

OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

II. | 2019

2



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

**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ



OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

2019

Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě



**SILESIAN
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. 2

Vedení redakce

Yveta VRUBLOVÁ (Opava) – šéfredaktorka
Jana HALUZÍKOVÁ (Opava) – zástupkyně šéfredaktorky
Zuzana HLUBKOVÁ (Opava) – výkonná redaktorka
Zdeňka ŘÍMOVSKÁ – výkonná redaktorka
Lucie CHMELÁŘOVÁ (Opava) – technická redaktorka

Redakční rada

Lada CETLOVÁ (Jihlava), Martina CICHÁ (Olomouc), Mirosława FELSMANN (Bydgoszcz), 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), Mária ŠUPÍNOVÁ (Banská Bystrica), Gabriela VÖRÖSOVÁ (Nitra), Yveta VRUBLOVÁ (Opava)

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

HS Group CZ, s.r.o.
Křižíkova 1774, 738 01 Frýdek-Místek, Česká republika

Tisk

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

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

ÚROVEŇ TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ V NOVÉM JIČÍNĚ, OPAVĚ A OSTRAVĚ Lucie Mráčková, Petra Bedřichová	13
PARTICIPÁCIA SESTIER NA HODNOTENÍ NUTRIČNÉHO STAVU U PACIENTOV V KRITICKOM STAVE Eva Balogová, Ľubica Trnková	21
NÁSLEDKY PÁDŮ PACIENTŮ Jana Horová, Iva Brabcová, Jitka Krocová	33

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

DENTÁLNÍ HYGIENA U DĚTÍ DO 3 LET Radka Nováková	45
PACIENT S METASTATICKÝM POSTIŽENÍM JATER PŘI KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMU PO ÚSPĚŠNĚ PROVEDENÉM ALPPS Matuš Peteja, Milan Lerch, Jan Žatecký, Lubomír Martínek, Petr Vávra	53

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

STRES A SYNDROM VYHOŘENÍ V PROFESI PORODNÍCH ASISTENTEK Daniela Nedvěďová	65
EXPERIMENT LEBENSBORN Zdeňka Římovská, Kamil Janiš	81

RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ

RECENZE KNIHY VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ A VÝCHOVA KE ZDRAVÍ:
PRO ZDRAVOTNICKÉ OBORY

Yveta Vrublová 95

RECENZE KNIHY OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V CHIRURGII

Pavla Kudlová 97

KNIŽNÍ NOVINKY

MIKROBIOLOGIE, IMUNOLOGIE, EPIDEMIOLOGIE A HYGIENA:
PRO ZDRAVOTNICKÉ OBORY

101

OŠETŘOVATELSTVÍ V CHIRURGII I

101

POLOHOVÁNÍ V PÉČI O NEMOCNÉ

102

SEXUÁLNÍ VÝCHOVA PRO STUDENTY PORODNÍ ASISTENCE
A OŠETŘOVATELSTVÍ

102

POKYNY PRO AUTORY

103

Vážené kolegyně, kolegovia, milí priatelia!

Možno si niektorí z vás ešte pamätajú obdobie, keď ako mesačník vychádzal odborný časopis Zdravotnícka pracovníca. Celých štyridsať rokov vtedajší „strední a nižší zdravotnícki pracovníci“ v celom Československu dychtivo očakávali novinky z ošetrovateľskej praxe, publikované v útlej väzbe časopisu. Jediný výtlačok na oddelení sme si posúvali z rúk do rúk a netrpezlivo čakali, kým ho prečíta kolegynia. Dnes sa situácia v oblasti publikačnej činnosti sestier a vydávania odborných časopisov dramaticky zmenila. Zmenila sa aj situácia vo vzdelávaní, kompetenciách a postavení sestier. Rôznorodé roly, ktoré sestra v praxi zastáva, vyžadujú vzdelanú empatickú sestru, ktorá pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti ovláda náročné ošetrovateľské postupy a má dostatok zručností na používanie zložitej medicínskej techniky, sestru, ktorá sa kontinuálne vzdeláva. Verím, že k rozširovaniu obzorov poznania prispieva aj náš a pevne dúfam, že aj VÁŠ časopis Ošetrovateľské perspektivy. Do vašich rúk sa dostáva ďalšie číslo už druhého ročníka časopisu. Dvojročné diéta už bezpečne chodí, prekonáva prekážky a dokáže komunikovať. Aj náš časopis sa vám prihovára svojím bohatým odborným obsahom. Svoju top-tému v ňom nájdú všetci tí, ktorých zaujíma dentálna hygiena detí, problematika transkultúrneho ošetrovateľstva, moderné operačné postupy pri metastatickom postihnutí pečene, nutričný stav pacientov v kritickom stave aj ďalšie zaujímavé témy.

S rozvojom informačno-komunikačných technológií však už nemusíte nedočkavo čakať na tlačенú podobu časopisu. Každé nové číslo je okamžite dostupné na webovej stránke časopisu a ku každému minulému číslu sa môžete kedykoľvek opakovane vrátiť.

Môj editoriál som začala históriou. Ani v tejto modernej dobe by sme na ňu nemali zabúdať. Veď už Cicero povedal: „Historia est magistra vitae“. Tento rok je pre nás – sestry – výnimočný. Pripomíname si 200. výročie narodenia zakladateľky moderného ošetrovateľstva Florence Nightingalovej. Výkonná rada WHO vyhlásila kalendárny rok 2020 za Rok sestry a pôrodnej asistentky. Pripomínať si ho bude 20 miliónov sestier a pôrodných asistentiek na celom svete. Tak oslavujme! Želajme si spoločne, nech sme rešpektované, docenené, nech môžeme s radosťou a nasadením plniť svoje poslanie – pomáhať všetkým, ktorí našu pomoc potrebujú.



doc. PhDr. Mária Šupínová, PhD.
vedúca katedry ošetrovateľstva
Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave
so sídlom v Banskej Bystrici

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

ÚROVEŇ TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ V NOVÉM JIČÍNĚ, OPAVĚ A OSTRAVĚ

STANDARD OF TRANSCULTURAL NURSING IN NOVÝ JIČÍN, OPAVA AND OSTRAVA

Lucie Mráčková¹, Petra Bedřichová¹

Abstrakt

Teoretická východiska: V roce 2017 bylo na území České republiky evidováno 524 142 cizinců mimo azylanty. Počet cizinců žijících trvale nebo dočasně na našem území se každoročně zvyšuje. V roce 2017 byla poskytnuta zdravotní péče s potřebou hospitalizace 117 287 cizincům. Z uvedených údajů je patrné, že potřeba kulturně-specifické péče bude narůstat.

Cíl: Cílem příspěvku je poukázat na úroveň poskytování kulturně-specifické péče v Novém Jičíně, Opavě a v Ostravě.

Metody: Byla použita kvantitativní výzkumná metoda pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce.

Výsledky: Celkem 76 % dotázaných poskytovalo ošetrovatelskou péči pacientovi z jiné kultury. Pouhých 17 % dotázaných dokázalo poskytnout kulturně-specifickou ošetrovatelskou péči v plném rozsahu. Za největší překážku při poskytování kulturně-specifické péče byla označena jazyková bariéra. Žádná z dotazovaných sester neměla vyhovující vzdělání v transkulturním ošetrovatelství.

Diskuze: Srovnání našich výsledků s výsledky zahraničních studií ukazuje, že v poskytování kulturně-specifické péče v našem kraji máme značné rezervy. V zahraničí se běžně plánuje ošetrovatelská péče pomocí dokumentace vytvořené na základě transkulturních modelů ošetrovatelské péče. Ve zkoumaných lokalitách České republiky se tato dokumentace nevyužívá, sestry ve většině případů nemají povědomí o koncepčních modelech, které lze při poskytování kulturně-specifické péče využít.

Závěr: Vzhledem k zvyšující se migraci obyvatelstva v celosvětovém měřítku je potřeba vhodně motivovat sestry ke studiu transkulturního ošetrovatelství. Lze předpokládat, že každá sestra se během své praxe setká s pacientem pocházejícím z odlišného kulturního prostředí. Umět reagovat na individuální potřeby každého pacienta je cílem holistického pojetí ošetrovatelství.

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

Klíčová slova

vzdělávání sester, transkulturní ošetřovatelství, kulturně-specifická péče

Abstract

Background: In 2017, 524,142 foreigners except recognized refugees were registered in the Czech Republic. However, the number of foreigners living permanently or temporarily in our country is increasing every year. In 2017, 117,287 foreigners were provided with medical care in need of hospitalization. The need for cultural-specific care can be expected to increase in the future.

Aim: The aim of the paper is to point out the standard of providing culturally specific care in Nový Jičín, Opava and Ostrava.

Methods: A quantitative research method using non-standardized questionnaire of own construction was used.

Results: A total of 76 % of respondents stated that they had already met a patient of another culture in their practice. It turned out that only 17 % of respondents were able to provide cultural-specific nursing care to the full extent. The language barrier was identified as the biggest obstacle in providing culturally specific care. None of the nurses interviewed had a satisfactory education in transcultural nursing.

Discussion: Comparison of our results with the results of foreign studies shows that we are far behind in the provision of cultural-specific care in our region. While nursing care is routinely planned abroad using documentation created on the basis of transcultural models of nursing care, nurses in most cases do not even know what conceptual models can be used to provide culturally specific care.

Conclusion: Given the increasing global migration, it is necessary to motivate nurses to study transcultural nursing. It can be assumed that each nurse encounters a patient from a different cultural background during her practice. Being responsive to each patient's individual needs is the goal of a holistic nursing concept.

Keywords

nursing education, transcultural nursing, cultural-specific care

ÚVOD

Jen během roku 2017 se do České republiky legálně přistěhovalo okolo 46 tisíc cizinců (*Pohyb obyvatelstva – rok 2017*, 2018). Ve stejném roce bylo na lůžkových odděleních českých nemocnic ošetřeno necelých 120 tisíc cizinců. Téměř polovina pocházela ze zemí mimo Evropskou unii (Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2017, 2018). Lze tedy předpokládat, že v roce 2017 tady bylo téměř 60 000 lidí, kteří potřebovali kulturně specifickou péči. Transkulturní ošetrovatelství se snaží porozumět specifickým potřebám péče u jedinců, pocházejících z odlišného kulturního prostředí, než majoritní společnost (Kutnohorská, 2013). Jeho cílem je poskytnout kulturně specifickou, ohleduplnou a kompetentní péči i podporu ve zdraví či nemoci (Plevová et al., 2011). Aby sestra mohla poskytovat kulturně-specifickou péči, měla by znát základní kulturní odlišnosti minoritních skupin žijících v její zemi, vědět, jak se kulturně specifická péče stanovuje a předpokladem je také alespoň základní znalost světového jazyka. V České republice může všeobecná i praktická sestra absolvovat certifikovaný kurz Problematika péče o cizince a specifická ošetrovatelská péče o příslušníky minoritních skupin. Tento certifikovaný kurz pořádá NCO NZO v Brně (<https://www.nconzo.cz/cs/nabidka-akci?q=transkultu>).

Předpokladem kvalitní ošetrovatelské péče je komunikace mezi pacientem a zdravotníkem. Pokud je však pacientem cizinec, vzniká řada bariér. Nejčastější problémy, které mohou při komunikaci s nemocným cizincem nastat, jsou zhoršená verbální komunikace v souvislosti s jazykovou bariérou, neodpovídající spolupráce ze strany pacienta, sociální izolace a kulturní šok, nevhodné prostředí, ale také nevhodný přístup k léčbě (Kutnohorská, 2007). Komunikace probíhá na verbální nebo neverbální úrovni. Je potřeba si uvědomit, že stejně jako se liší verbální projevy různých kultur, liší se i význam neverbální komunikace. Gesto, které je v naší kultuře chápáno jako projev souhlasu, může v jiné znamenat opak nebo jeho význam je úplně jiný. Příkladem může být obyčejný úsměv, který v naší západní kultuře chápeme jako projev spokojenosti, pohody. V Asii je však úsměv projevem nejistoty, omluvy či rozpaků (Kutnohorská, 2007). Stejně tak se mohou kulturně lišit i projevy emocí, spojených s nepříjemnými příznaky onemocnění. Některé národy při sebemenší bolesti sténají a hlasitě nařkávají, naproti tomu jiné národy snášejí i velmi intenzivní bolest v tichosti a bez jakýchkoli projevů.

Vzdělání v oblasti transkulturního ošetrovatelství je pro zdravotníky nutností. Proto se náš průzkum soustředil na zjištění úrovně kulturně-specifické péče v prostředí nemocnic na Novojičínsku, Opavsku a v Ostravě.

CÍL PRÁCE

Hlavním cílem bylo zmapovat úroveň transkulturní ošetrovatelské péče na Novojičínsku, Opavsku a Opavsku. Byly stanoveny tři dílčí cíle.

1. Zjistit nejčastější bariéry při poskytování ošetrovatelské péče cizincům.
2. Zjistit postoj všeobecných a praktických sester k poskytování kulturně-specifické péče cizincům.
3. Zjistit úroveň vzdělání vztahující se k poskytování kulturně-specifické péče.

METODIKA

Pro sběr dat bylo zvoleno kvantitativní prospektivní průzkumné šetření za použití nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce.

Charakteristika zkoumaného souboru

Osloveny byly všeobecné a praktické sestry traumatologických oddělení, interních oborů a oddělení šestinedělí. Podmínkou pro účast na průzkumu bylo zdravotnické vzdělání v oboru praktická nebo všeobecná sestra. Průzkum byl proveden ve Slezské nemocnici v Opavě, Nemocnici Nový Jičín a Fakultní nemocnici v Ostravě. Průzkumné šetření probíhalo v období od 2. 1. 2019 do 28. 2. 2019. Rozdáno bylo celkově 140 dotazníků. Návratnost činila 79 %, což odpovídá 110 navráceným dotazníkům. Ze 110 navrácených dotazníků bylo 13 vyřazeno pro neúplné vyplnění. Celkově jsme tedy pracovaly s počtem 97 správně vyplněných dotazníků.

Získaná data byla shromážděna a přehledně zpracována za pomoci programu MS Excel do tabulek a grafů.

Charakteristika průzkumného nástroje

Pro sběr dat byl zvolen anonymní dotazník vlastní konstrukce o 18 položkách. První část dotazníku zaznamenávala sociodemografické údaje. Další čtyři položky se vázaly k zjištění nejčastějších bariér vyskytujících se v péči o cizince. Pět položek zjišťovalo postoj sester k poskytování kulturně-specifické péče. Poslední čtyři body se vztahovaly k poskytování kulturně-specifické péče.

VÝSLEDKY

Cíl 1 – zjištění nejčastějších bariér v péči o cizince

Jako největší problém při poskytování kulturně-specifické péče sestry uváděly jazykovou bariéru a to v 48,65 %. Druhým největším problémem je neznalost kulturních specifik jednotlivých menšin. Tento problém uvedlo 25,68 % sester. Deset procent respondentů označilo za největší bariéru nesplnitelné požadavky pacienta a jeho neochotu se přizpůsobit.

Jako kompenzaci jazykové bariéry sestry nejčastěji využívají spolupráci s česky mluvícími rodinnými příslušníky (32,43 %). Toto řešení není ideální, přináší sebou řadu komplikací, které jsou způsobeny faktem, že rodinní příslušníci většinou nedisponují zdravotnickým vzděláním. Jejich interpretace může vést k informačnímu šumu, desinformacím a nepochopení (McCarthy et al., 2013). Poměrně velká část sester se obrací na jazykově vybavené kolegyně (20,27 %). Avšak ne vždy je taková kolegyně na pracovišti přítomna. Jen 6,76 % sester využije služeb nemocničního tlumočnicka, ačkoli zdravotnické zařízení těmito odborníky disponuje. Při přímé konfrontaci s pacientem sestry nejčastěji využívají gesta a mimiku (89,19 %). Jen 12,16 % sester uvádí, že má na

svém pracovišti dostatečné množství kvalitních komunikačních pomůcek. 36,49 % sester pak uvádí, že mají na svém pracovišti komunikační pomůcky, ale v omezeném množství. S piktogramy a komunikačními kartami pracuje jen 5,41 % sester.

Cíl 2 – postoje sester k poskytování kulturně-specifické péče

Průzkum ukázal, že z 97 dotazovaných sester se 76,29 % během své praxe setkalo s pacientem, který potřeboval kulturně-specifickou péči. Zajímavé je, že 85,13 % sester se domnívá, že je schopno alespoň částečně pacientům poskytnout kulturně-specifickou péči, navzdory tomu, že 25,68 % sester uvedlo jako bariéru při poskytování takovéto péče právě neznalost kulturních specifík. Jen 6,76 % sester uvedlo, že takovouto péči nejsou schopné uskutečnit. V otázce, zda jsou sestry vůbec ochotné poskytovat takovouto péči, se jedna sestra vyjádřila, že ne. Poměrně zářející číslo – 14, 86 % uvedlo, že jim spíše vadí tuto péči pacientovi poskytnout. Uspokojivé je ale zjištění, že 83,79 % sester nevadí nebo spíše nevadí kulturně-specifickou péči poskytnout. Zjištění se shoduje se zjištěním, že 14,86 % sester nerespektuje kulturní potřeby pacienta.

Cíl 3 – úroveň vzdělání vztahující se k poskytování kulturně-specifické péče

Celkem 60,82 % dotazovaných uvedlo, že na pracovišti nemá speciálně vzdělanou sestru v oblasti transkulturního ošetřovatelství. Ostatní sestry (39,18 %) neví, zda je na jejich pracovišti specializovaná sestra zaměstnaná. Teoretickou výuku transkulturního ošetřovatelství při studiu oboru absolvovalo 41,24 % sester. Během studia se 42,27 % sester nesetkalo s výukou transkulturního ošetřovatelství. Což je opět mírně v rozporu s tím, že 85,13 % sester si myslí, že je schopno poskytnout kvalitní kulturně-specifickou péči. Zájem o doplnění vzdělání v dané problematice má jen 40,21 % dotazovaných sester. Přitom téměř 95 % sester neví, jaké modely ošetřovatelské péče použít k zajištění kulturně-specifické péče. Za zmínku stojí fakt, že i přes tuto neznalost je 85,13 % sester přesvědčeno, že dokáží zajistit kvalitní transkulturně zaměřenou péči.

DISKUZE

Jako největší překážku, při poskytování kulturně-specifické péče, sestry označily jazykovou bariéru. Jen 16,22 % z dotazovaných sester hovoří cizím jazykem. V dnešní době, kdy jsou na sestru kladeny nároky v podobě vysokoškolského studia a v době, kdy se celá Evropa potýká s migrací obyvatel, je toto zjištění zářející. Pop et al. (2012) uvádí, že se znalostí cizího jazyka jsou na tom výrazně lépe sestry s vysokoškolským vzděláním. Znalost cizího jazyka uvedla v našem šetření jen zhruba čtvrtina vysokoškolaček. Stejný problém však vnímají také Listerfelt, Fridh a Lindahl (2019) ze Švédska, kteří uvádějí jazykovou a kulturní bariéru jako nejčastější překážku při uspokojování kulturních potřeb pacientů v intenzivní ošetřovatelské péči. Autoři spatřují řešení ve vzdělávání k zajištění kulturní kompetence a vývoji výzkumných programů. Jako nejčastější dorozumovací prostředek využívají sestry gesta a mimiku. Ke stejnému závěru došli také McCarthy et al.

(2013). Tyto výsledky potvrdil také náš průzkum – k dorozumívání s pacientem využívají sestry nejčastěji překlad od rodinných příslušníků, ačkoli mají k dispozici nemocničního tlumočnicka s odpovídajícím zdravotnickým vzděláním.

V Korejské studii (Ahn, 2017) se zúčastnilo 275 sester šetření o multikulturní kompetenci k poskytování kvalitní transkulturní péče. Každá sestra měla zkušenost s minimálně 10 zahraničními pacienty. V našem průzkumu se ukázalo, že 76,2 % dotazovaných sester se během své praxe setkal s pacientem, který potřeboval kulturně-specifickou péči. Navzdory tomu, že se české sestry setkávají se zahraničními pacienty, nemají potřebu se v této oblasti vzdělávat. Ba dokonce téměř 15 % sester by vadilo přizpůsobit péči kulturně-specifickým potřebám zahraničních pacientů. Ahn (2017) poukazuje na souvislost s délkou praxí a přímých či nepřímých multikulturních zkušenostech sester na podporu jejich schopností zvládání transkulturní péče a potřebu jejich vzdělávání ve zmíněné oblasti. To se v našem průzkumu nepotvrdilo. I přesto, že se naše sestry setkaly se zahraničním pacientem, nemělo to na jejich touhu doplnit si vzdělání žádný vliv.

Narayanasamy (2003) uvádí, že celých 83 % sester by si rádo doplnilo vzdělání o transkulturní problematiku. Z našeho průzkumu však vyplynulo, že vzdělání v této oblasti má zájem si doplnit jen necelých 10 % sester. A to i přesto, že velká část z nich vnímá jako problém neznalost kulturních specifik svých zahraničních pacientů. O to více zarážející je, že 72 % dotazovaných sester je přesvědčených, že dokáží poskytnout svému pacientovi kulturně-specifickou ošetrovatelskou péči, ačkoli jen 16 % z nich hovoří cizím jazykem a 25 % sester nezná kulturní specifika jiných národností. Pop et al. (2012) uvádí, že 88 % zdravotníků v jeho studii považuje dokumentaci, která vychází z modelu Leiningerové, využívanou pro stanovení kulturně-specifické péče za dostačující. Naš průzkum zjistil, že 95 % sester neví, jaký nástroj použít při stanovování kulturně-specifické péče ani z jakých teorií vycházet.

ZÁVĚR

Ačkoli jak všeobecné tak i praktické sestry mají možnost si doplnit vzdělání v transkulturním ošetrovatelství, výsledky ukazují, že sester s tímto vzděláním je minimum. Potvrzuje to fakt, že na žádném pracovišti, kde jsme prováděli průzkum, není žádná sestra s tímto certifikovaným kurzem. I přesto ale většina dotazovaných sester má pocit, že dokáží poskytovat kvalitní kulturně-specifickou péči alespoň částečně. Sestry si však protiřečí, protože celých 95 % dotazovaných sester nezná ani teorie, které se ke kulturně-specifické péči vztahují. Neuspokojivá je však nejen informace, že sestry nevědí, jak stanovit kulturně-specifickou péči, ale také fakt, že nemají základní informace ani o kulturních specifikách národnostních menšin. Nemluvě o jazykové vybavenosti.

Vzhledem k celospolečenským událostem dnešní doby je nutné naučit se nejen toleranci k jedincům pocházejícím z odlišného kulturního prostředí. Potřeba je také umět reagovat na specifické problémy, které sebou kulturní odlišnosti nesou při poskytování ošetrovatelské péče. Otázkou zůstává, jak motivovat samotné sestry k doplnění potřebných znalostí.

Specializační vzdělávání zajišťuje Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně formou certifikovaného kurzu (*Informace o Specializačním vzdělávání*, 2019).

Literatura

AHN, J. W. Structural Equation Modeling of Cultural Competence of Nurses Caring for Foreign Patients. *Asian Nursing Research* [online]. 2017, vol. 11, no. 1, p. 65–73. [cit. 14. 12. 2019]. ISSN 1976-1317. DOI: 10.1016/j.anr.2017.03.001.

Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2017 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. [cit. 23. 1. 2019]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cerpani-zdravotni-pece-cizinci-v-roce-2017>.

Informace o Specializačním vzdělávání [online]. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. [cit. 1. 4. 2019]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/informace-o-specializacnim-vzdelavani>.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.

LISTERFELT, S., FRIDH, I. and LINDAHL, B. Facing the unfamiliar: Nurses' transcultural care in intensive care – A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 2019, vol. 55. [cit. 14. 11. 2019]. ISSN 0964-3397. DOI: 10.1016/j.iccn.2019.08.002.

McCARTHY, J. et al. Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing* [online]. 2013, vol. 22, no. 6, p. 335–339. [cit. 1. 11. 2019]. ISSN 2052-2819. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23901452>.

NARAYANASAMY, A. Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs?. *British Journal of Nursing* [online]. 2003, vol. 12, no. 3, p. 185–194. [cit. 1. 11. 2019]. ISSN 2052-2819. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12610374>.

PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.

Pohyb obyvatelstva – rok 2017 [online]. Praha: Český statistický úřad, 2018. [cit. 23. 10. 2019]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/pohyb-obyvatelstva-rok-2017>.

POP, M. et al. Assessment of multiculturalism in nursing based on a survey's experience. *Orvosi Hetilap* [online]. 2012, vol. 153, no. 43, p. 1711–1718. [cit. 1. 10. 2019]. ISSN 1788-6120. Available from: <https://akademai.com/doi/abs/10.1556/OH.2012.29479>.

Kontakt

Mgr. Lucie Mráčková
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
lucie.mrackova@fvp.slu.cz

PARTICIPÁCIA SESTIER NA HODNOTENÍ NUTRIČNÉHO STAVU U PACIENTOV V KRITICKOM STAVE

PARTICIPATION OF NURSES IN EVALUATION OF NUTRITIONAL STATE IN CRITICAL STATE PATIENTS

Eva Balogová¹, Ľubica Trnková^{2,3}

Abstrakt

Východiská: Aj napriek proklamovanému významu nutričnej podpory u pacientov v kritickom stave majú podľa literárnych údajov nutričný screening a zabezpečenie adekvátnej výživy nižšiu prioritu v porovnaní s ostatnou starostlivosťou. Zahraničné výskumy odhalili aj variabilitu v spôsobe hodnotenia nutričného stavu, čo môže viesť k nedostatočnému energetickému a nutričnému príjmu pacienta.

Ciel: Cieľom prospektívnej štúdie bolo zistiť, či existujú v závislosti od typu zdravotníckeho zariadenia rozdiely v hodnotení nutričného stavu sestrou.

Metodika: Údaje boli získané pomocou výskumných protokolov približujúcich jednotlivé intervencie realizované na vzorke 182 pacientov fakultných a 191 pacientov nefakultných nemocníc hospitalizovaných na oddelení anestéziológie a intenzívnej starostlivosti a chirurgickej jednotke intenzívnej starostlivosti. Štatistická analýza bola realizovaná pomocou Chí kvadrát testu na hladine významnosti 0,001.

Výsledky: Medzi fakultnými a nefakultnými nemocnicami sa signifikantné rozdiely potvrdili v zisťovaní časového intervalu zmeny telesnej hmotnosti (27,6 % vs 11,0 %, AR = 4,1, resp. -4,1), zisťovaní zažívacích ťažkostí (46,1 % vs 25,7 %, AR = 4,1, resp. -4,1) a v zisťovaní dôvodov obmedzenia príjmu potravy (43,1 % vs 15,2 %, AR = 5,9, resp. -5,9). Významne vyšší bol podiel sestier fakultných nemocníc na používaní štandardizovanej posudzovacej škály.

Záver: Autori považujú za jednu z možností skvalitnenia nutričnej starostlivosti vyššiu zapangažovanosť sestier na odbere nutričnej anamnézy, používanie modifikovaných posudzovacích škál a vyšší dôraz kladený na získavanie zručností sestier pri fyzikálnom vyšetrení zameranom na prejavy malnutrie.

Kľúčové slová

malnutricia, nutričný screening, intenzívna starostlivosť, kriticky chorý pacient

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

² Medicínske centrum Medilife

³ Detašované pracovisko bl. Sály Salkaháziovej Rožňava, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Abstract

Introduction: Despite the important role that the nutritional support plays in medical preventative care for patients hospitalized in the intensive care units, the nutritional screening and appropriate nutrition of critical state patients are of lower preference than other types of hospital care. These findings are stated in some literary sources. Several inquiries carried out abroad revealed differences in evaluating the nutritional state which may cause unsatisfactory nutritional and energy intake of such patients.

