

OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

III. | 2020

1



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

**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ



OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

2020

Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě



NURSING PERSPECTIVES

2020

Silesian University in Opava
Faculty of Public Policies in Opava

Ošetřovatelské perspektivy

2020, roč. 3, č. 1

Vedení redakce

Yveta VRUBLOVÁ (Opava) – šéfredaktorka
Jana HALUZÍKOVÁ (Opava) – zástupkyně šéfredaktorky
Daniela NEDVĚDOVÁ (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

Časopis je indexován v těchto mezinárodních databázích

European Reference Index for the Humanities and the Social Sciences (ERIH PLUS)
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/erihplus/>

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

NAKNAP - reklamní a grafické studio, Jan Knap
Na Krásné vyhlídce 591/10, 748 01 Hlučín, Czech Republic

Tisk

Profi-tisk group, s.r.o.
Chválkovická 223/5, 779 00 Olomouc, Česká republika

© Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, 2020

Evidenční číslo Ministerstva kultury České republiky

E 23014

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

OBSAH

EDITORIAL

9

TEORETICKÉ, OBECNÉ A ETICKO-FILOZOFICKÉ STUDIE, PŘEHLEDOVÉ PRÁCE

JEDNA Z VYBRANÝCH PANDEMÍ V MINULOSTI

Kamil Janiš, Zdeňka Římovská

13

LÉKY PODÁVANÉ DĚTEM

Gabriela Světnická

27

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

KVALITA ŽIVOTA ŠTUDENTOV VYBRANÝCH ZDRAVOTNÍCKÝCH ODBOROV

Jana Lauková, Mária Šupínová, Elena Janiczeková

43

ORIENTACE STUDENTŮ OŠETŘOVATESTVÍ NA PÉČI A PROFESNÍ ODBORNOST

Kateřina Ratislavová, Kateřina Kravcová

59

DIETETICKÉ NÁSLEDKY RADIOTERAPIE ZHOUBNÝCH NÁDORŮ HLAVY A KRKU

Petra Hodulová, David Korpas

71

KOMPETENTNOSTĚ SESTIER PRE POSKYTOVANIE MULTIKULTÚRNEJ

OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI Z POHĽADU PRÍPRAVY NA POVOLANIE

Mária Šupínová, Júlia Jankovičová

79

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

SPOKOJENOST PACIENTŮ NA ORTOPEDICKÉM ODDĚLENÍ

Soňa Skřípalová

93

RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ

RECENZE KNIHY SEXUÁLNÍ VÝCHOVA PRO STUDENTY

Daniela Nedvědová

102

RECENZE KNIHY POLOHOVÁNÍ V PÉČI O NEMOCNÉ

Pavla Kudlová

104

RECENZE KNIHY PERIOPERAČNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S NÁDOROVÝM OCHORENÍM HRUBÉHO ČREVA Mária Šupínová	106
--	-----

KNIŽNÍ NOVINKY

DEMENCE: NEFARMAKOLOGICKÉ AKTIVIZAČNÍ POSTUPY	110
OŠETŘOVATELSTVÍ V INTENZIVNÍ PÉČI	110
PÉČE O SENIORY V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	111
TECHNOLOGICKÉ POKROKY V MEDICÍNĚ: V ETICKÝCH A PSYCHOLOGICKÝCH SOUVISLOSTECH	111
POKYNY PRO AUTORY	113

VÝZNAMNÁ ROLE OŠETŘOVATELSTVÍ – SESTER V BOJI S KORONAVIREM, JEJICH NASAZENÍ A PODĚKOVÁNÍ VŠEM, KTEŘÍ POMÁHAJÍ.

Vážené kolegyně a kolegové, milí přátelé.

Rok 2020 je zcela odlišný než předchozí léta. V období, kdy WHO vyhlásila rok 2020 rokem sester a porodní asistence, nemohla tušit, že svět zasáhne pandemie způsobená virem COVID-19 a pozornost se bude soustředit na nejpočetnější zdravotnickou profesi, tedy na nás sestry.

Pandemie ukazuje, jak je důležité fungující zdravotnictví, a prověřuje naše schopnosti v krizové situaci. V obou vlnách pandemie nemocnice velmi rychle přeorganizovaly péči, byly zastaveny všechny neakutní výkony, některá pracoviště se slučovala, personál byl rozdělen na Covidová pracoviště včetně odběrových míst. Důležitým úkolem managementu nemocnice je zajistit dostatečný počet bezpečných ochranných pomůcek a flexibilně reagovat na změny, které denně přicházejí. Tím jak nákaza

jde komunitně společností, tak samozřejmě dochází k nálezům zaměstnanců. Přibývání pacientů a na druhou stranu ubývání zaměstnanců z důvodů pracovní neschopnosti je problém, který nám pomohli vyřešit studenti. V obou vlnách nejdříve přispěchali s pomocí studenti Slezské univerzity Opava a SZ a VOŠZ Ostrava, dále studenti LF OU Ostrava a LF UP Olomouc. Studenti Pedagogické fakulty OU vypomáhají hlídáním dětí zaměstnanců.

Každá krize s sebou něco přináší, ať už se jedná o pozitiva nebo negativa. Zpočátku jsem se u některých zaměstnanců setkala s obavami, strachem z epidemie, z obav z práce v jiném provozu, což je v dané situaci pochopitelné. Byla jsem ale svědkem obrovské solidarity a pocitu sounáležitosti. Kromě studentů nabízí pomoc mnoho dobrovolníků, kteří jsou ochotni nezištně pomáhat potřebným. V počátku, kdy nebyl dostatek ochranných pomůcek, lidé začali šít roušky nejen pro sebe, ale i pro své okolí a zejména zdravotníky. Technici vymýšleli ochranné štíty a masky, vědci a lékaři nové léky a možnosti léčby. Došlo k velkému rozvoji telemedicíny a ukázalo se jak je tento trend užitečný. Podpora ze strany firem, ale i jednotlivců v podobě darů pro zaměstnance v první linii je nevídaná. Pandemie přispěla k posílení komunikace v rámci on-line vzdělávání, ale



také na poli peer i intervenční podpory. Na druhou stranu jsme byli vystaveni útokům hackerů na nemocniční informační systém, dozvídali jsme se o událostech, které vedly k vlastnímu obohacení a prospěchu.

Bohužel krizová situace ještě neskončila, sestry a další zdravotníci stále neúnavně pečují, ať už o covidové či necovidové nemocné. Covidová doba na jedné straně přináší ztráty, pocity nejistoty a obavy z toho, jak bude vypadat náš další každodenní život. Zároveň jsme dostali příležitost k zamyšlení se nad našimi hodnotami a plány, ať už v osobním nebo profesním životě.

Osobně velice hodnotím vstřícný přístup většiny zaměstnanců, kteří chápou vážnost situace a projevují vysoké pracovní nasazení a ochotu zapojit se do jejího řešení.

Cílem kampaně Nursing now bylo zviditelnit celospolečenský význam ošetřovatelství a připomenout nenahraditelnost této profese. Současná pandemie jen potvrdila důležitou úlohu sester ve společnosti, umožnila přiblížit každodenní práci sester a její nezastupitelnost, odbornou erudici, ale i odvahu.

