročiach výrazne stúpili. Skrining, včasná diagnostika a liečba, si preto pri znižovaní mortality vyžadujú zvýšenú pozornosť (Kaušitz a Altaner, 2003).

Postihuje rovnako ženy aj mužov, hlavne vo vyššom veku. Až 90 % všetkých kolorektálnych karcinómov sa vyskytuje v populácii staršej ako 50 rokov, ale objavujú sa prípady aj po 20. roku života. Príčina nie je známa. Predispozícia sa dá zistiť na chromozómoch, ale toto vyšetrenie je zatiaľ pre finančnú náročnosť obmedzené (Šváb, 2000). Približne 98 % všetkých karcinómov hrubého čreva sú adenokarcinómy (Jablonská et al., 2000).

Tab. 1 Svetové štatistické porovnanie krajín výskytu kolorektálneho karcinómu (2012)

Odhadované čísla v tisícoch	Muži			Ženy		
	Poč. prípadov	Poč. úmrtí	5ročné prežívanie	Poč. prípadov	Poč. úmrtí	5ročné prežívanie
Svet	746	374	1 953	614	320	1 590
Rozvinutejšie regióny	399	175	1 164	338	158	966
Menej rozvinuté regióny	347	198	789	276	163	624
WHO Africký región	16	11	32	15	11	31
WHO Americký región	125	57	362	121	55	342
WHO Východné Stredomorie	18	12	40	15	10	33
WHO Európa	255	120	686	216	108	573
WHO Juhovýchodná Ázia	68	48	122	52	37	93
WHO Západné Tichomorie	264	125	711	195	100	518
IARC Zoskupenie 24 krajín	418	187	1181	351	167	976
Spojené štáty americké	69	29	214	65	27	199
Čína	147	79	338	107	60	245
India	37	28	50	27	21	37
Európska únia EU-28	193	83	536	152	69	417

Zdroj: GLOBOCAN. *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence world wide in 2012* [online]. [cit. 10. 4. 2018]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.

Z uvedených štatistických údajov vyplýva, že v roku 2012 bolo vo svete u mužov novo diagnostikovaných 746 298 prípadov kolorektálneho karcinómu. U žien bol výskyt mierne nižší – 614 304 prípadov. Päťročné prežívanie u pacientov predstavuje 50–55 %.

Kolorektálny karcinóm bol v roku 2013 na Slovensku príčinou úmrtia 1 151 osôb. Z toho 657 mužov a 494 žien. Priemerný vek mužov bol 67 rokov a 69 rokov u žien (NCZI, © 2011). Z hľadiska prognózy je podstatná včasná diagnostika a liečba. Na Slovensku v súčasnosti incidencia, aj mortalita na kolorektálny karcinóm narastá. Podľa štatistiky SR z roku 2016, bol kolorektálny karcinóm dôvodom úmrtia 1 176 osôb, z toho 671 mužov a 505 žien (NCZI, © 2011). Najúčinnnejšou a nezastupiteľnou terapiou KRCa je chirurgická liečba, ktorá si vyžaduje dôslednú predoperačnú prípravu, vrátane dôkladnej prípravy hrubého čreva. Predoperačná príprava pacienta na operačný zákrok je súčasťou perioperačnej ošetrovateľskej starostlivosti, zahŕňa starostlivosť o pacienta od doby rozhodnutia sa k operácii a končí odovzdaním pacienta na operačnú sálu (Janiczeková et al., 2016).

CIELE VÝSKUMU

Hlavným cieľom príspevku bolo zmapovať výskyt komplikácií u pacientov po operácii rekta v závislosti od spôsobu vybranej operácie.

Zistiť ako jednotlivé kategórie komplikácií ovplyvňujú rekonvalescenciu pacienta v krátkom pooperačnom období a výber ošetrovateľských intervencií.

Výskumné otázky

1. Súvisí výskyt pooperačných komplikácií so spôsobom operácie?
2. Aké sú najčastejšie komplikácie po kolorektálnej operácii?
3. Súvisí dĺžka hospitalizácie so spôsobom operácie?
4. Súvisí miera pooperačných komplikácií s vekom respondentov?
5. Súvisí miera pooperačných komplikácií s pohlavím respondentov?
6. Aká je informovanosť respondentov hospitalizovaných na chirurgickej klinike?

Výskumné hypotézy

Hypotéza 1: Miera komplikácií po kolorektálnej operácii súvisí s vekom respondentov.

Hypotéza 2: Miera komplikácií po kolorektálnej operácii súvisí s pohlavím respondentov.

Hypotéza 3: Výskyt pooperačných komplikácií súvisí so spôsobom operácie.

Hypotéza 4: Dĺžka hospitalizácie po operácii súvisí so spôsobom operácie.

METODIKA

Výber respondentov bol zámerný a cielený. Súbor respondentov tvorili pacienti po operácii kolorektálneho karcinómu. Do výskumného súboru bolo zaradených 95 respondentov, ktorí boli hospitalizovaní a operovaní od 1. 1. 2017 do 31. 10. 2017 na II. Chirurgickej klinike Fakultnej nemocnice s poliklinikou F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici. Do súboru boli zaradení pacienti bez ohľadu na vek, pohlavie a pracovné zaradenie. Dotazníkovou metódou s použitím neštandardizovaného dotazníka sme zisťovali demografické údaje – vek, pohlavie, pracovné zaradenie a informovanosť respondentov v súvislosti s hospitalizáciou, operáciou a pooperačným obdobím a výskyt komplikácií v krátkom pooperačnom období. Z dokumentácie sme verifikovali spôsob operácie a prípadné zaznamenané komplikácie po operácii (bolesť, krvácanie, zápcha, hnačka, nechutenstvo, poruchy vertikalizácie a dĺžka hospitalizácie). Na sledovanie sme zvolili výlučne komplikácie ktoré si vyžadovali ošetrovateľské intervencie, nie lekárske. Nesledovali sme teda dehiscencie anastomóz, operačnej rany, prípadne reoperácie pacienta. Na analýzu dát boli použité štatistické procedúry: priemer, medián, modus, Kruskal-Wallisov test, Studentov t-test, Mann-Whitney test, Shapiro-Wilk test, Kolmogorov test, Chí kvadrát test. Získané údaje sme spracovali v programe MS Excel 2013. Interpretované sú formou frekvenčných tabuliek i graficky. V MS Excel 2013 sme vypočítali deskriptívne štatistiky údajov. V testovaní hypotéz sme použili vlastné výpočty, analýzu údajov programu MS Excel a štatistickú aplikáciu XLSTAT.

VÝSLEDKY

Tab. 2 Vek respondentov vzhľadom na pohlavie

Vek a pohlavie	Priemer	Smer. odch.	Medián	Modus	Min	Max
Ženy	63,93	14,96	65	58	28	95
Muži	60,68	14,83	59,5	77	21	87
Celkom	62,22	14,91	63	58	21	95

Ženy dosahovali v priemere o 3 roky vyšší vek než muži zaradení do výskumného súboru (tab. 2).

Podľa zamestnania tvorili najvyššie percento operovaných dôchodcovia (38,95 %), druhou najpočetnejšou triedou boli respondenti so sedavým zamestnaním (35,79 %), treťou robotníci (23,16 %) a len 2,11 % z celkového počtu respondentov tvorili študenti.

Otázky dotazníka, s výnimkou otázok demografických, sme rozdelili do dvoch domén.

- Prvá doména sa týkala kvality života respondentov, meranej intenzitou pooperačných komplikácií.
- Druhá doména sa týkala úrovne informovanosti pacientov o operácii, o možných komplikáciách, o pooperačnej starostlivosti o stómiu.

Odpovediam respondentov zameraným na výskyt komplikácií, boli pridelené body (vôbec nie – 1 bod, trochu – 2 body, dosť – 3 body, veľmi veľa – 4 body). Získané skóre sme lineárnou transformáciou upravili do rozmedzia 0–100 bodov. Čím vyššie bolo skóre, tým menej komplikácií mali pacienti po operácii.

Priemerné skóre v otázkach týkajúcich sa pooperačných komplikácií bolo $65,81 \pm 12,97$. Predmetom nášho záujmu bola aj otázka súvislosti s vekom respondentov a ich pooperačných komplikácií. Súbor respondentov tvoril tri vekové kategórie:

- od 18 do 45 rokov $76,69 \pm 6,82$ 13
- od 46 do 60 rokov $70,09 \pm 11,03$ 31
- 60 rokov a viac $60,43 \pm 12,66$ 51

Znamená to, že s pribúdajúcim vekom je miera komplikácií po kolorektálnej operácii vyššia.

Miera pooperačných komplikácií respondentov nášho výberového súboru súvisí s ich vekom $p = 0,00085$.

Skúmali sme, či sú pooperačné komplikácie ovplyvnené pohlavím respondentov. Priemerné skóre žien dosiahlo hodnotu $62,80 \pm 14,77$, priemerné skóre mužov bolo $64,96 \pm 14,72$. Teda muži mali po operácii menej komplikácií ako ženy, ale tento rozdiel nie je štatisticky významný $p = 0,2384 > 0,01$.

Predmetom skúmania bola tiež kvalita života respondentov aj vzhľadom na typ operácie:

- klasická – skóre $55,89 \pm 11,65$
- robotická – skóre $58,85 \pm 14,51$
- laparoskopická – skóre $69,11 \pm 11,28$

Ku pooperačným komplikáciám došlo pri každom type operácie, ale v rôznej miere. Z vypočítaných štatistík je zrejmé, že najmenej komplikácií mali respondenti po laparoskopической operácii, potom po robotickej a najviac po klasickej. Testovaním bol preukázaný štatisticky významný rozdiel v miere komplikácií medzi klasickým typom operácie a laparoskopickým $p = 0,03005$. Pri klasickej a robotickej operácii, rozdiel v miere týchto komplikácií nie je významný $p = 0,2989$. Laparoskopická operácia priniesla respondentom najmenej pooperačných komplikácií. Toto tvrdenie je aj štatisticky významné $p = 0,03216$.

Predmetom skúmania bola aj otázka do akej miery typ operácie respondenta ovplyvňuje dĺžku jeho hospitalizácie. Prehľad o dĺžke hospitalizácie vzhľadom na typ operácie prezentujeme v tab. 3.

Tab. 3 Závislosť dĺžky hospitalizácie od spôsobu operácie

Dĺžka hospitalizácie	Typ operácie						
	Klasicky		Laparoskopicky		Roboticky		Celkom
	n	%	n	%	n	%	
4–5 dní	1	11,11	27	40,30	10	52,63	38
6–7 dní	5	55,56	16	23,88	6	31,58	27
8–9 dní	2	22,22	21	31,34	1	5,26	24
10 dní a viac	1	11,11	3	4,48	2	10,53	6
Spolu	9	100,00	67	100,00	19	100,00	95

V prípade klasickej operácie najväčšie percento respondentov bolo hospitalizovaných po dobu 6–7 dní, v prípade laparoskopической operácie najväčšie percento respondentov bolo hospitalizovaných po dobu 4–5 dní, rovnako ako v prípade robotickej operácie. Pacienti operovaní klasicky boli hospitalizovaní priemerne 7,22 dňa, operovaní laparoskopicky 6,52 dňa a roboticky 6,03 dňa. Teda u respondentov, operovaných roboticky trvala hospitalizácia najkratšie (tab. 3). Dĺžka hospitalizácie po operácii u respondentov nášho výberového súboru však štatisticky nesúvisí so spôsobom ich operácie ($p = 0,2512 > 0,05$).

Doména týkajúca sa úrovne informovanosti pacientov o operácii, o možných komplikáciách, o pooperačnej starostlivosti o stómiu bola tiež hodnotená bodovým skóre. Čím vyššie skóre respondenti získali, tým bola miera ich informovanosti vyššia. Priemerné dosiahnuté skóre informovanosti pacientov má hodnotu $73,83 \pm 14,08$. Výška dosiahnutého skóre dosiahlo významnú hodnotu, odpovedá tvrdeniu, že informovanosť respondentov je takmer 74 percentná. Vzhľadom na typ operácie sú to priemerné hodnoty:

- klasická – skóre $60,85 \pm 11,11$
- laparoskopická – skóre $74,63 \pm 13,50$
- robotická – skóre $77,19 \pm 14,60$

Pacienti, ktorí boli operovaní roboticky boli informovaní o danej problematike v najväčšej miere. Najmenej informovaní boli respondenti, ktorí boli operovaní klasickým spôsobom.

DISKUSIA

Kolorektálny karcinóm je jedným z najčastejšie sa vyskytujúcich zhubných nádorov tráviaceho ústrojenstva. Základom liečby je chirurgický výkon, pri ktorom je v súčasnosti využívané pokročilé technické vybavenie a inštrumentárium, umožňujúce rôzne typy rekonštrukcií (Kroupa, 2006).

V nami realizovanom výskume sa potvrdilo, že prevahu operovaných, tvorili pacienti vyššieho veku (dôchodcovia) s miernou prevahou žien (tab. 2). Najpočetnejšiu skupinu podľa zamestnania tvorili respondenti so sedavým zamestnaním. K podobným výsledkom dospeli aj Spáčilová, Solgajová, Vörösová et al. (2018). Z výsledkov vyplynulo, že vznik kolorektálneho karcinómu úzko súvisí s vekom, sedavým spôsobom života a obezitou. Dominantný počet respondentov nášho súboru bolo operovaných laparoskopicky. Babiš et al. (2012) vo svojom výskume realizovanom na chirurgickom oddelení vo FNsP v Žiline dospel k záveru, že pre samotného pacienta je laparoskopická resekcia kolorektálneho karcinómu najprínosnejšia. Ide predovšetkým o skoršiu realimentáciu, redukciu pooperačných bolestí, nižší výskyt konverzií, ale aj iatrogénnych komplikácií (Babiš et al., 2012). Výsledky štúdie realizovanej v Talianskej nemocnici St. Maria Hospital v roku 2011, na súbore 854 respondentov po resekcii rekta operovaných roboticky (344) a laparoskopicky (510), preukázali, že v prípade robotickej resekcie, bola miera konverzie výrazne nižšia a neboli zaznamenané žiadne významné rozdiely v čase dĺžky pobytu v nemocnici, obnovenia stravy ani pooperačnej morbidite (Trastulli, Farinella a Cirocchi, 2012). V nami realizovanom výskume bol zistený štatisticky významný rozdiel v miere komplikácií medzi klasickým typom operácie a laparoskopickým – pri klasickej operácii sa u respondentov vyskytovali pooperačné komplikácie vo vyššej miere než pri laparoskopickej. Výrazné rozdiely vo výskyte komplikácií po robotickej operácii a laparoskopickej operácii neboli zaznamenané. Ako najviac prospešná bola preukázaná laparoskopická resekcia rekta. Pacienti po robotickej resekcii rekta boli hospitalizovaní na chirurgickej klinike v priemere najkratšie (tab. 3). Štatisticky významný rozdiel však nebol dokázaný.

K chirurgii kolorektálneho karcinómu patria špecifické komplikácie vyskytujúce sa v intraoperačnom, aj v pooperačnom období. Ide o komplikácie včasné, ale i tie, ktoré sa objavujú v neskoršom pooperačnom období (Prochotský, 2015). Miera komplikácií často korešponduje s rozsiahlosťou výkonu. V realizovanom výskume sme sa zamerali na najčastejšie komplikácie v krátkom pooperačnom období z pohľadu sestry a realizovaných intervencií. Išlo predovšetkým o hodnotenie bolesti, infekcie, komplikácií súvisiacich s tráviacim traktom, (zvracanie, zápcha, hnačka, nechutenstvo), krvácania a vertikalizácie pacienta. Z výskumu vyplýva, že miera komplikácií súvisí so spôsobom operácie a vekom respondentov. Väčšina respondentov uviedla, že pociťovali celkom veľké bolesti v závislosti od spôsobu operácie. Najmenej algickí boli pacienti po robotickej resekcii rekta. Pooperačná bolesť je modelovým príkladom akútnej bolesti ako z patofyziologického, tak aj terapeutického hľadiska. U väčšiny algických pacientov sa dá dosiahnuť potlačenie a zníženie intenzity bolesti, a tým aj zlepšenie aktuálnej kvality života pacientov (Onderčanin, 2012). Obnovenie peristaltiky čriev je u každého pacienta individuálne. V našom

výskume väčšina respondentov uviedla, že pociťovali nechutenstvo, dominantne pri klasicknej resekcii rekta. Len málo početná skupina respondentov uviedla, že mala ťažkosť s hnačkou. Dominantne išlo o robotický spôsob resekcie rekta. Problémy so zápchou v krátkom pooperačnom období uviedli najviac pacienti operovaní klasicky, najmenej pacienti operovaní laparoskopicky.

K prechodnej zástave čriev, dochádza pri takmer každej brušnej operácii. Peristaltika čriev sa po operácii obnovuje v priebehu 2–3 dní. Úzko súvisí s nedostatočnou aktivitou pacientov po operačnom zákroku. Preto je dôležitá včasná vertikalizácia pacienta. Najviac ťažkosť s vertikalizáciou popisovali pacienti operovaní klasicky. Včasná vertikalizácia, umožňuje pacientovi rýchlejšiu rekonvalescenciu a pomáha predchádzať možným komplikáciám. Aby sa predišlo neskorým komplikáciám, je dôležité, aby pacient pred prepustením do domácej starostlivosti bol adekvátne informovaný o liečebných a režimových opatreniach, ktoré majú dopad na kvalitu života pacienta. Edukácia pacienta predovšetkým o starostlivosti o stómiu, operačnú ranu, o potrebe dodržiavania hydratácie, o spôsobe vykonávania hygieny, o užívaní liečby, o prípadnej kontrole na chirurgickej ambulancii. Naši respondenti vo veľkom počte verbalizovali spokojnosť s poskytnutými informáciami pri prepustení do domácej starostlivosti.

Na základe zistení odporúčame do praxe:

- Edukovať verejnosť o dôležitosti prevencie kolorektálneho karcinómu hlavne po 50. roku života – test na okultné krvácanie, kolonoskopia.
- Dôsledne edukovať pacientov o predoperačnom, perioperačnom a krátkom pooperačnom období ako aj možnosti nevyhnutného vyvedenia stómie a starostlivosti o stómiu.
- Dbáť o dôslednú edukáciu pacientov pred prepustením do domácej starostlivosti o dodržiavanie vhodnej životosprávy, starostlivosti o operačnú ranu a ošetrovanie stómie.

ZÁVER

Kolorektálny karcinóm patrí medzi najčastejšie nádorové ochorenie na svete. Preto je dôležitá včasná diagnostika a liečba. Realizovaným výskumom sme overovali závislosť výskytu komplikácií a priebeh rekonvalescencie po operácii recta v závislosti od spôsobu operácie. Z výsledkov výskumu vyplýva, že s pribúdajúcim vekom je miera komplikácií po kolorektálnej operácii vyššia. Miera pooperačných komplikácií respondentov nášho výberového súboru súvisí s ich vekom, nesúvisí však s pohlavím respondentov. Bol dokázaný štatisticky významný rozdiel vo výskyte komplikácií medzi klasickým typom operácie a laparoskopickým – pri klasicknej operácii sa u respondentov vyskytli pooperačné komplikácie vo väčšej miere ako pri laparoskopickej. A pri laparoskopickej sa vyskytlo menej komplikácií než pri robotickej. Najmenej pooperačných komplikácií bolo zaznamenaných pri laparoskopických operáciách. Ošetrovateľské intervencie sestry sú ovplyvnené výskytom komplikácií a teda aj so spôsobom operácie. Dĺžka hospitalizácie po operácii u respondentov nášho výberového súboru nesúvisí so spôsobom ich operácie.

Literatúra

BABIŠ, B. et al. Laparoskopická resekcia karcinómu hrubého čreva a rekta, vyhodnotenie výsledkov na Chirurgickom oddelení FNsP v Žiline – 1. časť. *Slovenská chirurgia: časopis Slovenskej chirurgickej spoločnosti*. 2012, roč. 9, č. 1, s. 17–20. ISSN 1336-5975.

GLOBOCAN. *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence world wide in 2012* [online]. [cit. 10. 4. 2018]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.

JABLONSKÁ, M. et al. *Kolorektálny karcinóm: časná diagnóza a prevence*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-777-X.

JANICZEKOVÁ, E. et al. Spokojnosť pacientov s diagnózou kolorektálny karcinóm (KRCa) s perioperačnou ošetrovateľskou starostlivosťou. *Kontakt*. 2016, roč. 18, č. 1, s. 9–16. ISSN 1212-4117.

KAUŠITZ, J. a ALTANER, Č. *Onkológia*. Bratislava: Veda, 2003. ISBN 80-224-0711-9.

KROUPA, K. Zásady a možnosti chirurgickej liečby kolorektálneho karcinómu. *Onkológia* [online]. 2006, roč. 1, č. 1, s. 42–50. [cit. 20. 4. 2018]. ISSN 1339-4215. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/19c76dbdddf5f8066781ca0679511a0c.pdf>.

Národné centrum zdravotníckych informácií [online]. NCZI: © 2011. Dostupné z: <http://www.nczisk.sk>.

ONDERČANIN, M. Pooperačná bolesť – pohľad na súčasný stav liečby v SR. *Anestéziológia a intenzívna medicína* [online]. 2012, roč. 1, č. 1, s. 9–16. [cit. 22. 8. 2018]. ISSN 1339-4177. Dostupné z: http://www.aimcasopis.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6179&magazine_id=18.

PROCHOTSKÝ, A. Komplikácie chirurgickej liečby kolorektálneho karcinómu. *Slovenská chirurgia* [online]. 2015, roč. 12, č. 1, s. 7–11. [cit. 18. 9. 2018]. ISSN 1339-4169. Dostupné z: http://www.slovenskachirurgia.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=7348&magazine_id=17.

SPÁČILOVÁ, Z., SOLGAJOVÁ, A., VÖRÖSOVÁ, G. et al. Vonkajšie rizikové faktory kolorektálneho karcinómu v populácii 50 a viacročných. *Kontakt* [online]. 2018, roč. 20, č. 2, s. 130–138. [cit. 18. 7. 2018]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20180607131320001807.pdf>.

ŠVÁB, J. *Operace tlustého střeva*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-122-6.

TRASTULLI, S., FARINELLA, E. and CIROCCHI, R. Robotic resection compared with laparoscopic rectal resection for cancer: systematic review and meta analysis of short-term outcome. *Colorectal Disease* [online]. 2012, vol. 14, no. 4. [cit. 1. 9. 2018]. ISSN 1463-1318. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2011.02907.x>.

Kontakt

doc. PhDr. Mária Šupínová, PhD.

Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, SZU v Bratislave

Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica, Slovenská republika

maria.supinova@szu.sk

MULTIMEDIÁLNA PODPORA VZDELÁVANIA SESTIER V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

MULTIMEDIA SUPPORT FOR NURSING EDUCATION IN PALLIATIVE CARE

Alica Slamková¹, Ľubica Poledníková¹

Abstrakt

Východiská: Interakcia s chorými v paliatívnej starostlivosti si vyžaduje kvalitne vzdelané sestry.

Ciel: Hodnotenie vybraných tém kurzu „Multimediálna podpora vzdelávania členov interdisciplinárneho tímu so zameraním na paliatívnu starostlivosť“, ktorý vznikol v rámci projektu KEGA 022UKF-4/2015. Porovnanie výsledkov ôsmich autotestov na základe bodového hodnotenia a časových údajov medzi študentmi so stredoškolským zdravotníckym vzdelaním (zdravotníci) a bez stredoškolského zdravotníckeho vzdelania (nezdravotníci).

Metódy: Výskumný súbor predstavovalo 115 študentov 1. a 2. ročníka študijného odboru „ošetrovatelstvo“, v akademickom roku 2016/2017. Z toho bolo 83 študentov zdravotníkov a 32 nezdravotníkov. Z celkovej vzorky bolo 111 žien a 4 muži. Autotesty boli zamerané na témy: Zmeny mobility, Únava, Symptómy gastrointestinálneho systému, Symptómy respiračného systému, Príbuzní a dobrovoľníci, Duchovný rozmer a Profesijná etika v paliatívnej starostlivosti.

Výsledky a diskusia: Štatisticky významný rozdiel ($p < 0,05$) pri bodovom hodnotení sme zistili v témach: Zmeny mobility ($p = ,034$) a Symptómy gastrointestinálneho systému ($p = ,001$), kde vyšší počet bodov získali nezdravotníci. Pri hodnotení v súvislosti s dĺžkou času pri vyplňaní štatisticky významný rozdiel bol zistený v téme Únava ($p = ,033$), kde zdravotníci dosiahli vyššiu hodnotu oproti nezdravotníkom.