Aim: The aim of the prospective study was to determine the differences in nursing interventions related to the measuring of the nutritional status.

Methodology: Empirical data were obtained through the research protocols which analyzed the individual interventions that had been applied to sample of 182 patients in teaching hospitals and 191 patients in non teaching hospitals, all hospitalized in critical care departments and surgical intensive care units. Statistical analysis was performed using Chi-square test of independence for the contingent table on a significance level of 0.001.

Results: Comparing the practices between teaching and non teaching hospitals proved the statistic importance in differences of nurse's participation in evaluating patient's nutritional condition: in timing of changes of body weight (27.6 % vs 11.0 %, AR = 4.1 or -4.1), revealing indigestion (46.1 % vs 25.7 %, AR = 4.1 or -4.1) and revealing causes of limited food intake (43.1 % vs 15.2 %, AR = 5.9 or -5.9). Ratio of nurses from teaching hospitals in using standardized measurement scale differed significantly.

Conclusion: The authors of the research suggest several ways how to improve the nutritional care: involvement of nurses in measuring the nutritional status, use of adapted measurement scale and extra skilled nurses for examining signs of malnutrition.

Keywords

malnutrition, nutritional screening, intensive care, critical state patient

ÚVOD

Ľudský organizmus je biologický stroj závislý od neustáleho prísunu energie pre jednotlivé orgánové systémy. Energetické požiadavky jednotlivca vyplývajú z jeho zdravotného stavu, hmotnosti a metabolickej potreby. V zmenených podmienkach choroby sa menia aj nároky na výživu pacienta. Napriek jej prebytku sa u chorých často stretávame s prejavmi malnutrície. U ťažko chorých pacientov liečených na jednotkách intenzívnej starostlivosti bola diagnostikovaná v 63 % (Kreymann et al., 2006).

Malnutrícia (podvýživa) je definovaná ako stav výživy, pri ktorom deficit/prebytok alebo nerovnováha energie, proteínov a ostatných substrátov ovplyvňujú morfológický i funkčný stav tkanív a orgánov a má vplyv na klinický stav pacienta (Fulbrook, Bongers a Albarran, 2007). Pod malnutríciu zaraďujeme nielen podvýživu a obezitu, ale aj karenciu jednotlivých mikro a makronutrientov.

Proteínovo-energetická malnutrícia je dôsledkom nerovnováhy medzi dodávkou a potrebou proteínov alebo energetických substrátov. Proteínovo-energetický deficit je často združený, ale môže dominovať jeden z nich. Prevažne energetický deficit je známy ako marasmus, prevažne proteínový deficit sa manifestuje ako kwashiorkor.

Kwashiorkor, najčastejší typ podvýživy u pacientov na jednotkách intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti, je spôsobený nedostatočným príjmom a rýchlym odbúraním bielkovín, pričom pacient si uchováva svoje tukové zásoby, ktorých objem je zväčšený intersticiálnym presiaknutím retinovanou tekutinou. Z tohto dôvodu pacient s týmto typom malnutrície pôsobí dojemom dobre živeného pacienta aj v čase, kedy je ťažkou podvýživou vitálne ohrozený (Firment et al., 2010). Malnutrícia s nedostatkom esenciálnych mikronutrientov a stratou svalovej hmoty je prítomná u 20–40 % kriticky chorých pacientov. Je sprevádzaná zvýšenou mortalitou, morbiditou, svalovou slabosťou, zvýšenou náchylnosťou na infekcie, horším hojením rán a predĺžením hospitalizácie (Metheny et al., 2005).

Z uvedeného vyplýva, že zhodnotenie nutričného stavu pacienta by malo byť súčasťou vstupného vyšetrenia pacienta na jednotkách intenzívnej starostlivosti, metabolických jednotkách a na chirurgii. Napriek tomu, že podľa medzinárodných akreditačných štandardov pre nemocnice je nutričný screening jedným z indikátorov kvality poskytovanej starostlivosti, nevykonáva sa paušálne. Transeurópska štúdia Fulbrook, Bongers a Albarran (2007) vykonaná na dvadsiatich jednotkách intenzívnej starostlivosti (JIS) európskych krajín venovaná praktikám nutričnej starostlivosti o kriticky chorých zistila, že hodnotenie nutričného stavu sa na JIS vykonáva denne na 35,8 % pracovísk. 28,3 % pracovísk vykonáva nutričný screening len ojedinele a 5,9 % JIS ho nerobí nikdy. Za hodnotenie nutričného stavu boli na väčšine oddelení zodpovední lekári (73,6 % oddelení), len ojedinele bola zodpovednosť na pleciach sestier (5,9 % oddelení) alebo nutričných asistentov (3,9 % oddelení).

V Európe bolo realizovaných niekoľko štúdií (Metheny et al., 2005; Fulbrook, Bongers a Albarran, 2007) ktoré sledovali rôzne aspekty nutričnej starostlivosti v krajinách Európskej únie, ale žiadna z nich neanalyzovala, resp. analyzovala len veľmi okrajovo ošetrovateľské intervencie vyplývajúce z nutnosti nutričnej podpory.

Podľa Firmenta et al. (2010) je otázka výživy pri zohľadnení akútneho stavu, ktorý je dôvodom prijatia pacienta na jednotky intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti často druhoradá.

V dostupnej domácej literatúre sme našli len málo informácií o problematike hodnotenia nutričného stavu u pacientov hospitalizovaných na oddeleniach intenzívnej starostlivosti a o participácii sestier na nutričnom screeningu na Slovensku. Preto sme si za cieľ výskumu stanovili porovnať spôsob participácie sestier na hodnotení stavu výživy u pacientov hospitalizovaných vo fakultných a nefakultných nemocniciach.

METODIKA VÝSKUMU

Pri koncipovaní dizajnu výskumu (kvantitatívna komparačná štúdia) a formulovaní hypotézy sme vychádzali z viacerých ošetrovateľských štúdií realizovaných na jednotkách intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti v krajinách Európskej únie (Fulbrook, Bongers a Albarran, 2007; Montejo et al., 2010; Persenius et al., 2008), Ameriky (Cahill et al., 2012) a v Austrálii (Ros, McNeill a Bennett, 2009).

Podľa uvedených štúdií patria k faktorom ovplyvňujúcim postupy súvisiace s realizáciou nutričnej starostlivosti typ oddelenia a zdravotníckeho zariadenia, možnosť konzultácie s odborníkmi v oblasti výživy alebo existencia nutričného tímu. Fakt, že fakultné nemocnice v SR sú zo zákona povinné zriaďovať nutričné tímy viedol k sformulovaniu pracovnej hypotézy.

H: Predpokladáme, že existuje rozdiel v participácii sestier na hodnotení nutričného stavu medzi fakultnými a nefakultnými nemocnicami.

Vychádzajúc z cieľa práce sme všetky nemocnice v prvom kroku stratifikovali na fakultné (FN) a nefakultné (NFN) a v druhom kroku sme z oboch skupín vybrali všetky, ktoré majú vo svojej štruktúre OAIM a chirurgickú JIS, nakoľko sme predpokladali že sú to oddelenia hospitalizujúce pacientov vyžadujúcich dôkladné zhodnotenie nutričného stavu. Toto kritérium splnilo 10 fakultných a 21 nefakultných nemocníc. Vedenie niektorých zdravotníckych zariadení s výskumom nesúhlasilo, respektíve vôbec nereflektovalo na žiadosť o výskum.

V tabuľke 1 uvádzame štruktúru a celkový počet oddelení reálne sa podieľajúcich na výskume. Do štatistického spracovania bolo zaradených 182 výskumných protokolov z fakultných nemocníc a 191 z nefakultných. Počet výskumných protokolov kopíruje počet hospitalizovaných pacientov spĺňajúcich kritéria zaradenia do výskumu.

Tab. 1 Štruktúra oddelení podieľajúcich sa na výskume

Názov oddelenia	FN		NFN		Spolu
	OAIM	JIS	OAIM	JIS	
Počet oddelení	8 (25,8 %)	4 (12,9 %)	10 (32,2 %)	9 (29,1 %)	31 (100 %)
Počet výskumných protokolov	113 (30,3 %)	69 (18,5 %)	96 (25,7 %)	95 (25,5 %)	373 (100 %)

Výskum bol ohraničený zbieraním údajov počas jedného kalendárneho mesiaca, v ktorom službukonajúca sestra u každého novoprijatého pacienta vyplnila výskumný protokol, prostredníctvom ktorého sme zisťovali, jej participáciu na hodnotení nutričného stavu. Za „participáciu na hodnotení nutričného stavu pacienta“ sme považovali:

- zhodnotenie stavu nutrície pomocou screeningového formulára alebo niektorej zo štandardizovaných posudzovacích škál (MNA, MNA-SF, SGA, NRS, MUST, formulár pre rýchle zhodnotenie výživy),

- alebo vykonanie minimálne 3 z nasledujúcich úkonov:
 - zistenie údajov o zmene telesnej hmotnosti,
 - zistenie údajov o časovom intervale zmeny hmotnosti,
 - zistenie údajov o zažívачích ťažkostiach,
 - zistenie údajov o obmedzení príjmu potravy v poslednom období,
 - meranie obvodu ramena, lýtka alebo kožnej riasy nad tricepsom.

Pre každý úkon bola vypočítaná hodnota p , ktorej porovnanie s hodnotou $\alpha = 0,001$ umožnilo zistiť štatistickú významnosť rozdielu v odoberaní daného anamnestického údaje medzi FN a NFN. Vzhľadom k zámeru porovnať rozdiely v participácii sestier na hodnotení nutričného stavu medzi FN a NFN.

Odber nutričnej anamnézy môže do istej miery korelovať s úrovňou vedomia pacienta, charakterom ochorenia a závažnosťou zdravotného stavu. Do akej miery mohli uvedené skutočnosti ovplyvniť odber anamnézy sme nezisťovali žiadnou zo štatistických metód.

Metódy štatistickej analýzy

Na opísanie kvantitatívnych aspektov skúmaných javov boli vzhľadom na charakter získaných údajov (nominálne údaje) z metód jednorozmernej deskriptívnej štatistiky použité frekvenčné tabuľky obsahujúce absolútne (n) a relatívne (%) početnosti.

Hypotéza bola testovaná indukčnými štatistickými metódami, pomocou Chí kvadrát testu nezávislosti pre kontingenčnú tabuľku. V predkladanej práci bola realizovaná štatistická analýza na hladine významnosti 0,001. Na zistenie rozdielov v hodnotení nutričného stavu medzi FN a NFN boli použité kontingenčné tabuľky v ktorých je testovaná vzájomná závislosť medzi dvojicami premenných. Pri teste sa porovnávajú skutočné absolútne počty v jednotlivých bunkách tabuľky s tzv. očakávanými absolútnymi počtami, ktoré by sme mali v prípade nezávislosti otázok. Prípadné zamietnutie hypotézy nehovorí nič o spôsobe závislosti alebo o príčine významnosti testu. V práci sme preto využili jeden z možných spôsobov, ako prezentovať príčinu významnosti testu. V kontingenčnej tabuľke je pod absolútnymi počtami (n) podiel odpovedí v danej skupine zdravotníckych zariadení a pod ním je hodnota AR (Adjusted Residual) definovaná vzťahom

$$AR_{ij} = \frac{f_{ij} - E_{ij}}{\sqrt{E_{ij} \left(1 - \frac{r_i}{W}\right) \left(1 - \frac{c_j}{W}\right)}}$$

Je to veličina, ktorá poukazuje tak na veľkosť odchýlky medzi skutočnými a očakávanými početnosťami, ako aj na smer odchýlky. Ak je hodnota AR väčšia ako 2, tak rozdiel medzi skutočnou a očakávanou početnosťou je signifikantný na hladine $p < 0,05$. Ak je hodnota AR väčšia ako 2,6, tak rozdiel medzi skutočnou a očakávanou početnosťou je signifikantný na hladine $p < 0,01$. Ak je väčšia ako 3,3, rozdiel medzi skutočnou a očakávanou početnosťou je signifikantný na hladine $p < 0,001$. Pre zjednodušenie orientácie v tabuľkách sme zaokrúhlili hodnoty AR na jedno desatinné miesto.

VÝSLEDKY VÝSKUMU

Prostřednictvím výzkumných protokolů jsme zisťovali, u koľkých pacientov pri prijatí na oddelenie vykonala sestra minimálne 3 z uvedených úkonov alebo zhodnotila stav nutričie pomocou screeningového formulára alebo štandardizovanej posudzovacej škály. Pre každý úkon bola vypočítaná hodnota p , ktorej porovnanie s hodnotou $\alpha = 0,001$ umožnilo zistiť štatistickú významnosť rozdielu v odoberaní daného anamnestického údaje medzi FN a NFN. V tabuľkách 2–5 uvádzame absolútne a relatívne početnosti odpovedí a hodnotu AR bližšie špecifikujúcu významnosť rozdielov.

Tab. 2 Zisťovanie zmeny telesnej hmotnosti

Zisťovanie zmeny telesnej hmotnosti		Zdravotnícke zariadenie		Spolu
		FN	NFN	
Lekár	n	5	17	2
	%	2,8 %	8,9 %	5,9 %
	AR	-2,5	2,5	
Sestra	n	43	50	93
	%	23,8 %	26,2 %	25,0 %
	AR	-0,5	0,5	
Nezisťované	n	137	124	258
	%	73,5 %	64,9 %	69,1 %
	AR	1,8	-1,8	
Spolu	n	182	191	373
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Rozdiel v zisťovaní zmeny telesnej hmotnosti pacienta medzi FN a NFN bol na hranici významnosti $\alpha = 0,05$ ($p = 0,028 < 0,05$). Významnosť rozdielu je daná hodnotou AR -2,5, resp. 2,5 v odbere daného anamnestického údajá lekármi (tab. 2).

V participácii sestier na odbere nutričnej anamnézy sa významné rozdiely ($p < 0,001$) potvrdili v troch položkách (tabuľka 4–6): v zisťovaní časového intervalu zmeny telesnej hmotnosti (FN 27,6 % vs NFN 11,0 %, AR = 4,1, resp. -4,1), zisťovaní zažívacích ťažkostí (FN 46,1 % vs NFN 25,7 %, AR = 4,1, resp. -4,1) a v zisťovaní obmedzenia príjmu potravy (FN 43,1 % vs NFN 15,2 %, AR = 5,9, resp. -5,9).

Tab. 3 Zisťovanie časového intervalu zmeny hmotnosti

Zisťovanie časového intervalu zmeny hmotnosti		Zdravotnícke zariadenie		Spolu
		FN	NFN	
Lekár	n	6	44	50
	%	3,3 %	23,0 %	13,4 %
	AR	-5,6	5,6	
Sestra	n	51	21	72
	%	27,6 %	11,0 %	19,1 %
	AR	4,1	-4,1	
Nezisťované	n	125	126	251
	%	69,1 %	66,0 %	67,5 %
	AR	0,6	-0,6	
Spolu	n	182	191	373
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tab. 4 Zisťovanie zažívacích ťažkostí

Zisťovanie zažívacích ťažkostí		Zdravotnícke zariadenie		Spolu
		FN	NFN	
Lekár	n	36	84	120
	%	20,0 %	44,0 %	32,3 %
	AR	-4,9	4,9	
Sestra	n	83	49	132
	%	46,1 %	25,7 %	35,6 %
	AR	4,1	-4,1	
Nezisťované	n	63	58	121
	%	33,9 %	30,4 %	32,1 %
	AR	0,7	-0,7	
Spolu	n	182	191	373
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Takmer u tretiny pacientov v oboch typoch zdravotníckych zariadení neboli podľa protokolu zisťované zažívacie ťažkosti. Kým u polovice pacientov FN ich zisťovali sestry v NFN to boli lekári (tab. 4). Podobné výsledky sme zistili aj pri zisťovaní obmedzenia príjmu potravy (tab. 5).

Tab. 5 Zisťovanie obmedzenia príjmu potravy

Obmedzenie príjmu potravy		Zdravotnícke zariadenie		Spolu
		FN	NFN	
Lekár	n	42	95	137
	%	23,2 %	49,7 %	36,8 %
	AR	-5,3	5,3	
Sestra	n	79	29	108
	%	43,1 %	15,2 %	28,8 %
	AR	5,9	-5,9	
Nezisťované	n	61	67	128
	%	33,7 %	35,1 %	34,4 %
	AR	-0,3	0,3	
Spolu	n	182	191	373
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Participácia sestier na komplexnom zhodnotení nutričného stavu môže pozostávať aj z realizácie výkonov uvedených v tabuľke 6. Okrem zistenia aktuálnej telesnej hmotnosti sa sestry najviac podieľali na fyzikálnom vyšetrení pacienta a sledovaní prejavov malnutrície (FN 57,1 % vs 54,5 % v NFN). Významne vyšší bol podiel sestier FN na hodnotení nutričného stavu štandardizovanou posudzovacou škálou (25,8 %) oproti sestrám NFN, kde táto aktivita úplne absentovala ($p < 0,001$, $AR = 6,9$, resp. $-6,9$). Rozdiely v ostatných výkonoch uvedených v spomínanej tabuľke boli bez štatistickej významnosti medzi FN a NFN.

Tab. 6 Výkony realizované v rámci nutričného screeningu sestrou

Výkony realizované sestrou	FN		NFN	
	n	%	n	%
Zistenie aktuálnej hmotnosti	182	100,0 %	191	100,0 %
Výpočet BMI	31	17,0 %	52	27,2 %
Meranie obvodu ramena, lýtky...	0	0,0 %	8	4,1 %
Fyzikálne vyšetrenie a sledovanie...	104	57,1 %	95	54,5 %
Použitie štandardizovanej škály	47	25,8 %	0	0,0 %

Pre potreby verifikácie hypotézy sme za „participáciu sestier na hodnotení nutričného stavu“ považovali vykonanie minimálne troch výkonov s ním súvisiacich. Hodnota $p = 0,000$ hovorí o signifikantnosti rozdielu v realizácii minimálne 3 výkonov súvisiacich

s hodnotením nutričného stavu sestrou medzi FN a NFN. Príčinou významnosti je výrazne nižší podiel pacientov NFN (19,2 %, n = 35) v porovnaní s pacientmi FN (35,1 %, n = 67) a hodnota AR -3,2, resp. 3,2.

Na základe štatistickej analýzy položky, ktorou sme zisťovali realizáciu výkonov súvisiacich s hodnotením nutričného stavu a položky zisťujúcej používanie screeningového formulára (posudzovacej škály) platí, že existuje štatisticky významný rozdiel v participácii sestier na hodnotení nutričného stavu medzi FN a NFN.

DISKUSIA

Prvým predpokladom účinnej nutričnej starostlivosti je zhodnotenie aktuálneho nutričného stavu pacienta spolu s predikciou možného rizika vzniku malnutrície vyplývajúceho z akútneho ochorenia. Viacerí autori zastávajú názor, že sestra môže zohrávať kľúčovú úlohu v detekcii pacientov s rizikom malnutrície (Fulbrook, Bongers a Albarran, 2007; Ros, McNeill a Bennett, 2009; Marshall et al., 2012). V spolupráci s ostatnými zdravotníkmi pracovníkmi tak možno zabezpečiť dôkladné zhodnotenie stavu výživy.

V odbornej literatúre možno nájsť rôzne posudzovacie a hodnotiace škály, ktoré umožňujú identifikovať a kategorizovať rizikových pacientov. Napriek tomu, že použitie väčšiny meracích nástrojov je metodicky a časovo nenáročné je nutná ich častejšia implementácia do klinickej ošetrovateľskej praxe (Taliánová, Jedlinská a Moravcová, 2013). K danému názoru sa pripájame aj my na základe nášho výskumu. Zistili sme, že štandardizovaný merací nástroj bol použitý iba u 25,8 % (n = 47) pacientov FN a anamnézu pomocou neho odobrala sestra (tab. 6). V NFN bol použitý u 9,9 % (n = 19) pacientov a anamnézu prostredníctvom neho odobrali výlučne lekári. Okrem používania hodnotiacich škál sme zisťovali, kým a aké údaje boli zisťované v rámci nutričnej anamnézy. Hodnotením aktivity sestier pri zbere anamnestických údajov sme vo FN v štyroch položkách (zmena hmotnosti a časový interval zmeny, zažívacie ťažkosti, obmedzenie príjmu potravy v poslednom období) zistili väčšiu zaangažovanosť sestier oproti lekárom (tab. 2–5). V NFN bola aktivita sestier oproti lekárom vyššia len v zisťovaní zmeny hmotnosti (tab. 2). Variabilita v odbere anamnestických údajov nielen medzi zdravotníkmi zariadeniami, ale aj v rámci jednej ošetrovacej jednotky podľa nášho názoru vyžaduje používanie validných posudzovacích škál alebo revíziu spektra údajov týkajúcich sa nutričného stavu štandardne odobieraných sestrou. Súbor údajov v ošetrovateľskej dokumentácii v kolónke „výživa“ daný Vestníkom MZ SR z roku 2009 je pre zhodnotenie nutričného stavu pacienta hospitalizovaného na jednotkách intenzívnej starostlivosti nedostatočné.

Základným antropometrickým parametrom je telesná hmotnosť a výška, ktoré podľa výsledkov nášho výskumu zisťujú výhradne sestry. Hmotnosť pacienta najčastejšie zisťovali odhadom (FN 35,7 % a NFN 49,7 %), u tretiny pacientov opýtaním sa. Takmer nulová účasť sestier na ďalších antropometrických meraniach pravdepodobne súvisí s faktom, že antropometrické údaje majú uplatnenie pri dlhodobom sledovaní chorých s malnutríciou a nie sú vhodné na meranie miery katabolizmu. Aj podľa Zazulu, Wohla a Wohla (2006)

nie sú vhodné na meranie miery katabolizmu pri akútnom ochorení a ich výpovedná hodnota je nízka aj pri retencii tekutín sprevádzajúcej chirurgické zákroky alebo úrazy. Najčastejšie zisťovaným antropometrickým údajom je BMI. Podľa Volekovej et al. (2013) BMI zachytáva jednoduchú malnutríciu, ktorá sa prejavuje poklesom hmotnosti pacienta, bez vzťahu k dĺžke obdobia vývoja. Hodnotenie údajov o poklese hmotnosti o 5 % za 3 mesiace oproti BMI identifikuje rozvoj malnutrície i u obéznych pacientov. Týždeň trvajúca redukcia príjmu potravy pod 75 % zvyčajnej dávky odhaľuje vznik akútnej malnutrície, ktorá sa ešte fyzikálne nestihla prejavíť, ale nekorigovaná predstavuje väčšie riziko zhoršeného priebehu ochorenia, oproti dlhodobu sa vyvíjajúcej malnutríci. Závery európskeho prieskumu autorov Fulbrook, Bongers a Albarran (2007) poukázali na zriedkavé vykonávanie antropometrického a funkčného vyšetrenia aj na jednotkách intenzívnej starostlivosti vo viacerých európskych krajinách.

Zvyšujúce sa vzdelanie sestier vedie k predpokladu ich vyššej účasti na základnom fyzikálnom vyšetrení pacienta. Zhodnotením klinického stavu možno identifikovať väčšinu malnutričných pacientov. V našom výskume bolo sestrou pri príjme vyšetrených 57,1 % ($n = 104$) pacientov FN a 54,5 % ($n = 95$) pacientov NFN (tab. 6). Nižšia zaangažovanosť sestier na fyzikálnom vyšetrení zrejme súvisí s tým, že klinické vyšetrenie pacienta bolo dlho doménou medicíny. Odber nutričnej anamnézy môže do istej miery korelovať s úrovňou vedomia pacienta. V našom súbore pacientov malo niektorý stupeň kvantitatívnej poruchy vedomia 46,9 % ($n = 175$). Podľa výskumných protokolov bola porucha vedomia uvedená ako dôvod absencie hodnotenia nutričného stavu u 18 % ($n = 67$) pacientov.

Realizácia výskumu si vyžadovala spoluprácu vedúcich a službukonajúcich sestier. Aj napriek tomu, že vedúce sestry boli presne inštruované o postupe pri výskume, výsledky výskumu môžu byť skreslené osobným prístupom každej zo sestier, ktorá sa spolupodieľala na výskume. Reprezentatívnosť výskumného súboru ohrozil aj nesúhlas zdravotníckych zariadení s realizáciou výskumu, často bez udania dôvodu. Nedostatok domácich literárnych zdrojov neumožnil komparáciu nami získaných výsledkov s údajmi podobných výskumov. Porovnania so zahraničnými prácami môžu byť skreslené výrazne rozdielnymi podmienkami ošetrovateľskej starostlivosti.

ZÁVER

Úroveň nutričnej starostlivosti je súčasťou kompletného obrazu zdravotníckeho zariadenia a jeho prístupu k pacientovi. Závery štúdií uvádzaných v literárnom prehľade autorov Ros, McNeill a Bennett (2009) zameranom na zlepšenie nutričných postupov u kriticky chorých pacientov ukázali, že pacienti na jednotkách intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti sú často podvyživení a nedostávajú odporúčanú energetickú hodnotu. Podmienkou adekvátnej nutričnej podpory je včasná diagnostika malnutrície. Vyššia zaangažovanosť sestier na odbere nutričnej anamnézy by mohla prispieť k včasnej identifikácii rizikových pacientov a zabezpečeniu adekvátnej výživy s primeraným nutričným a energetickým potenciálom.

Literatúra

CAHILL, N. E., MURCH, L., COOK, D. et al. Barriers to feeding critically ill patients: a multicenter survey of critical care nurses. *Journal of critical care*. 2012, vol. 27, no. 6, p. 727–734. ISSN 0883-9441.

FIRMENT, J., CAPKOVÁ, J., HUDÁK, V. et al. Súčasný pohľad na enterálnu výživu u kriticky chorých. *Úrazová a intenzívna medicína*. 2010, roč. 5, č. 1, s. 8–11. ISSN 1337-0820.

FULBROOK, P., BONGERS, A. and ALBARRAN, J. W. A European survey of enteral nutrition practices and procedures in adult intensive care units. *Journal of clinical nursing*. 2007, vol. 16, no. 11, p. 2132–2141. ISSN 0962-1067.

KREYMANN, K. G. et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. *Clinical Nutrition*. 2006, vol. 25, no. 2, p. 210–223. ISSN 0261-5614.

MARSHALL, A. P., CAHILL, N. E., GRAMLICH, L. et al. Optimizing nutrition in intensive care units: empowering critical care nurses to be effective agents of change. *American journal of critical care*. 2012, vol. 21, no. 3, p. 186–194. ISSN 1062-3264.

METHENY, N. A., STEWART, J., NUETZEL, G. et al. Effect of feeding-tube properties on residual volume measurements in tube-fed patients. *JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition*. 2005, vol. 29, no. 3, p. 192–197. ISSN 0148-6071.

MONTEJO, J. C., MIÑAMBRES, E., BORDEJÉ, L. et al. Gastric residual volume during enteral nutrition in ICU patients: the REGANE study. *Intensive care medicine*. 2010, vol. 36, no. 8, p. 1386–1393. ISSN 0342-4642.

PERSENIUS, M. W., HALL-LORD, M. L., BÅÅTH, C. et al. Assessment and documentation of patients' nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of clinical nursing*. 2008, vol. 17, no. 16, p. 2125–2136. ISSN 1365-2702.

ROS, C., McNEILL, L. and BENNETT, P. Review: nurses can improve patient nutrition in intensive care. *Journal of clinical nursing*. 2009, vol. 18, no. 17, p. 2406–2415. ISSN 0962-1067.