PhDr. Andrea Polanská, MBA
náměstkyně ředitele pro ošetřovatelskou péči
Fakultní nemocnice Ostrava

TEORETICKÉ, OBECNÉ A ETICKO-FILOZOFICKÉ STUDIE, PŘEHLEDOVÉ PRÁCE
--

JEDNA Z VYBRANÝCH PANDEMÍ V MINULOSTI

ONE OF SELECTED PANDEMIES IN THE PAST

Kamil Janiš¹, Zdeňka Římovská²

Abstrakt

Cíl: Cílem příspěvku je upozornit na „starou“ pohlavně přenosnou nemoc, která zatím nevymizela z mapy světa a je pro lidstvo stále nebezpečná. Na základě historického vývoje ukázat jaká utrpení a nebezpečí pohlavně přenosné nemoci přinášely a dodnes mohou přinášet.

Metodika: Pro sběr dat byla zvolena analýza dokumentů a dat, včetně studia historických pramenů.

Výsledky a diskuze: Na základě sběru dat a analýzy dokumentů byla shrnuta současná i historická fakta z České republiky a Evropy.

Závěr: Na světě je odhadem 12 miliónů osob postižených syfilidou, která je stále nebezpečnou pohlavně přenosnou nemocí. Tato skutečnost je varováním zejména pro mladé lidi, při možnostech globálního cestování, by neměli zapomínat na možné nebezpečí a věnovat patřičnou pozornost prevenci. Předkládané informace přinášejí přehled o vývoji pohlavně přenosných nemocí, cílem je zamyšlení, motivace i varování.

Klíčová slova

pandemie, syfilis, akce pohlavní nemoci

Abstract

Aim: The aim of the contribution is to draw attention to the “old” sexually transmitted disease, which so far have not disappeared from the map of the world and for humanity is still dangerous. On the basis of historical development to show what kind of suffering and the dangers of sexually transmitted diseases brought and still can bring.

Method: For data collection was chosen analysis of documents and data, including the study of historical sources.

Results and discussion: On the basis of data collection and analysis of documents was summarised current and historical facts of Czech Republic and Europe.

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

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

Conclusion: In the world there are an estimated 12 million people affected by syphilis, which is still a dangerous sexually transmitted disease. This fact is a warning in particular for young people, while the possibilities of global travel, should not forget about the possible danger and to give due attention to prevention. Presented information to bring you an overview of the development of sexually transmitted diseases, the goal is reflection, motivation and warning.

Keywords

pandemic, syphilis, action enereal diseases

ÚVOD

Čas od času propukne v dějinách lidstva pandemie. V historii lidstva jich byla celá řada, morové epidemie, španělská chřipka, HIV/AIDS. Daleko před HIV/AIDS to byla pohlavně přenosná nemoc syfilis. V současné době se jedná o koronavirovou epidemii (COVID-19). Syfilis nebyla smrtelná nemoc s okamžitým projevem smrti, šlo o pomalu působící infekci, která ve svém posledním stádiu zpravidla napadala centrální nervový systém, čímž nositeli přinášela nejen velké zdravotní problémy, ale i jistou smrt. Informaci o potřebě chránit se před pohlavními nemocemi můžeme nalézt v Mojžíšově knize *Leviticus* (Starý zákon, kapitola XV., verš 2 až 33).

Jak všeobecně platí, před každou chorobou spolehlivě chrání prevence. Před pohlavně přenosnými nemocemi se jedná o bariérovou antikoncepci a pohlavní věrnost, před koronavirovou pandemií zvýšená hygiena.

STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA JMENOVANÉ POHLAVNĚ PŘENOSNÉ NEMOCI

Syfilis (řecky syphilis, někdy se používá i označení příjice, lues) – chronické, infekční pohlavně přenosné onemocnění způsobené spirochetou *Treponema pallidum*. Přenos může proběhnout také orálním nebo análním pohlavním stykem. Samotné onemocnění prochází třemi stádii. V prvním stadiu se vytvoří tvrdý vřed na místě, kudy infekce pronikla do těla. Po určitém čase vřed zmizí (i bez léčení) a dochází k přechodnému období, kdy zduřejí lymfatické uzliny. V druhém období se začíná na těle objevovat vyrážka. V tomto období je dotyčný pro své okolí nejnebezpečnější, protože mikroby napadají sliznice všech tělesných otvorů, mimo jiné tedy i ústa, nos a tím je umožněna nákaza nepohlavní cestou. Ve třetím stadiu (u některých pacientů se může jednat o dobu 10–15 let) dochází k poškození vnitřních orgánů, jako srdce, cév, mozku.

K nalezení účinného postupu léčení nemoci došlo na počátku 20. století. Nemoc se léčí antibiotiky. V poslední době je zaznamenán výrazný nárůst onemocnění u české populace. Dlouho odborníkům trvalo, než dokázali od sebe odlišit syfilis a kapavku. Přetrvával názor, že se jedná o jednu fázi téže pohlavně přenosné choroby nemoci.

Kapavka (lat. gonorrhoea) – pohlavně přenosné onemocnění, projevující se hnisavým onemocněním pohlavních orgánů a močových cest způsobené bakterií *Neisseria gonorrhoeae*. Jedná se o pohlavně přenosné onemocnění přenášené výhradně pohlavním stykem, ale také z infikované matky na plod. Má obvykle charakter hnisavého zánětu sliznic pohlavních a vylučovacích orgánů, případně konečníku. Příznaky nákazy se projevují především u muže a jsou nepřehlédnutelné. Krátce po nákaze (od 24 hodin do 3 dnů) se objevuje u muže prudké pálení při močení a po ránu výtok z močové trubice. Po několika dnech bolestivé příznaky mizí. Infekce se ale šíří dále. Následky neléčené kapavky mohou mít kruté dopady, zvláště pak u žen může dojít k neplodnosti. Nemoc je snadno vyléčitelná prostřednictvím antibiotik.

STRUČNÁ PROCHÁZKA HISTORIÍ PANDEMII SYFILIS

Problémy s pohlavně přenosnými nemocemi prolínají celé dějiny lidstva, byť v rozličné podobě i rozsahu, v každém případě ve zvládnutelné podobě až do nástupu renesance. Syfilida se stala metlou, kterou do té doby lidstvo v oblasti sexuálního života nepoznalo. Spor o původ nemoci patří mezi dosud neuzavřené kapitoly v dějinách. V podstatě existují dvě teorie. Jedna tvrdí, že syfilida se vyskytovala již ve starověku. Při dobré paměti si jistě vzpomenete na některé uvolněnější názory na pohlavní svobodu. Je proto málo pravděpodobné, že by se nemoc nerozšířila. Druhá teorie, kterou zastává většina, přisuzuje „prvenství“ objeviteli Ameriky – Kryštofu Kolumbovi. Když vyplul z přístavu Palos na svou historickou expedici 3. 8. 1492 se 120 členy mužstva s celkem pochybnými životními osudy, nikdo netušil, jaké budou dopady této cesty. Domorodci vítali námořníky jako bohy, a zvláště ženy se snažily získat všemi způsoby jejich přízeň. Jak uvádějí historické prameny, používaly domorodé ženy rozličných prostředků, jen aby co nejvíce vystupňovaly smyslnost Španělů (Janiš, 2007, s. 128–129). Sexuální výstřednosti postupně dosáhly takového stupně, že bylo zapotřebí 15. 11. 1505 přijmout královské nařízení, které nabádalo námořníky a budoucí dobyvatele k větší zdrženlivosti. Pro historii pohlavně přenosných nemocí má poněkud větší význam zvláště druhá Kolumbova výprava (1493). Expedice čítala celkem 17 lodí a více jak 1 500 mužů. V únoru 1493 poslal K. Kolumbus většinu lodí s naloupeným bohatstvím zpátky do Evropy. Z historických pramenů, zachycujících cestu výpravy se dozvídáme, že ženy v nově objevených zemích se chovaly vůči Španělům velice vstřícně. Z této výpravy si Kolumbus vedle bohatého nákladu dovezl také několik těžce nemocných námořníků. Ve stejné době provozoval v Barceloně svou činnost lékař Ray Diaz de Isla. Byl to právě on, kdo pro tehdejší Evropu neznámou nemoc popsal, a dokonce určil i domnělého původce celé nákazy, jistého vrchního plavčíka Pinzona, který si údajně nemoc přivezl z Nového světa. Stanovil i postup,