Záver: Výsledky výskumu poukazujú na menšie rozdiely pri vzdelávaní zdravotníkov a nezdravotníkov. Zdôrazňujeme však potrebu skvalitňovania prípravy v oblasti paliatívnej starostlivosti, s perspektívou celoživotného vzdelávania.

¹ Katedra ošetrovatelstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Klíčové slová

paliatívna starostlivosť, ošetrovatelstvo, vzdelávanie, e-learning, multimediálne vzdelávanie

Abstract

Background: An interaction with the sick in palliative care requires well-educated nurses.

Objective: Evaluation of the selected topics in the course "Multimedia Support for Education of Interdisciplinary Team Members Focused on Palliative Care" which was developed as part of the project KEGA 022UKF-4/2015. Comparison of the results of eight auto tests on the basis of score evaluation and time data between the students with completed secondary healthcare education (healthcare professionals) and without secondary healthcare education (non-healthcare professionals).

Methods: The sample consisted of 115 students of Years 1 and 2 in the study field Nursing in the academic year 2016/2017. There were 83 healthcare professionals and 32 non-healthcare professionals. The sample consisted of 111 women and 4 men. The auto tests focused on the topics: Changes in mobility, Fatigue, Symptoms of the gastrointestinal system, Symptoms of the respiratory system, Relatives and volunteers, Spirituality, and Professional ethics in palliative care.

Results and discussion: The statistically significant differences ($p < 0.05$) were found in the topics: Changes in mobility ($p = .034$) and Symptoms of the gastrointestinal system ($p = .001$) in which non-healthcare professional had higher scores. In the evaluation related to time needed for completion, the statistically significant difference was found in the topic Fatigue ($p = .033$) in which the healthcare professionals had a higher score than the non-healthcare professionals.

Conclusion: The study results show minor differences in education of healthcare and non-healthcare professionals. We emphasise, however, the need to increase the quality of training in the area of palliative care with a perspective of lifelong education.

Keywords

palliative care, nursing, education, e-learning, multimedia education

ÚVOD

Kým bude zomieranie a smrť, bude potrebná zdravotnícka starostlivosť na konci života, ktorá zvládne nielen následky ochorení, ale aj ich liečby a nepredvídateľný priebeh zo-

mieraní. Požiadavka na implementovanie paliatívnej starostlivosti do systému zdravotnej starostlivosti v Európskom kontexte bola vyslovená na Parlamentnom zhromaždení Rady Európy v deklarácii č. 1418 z roku 1999 o „Ochrane ľudských práv a dôstojnosti terminálne chorých a zomierajúcich“. Touto deklaráciou boli zároveň vlády a politici členských krajín Európskej únie vyzvaní k podpore vzdelávania a výskumu v oblasti paliatívnej starostlivosti, nakoľko počet ľudí, vyžadujúcich paliatívnu starostlivosť neustále narastá (*O organizaci paliativní péče*, 2004). V súčasnom období asi 10 % ľudí zomiera náhle z plného zdravia primeraného veku (Križanová, 2014). Ostatní zomierajú zväčša na chronické dlhotrvajúce ochorenia. Približne 80 % zo všetkých pacientov predstavujú onkologickí pacienti so život limitujúcim ochorením a zomierajúci (Andrášiová et al., 2002).

Interakcia s chorými a ich príbuznými v paliatívnej starostlivosti je náročná, preto si vyžaduje kvalitné vzdelávanie sestier ako najpočetnejšej skupiny zdravotníckych pracovníkov. Zvýšený dôraz na osvojenie ošetrovateľských intervencií súvisí najmä so skutočnosťou, že pri poskytovaní niektorých intervencií pracuje sestra samostatne na základe svojich kompetencií, vedomostí a zručností (Výhláška č. 95/2018 Z. z., 2018).

Aktuálnym trendom vo vývoji vysokoškolského vzdelávania je e-learning ako multimediálna podpora vzdelávacieho procesu s použitím moderných informačných prostriedkov a komunikačných technológií, ktoré umožňujú slobodný prístup k vzdelávaniu. Efektívne je využitie zmiešaného vzdelávania (Blended learning), kedy dochádza ku spojeniu prezenčného vzdelávania a e-learningovej multimediálnej podpory (Švejda et al., 2006). Mnohí odborníci na e-learning sa zhodujú, že vo vzdelaní treba hľadať zmysluplné didaktické prepojenie tradičných pedagogických metód s virtuálnym prostredím na báze nových informačných a komunikačných technológií (Cápay, Švec a Balogh, 2009).

Kolektív odborníkov z Katedry ošetrovateľstva, FSVaZ, UKF v Nitre, zostavil e-learningový kurz pod názvom „Multimediálna podpora vzdelávania členov interdisciplinárneho tímu so zameraním na paliatívnu starostlivosť“, v rámci projektu KEGA 022UKF-4/2015. Kurz je zameraný na problematiku paliatívnej starostlivosti s využitím informačných a komunikačných technológií pri jej osvojovaní a je umiestnený na portáli UKF – <https://amos.ukf.sk>. Cieľom projektu bolo vytvoriť obsah obohatený multimediálnymi prvkami a dopĺňajúci prezenčné vzdelávanie študentov bakalárskeho štúdia v odbore ošetrovateľstvo, t. z. pregraduálnu prípravu budúcich sestier. Databáza najnovších informácií je doplnená video nahrávkami a obrázkami.

Multimediálny kurz obsahuje trinásť tém so zameraním na najčastejšie problémy pri ošetrovaní pacientov v paliatívnej starostlivosti. Záverečné autotesty za každou témou poskytujú študentom spätnú väzbu a vyučujúcim informáciu o vhodnosti obsahu poskytnutého materiálu. Jednotlivé témy nie sú prezentované v jednom predmete, ale sú súčasťou nasledujúcich vyučovacích predmetov: *Ošetrovateľské postupy a techniky (1. roč.): Téma: Zmeny mobility; *Psychológia a komunikácia v ošetrovateľstve (1. roč.): Téma: Duchovný rozmer paliatívnej starostlivosti; *Profesijná etika (1. roč.): Téma: Etické a právne minimum v kontexte PS (paliatívnej starostlivosti); *Vybrané medicínske odbory (onkologické a paliatívne ošetrovateľstvo) (2. roč.): Témy: Bolesť, Únava, Symptómy gastrointestinálneho a respiračného systému, Práca s príbuznými, význam dobrovoľníckej práce; *Vnútor-

né choroby a ošetrovateľstvo (2. roč.): Téma: Akútna a chronická zmätenosť; *Chirurgia a ošetrovateľstvo (2. roč.): Téma: Nehojace sa rany; *Základy klinickej psychológie (3. roč.) študijný odbor Psychológia, Téma: Psychologické aspekty paliatívnej starostlivosti; *Rezidenčná sociálna práca (3. roč.) študijný odbor Sociálna práca, Téma: Miesto a úlohy sociálneho pracovníka v interdisciplinárnom tíme.

CIEĽ PRÁCE

Cieľom príspevku je hodnotenie vybraných tém kurzu „Multimediálna podpora vzdelávania členov interdisciplinárneho tímu so zameraním na paliatívnu starostlivosť“, ktorý vznikol v rámci projektu KEGA 022UKF-4/2015. Porovnanie výsledkov ôsmych autotestov na základe bodového hodnotenia a časových údajov medzi študentmi so stredoškolským zdravotníckym vzdelaním (zdravotníci) a bez stredoškolského zdravotníckeho vzdelania (nezdravotníci).

METODIKA

Výskumný súbor spolu predstavovalo spolu 115 študentov študijného odboru ošetrovateľstvo na UKF, Fakulte sociálnych vied a zdravotníctva v Nitre, v akademickom roku 2016/2017. Z toho 83 študentov absolvovalo strednú zdravotnícku školu (ďalej zdravotníci) a 32 študentov absolvovalo stredoškolské štúdium bez zdravotníckeho zamerania (ďalej nezdravotníci) napr. gymnázium a pod. Priemerný vek študentov bol 21,92; min – 20; max – 31; SD – 1,54. Z celkovej vzorky bolo 111 žien a 4 muži.

Za 1. ročník predstavovalo výskumný súbor 54 študentov, z toho 32 zdravotníkov a 22 nezdravotníkov. Priemerný vek študentov v tomto výskumnom súbore bol 22,96; min – 20; max – 31; SD – 1,49. Z výskumnej vzorky bolo 52 žien a 2 muži.

Za 2. ročník predstavovalo výskumnú vzorku 61 respondentov – 51 zdravotníkov a 10 nezdravotníkov. Priemerný vek študentov bol 20,63; min – 20; max – 24; SD – 0,78. Z tejto výskumnej vzorky bolo 59 žien a 2 muži.

E-learningový kurz „Multimediálna podpora vzdelávania členov interdisciplinárneho tímu so zameraním na paliatívnu starostlivosť“ obsahuje spolu 13 tém, ktoré sú zamerané na najčastejšie problémy v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Záverečné autotesty za každou témou poskytujú študentom spätnú väzbu a vyučujúcim informáciu o vhodnosti obsahu poskytnutého materiálu. Jednotlivé témy nie sú prezentované v jednom predmete, ale sú súčasťou nasledujúcich vyučovacích predmetov: *Ošetrovateľské postupy a techniky (1. roč.): Téma: Zmeny mobility; *Psychológia a komunikácia v ošetrovateľstve (1. roč.): Téma: Duchovný rozmer paliatívnej starostlivosti; *Profesijná etika (1. roč.): Téma: Etické a právne minimum v kontexte PS; *Vybrané medicínske odbory (onkologické a paliatívne ošetrovateľstvo) (2. roč.): Témy: Bolesť, Únava, Symptómy gastrointestinálneho a respiračného systému, Práca s príbuznými, význam dobrovoľníckej práce; *Vnútorné choroby a ošetrovateľstvo (2. roč.): Téma: Akútna a chronická zmätenosť; *Chi-

rurgia a ošetrovatelstvo (2. roč.): Téma: Nehojace sa rany; *Základy klinickej psychológie (3. roč.) študijný odbor Psychológia, Téma: Psychologické aspekty paliatívnej starostlivosti; *Rezidenčná sociálna práca (3. roč.) študijný odbor Sociálna práca, Téma: Miesto a úlohy sociálneho pracovníka v interdisciplinárnom tíme.

V príspevku uvádzame vyhodnotenie iba vybraných tém prostredníctvom výsledkov autotestov v rámci predmetov: Ošetrovateľské postupy a techniky (1. roč.), Psychológia a komunikácia v ošetrovatelstve (1. roč.), Profesijsná etika (1. roč.) a Vybrané medicínske odbory (Onkologické a paliatívne ošetrovatelstvo – 2. roč.) v akademickom roku 2016/2017.

V autotestoch pri vybraných témach mohli študenti dosiahnuť nasledujúci počet bodov: Bolesť – 10 bodov, Zmeny mobility – 10 bodov, Únava – 8 bodov, Symptómy gastrointestinálneho systému (GIT) – 16 bodov, symptómy respiračného systému (RES) – 11 bodov, Práca s príbuznými, význam dobrovoľníckej práce – 8 bodov, Duchovný rozmer paliatívnej starostlivosti – 8 bodov, Etické a právne minimum v kontexte PS – 8 bodov.

VÝSLEDKY

Vo výskume sme predpokladali, že lepšie výsledky v autotestoch dosiahnu študenti so zdravotníckym vzdelaním, a tak isto, že jednotlivé testy napíšu za kratší čas. V tab. 1 uvádzame výsledky autotestov vybraných tém na základe bodového hodnotenia. Na základe výsledkov Mann-Whitneyho u testu môžeme konštatovať štatisticky významný rozdiel ($p < 0,05$) v témach: Zmeny mobility ($p = ,034$) a Symptómy gastrointestinálneho systému (GIT) ($p = ,001$). V oboch témach ale dosiahli zdravotníci nižšie skóre oproti nezdravotníkom. Tak isto priemerná hodnota dosiahnutých výsledkov autotestov je v prípade šiestich (z ôsmich) autotestov vyššia opäť v prípade nezdravotníkov (tab. 1). Často sa stretávame pri vzdelávaní so skutočnosťou, že študenti (zdravotníci) sa najmä počas prvého roka štúdia spoliehajú na informácie získané počas stredoškolského štúdia, ktoré však pre prvý stupeň vysokoškolského vzdelávania nie sú dostačujúce.

Tab. 1 Výsledky autotestov za jednotlivé témy – bodové hodnotenie

Téma	p	x / z	x / n	SD / z	SD / n
Bolesť	,200	8,60	9,09	1,55	1,03
Zmeny mobility	,034	9,36	9,68	,97	,84
Únava	,159	6,91	7,37	1,36	,70
GIT (symptómy gastrointestinálneho systému)	,001	13,27	14,13	1,85	1,98
RES (symptómy respiračného systému)	,313	8,73	9,15	1,96	1,90
Príbuzní a dobrovoľníci	,340	7,33	7,47	,93	,94
Duchovný rozmer	,144	7,00	6,69	1,16	1,17
Profesijsná etika	,628	6,70	6,56	1,15	1,29

Legenda: p – štatistická významnosť, x – aritmetický priemer, SD – smerodajná odchýlka, z – zdravotníci, n – nezdravotníci

V tab. 2 uvádzame porovnanie medzi zdravotníkmi a nezdravotníkmi v súvislosti s dĺžkou času pri vyplňaní autotestov. Časové údaje sú uvedené v sekundách. V druhej oblasti výskumu, kde sme predpokladali, že zdravotníci napíšu testy za kratší časový úsek, štatisticky významný rozdiel bol zistený iba v téme – únava ($p = ,033$), v tomto prípade v prospech zdravotníkov. Z celkového počtu osem autotestov, čo sa týka priemernej hodnoty, opäť získali študenti nezdravotníci lepšie výsledky, t. z. uvedený počet vyplnili za kratší čas (tab. 2).

Tab. 2 Výsledky autotestov za jednotlivé témy – hodnotenie podľa času

Téma	p	x / z	x / n	SD / z	SD / n
Bolesť	,283	604,66	490,66	616,20	395,32
Zmeny mobility	,815	269,37	160,65	644,42	62,75
Únava	,033	430,13	357,53	295,60	459,77
GIT (symptómy gastrointestinálneho systému)	,903	1140,59	1241,09	676,22	879,34
RES (symptómy respiračného systému)	,703	556,61	566,93	331,45	469,79
Príbuzní a dobrovoľníci	,720	225,07	196,62	185,53	137,05
Duchovný rozmer	,624	216,12	227,34	144,0	159,18
Profesijná etika	,361	268,61	246,75	218,95	266,64

Legenda: p – štatistická významnosť, x – aritmetický priemer, SD – smerodajná odchýlka, z – zdravotníci, n – nezdravotníci

DISKUSIA

Potreba rozpracovania témy vzdelávania v paliatívnej starostlivosti vyplýva z narastajúceho počtu onkologických, civilizačných ochorení a ľudí v seniorskom veku. Zároveň vznikajú nové hospice, paliatívne oddelenia a ďalšie zariadenia poskytujúce paliatívnu starostlivosť, ktoré si vyžadujú kvalitne pripravených členov multidisciplinárneho tímu, vrátane sestier.

Výskum poukazuje na nosné témy paliatívnej starostlivosti, medzi ktorými prioritné miesto zastáva manažment **bolesti**. Výskumy v tejto oblasti poukazujú na potrebu dôkladnej liečby, pretože neliečená bolesť spôsobuje zbytočné utrpenie. Škálu problémov, s ktorými sa členovia multidisciplinárneho tímu zaoberajú, obsahuje koncept „totálnej bolesti“, s ktorým ako prvá prišla Cicely Saundersová (Clark, 1998). Téma zároveň zdôrazňuje úlohu sestry v manažmente liečby bolesti. Pre sestry je dôležité si uvedomiť, že „bolesť je vždy to, čo pacient označí za bolesť“ (Twycross a Wilcock, 2002, s. 17). Ďalším významným symptómom u nevyliciteľne chorých ako zdôrazňujú vo svojom výskume mnohí autori je **únava**. Únava je zanedbávaný príznak, na ktorý sa chorí často nestážujú a lekári ju nezistujú. Preto je dôležité počúvať pacientov, umožniť im aby mohli hovoriť o prežívaní ťažkých symptómov svojho ochorenia. Už samotné rozpoznanie tohto problému je povzbudivou skúsenosťou (Cornero-vá, 2007). K dôležitým, v rámci kurzu patria témy so zameraním na zmeny **výživy** a **dýchania**. Známkys podvýživy sa nachádzajú takmer u polovice chorých pri diagnostikovaní nádoru, a v pokročilom štádiu choroby postihuje nádorová kachexia 70 až 80 % pacientov (Vorlíček

et al., 2004; Zadák, 2002). Medzi symptómami sprevádzajúcimi obdobie terminálneho štádia a významne vplyvujúcimi na kvalitu života sa dýchavica vyskytuje hneď za bolesťou. Viacerí autori ho opisujú ako najťažšie znášaň, najviac obťažujúci, ťažko tolerovaný alebo najobávanejší a najdevastujúcejší symptóm pokročilého nádorového ochorenia (Mularski et al., 2010; Beržinec, 2009; Bóriková, 2015). Ošetrovateľské aktivity sú cieleňé na ovplyvňovanie pocitu nedostatku vzduchu a potláčanie faktorov, ktoré negatívne na tento pocit vplyvajú.

Dôležitou súčasťou multidisciplinárneho tímu sú aj **príbuzní** a neskôr **pozostalí**. Príbuzní často znášajú ochorenie ťažšie ako samotní pacienti (Theová, 2007), trpia emočným diskomfortom a zvýšenou tenziou. Podobne uvádza autor Hinton (1994), že o príbuzných, čiže rodinných opatrovateľoch sa zistilo, že trpia väčšou úzkosťou ako choré osoby. Táto téma v kurze zdôrazňuje aj význam podpory pozostalých v období smútenia. Nevyhnutnou oblasťou v závere života sú tak isto **etické otázky**, ktoré vznikajú v situáciách rozhodovania. Je zároveň nutné upozorniť na fakt, že identifikácia etického problému v ošetrovateľskej praxi je neraz komplikovanejšia ako hľadanie samotného riešenia problému, pretože sa často prejavujú rozdiely v názoroch pacientov a zdravotníckych pracovníkov na to, čo je pre daného pacienta najlepšie (Krištofová, 2014). Koncepcia, ktorá sa snaží zakotviť etickú teóriu do klinickej praxe sa nazýva klinický pragmatizmus, ktorý podporuje dynamickú výmenu názorov a snaží sa o vzájomné hľadanie nejakého zmyslu tvárou v tvár bolesti, utrpeniu a potrebe udržať si na konci života kontrolu nad sebou samým (Fins a Bacchetta, 1995). Ako uvádza Svatošová (1999) priorita potrieb sa v priebehu choroby mení. Na začiatku sú prvoradé biologické potreby a v záverečnej fáze sa do popredia dostávajú **duchovné potreby**. Napriek tomu, že sa mnohí pacienti neidentifikujú ani s jedným náboženským presvedčením, takmer každý pociťuje potrebu nájsť zmysel svojho života, hlavne v prípade postihnutia nevyliciteľným ochorením. Autor Wright, v roku 1999 uskutočnil prieskum, v ktorom zisťoval na základe odpovedí kaplánov, aké náboženské a nenáboženské požiadavky pacienti najčastejšie majú. V obidvoch skupinách udávalo 89 % respondentov, že pacienti najčastejšie požadujú niekoho, kto by ich počúval, tesne nasledovala požiadavka kto by bol prítomný. Nemocniční pacienti chceli diskutovať o svojich obavách o príbuzných, o bolesti, smrti a umieraní, podobne ako pacienti v hospici (Wright, 2007).

Z voľných odpovedí študentov zameraných na celkové hodnotenie kurzu vyplýva, že prioritne ich zaujali témy: Bolest', Únava, Práca s príbuznými – význam dobrovoľníckej práce. Študenti zároveň pozitívne hodnotili prehľadnosť a spracovanie kurzu, dostatok odporúčanej odbornej literatúry, množstvo nových informácií a vhodné spracovanie autotestov. Efektivitu prezentovaného kurzu podporujú aj výsledky výskumu, ktorý sme uskutočnili na začiatku realizácie projektu. Porovnali sme názory sestier v Slovenskej republike (dotazník bol umiestnený na portáli Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek v období január–jún 2015) na prípravu v oblasti paliatívnej starostlivosti v období ich vzdelávania, s odpoveďami študentov na úroveň získaných informácií prostredníctvom kurzu. Vo všetkých otázkach vykazovali odpovede študentov vyššie hodnoty. Zo spoločných otázok pre sestry aj študentov sme zistili najväčšie rozdiely v nasledujúcich položkách: Vplyv získaných informácií na výber pracoviska = (študenti: $x = 4$, $SD = 0,89$; sestry: $x = 2,59$, $SD = 1,05$); Rozsah informácií v oblasti etickej, právnej = (študenti: $x = 4,01$, $SD = 0,99$;

sestry: $x = 2,79$, $SD = 1,13$); Podpora a pomoc príbuzným a pozostalým = (študenti: $x = 4,23$, $SD = 0,86$; sestry: $x = 2,48$, $SD = 1,21$), Problematika dobrovoľníctva, (študenti: $x = 4,10$, $SD = 0,89$; sestry: $x = 2,25$, $SD = 1,13$) a Informovanosť o možnosti poskytovania paliatívnej starostlivosti v našich podmienkach (študenti: $x = 4,10$, $SD = 0,88$; sestry: $x = 2,41$, $SD = 1,06$) (Slamková a Poledníková, 2018).

Ako však uvádzajú niektorí autori, v osnovách pre štúdium ošetrovateľstva je venovaná malá pozornosť problematike paliatívnej starostlivosti (Paice et al., 2006). V roku 1997 tak isto správa z Inštitútu medicíny (IOM) Národnej akadémie vied v USA identifikovala nedostatky vo vedomostiach lekárov a sestier v oblasti end-of-life starostlivosti. Inštitút vypracoval odporúčania, z ktorých vychádzal pri vytváraní charakteristík adekvátnej profesionálnej prípravy (Field a Cassel, 1997). V roku 2003 sa uskutočnilo stretnutie ministrov členských štátov EÚ, ktorého výsledkom boli odporúčania Rec 24 o Organizácii paliatívnej starostlivosti. V odporúčaniach sa uvádza, že paliatívna starostlivosť by mala byť zahrnutá v celom pregraduálnom vzdelávaní lekárov a sestier (*Recommendation Rec (2003)*, 2015).

Mnohé štáty reagovali pozitívne na tieto výzvy. Napr. autori Pereira Martins a Hernández-Marrero (2016), prezentujú výsledky výskumu uskutočneného s cieľom, či a ako bola do učebných osnov zahrnutá paliatívna starostlivosť v štátnych ošetrovateľských vzdelávacích inštitúciách v Portugalsku v rozmedzí rokov 2005–2015. Výskum ukončilo celkovo 19 škôl. Začlenenie paliatívnej starostlivosti do učebných osnov vysokoškolského vzdelávania sa výrazne zvýšilo. Zatiaľ čo v roku 2005 len 14 z 23 (61 %) škôl explicitne zaradilo do svojich učebných osnov paliatívnu starostlivosť; v roku 2015 to urobilo všetkých 19 škôl (Pereira Martins a Hernández-Marrero, 2016).

Výsledky ďalšej štúdie poukazujú na skutočnosť, že sestry, ktoré dokončili ECEPC (European Certificate in Essential Palliative Care) mali lepšie poznatky o paliatívnej starostlivosti v porovnaní so sestrami, ktoré program neabsolvovali. Výskum sa uskutočnil v Írsku, a bol zameraný na zisťovanie vedomostí a postojov k ošetrovaniu umierajúceho pacienta (Wilson, Avalos a Dowling, 2016).

Vzdelávanie v paliatívnej starostlivosti na Slovensku je tak isto nedostatočné, nakoľko absentujú predmety s obsahom zameraným na túto oblasť, alebo sú zastúpené nízkym počtom hodín. Vzhľadom k nízkemu počtu zariadení poskytujúcich paliatívnu starostlivosť, absentuje aj praktická príprava študentov študijného odboru ošetrovateľstva v týchto inštitúciách. Pre sestry pracujúce v oblasti paliatívneho ošetrovateľstva na Slovensku sú možné aktuálne iba špecializačné odbory: anesteziológia a intenzívna starostlivosť, intenzívna ošetrovateľská starostlivosť o dospelých, ošetrovateľská starostlivosť v komunite a z certifikovaných pracovných činností je to – ošetrovateľská starostlivosť v onkológii (*Nariadenie vlády 34/2018 Z. z.*, 2018). Lekári môžu získať špecializáciu z odboru paliatívna medicína, ktorá je zaradená medzi špecializačné odbory s minimálnou dĺžkou trvania špecializačného štúdia tri roky po získaní špecializácie v niektorom zo špecializačných odborov uvedených v písmenách a) až c) (*Nariadenie vlády 34/2018 Z. z.*, 2018).