TALIÁNOVÁ, M., JEDLINSKÁ, M. a MORAVCOVÁ, M. Využívaní hodnotících a měřících škál v ošetrovatelství. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 2013, roč. 3, č. 1, s. 25–30. ISSN 1338-6263.

VOLEKOVÁ, M. et al. Nutričný rizikový skríning (NRS) – výsledky multicentrickej štúdie. *Gastroenterológia pre prax*. 2013, roč. 12, č. 1, s. 7–11. ISSN 1336-1473.

ZAZULA, R., WOHL, P. a WOHL, P. Hodnocení metabolického a nutričního stavu nemocných. *Medicína pro praxi*. 2006, č. 1, s. 12–14. ISSN 1214-8687.

Kontakt

PhDr. Eva Balogová, PhD.

Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, SZU v Bratislave
Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica, Slovenská republika
eva.balogova@szu.sk

PhDr. et Mgr. Ľubica Trnková, PhD.

Medicínske centrum Medilife
M. R. Štefánika 31, 960 01 Zvolen, Slovenská republika
lubicatrnkova@azet.sk

NÁSLEDKY PÁDŮ PACIENTŮ

CONSEQUENCES OF PATIENTS FALLS

Jana Horová^{1,2}, Iva Brabcová¹, Jitka Krocová^{1,2}

Abstrakt

Zranění způsobená pádem pacienta jsou závažnou komplikací prodlužující léčbu a hospitalizaci. Cílem práce bylo zjistit výskyt zranění způsobených pády a související faktory u pacientů velkého lůžkového zdravotnického zařízení. Byla provedena kvantitativní analýza dat o proběhlých pádech pacientů za pětileté období v jedné z největších českých nemocnic. Pro testování závislosti proměnných byl ve většině případů použit Pearsonův chí kvadrát test. Pokud nebyl splněn předpoklad minimálních očekávaných četností, byl použit Fisherův exaktní test. Hladina významnosti byla stanovena 5 %. Pokud nebylo možné určit, statisticky signifikantní rozdíly mezi proměnnými, byl proveden post-test. V rámci analýzy bylo zjišťováno, které oblasti korelují s výskytem zranění z pádu. Výskyt zranění a druh zranění způsobeného pádem závisí na tom, v jaké situaci pád vznikl, a to u pacientů se stanoveným rizikem pádu i bez něj ($p < 0,001$). Nejčastěji se pacienti při pádu zranili, pokud k němu došlo při zakopnutí či uklouznutí. Soběstační pacienti mají významně vyšší četnost vzniku bezvědomí po pádu než ostatní pacienti, ale imobilní pacienti mají významně nižší četnost vzniku zranění po pádu než ostatní pacienti ($p < 0,05$). Statisticky významné rozdíly nebyly identifikovány v oblastech typ oddělení, obor, typ zranění a stanovené riziko pacienta, mobilita, schopnost spolupráce, používání kompenzačních pomůcek a psychický stav pacienta při pádu.

Klíčová slova

pacient, pád, zranění, následky pádů, analysis

Abstract

Injuries caused by a patient's fall are serious complications that prolong in-patient treatment. The aim of the paper was to find out the occurrence of injuries caused by falls and related factors in patients at a large inpatient medical facility. We performed a quantitative data analysis on patients' falls over a five-year period in one of the largest

¹ Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

² Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

hospitals in the Czech Republic. In most cases, Pearson's chi-square test was used to test the dependence of variables. If the expected minimum frequency presumption wasn't met, Fisher's exact test was used. The significance level was determined to be 5 %. If it wasn't possible to determine statistically significant differences between variables, a post-test was carried out. The analysis found out which areas correlate with the occurrence of fall injuries. Injury incidence and the type of injury caused by a fall depend on the situation in which the fall occurred, in patients with and without a specified risk of falling ($p < 0.001$). Patients were most commonly injured in falls that occurred due to tripping or slipping. Self-sustaining patients have a significantly higher rate of falling into unconsciousness after a fall than other patients, but immobile patients have significantly lower rates of injury after falling than other patients ($p < 0.05$). No statistically significant differences were identified in the areas of ward type, discipline, type of injury and patient risk, mobility, ability to co-operate, use of compensatory aids and the patient's mental state in the event of a fall.

Keywords

patient, fall, injury, consequences of falls, analysis

ÚVOD

Mezi nejzávažnější následky pádů patří morbidita a mortalita (*Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*, 2007, s. 29). Pády osob vedou obecně k vyšší spotřebě zdravotnických služeb, k institucionalizaci a k zvýšeným finančním nákladům v souvislosti s pády ve zdravotnických zařízeních. Incidence pádů v nemocnicích a sociálních zařízeních je dvakrát až třikrát větší než v komunitě a v institucionálním prostředí je míra následných komplikací také vyšší. 10–25 % institucionálních pádů vede u pacientů ke zlomeninám, laceracím a k následné potřebě prodloužené nemocniční péče (Perell et al., 2001, s. 761–766). Pády svými důsledky zasahují převážně seniory. Každý rok upadne více než jedna třetina lidí ve věku 65 let a starších, a ti, kteří pád prodělají, pak dvakrát až třikrát častěji upadnou v dalším roce znovu (Tromp et al., 2001, s. 837–838). Více než 85 % všech fraktur u seniorů vzniká při pádu a pády se také stávají nejčastější příčinou smrtelných úrazů u starších osob (Bielaková a Matějovská Kubešová, 2015, s. 189). Rubenstein (2006, s. 37–41) a Oliver et al. (2007, s. 82–87) uvádějí důsledky pádů osob v kontextu s následnou možnou společenskou izolací. Zhoršení tělesné funkce pacienta v důsledku úrazu z proběhlého pádu vyvolá strach a obavy z dalších pádů, omezenou mobilitu a následně možnou sociální izolaci, úzkost a deprese, ztrátu sebevědomí, potřebnou rehabilitaci, a delší hospitalizaci. Kvůli těmto možným individuálním a společenským

následkům byla prevence pádu uznána jako důležitá oblast výzkumu ve zdravotnictví s tím, že největší preventabilní potenciál mají intervence a programy zacílené na pacienty/osoby se stanoveným rizikem pádu.

CÍL PRÁCE

Cílem práce bylo zjistit výskyt zranění způsobených pády a související faktory u pacientů velkého lůžkového zdravotnického zařízení.

Charakteristika souboru:

Počet hospitalizovaných pacientů ve zkoumaném zdravotnickém zařízení byl za sledované období (2012–2017) v průměru 71 000 za rok (69 000 v roce 2012; 71 695 v roce 2013; 73 069 v roce 2014; 71 570 v roce 2015; 70 659 v roce 2016; 70 806 v roce 2017). Ve zdravotnickém zařízení je zaveden preventivní program pro oblast prevence pádů pacientů, který zahrnuje edukační materiál pro pacienty obsahující základní preventivní instrukce. U pacientů nemocnice je vyhodnocováno a pravidelně přehodnocováno riziko pádu dle screeningového nástroje (dle Conley, v České republice v roce 2006 modifikována Juráskovou), který hodnotí anamnestický výskyt pádu, psychický stav pacienta, přítomnost poruch chůze, případné závratě nebo urgentní inkontinenci, věk pacientů, schopnost spolupráce, obtíže se spánkem a posouzení soběstačnosti. Při dosažení 5 a více bodů je pacient vyhodnocen jako rizikový (Marx, 2005, s. 140). Od roku 2019 má zdravotnické zařízení pro zdravotnický personál přístupný e-learningový program pro oblast prevence pádů pacientů zohledňující aktuální trendy v prevenci pádů pacientů. Data o proběhlých pádech byla získána ze zdravotníky povinně vyplňovaných formulářů *Protokol o pádu pacienta*, které obsahují 33 charakteristik pacienta a okolností souvisejících s pádem.

METODIKA

Kvantitativní analýzou dat o proběhlých pádech dospělých pacientů za pětileté období (2012–2017) v jedné z největších nemocnic v České republice byl zjištěn výskyt zranění z pádů pacientů. V rámci analýzy bylo zjišťováno, které oblasti korelují s výskytem zranění z pádu. Výzkumný soubor zahrnul pouze dospělé hospitalizované pacienty. V první fázi výzkumu byl získán souhlas managementu zdravotnického zařízení s poskytnutím dat a jejich zpracováním. Data o proběhlých pádech byla popsána deskriptivní statistikou. Pro testování závislosti proměnných byl ve většině případů použit Pearsonův chí kvadrát test, jehož předpoklady jsou nezávislost pozorování a splnění předpokladu minimálních očekávaných četností. Pokud nebyl splněn předpoklad minimálních očekávaných četností, byl použit Fisherův exaktní test. Ve všech testech byla stanovena hladina významnosti 5 %. Pokud nebylo možné určit, mezi kterými konkrétními proměnnými existují statisticky signifikantní

rozdíly, byl proveden post-test. Výsledné p-hodnoty byly upraveny Bonferroniho korekcí pro mnohonásobná porovnání. Statistická analýza byla provedena v programu RStudio (Version 1.1.463, R version 3.5.2).

VÝSLEDKY

Ve zkoumaném pětiletém období bylo ve zdravotnickém zařízení nahlášeno celkem 2 547 pádů dospělých hospitalizovaných pacientů. Průměrný věk osob, které ve sledovaném období upadly, byl 73 let. Průměrná délka hospitalizace v době pádu pacienta byla 18 dnů. Nejvíce pacientů upadlo v noci (37 %). Korelační analýzou byly zjišťovány statisticky významné vztahy mezi pacienty s rizikem a bez rizika pádu a okolnostmi, které mohou souviset s výskytem zranění z pádů pacientů (stanovené riziko pádu, typ oddělení a obor, typ zranění, mobilita, schopnost spolupráce, soběstačnost, používání kompenzačních pomůcek, psychický stav, situace při pádu, místo pádu). V Protokolu o pádu pacienta byla tedy vždy konstatována jedna ze dvou možností: pacient s rizikem pádu a pacient bez rizika. Celkový počet pacientů, kteří upadli s konstatovaným rizikem pádu za sledované období, činí 1 617 osob (63 %).

K nejvyššímu výskytu pádů došlo shodně u pacientů rizikových i bez rizika na odděleních následné péče a k nejnižšímu na odděleních chirurgických. Podíl pacientů s rizikem pádů, kteří upadli na chirurgických odděleních, je 43 % a na odděleních následné péče 80 %. U osob nerizikových je výskyt pádů u chirurgických oborů 57 % a na odděleních následné péče 61 %.

Ve sledovaném období se zranilo 43 % osob, které upadly, z toho 49 % bylo osob v riziku pádu a 51 % osob bez rizika. K nejvyššímu počtu zranění z pádu došlo na interních lůžkových odděleních standartního typu (62 %). Po Bonferroniho korekci však není žádný z výsledků dostatečně statisticky významný. Lze tedy konstatovat, že to, zda zranění při pádu vznikne či nikoli, nemá souvislost s oddělením ani na oboru péče.

Těžká zranění (tržná rána se suturou, fraktura, komoce) byla konstatována u 11 % osob ze všech osob s pádem a u 39 % osob s pádem došlo ke zraněním lehkým (povrchová odřenina, hematom, tržná rána bez sutury, jiné). U pacientů s pádem nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi rizikovými a nerizikovými pacienty podle typu zranění ($p > 0,05$). Statisticky významný rozdíl nelze mezi skupinami pacientů s rizikem a bez něj identifikovat ani u výskytu fraktur a tržných ran ($p > 0,05$). Frakturu následkem pádu utrpělo 5 % pacientů s rizikem pádu, u pacientů bez rizika došlo k fraktuře u 3 % osob. Tržná rána byla ošetřena suturou 7 % pacientům v riziku pádu a 6 % pacientům bez rizika. Tržná rána bez šití byla konstatována shodně u 8 % osob v riziku pádu a 8 % pacientů bez rizika pádu. Celkově lze konstatovat, že rozdíl ve výskytu zranění u osob s rizikem a bez rizika pádu není statisticky významný ($p > 0,05$) a ani, že druh způsobeného zranění po pádu není závislý na tom, zda byl pacient vyhodnocen jako rizikový či nikoli ($p > 0,05$).

Statistická významnost se mezi osobami rizikovými a nerizikovými překvapivě projevila u oblasti stav bezvědomí, i když šlo o poměrně malý počet pacientů (19 vs. 28).

Výskyt zranění a druh zranění způsobeného pádem však závisí na tom, v jaké situaci pád vznikl, a to u pacientů se stanoveným rizikem pádu i bez něj. Při zakopnutí či uklouznutí při chůzi dochází statisticky významně častěji ke vzniku zranění po pádu než v ostatních situacích ($p < 0,001$).

situace	riziko pádu		bez rizika pádu		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
pád z lůžka	302	81 %	69	19 %	371	100 %
vstávání z lůžka	394	76 %	125	24 %	519	100 %
opření se o nestabilní oporu	128	69 %	58	31 %	186	100 %
nestabilita při chůzi, nestačil/a se zachytit opěry	300	65 %	160	35 %	460	100 %
zakopnutí, uklouznutí při chůzi	163	48 %	177	52 %	340	100 %
ortostatický kolaps, kolapsový stav	148	36 %	261	64 %	409	100 %
jiné (event. nelze zjistit)	63	53 %	57	48 %	120	100 %
přesun z pojízdného (přenosného) WC	112	83 %	23	17 %	135	100 %
technická závada kompenzační pomůcky	7	100 %	0	0 %	7	100 %
celkem	1 617	63 %	930	37 %	2 547	100 %

Chí-kvadrát statistika: 291,83; $p < 0,001$

Post-test: zranění

	post-test: zranění	
	pval	pval_bonf
pád z lůžka	0,100	0,901
vstávání z lůžka	0,204	1,000
opření se o nestabilní oporu	0,114	1,000
nestabilita při chůzi, nestačil/a se zachytit opěry	0,508	1,000
zakopnutí, uklouznutí při chůzi	0,001	0,007
ortostatický kolaps, kolapsový stav	0,023	0,205
jiné (event. nelze zjistit)	0,728	1,000
přesun z pojízdného (přenosného) WC	0,291	1,000
technická závada kompenzační pomůcky	0,453	1,000

To, zda dojde ke zranění nebo vzniku bezvědomí po pádu závisí na soběstačnosti pacienta. Soběstační pacienti mají významně vyšší četnost vzniku bezvědomí po pádu než ostatní pacienti, ale imobilní pacienti mají významně nižší četnost vzniku zranění po pádu než ostatní pacienti ($p < 0,05$).

Tab. 2 Zhodnocení soběstačnosti pacientů při pádu

soběstačnost	riziko pádu		bez rizika pádu	
soběstačný	96	6 %	816	88 %
částečně soběstačný	828	52 %	96	10 %
vyžadující zvýšený dohled	591	37 %	10	1 %
imobilní	89	6 %	4	0 %
celkem	1 604	100 %	926	100 %
Chí-kvadrát statistika: 1 730,24; $p < 0,001$				

Post-test: zranění a stav bezvědomí

	post-test: zranění		post-test: bezvědomí	
	pval	pval_bonf	pval	pval_bonf
soběstačný	0,439	1,000	0,002	0,009
částečně soběstačný	0,153	0,612	0,546	1,000
vyžadující zvýšený dohled	0,379	1,000	0,009	0,038
imobilní	0,000	0,001	1,000	1,000

Bylo zjištěno, že to, zda dojde ke vzniku bezvědomí po pádu, závisí na psychickém stavu pacienta. Vzhledem k tomu, že rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi v post-testu nebyly po Bonferroniho korekci statisticky významné, můžeme pouze tvrdit, že byl pozorován trend, že u pacientů orientovaných dochází ke vzniku bezvědomí častěji než u ostatních pacientů a naopak u pacientů desorientovaných méně často ($p < 0,05$). Vznik zranění po pádu ani druh zranění nezávisí na psychickém stavu pacienta ($p > 0,05$).

Počty ošetření provedených po pádu se statisticky významně nelišily u osob s rizikem (u obou skupin shodně 36 %); ($p > 0,05$).

DISKUSE

Prevence pádů pacientů je celosvětovou výzvou (Heng et al., 2019). Zavádění efektivních preventivních programů je důležitou fází v procesu snižování výskytu pádů a zranění z pádů u (nejen) hospitalizovaných osob, na čemž se shodují autoři výzkumných studií a publikací z celého světa (Spiva et al., 2014; Majkusová a Jarošová, 2014; Vlaeyen et al., 2015; Hajduchová et al., 2016; Pearce, 2017; Hsiao, 2017 a další). Botíková et al. (2015, s. 68) konstatuje, že při eliminaci výskytu pádů a následně i jejich zranění, hrají roli preventivní opatření, zaměřené především na vnější rizikové faktory, které jsou ovlivnitelné a jejichž úpravou je možné výskyt pádů snížit. Toto konstatování se v naší výzkumné analýze prokázalo, a to v oblasti situace, během které k pádu došlo. V rámci preventivních úvah by bylo možné pádům, ke kterým došlo v důsledku zakopnutí nebo uklouznutí, předejít a zabránit tak zranění, ke kterým u pacientů došlo. Proto by bylo vhodné zacílit dohled na vhodnou obuv pacientů, podlahové krytiny a jejich úpravu a údržbu, osvětlení a další zevní rizikové faktory.

Jarošová et al. (2014, s. 25–27) a další autoři (např. Brosey a March, 2015, s. 153–159) konstatují, že v prevenci pádů pacientů je zásadní identifikace rizika případného pádu u všech pacientů ihned po přijetí a další pravidelné přehodnocování rizika pacienta vždy při změně jeho stavu a medikace. Naším výzkumným šetřením se nepodařilo prokázat rozdíl ve výskytu zranění u osob s rizikem a bez rizika pádu a ani to, že druh způsobeného zranění po pádu byl závislý na tom, zda byl pacient vyhodnocen jako rizikový či nikoli. Toto zjištění však může potvrzovat skutečnost, že informovanost personálu o riziku pádu pacientů (e-learningový program dostupný zdravotnickému personálu) vede k intenzivnější a individuálně zacílené edukaci, která pádu, resp. případným následkům zabrání.

Holandský tým Hensbroek et al. (2009) se svým výzkumem zabýval výskytem zranění pacientů ve fakultní nemocnici, která slouží jako jedno ze dvou traumatologických center pro oblast s 2,8 miliony obyvatel. Zjišťoval výskyt pádů, ke kterým došlo v tomto zdravotnickém zařízení pádem ze schodů během roku 2005. Ve sledovaném období zde upadlo 464 pacientů, pacienti v seniorském věku vykazovali výrazně vyšší výskyt zranění než mladší pacienti. Většina zranění byla lehká a postihovala distální části končetin. Naš výzkum se také zabýval, zda místo pádu souvisí s výskytem případných zranění. Na rozdíl od holandského výzkumu se neprokázalo, že by pacienti utrpěli statisticky významně

více zranění v souvislosti s pádem v areálu nemocnice mimo ošetrovací jednotku. K úrazům pacientů docházelo nejčastěji na pokoji (u rizikových) a na toaletě či v koupelně (u nerizikových), ($p > 0,05$).

Australský výzkumný tým Trinh et al. (2019) provedl pětiletou analýzu (2012–2017), ve které sledoval výskyt zranění z pádů u hospitalizovaných pacientů, která byla hlášena do národního registru. Nezaměřil se na stanovené riziko pádu pacientů, ale na typy zranění způsobených pádem a na hlášení těchto pádů. Za pětileté období bylo nahlášeno 5 653 pádů. Výzkumné závěry uvádějí, že u více než poloviny pacientů s pádem (53,1 %) nedošlo ke zranění. U zbývajících 46,9 % pádů bylo konstatováno zranění pacienta. K nejvíce zraněním došlo u pacientů ve věku 65 let (73,9 %). Vážná zranění byla zjištěna u 11 % pacientů s pádem. Výzkumný tým dále zjistil, že pády vedoucí ke zranění u starších pacientů se závažnějším zdravotním stavem a v menších nemocnicích byly hlášeny častěji, ale pády opakované byly hlášeny méně často. Některé výsledky tohoto výzkumu korespondují s výsledky našeho zjištění. Výskyt zranění následkem pádu je s našimi výsledky srovnatelný (47 % vs. 43 %). Nejčastěji byly zraněny osoby seniorské populace. Pro tuto skupinu pacientů je důležité, aby preventivní protipádové intervence zohlednily stav geriatrické fragility s ohledem na zachování mobility pacienta, jeho farmakoterapii, nutrici a motivaci. Motivace geriatrického pacienta a získání jeho spolupráce v preventivních programech je nesnadný úkol, ve kterém je nutná kooperace erudovaných specialistů (lékaři, sestry, psycholog, fyzioterapeut, případně sociální pracovník a další).

ZÁVĚR

Následky pádů vedou ke zhoršení funkčního stavu jedince, zhoršení kvality života, zvýšeným nákladům na léčbu a rehabilitaci a u starších osob mohou vést obavy z dalších pádů v konečném důsledku až ke společenské izolaci. Pády pacientů se stávají vlivem všech okolností spojených s hospitalizací nejčastější nežádoucí událostí v nemocnici. Pro zdravotnické zařízení je jakákoli nežádoucí událost možným forenzním a ekonomickým rizikem, které lze určitými postupy minimalizovat. Současná výzkumná zaměření směřují k hledání nejefektivnějších řešení v problematice snížení incidence pádů u pacientů a ve svých závěrech většinou konstatují, že multifaktoriální preventivní programy prevence pádů mohou počet pádů, zranění způsobených pády a jejich opakování u pacientů lůžkových zařízení snížit. Přijímání preventivních opatření podložených současnými vědeckými poznatky (evidence based practice) stojí v popředí snahy snížit výskyt pádů a zranění z pádů institucionalizovaných osob.

V rámci kritické reflexe autoři konstatují, že výzkumné šetření má své limity, a to, že výzkum byl realizovaný v jednom regionálním zdravotnickém zařízení. Případná komparace výsledků více zdravotnických zařízení by umožnila diskusi a možnost sdílení preventivních opatření vedoucích ke snížení výskytu zranění z pádů.

Literatura

BIELAKOVÁ, K. a MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. Pády u geriatrických pacientů. In: MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. et al. *Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie*. Praha: Mladá fronta, 2015, s. 188–193. ISBN 978-80-204-3394-7.

BOTÍKOVÁ, A. et al. Riziká pádov u geriatrických pacientov. In: BOTÍKOVÁ, A. a BOROŇOVÁ, J., eds. *Sborník příspěvků ke konferenci Nové trendy v ošetrovatelstve II. s tematickým zameraním Gerontologické ošetrovatelstvo Výskum v ošetrovatelstve a v ošetrovateľskej praxi*. Trnava: Trnavská univerzita, 2015, s. 68–75. ISBN 978-80-8082-864-6.

BROSEY, L. A. and MARCH, K. S. Effectiveness of Structured Hourly Nurse Rounding on Patient Satisfaction and Clinical Outcomes. *Journal of Nursing Care Quality* [online]. 2015, vol. 30, no. 2, p. 153–159. ISSN 1550-5065. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000086.

HAJDUCHOVÁ, H. et al. Retrospective analysis of falls in selected hospitals of the Czech Republic. *Neuro Endocrinology Letters*. 2016, vol. 37, no. 2, p. 18–24. ISSN 0172-780X.

HENG, H. et al. Educating hospital patients to prevent falls: protocol for a scoping review. *BMJ Open* [online]. 2019, vol. 9, no. 9. [cit. 17. 11. 2019]. ISSN 2044-6055. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-030952.

HENSBROEK, P. B. et al. Staircase falls: High-risk groups and injury characteristics in 464 patients. *Injury* [online]. 2009, vol. 40, no. 8, p. 884–889. [cit. 6. 1. 2020]. ISSN 1879-0267. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2009.01.105>.

HSIAO, H. *Fall prevention and protection: principles, guidelines, and practices*. Boca Raton: CRC Press, 2017. ISBN 978-1-4822-1714-8.

JAROŠOVÁ, D. et al. *Prevence pádů a zranění způsobených pády u starších dospělých: klinický doporučený postup adaptovaný* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, 2014. [cit. 12. 12. 2019]. Dostupné z: <http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/kdp-pady-plna-verze.pdf>.

MAJKUSOVÁ, K. and JAROŠOVÁ, D. Falls risk factors in an acute-care setting: a retrospective study. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2014, vol. 5, no. 2, p. 47–53. ISSN 2336-3517.

MARX, D. Riziko pádů ve zdravotnických zařízeních. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005, roč. 1, č. 3, s. 139–140. ISSN 1801-1349.

OLIVER, D. et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ: British Medical Journal* [online]. 2007, vol. 334, no. 7584, p. 82–87. [cit. 12. 12. 2019]. ISSN 1756-1833. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.39049.706493.55>.

PEARCE, L. Preventing falls in hospital. *Nursing management* [online]. 2017, vol. 23, no. 10, p. 11. [cit. 9. 11. 2019]. ISSN 2047-8976. DOI: 10.7748/nm.23.10.11.s11.

PERELL, K. L. et al. Fall risk assessment measures: an analytic review. *Journals of Gerontology* [online]. 2001, vol. 56, no. 12, p. 761–766. [cit. 18. 11. 2019]. ISSN 0022-1422. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11723150>.

Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.

RUBENSTEIN, L. Z. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies of prevention. *Age and Ageing* [online]. 2006, vol. 35, suppl. 2, p. 37–41. [cit. 11. 11. 2019]. ISSN 1468-2834. DOI: 10.1093/ageing/afl084.

SPIVA, L. et al. Effectiveness of Team Training on Fall Prevention. *Journal of Nursing Care Quality* [online]. 2014, vol. 29, no. 2, p. 164–173. [cit. 11. 11. 2019]. ISSN 1550-5065. DOI: 10.1097/NCQ.0b013e3182a98247.

TRINH, L. T. T. et al. Falls in Hospital Causing Injury. *Journal for Healthcare Quality* [online]. 2019, vol. 42, no. 1, p. 1–11. [cit. 12. 11. 2019]. ISSN 1945-1474. DOI: 10.1097/JHQ.000000000000179.

TROMP, A. M. et al. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. *Journal of Clinical Epidemiology* [online]. 2001, vol. 54, no. 8, p. 837–844. [cit. 11. 11. 2019]. ISSN 1878-5921. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11470394>.

VLAHEYEN, E. et al. Characteristics and effectiveness of fall prevention programs in nursing homes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 2015, vol. 63, no. 2, p. 211–221. [cit. 11. 11. 2019]. ISSN 1532-5415. DOI: 10.1111/jgs.13254.

Kontakt

PhDr. Jana Horová
Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Husova 11, 301 00 Plzeň, Česká republika
jhorova@kos.zcu.cz

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

DENTÁLNÍ HYGIENA U DĚTÍ DO 3 LET

DENTAL HYGIENE IN CHILDREN UNDER 3 YEARS

Radka Nováková¹

Abstrakt

Zubní kaz je multifaktoriální infekční onemocnění. U kojenců a batolat hrozí vznik časného dětského kazu. Rodiče podceňují preventivní opatření výskytu zubního kazu. Neznají závažné následky pro jejich děti. Hlavní váha péče o zubní dutinu dítěte spočívá právě na rodičích. Rodiče vytvářejí návyky u nejmenších dětí, které si toto odnáší do dalšího období svého života. Cílem příspěvku je shrnout zásady preventivní a praktické péče o chrup u dětí do 3 let.