jak celou nemoc léčit. Jednalo se o rtuťové vtírky. Ostatně rtuť byla ve středověku velice rozšířeným léčebným prostředkem. Později se ukázalo, že se jednalo o chorobu značně rozšířenou u obyvatel na ostrově Haiti, kde se námořníci plně oddávali pokušením s místními kráskami. Krátce po návratu části Kolumbovy výpravy se nemoc díky sexuální aktivitě námořníků poměrně rychle rozšířila v Lisabonu a v Seville. Aby souhra náhod pokračovala, připravoval francouzský král Karel VIII. (1470–1498) velké vojenské tažení do Itálie. Do svého více jak dvacetitisícového vojska najal mnoho Španělů, částečně postižených smrtelnou pohlavně přenosnou chorobou, ale také v hojné míře také Švýcary, Francouze, Maďary, Angličany a jak uvádějí staré historické prameny, nechyběli ani Slované. Koncem roku 1494 se Karel VIII. vydává na velké tažení. Přes Florencii, Sienu a Řím se dostává následujícího roku do Neapole. Všude je jeho příchod vítán. Zprávy historiků uvádějí, že místní krásky se zcela oddávaly radovánkám a sexuálním obzvláště. Pobyt v samotné Neapoli trval 80 dní a hýřící vojáci jej proměnili v jednu velkou orgii. Dne 20. 5. 1495 je Karel VIII. nucen pod tlakem Španělů, Miláňanů a Benátčanů Neapol opustit a poněkud neslavně se vrací zpět do Francie.

Ve středověku bylo naprosto běžné, že velké vojenské výpravy doprovázel neméně početný zástup prostitutek a kurtizán. Například, když Valdštejn v roce 1623 obléhal město Norimberk, zúčastnilo se celého obléhání vedle 50 tisíc vojáků také 15 tisíc žen. Výsledek nekontrolovaných radovánek vojáků s místními kráskami nedal na sebe dlouho čekat. Rozprchlé vojsko zaneslo chorobu do všech koutů Evropy. Podle místa se jí dostalo později označení „*neapolská, případně francouzská nemoc*“. O jejím značném rozšíření se zmiňuje známý humanista Erasmus Rotterdamský (1465/7–1536) na jednom shromáždění, kde říká, že „*v této nešťastné době má tu nemoc téměř každý: pokud někdo zůstal ušetřen, platí za selského nevzdělance!*“. Obdobně se vyjadřoval i slavný německý malíř Albrecht Dürer, který v dopise svému příteli napsal: „*Ta nová nemoc je hrozná, skoro každý ji má!*“ (Janiš, 2007, s. 130).

Kronikáři zaznamenali první případ nové choroby „*venerický mor, nazývaný galská nemoc*“ v Čechách roku 1493. V roce 1496 bylo zaznamenáno, že se objevila v Litomyšli „*dosud neznámá nemoc, která se vplížila do Čech. Postihuje mocně tělo a nazývají ji francouzskou nemocí*“. Obdobnou zprávu můžeme nalézt ve *Starých letopisech českých*: „*Tohoto léta a předešlých tří let v zemi Frančské a jinde v Čechách divné a neslýchané nemoci na lidech, ježto sluly francúzska nemoc, prysky a neštovice rozjídavé a potom co škralup strupové, a k tomu lámání v kostech ukrutné, že mnozí lidé na ně mřeli.*“ Jednalo se o rok 1504. V masovějším měřítku se rozšířila na Moravě v roce 1495, ve Slezsku 1496 a v Čechách 1498 (někdy se uvádí i rok 1499). Vlastní nemoc se velice rychle šířila po celém tehdejší civilizovaném světě. Začíná najednou představovat vážný společenský problém. O tom svědčí i skutečnost, že v Praze při kostele sv. Pavla vzniká počátkem 16. století špitál pro lidi postižené touto chorobou. Pro chorobu se začíná žít i další označení – syfilis, lues, případně český název příjice.

Dosud nebylo řečeno, kde se vzal samotný název syfilida. V roce 1530 napsal ve Veroně italský lékař a astronom G. Frascastore (1483–1553) poučnou báseň „*Syphilis sive Morbus Gallicus*“ (Syfilis, neboli francouzská nemoc), ve které hlavní hrdina Syphila trpí neznámou nemocí. Ve zmiňované básni doslova stojí, že „*Syphilus byl první, koho se chytila. Ošklivě*

mu tělo rozežrala škaredými vředy a boláky, bolestivě vnikla v údy a nedala mu v noci spát.“ Není to náhoda, že sám Frascatore považoval syfilidu za nemoc mající původ „z působení hvězd“. Ostatně to byl nejen lékař, ale i astronom v jedné osobě (Janiš, 2007, s. 130).

Když byla roku 1530 vytištěna Fracastorova kniha o syfilidě, netušil autor, že do roku 1566 bude vydáno o „*lues venerea*“ ještě dalších 58 knih na shodné téma (Hübschmann, 1970, s. 47). Opravdu netrvalo dlouho, kdy Giovanni de Vigo přichází na poměrně účinný léčebný postup, a to za pomoci rtuti. Jednalo se o jediný lék v té době, který se vtíral do kůže. Dotyční však později většinou umírali na následky otravy rtutí, přičemž mezi první příznaky patřilo vypadávání zubů. Proto i dnes mohou antropologové podle vysokého obsahu rtuti v tělesných pozůstatcích určit, zda dotyčný danou chorobou skutečně trpěl, či nikoliv.