Špecifická a zároveň náročná oblasť paliatívnej starostlivosti – starostlivosť o zomierajúce deti je u nás podporená od roku 2007 vzdelávacím programom v anglickom jazyku organizovaným detským hospicom Plamienok. Program je určený lekárom a sestram pôsobiacim

cim v danej oblasti, vzdelávanie je zabezpečené odborníkmi zo zahraničia a pracovníkmi detského hospicu (Slováková, 2008).

Pozitívnym prínosom pre oblasť poskytovania paliatívnej starostlivosti, ale aj možnosti vzdelávania v našich podmienkach sú aktuálne vypracované a predložené Štandardné postupy v zdravotníctve, pre uvedenú oblasť je to – Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (u dospelých) (Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov, 2019).

ZÁVER

Rezolúcia a odporúčanie Riadiacej rady WHO (Svetovej zdravotníckej organizácie) zdôrazňuje, že súčasný trend paliatívnej starostlivosti spočíva v jej implementácii do zdravotníckych systémov (Križanová, 2015). Je dôležité namiesto apatickej rezignácie lekárov aj pacientov hovoriť s pacientom o tom, čo sa ešte dá urobiť. Namiesto boja o život prejsť do akceptácie zomierania a smrti. Zmierňovať symptómy tak, aby bolo utrpenie na konci života znesiteľné. Veríme, že kurz svojím obsahom zlepšuje nepriaznivú situáciu v oblasti paliatívnej starostlivosti v našich podmienkach. Vytvorenie e-learningového vzdelávacieho prostredia umožňuje využívanie prezentovaných informácií väčším množstvom študentov a ostatných záujemcov, podporuje samostatnosť pri štúdiu a práci s odbornou literatúrou, rozvíja kritické myslenie pri riešení samostatných úloh, motivuje ku komunikácii medzi študentmi ale aj s vyučujúcimi. Hospic – dom pokoja a zmieru u Bernadetky v Nitre, poskytuje možnosť pre študentov študijného odboru „ošetrovateľstvo“ získať praktické zručnosti v konkrétnych podmienkach pri ošetrovaní ťažko chorých a umierajúcich pacientov a ich rodinných príslušníkov. Dúfame, že informácie získané prostredníctvom kurzu a osobný kontakt s uvedeným hospicom motivujú študentov aj k výberu pracoviska so zameraním na paliatívnu ošetrovateľskú starostlivosť po skončení štúdia.

Literatura

ANDRÁŠIOVÁ, M., BODNÁR, M. O., GOJDOVÁ, M. a KRIŽANOVÁ, K. *Hospic a paliatívna starostlivosť: príručka pre dobrovoľníkov*. Bratislava: Palium, 2002. ISBN 80-968416-0-2.

BERŽINEC, P. Inhalácia morfénu pri nádorovej dýchavičnosti – prehľad literatúry a vlastné skúsenosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2009, roč. 2, č. 3, s. 122–124. ISSN 1339-4193.

BÓRIKOVÁ, I. Dýchavica. In: KURUCOVÁ, R., ŽIAKOVÁ, K. a NEMCOVÁ, J. *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva, 2015, s. 157–171. ISBN 978-80-89544-73-8.

CÁPAY, M., ŠVEC, P. a BALOGH, Z. E-learning – novodobý trend vo vzdelávaní. In: BOLEDOVIČOVÁ, M. a ZRUBCOVÁ, D. *Sestra a pôrodná asistentka v komunitnej starostlivosti*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2009, s. 376–397. ISBN 978-80-8094-576-3.

CLARK, D. An annotated bibliography of the publications of Cicely Saunders – 1: 1958–67. *Palliative Medicine* [online]. 1998, vol. 12, no. 3, p. 181–193. [cit. 25. 7. 2015]. ISSN 1477-030X. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1191/026921698678023443>.

CORNEROVÁ, J. Práce s těžkými symptomy. In: PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. a INGLETONOVÁ, CH. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 256–275. ISBN 978-80-87029-25-1.

FIELD, M. J. and CASSEL, C. K., eds. *Approaching death: Improving Care at the End of Life* [online]. Washington, D.C.: National Academy Press, 1997. [cit. 5. 2. 2015]. Available from: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=5801&page=266.

FINS, J. J. and BACCHETTA, M. D. Framing the physician-assisted suicide and voluntary active euthanasia debate: the role of deontology, consequentialism, and clinical pragmatism. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 1995, vol. 43, no. 5, p. 563–568. [cit. 12. 3. 2014]. ISSN 1532-5415. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7730541>.

HINTON, J. Which patients with terminal cancer are admitted from home care?. *Palliative Medicine* [online]. 1994, vol. 8, no. 3, p. 197–210. [cit. 12. 3. 2018]. ISSN 1477-030X. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7952370>.

KRIŠTOFOVÁ, E. *Etika pre pomáhajúce profesie v kontexte teórie a praxe*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2014. ISBN 978-80-558-0679-2.

KRIŽANOVÁ, K. Paliatívna medicína. *Onkológia* [online]. 2014, roč. 9, č. 6, s. 342–344. [cit. 4. 11. 2016]. ISSN 1339-4215. Dostupné z: http://www.onkologiapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=7162&magazine_id=10.

KRIŽANOVÁ, K. Posilňovanie paliatívnej starostlivosti ako súčasti integrovanej liečby v jej kontinuite pre 67. svetové zdravotnícke zhromaždenie v máji 2014. Stanovisko k rezolúcii a odporúčaniu Riadiacej rady WHO a generálnej riaditeľky WHO. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2015, roč. 8, č. 2, s. 68–69. ISSN 1339-4193.

MULARSKI, R. A., CAMPBELL, M. L., ASCH, S. M. et al. A Review of Quality of Care Evaluation for the Palliation of Dyspnea. *American journal of respiratory and critical care*

medicine [online]. 2010, vol. 181, no. 6, p. 534–538. [cit. 2. 3. 2017]. ISSN 1535-4970. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20056904>.

Nariadenie vlády 34/2018 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov [online]. [cit. 27. 6. 2018]. Dostupné z: <https://www.noveaspi.sk/products/lawText/1/89786/1/2?vtex-tu=34/%202018%20Z.z.#lema0>.

O organizaci paliativní péče: doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům přijaté Výborem ministrů 12. listopadu 2003 na 860. zasedání zástupců ministrů [online]. Praha: Cesta domů, 2004. [cit. 13. 4. 2015]. Dostupné z: www.cestadomu.cz/rozvoj-paliativni-pece-v-cr.html.

PAICE, J. A., FERRELL, B. R., VIRANI, R., GRANT, M., MALLOY, P. and RHOME, A. Graduate nursing education regarding end-of-life care. *Nursing Outlook* [online]. 2006, vol. 54, no. 1, p. 46–52. [cit. 12. 5. 2017]. ISSN 0029-6554. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655405000849?via%3Dihub>.

PEREIRA MARTINS, S. and HERNÁNDEZ-MARRERO, P. Palliative care nursing education features more prominently in 2015 than 2005: Results from a nationwide survey and qualitative analysis of curricula. *Palliative Medicine* [online]. 2016, vol. 30, no. 9, p. 884–888. [cit. 12. 7. 2018]. ISSN 1477-030X. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26994120>.

Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies [online]. [cit. 10. 2. 2015]. Available from: [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf).

SLAMKOVÁ, A. a POLEDNÍKOVÁ, Ľ. Vzdelávanie v paliatívnej starostlivosti s využitím multimediálnych prostriedkov. *GRANT journal*. 2018, roč. 7, č. 1, s. 127–132. ISSN 1805-062X.

SLOVÁKOVÁ, J. Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v oblasti paliatívnej starostlivosti. *Kontakt*. 2008, roč. 10, č. 2, s. 264–273. ISSN 1212-4117.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1999. ISBN 80-902049-2-9.

ŠVEJDA, G. et al. *Vybrané kapitoly z tvorby e-learningových kurzov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Pedagogická fakulta, 2006. ISBN 80-8050-989-1.

THEOVÁ, A. M. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4.

Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe. Zoznam schválených štandardných postupov. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (u dospelých). In: *Vestník MZ SR – Osobitné vydanie Dňa 1. februára 2019 Ročník 67* [online]. [cit. 24. 3. 2019]. Dostupné z: <https://www.standardnepostupy.sk/suvisiace-dokumenty/>.

TWYXCROSS, R. and WILCOCK, A. *Symptom Management in Advanced Cancer*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2002. ISBN 978-0-9552547-3-4.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. et al. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

Vyhláška č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom [online]. [cit. 27. 6. 2018]. Dostupné z: <http://www.epi.sk/zz/2018-95#p1>.

WILSON, O., AVALOS, G. and DOWLING, M. Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. *British Journal of Nursing* [online]. 2016, vol. 25, no. 11, p. 600–605. ISSN 0966-0461. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27281593>.

WRIGHT, M. Duchovní dimenze hospicové a paliativní péče. In: PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. a INGLETONOVÁ, CH. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 232–255. ISBN 978-80-87029-25-1.

ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0320-3.

Kontakt

PhDr. Alica Slamková, PhD.

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Katedra ošetrovateľstva

Kraskova 1, 949 74 Nitra, Slovenská republika

aslamkova@ukf.sk

POTŘEBY RODINY KARDIOLOGICKY NEMOCNÉHO DÍTĚTE

THE NEEDS OF FAMILY WITH A CHILD SUFFERING A HEART DISEASE

Gabriela Světnická¹, Zuzana Hlubková²

Abstrakt

Potřeby rodičů pečujících o nemocné dítě jsou stejně důležité jako potřeby chronicky nemocného dítěte. Po diagnostice chronického onemocnění je nutná adaptace rodičů i dítěte na nově vzniklou situaci. Hlavním cílem práce bylo zhodnocení potřeb rodiny kardiologicky nemocného dítěte. Výzkumný soubor tvořilo celkem 107 rodičů dětí dispenzarizovaných v kardiologické ambulanci. Metodou sběru dat byl dotazník Family Needs Assessment (Bailey et al., 2004). Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že největší potřeby uváděli rodiče v oblasti podpory a informací. Celkové průměrné skóre dotazníku Family Needs Assessment (Bailey et al., 2004) činilo $50 \pm 17,45$ bodů z možného rozmezí 35–104 bodů. Statisticky významné rozdíly nebyly identifikovány v saturaci potřeb rodičů s ohledem na věk dítěte, dobu trvání kardiologického onemocnění dítěte, ani typ kardiologického onemocnění.

Klíčová slova

dítě, sestra, kardiologické onemocnění, rodina, potřeby

Abstract

The needs of parents caring for an ill child are just as important as the needs of their chronically ill child. Once a chronic illness is diagnosed, the parents and the child must adapt to the new situation. The main objective of the paper was to assess the needs of the family of a paediatric cardiology patient. The research group consisted of 107 parents of children treated at the cardiology outpatient clinic. Data were collected using the Family Needs Assessment questionnaire (Bailey et al., 2004). The results of the research survey suggest

¹ Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

² Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

that the parents mostly mentioned needs in the area of support and information. The total average score of the Family Needs Assessment questionnaire (Bailey et al., 2004) was 50 ± 17.45 points out of the possible score range of 35–104 points. No statistically significant differences were identified in the saturation of the parents' needs depending on the age of their child, duration or type of the child's cardiovascular disease.

Keywords

child, nurse, cardiovascular disease, family, needs

ÚVOD

V České republice se každý rok narodí 500–600 dětí s vrozenou srdeční vadou. Díky pediatrické, diagnostické a léčebné péči se v dnešní době tyto děti dožívají až v 75 % dospělosti (Kölbel et al., 2011, s. 159). Mezi nejčastější onemocnění kardiovaskulárního systému u dětí patří šelesty, poruchy rytmu, synkopy, bolesti na hrudi a hypertenze (Štejska et al., 2007, s. 558). Onemocnění srdce u dětí se řadí mezi nejčastější neinfekční chronické choroby a patří k zásadním zdravotním problémům, které se vyskytují v rozvinutých zemích (Kunzová a Hrubá, 2013, s. 23). Rozsáhlá studie Fisher (2001, s. 600) objasňuje potřeby rodičů chronicky nemocného dítěte, jež byly nejčastější v oblasti právní jistoty, informací a oblasti partnerství. Rodiny pečující o chronicky nemocné dítě trpí nedostatkem času, neboť nároky na péči a čas chronicky nemocného dítěte v rodině jsou velké (Miller et al., 2015, s. 602). Rodiče, kteří pečují o chronicky nemocné nebo zdravotně handicapované dítě, jsou více zranitelnější s ohledem na jejich zdraví, než rodiče dětí zdravých. Vyšší zátěž, vznikající při péči o chronicky nemocné děti, snižuje kvalitu života těchto rodičů. Největší zátěž rodiny tvoří jejich socioekonomický status (Vonneilich et al., 2016, s. 761). Častým fenoménem rodiny chronicky nemocného dítěte je uspokojování potřeb nemocných dětí na úkor pečující rodiny. Ovšem potřeby rodičů jsou stejně důležité jako potřeby nemocných dětí. Pokud rodiče nemají naplněné potřeby, může se to odrazit v péči o dítě. Rodič pro dítě znamená pocit bezpečí a jistoty (Sikorová, 2011, s. 26).

CÍL

Cílem práce bylo zhodnocení potřeb rodiny kardiologicky nemocného dítěte.

SOUBOR A METODIKA

Výzkumný soubor tvořilo celkem 107 rodičů kardiologicky nemocného dítěte. K realizaci výzkumu byla použita metoda kvantitativního výzkumu prostřednictvím využití dotazní-

ku Family Needs Assessment (Bailey et al., 2004), tento dotazník byl obohacen nejen o sociodemografické, ale také kontextuální charakteristiky. Dotazník Family Needs Assessment (Bailey et al., 2004) hodnotí potřeby rodičů dítěte s chronickým onemocněním a skládá se z 35 položek rozdělených do sedmi oblastí – 1. Oblast informací, 2. Oblast podpory, 3. Oblast financí, 4. Oblast vysvětlení, 5. Oblast péče o dítě, 6. Oblast profesionální podpora, 7. Oblast komunitní služby. Rodiče odpovídali na každou položku dotazníku prostřednictvím třibodové stupnice (1 bod = rozhodně nepotřebuji pomoc, 2 body = nejsem si jist, 3 body = rozhodně potřebuji pomoc). Celkové skóre dotazníku se pohybovalo v rozmezí 35–105 bodů, přičemž vyšší skóre poukazuje na vyšší míru potřeby rodičů v dané oblasti dotazníku. Po schválení výzkumu etickou komisí a vedení zařízení byly dotazníky distribuovány rodičům dětí dispenzarizovaných v kardiologické ambulanci. Pro popis souboru byla použita základní popisná statistika. Statistické vyhodnocení dat bylo realizováno neparametrickým Kruskal-Wallisovým testem pro více výběrů. Ke zpracování dat byl použit program Stata verze 13. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %.

VÝSLEDKY

Celkové výsledky šetření potřeb rodičů kardiologicky nemocných dětí přineslo zjištění, že průměrné skóre dotazníku Family Needs Assessment (Bailey et al., 2004) činilo $r = 50 \pm 17,45$ bodů z možného rozmezí 35–104 bodů. Největší potřeby uváděli rodiče v Oblasti podpory ($r = 11,4 \pm 4,11$), dále v Oblasti informací ($r = 10,9 \pm 4,12$). Nižší očekávání saturace potřeb bylo identifikováno v Oblasti financí ($r = 8,5 \pm 3,69$) a v Oblasti vysvětlení ($r = 6,3 \pm 2,34$). Nejnižší očekávání rodičů kladlo důraz na saturaci potřeb v Oblasti komunitních služeb ($r = 4,3 \pm 1,97$), Oblasti péče o dítě ($r = 4,2 \pm 1,78$) a Oblasti profesionální podpora ($r = 4,0 \pm 1,69$). Viz tab. 1.

Tab. 1 Celkový přehled hodnocení potřeb rodičů kardiologicky nemocného dítěte

Doména dotazníku FNA	Počet (n)	Medián	Aritmetický průměr (r)	SD	Min	Max
Oblast informací	107	10	10,9	4,12	7	21
Oblast podpory	107	10	11,4	4,11	8	24
Oblast financí	107	6	8,5	3,69	6	18
Oblast vysvětlení	107	5	6,3	2,34	5	15
Oblast péče o dítě	107	3	4,2	1,78	3	9
Oblast profesionální podpory	107	3	4,0	1,69	3	9
Oblast komunitních služeb	107	3	4,3	1,97	3	9
Celkem	107	43	50,0	17,45	35	104

Legenda: SD = směrodatná odchylka, Min = minimum, Max = maximum

Oblast informací

Oblast informací je složena ze sedmi položek a hodnotí míru potřeby rodičů ohledně informací o růstu a vývoji dítěte, způsobu hry a komunikace s dítětem, učení dítěte, zvládnání chování dítěte, o zdravotním stavu nebo postižení dítěte, či nabídce služeb. Bodové skóre této oblasti bylo v rozmezí od 7 do 21 bodů, průměrná hodnota potřeby informací rodičů činila 10,9 bodů. Výsledky v první Oblasti informací poukazují na to, že rodiče mají nejmenší potřebu s pomocí ohledně růstu a vývoje dětí, celkem v 91 případech (85 %) uvedli, že pomoc nepotřebují. Také následující položky dotazníku, zaměřené na informace jak si s dítětem hrát, učit se s ním nebo jej zvládnout, odpovídali rodiče více než v polovině případů, že zvládají dobře a nemají potřebu pomoci v dané oblasti. Největší potřebu rodiče uváděli v oblasti informací o službách, které jsou v současné době k dispozici a to ve 33 případech (31 %), a také potřebu o službách, které mohou děti využívat v budoucnu a to ve 44 případech (41 %).

Oblast podpory

Tuto oblast tvoří osm položek hodnotících míru pomoci respondentům v oblasti podpory ze strany přátel, rodinných příslušníků a partnera. Bodové skóre této oblasti se pohybovalo v rozmezí od 8 do 24 bodů, průměrná hodnota byla 11,4 bodů. Druhá oblast dotazníku Family Needs Assessment (Bailey et al., 2004), týkající se rodiny a sociální podpory, zaznamenala největší potřebu rodičů získat více času pro sebe, což uvedlo 27 respondentů (26 %). Nejmenší potřebu rodiče pocítovali v pomoci svému partnerovi přijmout stav jejich dítěte, což uvedlo 84 rodičů (79 %).

Oblast financí

Tato 6-položková oblast je zaměřena na hodnocení potřeb ve finančním zabezpečení rodiny. Položky mapují potřeby rodičů vzhledem k financování léčby, hraček, potravin a vyhledávání zaměstnání pro svého partnera. Bodové skóre se pohybovalo v možném rozsahu od 6 do 18 bodů, průměrné skóre činilo 8,5 bodů. Rodiče uváděli největší potřebu v získávání speciálních pomůcek pro své nemocné dítě, celkem ve 24 případech (22 %). Nejmenší potřeby byly identifikovány v oblasti placení hraček pro své nemocné dítě, což uvedlo 91 rodičů (85 %).

Oblast vysvětlení

Oblast vysvětlení je složena z pěti položek, ve kterých je zahrnuto hodnocení potřeb rodičů při objasňování a vysvětlování nemoci dítěte svému partnerovi, sourozencům, rodičům apod. Bodové skóre této oblasti je v rozmezí od 5 do 15 bodů. Tato oblast zaznamenala největší potřebu rodičů ve vyhledávání písemných materiálů o rodinách se stejně nemocným dítětem (celkem 11 rodičů, 10 %). Nejmenší potřebu uváděli rodiče ve vysvětlování onemocnění svým rodičům nebo rodičům svého partnera, a to celkem v 92 případech (86 %).

Oblast péče o dítě

Tato oblast je zaměřená na pomoc při hlídání dětí a je pokryta třemi položkami. Bodové skóre oblasti je od 3 do 9 bodů. Oblasti péče o dítě vévodila potřeba rodičů zaměřující

se na způsoby vyhledání vzdělávacího programu nebo školky pro jejich nemocné dítě, což uvedlo 18 rodičů (17 %). Nejmenší potřebu měli rodiče se získáním odpovídající péče o dítě v kostele nebo synagoze během bohoslužeb a to v 86 případech (80 %).

Oblast profesionální podpory

Oblast profesionální podpory tvoří tři položky zaměřující se na spirituální, psychologické a pedagogické poradenství. Bodové skóre této oblasti mohlo být v rozmezí od 3 do 9 bodů. Nejčastější uvedenou potřebou rodičů v šesté oblasti dotazníku Family Needs Assessment (Bailey et al., 2004), zaznamenanou u 17 rodičů (16 %), bylo získat více času na pohovor s učitelem nebo terapeutem dítěte. Nejmenší potřebu uvedenou 92 rodiči (86 %) bylo setkání s farářem, rabínem či knězem.

Oblast komunitních služeb

Poslední oblast dotazníku Family Needs Assessment (Bailey et al., 2004) se skládá ze tří položek s bodovým skóre v rozmezí od 3 do 9 bodů. Tato oblast se zabývá hodnocením míry potřeb rodičů v hledání dobrého lékaře, stomatologa, vyhledávání spolků či organizací ke kontaktu s dalšími rodiči dětí trpících podobným onemocněním. Nejvíce rodiče potřebují vyhledat lékaře, který rozumí jim a potřebám jejich dětí, a to ve 21 případech (20 %) dotázaných rodičů. Nejmenší potřebu mají rodiče v oblasti setkávání se s rodiči, kteří mají stejně nemocné dítě, a to v 81 případech (76 %) z dotazovaných rodičů.

Vliv věku rodičů

Srovnání vlivu věku rodičů dětí s kardiologickým onemocněním na potřeby jejich rodiny bylo provedeno na základě rozdělení rodičů do kategorií podle věku, vytvořených s ohledem na proporcionální složení souboru. Mladí rodiče zastupovali věkovou skupinu 19–35 let ($n = 34$), rodiče středního věku 36–40 let ($n = 34$), starší rodiče v tomto výzkumu představovali věkovou skupinu 41 a více let ($n = 39$). Nejnižší celkovou hodnotu potřeb identifikovaných podle celkového skóre dotazníku Family Needs Assessment (Bailey et al., 2004) uváděli rodiče středního věku ($r = 34 \pm 31,7$) a mladí rodiče ($r = 34 \pm 31,7$). Nejvyšší celkovou saturaci potřeb uvedli rodiče ve věkové skupině 41 a více let ($r = 39 \pm 36,4$). Významný rozdíl hodnocení potřeb ($p = 0,0237$) byl nalezen v **Oblasti informací**, kde rodiče středního věku měli tyto potřeby nejnižší ($r = 9,6 \pm 3,51$). Mladší i starší rodiče v souboru uváděli vyšší hodnoty pro saturaci potřeb v oblasti informací (mladší rodiče $r = 11,6 \pm 3,98$; starší rodiče $r = 11,5 \pm 4,55$). Statisticky významné rozdíly nebyly identifikovány v saturaci potřeb rodičů podle věku dítěte ($p = 0,8809$), délky trvání kardiologického onemocnění dítěte ($p = 0,2438$), ani typu kardiologického onemocnění ($p = 0,0758$).