Klíčová slova

dentální hygiena, zubní kaz, časný dětský kaz, dočasný chrup, preventivní opatření

Abstract

Tooth decay is a multifactorial infectious disease. Infants and toddlers risk early childhood caries. Parents underestimate the preventive measures of caries. They do not know the serious consequences for their children. The main role of child dental care is played by parents. Parents create the right habits in children who take this to the next period of their lives. The aim of the paper is to summarize the principles of preventive and practical dental care in children under 3 years.

Keywords

dental hygiene, dental caries, early childhood caries, temporary teeth, preventive measures

¹ MUDr. Vojtěch Hrubý

ÚVOD

Pro zdravý vývoj dítěte má mléčný chrup stejně důležitý význam jako následný stálý chrup. Mezi laickou veřejností panuje obecně rozšířený názor, že péče o chrup začíná prořezáním prvního zubu. Kvalitní péče o dětské zuby začíná mnohem dříve – již před narozením. Dočasný chrup se začíná formovat již v 6.–8. týdnu intrauterinního života. Maminky by proto měly být již v průběhu těhotenství informovány, že jejich zdravá dutina ústní je také klíčem ke zdravému chrupu jejich očekávaného dítěte. Intenzivní zánět dásní před a během těhotenství zvyšuje riziko předčasného porodu a zvyšuje riziko narození dítěte s nižší porodní váhou. (Kovářová a Zouharová, 2011)

Důležitou otázkou je, kdo má tyto informace těhotným sdělovat. Základní informace by nastávající matky měly nepochybně získat v zubní ordinaci. Prostor pro podrobnější edukaci v péči o ústní dutinu je ale především v ordinacích dentálních hygienistek. Ty by měly těhotným předávat dostatek informací a vysvětlit jim, že dočasnému chrupu jejich dětí je potřeba od počátku věnovat velkou pozornost.

V předávání informací matce o prevenci v oblasti orálního zdraví dítěte musí fungovat také mezioborová spolupráce, kdy příležitost pozitivně ovlivnit zdraví populace mají i jiní nelékařští pracovníci – zdravotní sestry, dětské sestry, porodní asistentky. (Haber a Hartnett, 2019)

Dítě do tří let věku prochází velkým vývojem: z novorozence (po 28 dnech) přechází do období kojení (do 1 roku) a poté následuje do věku 3 let období batolete. V kojeneckém období dochází k počátku růstu mléčného chrupu, ukončení růstu spadá do období batolecího.

Dočasné zuby jsou důležité pro optimální žvýkání a drcení potravy. Tím napomáhají bezproblémovému trávení a vstřebávání všech důležitých vitaminů a minerálů, které jsou nezbytné pro vývoj dítěte. Dočasné zuby také vymezují místo pro své stálé nástupce a jejich stav významně ovlivňuje správný vývoj stálých zubů. Zdravé zuby u dětí jsou také významným faktorem pro správnou tvorbu hlásek a v neposlední řadě hrají i estetickou úlohu.

I mléčné zuby jsou ohroženy vznikem zubního kazu. Zubní kaz je lokalizovaný patologický proces mikrobiálního původu, postihující tvrdé zubní tkáně. Na vzniku zubního kazu se podílí několik faktorů. Mezi základní patří vnímavá zubní tkáň, některé mikroorganismy zubního mikrobiálního povlaku tzv. plaku, který se nachází v dutině ústní na povrchu zubů, sacharidy přijímané v potravě a čtvrtý faktor se uvádí čas, protože zubní kaz vzniká až po určité době působení uvedených faktorů. (Mazánek, Nedvěďová a Staňková, 2017)

V prevenci zubního kazu je nutné omezit působení všech výše uvedených etiologických faktorů. Nezastupitelnou úlohu v prevenci zubního kazu má pravidelné a důkladné odstraňování zubního mikrobiálního plaku – hygiena dutiny ústní. Péči o dutinu ústní rozdělujeme na každodenní (domácí) a na péči profesionální, prováděnou v zubní ordinaci lékařem nebo dentální hygienistkou. Těžiště prevence zubního kazu spočívá v domácí péči o dutinu ústní. Informace o péči o chrup získávají rodiče v ordinaci dentální hygienistky, které zahrnují instruktáž vhodných a účinných technik čištění chrupu a výběr pomůcek k odstraňování mikrobiálního povlaku.

Nejčastější dětskou nemocí zubů je v raném dětství časný dětský kaz (Early Childhood Caries – ECC). Časný dětský kaz postihuje děti po celém světě. Je lokalizován v oblasti předních horních řezáků podél okraje gingivy.

Podle Anil a Anand (2017) jsou hlavními faktory, které přispívají k vysoké prevalenci časného dětského kazu, nesprávné postupy krmení, rodinné socioekonomické zázemí, nedostatečná rodičovská výchova a nedostatečné možnosti v přístupu k zubní péči.

Na vážný problém v oblasti posuzování rizik vzniku dětského zubního kazu poukázali Jørgensen a Twetman (2019). Ve své studii se zabývali vytvořením jasných nástrojů pro posouzení rizik ranného dětského kazu, snažili se o vyhodnocení přesnosti běžně prosazovaných nástrojů a pokusili se hledat důkazy, že tyto procesy v budoucnu poskytnou lepší zubní péči a menší výskyt kazu. Autoři provedli kvalitativní systematickou kontrolu dostupných studií. Jejich závěry jsou bohužel negativní – většina analyzovaných studií nemá dostatečnou kvalitu a v důsledku nízkého počtu studií není k dispozici dostatečný počet vědecky ověřených experimentů.

Neřešený kaz může postupovat až k úplné destrukci korunky.

Předčasná ztráta nebo těžká destrukce korunek předních řezáků mléčného chrupu znamenají pro dítě estetické, psychologické, sociální problémy. Rehabilitace ztraceného chrupu se soustředí ve spolupráci s protetickou laboratoří na volbu snímatelných náhrad. Stav se také může řešit fixní protetikou. (Goldenfum a de Almeida Rodrigues, 2019)

STRAVOVACÍ A REŽIMOVÉ NÁVYKY

Rodiče by měli být poučeni, že zubní kaz je infekční onemocnění. To znamená, že pokud maminka anebo osoba pečující o dítě má aktivní zubní kaz, mohla by přenést na dítě mikroorganismy zubního mikrobiálního povlaku slinami. Merglová a Ivančáková (2009) uvádí, že „důležitým faktorem v rozvoji kazivého procesu je transmise kariogenních mikroorganizmů, především *Streptococcus mutans* z matky na dítě“.

Současné studie uvádí nový patogen, *Scardovia wiggsiae*, který byl objeven u dětí, které mají zubní kaz, ale kde *Streptococcus mutans* chyběl v jejich orální flóře.

Scardovia wiggsiae je grampozitivní bakterie, která se nachází v ústních dutinách a je považována za původce zubního kazu v raném dětství. (*Scardovia wiggsiae* – *microbewiki*, 2019). Ve studii (Prabhu Matondkar et al., 2019) byla prokázána významná příčinná asociace přítomnosti *Scardovia wiggsiae* a zubního kazu.

K přenosu bakterií může docházet např. při olíznutí dětského dudlíku a lahvičky, při používání stejného příboru, používání společného zubního kartáčku dítětem i dospělým, olíznutí prstíků, líbání, apod. (Kovářová a Zouharová, 2011).

Nová vědecká práce (Subramaniam a Suresh, 2019) ovšem uvedené riziko plně nepotvrzuje. V rámci studie hodnotící mateřský přenos stejných kmenů *Streptococcus mutans* v páru matka–dítě bylo prokázáno, že méně než 50 % párů vykazovalo podobnost kmenů *Streptococcus mutans*. Ve studii byly zahrnuty matky s vysokou hladinou *Streptococcus mutans* ve slinách. Věk dětí se pohyboval od 18 do 36 měsíců.

Základem pitného režimu malých dětí je voda, ať již z vodovodu nebo kojenecké vody z lahví. K doplnění pitného režimu lze využít také čaje, je však třeba dbát na to, jaký čaj je dítěti podáván. Rizikové jsou zejména čaje granulované. Nebezpečí spočívá především v jeho vysokém obsahu cukru, což si někteří rodiče neuvědomují a čaj ještě přislazují. Tak zbytečně zvyšují energetickou hodnotu nápoje, ale také přivykají děti na sladkou chuť a v neposlední řadě zvyšují riziko vzniku a rozvoje zubního kazu.

Cukr je klíčovým faktorem na iniciaci a vývoj kazu, přičemž nejvíce kariogenním je disacharid sacharóza. Biofilm vytvořený v přítomnosti sacharózy vykazuje nízkou koncentraci Ca, P, F, což jsou minerály potřebné pro remineralizaci skloviny a dentinu. (Paes Leme et al., 2006) Dentální hygienistka by také měla rodičům jasně vysvětlit, že potenciálně kariogenní je každá potravinová obsahující sacharidy.

Bylo prokázáno (Beznosková Seydlová, 2015), že děti, které poznaly cukr a slazené pokrmy či nápoje dříve než jejich vrstevníci, častěji preferují potraviny s cukrem i v pozdějším věku. Pro malé děti jsou také nebezpečné potraviny a nápoje s umělými sladidly, neboť jejich chuť také vytváří návyk na sladké.

Dlouhodobé užívání kojeneckých lahví a dudlíku zvyšuje riziko časného dětského zubního kazu na frontálních zubech dočasného chrupu. Je vhodné, aby na konci kojeneckého období umělo dítě pít z hrnečku, popř. z pítka. Frekvence příjmu potravy u batolete by měla odpovídat četnosti pětkrát denně. Časté požívání malých soust v kombinaci s nedostatečně odstraněným zubním plakem s kariogenními bakteriemi na vnímavém povrchu zubu je přímá cesta k vzniku zubního kazu.

PRAKTICKÁ PÉČE O ZUBNÍ DUTINU PO NAROZENÍ

V prvních měsících života je všeobecně považováno za nejlepší zdroj výživy mateřské mléko. To ale neznamená, že by bylo zcela bezpečné pro dětský chrup. Kojící matky je třeba důsledně poučit o kariogenním potenciálu mateřského mléka. Riziko vzniku zubního kazu zvyšuje především noční kojení a výrazně roste, pokud je dítě kojeno po 9. měsíci věku. (Beznosková Seydlová, 2015)

Již od útlého věku je třeba dítě přivkat situaci, kdy mu někdo sahá do úst. Po každém kojení maminka pomocí gázy nebo kapesníku navlhčeného v čisté vodě vytře dutinu ústní pod horním rtíkem. Tímto u dítěte vytváříme návyk na následnou pravidelnou péči o jeho ústní dutinu. V případě dojení dítěte z kojenecké láhve, je třeba na konci každého krmení nabídnout dítěti několik loků kojenecké vody, která mléko ze zubů spláchne. Proto je vhodné dítě uložené do postýlky s lahví kontrolovat, abychom mu ihned po ukončení krmení mohli podat vodu.

Pokud tuto přípravu rodiče zahájí ještě před prořezáním prvních zubů, nebude dítě překvapeno ve chvíli, kdy poprvé dojde na skutečné čištění zubů.

Obvykle mezi 4. a 6. měsícem života se dítěti začne prořezávat první dočasný zub, tedy přichází první „čištění“ zoubků. Prořezávání prvních zoubků bývá provázeno neklidem dítěte, zvýšeným sliněním, častějším probouzením dítěte v noci apod. Pro úlevu těchto

negativních projevů růstu zoubků můžeme dítěti ulevit pomocí zklidňujícího balzámu na rostoucí zoubky nebo vychlazeným kousátkem. Je samozřejmé, že dětem v kojeneckém věku nelze čistit chrup klasickým zubním kartáčkem. Místo něj maminkám doporučujeme gumový návlek na prst, tzv. prstáček, který můžeme použít již před prořezáváním prvních zoubků k masáži dásní a následně jej používáme k čištění zoubků až do doby, kdy má dítě prořezaných prvních osm zubů (4 řezáky nahoře i dole). Tento postup čištění provádíme dvakrát denně (ráno po snídani a večer před spaním, popř. přidáváme čištění před poobědovým spánkem), čímž u dítěte začínáme budovat pevné základy pro pravidelnou péči o jeho chrup.

Jakmile dochází k rozšiřování dočasné dentice dětí, tedy kolem 9. měsíce věku, přidáváme k zubní hygieně zubní kartáček. Stoličky již prstáček nedokáže dostatečně vyčistit.

Při výběru zubního kartáčku je třeba klást důraz na jeho podobu: hlavička musí být co nejmenší, štětinky co nejměkčí a rovně zastřižené. Aby dítě kartáček neodmítalo, může se s ním seznámit jako s hračkou. Dítě si sice neumí samostatně vyčistit zuby, pokud si ale s kartáčkem v ústech hraje, bude se pravděpodobně méně bránit v okamžiku, kdy kartáček převezme rodič a sám zuby dočistí. Hra dítěte s kartáčkem může být asi 2–3 minuty a poté rodič přebírá aktivitu a kartáčkem setře dvěma až třemi tahy každý zub, následně opláchne kartáček studenou vodou a odloží do kelímku štětinkami nahoru. (Kovalová, 2017). Pro delší životnost můžeme používat dva kartáčky. Jeden pro dítě na hraní, který zpravidla vydrží kratší dobu a druhý pro rodiče na čištění zoubků dítěte. Každý kartáček by měl být vyměněn po opotřebenosti, změně tvaru štětin, po onemocnění dítěte ale nejpozději po třech měsících užívání.

Rodiče by se neměli nechat odradit počátečním odmítáním, pláčem nebo vztekem dítěte během čištění. Tyto projevy jsou normální u dětí kojeneckého i batolecího věku, pokud se jim něco nelíbí. Rodiče musí v této činnosti vytrvat, aby zajistili čistotu zubů. Ke zklidnění atmosféry při čištění přispěje citlivý přístup rodičů formou hry. Mohou použít říkadla, pohádky, básničky, písničky o zubech.

Zubní pasta v prvním období není součástí mechanické očisty zubů. Zubní pastu je vhodné používat až od doby, kdy se dítě naučí vyplivovat, což obvykle přichází až ve školkovém období.

Zubní pasty pro jednotlivé věkové kategorie obsahují rozdílnou odpovídající koncentraci fluoridů. Následný výběr zubní pasty řídíme podle doporučení výrobce pro příslušnou věkovou kategorii dítěte.

Využívání ústních vod při péči o dětskou zubní dutinu takto malých dětí je naprosto nevhodné.

Podrobné informace včetně praktických ukázek způsobu čištění dětského chrupu by rodiče měli obdržet od dentální hygienistky. Návštěvy její ordinace současně dítěti pomohou přivyknout lékařskému stomatologickému prostředí jako místu, kde se neděje nic zlého a není důvod k jakémukoli stresu.

ZÁVĚR

Zubní kaz je multifaktoriálním onemocnění, pro jehož účinné předcházení je třeba uplatnit mnoho dílčích preventivních opatření. Jelikož příčinné a podpůrné faktory zubního kazu působí společně a současně, je třeba, aby se jednotlivá preventivní opatření uplatňovala vzájemně vyváženě, ale současně individualizovaně dle potřeb konkrétního dítěte. V kojeneckém a batolecím období hrozí vznik časného dětského kazu. U dětí je tato doba počátečním obdobím fixace hygienických návyků.

Pro dosažení orálního zdraví dětí je v klinické praxi rozhodující edukace zaměřena na vzdělávání a poradenství rodičů, která je zaměřena na dodržování účinné ústní hygieny u dětí, nekariogenní výživě a znalosti prostředků fluoridové prevence.

Hledání příčin vzniku zubního kazu v raném věku je a nadále bude předmětem dalšího vědeckého výzkumu. Objev nového patogenu *Scardovia wiggsiae*, je ukázkou, že tato oblast ještě zdaleka není detailně prozkoumána a může přinést další významné poznatky. Nový patogen byl totiž identifikován u dětí se zubním kazem, které nemají *Streptococcus mutans* v orální floře, jenž je vnímán za jeden z klíčových faktorů rozvoje kazivého procesu chrupu. Pro dentální hygienistky i další pracovníky v oblasti péče o chrup je objev *Scardovia wiggsiae* důrazným připomenutím, že se ve svém oboru musí trvale věnovat rozvoji svého odborného vzdělání a monitoringu nových vědeckých poznatků a výsledků odborných studií, které následně dokáží využít ve své praxi.

Literatura

ANIL, S. and ANAND, P. S. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Frontiers in Pediatrics* [online]. 2017, vol. 5, p. 157. ISSN 2296-2360. DOI: 10.3389/fped.2017.00157.

BEZNOSKOVÁ SEYDLOVÁ, M. *Pedostomatologie: vybrané kapitoly*. Praha: Mladá fronta, 2015. ISBN 978-80-204-3754-9.

GOLDENFUM, G. M. and DE ALMEIDA RODRIGUES, J. Esthetic Rehabilitation in Early Childhood Caries: A Case Report. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry* [online]. 2019, vol. 12, no. 2, p. 157–159. ISSN 0975-1904. DOI: 10.5005/jp-journals-10005-1611.

HABER, J. and HARTNETT, E. The Interprofessional Role in Dental Caries Management: Impact of the Nursing Profession in Early Childhood Carie. *Dental Clinics of North America* [online]. 2019, vol. 63, no. 4, p. 653–661. ISSN 1558-0512. DOI: 10.1016/j.cden.2019.05.002.

JØRGENSEN, M. R. and TWETMAN, S. A Systematic Review of Risk Assessment Tools for Early Childhood Caries: Is there Evidence?. *European archives of paediatric dentistry*:

official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry [online]. 2019. ISSN 1996-9805. DOI: 10.1007/s40368-019-00480-2.

KOVAĽOVÁ, E. *Parodontológia II*. Prešov: Michal Vaško – Vydavateľstvo, 2017. ISBN 978-80-8198-005-3.

KOVÁŘOVÁ, J. a ZOUHAROVÁ, Z. *Pečujeme o zdravý dětský chrup*. Brno: Computer Press, 2011. ISBN 978-80-251-3029-2.

MAZÁNEK, J., NEDVĚDOVÁ, M. a STAŇKOVÁ, H. *Stomatologie*. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-315-9.

MERGLOVÁ, V. a IVANČÁKOVÁ, R. Zubní kaz v raném dětství. *Pediatric pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 6, s. 394–396. ISSN 1213-0494.

PAES LEME, A. F., KOO, H., BELLATO, C. M., BEDI, G. and CURY, J. A. The Role of Sucrose in Cariogenic Dental Biofilm Formation – New Insight. *Journal of Dental Research* [online]. 2006, vol. 85, no. 10, p. 878–887. ISSN 1544-0591. DOI: 10.1177/154405910608501002.

PRABHU MATONDKAR, S., YAVAGAL, C., KUGAJI, M. and BHAT, K. G. Quantitative Assessment of *Scardovia Wiggisiae* from Dental Plaque Samples of Children Suffering from Severe Early Childhood Caries and Caries free Children. *Anaerobe* [online]. 2019. ISSN 1095-8274. DOI: 10.1016/j.anaerobe.2019.102110.

Scardovia wiggisiae – *microbewiki* [online]. [cit. 25. 11. 2019]. Available from: https://microbewiki.kenyon.edu/index.php/Scardovia_wiggisiae.

SUBRAMANIAM, P. and SURESH, R. Streptococcus Mutans Strains in Mother-Child Pairs of Children with Early Childhood Caries. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry* [online]. 2019, vol. 43, no. 4, p. 252–256. ISSN 1557-5268. DOI: 10.17796/1053-4625-43.4.5.

Kontakt

Mgr. Radka Nováková, DiS.
MUDr. Vojtěch Hrubý
Štěpánská 903, 755 01 Vsetín, Česká republika
novakovadh@gmail.com

PACIENT S METASTATICKÝM POSTIŽENÍM JATER PŘI KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMU PO ÚSPĚŠNĚ PROVEDENÉM ALPPS

PATIENT WITH METASTATIC LIVER DISEASE IN COLORECTAL CANCER AFTER SUCCESSFUL ALPPS

**Matůš Peteja^{1,2}, Milan Lerch¹, Jan Žatecký^{1,2},
Lubomír Martínek², Petr Vávra^{2,3}**

Abstrakt

Uvedená kazuistika popisuje průběh diagnostiky a léčby 51 letého pacienta s kolorektálním karcinomem a metastatickým postižením jater. Nález v játrech byl konvenčními chirurgickými technikami neřešitelný, proto autoři přistoupili k dvoufázové resekci metodou ALPPS. I přes určité potíže způsobené nedostatkem zkušeností s touto metodou, probíhala léčba dobře a pacient primárně diagnostikován ve stadiu M1 žil dalších 5 let.

Klíčová slova

ALPPS, resekce jater, hypertrofie jater

Abstract

This case report shows treatment of 51 years old male-patient with colorectal cancer with metastatic spread into liver. Liver tumors were unresectable by conventional surgical technics, so authors chose two stage resection-ALPPS. Despite of some troubles caused by lack of experiences with this method, treatment went in good way and the patient primarily diagnosed in stadium M1 had been alive for 5 years.

Keywords

ALPPS, liver resection, liver hypertrophy

¹ Chirurgické oddělení, Slezská nemocnice v Opavě

² Katedra chirurgických oborů, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

³ Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

ÚVOD

ALPPS (Associating Liver Partition and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy) je metoda, jejíž dějiny se píší od roku 2012, kdy ji poprvé popsal Schlitt z Regensburgu (Schnitzbauer et al., 2012). Metoda rozvíjí dvouetapovou resekci jater původně popsanou Adamem v roce 2000 (Adam et al., 2000). Mezi první větší skupiny pacientů patří soubory Schnitzbauera, de Santibanese, Torrese, Jun Liu a Knoefela (Schnitzbauer et al., 2012; Alvarez et al., 2013; Torres et al., 2013; Knoefel et al., 2013; Li et al., 2013). Velmi důležitým krokem byl vznik mezinárodního registru v Zurichu pod taktovkou prof. Claviens (Schadde et al., 2014).

Principem metody je dvouetapová operace. V první fázi je provedena ligace pravé portální žíly a splitting jater v linii lig.falciforme. V průběhu druhé fáze je dokončena resekce jater a odstraněn pravý lalok (Alvarez et al., 2013; Knoefel et al., 2013; Li et al., 2013). Cílem výkonu je urychlení hypertrofie jater FLR (future liver remnant), podobně jako je tomu při portální embolizaci (PVE – portal vein embolisation). U ALPPS je však hypertrofie daleko rychlejší – přírůstek 22 %/den proti 3 %/den u PVE (Knoefel et al., 2013).

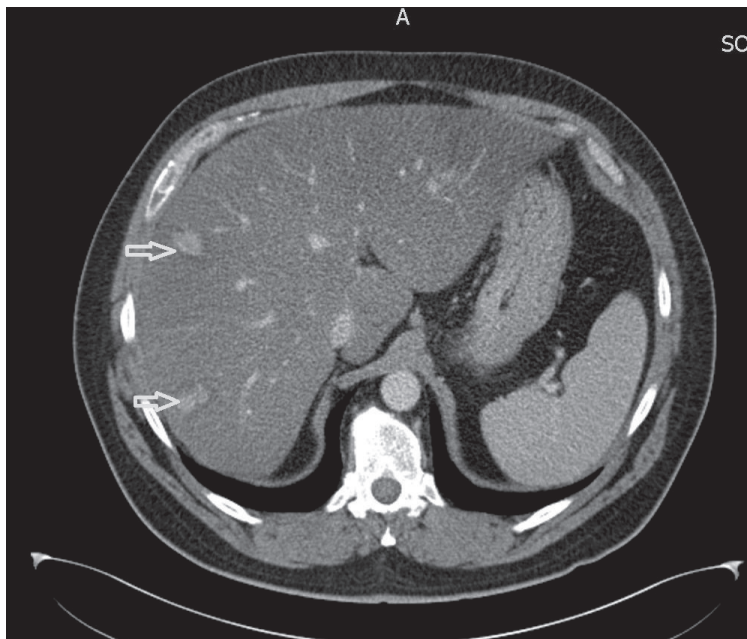
Stinnou stránkou metody ALPPS je zatím vysoké procento morbidita a mortality, přičemž morbidita se pohybuje v rozmezí 53–71 % a mortalita 0–13 % (Schnitzbauer et al., 2012; Knoefel et al., 2013; Li et al., 2013; de Santibañes a Clavien, 2012; Tschuor et al., 2013; Torres et al., 2012). Nicméně i tady dochází k nadějněmu pokroku, protože na základě výsledků ALPPS registru jsou udávány daleko optimističtější čísla – morbidita 27 % a mortalita 9 % (Schadde et al., 2014). Tyto výsledky se dají vysvětlit zpřísněním indikačních kritérií a zlepšením operační techniky.

Autoři by rádi představili prvního pacienta, který podstoupil tuto náročnou operaci na chirurgické klinice Fakultní nemocnice Ostrava.