Věda si žádá někdy velkých obětí a nejedná se vždy pouze o finanční a časové investice. Někdy člověk, hledající pravdu, zaplatí za nové poznání svým životem. V roce 1767 nejznámější lékař 18. století v Anglii, chirurg John Hunter se snažil přijít na kloub jedné z nejrozšířenějších pohlavně přenosných nemocí – kapavce. V té době byly příznaky kapavky (gonorrhoea) a syfilis zaměňovány. Zmiňovaný John Hunter si chtěl celou záležitost ověřit sám na sobě, a tak si pod kůži vpíchnul část výtoku muže, který zjevně trpěl kapavkou. Přesně podle vlastního očekávání začal na sobě pozorovat příznaky typické pro syfilis. Z toho usoudil, že kapavka a syfilis jedno jsou. Tento omyl, v který věřila řada lékařů po mnoho let, ukončil teprve v roce 1879 německý lékař Albert Meisser, jemuž se podařilo izolovat zárodek mikrobu, způsobujícího kapavku (Janiš, 2007, s. 130). Ještě jeden název pro stejnou nemoc našel poměrně široké uplatnění. Jedná se o označení *lues*. V roce 1527 jej navrhl francouzský lékař Béchencourt. Zdůvodnění bylo naprosto logické. Pod pojmem *lues* se v tehdejší době rozuměla celá řada chorob, pro které se vžilo označení *mor*. Nemoc šířící se především pohlavní cestou se označovala jako „*lues venerea*“ (venerický *mor*). Tento pojem použil poprvé ve známém „*Pojednání o léčení příjice*“ (Tractatus de *lues venerea* curatione) v roce 1579 lékař J. Fernel (Hübschmann, 1970, s. 48). V češtině se používá slovo *příjice*. Průkopníkem používání uvedeného výrazu se stal profesor lékařské fakulty v Praze A. Jungmann (1776–1854), bratr známého zakladatele českého písemnictví J. Jungmanna. Existují i další verze o původu a následném rozšíření. Jako původce se uvádí kožní nemoc afrických dětí. Na základě větších kontaktů s touto nemocí došlo k jejímu přeměnění z původně kožní nemoci na nemoc pohlavně přenosnou. Další názor se opíral o přesvědčení, že zdrojem nákazy je nepřírozený styk se zvířaty (tzv. sodomie, zoofilie, bestiofilie). Podle jedné teorie je dokonce známo přesné datum zrodu nemoci. Původcem všeho je údajně špatná konstelace planet Saturna a Jupitera ve znamení Štíra a k tomu ještě pozice Marsu dne 25. 11. 1484. Proto se dlouho věřilo, že lidé narození ve znamení Štíra mají sklony k získání nemoci.

Existují indicie, které obhajují K. Kolumba. Četné důkazy o příznacích podobných syfilidě jsou zachovány z doby před objevením Ameriky. Například při průzkumu pozůstatků hřbitova v pařížském leprosariu (1652) byly objeveny lebky poznamenané syfilitickými změnami. Důležité však je, že na hřbitově se už po roce 1500 nepohřbívalo. Existují

i další důkazy o tom, že nemoc byla v Evropě známá před objevením Nového světa (1492). Dochovaly se lékařské předpisy (z roku 1457) na léčení kožní choroby přenášené pohlavním stykem. Ale i z dřívější doby se nám dochovala řada nepřímých důkazů, které dokládají, že už v prvním století našeho letopočtu mohla být rozšířena syfilida. Římský filozof a spisovatel Lucius Seneca (4 před n. l. – 65 n. l.) zachoval poznámky o léčení „zlých vředů na pohlavním ústrojí.“ Hippokrates se zmiňuje o výtoku z močové roury. Dokonce i na egyptských papyrových svitcích lze číst o chorobě, která má mnoho společných znaků s kapavkou, případně syfilis. Existuje písemný doklad o tom, že francouzská nemoc (Mela flandros) byla známa už od roku 1472 v Německu a před tím i v Irsku a v Itálii. V mnoha směrech mohlo při jejím rozšíření po Evropě jít o souhru náhod, do které objevení Ameriky zapadalo.

Ještě jeden argument, který se snaží K. Kolumba zbavit nepřímé zodpovědnosti. Při rozsáhlých archeologických vykopávkách na severovýchodním pobřeží Anglie bylo nalezeno několik kosterních ostatků, které nesou stopy po syfilidě. Pochází z doby 150 let před objevením Ameriky. Obdobný nález byl uskutečněn v jižní Itálii, kde se jednalo o nálezy z antického sídla. Už se asi nedozvíme, zda se jednalo opravdu o syfilidu, či nějakou jinou chorobu. Proto nelze vyvrátit ani potvrdit podíl K. Kolumba na této pandemii v dějinách lidstva. Pro úplnost je zapotřebí poznamenat, že o potírání pohlavně přenosných nemocí se můžeme dočíst už ve *Starém zákoně* (v knize Leviticus). Mojžíš zde stanovil zcela konkrétní opatření pro ty, u kterých se příznaky některé choroby začaly projevovat. Existují četné důkazy o tom, že i starým Řekům byli některé pohlavně přenosné nemoci známe, přičemž některé popisy přímo pasují na syfilis.

POTOMCI SYFILIS

Syfilida dál táhne Evropou. Koncem 15. století vypukla rozsáhlá epidemie. Jako preventivní prostředek zpočátku slouží postupné uzavírání veřejných domů a vyhánění prostitutek z měst včetně izolace nemocných. Například útulek pro nemocné syfilidou v Praze se nacházel za Poříčskou branou. Tažení proti prostituci, především nekontrolovatelné, bylo v mnoha ohledech radikální. Například ve Frankfurtu nad Mohanem bylo přijato opatření, kterým se všechny nevěstky namáčely v kleci ve vodě, a to za shodným účelem, jako když se pere špinavé prádlo.

Výsledek měl pouze krátkodobý charakter. Místo veřejné prostituce se začala šířit prostituce tajná. Přesto dočasně opravdu dochází k poklesu počtu nemocných, ale jedná se skutečně jen o přechodný stav. Objevují se i některé šarlatánské metody léčení, jako například léčba intenzivním pohlavním životem, stykem s pannami, pohlavním stykem s dětmi a podobně. Výsledný efekt byl přesně opačný – další nárůst případů onemocnění. I přes částečnou znalost léčby pomoci rtuti na nemoc umírá celá řada lidí, obyčejných a stejně tak mocných a slavných.

Výčet osobností, které trpěly venerickými chorobami, by byl nekonečně dlouhý. Například velikáni literatury Guy de Maupassant (1850–1893), F. Schiller (1759–1805), J. W. Goethe (1749–1832), H. Heine (1797–1856), Ch. Baudelaire (1821–1867), malíři P. Gauguin

(1848–1903), Vincent van Gogh (1853–1890), H. Toulouse-Lautrec (1864–1901), sochař B. Cellini (1500–1571), hudební skladatel L. van Beethoven, který se nakazil od povolných dívek v hodinových hotelích stejně jako J. Mysliveček aj.

Posledně jmenovaný, hudební skladatel Josef Mysliveček (1737–1781), alias „božský Čech“, případně český Mozart, po prvních úspěších, a to nejen v hudbě, ale i ve vztahu k ženám, opouští Prahu a odchází do slunné Itálie. Vedle skládání (za život sloužil přes třicet oper), ne všechny jsou kvalitní, do jeho života vstupují ženy. První, pro kterou složí několik skladeb, se stává vynikající dobová zpěvačka Lucrezia Agujariová (1743–1783). Po rozchodu s ní začínají jeho náručí procházet řady žen, a to bez rozdílu v postavení. Nejdříve mu podlehnou další dobová pěvecká hvězda Caterina Gabrielliová (1730–1791), která je sice o sedm let starší, ale dokonale si jej „ochočí“. Díky Myslivečkovým operám její sláva po celé Itálii roste, ale mezi oběma dochází k ostrým hádkám. V té době se udají v jeho životě dvě události: potkává přítele na celý život W. A. Mozarta (1756–1791) a také začíná navštěvovat četné nevěstince. Možná, že právě zde se od některé italské krásy nakazil syfilidou. Nákladný život s sebou přináší obvykle i dluhy. To byl impuls pro Caterinu, aby skladatele opustila. Poslední operou, ve které ještě zazpívá je Armida (1778). Dnes se můžeme jen dohadovat, zda příčinou selhání jejího hlasu byl úmysl zcela přijetí nové Myslivečkovy opery a tím se mu do jisté míry i pomstít, nebo těhotenství, které jej zcela zlomí. Doslova prchá z Itálie do Bavorska, kam je pozván vévodou Maxmiliánem. Cestou do Mnichova se kočár převrhne a část kovové konstrukce jej trvale zraní v obličeji. Když po roce opouští nemocnici, je z něj hotová troska. Místo nosu má díru, a navíc celé tělo je zachváčeno záhadnou nemocí. Znalci jeho života si nejsou jisti, zda se jednalo o důsledek syfilidy, která nebyla v té době výjimečnou nemocí, zvláště pak v Itálii, nebo důsledek nezřízeného bohémského života plného nezřízeného pití. Možná se jedná o kombinaci obou příčin jeho smrti. Když Josef Mysliveček – český skladatel světového věhlasu, umírá zcela opuštěn 4. 2. 1781 v Římě, za jeho rakví v nevládném počasí šla pouze jedna osoba, a to W. A. Mozart (1756–1791) atd. (Janiš, 2004, s. 238)