DISKUSE

Z výzkumu vyplývá, že až polovina rodičů potřebuje pomoc v jednotlivých oblastech, zejména v oblasti sociální podpory, informací a financí. Nejnižší potřebu měli rodiče v ob-

lasti vysvětlování situace ostatním. Obdobné výsledky byly zaznamenány ve studii autorů Palisano et al. (2010, s. 85–92), jež zkoumala potřeby rodičů dětí s dětskou mozkovou obrnou. Největší potřebu uváděli rodiče dětí s dětskou mozkovou obrnou v oblasti informací, financí, podpory a komunitních služeb (Palisano et al., 2010, s. 85–92). Studie autora Fishera (2001, s. 605), zabývající se potřebou informací pro rodiče chronicky nemocných dětí, došla k výsledkům, že rodiče mají velkou potřebu informací a to hlavně z úst odborníků, tedy zdravotnických pracovníků, aby měli kontrolu nad průběhem onemocnění a mohli požádat o spolupráci další odborníky. Z dalších výsledků této studie vyplývá, že rodiče žijící v partnerském vztahu lépe zvládají péči o chronicky nemocné dítě (Fisher, 2001, s. 605). Z naší studie vyplývá, že největší potřeby hodnocené celkovým skóre dotazníku Family Needs Assessment (Bailey et al., 2004) uvádí skupiny rodičů „mladší“ a „starší“. Významně nižší hodnoty potřeb rodičů identifikovaných celkovým skóre dotazníku Family Needs Assessment (Bailey et al., 2004) uváděli rodiče „středního“ věku. K rozdílným výsledkům došli autoři Muscroft (2000, s. 117–119) a Thompson (2016, s. 1), kteří zaznamenali horší schopnost vypořádat se s obtížnou situací u rodičů dosahujících nižšího věku. Podle těchto autorů mají mladí rodiče velké problémy s udržení stability rodiny, chybí jim hlavně zkušenosti. Starší rodiče mají mnohem větší zkušenosti a jsou lépe připraveni vypořádat se s určitou zátěží, což onemocnění dítěte určitě je. Starší rodiče často cítí při onemocnění jejich dítěte zvýšenou potřebu smysluplnosti a užitečnosti (Muscroft, 2000, s. 117–119; Thompson 2016, s. 1). Naproti tomu vyšší hodnoty potřeb starších rodičů hodnocených podle dotazníku Family Needs Assessment (Bailey et al., 2004) se shodují s výsledky autorky Sikorové (2012, s. 32), jež uvádí, že rodiče vyššího věku, a to hlavně matky prvorodičky nad 40 let, mají neúměrné obavy týkající se zdravotního stavu dítěte. Ženy vyššího věku mohou být emočně stabilnější ekonomickým zajištěním a stabilním vztahem. Maminky příliš úzkostné mohou častěji vyhledávat pomoc dětské sestry s žádostí o radu týkající se rozvoje dítěte, podpory zdraví dítěte a vyžadují od ní informace ohledně výchovy dítěte (Sikorová, 2012, s. 32). Z další studie Thompson (2016, s. 1) vyplynulo, že nízký věk rodičů, špatná ekonomická situace a nemoc dítěte způsobí horší zvládání zátěže rodiči, neboť nemocné dítě má vyšší nároky oproti dětem zdravým. Na rodiče jsou kladeny větší požadavky z hlediska péče o dítě a finanční situace, což může mít vliv na riziko úmrtí dítěte či zanedbání péče o dítě (Thompson, 2016, s. 1).

ZÁVĚR

Největší potřeby rodičů kardiologicky nemocných dětí vzhledem k věku rodičů byly identifikovány v Oblasti informací, a to hlavně u rodičů ve věku 41 a více let. Naopak nejmenší potřeba byla zaznamenána v Oblasti informací u rodičů ve věku 36–40 let. Z dalších výsledků výzkumu vyplývá, že věk dítěte nemá významný vliv na potřeby rodičů. Výsledky poukazují na to, že rodiče uváděli největší potřebu v oblastech informací, rodiny, sociální podpory, financí a komunitních služeb. V praxi je nutné zaměřit se na zkvalitnění edukace rodičů kardiologicky nemocných dětí zdravotnickým personálem, který by měl rodičům

poskytnout více informací se zaměřením zejména na oblast možného využití služeb pro chronicky kardiologicky nemocné dítě. Výsledky výzkumného šetření identifikovaly zájem rodičů o informace o spolcích či sdruženích pacientů se stejným onemocněním, o spolupráci s odborníky nebo vzdělávacími institucemi.

Literatura

BAILEY, D. et al. *Assessing Infants and Preschoolers with Special Needs*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson, 2004. ISBN 978-0-13-098662-7.

FISHER, H. The needs of parents with chronically sick children: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2001, vol. 36, no. 4, p. 600–607. [cit. 7. 3. 2019]. ISSN 0309-2402. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/results>.

KÖLBEL, F. et al. *Praktická kardiologie*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1962-0.

KUNZOVÁ, Š. a HRUBÁ, D. Chování a zdraví I – Životní styl a komplexní choroby. *Hygiena*. 2013, roč. 58, č. 1, s. 23–28. ISSN 1803-1056.

MILLER, J. et al. Risk factors for family time burdens providing and arranging health care for children with special health care needs: Lessons from nonproportional odds models. *Social Science Research* [online]. 2015, vol. 52, p. 602–614. [cit. 7. 3. 2019]. ISSN 0049-089X. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/results>.

MUSCROFT, S. *Children's Rights: Reality or Rhetoric?: The UN Convention on the Rights of the child: The First Ten Years*. London: International Save the Children Alliance, 2000. ISBN 978-2-940217-09-0.

PALISANO, R. et al. Family needs of parents of children and youth with cerebral palsy. *Child: care, health and development* [online]. 2010, vol. 36, no. 1, p. 85–92. [cit. 7. 3. 2019]. ISSN 0305-1862. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/results>.

SIKOROVÁ, L. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3592-4.

SIKOROVÁ, L. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3593-1.

ŠTEJFA, M. et al. *Kardiologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1385-4.

THOMPSON, G. Meeting the needs of adolescent parents and their children. *Paediatrics & Child Health* [online]. 2016, vol. 21, no. 5, p. 1–7. [cit. 7. 3. 2019]. ISSN 1205-7088. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/results>.

VONNEILICH, N. et al. The impact of care on family and health-related quality of life of parents with chronically ill and disabled children. *Disability and rehabilitation* [online]. 2016, vol. 38, no. 8, p. 761–767. [cit. 10. 3. 2019]. ISSN 0963-8288. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/results>.

Kontakt

Mgr. Gabriela Světnická
Lékařská fakulta, Ostravská univerzita
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence
Syllabova 19, 703 00 Ostrava-Zábřeh, Česká republika
GabinaSvetnicka@seznam.cz

PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY PACIENTŮ NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

PSYCHOSOCIAL NEEDS OF PATIENTS ON THE SPINAL UNIT

Zdeňka Římovská¹

Abstrakt

Úrazy páteře a míchy představují závažný celospolečenský problém, jde o nejčastější příčinu smrti nebo invalidizace osob do padesáti let věku. V ČR ročně přibude až 400 nových případů, z nichž polovina se stává trvalými uživateli invalidního vozíku. Článek mapuje pacienty s míšní lézí na spinální jednotce v Rehabilitačním ústavu (RÚ) Hrabyně a zjišťuje jejich psychické a sociální potřeby. Analyzuje, jak pacienti přijímají svou situaci a kterou oblast života vnímají jako nejtěžší.

Cíl: Cílem šetření bylo zjistit psychické a sociální potřeby pacientů s míšní lézí na spinální jednotce v RÚ Hrabyně.

Metodika: Pro sběr dat byla zvolena kvantitativní metoda nestandardizovaného anonymního dotazníku a jako doplňková metoda rozhovor.

Výsledky a diskuze: Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 48 (47 %) pacientů na spinální jednotce i přes vážné postižení, věří, že se jejich stav zlepší, důvěřují zdejšímu odbornému personálu. Jsou optimisticky ladění a mají zájem spolupracovat s odborníky. Druhá polovina uvádí široké spektrum emocí od strachu, smutku, nejistoty i beznaděje. Často se objevují deprese. Pacienti vyhledávají pomoc psychologa i sociálního pracovníka.

Závěr: Lidé s postižením míchy mají v úvodní fázi mnoho komplikací, nejčastěji interních: záněty močových cest, záněty plic, poruchy termoregulace a další. Procházejí těžkým obdobím, kdy se musí naučit novou situaci přijmout. Hledání nového smyslu života a přijetí omezení je náročné, vyžaduje pomoc psychologa, sociálního pracovníka, fyzioterapeuta, ergoterapeuta a také rodiny. Je doprovázeno řadou emocí a psychosociálních potřeb, které by pacienti bez odborné pomoci nebyli schopni zvládnout.

¹ Ústav ošetřovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Klíčová slova

psychické potřeby, pacient, sociální potřeby, spinální jednotka, úraz páteře

Abstract

Spine and spinal cord injuries are a serious problem, it is the most common cause of death or disability of people up to 50 years of age. There are up to 400 new cases in the Czech Republic annually and half of which are permanent wheelchair users. The article maps patients with spinal lesion who are in the spinal unit in RU Hrabyně and finds out their mental and social needs. It analyzes how patients accept their situation and which area of life they perceive as the most difficult.

Aim: The aim of the investigation was to find out the psychological and social needs of patients with a spinal lesion at the spinal unit in the RU Hrabyně.

Methodology: Quantitative method of non-standardized anonymous a questionnaire was chosen for data collection and interview was used as a supplementary method.

Results and discussion: Based on a questionnaire survey, it was found that 48 (47 %) patients in the spinal unit, despite serious disability, believe that their condition will improve, trust the local professional staff. They are optimistic and are interested in working with experts. The other half presents a wide range of emotions from fear, sadness, insecurity, and hopelessness. Depression often occurs. Patients seek the help of a psychologist and a social worker.

Conclusion: People with spinal cord disability have many complications in the initial phase, most commonly internal: urinary tract inflammation, pneumonia, thermoregulation disorders, and others. They are going through a difficult time when they have to learn to accept the new situation. Finding a new meaning of life and accepting limitations is challenging, requiring the help of a psychologist, social worker, physiotherapist, occupational therapist and family. It is accompanied by a number of emotions and psychosocial needs that patients could not manage without professional help.

Keywords

mental needs, patient, social needs, spinal unit, spinal injury

ÚVOD

Míšní léze je velmi závažné postižení. Při poranění míchy dochází k poruše vedení všech vzruchů míchou, a proto ovlivňuje nejen hybnost, ale zasahuje do činnosti všech těles-

ných systémů. Většina pacientů po míšní lézi musí pro lokomoci používat mechanický či elektrický vozík. Pro aktivity běžného denního života (např. oblékání, hygiena, toaleta, sycení, atd.) jsou nuceni využívat náhradní mechanismy, kterými kompenzují chybějící hybnost.

Míšní léze představuje komplikovaný stav spojený se závažnými následky jak pro pacienta, tak pro společnost. Regenerační schopnosti míchy jsou značně omezené. Z tohoto pohledu je důležitá rychlá diagnostika následovaná odpovídající léčbou v závislosti na příčině léze. Etiologii míšní léze lze v zásadě rozdělit na traumatickou a netraumatickou. Traumatické míšní léze jsou nejčastěji spojené s poraněním páteře. Nádory, degenerativní změny a různé typy krvácení jsou nejčastější příčinou netraumatických míšních lézí. Včasná dekomprese představuje spolu s odpovídající konzervativní léčbou v současné době jedinou šanci na možné zlepšení klinického stavu. U déletrvající kompletní míšní léze je i přes značné úsilí na experimentální úrovni prognóza pacientů nepříznivá a zlepšení těžkého neurologického deficitu je spíše výjimečné. Poranění míchy je přítomné u 15–40 % pacientů s poraněním páteře. Četnost míšních lézí je závislá na lokalizaci poranění v rámci jednotlivých úseků páteře. U traumat krční páteře se setkáváme s míšní lézí ve 40 % případů, v 10 % při poranění hrudní páteře a v 35 % při poranění Th-L přechod (přechod hrudní a bederní páteře). Nejčastější příčinou míšního postižení jsou dopravní nehody a pády, dále pracovní úrazy, úrazy v domácnosti a sportovní úrazy. Kompletní míšní léze představují 44 % míšních traumat (Náhlovský et al., 2006; Štulík et al., 2010). Zlepšení klinického nálezu u pacientů s míšním postižením je závislé na rozsahu míšní léze. U inkompletního postižení je zlepšení možné, ale často značně individuální a obtížně predikovatelné. Při kompletní míšní lézi trvající 24 hodin a více je šance na klinické zlepšení minimální. V rámci výzkumného šetření jsme se zabývali zjištěním pocitů pacientů s míšní lézí, hospitalizovaných na spinální jednotce v RÚ Hrabyně.

SPINÁLNÍ JEDNOTKY

Spinální jednotky (dále jen SJ) v České republice mají krátkou historii, neboť první pokus o vytvoření tzv. spinálních center profesorem Benešem v 50.–60. letech minulého století se nezdařil. Zásadní význam pro naplnění spinálního programu má rok 1999, kdy byla založena Česká spondylochirurgická společnost. Cílem jejího výboru bylo rozšíření péče o tyto pacienty. Složitá a dlouhodobá jednání vedla k tomu, že roku 2002 vydalo Ministerstvo zdravotnictví Metodické opatření, v němž byla ustanovena síť pracovišť zajišťujících péči o pacienty po míšním poranění v různých časových úsecích. Po deseti letech od založení první spinální jednotky u nás vznikaly postupně další a to ve Fakultní nemocnici v Motole, v Krajské nemocnici Liberec, Úrazové nemocnici v Brně a ve Fakultní nemocnici s poliklinikou v Ostravě. V roce 2011 ukončila svoji činnost Spinální jednotka v Úrazové nemocnici Brno a její funkci převzala SJ ve Fakultní nemocnici Brno-Bohunice. Tato pracoviště jsou určena pro nemocniční stadium 1b – subakutní, pro 3. až 12. týden od poranění. Spinální jednotky, které se nacházejí v RÚ Hrabyně

a Kladrubech, dále v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé, byly zřízeny pro následné 2. stadium, přibližně 6. až 26. týden po zranění (Kříž, 2013). V České republice v roce 2014 se na spinálních nemocničních jednotkách léčilo 324 pacientů. S traumatickým postižením míchy se jednalo o 212 pacientů, u kterých průměrný věk činil 42,9 let. Z celkového počtu pacientů tvořila 70 procent mužská populace. Původ vzniku traumatu u nás dle statistiky České společnosti pro míšní lézi, je následující: pády, dopravní nehody, sportovní a vodní aktivity.

CÍL

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit psychické a sociální potřeby pacientů s míšní lézí.

PRŮZKUMNÝ SOUBOR A METODY

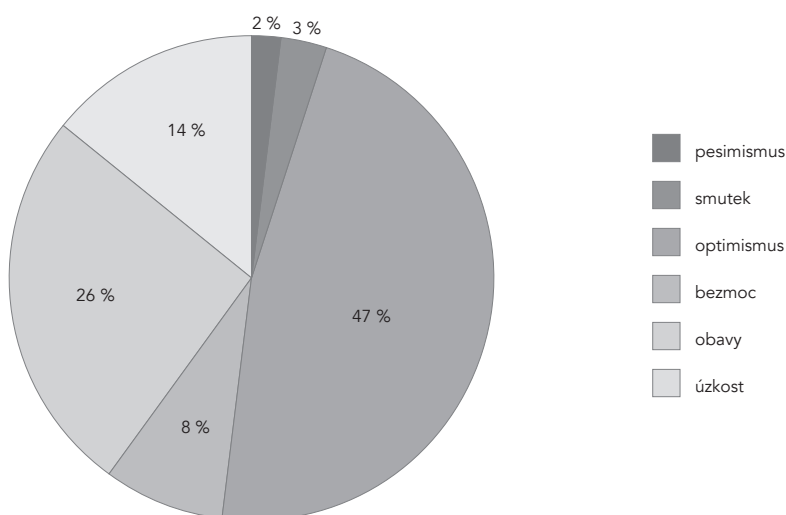
Pro účely průzkumného šetření byla zvolena kvantitativní metoda dotazníkového šetření a jako nástroj sběru dat dotazník vlastní konstrukce v tištěné podobě. Data byla zpracována pomocí statistického programu IBM SPSS Statistics verze 20, programu Microsoft Excel a Microsoft Word. Vzorek respondentů byl sestaven z pacientů spinální jednotky RÚ Hrabyně. Výběr respondentů byl záměrný, tvořili ho pacienti (muži i ženy), kteří měli ukončený 8. týden hospitalizace. Průzkumné šetření probíhalo od 15. 10. 2018 do 29. 3. 2019, dotazník byl předán osobně. Celkem bylo rozděleno 120 dotazníků. Následně navrácené dotazníky byly zpracovány s tímto výsledkem: ze 107 navrácených bylo dále využito jen 102 dotazníků, neboť 5 bylo neplatných pro své neúplné vyplnění. Celková návratnost tedy činí 85 %.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Úrazy páteře a míchy představují závažný společenský problém, jde o nejčastější příčinu smrti nebo invalidizace osob do padesáti let věku. V ČR ročně přibude až 400 nových případů, z nichž polovina se stává trvalými uživateli invalidního vozíku. Často jsou postiženými mladí lidé, kteří před sebou mají celý život a s ním spojené plány do budoucna. Jejich optimistické ladění a naděje jsou hnacím motorem terapie, avšak ruku v ruce s nadějí se setkávají se zklamáním. Po čase zjišťují, že zlepšení přichází velice pomalu, a naopak se objevují další, dosud nepoznané zdravotní problémy, jako spasmy, projevy autonomní dysreflexie, apod. Významnou úlohu proto sehrává v komplexní rehabilitaci také reedukace a resocializace. Přijetí nové životní situace je pro ně velmi náročné. Mimo potřeb fyziologických, je potřeba uspokojit také potřeby psychické, které jsou při hospitalizaci bezprostředně nejzávažnější okolností. Lidé chtějí mít soukromí, ale zároveň nechťejí být sami. Prožívají strach, deprese, mají potíže v mezilidských vztazích.

Zde nastupuje psychologická péče, která je poskytována jak pacientům, tak i jejich rodinným příslušníkům. Respektuje jedinečné potřeby každého klienta a pomáhá zvládat nepříjemné stavy, jež často tělesná omezení doprovázejí. Jedním z výzkumných úkolů bylo zjistit, jak využívají pacienti na spinální jednotce možnost pohovoru s psychologem, nebo zda raději volí psychofarmaka. V rámci našeho výzkumného šetření jsme se zabývali zjištěním pocitů pacientů s míšní lézí, hospitalizovaných na spinální jednotce v RÚ Hrabyně.

Graf 1 Nejčastější pocity

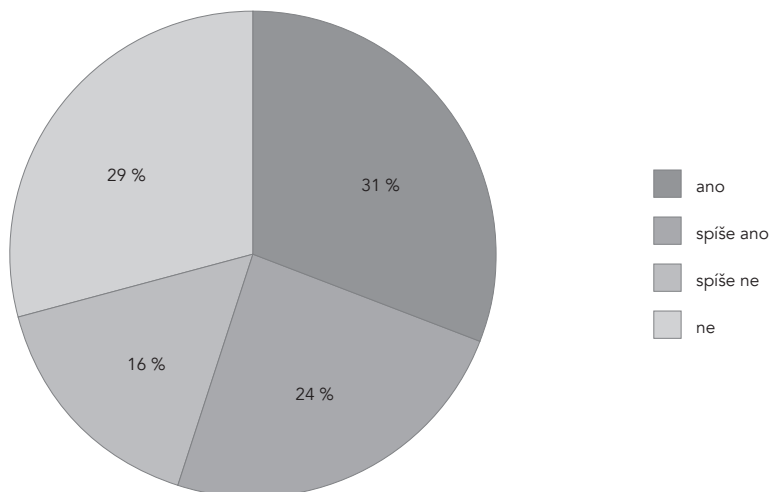


Velmi překvapivá byla skutečnost, že i přes toto závažné postižení 48 (47 %) respondentů uvádí optimismus, naději a důvěru ve zdejší zařízení a jeho odborný personál, věří, že se jejich stav zlepší (jak se potvrdilo v další otázce). Ve 2 (2 %) to byl pesimismus. 27 (26 %) respondentů sdělilo, že má obavy a 14 (14 %) úzkost. V 8 (8 %) byla uvedena bezmoc a ve 3 (3 %) smutek. Jak již bylo řečeno, kladné emoce doprovázejí emoce záporné a dlouhá cesta k dosažení smysluplného, uspokojivého života, která pacienty čeká. Dále nás zajímalo, zda klienti využívají služeb psychologa.

Tab. 1 Služby psychologa

Psycholog	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	30	29,41 %
spíše ano	16	15,69 %
spíše ne	24	23,53 %
ne	32	31,37 %
Celkem	102	100,00 %

Graf 2 Služby psychologa



Výsledky potvrdily využívání služeb psychologa. Výrazně kladných odpovědí je 30 neboli (29 %) a záporných 32 (31 %) odpovědí. Spíše ano uvedlo 16 (16 %) respondentů a spíše ne 24 (24 %) pacientů.

K zajímavým výsledkům jsme dospěli na základě analýzy otázky k doplnění: Jaká myšlenka se Vám v prvních dnech pobytu nejčastěji „honila hlavou“? (tab. 2).

Tab. 2 Myšlenky pacientů

Myšlenky – k doplnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
spolehám na odbornost zařízení, věřím jim	22	21,57 %
zda to rozhýbu	18	17,65 %
co bude dál?	16	15,69 %
kdy půjdu domů?	8	7,84 %
jsem ze všeho zmatený	7	6,86 %
jak dlouho budu bezmocný	3	2,94 %
smíšené pocity	3	2,94 %
jak na mne budou koukat sousedi, kamarádi?	3	2,94 %
proč já?	2	1,96 %
co sex, půjde to?	5	4,90 %
tolik mladých lidí je na tom hůře než já	2	1,96 %
nemuselo se to stát a ušetřil bych se toho všeho	2	1,96 %
jestli se vše naučím	2	1,96 %
o kolik se zlepším?	1	0,98 %

Myšlenky – k doplnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
budu stejný jako předtím?	1	0,98 %
budu chodit bez pomůcek?	1	0,98 %
zda to ještě stojí za to...	1	0,98 %
musím makat	1	0,98 %
porvat se s problémy a nešetřit se	1	0,98 %
jak se zachová rodina?	1	0,98 %
ať mne nechají být	1	0,98 %
sebevražda	1	0,98 %
Celkem	102	100,00 %

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že 22 % respondentů důvěřuje zdejšímu zařízení a věří, že tým zdejších odborníků jim pomůže. 18 % přiznává, že má obavy, zda postižení rozcvičí. Dále v tabulce vidíme širokou škálu myšlenek, které pacienty provází, od myšlenky na sebevraždu, která se objevila pouze v jednom případě, přes snahu porvat se s problémy, či úvahy nad budoucností, vývojem nemoci a omezením, které postižení přináší. Pacienti přemýšlejí o tom, jak se zachová rodina, zda budou moci vést sexuální život, jaká další omezení budou mít. Vzhledem k tomu, že postiženými jsou lidé do 50ti let, je logické, že rodina pro ně hraje důležitou roli. Vycházíme-li z modelu, kdy je postižený muž a nese roli živitele rodiny, má oprávněné obavy o finanční zabezpečení svých blízkých. Ženy často přemýšlejí o tom, zda budou schopny vykonávat domácí práce a plnit mateřské povinnosti. Myšlenek je mnoho a týkají se řady oblastí zdravotní, psychologické i sociální. K tomu, aby byli pacienti dostatečně informováni o svých právech, možnostech sociálních dávek, kompenzačních pomůckách, úpravách bytu atp. je zapotřebí komplexní přístup, mezioborová spolupráce i pomoc rodiny.