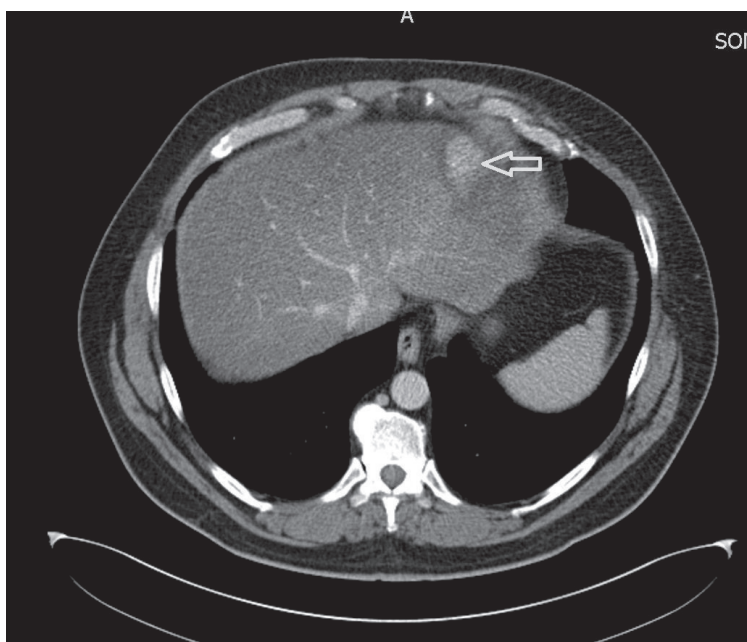
KAZUISTIKA

Pacient je muž, 51 let, diabetik 2. typu na inzulinoterapii, hypertonik na dvojkombinaci antihypertenziv, po prodělané borelióze v roce 2011 a meningitidě v roce 1970. V lednu 2013 mu byl diagnostikován adenokarcinom rektosigmatu a následně byla provedena LSK (laparoskopická) resekce sigmatu s nálezem tumoru ve 20 cm od anokutánního přechodu. Histologicky G1, T3N1 (3/26), M1-játra. Výkon byl pooperačně komplikován abscesem v ráně. Po lokální léčbě byla nakonec provedena resutura kůže v únoru 2013. Dle rozhodnutí onkologického MDT (multidisciplinární tým) byl pacient indikován k adjuvantní chemoterapii. Během dubna až května mu byla podána chemobiologická léčba – Folfiri+Erbitux, celkem 6 aplikací. V červnu 2013 byl proveden restaging pomocí CT. Byla zjištěna progresse nálezu v játrech. Jednotlivá ložiska – S8 12 cm³ a 10 cm³, S2 40 cm³, S7 9,8 cm³, S5 18,8 cm³, 1 cm³, 1 cm³. Následně jsme doplnili volumometrii jater (total liver volume) – TLV 2 978 ml, FLR 698 ml, FLR/TLV 23 %. (Obr. 1–4)

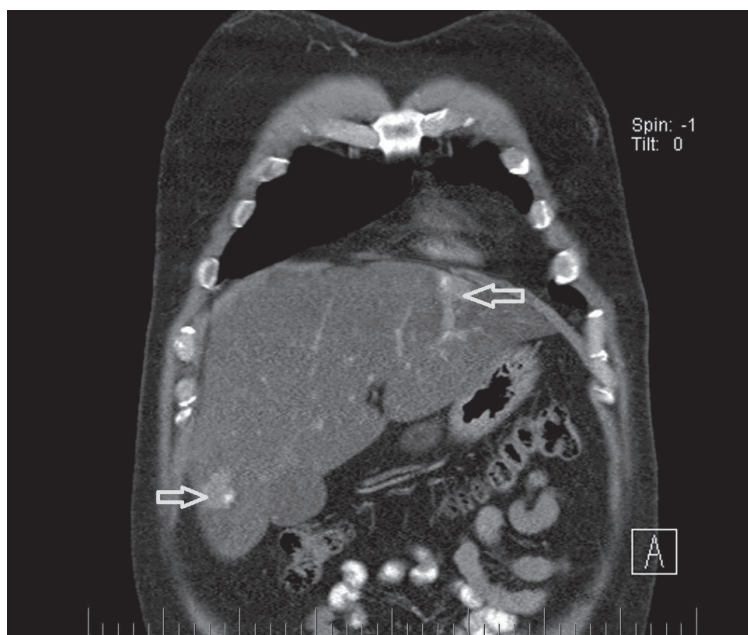
Obr. 1 Metastatické postižení



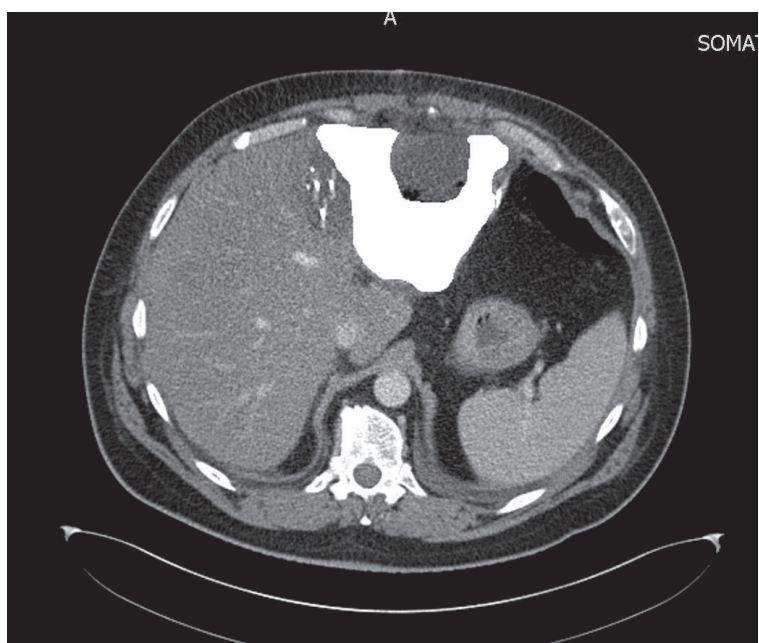
Obr. 2 Metastatické postižení



Obr. 3 Metastatické postižení



Obr. 4 Volumetrie před I. fází

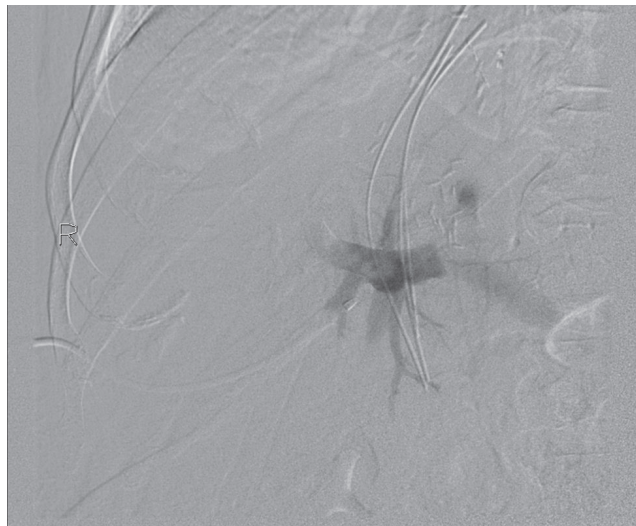


Na základě nálezů jsme pacienta indikovali k ALPPS. 17. 8. 2013 byla provedena I. fáze ALPPS. Operace trvala 420 min s krevní ztrátou 1 500 ml. V pooperačním období jsme zaznamenali pomalý nárůst FLR. Příčinou byla ponechaná dorzální větev pravé portální žíly. 27. 8. 2013 (10. pooperační den) jsme provedli embolizaci dané větve (Obr. 5–6).

Obr. 5 Venografie portálního stromu

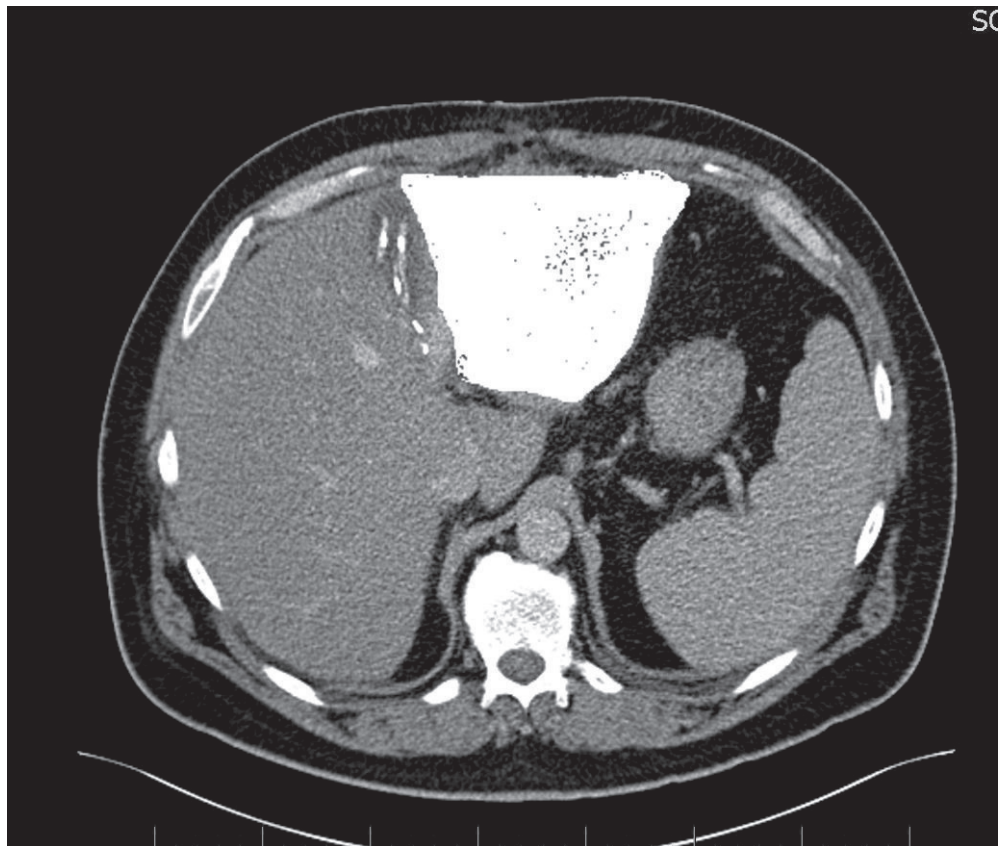


Obr. 6 St.p. embolizaci portální větve



30. 8. (13. pooperační den) následovalo kontrolní CT s nálezem FLR – 807 ml, FLR/TLV 27 %. (Obr. 7)

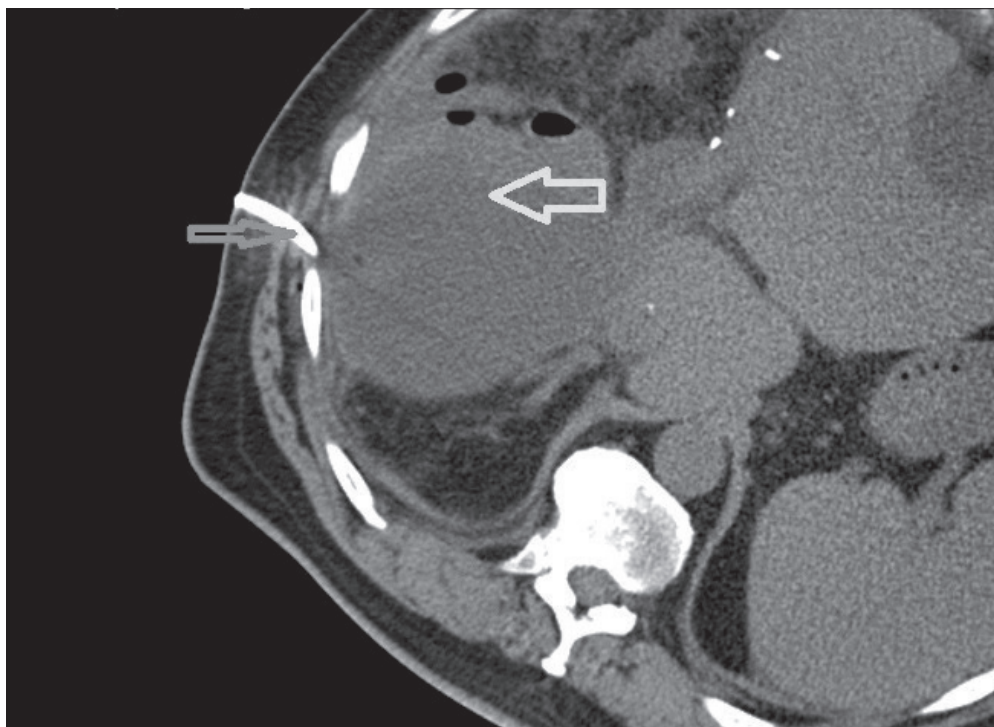
Obr. 7 Volumetrie před II. fází ALPPS



Navzdory hraniční hypertrofii jsme se vzhledem k dobrému klinickému stavu pacienta rozhodli pro jaterní resekci.

Dne 31. 8. (14. pooperační den) následovala II. fáze ALPPS. Operace trvala 300 min s krevní ztrátou 2 000 ml. Pooperačně byl pacient přeložen na KARIM (Klinika anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny) se známkami jaterního selhávání – hypoalbuminémie 17,9 g/l, ascites, bilirubin max 61,9 umol/l. Na CT z 20. 9. 2013 bylo nalezeno abscesové ložisko v pravém subfréniu – řešeno punkcí pod CT kontrolou (Obr. 8).

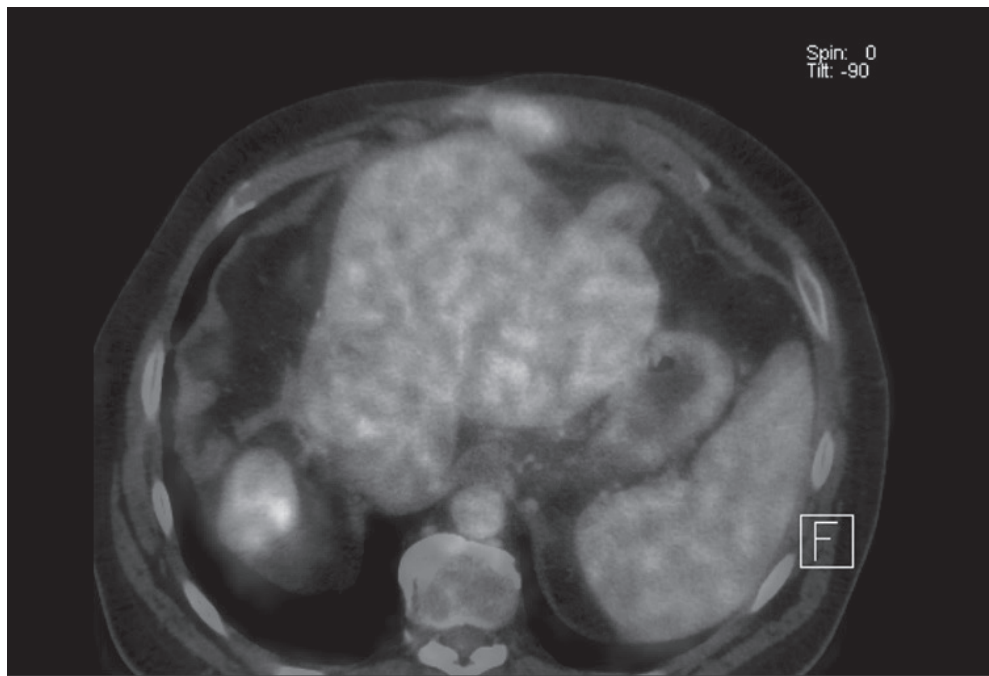
Obr. 8 Abscesové ložisko v pravém subtréniu



V dalším průběhu dochází k postupné úpravě jaterních funkcí. Pacient byl propuštěn 25. 9. 2013 (25. pooperační den po II. fázi).

V rámci pooperačního ambulantního sledování byl v listopadu 2013 zjištěn vzestup CA 19-9 na 74 U/ml a CEA 5,6 U/ml, proto byla indikována onkologická léčba Xelodou. Pro intoleranci pacienta je však léčba ukončena po II. cyklu. V dubnu 2014 bylo provedeno PET-CT – bez nálezu viabilní tumorózní tkáně. V září 2014 znovu dochází k vzestupu CA 19-9 na 110 u/ml. Je indikováno kontrolní PET-CT, které prokazuje recidivu v anastomóze po resekci rektosigmatu – potvrzeno kolonoskopicky. Na základě tohoto nálezu jsme v říjnu 2014 přistoupili k re-resekcii rektosigmatu s double-staplingem a pojistnou ileostomií. Pooperační průběh je bez komplikací, pacient je zhojen per primam. Léčba dále pokračuje adjuvantní radioterapií 56-ti Gy. V březnu 2015 jsme provedli kontrolní PET CT s negativním nálezem. (Obr. 9)

Obr. 9 Poslední PET CT s negativním nálezem na játrech



V květnu 2015 byla plánovaně zrušena ileostomie. V červenci 2015 proběhla pooperační RT lůžka tumoru v oblasti processus xyphoideus, v červnu 2016 byla pro zjištěnou recidivu jaterních metastáz indikována terapie CyberKnife. V dalším roce, duben 2017, provedena Hartmanova resekce stenózy původní anastomózy rekta a následně revize pro abscesové ložisko v presakrální oblasti. Stav bohužel postupně progredoval a pacient zemírá v prosinci 2017.

DISKUSE

Jaterní resekce v rozsahu ALPPS s sebou přináší obrovské riziko snad všech možných chirurgických komplikací, které si dokážeme představit. Když k tomu připočteme navíc odvěkého strašáka hepatálních chirurgů – jaterní selhání s mortalitou nad 30 %, je jasné, že rozhodnutí, zda pacienta indikovat k tomuto výkonu či ne, je úkol nelehký a hlavně nevědný. Po první vlně optimismu přichází vlna zdravé skepse. Indikační kritéria jsou upravována a přibývá zkušeností s operační technikou, resp. technikami. Metoda se vyvíjí, projevuje životaschopnost a snahu udržet se ve zbrojním arzenálu hepatální chirurgie. Napomáhá jí i fakt, že R0 resekce je pořád jedinou šancí na vyléčení nádorového postižení jater. Do budoucna je nutno ještě kvalitněji definovat indikační kritéria, podrobněji

propracovat operační techniky, a pravděpodobně vývoj směřovat na skupinu vybraných pracovišť, které se touto technikou budou zabývat, protože spektrum pacientů vhodných pro tento operační výkon není velký a pořád platí stará chirurgická pravda, že více výkonů na pracovišti ročně dává víc naděje na úspěšný průběh operace.

Naše kazuistika samozřejmě v žádném případě nemá ambice vyslovit jednoznačný verdikt o metodě ALPPS. Vzhledem k tomu, že se jednalo o první výkon tohoto typu na našem pracovišti, objevily se nečekané komplikace – delší doba trvání samotné operace, větší krevní ztráta, nepodvázaná dorzální větev pravé portální žíly. Na druhé straně si musíme uvědomit, že průměrná doba přežití ve IV. stadiu je 9 měsíců a i navzdory komplikacím pacient přežíval dalších skoro 5 let. Na základě těchto zkušeností jsme upravili, stále upravujeme a zdokonalujeme techniku obou fází. Zpřísňujeme indikační pravidla a pečlivěji vybíráme pacienty pro provedení ALPPS. V každém případě významně prodloužený život hned prvního pacienta ve stadiu M1 (IV. stadium) nás naplnil vírou a určitým optimizmem, že tato metoda má smysl a měla by být v indikovaných případech pacientovi nabídnuta jako poslední možnost léčby.

ZÁVĚR

ALPPS je metoda komunitou jaterních chirurgů světa neustále znovu a znovu vyzdvižována a zatracována. Snad o žádné nové chirurgické metodě se nevedou takové rozsáhlé polemiky jako právě o metodě ALPPS. Je nesporné, že je to metoda kontroverzní svou vysokou morbiditou a mortalitou na jedné straně, ale taky metoda plná příslibů a nadějí pro pacienty s primárně inoperabilním postižením jaterního parenchymu. Indikaci k této operaci je třeba stanovit velmi uvážlivě.

Literatura

ADAM, R. et al. Two-stage hepatectomy: A planned strategy to treat irresectable liver tumors. *Annals of surgery* [online]. 2000, vol. 232, no. 6, p. 777–785. ISSN 1528-1140. DOI: 10.1097/00000658-200012000-00006.

ALVAREZ, F. A., ARDILES, V., SANCHEZ CLARIA, R., PEKOLJ, J. and DE SANTIBAÑES, E. Associating Liver Partition and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy (ALPPS): Tips and Tricks. *Journal of gastrointestinal surgery* [online]. 2013, vol. 17, no. 4, p. 814–821. ISSN 1873-4626. DOI: 10.1007/s11605-012-2092-2.

DE SANTIBAÑES, E. and CLAVIEN, P. A. Playing Play-Doh to prevent postoperative liver failure: the “ALPPS” approach. *Annals of surgery*. 2012, vol. 255, no. 3, p. 415–417. ISSN 0003-4932.

KNOEFEL, W. T. et al. In situ liver transection with portal vein ligation for rapid growth of the future liver remnant in two-stage liver resection. *The British journal of surgery*. 2013, vol. 100, no. 3, p. 388–394. ISSN 0007-1323.

LI, J., GIROTTI, P., KÖNIGSRAINER, I., LADURNER, R., KÖNIGSRAINER, A. and NADALIN, S. ALPPS in Right Trisectionectomy: a Safe Procedure to Avoid Postoperative Liver Failure?. *Journal of gastrointestinal surgery*. 2013, vol. 17, no. 5, p. 956–961. ISSN 1091-255X.

SCHADDE, E. et al. Early survival and safety of ALPPS: first report of the International ALPPS Registry. *Annals of surgery* [online]. 2014, vol. 260, no. 5, p. 829–836; discussion 836–838. ISSN 1528-1140. DOI: 10.1097/SLA.0000000000000947.

SCHNITZBAUER, A. A. et al. Right portal vein ligation combined with in situ splitting induces rapid left lateral liver lobe hypertrophy enabling two-staged extended right hepatic resection in small-for-size settings. *Annals of surgery*. 2012, vol. 255, no. 3, p. 405–414. ISSN 0003-4932.

TORRES, O. J. et al. Associating liver partition and portal vein ligation for staged hepatectomy (ALPPS): the Brazilian experience. *Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva: ABCD = Brazilian archives of digestive surgery* [online]. 2013, vol. 26, no. 1, p. 40–43. [cit. 25. 9. 2013]. ISSN 2317-6326. DOI: 10.1590/s0102-67202013000100009.

TORRES, O. J., MORAES-JUNIOR, J. M., LIMA, N. C. and MORAES, A. M. Associating liver partition and portal vein ligation for staged hepatectomy (ALPPS): a new approach in liver resections. *Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva: ABCD = Brazilian archives of digestive surgery*. 2012, vol. 25, no. 4, p. 290–292. ISSN 0102-6720.

TSCHUOR, CH. et al. Salvage parenchymal liver transection for patients with insufficient volume increase after portal vein occlusion – An extension of the ALPPS approach. *European journal of surgical oncology*. 2013, vol. 39, no. 11, p. 1230–1235. ISSN 0748-7983.

Kontakt

MUDr. Matúš Peteja, Ph.D.
Slezská nemocnice v Opavě, Chirurgické oddělení
Olomoucká 470/86, 746 01 Opava, Česká republika
matus.peteja@snopava.cz

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

STRES A SYNDROM VYHOŘENÍ V PROFESI PORODNÍCH ASISTENTEK

STRESS AND BURNOUT IN THE PROFESSION OF MIDWIVES

Daniela Nedvědová¹

Abstrakt

Východiska: Porodní asistence je krásné, ale zároveň stresující povolání. V kombinaci s negativními faktory, může u porodních asistentek docházet k narušení jejich subjektivní pohody a psychického zdraví. To se projeví vznikem stresu a následně syndromem vyhoření u porodních asistentek.

Cíl: Cílem práce bylo identifikovat faktory, které vedou ke stresu a k syndromu vyhoření v profesi porodních asistentek. Design studie byl zvolen literární přehled.

Metody: Do literárního přehledu byly zahrnuty pouze plné texty odborných článků publikované v anglickém jazyce v letech 2017–2018, které prezentovaly výsledky studií vztahující se k problematice stresu a syndromu vyhoření konkrétně jen u porodních asistentek; nikoliv u jiných zdravotnických pracovníků. Zdrojem dat byly zahraniční, odborné licencované elektronické databáze CINAHL, Science Direct, Wiley Library Online. Z původních 95 studií bylo 86 vyřazeno a do literárního přehledu bylo ve finální fázi zařazeno 9 relevantních studií.

Výsledky: Z výsledků literárního přehledu je zřejmé, že ke vzniku stresu a syndromu vyhoření v profesi porodních asistentek přispívá řada negativních faktorů. Mezi negativní faktory patří nedostatek profesního uznání a ocenění, nedostatečná podpora ze strany managementu nebo ze strany kolegů, nedostatek příležitostí k profesnímu růstu, směnná práce, dlouhá pracovní doba, nedostatečný počet personálu, vysoké pracovní zatížení a nízká autonomie porodních asistentek. Tyto dissatisfactory mají také negativní dopad na pracovní spokojenost porodních asistentek.

Závěr: Literární přehled prezentuje faktory, které přispívají ke stresu a k syndromu vyhoření v profesi porodních asistentek. Stres a syndrom vyhoření následně přispívají k pracovní nespokojenosti porodních asistentek. Ta se může negativně projevit v kvalitě poskytované péče porodními asistentkami. Manažeři ošetrovatelské péče by se měli zaměřit na zjišťování těchto faktorů a následně podnikat kroky (nápravná opatření) k jejich eliminaci.

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

Klíčová slova

stres, syndrom vyhoření, porodní asistentky

Abstract

Background: Midwifery is a beautiful but stressful profession. In combination with negative factors, midwives may impair their subjective well-being and mental health. This is manifested by stress and burnout in midwives.

Aim: The aim of this work was to create an review of factors that lead to stress and burnout in the profession of midwives. Design of the study was chosen literature review.

Methods: Only full texts of professional articles published in English in 2017–2018 were included in the literature review and presented the results of studies related to stress and burnout syndrome specifically in midwives only; not other healthcare professionals. The source of the data were foreign, professional licensed electronic databases CINAHL, Science Direct, Wiley Library Online. Of the original 95 studies, 86 were discarded and 9 relevant studies were included in the literature review at the final stage.

Results: It is clear from the results of the literature review that a number of negative factors contribute to the development of stress and burnout in the profession of midwives. These factors have a negative impact on midwifery job satisfaction. Negative factors include lack of professional recognition and appreciation, insufficient support from management or colleagues, lack of career development opportunities, shift work, long working hours, insufficient staffing, high workloads and low autonomy of midwives.

Conclusion: The literature review presents factors contributing to stress in the midwifery profession and leading to burnout. The stress and burnout then contribute to the job dissatisfaction of midwives. This may have a negative effect on the quality of the care provided by midwives. Nursing managers should focus on identifying these factors and then take action to remedy them.

Keywords

stress, burnout, midwives

ÚVOD

Ošetřovatelství a porodní asistence jsou obě stresující povolání, která mohou narušovat psychické i fyzické zdraví sester nebo porodních asistentek (Fedele, 2017). Profese porodních asistentek je stresující povolání, které je emočně i fyzicky náročné a vyžaduje velkou koncentraci a zručnost (Sato a Adachi, 2013). Porodní asistentky poskytují péči ženám, jejichž celé období těhotenství, porodu a šestinedělí probíhá fyziologicky. To porodní asistentce přináší subjektivní pohodu a také uspokojení z práce. Pokud je navíc ještě vztah mezi klientkou a porodní asistentkou umocněn pozitivní vazbou, je to pro porodní asistentku další benefit. Porodní asistentky se dostávají do styku také se ženami, které projevují úzkost, bolest, strach, smutek, zažily nějakou traumatizující událost (potrat, ...). Těmto ženám se porodní asistentky snaží naslouchat, pomoci, být jim oporou a podporou. V těchto situacích může docházet u porodních asistentek k emočnímu vyčerpání, stresu a následně ke vzniku syndromu vyhoření (Creedy et al., 2017). To vše se může negativně odrazit v kvalitě péče, která je poskytována klientkám. V dnešní době je problematika stresu a syndromu vyhoření u porodních asistentek i jiných zdravotnických profesí velmi aktuální problematikou.

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Cíl práce

Cílem práce bylo identifikovat faktory, které vedou ke stresu a k syndromu vyhoření v profesi porodních asistentek.

Metodika

Analýza relevantních studií byla provedena na základě systematického vyhledávání zdrojů v odborných licencovaných elektronických databázích. Design studie byl zvolen literární přehled.

Výběrová kritéria

Podmínkou pro zařazení odborných textů do literárního přehledu bylo jejich publikování v anglickém jazyce v letech 2017, 2018. Byly vyhledávány pouze plné texty odborných článků, které prezentovaly výsledky studií vztahující se k problematice stresu a k syndromu vyhoření konkrétně jen u porodních asistentek; odborné texty zahrnující jiné zdravotnické profese (sestry, lékaře, ...) nebyly do studie zahrnuty. Do literárního přehledu byly zařazeny výzkumné studie různého designu.

Zdroje

Zdrojem dat byly odborné licencované elektronické databáze: CINAHL, Science Direct, Wiley Library Online.