Ještě nedávno se tvrdilo, že další náš slavný hudební skladatel B. Smetana (1824–1884) trpěl syfilitickou nemocí. Dokonce znalci jeho života uvádějí jako pravděpodobný zdroj nákazy začínající operní zpěvačku Lellu (Adelaida) Ricciovou. Ostatně syfilis se označovala v dané době jako „*choroba divadel*“, protože herci a herečky svým způsobem života přispívaly k šíření choroby. Existuje i další výklad a pochybnost, zda vůbec ohluchl díky progresivní paralýze. V jeho životě se objevuje celkem sedm žen, z nichž dvě se staly jeho manželkami. Což je na obdivovaného a slavného skladatele a na tehdejší dobu poměrně málo. Navíc B. Smetana byl mužem velice plachým a zdrženlivým a jen těžko si představit, jak autor *Libuše* laškuje při sexuálních hrátkách. Ale všechno mohlo být možná i trochu jinak. Na základě rozluštění jeho zašifrovaných zápisků se dovídáme mnohé. Například počátkem roku 1871: „*Dostal jsem vyraženinu pod žaludkem, která mně mnoho vadí a dělá bolesti až k zádlům.*“ (Janiš, 2007, s. 131). V prosinci si poznamenává, že se mu udělal nežid v rozkroku. Tento fakt, který nemohl před ženou utajit, vnesl do rodinného vztahu přirozené konflikty a vedl ve svých důsledcích až k jeho rozpadu. Pro všechna uvedená fakta, která se tradují, poslední zkoumání lebky B. Smetany prokázalo, že náš hudební genius v žádném případě netrpěl syfilidou. Deformace lebky, přesněji řečeno

pravé tváře, byla způsobena v mládí, kdy si na čerstvě pohnojeném poli hrál se skleněnou láhví naplněnou střelným prachem. Láhev neexplodovala, jak chlapci předpokládali, ale až v okamžiku, když šli zjistit příčinu. Náhlá a nečekaná exploze vmetla do tváře nejen střepiny z láhve, ale i část ornice, a navíc došlo k vymytí rány vodou z rybníka. Infekce zasáhla i kost. Stopy po nevinné dětské hře se snažil v pozdějším věku maskovat plnovousem. Jak je zřejmé, realita bývá někdy mnohem prozaičtější než tradice.

Z dalších zajímavých osobností české kultury stojí za to zmínit básníka Františka Gellnera (1881–1914), který napsal *Píseň zhýralého jinocha*.

Protože jeho smrt je dodnes obestřena tajemstvím, dá se předpokládat, že se možná jednalo o sebevraždu známého básníka českého anarchismu na prahu první světové války. F. Gellner žil nesmírně aktivně a co se týká žen, málokterá si byla před ním jistá. S nadsázkou se uvádí, že do postele „složil“ půlku Prahy, včetně známé komunistické spisovatelky Marie Majerové.

Syfilidu měl i císař Rudolf II., filozof F. Nietzsche (1844–1900), arcikníže Otto, anglický mořeplavec J. Cook (1728–1779), proslulý milovník G. Casanova. Není žádným tajemstvím, že i A. Einstein (1879–1955) pravidelně navštěvoval nevěstince a syfilidu měl, stejně jako historii známý vojevůdce Albrecht z Valdštejna a další. Posledně jmenovaný – Albrecht Václav Eusebius z Valdštejna (1583–1634) se pravděpodobně nakazil syfilidou při tureckém obléhání u Ostrihomu (Uhry) v roce 1604. V seznamu by určitě neměli chybět ani „revolucionáři“ minulého století. Jako příklad uvádíme K. Gottwalda a jeho idol V. I. Uljanova-Lenina. Vůdce komunistů Lenin se nakazil s největší pravděpodobností v roce 1902 v době pařížského exilu. Jedná se o hrůznou představu, jak syfilida ovlivňovala mnohdy běh dějin.

HLEDÁNÍ LÉKU A PREVENCE

V první linii při hledání prevence a hlavně samotné léčby, stáli, a to celkem logicky, lékaři. K dostupným publikacím z 20. let minulého století, které byly určeny široké veřejnosti, patří např. spisky od Adamíka (1913), Flexnera (1925), Haškovce (1928), Hüflera (1923), Pelikána (1922), Beralla (1910) a dalších. Při léčbě kapavky se využívaly rozličné roztoky, které se vpravovaly do močové trubice, stejně tak i vlhké oviny pohlavních částí. Vzhledem k tomu, že se jednalo o látky ve vysoké koncentraci jedovaté, musely se výrazně ředit (Spohr, 2006, s. 30). Jednou z doporučovaných metod léčení, představovala správná životospráva, při které doporučuje konzumovat rozličné kaše, dále pak zeleninu, pšeničný chléb jen ke snídani a večeri konzumovat nejpozději v 7 hodin. Pochopitelně doporučuje vyvarování se „požívání nejen lihových (víno, pivo, kořalka) a narkotických (káva, čaj, čokoláda) nápojů, ale i požívání masa“ (Spohr, 2006, s. 33). Týž autor (s. 43) uvádí, že „tělesná námaha při kapavce jest škodlivou.“ Obdobná doporučení se týkala i syfilídy.

Teprve v minulém století dospěli lékaři ke správnému závěru, že kapavka a syfilis jsou dvě odlišné choroby a později ještě k poznatku, že mezi syfilidou a progresivní paralýzou existuje určitý vzájemný vztah. V roce 1905 objevuje německý lékař F. Schaudinn původce

choroby – tzv. bledou spirochétu (*Spirocheta pallia* nebo také *Treponema pallidum*). Vítězem nad nemocí se stává lékař Paul Ehrlich (1854–1915), který v roce 1909 za pomoci svého japonského asistenta bakteriologa Sahaširo Haty objevuje a později zdokonaluje lék (arzenovou sloučeninu), nazvaný Salvarsan 606 a Neosalvarsan. Označení léku je odvozeno od pokusu číslo 606. Tento lék, který znamenal výrazný pokrok v léčbě, měl však dvě nevýhody – jednak léčil pouze raná stadia nemoci a jednak se bakterie staly proti léku časem imunní. Přestože Paul Ehrlich dostal Nobelovu cenu, nebylo to za objev Salvarsanu, ale teorii postranních řetězců. Definitivní vavříny si později za léčení syfilidy odnáší penicilín. Tím končí „sláva“ spirochety *Treponema pallidum*, která je původcem infekčního pohlavního onemocnění. Přesto nebezpečí častého střídání partnerů a téměř absolutní absence ochranných prostředků vedla u sledovaných prostitutek k nárůstu onemocnění syfilidou, zejména, a to je zajímavé, u těch, kteří své řemeslo provozovaly v bordelech.