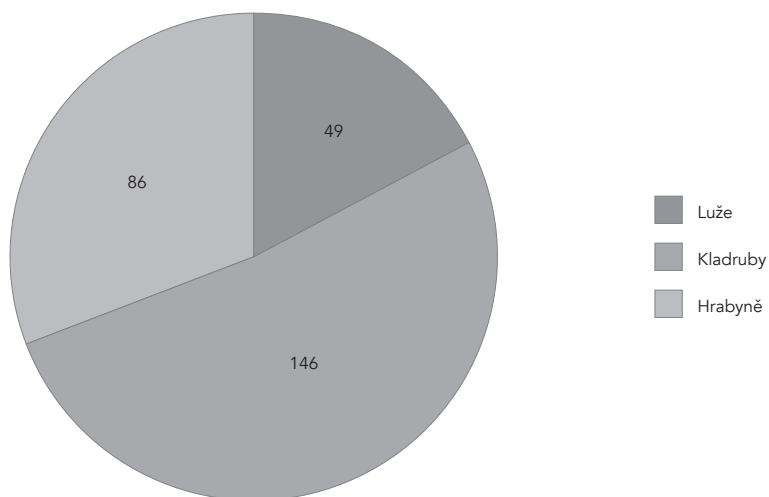
STATISTIKA POČTU PACIENTŮ NA SPINÁLNÍCH REHABILITAČNÍCH JEDNOTKÁCH ZA ROK 2016

Tab. 3 Statistika počtu pacientů na Spinálních rehabilitačních jednotkách za rok 2016

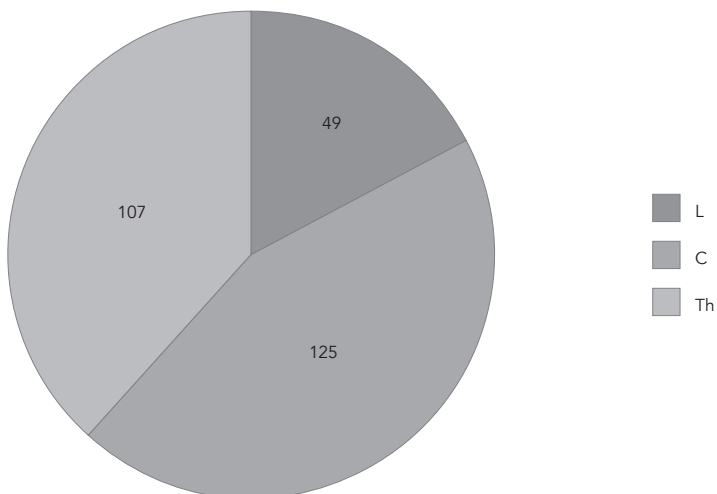
		Kladruby	Hrabyně	Luže	celkem
celkový počet		146	86	49	281
pohlaví	muži	102	61	49	202
	ženy	44	25	10	79
průměrný věk		53	56	52,7	53,9
výška léze	C	73	34	18	125
	Th	51	39	17	107
	L	22	13	14	49

			Kladruby	Hrabyně	Luže	celkem
AIS		A	31	28	18	77
		B	21	4	7	32
		C	37	20	10	67
		D	57	34	14	105
etiologie	úrazová	pád	39	28	19	86
		auto/moto	34	4	7	45
		sport	4	4	2	10
		voda	7	2	1	10
		jiné trauma	4	1	5	10
	neúrazová	cévní	18	5	2	25
		zánět	18	7	4	29
		tumor	9	11	1	21
		jiné	13	24	8	45

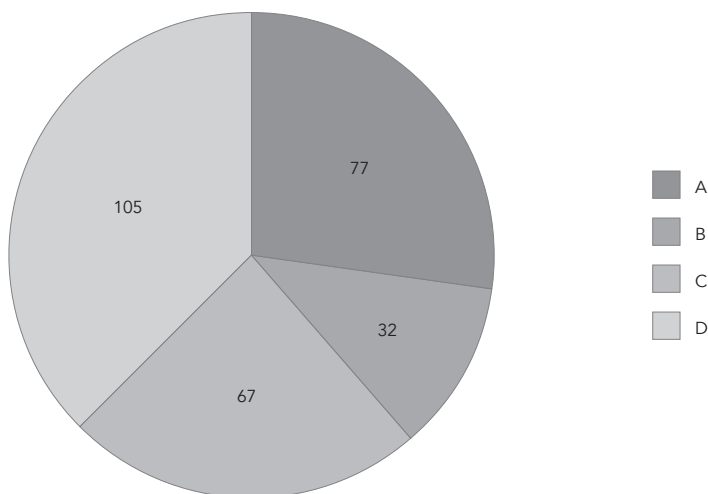
Graf 3 Počet mšních lézí



Graf 4 Neurologická úroveň léze (NLI)



Graf 5 Rozsah míšní léze (AIS)



Zdroj: Česká společnost pro míšní léze ČLS JEP [online]. [cit. 3. 7. 2019]. Dostupné z: <https://www.spinalcord.cz/cz/statistiky>.

Podle úrovně poranění míchy rozlišujeme léze krční, hrudní a bederní. Rozsah poškození (ASIA Impairment Scale, AIS) hodnotíme stupni A až D, kde stupeň A značí kompletní lézi bez zachování hybnosti a citlivosti, stupeň D pak nekompletní lézi se zachováním hybnosti a citlivosti a se schopností chůze.

ZÁVĚR

K nejčastějšímu původu vzniku traumatu patří: pády, dopravní nehody, vodní a sportovní aktivity. S traumatickým postižením míchy se na spinálních nemocničních jednotkách v roce 2014 léčilo 212 pacientů, v roce 2016 to bylo 281 pacientů. Následky: poruchy motorické, sensitivní, vegetativní a trofické, sexuální, v oblasti kosterně svalového aparátu a vyprazdňování. Věková hranice pacientů s tímto postižením je velmi nízká a budoucnost nejistá. K přijetí nového života s postižením je zapotřebí mnoho síly a odvahy, ale také pomoci odborníků, rodiny a celé společnosti. Nezastupitelná je tady role státu, sociální dávky, úpravy bytu, rekvalifikace, možnost zaměstnání handicapovaných. Bez této podpory se postižení neobejdou.

Poděkování

Děkujeme respondentům (pacientům), kteří se výzkumného šetření zúčastnili. Poděkování rovněž patří vedení RÚ v Hrabyni. V neposlední řadě si ceníme práce zdravotnických pracovníků spinální jednotky, kteří svou práci odvádějí na profesionální úrovni a nezapomínají na empatii a lidskost.

Literatura

Česká společnost pro míšní léze ČLS JEP [online]. [cit. 3. 7. 2019]. Dostupné z: <https://www.spinalcord.cz/cz/statistiky>.

KŘÍŽ, J. Spinální program v České republice – historie, současnost, perspektivy. *Neurologie pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 3, s. 140–143. ISSN 1213-1814.

NÁHLOVSKÝ, J. et al. *Neurochirurgie*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-319-2.

ŠTULÍK, J. et al. *Poranění krční páteře*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-685-4.

Kontakt

PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D.

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Ústav ošetrovatelství

Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika

zdenka.rimovska@fvp.slu.cz

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

ENDOSKOPICKÁ LÉČBA BENIGNÍ STENÓZY PROXIMÁLNÍHO JÍCNU

ENDOSCOPIC TREATMENT OF BENIGN PROXIMAL ESOPHAGEAL STENOSIS

Henrieta Skácelíková¹, Pavel Svoboda¹, Bohdana Břegová¹

Abstrakt

Benigní stenózy jícnu vedou k dysfagickým potížím, které znemožňují pacientům přijímat potravu, pacient ztratí tělesnou hmotnost, dochází u něho k malnutrici a je výrazně negativně ovlivněna jeho kvalita života. V klinické praxi máme několik možností léčby. První je farmakologická léčba s aplikací kortikosteroidů, druhou možností je nefarmakologická léčba dilatace jícnu, zavedení stentu, incize nebo provádění samodilatace v domácím prostředí. Třetí alternativou léčby je léčba chirurgická. V naší kazuistice se ukázala samodilatace bužemi jako bezpečná, účinná, dobře tolerovaná metoda s uspokojivým benefitem, výsledkem léčby a pozitivním vlivem na kvalitu života pacienta.

Klíčová slova

dysfagie, samodilatace bužemi, edukace, kazuistika, pooperační komplikace

Abstract

Benign esophageal stenoses lead to dysphagic problems that prevent patients from eating, the patients lose weight, suffer from malnutrition, and their quality of life is significantly affected. We have several treatment options in clinical practice. The first one is pharmacological treatment with the application of corticosteroids, the second is the non-pharmacological treatment of esophageal dilatation, stent placement, incision or self-assisted dilatation at home. The third alternative is the surgical treatment. In our case report, self-assisted dilatation has proven to be a safe, effective, well-tolerated method with satisfactory benefit, treatment outcome, and a positive impact on patient's quality of life.

¹ Interní klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Keywords

dysphagia, self-assisted dilatation with bougies, education, casuistry, postoperative complications

ÚVOD

Stenózy jícnu jsou onemocnění s širokou etiologií, projevují se dysfagií (poruchou polykání), která může vést až k uvíznutí sousta. Nejčastějšími příčinami stenóz jícnu jsou peptické striktury, nádory, eosinofilní esofagitida, poléková esofagitida, stavy po poleptání jícnu, poradiační poškození, anastomotické striktury a prstence. Až polovina pacientů podstupujících laryngektomii trpí dysfagickými potížemi z důvodu svalového nebo nervového poškození a fibrózy. Z toho u 1/3 pacientů se stenóza klinicky projeví. Dysfagické problémy se projevují bezprostředně po ukončení radioterapie (dále RT). Interval mezi RT a diagnostikou stenózy může být 1–60 měsíců s mediánem šest měsíců (Laurell et al., 2003, s. 1693). Nemožnost adekvátního příjmu potravy má za následek vznik podvýživy u pacientů, ztrátu tělesné hmotnosti (Repici et al., 2016) a v neposlední řadě má negativní vliv na jejich kvalitu života. Část pacientů se stenózou jícnu vyžaduje častou zdravotní péči, což vede k vícenásobným interakcím s jejich průvodními obtížemi a pocitem závislosti (Dzeletovic, Fleischer, Crowell et al., 2011). Nesmíme opomíjet, že opakované návštěvy zvyšují finanční náklady na zdravotní péči.

Rozlišujeme různé typy stenóz. Jednoduchá stenóza má průměr nad 12 mm, délku 2 cm, je symetrická, rovná, s průměrem nad 12 mm, délkou pod 2 cm a endoskopicky průchodná. Komplexní stenóza má průměr pod 12 mm, délku větší než 2 cm, je asymetrická, nepravidelná, často vidíme angulované lumen endoskopicky neprůchodná, zpravidla refrakterní na léčbu, vyžaduje více než 5 dilatací k dosažení 14 mm v průměru a nelze udržet lumen na 14 mm po dobu 4 týdnů (Siersema a de Wijkerslooth, 2009, s. 1000). Možnosti endoskopické léčby jsou balónková dilatace, aplikace kortikosteroidů, bužiové dilatace, incize a dočasná implantace stentu.

V této kazuistice popisujeme případ, ve kterém se ukázala samodilatace bužiovými dilatátory jako nejúčinnější léčebná metoda.

KASUISTIKA

Pacient ve věku 36 let s diagnózou adenoidně cystického karcinomu Morganského ventrikulu a ventrikulární řasy vlevo s extralaryngeální propagací, T4N0M0, absolvoval v našem endoskopickém centru ve Fakultní nemocnici Ostrava v červnu 2013 gastroskopii pro zhodnocení nálezu na jícnu před plánovanou operací. Nález na jícnu byl bez patologie.

V červenci 2013 byla u pacienta provedena totální laryngektomie s následnou adjuvantní radiochemoterapií. Po pěti měsících od operace se začala u pacienta rozvíjet horní a postupně progredující dysfagie, která způsobila v prosinci 2013 uvíznutí sousta. Uvzlé sousto bylo extrahováno pomocí rigidní esofagoskopie během hospitalizace na klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku (dále KORL), současně byla zjištěna stenóza proximálního jícnu. Tumorózní změny jícnu se neprokázaly, zákrok byl hodnocen jako pooperační a poradiační stenóza. Pasáž jícnem prokázala stenózu jícnu v délce 4 cm (C5-7), lumen do 7 mm.

V lednu 2014 byl pacient odeslán z KORL ke gastroscopickému vyšetření s eventuální dilatací stenózy. Gastroscopie prokázala stenózu neohypofaryngu benigního vzhledu, endoskopicky neprůchodnou. Z toho důvodu byly zahájeny dilatace TTS balonky (through the scope, balonky zaváděné skrz endoskop) dvakrát týdně. Ani po pěti dilatacích a lokální aplikaci kortikoidů nešlo projít stenózou klasickým gastrokopem ($\varnothing$ endoskopu do 10 mm).

V únoru 2014 byl nález u pacienta konzultován s KORL. Konzultace se týkala reoperace, která nebyla u pacienta indikována z důvodu možných komplikací. Další možností léčby bylo zavedení stentu. Pro riziko vzniku dekubitální perforace při tlaku konce angulovaného stentu bylo od této možnosti odstoupeno. Byla provedena nasální gastroscopie ($\varnothing$ endoskopu do 6 mm), horní okraj stenózy byl ve 14 cm od řezáků, délka stenózy cca 3,5 cm. Jednou týdně jsme prováděli dilatace na 14 až 16 mm s využitím tlaku na 2, 3 a 4 atmosféry po 2 minutách a 2 cyklech, po dilatacích zůstala stenóza opět endoskopicky neprůchodná.

Od ledna do dubna roku 2014 bylo provedeno 17 sezení s balónkovou dilatací bez efektu, endoskopicky byla nadále stenóza neprůchodná, výživovou gastrostomii pacient odmítal, proto byla zvažována možnost samodilatačních buží, což jsou mechanické dilatátory. S touto možností léčby pacient souhlasil. Za účelem zahájení dilatací bužemi a samodilatací byl pacient v dubnu 2014 plánovaně hospitalizován v nemocnici na Interní klinice FNO.

Pacient byl před plánovaným nácvikem samodilatace řádně poučen, se vším souhlasil. Byl informován, že nejprve budou prováděny dilatace lékařem pod endoskopickou kontrolou. Pro dilataci jsme používali bužie o $\varnothing$ 9 a 11 mm, zaváděné po vodiči stenózou do jícnu pod endoskopickou kontrolu jednou denně, pět dnů po sobě. Dalších 9 dnů se dilatace prováděly bužemi o $\varnothing$ 9 a 11 až 13 mm, z toho poslední 4 dny začal pacient s nácvikem samodilatace. Po devíti dnech dilatací bužemi na 9 a 11 mm (4 dny samodilatace) jsme přistoupili k samodilatacím bužemi o $\varnothing$ 13 mm 1x denně.

Nácvik samodilatací probíhal před zrcadlem pod dohledem lékaře a sestry. Bužie byla označena /značka fixem/, aby pacient poznal, jaká je potřebná délka pro zavedení až k místu stenózy. Dále mu bylo vysvětleno, že si má zavést bužii až na kořen jazyka a při polknutí provést zavedení bužie. Pro snadnější zavedení byla bužie potřena mesocain gelem.

Edukace byla rychlá a úspěšná. Pro vlastní motivaci si pacient sám vymyslel větu: „Jsem instalátér a bužie je jen trubka.“ Po zvládnutí samodilatace byl pacient propuštěn do

domácího prostředí s doporučením, že si má provádět samodilataci 2x denně a v případě výskytu jakýchkoliv potíží kontaktovat naše endoskopické pracoviště. Pacient byl seznámen s možnými komplikacemi, které mohou nastat v průběhu samodilatace, jako je zhoršující se bolest, natržení nebo protržení stěny jícnu, krvácení a projevy náhle vzniknuté dušnosti. Součástí edukace bylo také poučení pacienta o správné očištění a dezinfekci bužie. K dezinfekci používal Sekusept Aktiv 2% s expozicí 15 minut. Bužie se měla po dilataci namočit do dezinfekce a propláchnout, po uplynutí doby expozice se opláchna, propláchna pitnou vodou a poté důkladně vysušila.

Cílem edukace bylo osvojit si dovednost samodilatace. Komunikace s pacientem byla vedena jasně a srozumitelně. Důležitými aspekty edukace byly návaznost, opakování, možnost kontroly a zpětné vazby. Pro edukaci jsme vytvořili klidné a bezpečné prostředí. První samodilatace pacientem byly provedeny po „předdilataci“ buží za endoskopické kontroly, aby pacient získal představu o samodilataci. Pacient vždy dilatoval pod dohledem lékaře. Neměli jsme k dispozici žádné edukační video, používali jsme informace dostupné z odborných časopisů a internetu.

Autoři (Dzeletovic a Fleischer, 2010; Dzeletovic et al., 2013) navrhuji edukační proces ve čtyřech krocích. První krok znamená, že pacient si prohlíží výukové video samodilatace, druhým krokem je setkání pacienta s jinými pacienty, kteří si už provádějí samodilatace. Třetím krokem je provádění dilatací, měření a hodnocení lékařem a čtvrtým krokem je nácvik a provádění samodilatace pacientem po dohledem lékaře a zkušené sestry. S ukázkovým videem a setkání s dalšími pacienty se ztotožňuje kolektiv autorů Halsema et al. (2018), kteří také doporučují, že je důležité s pacientem prodiskutovat symptomy, které ho zatěžují v každodenním životě, zdůvodnit význam samodilatace, a že je důležité postupně zvyšování průměru bužie.

V květnu 2014, po měsíci samodilatací v domácím prostředí, dvakrát denně na 13 mm, byla stenóza poprvé endoskopicky průchodná, pacient navštěvoval naše endoskopické pracoviště jednou týdně. Kontroly byly postupně prodlužovány na jednu za 14 dnů, jednou za měsíc, jednou za tři, respektive šest měsíců. V srpnu 2014 byly doporučeny samodilatace jednou denně na 13 mm. V září 2014 pacient zkusil dilatace obden, nicméně to vedlo ke zhoršení potíží, proto se vrátil ke každodenním dilatacím. Následující endoskopická kontrola u něho potvrdila průchodnost jícnu. V lednu 2015 byl pacient bez dysfagií, rozhodl se přestat provádět samodilatace bez konzultace s naším pracovištěm. V únoru 2015 dochází k recidivě dysfagií, stenóza je endoskopicky neprůchodná. Pacient byl proto poučen o nutnosti pokračovat v samodilatacích každý den. Od června do prosince 2015 byla frekvence samodilatací změněna na obden, stenóza byla při endoskopické kontrole průchodná. První půlrok 2016 pacient samodilatoval dvakrát týdně, poté druhý půlrok jednou týdně. Na podzim 2016 byly dilatace ukončeny. Pacient se cítil v dobré kondici, docházel na pravidelné endoskopické kontroly dvakrát ročně, jícen byl bez patologie a bez stenózy.

Začátkem roku 2018 se u pacienta projevila progresivní základní onemocnění. Došlo ke zhoršení zraku, bylo potvrzeno ložisko retrobulbárně a infiltrace optiku vlevo dle MRI, mnohočetná ložiska skeletu, lymfatických uzlin mediastina, na krku vlevo a obou nadled-

vinách dle PET-CT, pacient podstoupil paliativní chemoterapii. Jícen však zůstává bez stenózy a pacient je bez dysfagií.

ZÁVĚR

Tato kazuistika popisuje případ stenózy jícnu, kdy byly opakované balonkové dilatace a lokální aplikace kortikoidů neúčinné. Efekt teprve přinesla dlouhotrvající samodilatace bužími po dobu 24 měsíců. Samodilatace bužími je efektivní a relativně bezpečná metoda léčby benigní stenózy jícnu. Endoskopicky prováděná dilatace je nákladná, vyžaduje časté kontroly nebo hospitalizace pacienta. Bužími je možné dilatovat v krátkých intervalech – každý den ráno a večer, v domácím prostředí. Výhodou je také nízká cena této léčby oproti balónkovým dilatacím. Důsledný a vytrvalý přístup pacienta je nepostradatelnou součástí zdlouhavé endoskopické léčby trvající v našem případě 24 měsíců. Důležitý je odhodlaný přístup pacienta k samodilatacím, neboť jako instalatér prohlásil: „Trubky to je moje, jícen je vlastně trubka.“ Naše kazuistika má stejný závěr jako studie prováděná Kim, Groskreutz a Gehrking (1990), kdy se u pacientů, kteří prováděli samodilatace, neprojevyly dysfagické potíže oproti pacientům léčených endoskopickou dilatací, u kterých potíže nastaly v průměru po 37 měsících.

Samodilatace má i pozitivní účinek na emoční, sociální a v neposlední řadě také finanční aspekty pacientova života. Může cestovat, není závislý na častých návštěvách nemocnice. Návlek správné techniky může být rozhodující k překonání vlastní úzkosti, provádění samodilatace vede k menšímu narušení denních a společenských aktivit, dále ke snížení nákladů na zdravotní péči, snížení symptomů a vede k duševní pohodě (Dzeletovic a Fleischer, 2010; Dzeletovic, Fleischer, Crowell et al., 2011). Autoři Gambardella et al. (2018, s. 4) poukazují na to, že samodilatace vede u motivovaných pacientů nejen ke zlepšení jejich nutričního stavu a fyzické kondice, ale i pozitivnímu ovlivnění jejich kvality života.

Metoda samodilatace bužími se používá zcela výjimečně, většinou jako poslední možné řešení endoskopických metod, kdy balonkové dilatace nebo dilatace bužími za hospitalizace selhaly nebo nebyly dostačující, proto porovnání úspěšnosti samodilatací bužími s ostatními metodami není prakticky možné. Za posledních 10 let jsme takto řešili pouze 2 pacienty, ani v literatuře nejsou uváděny větší soubory pacientů, jen kazuistická sdělení.

Literatura

DZELETOVIC, I. et al. Self-dilatation as a treatment for resistant, benign esophageal strictures. *Digestive diseases and sciences*. 2013, vol. 58, no. 11, p. 3218–3223. ISSN 1573-2568.

DZELETOVIC, I. and FLEISCHER, D. E. Self-dilation for resistant, benign esophageal strictures. *The American journal of gastroenterology*. 2010, vol. 105, no. 10, p. 2142–2143. ISSN 1572-0241.

DZELETOVIC, I., FLEISCHER, D. E., CROWELL, M. D. et al. Self dilation as a treatment for resistant benign esophageal strictures: outcome, technique, and quality of life assessment. *Digestive diseases and sciences*. 2011, vol. 56, no. 2, p. 435–440. ISSN 1573-2568.

GAMBARDELLA, C., ALLARIA, A., SICILIANO, G. et al. Recurrent esophageal stricture from previous caustic ingestion treated with 40-year self-dilation: case report and review of literature. *BMC gastroenterology*. 2018, vol. 18, no. 1, p. 1–5. ISSN 1471-230X.

HALSEMA, E. E., HOEN, C. A., KONING, P. S., ROSMOLEN, W. D. and HOOFT, J. E. Self-dilation for therapy-resistant benign esophageal strictures: toward a systematic approach. *Surgical endoscopy*. 2018, vol. 32, no. 7, p. 3200–3207. ISSN 1432-2218.

KIM, C. H., GROSKREUTZ, J. L. and GEHRKING, S. J. Recurrent benign esophageal strictures treated with self-bougienage: report of seven cases. *Mayo Clinic proceedings*. 1990, vol. 65, no. 6, p. 799–803. ISSN 0025-6196.

LAURELL, G., KRAEPELIEN, T., MAVROIDIS, P., LIND, B. K., FERNBERG, J. O., BECKMAN, M. and LIND, M. G. Stricture of the proximal esophagus in head and neck carcinoma patients after radiotherapy. *Cancer*. 2003, vol. 97, no. 7, p. 1693–1700. ISSN 1097-0142.

REPICI, A., SMALL, A. J., MENDELSON, A. et al. Natural history and management of refractory benign esophageal strictures. *Gastrointestinal endoscopy*. 2016, vol. 84, no. 2, p. 222–228. ISSN 1097-6779.

SIERSEMA, P. D. and de WIJKERSLOOTH, L. R. H. Dilation of refractory benign esophageal strictures. *Gastrointestinal endoscopy*. 2009, vol. 70, no. 5, p. 1000–1012. ISSN 1097-6779.

Kontakt

Mgr. Bohdana Břegová, Ph.D., MBA
Fakultní nemocnice Ostrava, Interní klinika
17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba, Česká republika
bohdana.bregova@fno.cz

TLAKOVÉ LÉZE VZNIKLE PŘILOŽENÍM FIXACE – PŘEHLED

PRESSURE ULCER CAUSED BY FIXATION PRESSURE – REVIEW

Blažena Ševčíková^{1,2}, Lenka Šáteková¹, Lenka Machálková¹

Abstrakt

Východiska: Tlakové léze představují významné riziko a následně komplikaci pro pacienty, kterým je v rámci léčby přiložena fixace (sádra, sádrové dlahy, krční límce, ortézy).

Cíl: Vytvořit přehled odborných informací popisujících tlakové léze vzniklých v důsledku přiložení fixace (sádra, sádrové dlahy, krční límce, ortézy).

Metody: Pro tvorbu přehledu bylo zvoleno jednoduché vyhledávání ve dvou licencovaných a elektronických databázích a jednom nakladatelství (EBSCO, PROQUEST, SOLEN). Vyhledávání probíhalo v měsíci lednu a únoru 2019. Zařazovací kritéria splňovalo sedmáct odborných publikací.

Výsledky: Tlakové léze jsou způsobeny zejména vysokým působením tlaku, zevními a vnitřními faktory. Nesprávné a nedostatečné umístění fixace, která intenzivně tlačí na kůži, má za následek nedostatečný arteriální průtok krve. Dochází ke tkáňové perfuzi a následně vzniku tlakové léze. V horším případě může dojít k tvorbě trombu.

Závěry: Monitorování kůže patří mezi základní činnosti ošetrovatelského personálu během přijetí a následné péče o pacienta v nemocnici. Vzdělávání ošetrovatelského personálu o správném přikládání kompenzačních pomůcek a péče o kůži, by měla být prioritou.