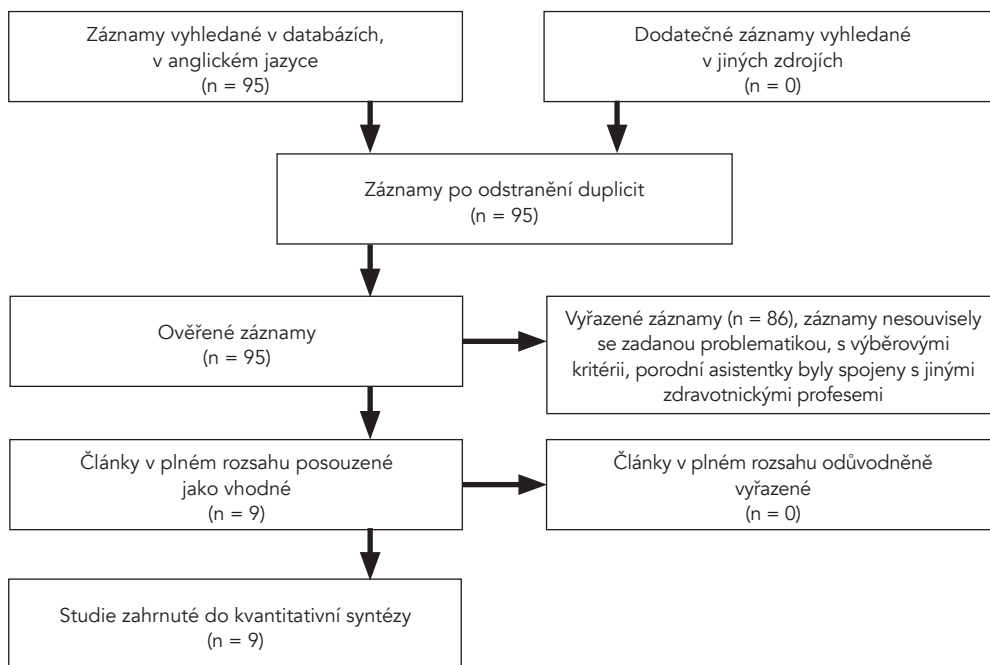
Vyhledávání

Pro vyhledávání v zahraničních databázích byla použita klíčová slova: stress, burnout, midwives (v českém jazyce slova: stres, syndrom vyhoření, porodní asistentky). Při zadávání klíčových slov byl využit Booleovský operátor AND. Synonyma ke klíčovým slovům nebyla zadávána.

Výběr a analýza studií

Při výběru a třídění studií bylo postupováno dle doporučené struktury pro přehledové studie PRISMA (Moher et al., 2009) (schéma 1). Počáteční fáze přehledové studie byla zaměřená na všechny záznamy vyhledané v databázích dle zadaných klíčových slov a výběrových kritérií. Duplicitní záznamy nebyly v databázích nalezeny. Zásledované období bylo nalezeno celkem 95 záznamů. Poté byly prostudovány abstrakty recenzovaných článků a byly vyřazeny záznamy (86), jejichž obsah nesouvisel se zadanou problematikou, neodpovídal výběrovým kritériím. Vzhledem k zaměřenosti přehledové studie na zjištění faktorů vedoucích ke stresu a k syndromu vyhoření v profesi porodních asistentek bylo nalezeno mnoho článků, ve kterých byly zkoumány porodní asistentky spolu se sestrami nebo s jinými zdravotnickými pracovníky. Z těchto důvodů byly záznamy také vyřazeny. V poslední fázi bylo nalezeno 9 záznamů v plném rozsahu, které byly posouzené jako vhodné a které odpovídaly stanoveným kritériím. Jednalo se převážně o kvantitativní studie a dvě přehledové studie.

Schéma 1 Přehled výběru a třídění kvantitativních studií k pracovní spokojenosti porodních asistentek



VÝSLEDKY LITERÁRNÍHO PŘEHLEDU

Stres v práci porodní asistentky

Studie v oblasti stresu a syndromu vyhoření jsou (konkrétně jen u porodních asistentek) velmi sporadické. Výsledky pojednávají častěji o syndromu vyhoření než o stresu. Ve většině studií se tyto dvě proměnné zkoumají společně. Podle Komárkové et al. (2001) vzniká stres tehdy, působí-li na člověka nadměrně silný vnější či vnitřní podnět (stresor) dlouhou dobu nebo ocitne-li se člověk v nesnesitelné situaci, již se nemůže vyhnout a již vnímá jako ohrožení svého tělesného a duševního blaha. Jak uvádí Purohit a Vasava (2017) stres může mít mnoho příčin – osobní, rodinné, pracovní. Při zaměření se na osobní příčiny stresu, byly identifikovány tři druhy stresu, které se týkají z psychologického hlediska, výhradně role člověka, kterou ve svém životě zastává. První druh osobního stresu je přetížení role člověka, kterou zastává (empatie porodní asistentky, emoční vyčerpání porodních asistentek, ...), druhým druhem osobního stresu je rolová nejednoznačnost a třetím druhem osobního stresu je konflikt rolí (Purohit a Vasava, 2017). Mezi pracovní stresory se řadí pracovní zátěž, nevhodné pracovní podmínky, velká zodpovědnost, pracovní nejistota, nedostatečný kariérní postup, konfliktní vztahy na pracovišti, konflikt práce s rodinou, vysoká fluktuace zaměstnanců, nízká pracovní spokojenost, nedostatečný počet personálu, nedostatečný čas na poskytnutí kvalitní péče klientce, nedostatečné ocenění a uznání ze strany spolupracovníků a managementu, apod. Tyto stresory vedou ke zvyšujícím se příznakům fyzické a psychické zátěže pracovníka. Z hlediska pracovníka je velmi významná jeho individuální odolnost vůči zátěži a zvládání stresu pro zvládání různých pracovních situací. Na zvládání zátěže má vliv styl chování (vlastnosti), vzdělání, schopnosti, dovednosti, znalosti, zkušenosti, zvyky, návyky a biologické vlastnosti, kterými jsou věk, pohlaví, aktuální zdravotní stav (Kocianová, 2010; Purohit a Vasava, 2017; Manyisa a van Aswegen, 2017; Creedy et al., 2017). Manyisa a van Aswegen (2017) se ve své studii zaměřili na pracovní zatížení a uvádějí, že nepravidelné a dlouhé pracovní hodiny, včetně nočních směn jsou typické pro ošetrovateľské a lékařské profese, navzdory skutečnosti, že pracovní směnnost ovlivňuje zdraví i bezpečnost práce. Nepravidelné pracovní hodiny, dlouhá pracovní doba, noční směny představují vážná fyzická, psychická i sociální rizika pro člověka. Jak akutní, tak chronické zdravotní problémy jsou spojovány právě se směnností práce. Nepravidelné směny mají negativní vliv na cirkadiánní rytmus člověka a vedou k vážným metabolickým onemocněním a k psychickým problémům (obezita, gastrointestinální problémy, kardiovaskulární problémy, infekční onemocnění, svalové a nervové problémy). S pracovní směnností jsou spojovány také deprese a suicidální myšlenky. Příčinami rodinného stresu jsou nevyváženost rodinného / pracovního života, dysfunkční manželství. Tato studie potvrzuje u porodních asistentek užívání tabáku, drog a alkoholu a také dopravní nehody jako následek stresu. Podle výše uvedených autorů je dokázáno, že dlouhá a nepravidelná pracovní doba je spojována s menší bezpečností při práci, pracovními pochybeními, výše zmíněnými dopravními nehodami, poraněními a úrazy ve spojitosti s únavou. Podle Purohit a Vasava (2017) je pracovní stres (pracovní zatížení) globální problém a je spojován s nízkou pracovní spokojeností, vysokou fluktuací

zaměstnanců a se zvyšujícími se příznaky fyzické a psychické zátěže. Tyto potom mohou vyústit v syndrom vyhoření porodních asistentek. Za fluktuací porodních asistentek nestojí jen pracovní stres, ale také touha po větších profesních příležitostech a kariérním růstu, touha po lepším platu a po lepších pracovních podmínkách (Manyisa a van Aswegen, 2017).

Syndrom vyhoření v práci porodní asistentky

K identifikaci syndromu vyhoření byl v literárním přehledu nejčastěji využíván standardizovaný nástroj Copenhagen Burnout Inventory (CBI). V nalezených studiích měly podle CBI všechny porodní asistentky zkušenost se syndromem vyhoření (pracovním, osobním). Syndrom vyhoření u porodních asistentek docházel z důvodu nedostatečného profesního uznání a ocenění, z nedostatečného profesního růstu, z důvodu dysbalance rodinného / pracovního života a z důvodu práce v nemocničním zařízení. Creed et al. (2017) popisuje vznik syndromu vyhoření na základě dlouhotrvajícího stresu. Syndrom vyhoření je běžně pojmenováván jako multidimensionální syndrom skládající se ze tří komponentů: emoční vyčerpání, depersonalizace a nedosažení osobních cílů. Vyskytuje se hlavně u těch profesí, kde je hlavní náplní práce, práce s lidmi. Pracovníci často přebírají problémy svých pacientů, snaží se uspokojit jejich potřeby, zatímco ty vlastní odsouvají do pozadí. Zaměstnání se tak stává celoživotní náplní. Profese porodní asistentky je založena na vztahu mezi porodní asistentkou a ženou. Někdy je nutné pro porodní asistentku vytvořit si vztah i s nesympatickým člověkem, což také není jednoduché. Proto se porodní asistentky řadí také mezi ohroženou skupinu. Psychická pohoda porodních asistentek může být ohrožena řadou stresových faktorů. Právě stres v práci porodních asistentek může vést až ke vzniku syndromu vyhoření. Dle Dixona et al. (2017) je syndrom vyhoření spojovaný se zaměstnáním a je charakterizovaný jako stav emočního, fyzického a psychického vyčerpání a je brán jako odpověď na vysokou úroveň stresu. Profese jako lékaři, zdravotní sestry, porodní asistentky, ale i učitelé mají vysokou prevalenci syndromu vyhoření. Nedostatek podpory ze strany vedení, nemožnost profesního růstu, nemožnost mít práci pod kontrolou, nevyhovující vztahy s klientkami nebo s kolegy na pracovišti jsou důvody pro odchod porodních asistentek z profese. Pokud porodní asistentky pracují ve velmi zaneprázdněném pracovním prostředí, cítí neschopnost poskytovat kvalitní péči ženám, klientkám a tím se zvyšuje u porodních asistentek stres, který vede k odchodu porodních asistentek z profese. Fenwick et al. (2017) charakterizují syndrom vyhoření následovně. Syndrom vyhoření je forma psychického stresu, který je charakterizován vyčerpáním, nedostatkem nadšení a motivace, pocity zbytečnosti na pracovním místě (Fenwick et al., 2017). Jeho vznik je ovlivněn řadou stresových faktorů. Osobní faktory zahrnují věk, pohlaví, stav a počet dětí. Profesní faktory zahrnují počet let v praxi porodní asistentky, vzdělání, záměr opustit profesi a pracovní faktory zahrnují pracovní oblast práce, formu zaměstnání (OSVČ nebo zaměstnankyně v nemocnici) a pracovní dobu (hodiny). Fenwick et al. ve svých studiích poukazují na fakt, že osobní i pracovní faktory vedou ke vzniku syndromu vyhoření u porodních asistentek. Největší podíl nese nespokojenost s vyvážeností rodinného / pracovního života. V další studii (Fenwick et al.,

2018) byly mezi sebou porovnávány porodní asistentky pracující v terénu a v nemocnici. Z výsledků studie vyplynulo, že porodní asistentky zajišťující kontinuální péči (pracují tedy v terénu) mají nižší riziko vzniku syndromu vyhoření a vykazují vyšší úroveň autonomie ve své práci. Toto zjištění potvrzuje také Dawson et al. (2018). Jepsen et al. (2017) ve své studii zjišťovali jak porodní modely péče, které jsou poskytovány porodními asistentkami, vedou k syndromu vyhoření porodních asistentek. Caseload porodnický model péče je model péče zaměřující se na kontinuitu péče o jednu ženu v době těhotenství, porodu a po porodu, kterou poskytuje jedna nebo dvě porodní asistentky a se kterými žena udržuje v této době vztah. Porodní asistentky se o tuto ženu starají. Porodní asistentky pracují často v páru a tento model péče zahrnuje také, že porodní asistentky jsou ženám k dispozici na telefonu a také pracují v těhotenských poradnách. Bylo zjištěno, že tyto porodní asistentky mají menší míru syndromu vyhoření než ty porodní asistentky, které pečují v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí o více neznámých žen. Přehled studií zabývajících se stresem a syndromem vyhoření u porodních asistentek v roce 2017 a 2018 prezentuje tabulka č. 1.

Tab. 1 Přehled studií zabývajících se stresem a syndromem vyhoření u porodních asistentek

Autor	Typ studie	Cíl	Nástroj	Soubor	Výsledek
Creedy et al. (2017) (Austrálie)	Kvantitativní studie	Zjistit prevalenci výskytu syndromu vyhoření, deprese, úzkosti a stresu u australských porodních asistentek.	Copenhagen Burnout Inventory (CBI) Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)	4 600 porodních asistentek	Až 64,9 % porodních asistentek uvedlo osobní syndrom vyhoření, 43,8 % uvedlo syndrom vyhoření v souvislosti se zaměstnáním a 10,4 % uvedlo syndrom vyhoření v souvislosti s klienty. Všechny subškály CBI významně korelovaly s depresí, úzkostí a stresem.
Purohit, Vasava (2017) (Indie)	Kvantitativní studie	Zaměřit se na stres indických porodních asistentek jako na příčinu nízké pracovní motivace, nízké pracovní spokojenosti a syndromu vyhoření. Zkoumat role člověka, které zastává.	Organizational Role Stress (ORS)	84 porodních asistentek	Lidé mají velká očekávání od porodních asistentek a tím dochází k přetížení rolí porodních asistentek, k nejednoznačnosti rolí a ke konfliktům rolí u porodních asistentek.
Dixon et al. (2017) (Nový Zéland)	Kvantitativní studie	Porovnat demografické a pracovní proměnné porodních asistentek na Novém Zélandě (porodní asistentky byly rozděleny do tří skupin – OSVČ, zaměstnané v nemocnici a OSVČ a zaměstnané dohromady). Zjistit faktory, které jsou spojovány se syndromem vyhoření u těchto tří skupin.	Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS – 21) Copenhagen Burnout Inventory (CBI) Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale (PEMS) Practice Environment Scale (PES)	1 073 porodních asistentek	Zaměstnané porodní asistentky měly vyšší úroveň osobního a pracovního syndromu vyhoření než ostatní dvě skupiny. Za příčiny syndromu vyhoření uváděly nejčastěji nedostatek profesního uznání a ocenění a nedostatek příležitostí k profesnímu růstu.

Autor	Typ studie	Cíl	Nástroj	Soubor	Výsledek
Jepsen et al. (2017) (Dánsko)	Kvantitativní studie	Zjistit úroveň syndromu vyhoření mezi porodními asistentkami, které poskytují různé modely porodnické péče.	Copenhagen Burnout Inventory (CBI)	50 porodních asistentek	V porodnickém modelu tzv. Caseload, který je poskytován porodními asistentkami ženám, byly výsledky skóre syndromu vyhoření nejnižší.
Manyisa, van Aswegen (2017) (Jižní Afrika)	Přehledová studie	Zjistit faktory, které ovlivňují pracovní podmínky v nemocnicích a následně přispívají k syndromu vyhoření a stresu.	Přehledová studie		Pracovní zatížení, HIV/AIDS, směnná práce, dlouhá pracovní doba, chudá infrastruktura, neadekvátní zdroje, nedostatečný počet personálu jsou hlavní faktory, které přispívají k chudým pracovním podmínkám.
Fenwick et al. (2018) (Austrálie)	Kvantitativní studie	Porovnat emoční a profesní subjektivní pohodu (wellbeing) a spokojenost s volným časem a vyvážeností rodinného a pracovního života mezi porodními asistentkami, které poskytují kontinuální péči ženám (pracují v terénu) a mezi porodními asistentkami, jež pracují v nemocnici.	Copenhagen Burnout Inventory (CBI) Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS – 21) Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale (PEMS)	862 porodních asistentek	Porodní asistentky poskytující kontinuální péči ženám vykazovaly nižší riziko syndromu vyhoření, úzkosti a deprese než porodní asistentky pracující v nemocnici. Tyto porodní asistentky vykazovaly také vyšší úroveň autonomie v porovnání s porodními asistentkami v nemocnicích.
Dawson et al. (2018) (Austrálie)	Průřezová studie	Porovnat úroveň syndromu vyhoření mezi porodními asistentkami pracujícími v terénu a v nemocnici.	Copenhagen Burnout Inventory (CBI) Midwifery Process Questionnaire (MPQ)	542 porodních asistentek	Porodní asistentky pracující v terénu mají pozitivnější přístup k práci a vykazují nižší rizika ke vzniku syndromu vyhoření.
Cramer, Hunter (2019) (Velká Británie)	Přehledová studie	Posoudit vztah mezi pracovními podmínkami a emoční pohodou porodních asistentek.	Přehledová studie		Špatná emoční pohoda u porodních asistentek souvisí s pracovními podmínkami (nedostatek personálu, vysoké pracovní zatížení, nízká podpora ze strany kolegů, nemožnost kariérního růstu, nízká autonomie.

VÝSTUPY (DISKUZE)

Emoční úzkost u porodních asistentek vede k vysokému riziku vzniku syndromu vyhoření (Cramer a Hunter, 2019). Syndrom vyhoření je spojován s nedostatečnou podporou ze strany kolegů, s konflikty s vedením a s dlouhou pracovní dobou, která následně narušuje rodinný život. To vede ke vzniku stresu, úzkosti a somatickým problémům. Výsledkem všech těchto faktorů může být nízká pracovní spokojenost porodních asistentek (Cramer a Hunter, 2019). Stresové faktory bývají nazývány stresory a v práci lze za ně považovat směnnou pracovní dobu (hlavní noční práci), vysokou zodpovědnost, nedostatek pokračujícího vzdělání, nedostatečný počet zaměstnanců a konflikty na pracovišti. Nicméně pro každou profesi jsou stresory odlišné. V práci porodních asistentek ovlivňuje stres jejich zdraví a kvalitu práce. Studie ukazují, že profese porodní asistentky je velmi emočně náročná a stres a syndrom vyhoření přispívají ke vzniku psychických problémů (Knezevic et al., 2011). Ve výzkumu realizovaném Patersonem et al. (2010), byla největším problémem porodních asistentek deprese, úzkost, spánkové poruchy a vysoké pracovní zatížení. V dalším výzkumu provedeném Mollartem et al. (2013) porodní asistentky trpěly emočním vyčerpáním, taktéž depresemi, syndromem vyhoření a nedostatkem osobního růstu (dosažení, sebehodnocení). Na stres v práci porodních asistentek se zaměřili také Sato a Adachi (2013). Z jejich studie vyplynulo, že porodní asistentky pociťovaly pracovní zatížení a fyzickou náročnost práce. Často se u nich objevovaly příznaky hostility, únavy, vyčerpání a deprese. Pracovním stresem se zabývali také Dorrian a Paterson (2011), kteří zjišťovali vliv stresu a nedostatku spánku na chování porodních asistentek. Potvrdili, že se u porodních asistentek objevují poruchy spánku, únava a dokonce i dopravní nehody při návratu domů ze zaměstnání. Tyto problémy porodní asistentky řešily nadměrnou konzumací kofeinu, léků na spaní a alkoholu. Stresové faktory v práci porodních asistentek identifikovali také Wheeler a Riding (1994). Mezi největší stresory patřilo pracovní zatížení a nedostatek času na práci. Za pracovní zatížení pokládaly porodní asistentky nedostatek personálu, nadměrnou práci s dokumentací a nedostatečný čas k plnění daných úkolů. Stres ve své práci potvrzovaly také porodní asistentky ve studii autorů Mackin a Sinclair (1998), které byly navíc frustrovány interpersonálními vztahy s lékaři. Vlivem pracovního zatížení na náladu a na chování porodních asistentek se zabývali Paterson et al. (2010). Z jejich výzkumu bylo zřejmé, že porodní asistentky měly osobní zkušenosti s depresemi, úzkostí a poruchami spánku. Denní směny představovaly pro mnohé z nich stres, strach a méně pocitů štěstí, naopak noční směny byly obrazem zvýšené únavy a celkové pasivity. Pracovní zatížení negativně ovlivňovalo jejich náladu a negativní dopady mělo také na jejich pracovní spokojenost. Profese porodních asistentek je stresující povolání, které je fyzicky náročné a vyžaduje velkou koncentraci a zručnost (Sato a Adachi, 2013), velké pracovní úsilí a aktivitu (Tummers a Den Dulk, 2013). Práce na směny je spojována s kratší dobou spánku, zvyšující se nespavostí, narušením cirkadiánních rytmů, únavou a zdravotními problémy. Dlouhá a nepravidelná pracovní doba, nedostatek spánku, vyčerpání snižují pracovní spokojenost (Dorrian a Paterson, 2011). Mackin a Sinclair (1998) popisují, že porodní asistentky ve své profesi vnímají nedostatečné využívání praktických dovedností a znalostí a za nedostatečné považují také finanční ohodnocení.

Právě nedostatečné finanční ohodnocení je často diskutovaným tématem a bývá považováno za jeden z hlavních důvodů odchodu z profese (Shen, Cox a McBride, 2004). Profese porodní asistentky vyžaduje vysokou kvalifikaci a je prospěšná společnosti. Proto by měla být zvyšována pracovní saturace a snižována fluktuace porodních asistentek. Práce porodní asistentky se jeví na různých odděleních odlišně. Jednotlivá oddělení se od sebe mohou lišit pracovní náplní, náročností a organizací práce, skladbou žen, prováděnými výkony, problematikou apod. Porodní asistentka může působit na porodním sále, na ambulanci, na oddělení rizikových a patologických těhotných, na gynekologii, ... Všechna zmiňovaná oddělení mají jedno společné, a to ženu. Práce na všech výše jmenovaných odděleních je náročná a klade vysoké nároky na psychiku porodní asistentky a její odolnost vůči stresu. Porodní asistentka by měla projevovat pozitivní emoce, vykazovat vysokou míru empatie a odpovědnosti. Nároky na odborné znalosti a praktické dovednosti, pozornost a rozhodnost, to vše jsou požadavky, které jsou kladeny na porodní asistentky a mohou se stát rizikovým faktorem ke vzniku syndromu vyhoření. Pro porodní asistentku je také velmi důležitá pochvala, uznání, ocenění a poděkování za péči ze strany klientky. Pokud klientka toto neprojeví, může docházet ke snižování sebehodnocení porodní asistentky a je zde absence pocitu uspokojení z práce. K syndromu vyhoření také výrazně přispívá fyzické vyčerpání. Jednání a postoj porodní asistentky se promítá do prožívání klientek a do celkového zážitku z porodu a z poporodní péče. Je-li porodní asistentka postižena vyhořením, projeví se to také na kvalitě poskytované péče a na kvalitě života postiženého pracovníka. Sama porodní asistentka je také jenom žena, se svými potřebami, přáními, tužbami i starostmi jako každý jiný člověk. Proto by porodní asistentka měla žít a pracovat v takovém prostředí, ve kterém nalezne pozitivní energii a uspokojení. Těžké pracovní podmínky, dlouhá pracovní doba a vnímání špatných pracovních podmínek mohou vést k syndromu vyhoření, k pracovní nespokojenosti a následně k nízké kvalitě péče. Janáčková (2008 in Venglářová et al., 2011, s. 23) definuje syndrom vyhoření takto: „Termín burn-out – syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení – popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocenění a negativní postoje k povolání“. Křivohlavý (2009 in Venglářová et al., 2011) popisuje syndrom vyhoření jako psychosomatické onemocnění, kdy dochází k fyzickému, psychickému a emocionálnímu vyčerpání organismu. Je projevem dlouhotrvajícího a nadměrného stresu. Kallwass (2007) charakterizuje syndrom vyhoření jako stav extrémního vyčerpání, kdy dochází k poklesu výkonnosti a k výskytu psychosomatických potíží, které ovlivňují pracovní, soukromý, ale i duchovní život. Mollart et al. (2013) ukázali, že i demografické faktory (délka a místo zaměstnání, postoj ke své profesi, směnnost práce a úroveň vzdělání) se mohou podílet na vzniku syndromu vyhoření. Dle Kociánové (2010) k syndromu vyhoření dále přispívají nadměrná emocionální zátěž, které jsou porodní asistentky ve své profesi vystaveny, nedostatečná podpora ze strany nadřízených, nedostatek autonomie, špatné pracovní podmínky a organizace práce, konflikt rolí, nedostatečný vztah k organizaci a k profesi. Maslach a Jackson (1981 in Yoshida a Sandall, 2013) definovali syndrom vyhoření jako syndrom emočního vyčerpání, depersonalizace a nedostatečného osobního ocenění.

Tento syndrom později vede k fluktuaci porodních asistentek (Yoshida a Sandall, 2013). Dle Dorriana a Patersona (2011) směnnost pracovní doby, především noční, vede ke zvyšování úrovně stresu a vyčerpání a k nadměrnému užívání kofeinu a medikamentů na spaní. To vše se odráží v nezdravém životním stylu zdravotnických pracovníků, což může snižovat jejich pracovní spokojenost. Porodní asistentky se setkávají ve své profesi se stresem díky neustálému kontaktu s druhými lidmi a zodpovědností za jejich životy, intenzivní péči, psychickou podporou, setkávání se se smrtí a dalšími zatěžujícími situacemi. V dnešní době plné spěchu, kdy přibývá různých problémů, ať už v rodinném životě, pracovních kolektivech, v době, kdy přístrojová technika nahrazuje lidský kontakt, je problematika stresu u porodních asistentek i jiných zdravotnických profesí velmi běžnou problematikou. Ve studii se také ukázalo, že stres a syndrom vyhoření bývají často spojovány s pracovní nespokojeností zdravotnických pracovníků. Jedná se o důsledek dlouhodobě působícího stresu. Spokojená porodní asistentka má tendenci být více produktivní. Porodní asistentky, vedle dalších pracovníků, hrají klíčovou roli v úspěchu organizace. I když výzkumy v ošetrovatelství ukázaly různé úrovně pracovní spokojenosti, prediktory pracovní spokojenosti bývají relativně podobné a zahrnují pracovní podmínky, vztahy s kolegy a vedením, plat, propagaci, bezpečnost zaměstnanců, odpovědnost a pracovní dobu (Lorber a Skela Savič, 2012). Dle Ivanové, Nakládalové a Vévody (2012) lze za nejsilnější negativní demotivující faktory v ošetrovatelské praxi považovat psychickou zátěž, náročnost povolání a stres. Nedostatečné finanční ohodnocení v kombinaci se specifickou pracovní zátěží, kombinující náročné psychické a fyzické požadavky, se tak může stát časovanou bombou fluktuace zdravotnických pracovníků. Vysokou fluktuaci zdravotnických pracovníků a následně jejich odchod z profese v souvislosti s pracovním stresem potvrzuje také Shader et al. (2001 in Sveinsdóttir, Biering a Ramel, 2006). Profese porodních asistentek je stresující povolání, které vyžaduje fyzickou náročnost, koncentraci a psychomotorické dovednosti (praktické) (Sato a Adachi, 2013). Uspokojení z práce je způsob, jakým lidé smýšlí o své práci, jak se cítí ve své práci, jak je ovlivňují další pracovní aspekty. Do jaké míry se jim jejich práce líbí či nelíbí. Bylo zjištěno, že pracovní spokojenost je příjemný, pozitivní emoční stav, vyplývající z ocenění něčí práce nebo z pracovních zkušeností. Uspokojení z práce je v organizaci považováno za důležitý determinant pracovní produktivity práce nad dobrým ukazatelem kvality práce. Existují důkazy, že vysoká úroveň pracovní spokojenosti je spojená s nízkou fluktuací zaměstnanců a absentérstvím (Papoutsis, Labiris a Niakas, 2014). Mezi faktory ovlivňující pracovní spokojenost se podle Bodura (2002) řadí obsah a charakter práce, pohlaví, věk, úroveň vzdělání, pracovní podmínky, lokalizace práce, spolupracovníci a pracovní hodiny. Nízká pracovní spokojenost je velkým problémem a odráží se v ní později nízká kvalita zdravotní péče. Pracovní spokojenost zdravotnických pracovníků představuje důležitý faktor funkčnosti zdravotnického systému a ovlivňuje zpětně jejich výkonnost a fluktuaci. Pracovní spokojenost je ovlivňována mnoha faktory. Význam těchto faktorů a pořadí jejich důležitosti závisí na různých okolnostech (Štikar et al., 2003; Kociánová, 2010). Zdravotničtí pracovníci, včetně porodních asistentek, zastávají vedle lékařů klíčovou roli, která u porodních asistentek spočívá v ošetrování, komunikaci, edukaci, v manažerské a výzkumné činnosti (Vévoda et al., 2013; Lasovská a Králová, 2011). Porodní asistentky často opouštějí svou profesi nebo se stěhují za prací na jiná

místa s cílem zlepšit životní podmínky jak pro sebe, tak i pro své rodiny (Sidebotham a Ahern, 2011). Hledají si také lepší profesní příležitosti z důvodu zvyšujícího se pracovního zatížení. Právě vysoké pracovní zatížení se vzrůstajícím stresem v kombinaci s nedostatkem podpory ze strany managementu zdravotnického zařízení vede k pracovní nespokojenosti porodních asisterek (Sidebotham a Ahern, 2011). Faktory a proměnné jako jsou náplň práce, věk, pohlaví, úroveň vzdělání, pracovní podmínky, spolupracovníci, plat a pracovní doba mohou mít významný vliv na pracovní spokojenost (Bodur, 2002). K těmto faktorům se pak přidávají pracovní nejistota a politická nestabilita (Kumar et al., 2013). Pracovní spokojenost je velmi důležitým faktorem ovlivňujícím produktivitu a kvalitu práce v organizaci (Kumar et al., 2013). Je také jednou z nejdůležitějších požadavků každého jednotlivce, aby mohl být ve své práci úspěšný, šťastný a produktivní (Oncel et al., 2007).