Na konci předminulého století bylo ročně nakaženo syfilidou v Paříži 12,2 %, Bruselu 25 % a v Antverpách 51,2 % registrovaných prostitutek v bordelech. U jejich kolegyně z ulice byl tento počet podstatně nižší. V Paříži 7 %, Bruselu 9 % a v Antverpách 7,7 %. Po objevení léku výrazně klesá počet nových případů, což dokazují následující čísla: 1919 v Německu bylo evidováno na 215 000 nových případů, v roce 1927 už jen 75 000 a patnáct let po objevení 43 000. Na přelomu 19. a 20. století se odhadoval počet nakažených osob v Německu na 2–3 miliónů osob. To byl také jeden z inspirujících podnětů k založení spolku (1902) „*Německá společnost pro potírání pohlavních chorob*“, která si kladla za cíl čelit vzrůstajícímu nebezpečí pohlavních chorob a tím i četným zdravotním, ale i sociálním problémům (Rožánek, 1906, s. 418–419).

Dominantním tématem prevence byl boj proti prostituci, kterým byly nařízeny pravidelné zdravotní prohlídky, a hlavně jejich podchycení policií. Podle dobového zákona byla nařízena nucená léčba, která byla zdarma, povinné ohlašování nákazy a zákaz pohlavní aktivity. Při nakažení další osoby, při vědomí, že je sám nakažen, hrozily vysoké a přísné tresty, včetně peněžité náhrady.

Povětšinou se v předchozím textu hovoří o syfilis, ale svou roli sehraává i další pohlavně přenosné nemoci, kterou představuje kapavka. Hlavními zdroji se stávala vojenská služba a na druhém místě studium mimo domov. U studentů uvádí tzv. Krombholcova nadace, že mezi studenty je přibližně nakaženo (1891–1892) 25 % studentů z Prahy, kteří studují v Berlíně (Rožánek, 1906, s. 380). (Poznámka: informace byly zjištěny prostřednictvím zdravotní pokladny).

Rožánek (1906, s. 385) prezentuje konkrétní návody na ochranu před přenosem pohlavní nemoci, např. omývání pohlavního údu po aktu alkalickou tekutinou, osvědčilo se před pohlavním stykem natření hustým tukem. Jako léčivý prostředek se doporučovala rtuť a jód, a to v celé řadě variant. Například jako mast, případně prostřednictvím čípků, koupelí apod. Stejně, jako dnes, se už na počátku minulého století za nejúčinnější prostředek před pohlavními nemocemi považoval kondom. Současně se doporučovaly rozličné výplachy, a to v celé řadě kombinací látek a různé koncentraci, jako například kyselina borová, kyselina karbolová, roztok manganistanu draselného apod.

V archívech je zaznamenána zpráva francouzského generála v Alžírsku Daumase (1988),

kde uvádí arabskou pověru, že páření se zvířaty člověka zbaví pohlavní nemoci. Pověra nakonec vedla k tomu, že velké množství armádních klisen bylo nakaženo, což v oblasti Středomoří vyvolalo doslova „koňskou“ epidemii.

POČÁTEK MINULÉHO STOLETÍ

Rozvoj průmyslové výroby s sebou přinesl do té doby nebyvalou migraci obyvatelstva a zároveň i jeho velkou koncentraci v městských průmyslových aglomeracích. Vzhledem k sociálnímu postavení pracovní síly, podmínkám bydlení, úrovni zdravotnictví, stupně hygieny, možnostem vzdělání, kulturního vyžití apod. začínají se vedle celé řady dalších negativních jevů projevovat i jevy se sexuálním pozadím (prostituce, promiskuita, šíření pohlavně přenosných chorob aj.). Nejvíce postiženou věkovou kategorií se stává mládež, která je k těmto vlivům nejvíce náchylná, ale která zároveň rychle přestává respektovat do té doby vžitě celospolečenské konzervativní konvence.

Na uvedené skutečnosti začaly nejdříve poukazovat dvě instituce – zdravotnictví a škola, pro které představovala mládež významné zájmové pracovní pole. Pro školu vystupovala do popředí otázka výchovy. Pro zdravotnictví pak problém hledání účinné formy, jak omezit stále narůstající počet osob nakažených některou z pohlavně přenosných chorob, dále zabránit vzrůstu nelegální potratovosti a nízkému věku prvorodiček apod. K větší představitivosti o pojetí těchto osvětových publikací snad přispěje konkrétní ukázka (např. od dr. Hüflera – zdravotního rady: *Kdybych to byl věděl*, 1923), která sice spadá do dalšího období, ale v plné nahotě ilustruje dobový přístup. Obsah ukázky je věnován velice rozšířené pohlavní chorobě – syfilis. Ve zmíněné publikaci se uvádí: „*Změknutí mozku se však nejeví vždycky zuřením, je to nemoc velmi rozličné povahy. Často bývají nemocní – až 10 – 15 – 20 let po nákaze přijící – pouze roztržití, zapomětiví, nepořádní v obleku, ženy běhají s otevřenou blůzou, s neupravenými vlasy na ulici, s jednou botou a jednou punčochou, muži se stávají nespolehlivými v obchodě, zapomínají důležité zakázky, účetní se stále přepočítávají, hospodyně se pletou při vaření, pletou-li punčochu, nemá žádného tvaru, řeč se stává nejasnou, koktavou, těžká slova nemohou vysloviti, škobrtají a řeknou s blbým úsměvem „nedovedu to“ ...*“. Lavinovité šíření pohlavně přenosných nemocí kopírovalo kumulaci pracovní síly v průmyslových centrech. Jedním z prostředků prevence se stává široce pojímaná sexuální osvěta, cílená na všechny zainteresované výchovné subjekty. Boj proti dalšímu šíření pohlavně přenosných chorob byl veden zejména formou osvěty. Na většině vysokých školách v Německu a v Rakousku se zavádějí přednášky pro studenty na dané téma. Důvod je velice prostý. Jsou to právě studenti, kteří se v nočním ruchu velkých měst setkávají s prostitutí soustředěnou v nevěstincích nebo na ulicích. Začínají se v hojné míře realizovat první osvětové akce, zaměřené např. na podchycení nezkušených dívek z venkova před prostitutí v Praze a v dalších městech (např. akce *Armády spásy* apod.). V oblasti výchovy uskutečnila Spolková rada Pedagogického muzea Komenského (1917, za účasti – F. Drtiny, O. Kádnera, J. V. Klímy aj.) první ucelnější analýzu stavu. Uskutečněné anketní šetření vedlo k navržení postupu, který si kladl za cíl prostřednictvím školy přispět ke zlepšení tělesné i mravní

výchovy mládeže. S dostatečným časovým odstupem můžeme hodnotit jejich úsilí jako průkopnické i přesto, že se při řešení celé problematiky nevyvarovali chyb pramenících zejména z přecenění úlohy informace.

Dalším prostředkem v systému prevence bylo prosazování monogamního manželství, vhodná výchova a poučení dospívajících. Už v dané době bylo zjevné, že prostituce se dá omezit zlepšením sociálních podmínek žen, zejména pak v městských (průmyslových) aglomeracích. Rožánek (1906, s. 448–449) uvádí i zmínku o internacionálním přístupu, tzn. řešení dané problematiky v širším územním kontextu.