Klíčová slova

dekubit, fixace, ošetrovatelství, tlakový vřed, všeobecná sestra

¹ Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

² Traumatologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Abstract

Background: Pressure lesions represent a significant risk and consequently a complication for patients who receive fixation for treatment (plaster, gypsum splints, cervical collars, orthoses).

Aim: To create a review of information describing pressure ulcers due to fixation (plaster, gypsum splints, cervical collars, orthoses).

Methods: Simple search in two licensed and electronic databases and one periodical (EBSCO, PROQUEST, SOLEN) was chosen for the review. The search was conducted in January and February 2019. Seventeen professional publications met the inclusion criteria.

Results: Pressure ulcers are mainly caused by high pressure, external and internal factors. Incorrect and insufficient placement of the fixation, which presses heavily on the skin, results in insufficient arterial blood flow. There is tissue perfusion followed by creation of pressure ulcer. In the worst case, thrombus formation may occur.

Conclusions: Skin monitoring is one of the basic intervention of nursing staff during admission and subsequent care of a patient in a hospital. The education of nursing staff about the correct application of compensatory aids and skin care should be a priority.

Keywords

pressure ulcer, fixation, nursing, pressure lesion, general nurse

ÚVOD

Tlakové léze jsou velkým problémem ve zdravotnictví. Vznikat mohou neustálým působením tlaku na kůži, nebo tlakem v kombinaci s třením nebo střížnou silou, což vede k poškození kůže nebo tkáně. K tlakovému vředu často dochází, když je měkká tkáň stlačena mezi kostní výběžky a vnější povrch je dlouho vystaven tlaku. Porucha funkce tkáně vede k narušení kůže (Walton-Geer, 2009, s. 538). Odborné organizace National Pressure Ulcer Advisory Panel (dále jen NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (dále jen EPUAP) a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014, s. 12) definují tlakovou lézi jako lokalizované poranění kůže a / nebo tkáně, která je obvykle nad kostním výběžkem, v důsledku tlaku nebo tlaku v kombinaci se stříhem. Tlak lze definovat intenzitou a trváním. Pokud vnější tlak překročí normální kapilární plnicí tlak přibližně o 32 mmHg, je lokální průtok krve uzavřen, což způsobuje ischemii tkání a následnou nekrózu kůže a podkoží. K poškození tkáně může dojít již během několik hodin, nebo dnů. Autoři Walton-Geer (2009, s. 538), Ham et al. (2016, s. 1925) mezi další faktory, které ovlivňují tlak, řadí nehybnost

(neschopnost pacienta změnit svůj postoj), smyslový deficit (neuropatie, stav po mozkové příhodě), nebo změny duševního stavu (apatie, zmatenost). Faktory, které zvyšují riziko vzniku tlakových lézí, jsou zavedení intravenózních a močových katétrů nebo použití kompresivních a fixačních pomůcek (Cooper, 2013, s. 57). Autorka Bryant (2016, s. 81) řadí mezi faktory způsobující tlakové léze také věk, rasu, hodnoty Body Mass Indexu (dále jen BMI) a celkový stav pacienta. Protože tlakové léze mají multifaktorovou patogenezi, je důležitým krokem k prevenci a léčbě komplexní přístup a spolupráce ošetrovatelského týmu. Léčba tlakové léze je nákladná, lze ji však předejít důkladnou péčí. Monitoring kůže a péče o integritu kůže je základní součástí hodnocení zdravotního stavu pacienta. Úkolem všech zdravotnických pracovníků je předcházet vzniku tlakových lézí, ale také účinně léčit tyto léze pokud se vyskytnou. Nejvíce ohroženou skupinou jsou pacienti vyšší věkové kategorie a pacienti v kritickém stavu (Essex et al., 2009, s. 798; Walton-Geer, 2009, s. 538; Forni et al., 2011, s. 675).

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Pro vyhledávání relevantních a validních zdrojů bylo použito jednoduché vyhledávání ve dvou licencovaných a elektronických databázích a jednom periodiku (EBSCO, PROQUEST, SOLEN). Vyhledávací období bylo stanoveno na období měsíců leden a únor 2019. Byl použit Booleovský operátor „AND“. Dohledané zdroje byly analyzovány na základě těchto zařazujících kritérií: výzkumné studie věnující se popisu tlakových lézí v souvislosti s naložením fixace, dostupný plnotext, dospělý pacient, jazyk: český, anglický. Vyřazujícími kritérii byly: zdroje nevýzkumného charakteru (seminární práce, závěrečné práce), dětský pacient, nedostupný plnotext. Zařazovací kritéria celkově splňovalo sedmáct výzkumných studií.

VZNIK TLAKOVÝCH LÉZÍ

Faktory vzniku tlakových lézí souvisejí s prostředím, ve kterém se pacient nachází. Prostředím, které je rizikovým zejména u pacientů s akutními stavy jsou jednotky intenzivní péče (dále jen JIP). Zvláště zde je vysoké riziko vzniku tlakové léze z několika důvodů: snížená pohyblivost a aktivita, sedace, zajištění polohy pacienta z důvodu léčebného režimu (Bryant, 2016, s. 82). Riziko vzniku tlakových lézí se zvyšuje s používáním zdravotnických pomůcek, materiálu a zařízení spojených s monitoringem. U pacientů hospitalizovaných na JIP je výskyt tlakových lézí až v 3,1 % (Tafti, Sajadi a Rafiei, 2015, s. 606). Pokud pacient zaujímá nesprávnou polohu, dochází k nedostatečnému arteriálnímu průtoku krve a snížení tkáňové perfuze, následně dochází k ischemii a nekróze kůže a podkoží. Mnoho faktorů (křehkost, bolest), které mohou přispět ke změnám kůže a podkoží, se rozvíjí již v prvních dnech hospitalizace (Walton-Geer, 2009, s. 540). Dlouhodobý tlak, tření, snížená pohyblivost, cévní onemocnění, malnutrice, inkontinence, intravenózní

a močové katétrů, řada onemocnění a vyšší věk způsobují, že u pacientů vznikají tlakové léze mnohem častěji (Lahodová, 2007, s. 245; Cooper, 2013, s. 57). Pacienti vyššího věku, kteří trpí malnutricí, mají sníženou tloušťku kůže a snížené smyslové vnímání. Tito pacienti jsou náchylní k rychlejšímu poškození tkáně. Nejsou schopni zcela rychle reagovat na potíže spojené se vznikem tlakové léze a z důvodu snížené pohyblivosti mají problém se změnou polohy. Velký důraz by měl být kladen také na pacienty, kteří se léčí s diabetem melitem (Cooper, 2013, s. 57; Montgomery a Goode, 2014, s. 21).

Oblasti, které mohou být postiženy tlakovými lézemi hospitalizovaných pacientů, jsou také oblast brady, ucha, krku a týlu v souvislosti s přiložením **krčního límce** s názvem Philadelphia (Tafti, Sajadi a Rafiei, 2015, s. 606). Autorka Cooper (2013, s. 63) uvádí, že výskyt tlakových vředů v souvislosti s přiložením krčního límce se vyskytne, pokud doba léčby krčním límcem trvá déle než 5 dnů. Až u 38 % pacientů dojde ke vzniku tlakové léze a až v 55 % případů dochází k ohrožení rizikem vzniku tlakové léze v souvislosti s přiložením krčního límce. Krk je obzvláště náchylný k pocení. Vlhkost může způsobit maceraci a v souvislosti s tlakem dochází k poškození kůže. Z důvodu fixace krčním límcem, není pacient schopen provádět komplexní pohyby a i změny polohy jsou pro pacienty náročné. Právě tlak krčního límce na kůži a poloha na zádech působí pacientům bolesti. Tlakovou lézí není však ohrožena jen oblast krku, ale také hrudník (19,6 %) a v některých případech i ramena (16,1 %). Těžkou bolest uvedlo v souvislosti s přiložením krčního límce 38,5 % pacientů (Ham et al., 2016, s. 1926). Krční límec ovlivňuje fyzickou, sociální a psychickou stránku života pacienta. Kvalita života u těchto pacientů je snížena (Cooper, 2013, s. 63). Další často poškozenou oblastí těla tlakovými lézemi v souvislosti s naložením **sádrové fixace** jsou paty. U ortopedických pacientů, kterým byla naložena sádra v oblasti paty, se může vyskytnout tlaková léze až u 43 % pacientů. Tlakové léze na patách jsou nebezpečnou komplikací, která je způsobena imobilizací končetiny sádrovou fixací. Prvními příznaky tlakových lézí v oblasti pat jsou nepříjemná pálivá bolest a pocit horkosti (Forni et al., 2011, s. 675). **Zevní fixace**, kterými jsou řešeny komplikované zlomeniny, může také způsobit tlakové léze, pokud je konstrukce příliš dlouhá a naléhá těsně na kůži. V některých případech může také dojít k uvolnění části konstrukce zevní fixace. Změna funkce postižené části těla omezující pacienta v pohybu vede k výběru správné polohy tak, aby nedocházelo ke komplikacím spojeným se vznikem tlakových lézí. Zevní fixace by měla být přístupná, čistá, bez ostrých hran pokud možno s polstrováním. Důležité je také, aby byl pacient sám si schopen postiženou část se zevní fixací samostatně polohovat. Bolest a poruchy hybnosti mohou ztížit polohování postižené části těla. Zevní fixace nejsou novinkami ve světě. Existuje více druhů, proto je nutný individuální přístup a týmová spolupráce (Lee, Duong a Chang, 2010, s. 335).

PREVENCE

Odborné organizace NPUAP, European Pressure Ulcer Advisory Panel (dále jen EPUAP) a Pan Pacific Pressure Injury Alliance vydali klinický doporučený postup v prevenci tlako-

vých lézí. Uvádějí devět oblastí prevence. Posouzení rizika vzniku tlakových lézí je první z nich. Za tímto účelem jsou k dispozici různé měřicí nástroje. Mezi nejčastější v zahraničí patří škála Bradenové, škála Nortonové a škála Waterlowé (Pancorbo-Hidalgo et al., 2006, s. 107; Šáteková a Žiaková, 2014, s. 85). V českém klinickém prostředí byly testované pouze tyto tři měřicí nástroje. Nejvyšší hodnoty predikční validity dosáhla škála Nortonové (Šáteková, Žiaková a Zeleníková, 2017, s. 1). Nejvyšší hodnoty reliability v českém klinickém prostředí dosáhla také škála Nortonové (Šáteková a Žiaková, 2016, s. 10). Z těchto důvodů doporučujeme implementaci tohoto měřicího nástroje do českého klinického prostředí. Monitoring kůže pacientů a včasné rozpoznání prvních příznaků je jednou ze základních činností ošetrovatelského personálu. Péče o kůži a ochrana kůže by měla být prioritou ošetrovatelské péče (Bryant, 2016, s. 88). Pravidelné posouzení, péče a šetrná manipulace jsou důležitými aspekty prevence tlakových lézí (Montgomery a Goode, 2014, s. 21). Fyzikální posouzení (výživa, hydratace) a výsledky laboratorních vyšetření jsou také součástí komplexního hodnocení pacienta. Proces pravidelného sledování a péče o kůži vede k prevenci a snížení výskytu tlakových lézí (Walton-Geer, 2009, s. 547). U pacientů ohrožených tlakovými lézemi zvýšená ošetrovatelská péče směřuje k prevenci a snížení vzniku těchto lézí. Vědomí pacienta o možnosti vzniku tlakových lézí vede taktéž k prevenci (Cooper, 2013, s. 63). Doporučuje se, aby pacienti v akutním stavu s chronickým onemocněním, kteří jsou imobilní a jsou v riziku, byli označeni a polohováni alespoň jedenkrát za dvě hodiny. K dispozici mají pracovníci ošetrovatelského personálu aktivní i pasivní matrace umožňující elevaci a pomocná zařízení, která snižují tlak na riziková místa (Walton-Geer, 2009, s. 547; Cooper, 2013, s. 62). Pacient by měl být polohován na bok alespoň o 30° a hlava pacienta by měla být vyvýšena více než o 30°, aby nedocházela k tlaku v oblasti krčních obratlů. Každý pacient však nemusí změnu polohy tolerovat. Vhodná a správná poloha hlavy, krku, trupu a nohou snižuje pacientovu bolest (Lee, Duong a Chang, 2010, s. 338; Cooper, 2013, s. 60). Další možností snižující vznik tlakových lézí zahrnuje použití polštářů a měkkých podložek, které znemožňují kontakt predilekčních míst s matrací. Ošetrovatelský personál by měl dbát doporučení výrobce a měl by dodržovat správnou manipulaci se zařízením a ostatními pomůckami (Cooper, 2013, s. 62). Významnou roli v prevenci tlakových lézí hrají i pěny. Pěnu můžeme použít před přiložením sádrové fixace v oblasti kotníků a pat. Jsou vhodné také při prevenci tlakových lézí u „diabetické nohy“. Vznik tlakové léze, kdy byla použita pěna, se snížil až o 39 % (Forni et al., 2011, s. 678). Důležitým kritériem v prevenci tlakových lézí je dostatečná výživa. Pacienti, kteří trpí malnutricí, jsou více náchylní ke vzniku tlakových lézí. Hladina albuminu je jedním z ukazatelů malnutrice (norma 36–52 g/l). U těchto pacientů je zahájena nutriční terapie. Pacienti starší věkové kategorie často užívají léky skupiny vazopresorů, které působí na sliznici žaludku a to způsobuje nauzeu a nechutenství (Cooper, 2013, s. 59). Polohování, včasná mobilizace, výživa a pravidelnost ošetrování kůže kvalitními, bariérovými prostředky je základem úspěšné péče. Efektivní prevence by měla vycházet i z motivace jednotlivce (Marco, Stuckey a Holloway, 2012, s. 1663; Schlüer, 2016, s. 3).

Tento přehled uvedl několik zajímavých informací o vzniku tlakových lézí v souvislosti s použitím fixačních pomůcek: krční límce, sádrové fixace, zevní fixace. Autoři se shodují,

že tlakové léze způsobené během použití fixace z důvodu léčebného režimu jsou bolestivým a nepříjemným zážitkem pacientů. Vyšší riziko vzniku tlakových lézí je u pacientů vyššího věku s chronickým onemocněním hospitalizovaných převážně na JIP. Tlaková léze se může vytvořit jen během několika málo hodin až dnů. V případě, že je některá z fixací přiložena dlouhodobě, riziko vzniku tlakových lézí se zvyšuje (Tafti, Sajadi a Rafiei, 2015, s. 606; Bryant, 2016, s. 84; Ham et al., 2016, s. 1928). Pravidelný monitoring a péče o kůži zajišťuje vysokou kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, což vede k prevenci vzniku tlakových lézí, nebo k jejich včasnému zachycení či rychlejšímu uzdravení. Moderní doba nám umožňuje používat nejnovější pomůcky, zařízení a materiály během polohování pacientů, které sníží výskyt tlakových lézí. Prevenci vzniku těchto lézí můžeme zajistit i využitím některých s již výše zmiňovaných měřících nástrojů. Nedílnou součástí kvalitně poskytované ošetrovatelské péče je vyškolený personál a motivace samotného pacienta (Forni et al., 2011, s. 679; El-Daly et al., 2015, s. 2395; Ham et al., 2016, s. 1928).

ZÁVĚR

V zahraniční literatuře jsou popsány mnohé rizikové faktory související s naložením fixace. V tomto přehledu se věnujeme tlakovým lézím v souvislosti s naložením krčního límce, sádrové fixace a zevní fixace. Při těchto fixacích byla popsána vysoká incidence tlakových lézí. Přehled také popisuje konkrétní ošetrovatelské intervence v jejich prevenci. Nebyly dohledané žádné výzkumné studie věnující se této problematice v České republice. Z tohoto důvodu doporučujeme zkoumání této problematiky v českém klinickém prostředí.

Literatura

BRYANT, R. A. *Factors associated with increased risk of adverse outcomes in patients with pressure ulcers during hospitalization*. Washington: Washington State University, College of Nursing: 2016. Vedoucí práce: K. B. DARATHA.

COOPER, K. L. Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*. 2013, vol. 33, no. 6, p. 57–66. ISSN 0279-5442.

EL-DALY, I., IBRAHEIM, H., CULPAN, P. and BATES, P. Pre-operative Waterlow score: Predicts risk of post-operative infection in patients with neck of femur fractures. *Injury*. 2015, vol. 46, no. 12, p. 2394–2398. ISSN 0020-1383.

ESSEX, H. N., CLARK, M., SIMS, J., WARRINER, A. and CULLUM, N. Health-related quality of life in hospital inpatients with pressure ulceration: assessment using generic health-related quality of life measures. *Wound Repair and Regeneration*. 2009, vol. 17, no. 6, p. 797–805. ISSN 1524-475X.

FORNI, C., LORO, L., TREMOSINI, M. et al. Use of polyurethane foam inside plaster casts to prevent the onset of heel sores in the population at risk. A controlled clinical study. *Journal of Clinical Nursing*. 2011, vol. 20, no. 5–6, p. 675–680. ISSN 1365-2702.

HAM, W. H., SCHOONHOVEN, L., SCHUURMANS, M. J. and LEENEN, L. P. Pressure ulcers, indentation marks and pain of cervical spine immobilization with extrication collars and head-blocks: An observational study. *Injury*. 2016, vol. 47, no. 9, p. 1924–1931. ISSN 0020-1383.

LAHODOVÁ, M. Ošetřování dekubitů. *Urologie pro praxi*. 2007, roč. 8, č. 5, s. 245–246. ISSN 1803-5299.

LEE, D. K., DUONG, E. T. and CHANG, D. G. The Ilizarov Method of External Fixation: Current Intraoperative Concepts. *AORN Journal*. 2010, vol. 91, no. 3, p. 326–340. ISSN 0001-2092.

MARCO, R. A., STUCKEY, R. M. and HOLLOWAY, S. P. Prolonged Bed Rest as Adjuvant Therapy After Complex Reconstructive Spine Surgery. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2012, vol. 470, no. 6, p. 1658–1667. ISSN 1528-1132.

MONTGOMERY, N. and GOODE, D. Managing patients with cervical spine injury. *Emergency Nurse*. 2014, vol. 22, no. 2, p. 18–22. ISSN 2047-8984.

NPUAP, EPUAP and PPPIA [National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance]. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Washington, D.C.: Cambridge Media on behalf of NPUAP, EPUAP and PPPIA, 2014. ISBN 978-0-9579343-6-8.

PANCORBO-HIDALGO, P. L., GARCIA-FERNANDEZ, F. P., LOPEZ-MEDINA, I. M. and ALVAREZ-NIETO, C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, vol. 54, no. 1, p. 94–110. ISSN 1365-2648.

SCHLÜER, A. B. Pressure ulcers in maturing skin – A clinical perspective. *Journal of Tissue Viability*. 2016, vol. 26, no. 1, p. 2–5. ISSN 0965-206X.

ŠÁTEKOVÁ, L. a ŽIAKOVÁ, K. Inter-rater reliability položiek Bradenovej škály, Nortonovej škály, Waterlowej škály. *Profese online*. 2016, roč. 9, č. 2, s. 10–15. ISSN 1803-4330.

ŠÁTEKOVÁ, L. and ŽIAKOVÁ, K. Validity of pressure ulcer risk assessment scales: Review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2014, vol. 5, no. 2, p. 85–92. ISSN 2336-3517.

ŠÁTEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K. and ZELENÍKOVÁ, R. Predictive validity of the Braden Scale, Norton Scale, and Waterlow Scale in the Czech Republic. *International Journal of Nursing Practice*. 2017, vol. 23, no. 1. ISSN 1440-172X.

TAFTI, A. A., SAJADI, S. and RAFIEI, H. Pressure ulcer stage IV caused by cervical collar in patients with multiple trauma in intensive care unit. *International Wound Journal*. 2015, vol. 12, no. 5, p. 606–607. ISSN 1742-481X.

WALTON-GEER, P. S. Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patient. *AORN Journal*. 2009, vol. 89, no. 3, p. 538–552. ISSN 0001-2092.

Kontakt

Mgr. Blažena Ševčíková
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
Ústav ošetrovatelství
Hněvotínská 976/3, 775 15 Olomouc, Česká republika
blazena.sevcikova@upol.cz

INTERDISCIPLINÁRNÍ PROBLEMATIKA – PSYCHOLOGIE V OŠETŘOVATELSTVÍ, TECHNIKA A OŠETŘOVATELSTVÍ AJ.

VOLNÝ ČAS VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH – TEORETICKÉ VYMEZENÍ PRO PRAKTICKÉ UŽITÍ

LEISURE TIME IN HEALTHCARE FACILITIES – THEORETICAL DEFINITION FOR PRACTICAL USE

Kamil Janiš, ml.¹

Abstrakt

Příspěvek se zabývá teoretickým vymezením volného času a možností jeho uplatnění ve zdravotnických zařízeních. Volný čas je významným determinantem kvality života. Pozitivně ovlivňuje všechny složky zdraví. Využití volného času ve zdravotnických zařízeních je prozatím spojeno primárně s dětmi, ale nikoliv s dalšími věkovými skupinami. Cílem příspěvku je deskripce volného času a s ním souvisejících oblastí jako podpůrného prostředku léčby.

Klíčová slova

volný čas, polovolný čas, funkce volného času, léčba, zdravotnické zařízení

Abstract

The paper deals with the theoretical definition of leisure time and the possibility of its use in healthcare facilities. Leisure time is an important determinant of quality of life. It affects positively all components of health. The use of leisure time in healthcare facilities is for the time being associated primarily with children, but not with other age groups. The aim of the paper is to describe the leisure time and associated areas as a supportive treatment.

Keywords

leisure time, semi-leisure time, function of leisure time, treatment, healthcare facility

¹ Ústav pedagogických a psychologických věd, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

ÚVOD

V příspěvku je pozornost zaměřena na dvě oblasti, z nichž jedna v nás vyvolává zpravidla vždy pozitivní pocity a druhá pocity nepříjemné. Volný čas někteří pojmají jako samozřejmost, někteří jako vzácnost, někteří jako příležitost a někteří jej vůbec neřeší, tak jeho „narušení“ je vždy negativním zásahem do lidského života. Volný čas a zejména jeho kvalitní využívání je kauzálně spojeno nejen s oblastí zdraví, ale celkově s kvalitou života. Zdravotnické zařízení² a pobyt v něm, který ve většině případů nebývá dobrovolný, je také chápáno jako negativní zásah do lidského života. Zařízení není primárně vnímáno jako něco negativního, ale vyvolává takový dojem zejména a především pro skutečnost, že vyvolává jisté obavy, strach apod.³

Samotné spojení obou výše uvedených oblastí nebývá standardní a je to jistá „terra incognita“ volnočasové problematiky. Zároveň nelze tvrdit, že by se jednalo o oblast zcela neznámou. Není výjimkou, že nemocnice se snaží hledat dobrovolníky, popř. spolupracují s organizacemi sdružujícími dobrovolníky, kteří se snaží nějakým způsobem „vyplnit“ volný čas pacientům. Zejména cílová skupina, kterou můžeme označit jako „děti“ bez bližšího určení věku je skupinou, které je věnována významná pozornost, lze dohledat specializované weby, v některých nemocnicích se můžeme setkat se specializovanými pracovníky pro oblast volného času apod. Nelze ovšem opomíjet další významné věkové skupiny, konkrétně např. skupinu seniorů, která tvoří významnou část hospitalizovaných pacientů.

Cílem příspěvku je deskripce volného času a s ním souvisejících oblastí jako podpůrného prostředku léčby. Příspěvek se nezabývá modely volnočasového chování (např. Iso-Ahola a Mannell, 2004; Riesman, Glazer a Denney, 1961; Stuart-Hamilton, 2012).

OPERACIONALIZACE VOLNÉHO ČASU

K operacionalizaci termínu volný čas nelze využít standardní, běžně užívané definice volného času (viz níže). Je nutné se zabývat i jinými časy v životě člověka, které jsou ovlivněny pobytem jedince v zařízení. Zpravidla po definici volného času bývají vymezeny i pojmy, které úzce souvisí s pojmem volný čas a blíže jej determinují.

Zakladatel pedagogiky volného času Joffre Dumazedier se kromě volného času zabýval i pojmy „vázaný“ a „polovolný“ čas, jejichž obsahová náplň byla již popsána dříve. *Polovolný* čas je takový čas, ve kterém jsou činnosti vykonávány „napůl“ dobrovolně a „napůl“ z povinnosti. Typicky bývá udávána práce na zahrádce⁴ (Pácl in Spousta et al., 1994).