ZÁVĚR

Přehledová studie identifikovala faktory, které přispívají ke stresu a k syndromu vyhoření v profesi porodních asisterek. Výzkumy v oblasti stresu a syndromu vyhoření (výhradně jen u porodních asisterek) jsou velmi sporadické. Porodní asistentky bývají spojovány s jinými zdravotnickými profesemi. Samotný stres v profesi porodních asisterek je málo zkoumaným jevem. Stres a syndrom vyhoření se zkoumají ve výzkumných studiích u porodních asisterek společně, nikoliv samostatně. Přehledová studie poukázala na řadu dissatisfaktorů, které vedou k emočnímu vyčerpání a následně ke vzniku stresu a syndromu vyhoření u porodních asisterek. Konkrétními dissatisfaktory byly nedostatek profesního uznání a ocenění, nedostatek příležitostí k profesnímu růstu, nízká podpora ze strany kolegů, nízká autonomie, dysbalance rodinného a pracovního života, pracovní zatížení, směnná práce, dlouhá pracovní doba, neadekvátní zdroje a nedostatečný počet personálu. Negativní vliv na vznik syndromu vyhoření měla také práce v nemocničním zařízení. Naopak kladně byla hodnocena práce porodních asisterek v terénu. Porozumění faktorům přispívajícím k syndromu vyhoření a ke stresu umožní zdravotnickým organizacím snížit náklady spojené s fluktuací personálu, snížit náklady na lidské zdraví s ohledem na zdraví a pohodu porodních asisterek. (Fenwick et al., 2017). V předcházení vzniku syndromu vyhoření je velmi důležitá prevence syndromu vyhoření a vyvarování se dlouhodobému stresu. Těmto problémům můžeme předejít tzv. adaptační praxí, kdy by porodní asistentky měly být před nástupem do praxe řádně teoreticky i prakticky připraveny. Dále jsou velmi důležité osobnostní předpoklady, které by měl člověk mít v této profesi. Měl by být kladen důraz také na duševní hygienu člověka, ve smyslu, že by člověk měl umět o sebe pečovat, relaxovat, odpočívat (aktivně / pasivně), věnovat se svým zájmům, koníčkům, rodině, přátelům. Pracovník by se neměl bát požádat o pomoc ať už kolegy v práci či rodinné příslušníky. Je důležité, aby se člověk vzdělával v problematice syndromu vyhoření, aby získával poznatky o jeho příčinách a aby pochopil, jak mu předcházet. Důležitost sehrává také oddělení pracovního života od rodinného / osobního. Svou roli sehrává i dobrý zaměstnavatel a kolegové na pracovišti, to však nejsou zcela ovlivnitelné faktory. Co by mělo být v organizacích praktikováno jako prevence

syndromu vyhoření u pracovníků je supervize. V neposlední řadě je vhodné dbát i na zdravý životní styl a správnou životosprávu. Pozitivní pracovní prostředí je velmi důležité pro pohodu porodních asistentek i pro organizaci. Manažeři ošetrovateľské péče by měli najít způsob jak vyřešit otázku velké pracovní zátěže porodních asistentek a dlouhých pracovních hodin, které byly zjištěny jako hlavní prediktory pracovní nespokojenosti porodních asistentek, vysoké úrovně syndromu vyhoření a emočního vyčerpání. Dle Manyisa a van Aswegen (2017) je velmi důležité vytvářet pro pracovníky pozitivní pracovní prostředí, s dostatkem personálu, s dobrými vztahy na pracovišti, s adekvátní pracovní dobou, redukovat přesčasy, protože právě pracovní zatížení, nepravidelná pracovní doba, dlouhé pracovní hodiny, byly identifikovány jako hlavní faktory pracovní nespokojenosti, vysoké úrovně syndromu vyhoření, únavy, emočního vyčerpání mezi zdravotnickými pracovníky. Cílem manažerů ošetrovateľské péče by mělo být zlepšit tyto pracovní podmínky, zlepšit finanční i materiální zabezpečení, zabezpečit dostatek odpočinku pro pracovníky a dostatek podpory zaměstnanců ze strany vedení. Je také důležité poskytnout zaměstnancům kariérní růst, profesní rozvoj, celoživotní vzdělávání a flexibilní pracovní podmínky.

Literatura

BODUR, S. Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey. *Occupational Medicine*. 2002, vol. 52, no. 6, p. 353–355. ISSN 0962-7480.

CRAMER, E. and HUNTER, B. Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women and Birth* [online]. 2019, vol. 32, no. 6, p. 521–532. ISSN 1871-5192. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.11.010.

CREEDY, D. K. et al. Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017, vol. 17, p. 1–8. ISSN 1471-2393.

DAWSON, K., NEWTON, M., FORSTER, D. and McLACHLAN, H. Comparing caseload and non-caseload midwives' burnout levels and professional attitudes: A national, cross-sectional survey of Australian midwives working in the public maternity system. *Midwifery*. 2018, vol. 63, p. 60–67. ISSN 0266-6138.

DIXON, L. et al. The emotional wellbeing of New Zealand midwives: Comparing responses for midwives in caseloading and shift work settings. *New Zealand College of Midwives Journal*. 2017, no. 53, p. 5–14. ISSN 0114-7870.

DORRIAN, J. and PATERSON, J. Sleep, stress and compensatory behaviors in Australian nurses and midwives. *Revista de Saúde Pública*. 2011, vol. 45, no. 5, p. 922–930. ISSN 1518-8787.

FEDELE, R. The rise of burnout: An emerging challenge facing nurses and midwives. *Australian Nursing and Midwifery Journal*. 2017, vol. 25, no. 5, p. 19–23. ISSN 2202-7114.

FENWICK, J. et al. Personal, professional and workplace factors that contribute to burnout in Australian midwives. *Journal of Advanced Nursing*. 2017, vol. 74, no. 4, p. 852–863. ISSN 1365-2648.

FENWICK, J., SIDEBOTHAM, M., GAMBLE, J. and CREEDY, D. The emotional and professional wellbeing of Australian midwives: A comparison between those providing continuity of midwifery care and those not providing continuity. *Women and Birth*. 2018, vol. 31, no. 1, p. 38–43. ISSN 1871-5192.

IVANOVÁ, K., NAKLÁDALOVÁ, M. a VÉVODA, J. Pracovní satisfakce všeobecných sester v ČR podle hodnotových distancí. *Pracovní lékařství*. 2012, roč. 64, č. 4, s. 119–122. ISSN 1805-4536.

JEPSEN, I. et al. Is caseload midwifery a healthy work-form? – A survey of burnout among midwives in Denmark. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2017, vol. 11, p. 102–106. ISSN 1877-5756.

KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.

KNEZEVIC, B. et al. Work-related stress and work ability among Croatian university hospital midwives. *Midwifery*. 2011, vol. 27, no. 2, p. 146–153. ISSN 0266-6138.

KOCIANOVÁ, R. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2497-3.

KOMÁRKOVÁ, R. et al. *Aplikovaná sociální psychologie III: sociálněpsychologický výcvik*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0180-4.

KUMAR, R., AHMED, J., SHAIKH, B., HAFEEZ, R. and HAFEEZ, A. Job satisfaction among public health professionals working in public sector: a cross sectional study from Pakistan. *Human Resources for Health*. 2013, vol. 11, no. 2, p. 1–5. ISSN 1478-4491.

LASOVSKÁ, A. a KRÁLOVÁ, J. Motivace všeobecných sester ke zvyšování kvalifikace. *Profese online*. 2011, roč. 4, č. 1, s. 11–15. ISSN 1803-4330.

LORBER, M. and SKELA SAVIČ, B. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian hospitals. *Croatian medical journal*. 2012, vol. 53, no. 3, p. 263–270. ISSN 1332-8166.

MACKIN, P. and SINCLAIR, M. Labour ward midwives' perceptions of stress. *Journal of Advanced Nursing*. 1998, vol. 27, no. 5, p. 986–991. ISSN 1365-2648.

MANYISA, Z. M. and VAN ASWEGEN, E. J. Factors affecting working conditions in public hospitals: A literature review. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2017, vol. 6, p. 28–38. ISSN 2214-1391.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*. 2009, vol. 6, no. 7, p. 1–6. ISSN 1549-1676.

MOLLART, L. et al. Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and Birth*. 2013, vol. 26, no. 1, p. 26–32. ISSN 1871-5192.

ONCEL, S. et al. Work-related stress, burnout and job satisfaction in Turkish midwives. *Social behavior and personality*. 2007, vol. 35, no. 3, p. 317–328. ISSN 1179-6391.

PAPOUTSIS, D., LABIRIS, G. and NIAKAS, D. Midwives' job satisfaction and its main determinants: A survey of midwifery practice in Greece. *British Journal of Midwifery*. 2014, vol. 22, no. 7, p. 480–486. ISSN 0969-4900.

PATERSON, J. L., DORRIAN, J., PINCOMBE, J., GRECH, C. and DAWSON, D. Mood Change and Perception of Workload in Australian Midwives. *Industrial Health*. 2010, vol. 48, no. 4, p. 381–389. ISSN 1880-8026.

PUROHIT, B. and VASAVA, P. Role stress among auxiliary nurses midwives in Gujarat, India. *BMC Health Services Research*. 2017, vol. 17, p. 1–8. ISSN 1472-6963.

SATO, K. and ADACHI, K. Occupational stress experienced by Japanese midwives. *British Journal of Midwifery*. 2013, vol. 21, no. 11, p. 801–806. ISSN 0969-4900.

SHEN, J., COX, A. and McBRIDE, A. Factors influencing turnover and retention of midwives and consultants: a literature review. *Health Services Management Research*. 2004, vol. 17, no. 4, p. 249–262. ISSN 1758-1044.

SIDEBOTHAM, M. and AHERN, K. Factors influencing midwifery migration from the United Kingdom to Australia. *International Nursing Review*. 2011, vol. 58, no. 4, p. 498–504. ISSN 1466-7657.

SVEINSDÓTTIR, H., BIERING, P. and RAMEL, A. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006, vol. 43, no. 7, p. 875–889. ISSN 0020-7489.

ŠTIKAR, J. et al. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0448-5.

TUMMERS, L. and DEN DULK, L. The effects of work alienation on organisational commitment, work effort and work-to-family enrichment. *Journal of Nursing management*. 2013, vol. 21, no. 6, p. 850–859. ISSN 0966-0429.

VENGLÁŘOVÁ, M. et al. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.

VÉVODA, J. et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.

WHEELER, H. and RIDING, R. Occupational stress in general nurses and midwives. *British Journal of Nursing*. 1994, vol. 3, no. 10, p. 527–534. ISSN 2052-2819.

YOSHIDA, Y. and SANDALL, J. Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: a survey analysis. *Midwifery*. 2013, vol. 29, no. 8, p. 921–926. ISSN 0266-6138.

Kontakt

Mgr. Daniela Nedvědová, Ph.D.
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav ošetrovatelství
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
daniela.nedvedova@fvp.slu.cz

EXPERIMENT LEBENSBORN

EXPERIMENT LEBENSBORN

Zdeňka Římovská¹, Kamil Janiš²**Abstrakt**

Na počátku minulého století se především v Německu rozvinula koncepce rasové politiky podpořená odpovídajícími Norimberskými zákony. Vlivem lidských ztrát na bojištích druhé světové války začaly vznikat tzv. Lebensborny, kde se programově rodily děti čistě árijských rysů. Lebensborny byly téměř po celé Evropě, a to včetně České republiky. Po ukončení války měly děti z Lebensbornu velké psychické a sociální problémy.

Cíl: Cílem článku bylo zpracovat z českých i zahraničních zdrojů informace o experimentu LEBENSBORN.

Metodika: Pro sběr dat byla zvolena analýza dokumentů a dat.

Výsledky a diskuze: Na základě sběru dat a analýzy dokumentů byla shrnuta fakta z Německa, České republiky i dalších zemí.

Závěr: Historická zkušenost „Lebensborn“ a s ní spojené další projekty rasové hygieny, včetně všech válečných zločinů spáchaných nacistickým režimem, jsou varováním všem lidem různé barvy pleti, různého náboženského vyznání, všech dalších odlišností. Kam až může vést nenávisť vůči tomu, kdo je jiný než já. Je také varováním před tím, k jakým účelům věda může být využita a jakou praxí věda a vědecké teorie mohou ospravedlnit.

Klíčová slova

eugenika, Norimberské zákony, H. Himmler, Lebensborn

Abstract

At the beginning of the last century, especially in Germany, the concept of racial policy, supported by the corresponding Nuremberg laws, developed. As a result of human losses on the battlefields of World War II, the so-called Lebensborn began to emerge, where children of purely Aryan lynx were born programmatically. Lebensborn was dotted

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

² Ústav pedagogických a psychologických věd, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

almost all over Europe, including the Czech Republic. After the war, these children had great mental and social problems.

Aim: The aim of the article was to process information about the LEBENSBORN experiment from Czech and foreign sources.

Method: Analysis of documents and data was chosen for data collection.

Results and discussion: Based on data collection and document analysis, facts from Germany, the Czech Republic and other countries were summarized.

Conclusion: The historical experience of "Lebensborn" and its associated racial hygiene projects, including all war crimes committed by the Nazi regime, warn all people of different skin colors, religion and all other differences. As much as hatred can lead to who is different from me. It is also a warning against what purposes science can be used and what practice science and scientific theories can justify.

Keywords

eugenics, Nuremberg Laws, H. Himmler, Lebensborn

ÚVOD

V průběhu dějin lidstva vznikaly ve společnostech ovlivněných kolektivně dogmatickými a idealistickými koncepcemi, koncepcemi, které si kladly za cíl masově ovlivňovat nejen veškeré chování svých členů, tzn. včetně sexuálního chování, ale prostřednictvím reprodukce „zkvalitňovat“ vlastní národ. Myšlenka „zkvalitnění“ národa, má kořeny už v představách starověkých myslitelů. Reálné dopady do praxe však přináší teprve eugenika (neboli sociální darwinismus, který vychází z možnosti aplikace evoluce při produkci lepšího lidského pokolení) až na přelomu 19. a 20. století. Z hlediska vytvoření zmiňovaných koncepcí je nejhorší skutečnost, že se tyto myšlenky zrodily v hlavách lékařů. Eugenika nacházela svou oporu také v genetice, tzv. Mendelovy zákony dědičnosti (Gregor Mendel, 1822–1884). Je pochopitelné, že některé možnosti kombinace genů za účelem zkvalitnění rozličných zvířecích plemen a rostlin (ovoce, zeleniny), a to např. pro zvýšení odolnosti, se v praxi běžně realizují. U lidského pokolení se převážně uplatňuje přirozený výběr, případně náhodný např. v rámci migrace obyvatel. Pro objektivní pohled na celou problematiku je zapotřebí poznamenat, že tento pojem J. G. Mendel sám nikdy nepoužil, navíc jeho primárním zájmem byla meteorologie.

Některé koncepcce, které se vztahují k reprodukci lidského rodu v intencích evoluce (darwinismu), tzn. na základě přirozeného vývoje, ale hlavně eugeniky, se opíraly o vědecký základ se záměrem vytvářet rasově čistou společnost, zdravou společnost, centrálně regulované společnosti apod. Ve své podstatě se jednalo o pocit nadřazenosti jedné

rasy nad druhou. Nejednalo se o názory, které by se prvně zrodily až v druhé polovině 19. století, a to zejména v Německu, ale své kořeny mají už v antickém myslitelském prostředí (např. Platón), v kastovním prostředí středověku apod.

REÁLNÁ SPOLEČENSKÁ SITUACE V NĚMECKU NA POČÁTKU MINULÉHO STOLETÍ

Všeobecně platí, že každá diktatura na počátku své moci „útočí“ v prvé řadě na očistu společenských mravů, nejlépe na prostituci a na další projevy nemravnosti. Ke konci 19. století a především na počátku minulého století, vznikala v Německu i rozličná sdružení (např. *Sdružení mužů pro potírání nemravnosti*). Dohled nad sexem (sexuálním chováním) převzala *Poradní komise pro populaci a rasovou politiku*. Dalším nástrojem k dosažení cíle byla *Západoněmecká liga mravnosti* (založená již v roce 1885). Jen pro příklad, nudismus byl považován za sexuální úchytku. Na počátku 20. století se šířilo po Německu hnutí s cílem zvýšit sexuální osvětu. V roce 1905 byl ustaven *Svaz pro ochranu matek a sexuální reformu*. Před vypuknutím 1. světové války pak *Společnost pro sexuální reformu* (1913). Po ukončení války vznikl Říšský svaz pro kontrolu porodnosti a sexuální výchovu (1921), jehož hlavním posláním bylo bojovat proti nežádoucímu otěhotnění. Dále pak rozšířit používání antikoncepce a omezit tím tzv. černé (nelegální) potraty, které v mnoha případech končily smrtí rodičky. Dohled nad sexuálním chováním árijců měla ve své náplni práce *Poradní komise pro populaci a rasovou politiku*. Dne 6. 7. 1919 je otevřen *Institut pro sexuální vědu* (Institut für Sexualwissenschaft) v Berlíně. V roce 1920 byl založen Hirschfeldem první *Sexuologický institut*. Árijská rasa s příznačnou světle prokrvenou pletí a blond vlasy, měla podle H. F. K. Günthera představovat královské pokolení mezi lidmi. Prostředkem k dosažení takového cíle byla zodpovědná volba partnerů za účelem vzniku nové rasové šlechty.

V té době se pomalu dostává k moci Hitler a jeho strana NSDAP, která vystupovala také tvrdě proti homosexuálům. Stačí si připomenout *Noc dlouhých nožů*, kdy nechal odstranit celou řadu homosexuálů z vedoucích stranických funkcí a sám se ujímá moci v zemi. Také „nejslavnější“ Hitlerův spis *Mein Kampf* obsahuje razantní a konečnou představu o vymýcení prostituce a pohlavně přenosné nemoci syfilis. Sex bude přípustné provozovat výhradně v rámci manželství, přičemž hlavním cílem manželství je rozmnožování za účelem uchování druhu a rasy. Takové myšlenky našly celkem přirozeně velkou podporu u věřících lidí i představitelů katolické církve.

PRVNÍ MYŠLENKY A OTEVŘENÍ PROSTORU PRO NÁSLEDNÉ ZNEUŽITÍ

Než mohlo dojít k realizaci rasistické teorie v praxi, bylo nezbytné „opřít se“ o teoreticko-legislativní základ, na jehož základě by bylo možné uskutečnit celý velkolepý projekt. V rovině politické se jednalo o uvedení do praxe tzv. *Norimberské zákony* (1936), kterými se rozumí především dva ústavní zákony německého Říšského sněmu: zákon o říšském občanství a zákon na ochranu německé krve a německé cti (přijaté 15. 9. 1935

v Norimberku). Zvláštní pozornost je věnována § 2, který určuje, že „říšským občanem je jen státní příslušník německé krve nebo krve podobného charakteru“. Říšské občanství se získávalo udělením dekretu o říšském občanství. Už jen nemanželský styk se Židem (První nařízení k zákonu o říšském občanství z 14. 11. 1935) bylo považováno za hrubé porušení zákona o zdravém manželství a zákona na ochranu německé krve a německé cti. Nebo jen samotný zákaz k uzavření manželství byl založen na úvaze, že „slabomyslné osoby mají být, pokud možno, vyloučeny z rozmnožování, poněvadž je nebezpečí, že by mohly své vlohy přenést dědičně na své příští potomstvo“ (viz zdůvodnění Zákona na ochranu dědičného zdraví německého lidu, 1939, s. 62). K uzavření samotného manželství bylo nezbytné vlastnit tzv. „vysvědčení způsobilosti“, kterým snoubenci museli prokázat, že jsou způsobilí k uzavření sňatku za účelem ve smyslu Zákona na ochranu německé krve a německé cti, a to včetně dalších zákonů a prováděcích nařízení (viz *Norimberské zákony* z 15. září 1935, 1939, s. 37–39). Prezentované zákony se jednoznačně vymezovaly proti Židům, obdobně jako *Mein Kampf* (Hitler), který ale neměl tak rigidní přístup k příslušníkům jiných národů. K těm, kteří od teorie a snů přešli k realizaci, patřil jeden z předních činitelů nacistické garnitury – Heinrich Himmler (1900–1945). Ten si na možnost získat v mládí sexuální zkušenosti mohl oprávněně stěžovat. Zlom nastal až v jeho 26 letech. Později, kdy se stal říšským vůdcem SS, se snažil prostřednictvím funkce vstoupit do nejintimnějších sfér německého lidu. V jeho výnosu z roku 1935 se můžeme dočíst, že „od člena SS se očekává, že se ožení ve věku mezi 25–30 lety a založí rodinu ... založení dobrého manželství by bylo bezúčelné, kdyby z něj nevzešlo početné potomstvo.“ Původně předpokládal minimálně tři děti, později požadavek zvýšil na čtyři. Z jeho blízkého okolí pocházejí i informace o tom, že Himmler uvažoval o automatické bezplatnosti manželství, které zůstalo po dobu 5 let bezdětné. Dokonce připouštěl možnost plození dětí mimo manželství.

Některá zákonná ustanovení v tzv. Norimberských zákonech, je možné vnímat jako vysoce degradující přístup k člověčenství. Například v *Oběžníku říšského a pruského ministra vnitra* z 12. 12. 1935 se doslova uvádí: „žena starší než 45 let smí se vdát za snoubence trpícího dědičnou chorobou, aniž musí prokázat, že je neplodná!“ (*Norimberské zákony* z 15. září 1935, 1939, s. 82–85). Zmiňované *Norimberské zákony* se ponejvíce týkají jednoznačné izolace Židů, ale i vůči vlastním občanům vyznívaly velice degradujícím způsobem. V případě, že chtěl někdo uzavřít manželství, jedním z nezbytných podmínek bylo prokázání snoubenců tzv. vysvědčením zdravotního úřadu. V *Oběžníku říšského a pruského ministra vnitra* (z 18. 10. 1935) bylo jednoznačně řečeno, že nelze uzavřít sňatek „trpí-li jeden ze snoubenců chorobou spojenou s nebezpečím nákazy, takže je obava, že bude povážlivě poškozeno zdraví druhého snoubence nebo potomků“. Do celého spektra zapadalo právě nebezpečí šíření pohlavně přenosné nemoci, v dané době především syfilis.

Osobnost otce myšlenky Lebensbornu

Experiment Lebensborn vznikl z popudu Himmlera, protože byl hluboce nespokojený s tehdejší klesající křivkou porodnosti v Německu po první světové válce. Za tento fakt

podle něho mohly samy ženy tím, že zanedbávaly své povinnosti. Dalším důvodem byl velký důraz, který kladli nacisté na instituci manželství a v první řadě povinnost ženy splnit svou biologickou funkci, a to i bez ohledu na city. Tento projekt byl „typickou součástí stěžejního nacistického názoru, že city a zájmy jednotlivce je třeba podřídit potřebám státu v zájmu konečného vítězství a ustavení nového světového pořádku založeného na čistotě rasy“. (Clayová a Leapman, 1996, s. 61.) Přestože se Himmler snažil řešit vztahové záležitosti mezi partnery, včetně sexuálního života, s řešením problémů se svou, o osm let starší ženou Margaretou, si nevěděl rady. Proto si pořídil milenkou Hedviku Potthastovou, které se v roce 1942 narodil syn Helge. Otec se zachoval jako opravdový gentleman, neboť otcovství přiznal. Paní Himmlerová o své, o 20 let mladší, sokyni ani o synovi nic netušila, nebo možná ani tušit nechtěla. V roce 1944 se vůdci SS a jeho milence narodila dcera Nanette. Neomezená moc nad vším v Německu, a to zejména nad osudy milionů lidí, se přenášela i do vztahu k ženám, žádný hluboký cit, žena představovala pouze objekt k uspokojování vlastních sexuálních potřeb.

Ideová východiska

Říšský vedoucí SS **Himmler** založil v roce 1935 nejprve charitativní organizaci pro péči o matku a dítě tzv. Lebensborn (v češtině *Pramen života*), jež se orientovala na podporu porodnosti německých žen. (*Leben* znamená – život; *Born* – studna, pramen) plným názvem *Lebensborn e. V. (eingetragener Verein)*, což byl v nacistické říši vládou podporovaný spolek, který si kladl za cíl na základě ideologie o rasové čistotě (nacistická eugenika, na základě Norimberských zákonů) zvýšení počtu ryze árijských dětí. První z ústavů s názvem Hochland byl zřízen 12. 12. 1935 ve Steinhöringu nedaleko Mnichova, který také byl prvním osvobozeným Lebensbornem americkou armádou a odhalením celého rasového projektu. Při zřizování jednotlivých domovů byl kladen důraz na to, aby se nacházely mimo města.

Demografická východiska

Původním impulzem k Himmlerovým úvahám bylo poskytnout služby německým matkám, které splňovaly nacistické představy o nordické rase, ale také pod rozličnými okolnostmi podstupovaly 600 000 potratů ročně. Jak Himmler spočítal, každý rok by se dalo postavit 200 nových pluků pro potřebu armády. Neméně zajímavý, ale především úsměvný, je i rozkaz Himmlera z roku 1931 o výběru rasově čistých (podle rodokmenu) manželek. Jen v roce 1937 došlo k vyloučení 307 členů SS z nedodržení daného rozkazu. Také NSDAP mělo požadavek na minimální počet dětí, a to 4, čímž každý člen splnil podmínku pro případný další služební postup. Podle rasové teorie byla idolem blondatá a prsatá rodička, která měla rodit malé Árijce, především chlapce. Existoval návod (autor H. Himmler), jak takového cíle dosáhnout. Chovní samci z rasové elity SS se měli spojovat s plavovlasými a modrookými ženami, které předtím absolvovaly Ženskou akademii moudrosti a kultury. Chlapci se měli rodit tak, že se oba rodiče vyvarovali po týden alkoholu. Následně se muž vydal na 20 km dlouhou vycházku. Po návratu měl muž ženu probudit a uskutečnit soulož. Himmlerův rozmnožovací sen se zcela rozplynul na konci roku 1939, kdy se ukázaly

všechny snahy o zlepšení porodnosti jako liché. Na celkový počet 115 650 ženatých členů SS připadalo v průměru 1,1 dítě, na členy vůdcovského sboru pak v průměru 1,41 dětí. Ze sledovaných a propagovaných porodnic v rámci Lebensbornu vzešlo celkem 11 000 dětí, z toho přibližně polovina nemanželských.