Dalšímu šíření pohlavních chorob částečně zabránilo po 2. světové válce použití antibiotik. Pohlavní choroby se pochopitelně nevyhnuly ani naší republice. Je však ke cti našeho tehdejšího zdravotnictví a osvěty, že se podařilo jednu z nejnebezpečnějších chorob, za kterou je považována syfilis, alespoň na čas zlikvidovat. V roce 1951 proběhla akce PN (pohlavní nemoci), kdy všichni obyvatelé v produktivním věku prošli podrobným lékařským vyšetřením. Podle uveřejněných statistik Národní referenční laboratoře pro diagnostiku syfilidy připadalo v tomto období na 100 tisíc obyvatel přibližně 130 nemocných. Od roku 1954 do 1963 nebyl nikdo u nás syfilidou infikován. Pozdější rozšíření nákazy mají na svědomí s největší pravděpodobností námořníci plující po Labi do přístavu Hamburk.

ZÁVĚR

Pohlavně přenosných nemocí je celá řada. Přestože se objevil spolehlivý způsob léčby, nastává druhý extrém, kdy lidé získali pocit, že vše je léčitelné, proto není zapotřebí se aktivně a efektivně bránit před danou nákazou. Přitom si mnozí neuvědomují, že léčebné postupy nejčastěji prostřednictvím antibiotik vytvářejí u jedinců určitou imunitu, rezistenci, kterou lze vyléčit „vyššími“ dávkami antibiotik. Nejspolehlivější prevencí před nákazou, je žádná sexuální promiskuita, a v případě, že není jiná možnost, pak jediné uplatnění bariérová antikoncepce. V tom spočívá další problém, naprostě většina žen používá některý z prostředků hormonální antikoncepce, což nezaručuje jistotu ochrany před nežádoucím přenosem. Každý pacient se zjištěnou syfilis je povinen podrobit se léčbě. Nedojde-li k tomu, pak se jedná o trestný čin. Lidé by se měli z historie poučit a být odpovědní za své zdraví a zároveň neohrožovat zdraví druhých. Současná pandemie COVID-19 je toho příkladem. Stejně jako v minulosti platila zásada dodržování pravidel i u COVID-19 je nutné dodržovat hygienická opatření, včetně nošení roušek a dodržování nařízené karantény. Jen tímto způsobem budeme schopni čelit nákaze. Zamyslíme-li se nad historií šíření pohlavních nemocí, a jejich mnohdy až masivním dopadem, zjistíme, že ve valné většině šíření způsobila neznalost problému a následně nedodržování pravidel a lehkovážnost lidí. Je proto potřebné, abychom si v 21. století, kdy jsme zásobeni přemírou informací uvědomili, že všechny pandemie, které jsme v minulosti zaznamenali, byly způsobené lidmi a pouze lidé jsou schopni zabránit, ev. zmírnit jejich šíření a to svým přístupem.

Literatura

ADAMÍK, R. *O pověře v lékařství*. Praha: Jos. R. Vilímek, 1913.

BERALL, V. *Vyjasněná pravda o nemocech pohlavních: lékařský rádce pro muže i ženy, jak možno uchrániti se nemoci pohlavních a jak lze je vyhojiti*. Praha: Alois Hynek, 1910.

FLEXNER, A. *Prostituce v Evropě*. Praha: Čsl. společnost pro potírání chorob pohlavních, 1925.

HAŠKOVEC, L. *Lékařské vysvědčení před sňatkem: (sbírka dokumentů doby)*. Praha: Fr. Borový, 1928.

HÜBSCHMANN, K. *Historie nebezpečí sexu*. Praha: Avicenum, 1970.

HÜFLER. *Kdybych to byl věděl!: jak dostanu, jak poznám, jak vyléčím pohlavní nemoc!/: vážné lékařské napomenutí mladým i starým*. Praha: B. Kočí, 1923.

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

JANIŠ, K. *Z dějin sexu a erotiky, aneb, Co jsme se ve škole neučili*. Trutnov: Lupus, 2004. ISBN 80-903509-0-9.

PELIKÁN, V. *Pohlavní zdravotnictví*. Praha: J. Bř. Hůrka, 1922.

ROŽÁNEK, O. *Choroby pohlavní u muže i ženy, jejich průběh, rozšíření, následky, léčení, sociální význam, jakož i jak se před nimi chrániti*. Praha: B. Kočí, 1906.

SPOHR, P. *Pohlavní nemoci mužů, jich vznik, předejití a přirozená léčba*. Praha: Levné knihy, 2006. ISBN 80-7309-371-5.

Kontakt

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

	JEDNA Z VYBRANÝCH PANDEMÍ V MINULOSTI	KAMIL JANIŠ ZDEŇKA ŘÍMOVSKÁ	25
--	--	--	-----------

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

LÉKY PODÁVANÉ DĚTEM

MEDICATIONS ADMINISTERED TO CHILDREN

Gabriela Světnická¹

Abstrakt

Východiska: Problémy spojené s farmakologickým výzkumem u dětí, jsou hlavně v nedostatku informací o bezpečnosti a účinnosti podávaných léčiv (Salas et al., 2016). Děti se mohou lišit od dospělých ve fyziologii a patofyziologii nemoci, což zase může vést k rozdílu ve farmakodynamickém a farmakokinetickém profilu léčiva (Caldwell et al., 2004; Kearns et al., 2003). Nevhodné dávkování léků dětem, může způsobovat poruchy růstu a jiné zdravotní komplikace.

Cíl: Cílem práce bylo identifikovat komplikace spojené s podáváním léků u dětí. Design studie byla zvolena přehledová studie.

Metody: Do přehledové studie byly zahrnuty jen plné texty odborných článků publikované v anglickém jazyce v letech 2011 až 2020. Tyto články prezentovaly výsledky studií, které se vztahují k problematice podávání léků dětem, zaměřující se na komplikace, interakce a nežádoucí účinky, které mohou působit na dětský organismus a následně jej poškodit. Zdrojem dat byly zahraniční odborné licencované elektronické databáze ScienceDirect, CINAHL, PubMed, Google Scholar. Z původních 89 studií bylo vyřazeno 82 studií a do přehledu finální fáze bylo využito 7 studií.

Výsledky: Z výsledků přehledové studie je zřejmé, že podávání léků dětem má svá specifika. Je nutné myslet na interakce mezi jednotlivými léčivy a možnost poškození dětského organismu. Sledovat u dětí možné alergické reakce na léčivo. Vyvarovat se podávání některých léků současně z důvodů poškození ledvin a jiných orgánů u dětí. Z přehledu je také patrné, že podávání léků není jen záležitostí zdravotnických pracovníků, ale také rodičů, kteří léky dětem podávají velmi často.

Závěr: Přehledová studie prezentuje nejčastější komplikace, které mohou vzniknout při podávání léků u dětí. Které lékové interakce jsou pro dětský organismus nevhodné. Jaké mohou vzniknout nejčastější alergické reakce na léčivo. Všechny tyto komplikace mohou vést k postižení dětského pacienta a mnohdy i nenávratně. Je nutný další výzkum, který bude zaměřený na sledování nežádoucích účinků léčiv na dětský organismus.