² Zdravotnickým zařízením je myšleno zařízení, které umožňuje hospitalizaci jedinců ze zdravotních, ale i sociálních důvodů. Z pohledu článku a autora není rozhodující zřizovatel. Primárně jsou ovšem myšleny nemocnice, fakultní nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické nemocnice apod.

³ Samozřejmě i naději.

⁴ I samotné spojení slov práce a volného času zní jako oxymorón.

Jsme tedy jistými okolnostmi do našeho volného času přinuceni (sekání trávy, hnojení, zalévání apod.) a i když se stále (většinou) můžeme svobodně rozhodnout, že ony činnosti vykonávat nebudeme, tak naše rozhodnutí bude vést k „demolici“ zahrádky a tím i zániku naší aktivity.

Vrána (1948) a Filipcová (1967) podotýkají, že za volnočasové aktivity nelze považovat ani ty, ze kterých máme nějaký materiální prospěch. Např. chytání ryb za účelem, že si úlovek odneseme domů ke konzumaci, ale zároveň se nejedná o náš zdroj obživy⁵. To obecně zapadá do konceptu polovolného času. I když zejména Vrána nemůže z hlediska časového navazovat na publikaci Dumazediera.

Z aspektu operacionalizace volného času ve zdravotnickém zařízení se lze domnívat, že tato kategorie, která byla výše determinována, zcela mizí, a to na základě okolností pobytu v uvedeném zařízení. Nelze však tvrzení generalizovat na všechny typy zařízení.

Vázaný čas je takový čas, kdy sice máme relativně „volno“, ale přesto jsme vázáni nějakou činností (Pácl in Spousta et al., 1994). Jsme tedy limitováni v tom, co můžeme dělat. Typicky se uvádí např. cesta z práce, do školy. V kontextu s různými cílovými zařízeními by se mohlo jednat např. o situaci při infúzi, cestu na lékařské vyšetření apod. V širším kontextu se může jednat i o hygienické potřeby pacienta (ale i jedinců obecně) aj. Vázaný čas tak v zařízeních získává významnou časovou dotaci, kterou můžeme považovat za riziko v případě, že se i přes možnost věnovat činnosti, která jej neomezuje při jeho činnosti vázané.

V teoretické rovině by do vázaného času mohly být zahrnuty i terapeutické aktivity (pokud v daných typech zařízení probíhají), a které některými (např. Holczerová a Dvořáčková, 2013) bývají považovány i za aktivity volnočasové. S takovým vymezením se relativně běžně můžeme setkat i v zařízeních spadajících do oblasti sociálních služeb. V pojetí příspěvku je vycházeno z tvrzení Janíše, ml. a Skopalové (2016), kteří podotýkají, že rozhodující je slovo „terapie“ a není rozhodující jaký využíváme prostředek⁶. Nejedná se tak o volnočasové, polovolnočasové či vázané aktivity.

Na rozdíl od výše uvedených pojmů, je determinace pojmu volný čas výrazně složitější, a to s ohledem na cílovou skupinu v cílových zařízeních. Obecně jsou definice volného času rozděleny do dvou základních kategorií, které se sice mohou vzájemně prolínat, ale stále zůstávají charakteristicky kategorizovatelné. První kategorií tvoří definice volného času, které jsou tzv. pozitivním vymezením volného času. Např. volný čas je „čas, v němž člověk svobodně volí a koná takové činnosti, které mu přinášejí potěšení, zábavu, odpočinek, které více či méně rozvíjejí a obnovují jeho tělesné a duševní schopnosti, popřípadě tvůrčí síly.“ (Bakalář, 1978, s. 65) nebo „Je to čas, v němž je člověk více než jindy sám sebou, kdy nejvíce patří sobě, kdy koná z větší části svobodně a dobrovolně činnosti pro sebe a ze svého vnitřního zájmu pro druhé. V tomto smyslu přináší také bezprostřední užitek sobě i druhým.“ (Bakalář, 1978, s. 65).

⁵ Pokud bychom ulovenou rybu pustili, tak se jedná o aktivitu volnočasovou. Stejně tak i v případě, že nechytíme nic.

⁶ Např. pokud někteří uvažují o arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii apod. jako o aktivitách volnočasových, dovolí si autor tvrdit, že u psychoterapie či farmakoterapie by takto neuvažovali. Změnil se jen prostředek terapie.

Výše uvedené definice jsou do jisté míry utopické, což potvrzuje i Opaschowski (2008)⁷, nejen takto explicitním vyjádřením, ale i ve své předchozí publikaci (Opaschowski, 1996) vymezením funkcí volného času, které je poměrně komplikované a stejně tak i utopické. Zároveň pro naši oblast zájmu příspěvku jsou i nevyužitelné. Zcela logicky jsou pacienti ve zdravotnických zařízeních limitováni svým zdravotním stavem, věkem, ale i v případech tzv. sociální hospitalizace financemi. Ultimativně jsou ovšem limitováni místem svého pobytu. Ačkoliv druhá výše uvedená definice částečně eliminuje míru svobodného rozhodnutí, je doplněna ve své podstatě o altruistickou náplň volného času, která je v případech hospitalizovaných jedinců eliminována taktéž.

Druhou kategorií tvoří definice vycházející z tzv. reziduální teorie volného času nebo jsou též označeny jako negativní vymezení volného času. Volný čas je vymezen jako „zbytek“ toho, co zbyde po odečtení ostatních činností. Např. volný čas je „komplex aktivit mimo pracovní, rodinné a společenské závazky (i mimo biofyzickou péči o vlastní osobu), jimiž se jedinec zabývá ze své vůle, aby si buď odpočinul, pobavil se, nebo svobodně zdokonaloval svou tvůrčí kapacitu“ (Pácl in Spousta et al., 1994, s. 62).

V tomto případě není nutné doplňovat další definice, protože negativní vymezení volného času se příliš neliší dle jednotlivých autorů. I když je takto definovaný volný čas pro příspěvek mnohem vhodnější, tak přesto je nelze pouze „přejmout“. Definice postavené na výše uvedeném principu zpravidla vždy obsahují jisté vymezení oproti práci či škole. Nelze uvažovat ani tím směrem, že pokud jedinec nepracuje či nestuduje, tak čas věnovaný oné činnosti se stává časem volným. Což potvrzují i empirické výzkumy u skupiny seniorů a středoškolských studentů, které dokazují, že obě skupiny mají kvantitativně přibližně stejné množství volného času (srov. Janiš, ml. a Skopalová, 2016).

Büchele, Lindhof a Poy (2007) dále správně poukazují, že takovéto pojetí a vymezení volného času vede k vyřazení určitých skupin jedinců – matky na mateřské dovolené, bezdomovce, seniory aj.

Vzhledem ke skutečnosti, že se jedinec ve zdravotnickém zařízení ocitne na základě svého zdravotního stavu, lze považovat minimálně za eticky hraniční tvrdit, že získal více volného času.

Na základě výše uvedeného se autor přiklání k reziduálnímu vymezení volného času. Volným časem člověka hospitalizovaného ve zdravotnickém zařízení je myšlen takový čas, „který jedinec zůstane po odečtení hygienické péče o jeho osobu, fyzických potřeb a zdravotních výkonů. Zároveň může na základě svého zdravotního stavu a možnostem zařízení rozhodnout o jeho náplni. Takový čas mu přináší příjemné prožitky⁸.“

Aby mohlo být vůbec pojednáno o volném čase jedinců hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních, musí být splněna jedna základní podmínka, která se týká i jedinců mimo taková zařízení. Aby volný čas existoval v našem životě, mohli jsme jej naplňovat a získávat benefity z kvalitního trávení volného času, musíme si jeho existenci uvědomovat.

⁷ Autor si uvědomuje, že od publikování monografie Opaschowského uplynulo již téměř 10 let. Přesto souhlasí s její platností, alespoň v tomto bodě.

⁸ Pobyt ve zdravotnickém zařízení do jisté míry eliminuje věkové rozdíly, které podmiňují definici volného času.

Nazareth (2007) prezentuje příběh matky (samoživitelky), která pod vlivem péče o své děti vnímá svůj volný čas tak, že v podstatě žádný nemá.

To se ovšem netýká předchozího odstavce. Aby volný čas existoval v našem životě a my si jej uvědomovali, nezáleží na osobním pocitu, ale na kognitivních funkcích jedince. Tím se dostáváme k tomu, že o volném čase pacientů ve zdravotnických zřízeních nemůžeme hovořit v celém spektru pacientů. Volný čas pacientů se týká pouze těch, kteří si volný čas uvědomují na základě stavu vědomí a kognitivních funkcí odpovídajících jejich věku či zdravotnímu stavu.

VÝZNAM A FUNKCE VOLNÉHO ČASU

Význam a funkce volného času nelze spojovat nejen ve vztahu lidí hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení a daného prostředí, ale celkově. Na úvod je nutné konstatovat, že hospitalizací nedochází k proměně významu a funkcí, ale ke strukturálním změnám a to především v oblasti vlastního uvědomování.

Na význam volného času v lidském životě můžeme nahlížet pohledem vnějšího pozorovatele, který význam volného času pro jednotlivé věkové kategorie může chápat jako rozvoj osobnosti, preventivní působení apod. Nebo na volný čas pohlížíme sami a známe či hledáme odpověď na otázku: *Proč ony volnočasové aktivity vykonáváme?*

Avšak „pravý“ význam lze spatřovat v jiném pojetí významu volného času v lidském životě. Primárně je nutno vycházet z výzkumů zaměřených na seniory (např. Kasper a Lubecki, 2003; Sýkorová, 2007; Janiš, ml. a Skopalová, 2016), protože senioři chápou volný čas jako důkaz toho, že „žijí“. Je to pro ně významný determinant autonomie.

Vyhýbají se i pohybovým volnočasovým aktivitám z důvodu, aby se nezranili (Crombie et al., 2004).

Jsou si tak vědomi toho, že jakékoli omezení možnosti rozhodování o tom, jak mohou trávit volný čas, je špatné. Přirozeně existují faktory omezující výběr a realizaci volnočasových aktivit. Není překvapující, že hlavním omezujícím faktorem je zdraví (Kasper a Lubecki, 2003; Janiš, ml. a Skopalová, 2016).

Je-li vycházeno z pojetí významu volného času pro seniory, tak volný čas chápeme jako výraz autonomie člověka v životě. Senioři si tak pravděpodobně na základě životních zkušeností, možnou zkušeností s hospitalizací a přítomnou polymorbiditou uvědomují to, co mladší generace nikoliv. Právě nemoc (úraz) a hospitalizace v zdravotnickém zařízení je významným faktorem omezujícím naše nakládání s volným časem. Je narušen denní režim, jedinec se nemůže věnovat dosavadním činnostem, a to dočasně nebo trvale. V daný moment si jedinec uvědomí ztrátu něčeho, co považoval za samozřejmé a takové uvědomění se může stát moderující proměnnou psychického zdraví jedince. Nemělo by to však být zjednodušeno do roviny: „*chci jít s kamarády na pivo a nemůžu.*“ Ztráta autonomie může být věčná, dlouhodobá, krátkodobá.

Z pohledu ošetrovatelské praxe jsou výše uvedené odstavce využitelné jen částečně. Samotný zdravotnický personál si musí uvědomovat, jaký význam volného času může

existovat pro jednotlivé typy pacientů. V praxi je mnohem lépe využitelná znalost funkcí volného času.

Obdobně jako u vymezení volného času, tak i v případě jeho funkcí není situace jednoduchá. Mezi jednotlivými autory (Pávková, Hofbauer, Šerák, Opaschowski, Sue aj.) existuje značný rozptyl ve vymezení funkcí.

Holinová (1975), která volnému času přiřazuje následovné funkce:

- a) reprodukce pracovní síly,
- b) všestranný rozvoj osobnosti,
- c) uspokojování životních potřeb,
- d) plnění společenských úloh.

Koncept funkcí volného času dle Holinové není vhodný pro tematické zaměření příspěvku. Holinové pojetí je prakticky bezbřehé a abstraktní. Funkce označena jako b) v sobě nese i znak utopičnosti. Nikoliv však ve smyslu, že by neexistovaly aktivity, které by nedovolovaly tzv. všestranný rozvoj osobnosti. Aby však mohla být zmiňovaná funkce naplňována, tak musí být tomu přizpůsobena i struktura volnočasových aktivit u jednotlivců, což není. Pro prostředí zdravotnických zařízení jsou tři ze čtyř funkcí prakticky nenaplnitelné (reprodukce pracovní síly, uspokojování životních potřeb, plnění společenských úloh). Funkce volného času v pojetí Holinové nejsou univerzálně interpretovatelné a funkční.

Čáp (in Masarik a Masariková, 2002, s. 12) vymezuje tři základní funkce volného času:

- a) „odpočinek,
- b) zábavu,
- c) rozvoj.“

Čápovo pojetí je srozumitelnější než pojetí Holinové a pravděpodobně bližší tomu, co v nás evokuje volný čas. Mohlo by se zdát, že spojení slov odpočinek, zábava a rozvoj na jedné straně se slovy nemocnice, hospitalizace apod. je nemyslitelné a v některých případech hospitalizací dokonce eticky nevhodné (např. pacienti s „depresemi“ apod.). Avšak nemyslitelné spojení je možná právě to, co hledáme. Rámcově lze Čápovo pojetí považovat za vhodné, ale bližší analýzou jednotlivých funkcí je spíše laické. Především to, co je zábavné, nemusí být prospěšné a žádoucí⁹, popř. se může jednat až o rizikové chování jedince. Odpočinek a odpočinkové činnosti jsou např. v pojetí Pávkové et al. (2008) naprosto pasivní. Stejně jako výše uvedená kategorizace funkcí dle Holinové (1975), tak i Čápovo pojetí je částečně abstraktní v tom, že pod pojmem zábava si každý z nás představí naprosto rozličné volnočasové činnosti. Funkce by neměla být pocitová, resp. založena na pocitech člověka, ale měla by mít „nezávislejší“ rozměr.

Jak již bylo uvedeno výše, tak Čápovo pojetí je možné vztahovat na volný čas ve zdravotnických zařízeních, ale se všemi uvedenými limity, které by se projevovaly při plánování volnočasových aktivit.

⁹ Pokud hovoříme o funkcích volného času, tak vždy jsou inkludované aktivity v jednotlivých funkcích chápány jako prospěšné, pozitivní, kladné.

Kratochvílová (in Masarik a Masariková, 2002, s. 12) předkládá již mnohem vhodnější dělení funkcí volného času pro potřeby článku:

- a) *„zdravotně-hygienická funkce,*
- b) *formativně-výchovná funkce,*
- c) *seberealizační funkce,*
- d) *socializační funkce,*
- e) *preventivní funkce.“*

Kratochvílová ve svém dělení eliminovala vnímané nedostatky, které byly uvedeny u kategorizace Čápa a Holinové. V prostředí zdravotnických zařízení je velice problematické naplňovat všechny výše uvedené funkce, zejména funkci seberealizační¹⁰, která je limitována faktory prostředí a důvody hospitalizace.

Následující kategorizace funkcí volného času jsou zařazeny primárně pro doplnění a z přehledového aspektu. Pro lokální prostředí zdravotnických zařízení nejsou primárně chybně kodifikovány, ale jsou z jistého úhlu pohledu limitující. Např. níže prezentovaný Roger Sue zařazuje funkci terapeutickou, avšak výše byly „terapie“ odmítnuty jako volnočasové aktivity. Problematická je rovněž funkce ekonomická, která může být chápána jako hospodářský dopad volného času pro jednotlivce, ale i celou společnost, což je funkce, která je identifikovatelná primárně v době před či po hospitalizaci jedince.

Sue (in Hofbauer, 2004, s. 14) uvádí následující funkce volného času:

- a) *„psychosociologickou (uvolnění, zábavu, rozvoj),*
- b) *sociální,*
- c) *terapeutickou,*
- d) *ekonomickou.“*

Pojetí dle Opaschowského je patrně jedním z nejsložitějších vymezení funkcí volného času. Opaschowského pojetí v celistvém pojetí volného času je relativně vhodné, avšak v tematickém zaměření příspěvku nemohou být některé funkce naplňovány (enkulturace, částečně participace, kontemplace).

Opaschowski (1996, s. 93–94) vymezuje zřejmě nejkomplikovaněji funkce volného času, za které považuje:

- a) *rekreaci* – zotavení a upevnění zdraví,
- b) *kompensaci* – rozptýlení, povyražení, zábavu, obveselení, psychickou úlevu,
- c) *edukaci* – poznávání, učení se, touha stále se dovídat nové věci,
- d) *kontemplaci* – oddych, odpočinek, klid, sebereflexe, uvědomění si volného času, zamyšlení se nad svým životem,
- e) *komunikaci* – posilování sociálních vztahů a celkové soudržnosti,
- f) *integraci* – ve smyslu skupinových činností,

⁹ Autor považuje za přirozené, že strukturální zastoupení jednotlivých funkcí se výrazně odlišuje dle cílové skupiny a typ zdravotnického zařízení. Např. v psychiatrické nemocnici u určitých diagnóz bude významně zastoupena funkce socializační.

- g) *participaci* – spoluúčast (jakési vytváření) na volnočasových aktivitách,
- h) *enkulturaci* – kreativní seberozvoj, projev vlastní činnosti a zúčastnění se v oblasti kulturního života.

Z výše uvedených odstavců vyplývá, že za nejvhodnější kategorizaci funkcí volného času ve vztahu k prostředí zdravotnických zařízení považuje autor kategorizaci Kratochvílové. Jak již bylo naznačeno výše, tak musíme vědět, co od volného času máme očekávat a nevnímat jej jen jako pouhé „vyplnění“ nějakého časového úseku. V ideálním případě by volnočasová aktivita měla naplňovat zároveň všechny funkce ve stejném poměru. To je samozřejmě utopické, částečně méně utopická je představa, ve které volnočasová aktivita naplňuje všechny funkce v rozdílném poměru. Reálná je představa, ve které soubor volnočasových aktivit naplňuje všechny funkce v různém poměru. Funkce volného času, tak pomáhají při tvorbě nabídky (vycházející z poptávky) a plánování volnočasových aktivit. Za přirozené lze pokládat, že se nabídka volnočasových aktivit dle jednotlivých funkcí volného času bude odvíjet od věku pacientů a typu zdravotnického zařízení.

VOLNÝ ČAS VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Co vlastně očekáváme od hospitalizace ve zdravotnických zařízeních? Primárně to, že nás „vyléčí“. Měly by tedy poskytovat primárně lékařskou a ošetrovatelskou péči. Tím se výrazně zúžil okruh nabízených „služeb“. Problematika volného času je primárně oblastí pedagogickou, spadající mimo resort Ministerstva zdravotnictví České republiky. Tento netradiční úvod poslední části příspěvku zvolil autor záměrně. Stačí vzpomenout na laicko-odborné diskuze o platbě za pobyt v nemocnici s odkazem na to, že se jedná primárně o úhradu energií a stravy apod., že tyto náklady by si jedinec stejně hradil atd. Autor se domnívá, že stejná situace by nastala i u volnočasových aktivit.

Každý jedinec nějakým způsobem svůj volný čas tráví, ať již kvalitně a pozitivně (dle společenského vnímání) nebo nekvalitně a negativně. Hospitalizací ve zdravotnickém zařízení dochází k výraznému narušení jeho režimu dne. Na základě zdravotního stavu jsou narušeny činnosti, které člověk může vykonávat, tedy i činnosti volnočasové. Je nutné vycházet z premisi, že hospitalizace je téměř vždy nedobrovolná, a proto i nemožnost trávit volný čas dle dosavadních zvyklostí je nedobrovolná a tedy i „škodlivá“, negativně ovlivňující psychické zdraví jedince.

Důležitost volného času pro jedince a společnost jsou nesporné, historicky a empiricky prokázané. Volný čas je nedílně spojen s kvalitou života (srov. Janiš, ml. a Skopalová, 2016), kterou nemoc či úraz dočasně či trvale snižují.

Volnočasové aktivity ve zdravotnických zařízeních je nutné rozlišovat dle věku pacientů. V této souvislosti lze parafrázovat Krikščiokaitytė (2012), která se primárně věnuje oblasti vzdělávání a podotýká, že vzdělávání seniorů se věnujeme významně méně, a to proto, že tuto oblast máme spojenou s dětstvím a dospíváním. Obdobně to můžeme použít na oblast volnočasových aktivit ve zdravotnických zařízeních a hledat odpověď na otázku –

proč jsou volnočasové aktivity primárně zajištěny a věnovány dětským pacientům? Resp., že volný čas není téma řešené ve zdravotnických zařízeních?

Dále pak dle mobility pacientů, kdy existují tři skupiny pacientů – plně mobilní, částečně mobilní a imobilní. Nelze přehlížet snahu některých zdravotnických zařízení zlepšovat prostředí svých areálů umožňující procházku, ale i venkovní „hřiště“. Stejně tak existenci např. kaváren apod. umožňujících setkávání a posezení. To vše jen a pouze pro pacienty mobilní či částečně mobilní.

Dále je nutné jako determinanty akceptovat délku hospitalizace, důvod hospitalizace, osobnost pacienta aj. Vzniká tak relativně složitý model, který zjednodušeně vede k závěru, že „televize na pokoji je málo.“

Volný čas a jeho kvalitní využívání je významným činitelem ovlivňujícím psychické zdraví jedince, které je v průběhu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení neméně důležité.

ZÁVĚR

Volný čas ve zdravotnických zařízeních není v současné době top téma v oblasti ošetřovatelství a lékařských věd. Výše uvedený text slouží především k zamyšlení, nicméně ve svém názvu signalizuje, že by měl být i prakticky využitelný. Operacionalizace pojmu volný čas má pro praxi význam v tom, že je podstatné určit časový rozsah toho, co nazýváme volný čas. To je přirozeně výrazně individuální, ale zcela jistě lze dle shodných důvodů hospitalizace, věku apod. vytvořit určité časové kategorie.

Funkce volného času následně slouží k tomu, aby volný čas nebyl pouze „vyplněn“ (viz výše), ale aby regulovaly výběr volnočasových aktivit, resp. jejich plánování, organizaci a realizaci.

Prakticky neuvažujeme o volném čase ve zdravotnických zařízeních, ve kterých člověk může strávit několik týdnů, měsíců. Ve věznicích jsou však přirozenou součástí režimu.

Literatura

BAKALÁŘ, E. *Umění odpočívat*. Praha: Práce, 1978.

BÜCHELE, R., LINDHOF, S. a POY, J. Definitionen/Grundbegriffe. In: FOTH, K. a SPIGALSKI, J., eds. *Freizeit und Kommune: Begriffe, Definitionen, Erläuterungen* [online]. Berlin: Institut für Stadt- und Regionalplanung, 2007, s. 5–48. [cit. 27. 1. 2011]. ISBN 978-3-7983-2008-6. Dostupné z: <http://paper.de/9310-freizeit-und-kommune-9783798320086/pages/1>.

CROMBIE, I. K. et al. Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents. *Age and Ageing* [online]. 2004, vol. 33, no. 3, p. 287–292. [cit. 29. 3. 2011]. ISSN 1468-2834. Available from: <http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/reprint/33/3/287.pdf>.

FILIPCOVÁ, B. *Člověk, práce, volný čas*. Praha: Svoboda, 1967.

HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-927-5.

HOLCZEROVÁ, V. a DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLINOVÁ, H. *Mládež a masové komunikačné prostriedky: Štúdia z výskumu k rezortnej úlohe Ministerstva kultúry*. Bratislava: Výskumný ústav kultúry a verejnej mienky – Inštitút pre výskum masových komunikačných prostriedkov, 1975.

ISO-AHOLA, S. and MANNELL, R. Leisure and health. In: HAWORTH, J. T. and VEAL, A. J. *Work and Leisure*. New York: Routledge, 2004, p. 184–199. ISBN 0-203-56959-8.

JANIŠ, K., ml. a SKOPALOVÁ, J. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5535-9.

KASPER, B. a LUBECKI, U. Zu Fuss Unterwegs – Mobilität und Freizeit älterer Menschen. In: *Raum und Mobilität, Arbeitspapiere des Fachgebiets Verkehrswesen und Verkehrsplanung 10* [online]. 2003. [cit. 6. 6. 2012]. Dostupné z: http://www.vpl.tu-dortmund.de/cms/Medienpool/PDF_Dokumente/Arbeitspapiere/AP10_von_Birgit_Kasper_und_Ulrike_Lubecki.pdf.

KRIKŠČIOKAITYTĖ, L. *Recommendations to the Improvement of Educational Activities at Open – Air Museum Europos Parkas* [online]. [cit. 9. 9. 2012]. Available from: <http://www.europosparkas.lt/phare/rekomendacijos.pdf>.