Mateřství představovalo podle Himmlerova plánu instituci oddělenou od manželství a prvořadá povinnost ženy spočívala ve splnění své biologické funkce. Právě tyto myšlenky stály u zrodu projektu Lebensborn. Pro svobodné dívky, které otěhotněly a většinou si nechťely dítě ponechat, byly zakládány domovy. Obklopeny všeobecným komfortem zde měly v klidu porodit a jejich děti se poté stávaly majetkem SS, přičemž organizace je umisťovala do vhodných rodin. Často tady však hledaly útočiště i vdané ženy, zejména když otcem dítěte nebyl jejich manžel. (Janiš, 2007)

CÍLE, NÁPLŇ A ÚČEL PROGRAMU LEBENSBORNU

Náplní činnosti Lebensbornu původně bylo:

1. Podporovat rasově a geneticky hodnotné velké rodiny.
2. Starat se o nastávající matky s dobrými rasovými a genetickými vlastnostmi i u příslušníků jejich rodiny i rodiny otce dítěte.
3. Pečovat o takové děti.
4. Pečovat o matky po porodu.

Zpočátku šlo jen o podporu nastávajících německých matek, později ale vznikly i domovy Lebensborn, kde měli být „pěstováni“ dokonalí Árijci z nemluvňat odebraných matkám jiných národů, které disponovaly správným „rasovým profilem“. Přitom jediné organizace SS vybírala vhodné partnery ze svých řad. Otcova role končila oplodněním, matky byly soustředěny ve speciálních ústavech, kde jim byla zajištěna dokonalá životospráva a lékařská péče. Lebensborn byl elitním zařízením, které přijímalo řádně rasově prověřené a zdravé ženy. Svůj původ museli prokazovat i otcové dětí. Více než polovina žádostí byla odmítána. Matky těch zdravých dostaly na výběr: mohly si dítě ponechat, nebo je předat k adopci.

Himmlerův Lebensborn zcela zdiskreditoval do té doby populární eugeniku. Později pod patronací SS začaly vznikat porodnice a kojenecké útvary, kam se hrnuly především svobodné matky. Pro členy vůdcovského sboru SS platila zajímavá, ale nepřijemná sociální dávka – čím méně dětí, tím větší daň. Navíc bezdětným bylo doporučováno adoptovat si z Lebensbornu „rasově a biologicky cenné“ děti. Himmler chtěl, aby do těchto plodících zařízení nastupovaly povinně třicetileté bezdětné ženy. Denní režim i strava sledovaly jeden cíl – zplození ideálního árijce.

VSTUP DO LEBENSBORNU

Se žádostí o přijetí do Lebensbornu přicházely nejen manželky příslušníků SS, ale i svobodné matky (asi 60 % z celkového počtu), kterým domovy poskytovaly především příležitost, v relativním pohodlí, materiální zabezpečení a odpovídají lékařskou péčí, ale i zejména zajištění diskretnosti (u svobodných matek) přivést na svět své dítě. Absence mužů v zázemí byla každým rokem nižší, a to nejen smrtí vojáků na frontách, ale zejména množstvím mužů na dočasně okupovaných územích.

Otevřené dveře tedy měly především matky nemanželských dětí, které do nich přicházely buď proto, že otcem dítěte nebyl jejich manžel, nebo proto, že chtěly využít výhod výrazně nadstandardní lékařské i ošetrovatelské péče. Pro svobodné matky byly domovy přitažlivé především tím, že pokud chtěly, mohly být zproštěny veškeré odpovědnosti za své dítě téměř hned po porodu. Všechny děti narozené v domovech se stávaly majetkem SS, které dohlíželo na to, aby jim biologičtí otcové platili výživné. Pokud si matka nechtěla dítě ponechat, vzali si SS na starost jeho umístění do rodin, a to v naprostém utajení (např. matky proto nesměly být fotografovány). Himmler měl velkou oblibu v rozličných rituálech, proto i narozené dítě po měsíci absolvovalo iniciační obřad, kdy dotknutím dítěte dýkou se stalo členem nacistické elity. Ve své podstatě šlo o náhradu církevního křtu. Kmotrem dítěte se stávali vždy příslušníci SS.

Podle záznamů tvořily před rokem 1939 svobodné matky 57,6 %, do roku 1942 stoupl toto číslo na 70 %. Teprve koncem války už tvořily většinu pacientek vdané ženy, často manželky nacistických pohlavárů a příslušníků SS, které chtěly přivést dítě na svět co nejdále od postupujícího nepřítele. Velkým lákadlem byla nízká úmrtnost novorozenců, jejíž celoněmecký průměr byl 6 % a v domovech pouze 3 %. Matky v Lebensbornu v naprosté většině porodily dítě, neboť zde bylo mnohem lepší prostředí a podmínky než v jiných částech země. Po porodu, pokud dítě nechtěly, dítě odevzdaly a SS vybralo odpovídající rodinu. Matky se mohly rozhodnout, zda si dítě ponechají a následně pak s ním odcházely domů, pokud si nechtěly dítě ponechat, po několika týdnech opouštěly konkrétní Lebensborn a dítě bylo nabídnuto k adopci bezdětné rodině. Jinak průměrný věk děvčat „pracujících“ v Lebensbornech se pohyboval v rozmezí 18–25 let. V kontextu své doby představovaly Lebensborny doslova pro těhotné ženy ráj, neboť zde bylo zajištěno hmotné zázemí, které bylo pro ostatní těhotné (chtěné i nechtěné) v říši těžko dosažitelné.

EKONOMICKÉ ZABEZPEČENÍ ČINNOSTI LEBENSBORNU

Vzhledem k tomu, že na konci války měla společnost členskou základnu o 17 000 členech a minimální členský příspěvek navíc činil 27 marek měsíčně, u členů SS, kteří se vyhýbali rodičovským povinnostem, s věkem razantně přispěvek rostl. Pokutování byli ti, kdo neměli děti ještě v osmadvaceti letech a povinně odváděná částka se znovu zvyšovala, pokud se jim do třicátky nenarodily alespoň dvě děti. Kdo neprokázal patřičnou

plodnost, měl kromě zvyšování příspěvku také zastaven i služební postup. V souvislosti s tímto byl vydán oběžník pro potřeby SS s následujícím zněním: Těm, kdo si myslí, že se mohou vyhnout povinnostem k národu a rase a zůstat svobodní, bude uložen poplatek ve výši, která je přiměřená, aby dali přednost manželskému stavu před staromládenectvím. Na organizaci Lebensborn museli rovněž přispívat svobodní i ženatí otcové dětí narozených v domovech a matky jí zase odevzdávaly své nemocenské a sociální dávky. Nicméně takto získané prostředky zdaleka nepokrývaly potřeby stále mohutnější organizace. V roce 1939 muselo ministerstvo financí poskytnout dotaci ve výši 1 000 000 říšských marek na pokrytí vzrůstajícího deficitu a aktuální inflace. Velký objem peněz potřebných ke koupi a vybavení domů přicházel od charitativní organizace, donucovacími pouličními sbírkami, z darů Himmlerových přátel z obchodních a průmyslových kruhů a majetku zabavených Židům. Domovy se často zřizovaly v bývalých klinikách či sanatoriích. Organizace Lebensborn dostala k dispozici čtu asi 30 vězňů z koncentračních táborů Dachau a Ravensbureck.

Himmler se ovšem nestaral pouze o blaho hmotné, leč i politické. Už v samých počátcích projektu byly zřízeny kurzy, jež měly z žen vychovat ještě uvědomělejší nacistky, než jakými byly při příchodu do domova. Matky musely obvykle absolvovat tři vyučovací hodiny ideologické výchovy týdně, kde jim promítali propagandistické filmy, pouštěli rozhlasové přednášky, učily se nacistické písně atd. Nárok na zvláštní výsady měly děti narozené v den Himmlerových narozenin – 7. října. Hned po narození dostalo novorozeně svíčku, vyrobenou na objednávku v koncentračním táboře Dachau a ke každým dalším narozeninám jim poslali tolik dalších, kolik jim bylo let. Kromě toho dostávaly jednu marku, kterou si měly ukládat na knížku. Tento příspěvek se měl opakovat každoročně, dokud dítě nedosáhlo 21 let.

Děti od dvou do šesti let byly umístěny v domovech Lebensborn, kde rozšířily řady malých Němců, určených k adopci. A děti od šesti do jedenácti let byly posílány do Rakouska k Hitlerjugend na převýchovu.

LEBENSBOURNY ZA HRANICEMI NĚMECKA

Po začátku války vznikaly další Lebensborny nejprve v Německu, ale následně i v dalších okupovaných zemích západní Evropy. Do programu byly zařazovány i „rasově vhodné“ děti z okupovaných zemí. Je zajímavé, že některé děti z Lidic, byly do programu zařazeny. Lebensborny se nacházely téměř ve všech okupovaných zemích, přičemž děti, které se v těchto zařízeních narodily, tzn. děti, které byly po matce cizího původu, ale otec byl německý voják, což neodporovalo rasovým zákonům. Většinou se jednalo o ženy, které dobrovolně (zpravidla) nebo násilně otěhotněly s německými vojáky. Pro úplnost je zapotřebí uvést, že vojáci německého Wehrmachtu měli přísný zákaz začínat si vztahy s místními ženami na okupovaných územích, což se nepodařilo v plné míře naplnit. V rámci ochrany zdraví německých vojáků před pohlavně přenosnými nemocemi fasovali kondomy, ale v masové míře se to nepodařilo naplnit. Proto na vybraných místech se

hlásily i případy nakažení některou z pohlavně přenosných nemocí. Otěhotnění do povinného hlášení nespadlo.

Následně se malé děti posílaly do Německa k zařazení do rodin k převýchově nebo přímo k adopci. Všechny byly podrobeny politické výchově a různým školením. Řadě z nich to nevadilo, některé byly dokonce pyšné na to, že náleží k nacistické elitě.

V Norsku byl v září 1941 otevřen první Lebensborn mimo Německo. Světlovlasé Norky byly považovány za mimořádně vhodné partnerky německých mužů a v jejich zemi vzniklo devět ústavů (porodnic). Norským matkám a otcům se v nich narodilo 6 tisíc potomků. Podle tamních údajů se ze spojení Norek a německých vojáků narodilo 10 000 až 12 000 dětí, mezi nimi například i zpěvačka známé hudební skupiny ABBA Anni-Frid Lyngstadová. Děti z Lebensbornu byly součástí rasového experimentu šéfa jednotek SS Heinricha Himmlera podporovaného Adolfem Hitlerem. Tisíce dětí se světlými vlasy a s modrými očima splňující nacistické představy o „*nadřazené árijské rase*“ byly určeny k výchově do rodin příslušníků jednotek SS. Podle některých pramenů navíc program sloužil k tomu, aby „elitní muži v černých uniformách“ systematicky oplodňovali mladé blond ženy, a rozmnožovali tak „árijskou rasu“. Norky byly podle Himmlera považovány za potomky Vikingů a tím velice vhodné pro rozmnožování zmiňované árijské rasy.

K poněmčování byly zřízeny na území Polska tři, v Rakousku dva a po jednom ve Francii, Belgii, Nizozemí, Dánsku a Lucembursku. V Belgii, ve Wegimontu, dostal domov jméno Ardenes a sloužil Belgičankám i rodičkám ze severní Francie. Ve Francii byla otázka dětí vojáků wehrmachtu a francouzských žen hodně palčivá. V polovině roku 1942, se odhadoval počet těchto dětí přibližně na 50 tisíc, ale jedná se jen o hrubý odhad, neboť i některé ženy měly dobrovolný intimní vztah.

Ve Francii byl v březnu 1943, vytipován zámek Lamorlaye poblíž Chantilly, z něž se měl stát domov Westwald. Jedinou částí britského území, kterou Němci okupovali, byly Normandské ostrovy v Lamanšském průlivu. Himmler si britské rasy vysoce cenil. Na ostrovech však žilo jen málo obyvatel, a tak se z této genetické studnice počalo podstatným způsobem čerpat až na samém sklonku války. V květnu 1944 rozhodl Rasový úřad SS, že děti německých vojáků sloužících na Normandských ostrovech mají být podrobeny rasovým testům a ty s nejlepšími vlastnostmi budou převezeny do Německa. Výnos dále nařizoval dopravit místní ženy, jež čekají dítě s příslušníkem wehrmachtu do domovů Lebensborn v Německu nebo ve Francii. Než však byl výnos uveden v platnost, došlo k vyloštění v Normandii. Heinrich Himmler, jehož pokřivený světonázor stál u zrodu celého šíleného záměru se dne 23. května 1945 v britském zajetí otrávil.

Z dochovaných zpráv vyplývá, že od roku 1936 do září 1943 porodily matky v domovech Lebensborn po celé Evropě mimo Norsko celkem 5 047 dětí. Celkem tedy do konce války mohlo z domovů Lebensborn vzejít maximálně 7 500 dětí. Matriky, které by prozrazovaly oba rodiče, byly ke konci války zrušeny a zlikvidovány. V některých rodných listech došlo k uvedení jména otce, ale nebylo to zcela běžné. Vzhledem k tomu, že se jednalo o příslušníky SS, kteří se museli po válce skrývat, bylo vystopování skutečných otců obtížné, ne-li téměř nemožné.

Lebensborny se nacházely také na území protektorátu, a to konkrétně v areálu zámku Veltrusy, druhý pak v areálu psychiatrické léčebny v Praze-Bohnicích.

KONEC LEBENSBORNŮ

Tento rasový spolek neměl ani za nacistů dobré jméno. Jeho tajemné objekty byly považovány za jakési veřejné domy pro příslušníky SS, místa, kde elitní vojáci programově přiváděli „rasově cenné“ Němky do jiného stavu. Německé domovy Lebensborn fungovaly do poslední chvíle, dokud nebyly spojenecké jednotky takřka za dveřmi. Jako poslední byl zavřen domov ve Steinhöringu u Mnichova (jmenoval se Hochland), kde vše roku 1935 začalo. Když sem Američané 3. května 1945 dorazili, našli na místě skoro 300 dětí a několik matek nejrůznějších národností. Odhaduje se, že se v domovech Lebensborn během války narodilo asi 17–22 tisíc dětí, paradoxně nejvíc nikoliv v Německu, ale v Norsku (okolo 10 tisíc). Po skončení války byly většinou umístěny do dětských domovů nebo dány k adopci. Po ukončení války se realizovala snaha o společné setkání dětí z Lebensbornu. K prvnímu setkání tzv. „Hitlerových dětí“ došlo 6. 11. 2006 ve východoněmeckém městě Wernigerode – na místě někdejšího reprodukčního centra Lebensbornu. Setkání zorganizovala organizace Lebensspuren (Stopy života), která zastupuje oběti zmiňovaného programu. Mnoho dětí z Lebensbornu po válce čelilo značnému vyloučení ze společnosti, a to v důsledku toho, že došlo ke spojování s organizací SS, v tehdejšímu tzv. Západním Německu byl nežádoucí jejich nemanželský původ. Teprve v roce 2008 otevřel Mezinárodní červený kříž své archívy a umožnil mnohým dětem dozvědět se něco o svých rodičích a potažmo i o sobě, tzn. že s velkými obtížemi hledaly svou identitu. (*První setkání „Hitlerových dětí“*, 2014)

ZÁVĚR

Ve 20. století byly evropské dějiny svědkem dvou totalitních režimů. Jeden byl nacistický a druhý socialistický. S tragickou historickou zkušeností v podobě nacismu se Evropa vyrovnává dodnes. Smrt šesti miliónů Židů průmyslově zavražděných v plynových komorách, okolo 400 tisíc lidí, kteří byli sterilizováni v zájmu očisty germánského národa od „slabých“ a geneticky zatížených rodin. Dále na 100 tisíc lidí usmrčených v rámci programu Eutanázie. a dalších 6 000 dětí narozených během okupace německým otcům a norským rasově vhodným partnerkám. Osudy tisíce dětí, odvezených z okupovaných území do Německa za účelem germanizace a tisíce matek, které ztratily své děti bez varování. To vše ve jménu ideje či ideálu, jímž byla v tomto případě árijská rasa.

Lebensborn – dnes se může zdát, že se jedná o „mrtvou“ myšlenku, avšak v poslední době se občas diskutuje nad tím, že ona myšlenka nachází svou odezvu na území tzv. Islámského státu. Na 31 tisíc matek, které jsou nyní na území Islámského státu těhotné s džihádisty, je součástí velkého projektu na hromadnou výrobu příští generace bojovníků. Připomíná to plán, který měli už nacisté. Řada žen je těhotná (mnohdy proti své vůli) s některým džihádistou, přičemž poslání těhotenství je narození mladého bojovníka. Tato skutečnost je při nejmenším varující. (*Islámský stát kopíruje nacistický program Lebensborn*, 2017)

Literatura

CLAYOVÁ, C. a LEAPMAN, M. *Panská rasa: nacistické Německo a experiment Lebensborn*. Praha: Columbus, 1996. ISBN 80-85928-43-4.

Islámský stát kopíruje nacistický program Lebensborn [online]. [cit. 28. 1. 2017]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/zahranicni/islamsky-stat-si-hlida-porodnost-chce-byt-jako-lebensborn.A160309_2231106_zahranicni_jav.

JANIŠ, K. *Toulky historií erotiky a sexu*. Ústí nad Orlicí: Oftis, 2007. ISBN 978-80-86845-83-8.

Norimberské zákony z 15. září 1935 (zákon o říšských vlajkách, zákon o říšském občanství, zákon na ochranu německé krve a německé cti) a zákon o zdravém manželství z 18. října 1935: Všechny zákony s nařízeními a výnosy, dosud vydanými. Praha: Atlas, 1939.

První setkání „Hitlerových dětí“ [online]. [cit. 25. 9. 2014]. Dostupné z: http://relax.lidovky.cz/prvni-setkani-hitlerovych-deti-d3o-/zajimavosti.aspx?c=A061106_112129_In_zabava_vvr.

Zákon na ochranu dědičného zdraví německého lidu (Zákon o zdravém manželství) z 18. října 1935 (Říšský zák. I. str. 1246). In: *Norimberské zákony z 15. září 1935 (zákon o říšských vlajkách, zákon o říšském občanství, zákon na ochranu německé krve a německé cti) a zákon o zdravém manželství z 18. října 1935: Všechny zákony s nařízeními a výnosy, dosud vydanými*. Praha: Atlas, 1939, s. 57–85.

Kontakt

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

doc. PhDr. PaedDr. Kamil Janiš, CSc.
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav pedagogických a psychologických věd
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
doc.kamil.janis@fvp.slu.cz

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

RECENZE KNIHY VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ A VÝCHOVA KE ZDRAVÍ: PRO ZDRAVOTNICKÉ OBORY

Autor: Lidmila Hamplová

Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 2019, 120 stran, ISBN 978-80-271-0568-7

Uvedená kniha přináší aktuální informace z oblasti ochrany zdraví, zdravého životního stylu a prevence nemocí. Celkem je zde 12 nosných kapitol, které se zabývají jednotlivými oblastmi veřejného zdravotnictví, výchovou ke zdraví a preventivními programy. Je zde vysvětlena základní terminologie z oblasti veřejného zdraví, včetně úlohy WHO a státu v podpoře zdraví a komunitní péče. Část publikace se věnuje národní zdravotní a sociální politice České republiky. Jsou zde zmíněny aktuálně platné strategické dokumenty pro oblast podpory veřejného zdraví WHO, EU, ČR. Další součástí jsou demografická data zdravotního stavu obyvatel České republiky včetně porovnání s vybranými státy EU.

Následující část publikace se věnuje zdravotní gramotnosti a jejímu zvyšování, životnímu stylu a výchově ke zdraví včetně možné metodiky edukace. Poslední kapitola se zabývá problematikou prevence, screeningových onkologických, kardiovaskulárních a diabetických programů v České republice. Tato poslední část obsahuje základní informace, které by měly patřit mezi všeobecné znalosti široké veřejnosti. Domnívám se, že obsah této knihy srozumitelnou a výstižnou formou přibližuje uvedenou problematiku, která patří mezi klíčová témata v péči o zdraví, a proto doporučuji využití této publikace pro výuku nelékařských oborů a také pro samostudium.

GRADA

Lidmila Hamplová

Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví

pro zdravotnické obory



Kontakt

doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Ústav ošetřovatelství

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

yvetta.vrublova@fvp.slu.cz

RECENZE KNIHY OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V CHIRURGII

Autoři: doc. PhDr. Ľubica Libová PhD., PhDr. Hilda Balková PhD., prof. PhDr. Monika Jankechová PhD.

Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 2019, 140 stran, ISBN 978-80-271-2466-4

Publikace přináší náhled do problematiky ošetrovatelské péče v chirurgii. V osmi kapitolách studenti získají vhled do chirurgické propedeutiky a speciální chirurgie s propojením tří fází ošetrovatelského procesu (posouzení, diagnostika, plánování ošetrovatelské péče) při vybraných onemocněních, která jsou řešena chirurgicky.

První 3 kapitoly jsou zaměřeny na ošetřování v chirurgii (úlohy a cíle), základy ošetřování v chirurgii (druhy a hojení ran, vyšetřovací metody v chirurgii, druhy operací, indikace k operaci, pooperační komplikace, drény a drenážní systémy aj.) a ošetrovatelskou péči o pacienta v perioperačním období. Dalších pět kapitol se věnuje ošetrovatelské péči u chirurgicky řešených onemocnění krku a prsu, u pacientů po kardiochirurgických výkonech, ošetrovatelské péči u chirurgicky řešených onemocnění gastrointestinálního traktu, u náhlých příhod břišních, u chirurgicky řešených cévních onemocnění končetin).

Předkládaný text je určen pro studenty studijního oboru/programu Všeobecná sestra/Ošetrovatelství vyšších odborných škol a vysokých škol.

GRADA

Ľubica Libová, Hilda Balková, Monika Jankechová

Ošetrovatelský proces v chirurgii



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

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

MIKROBIOLOGIE, IMUNOLOGIE, EPIDEMIOLOGIE A HYGIENA: PRO ZDRAVOTNICKÉ OBORY

Barbora Drnková

Praha: Grada Publishing, 2019, 1. vydání, 140 stran, ISBN 978-80-271-0693-6

Učebnice shrnuje základní poznatky z oborů mikrobiologie, imunologie, epidemiologie a hygiena, což jsou odvětví vzájemně velmi provázaná. Vhodná je zejména pro studenty středních a vyšších zdravotnických škol, kde jsou často tyto obory spojovány do jednoho předmětu – poskytuje tak ucelený přehled dané tematiky.

V první části publikace jsou rozděleny a popsány jednotlivé mikroorganismy, jejich struktura a fungování a následně možné reakce makroorganismu na patogenní podnět.

Epidemiologická část, která je rozdělena na obecnou a speciální, se věnuje procesu šíření nákaz a následně popisu jednotlivých infekčních onemocnění. Kapitola hygiena je zaměřena na jednotlivé podobory tohoto odvětví, zejména pak hygienu zdravotnických zařízení a její důležitost v prevenci nozokomiálních nákaz.

GRADA

Barbora Drnková

**Mikrobiologie, imunologie,
epidemiologie a hygiena**

pro zdravotnické obory



OŠETŘOVATELSTVÍ V CHIRURGII I

Lenka Slezáková a kolektiv

Praha: Grada Publishing, 2019, 2., přepracované a doplněné vydání, 276 stran, ISBN 978-80-247-2900-8

Druhé vydání učebnice ošetřovatelství se zaměřuje chirurgickou ošetřovatelskou problematiku. Po prostudování publikace budou studenti připraveni na splnění studijních požadavků v tomto předmětu. Učebnice se specializuje na ošetřování nemocného z pohledu sestry, s využitím ošetřovatelského procesu a jeho jednotlivých fází.

Zahrnuje například problematiku traumatologie, kardiochirurgie, chirurgie krku, hrudníku, štítné žlázy, prsu, skeletu a končetin, břicha, urologie, ortopedie, transplantologie, neurochirurgie a onkologie. Kniha splňuje požadavky praxe a bude důležitou učební pomůckou v předmětu ošetřovatelství v klinických oborech a je doplněna obrazovou přílohou a množstvím kreseb a schémat v textu.

GRADA

Lenka Slezáková a kolektiv

**Ošetřovatelství
v chirurgii I**

2., přepracované a doplněné vydání



POLOHOVÁNÍ V PÉČI O NEMOCNÉ

Uwe Wagner

Praha: Grada Publishing, 2019, překlad 2. vydání, 136 stran, ISBN 978-80-271-2053-6

Správné polohování nemocného je základním předpokladem prevence komplikací zejména u dlouhodobě ležících nemocných. V praxi se uplatňují nejen základní polohovací pravidla, např. v prevenci dekubitů a u imobilizačního syndromu, ale také dva nejznámější koncepty – Bobath koncept a kinestetický koncept, které sdružují poznatky, jak nejlépe pacienta polohovat, aby nedocházelo ke zbytečným komplikacím, které mohou vznikat dlouhodobou imobilizací nemocného. Využívání různých přístupů a konceptů je pro nemocného i personál přínosem zejména v prevenci komplikací u pacientů a zranění u ošetřujících. Přesun pacienta např. z lehátka na lůžko, využití pomůcek a zajištění bezpečnosti bývají jedním z nejnáročnějších úkonů. Hmotnost nemocného a fyzické možnosti ošetřujícího personálu bývají komplikujícím faktorem. Využití kinestetiky a pomoci nemocného je v takových situacích velmi důležité.

GRADA

Uwe Wagner

Polohování v péči o nemocné

Překlad 2. vydání



SEXUÁLNÍ VÝCHOVA PRO STUDENTY PORODNÍ ASISTENCE A OŠETŘOVATELSTVÍ

Peter Koliba, Petr Weiss, Martin Němec, Markéta Dibonová

Praha: Grada Publishing, 2019, 1. vydání, 184 stran, ISBN 978-80-271-2039-0

Publikace podává aktuální přehled problematiky sexuální výchovy u nás. Seznamuje s problematikou sexuálního chování, sexuální role v různých věkových obdobích jedince, prevenci nežádoucího těhotenství a pohlavně přenosných chorob v rámci zdravého sexuálního chování. Dává odpovědi na otázky, které zajímají dospívající mládež i rodiče, ale také mnohé zdravotníky. Kniha obsahuje úplné informace o antikoncepci a bezpečném sexu, odpovídá na otázky citového a fyzického dospívání ve vztahu k přátelům a rodině. Obsahuje také základní pojmy ze sexuologie a právní aspekty sexuálního chování.

GRADA

Peter Koliba, Petr Weiss, Martin Němec, Markéta Dibonová

Sexuální výchova

pro studenty
porodní asistence a ošetřovatelství



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 příspěvatelům (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 mohou 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 mohou 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 mezera 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 nepodtrháváte.

Práce s textem: před interpunkčními znaménky nikdy nedělejte mezeru, za nimi naopak vždy. Dělejte pouze jedno úhozové 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 citací). 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 stručné 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 obrázek se považují fotografie, schémata, grafy apod. Musí mít svou nezastupitelnou úlohu, nesmí plnit funkci samoučelnosti, 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.