MASARIK, P. a MASARIKOVÁ, A. *Vybrané kapitoly z pedagogiky volného času*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-968735-0-4.

NAZARETH, L. *The Leisure Economy: How Changing Demographics, Economics and Generational Attitudes Will Reshape Our Lives and Our Industries*. Mississauga: John Wiley & Sons, 2007. ISBN 978-0-470-84034-4.

OPASCHOWSKI, H. W. *Einführung in die Freizeitwissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008. ISBN 978-3-531-16169-3.

OPASCHOWSKI, H. W. *Pädagogik der freien Lebenszeit*. Opladen: Leske und Budrich, 1996. ISBN 3-8100-1563-6.

PÁVKOVÁ, J. et al. *Pedagogika volného času: [teorie, praxe a perspektivy výchovy mimo vyučování a zařízení volného času]*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-423-6.

RIESMAN, D., GLAZER, N. and DENNEY, R. *The lonely crowd: a study of the changing American character*. New Haven: Yale University Press, 1961.

SPOUSTA, V. et al. *Teoretické základy výchovy ve volném čase: úvod do studia pedagogiky volného času*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 1994. ISBN 80-210-1007-X.

STUART-HAMILTON, I. *The Psychology of Ageing. An Introduction*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2012. ISBN 978-1-84905-245-0.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

VRÁNA, S. *Slovník moderní pedagogiky*. Brno: Komenium, 1948.

Kontakt

Mgr. Kamil Janiš, Ph.D.

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Ústav pedagogických a psychologických věd

Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika

kamil.janis@fvp.slu.cz

	RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ	
--	---------------------------------	--

RECENZE KNIHY MEDICÍNSKÁ BIOFYZIKA

Autoři: prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc., MBA, dr. h. c., prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA a kolektiv autorů

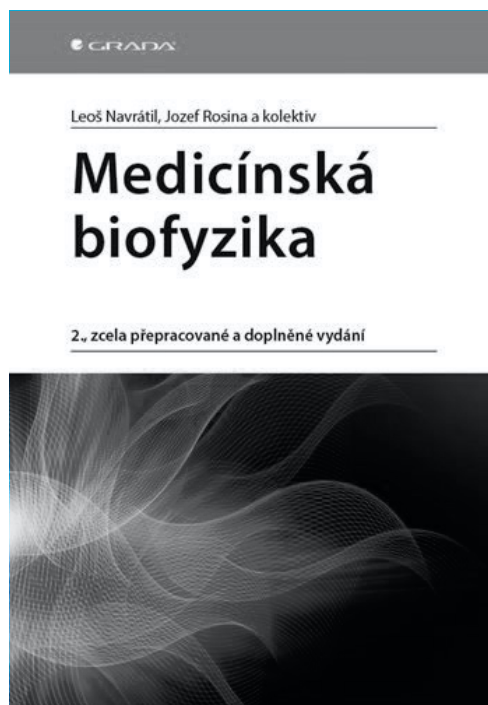
Kolektiv autorů: MUDr. Robert Bajgar, Ph.D., prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc., doc. Ing. Josef Hanuš, CSc., prof. MUDr. Ján Jakuš, DrSc., doc. Ing. Viera Jakušová, Ph.D., MPH, MUDr. Petr Kolář, Ph.D., prof. RNDr. Hana Kolářová, CSc., MUDr. Jiří Kubeš, Ph.D., doc. MUDr. Ján Lešták, CSc., MSc., MBA, MUDr. Miroslav Malay, Ph.D., MUDr. Vladimír Mašín, Ph.D., doc. Ing. František Podzimek, CSc., doc. RNDr. Ján Sabo, CSc., doc. MUDr. Richard Salzman, Ph.D., prof. MUDr. Ivo Stárek, CSc., Mgr. Jaromír Vachutka, Ph.D., doc. RNDr. Karel Volenec, CSc.

Praha: Grada Publishing, 2., zcela přepracované a doplněné vydání, 2019, 432 stran, ISBN 978-80-271-0209-9 (print), ISBN 978-80-271-2701-6 (ePub)

Na knižní trh se dostává mimořádně hodnotná vysokoškolská učebnice vysoce kvalifikovaných odborníků z České republiky a Slovenska. Kniha je výsledkem dlouholeté spolupráce kolektivu autorů. Jedná se o 2., zcela přepracované a doplněné vydání knihy, které se bude v červnu 2019 uvádět na knižní trh, spolu s dalšími čtyřmi novými knižními tituly.

Předkládaná vysokoškolská učebnice je určena širokému spektru studentů lékařských i zdravotnických fakult, ale také posluchačům přírodovědných a technických oborů. Také je určena zdravotnickým pracovníkům i odborným pracovníkům v postgraduální přípravě.

Učebnice obsahuje ucelený studijní text nejen se základními, ale i nejaktuálnějšími poznatky z oblasti medicínské biofyziky. Odborný text obsažený ve 13 kapitolách je na výborné obsahové i didaktické úrovni, obsahuje tabulky a názorné obrázky, které vhodně doplňují každou kapitolu. Učebnice splňuje všechny požadavky stěžejního knižního zdroje v pregraduální výuce i v postgraduální přípravě. Pub-



	RECENZE KNIHY MEDICÍNSKÁ BIOFYZIKA	ZDEŇKA ŘÍMOVSKÁ	101
--	------------------------------------	-----------------	-----

likace je zajímavá, přístupná čtenářům v oboru i mimo obor a přináší značný rozsah poznatků potřebných pro teorii i klinickou praxi.

Přejeme vysokoškolské učebnici česko-slovenských autorů mnoho spokojených čtenářů.

Kontakt

PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D.
 Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
 Ústav ošetrovatelství
 Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
 zdenka.rimovska@fvp.slu.cz

RECENZE KNIHY NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA V GERIATRII

Autoři: PhDr. Katarína Zrubáková, PhD., doc. MUDr. Ivan Bartošovič, PhD. mim. prof. a kolektiv autorů

Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 2019, 168 stran, ISBN 978-80-271-2207-3

Kniha autorského kolektivu, který se dlouhodobě věnuje péči o geriatrické pacienty, nabízí *nový pohled na léčbu seniorů*. Je zaměřena na specifika nefarmakologické léčby v geriatrii. Jak uvádí i autoři v této publikaci, úkolem nefarmakologické léčby je podpořit léčebný proces, zlepšit fyzický i psychický stav, celkovou kvalitu života a povzbudit denní režim. Nefarmakologická léčba se u seniorů využívá jako alternativa farmakologické léčby nebo jako součást komplexní léčby onemocnění, geriatrických syndromů a symptomů. Kombinace farmakologické i nefarmakologické léčby se nejvíce využívá v léčbě diabetu mellitu 2. typu, Parkinsonovy nemoci, ischemické choroby srdeční, chronické bolesti, deprese aj. Nefarmakologické postupy se dokonce upřednostňují při léčbě demence, kognitivních poruch, obezity, zácpy, některých typů inkontinencí aj. Na realizaci nefarmakologických intervencí se podílí multidisciplinární tým složený ze zdravotnických i nezdravotnických pracovníků, v čele s lékařem. Nejdůležitějším členem je však samotný senior.

Publikace zpracovává nejnovější poznatky z různých oborů, které s tímto tématem souvisí, a to z oblasti geriatrie, z ošetrovatelství, fyzioterapie, sociální práce, léčebné pedagogiky. Tyto informace jsou doplněny o postřehy z praxe. Mohou ji využít nejen studenti medicíny a nelékařských zdravotnických programů, ale i všichni ti, kteří poskytují péči seniorům.

Kontakt

PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD.

Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Ústav zdravotnických věd

Štefánikova 5670, 760 01 Zlín, Česká republika

kudlova@utb.cz

GRADA

Katarína Zrubáková a kolektiv

Nefarmakologická léčba v geriatrii



	KNIŽNÍ NOVINKY	
--	-----------------------	--

MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, PSYCHIKA A STRES: PŘÍBĚHY PACIENTŮ S KOMENTÁŘEM PSYCHOLOGA

Zdeněk Adam, Jeroným Klimeš, Luděk Pour, Zdeněk Král, Alice Onderková, Aleš Čermák, Jiří Vorlíček

Praha: Grada Publishing, 2019, 1. vydání, 208 stran, ISBN 978-80-271-2539-5

Publikace, která dosud na našem trhu výrazně chyběla, se věnuje zejména následujícím okruhům otázek a problémů:

- vliv chronického stresu a psychické nepohody na vznik nemoci aneb „trápení přivolává nemoci, spokojenost je odhání“
- rozhovor lékaře s pacientem a sdělení špatné zprávy
- nádorová choroba je onemocněním celé rodiny
- co se stane, když lékař nemocnému řekne „máte maligní onemocnění“
- deprese a patologická únava spojená s maligní nemocí
- jak žít s vědomím „mám nádorové onemocnění“
- Proč někdy vážné komunikace nemocného se zdravým partnerem o nemoci a emocích s ní spojených? A proč má někdy lékař pocit, že příbuzní nemocného nevnímají situaci nebo lékaře tlačí do nějakého řešení?

To a mnohé další najdete v publikaci, kterou sepsali naši přední odborníci.

GRADA

Zdeněk Adam • Jeroným Klimeš • Luděk Pour • Zdeněk Král
Alice Onderková • Aleš Čermák • Jiří Vorlíček

Maligní onemocnění, psychika a stres

příběhy pacientů s komentářem psychologa



OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY PRO ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘE I

Eva Veverková a kolektiv

Praha: Grada Publishing, 2019, 1. vydání, 228 stran, ISBN 978-80-247-2747-9

První díl předkládané publikace je určen především studentům prvního ročníku oboru Zdravotnický záchranář. Jejím hlavním účelem bylo sjednotit témata a postupy specifické pro tento obor.

Po novelizaci zákona č. 96/2004 může zdravotnický záchranář vykonávat činnosti bez odborného dohledu až po jednom roce výkonu povolání při poskytování akutní lůžkové péče. Ošetřovatelské postupy jsou specifikovány a přiblíženy pracovním podmínkám oddělení jednotek intenzivní péče. Autorky kladou důraz na bezpečnou, efektivní a kvalitně poskytovanou ošetřovatelskou péči se zaměřením na zachování postupů lege artis, komunikaci a především lidskost.

Kniha je doplněna mnoha fotografiemi pocházejícími z bohaté praxe autorek. Při výběru témat bylo vycházeno z aktuálně platných kompetencí zdravotnických záchranářů. Obsahem jsou též fotografické postupy, které jsou studenty v praxi dobře vnímány.

Na tuto publikaci plynule v tématech navazuje díl druhý, zaměřený na témata intenzivní péče a na specializované postupy.

GRADA

Eva Veverková a kolektiv

Ošetřovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I

Ministerstvo zdravotnictví
Česká republika



OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY PRO ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘE II

Eva Veverková a kolektiv

Praha: Grada Publishing, 2019, 1. vydání, 192 stran, ISBN 978-80-271-2099-4

Publikace je určena především studentům prvního ročníku oboru Zdravotnický záchranář. Její hlavním účelem bylo sjednotit témata a postupy specifické pro tento obor. Po novelizaci zákona č. 96/2004 může zdravotnický záchranář vykonávat činnosti bez odborného dohledu až po jednom roce výkonu povolání při poskytování akutní lůžkové péče. Ošetřovatelské postupy jsou specifikovány a přiblíženy pracovním podmínkám oddělení jednotek intenzivní péče.

Autorky kladou důraz na bezpečnou, efektivní a kvalitně poskytovanou ošetřovatelskou péči se zaměřením na zachování postupů lege artis, komunikaci a především lidskost. Při výběru témat vycházely z aktuálně platných kompetencí zdravotnických záchranářů. Obsahem jsou též fotografické postupy, které studenti v praxi dobře vnímají.

GRADA

Eva Veverková a kolektiv

Ošetřovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II

Ministerstvo zdravotnictví ČR

Ministerstvo zdravotnictví ČR



SKUPINOVÁ KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Ján Praško, Aleš Grambal, Miloš Šlepecký, Petr Možný, Jana Vyskočilová

Praha: Grada Publishing, 2019, 1. vydání, 384 stran, ISBN 978-80-271-0496-3

Skupinová kognitivně-behaviorální terapie může u mnoha psychických problémů i poruch plně nahradit individuální kognitivně-behaviorální terapii, u některých pacientů je dokonce i vhodnější. Kromě běžných terapeutických znalostí a dovedností potřebují vedoucí skupiny rozumět dynamice ve skupině, umět usměrňovat vztahy mezi jejími členy a využívat společného potenciálu skupiny ku prospěchu všech.

Pochopení proměnných skupinového procesu a práce s nimi může mít dvě podstatné výhody:

- **posiluje výsledek terapie** – připravuje půdu pro větší změny, umožňuje vyšší úroveň intra- a interpersonálního učení a přináší pocit trvalých výhod pro členy skupiny;
- **napomáhá řešení problémů**, které nevyhnutelně vznikají ve skupinovém kontextu.

Terapie ve skupině vychází z pečlivě vypracovaného postupu, který obsahuje rozhodující informace a cvičení na podporu specifických kognitivních a behaviorálních technik. Vnášení modelů skupinového procesu do kognitivně-behaviorální terapie výrazně obohatí praxi klinických psychologů, psychiatrů a dalších psychoterapeutů, kterým pomůže optimálně, a tedy účinněji pracovat v prostředí skupiny.

GRADA

Ján Praško, Aleš Grambal, Miloš Šlepecký, Petr Možný, Jana Vyskočilová

Skupinová kognitivně- behaviorální terapie



SOMATOLOGIE: PRO PŘEDMĚT ZÁKLADY ANATOMIE A FYZIOLOGIE ČLOVĚKA

Ivan Dylevský

Praha: Grada Publishing, 2019, 3., přepracované a doplněné vydání, 312 stran, ISBN 978-80-271-2111-3

Základní učebnice předmětu Základy anatomie a fyziologie člověka od renomovaného autora učebnic a skript a přednášejícího somatologie, anatomie a kineziologie. Publikace je doplněna téměř dvěma sty obrázky, které doplňují a ilustrují text.

Studenti budou po jejím přečtení schopni splnit podmínky požadované pro absolvování uvedeného předmětu.

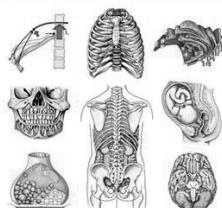
GRADA

Ivan Dylevský

Somatologie

pro předmět
Základy anatomie a fyziologie člověka

3., přepracované a doplněné vydání



VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ A VÝCHOVA KE ZDRAVÍ: PRO ZDRAVOTNICKÉ OBORY

Lidmila Hamplová

Praha: Grada Publishing, 2019, 1. vydání, 132 stran, ISBN 978-80-271-0568-7

Učebnice přináší aktuální informace a poznatky z oblasti ochrany zdraví, prevence nemocí, zdravého životního stylu a veřejného zdravotnictví České republiky (ČR) a Evropské unie (EU). Seznamuje s moderními metodami výchovy ke zdravotní gramotnosti v souladu s doporučeními Světové zdravotnické organizace (WHO). Je určena studentům bakalářských programů nelékařských zdravotnických oborů na vysokých školách a vyšších odborných školách.

Publikace vysvětluje základní pojmy z oblasti veřejného zdravotnictví, problematiku veřejného zdravotnictví na úrovni EU a ČR. Seznamuje se zdravotními a sociálními determinantami ovlivňujícími zdraví populace, zdravotnickými systémy v rámci EU, s úlohou WHO v podpoře zdraví a s jejími komunitními projekty.

GRADA

Lidmila Hamplová

Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví

pro zdravotnické obory



POKYNY PRO AUTORY

PRŮBĚH RECENZNÍHO ŘÍZENÍ

Příspěvky do časopisu jsou hodnoceny nezávisle na sobě dvěma recenzenty, kteří posuzují anonymizovaný rukopis. Jeden z recenzentů je zaměstnancem Slezské univerzity v Opavě, druhý recenzent je externí. Posudky jsou zaslepeny vůči přispěvatelům (autorům). Po vyhotovení posudků a případných opravách a úpravách textu redakce rozhoduje na základě recenzního řízení a splnění publikačních podmínek časopisu o zařazení či nezařazení textu do nejbližšího čísla časopisu, popřípadě je článek uchován k publikaci v některém z následujících čísel. Recenzní posudky jsou archivovány. Spolu s textem příspěvku autoři zasílají či předkládají čestné prohlášení dle zvyklostí redakce.

POKYNY PRO AUTORY – FORMÁLNÍ A OBSAHOVÉ NÁLEŽITOSTI PŘÍSPĚVKŮ

Základní členění textu:

Název: název příspěvku i jeho anglického překladu psát tučně velkými písmeny 16 b. Název musí být stručný a výstižný, vypovídá o obsahu příspěvku. Neměl by zpravidla přesáhnout 8 slov. Neměl by obsahovat zkratky. V nadpisu lze užít zkratky jen výjimečně, pokud by se text nadpisu rozvedením zkratky neúměrně prodloužil.

Autor: uvádějte celé křestní jméno a příjmení všech autorů, bez titulů, např.: Jana Malá¹, Lucie Novotná², Martina Dostálová²

Pracoviště: úplný název pracoviště a sídlo (např.: ¹ Ústav ošetřovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě)

² Chirurgická klinika, Nemocnice Horní

Příspěvky výzkumného charakteru

Název příspěvku a jeho anglického překladu tučně velkými písmeny. Název by měl výstižně prezentovat obsah článku.

Abstrakt: doporučená délka abstraktu jedné jazykové verze je max. 1 500 znaků včetně mezer. Uvádí se v originálním a anglickém jazyce a obsahuje: východiska, cíl, metody, výsledky a diskuzi, závěry.

Klíčová slova: uvádí se v originálním a anglickém jazyce, počet je 5–8 klíčových slov, neshodují se s výrazy v názvu. Informují o metodách, technikách výzkumu, odborném problému a výzkumném nástroji.

Text rukopisu: podnadpisy jednotlivých oddílů jsou psány tučně na samostatném řádku velkými písmeny. Text rukopisu je strukturován: Úvod, cíl práce, metodika, výsledky, diskuze, závěr, poděkování, referenční seznam.

Úvod: seznamuje čtenáře v obecné rovině s tématem práce, na co práce navazuje, výzkumná sdělení s odkazy na zdroje různých autorů.

Cíl práce: cíl práce, organizace výzkumu.

Metodika: charakteristika souboru, kritéria k zařazení respondentů do souboru, typ studie, popis metod a technik, design výzkumu, sběr dat, metody použité ke statistickému zpracování dat, název a verze statistického softwaru aj.

Výsledky: uvést ke každému výzkumnému cíli, tabulky, grafy, obrázky, schémata, uvedení statistických výsledků.

Diskuze: stanovisko k vlastním výsledkům, porovnat je s výsledky jiných autorů, diskutovat k odlišným výsledkům, uvést možné příčiny, informovat o limitech, benefitech a omezeních výzkumu.

Závěr: výstižné shrnutí vlastních výsledků výzkumu, návrh výzkumných otázek pro další výzkum v dané oblasti.

Poděkování: dedikace projektu, grantu.

Referenční seznam: uvádění citací v textu dle platné citační normy (harvardský systém). Zdroje jsou seřazeny podle abecedy. V případě více zdrojů v jedné závorce za odstavcem, oddělujte jednotlivé zdroje středníkem. V seznamu literatury můžou být uvedeny pouze zdroje, které jsou v textu řádně odcitovány.

Rozsah: 3–8 stran, tj. max. 38 000 znaků.

Příspěvky přehledového a teoretického charakteru

Název příspěvku, abstrakt, klíčová slova se řídí stejnými pokyny jako příspěvky výzkumného charakteru.

Text rukopisu: podnadpisy kapitoly psát tučně na samostatném řádku, velkými písmeny.

Struktura textu: úvod, popis rešeršní strategie, text literárního přehledu, výstupy, referenční seznam.

Referenční seznam: uvádění citací v textu dle platné citační normy (harvardský systém). Zdroje jsou seřazeny podle abecedy. V případě více zdrojů v jedné závorce za odstavcem, oddělujte jednotlivé zdroje středníkem. V seznamu literatury můžou být uvedeny pouze zdroje, které jsou v textu řádně odcitovány.

Recenze aktuálních publikací

Název příspěvku: citace recenzovaného díla v platné citační normě, s uvedením ISSN, ISBN.

Text rukopisu: souvislý, nestrukturovaný, obsahuje informace o autorovi, jeho odbornosti. Specifika díla, odborné zaměření publikace, komu je určena, členění publikace a její

rozsah, stručný popis obsahu, význam publikace, její specifity, kladné stránky, případné omezení a nedostatky.

Rozsah: max. 9 000 znaků.

Náhled obálky: připojuje se za textem rukopisu, pokud se stáhne z webu vydavatele, musí se uvést přesný odkaz: „Zdroj obrázku: webová adresa (RRRR-MM-DD)“.

Formální požadavky rukopisu:

Rukopis zasílejte v textovém editoru MS Word.

Font písma: Times New Roman.

Velikost písma: 16 b název příspěvku (tučně), 14 b podnadpisy (podkapitoly – tučně), 12 b základní text. Za podnadpisem se vkládá vertikální mezeru 6 b.

Řádkování 1, zarovnání vlevo, okraje 2,5 cm.

Odstavce: první řádek odstavce neodsazujte, ale mezi odstavci udělejte mezeru o velikosti 6 b. ENTER použijte pouze v případě nového odstavce.

Jazyk příspěvku: časopis přijímá články v českém, slovenském a anglickém jazyce.

V textu nepodtrhávájte.

Práce s textem: před interpunkčními znaménky nikdy nedělejte mezeru, za nimi naopak vždy. Dělejte pouze jedno úhazové mezery. Důsledně rozlišujte číslice 1 a 0 od písmen O a I. Nepoužívejte automatické úpravy textu (dělení slov, generování obsahu, poznámek, živá záhlaví, styly, vkládání obrázků...).

Zkratky je třeba užívat uvážlivě. Každou zkratku je třeba vysvětlit při prvním výskytu zkracovaného slova, např. Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO). V souhrnu se zkratky nepoužívají vůbec.

Jednotky uvádějte podle SI normy, hodnota pulzu, krevního tlaku a tělesné teploty, uvádějte v konvenčních jednotkách.

Odkazování na zdroje: na zdroje průběžně odkazujte v textu, nevyužívejte poznámky pod čarou, podoba odkazu v textu (autor, rok vydání, příp. strana u přímých citacích).

Tabulky, grafy, obrázky, fotografie nejsou součástí textu. Každá tabulka, graf, obrázek, fotografie jsou na separátním listu. Grafické zpracování musí být v kvalitě umožňující jejich reprodukci. Fotografie se dodávají v lesklém provedení. List s tabulkou obsahuje její název a legendu. Legenda ke grafům a obrázkům je uvedena na zvláštním listu. Tabulky, grafy a obrázky jsou číslovány (každá z uvedených forem zvlášť) arabskými čísly. Jejich použití musí být účelové a vhodně doplňují text.

Tabulky nemají duplikovat text (část textu) příspěvku, tabulka, sloupce a řádky v ní jsou stručně a výstižně pojmenovány, tabulka je rozměrově přizpůsobena formátu časopisu B 5.

V samotném rukopisu uveďte poznámku, že v tomto místě má být obrazová příloha.

Obrázky, fotografie, grafy a tabulky dodávejte vždy jako samostatné dokumenty (jpg, tiff, eps, xls,xlsx).

Název grafu je uveden pod grafem.

Název tabulky je umístěn pod tabulkou. Velikost textu v tabulce je 12 b, Times New Roman, pokud rozsah tabulky a přehlednost nevyžaduje menší velikost písma.

Obrázky: za obrázků se považují fotografie, schémata, grafy apod. Musí mít svou nezastupitelnou úlohu, nesmí plnit funkci samoúčelnosti, je přizpůsoben časopisu B 5, je přehledný a čitelný v černobílé verzi tisku.

Poděkování za finanční podporu práce, pokud je potřebné (grant, firma atd.) uvádějte před oddílem literatura, za závěrem.

U výzkumných příspěvků, jakož i příspěvků přehledového či teoretického charakteru, je na závěr vložen oddíl literatura, za kterým následuje kontakt na autora (adresa pracoviště a e-mail).

Rukopisy, jejichž úprava nesplní výše uvedené požadavky nebo budou v rozporu s etickými zásadami pro publikování, nebudou redakcí přijaty.

Vydavatel neodpovídá za údaje a názory uvedené autory v jednotlivých příspěvcích ani za faktickou a jazykovou stránku příspěvku.