Klíčová slova

léky, dítě, komplikace, nežádoucí účinky

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

Abstract

Background: Problems connected with children pharmacological research arise from lack of information about the safety and effectiveness of administered medications (Salas et al., 2016). Children vary from adults in physiology and pathophysiology of illnesses, which can lead to differences in the pharmacodynamic and pharmacokinetic profile of the medication (Caldwell et al., 2004; Kearns et al., 2003). Inappropriate dosage of medications to children can cause growth problems and other health complications.

Aim: The goal of the study was to identify complications connected with administering medications to children. The study was designed as an overview study.

Methods: In the overview study, only full texts of technical articles in English were included which were published in the years 2011–2020. These texts presented results of studies related to issues connected with administering medications to children which were focused on complications, interactions, and side effects, which can affect child's organism and damage it. The source of data was foreign technical licensed electronic databases ScienceDirect, CINAHL, PubMed, Google Scholar. From the initial 89 studies, 82 were excluded and 7 studies were used in the final survey.

Results: From the overview study results, it is evident that administering medications to children has its limitations. It is necessary to keep on mind interactions between medications and the possibility of causing damage to child's organism. It is necessary to watch for allergic reactions to medication, and also to avoid administering certain combinations of medications due to the possibility of damaging children's kidneys and other organs. From the survey, it is also apparent that administering medications is not only a matter of healthcare professionals but also of parents, who often give medications to their children.

Conclusion: The overview study confirms the most common complications which can occur while administering medications to children. It says what medications interactions are inappropriate for child's organism and what allergic reactions are the most common. All these complications can lead to damaging a child patient, often irreversibly. Further research is necessary that will be focused on monitoring side effects of medications on child's organism.

Keywords

medications, child, complication, side effects

ÚVOD

Problémy spojené s farmakologickým výzkumem u dětí se nejčastěji potýkají s nedostatkem informací týkajících se bezpečnosti a účinnosti podávaných léčiv (Salas et al., 2016). Před schválením jakéhokoli léčivého přípravku, který bude určen k použití pro dospělé, musí být produkt podroben rozsáhlému testování, včetně předklinických testů a klinických hodnocení, aby se zjistilo, že je lék bezpečný a účinný (Caldwell et al., 2004). Totéž bohužel neplatí pro léky používané k léčbě dětí. Hlavní obavy vyplývají z toho, že přibližně 70 % léčivých přípravků používaných v pediatrické péči v EU v jedné nebo více věkových skupinách není prostudováno. U novorozenců je toto procento nelicencovaných léků a jejich použití dokonce vyšší a to až v 80–90 % (Conroy et al., 2000; 'T Jong et al., 2000). Stejně jako dospělí, jsou i děti vystaveny interakcí mezi jednotlivými léčivy, která může vést ke změně koncentrace léčiv. Tento proces může být způsoben změnou absorpce, distribuce, metabolismu a eliminace (Mahmood, 2020).

POPIS REŠERZNÍ STRATEGIE

Cíl práce

Cílem práce bylo identifikovat komplikace spojené s podáváním léků u dětí.

Metodika

Analýza relevantních studií byla vypracována na základě systematického vyhledávání zdrojů v odborných licencovaných elektronických databázích. Jako design studie byla zvolena přehledová studie.

Výběrová kritéria

Podmínkou k zařazení odborných textů do přehledové studie bylo jejich publikování v anglickém jazyce v letech 2011 až 2020. Byly vyhledány pouze plné texty odborných článků, prezentující výsledky týkající se problematiky podávání léků dětem, jejich interakcí s jinými léčivy a také nežádoucími účinky, které mohou působit na dětský organismus a následně jej poškodit. Do přehledové studie byly zařazeny výzkumné studie různého designu.

Zdroje

Zdrojem dat byly odborné licencované elektronické databáze: ScienceDirect, CINAHL, PubMed, Google Scholar.

Vyhledávání

Pro vyhledávání v zahraničních databázích byla použita klíčová slova: drugs, child, interaction (v českém jazyce slova: léky, dítě, interakce). Při zadávání klíčových slov byl použit Booleovský operátor AND. Synonyma ke klíčovým slovům nebyla zadávána.

Výběr a analýza studií

Počáteční fáze přehledové studie byla zaměřena na záznamy vyhledané v databázích dle zadaných klíčových slov a výběrových kritérií. Ze sledovaného období bylo nalezeno celkem 89 záznamů. Poté byly prostudovány abstrakty recenzovaných článků a byly vyřazeny záznamy (82), jejichž obsah nesouvisel s vyhledávanou problematikou a neodpovídal požadovaným kritériím. Vzhledem k zaměřenosti přehledové studie na zjištění komplikací a nežádoucích účinků léků na děti, bylo nalezeno mnoho článků, ve kterých byly zkoumány děti a jejich léčení, ale nebyly zde uvedeny konkrétní komplikace týkající se jejich léčby za pomoci léků. Z těchto důvodů byly tyto záznamy také vyřazeny. V poslední fázi bylo použito 7 záznamů v plném rozsahu, které vyhovovaly zadaným požadavkům a byly posouzeny jako vhodné. Jednalo se převážně o kvantitativní studie a přehledové studie.

VÝSLEDKY PŘEHLEDOVÉ STUDIE

Komplikace a nežádoucí účinky spojené s podáváním léků u dětí

V minulosti byly děti vážně poškozeny toxickými účinky léků, protože jim byly podávány nedostatečně prozkoumané léky (Kemper et al., 2011). V každodenní praxi je velmi obtížné najít registrované léky pro děti, protože asi 70 % léků předepsaných dětem není k této věkové skupině prostudováno. Klinické studie se obvykle provádějí u dospělých a poté se v denní praxi dávky upravují pro děti. Pro perorální podávání léků dětem je důležité složení léku a také jeho chuť. EU zavedla nově právní předpisy pro průmysl na výrobu léčiv, aby byl více kontrolován farmakologický účinek a navýšení bezpečnosti u nových léků pro děti (Kemper et al., 2011). Dalším problémem je absence vhodného, schváleného léčivého přípravku k léčbě malých dětí a kojenců. Častým důvodem proč nechťejí farmakologické firmy provádět výzkumy léčiv u dětí a hlavně novorozenců, jsou obavy z komplikací a možných sporů s rodiči (Cohen et al., 2007). V oblasti dětských léků podávaných k anestezii již existuje stále více publikací, ale i přes tento nárůst je potřeba provádění více výzkumů věnovaných této problematice. Jako příklad si můžeme uvést chybějící informace o bezpečnosti a farmakokinetice dlouhodobého užívání opioidů u novorozenců mechanicky ventilovaných (Bellu et al., 2008). Výše uvedené často neponechává předepisujícímu lékaři jinou alternativu, než používat přípravky u dětí bez informací založených na důkazech pro zajištění řádného prospěchu a rizika posouzení (Kemper et al., 2011). Nedostatek farmakoterapie založené na důkazech dávkování v každodenní praxi se poskytovatelé zdravotní péče setkávají s různými výzvami, pokud jde o předpis léčiva dítěti a nejobtížnější oblastí jsou novorozenci a kojenci. Při předepisování léků se lékař často opírá o různé dětské učebnice, internet, online formuláře a další zdroje a rozdíly existují mezi zeměmi, nemocnicemi a dokonce i mezi samotnými lékaři ve stejné instituci. Kvůli nedostatku výzkumu věku a formulace u dětí, předepisující lékař se často spoléhá na důkazy ze studií na dospělých, zatímco účinnost a nepříznivé účinky se mohou u dětí ve srovnání s dospělými významně lišit (Cramer et al., 2005). Děti se mohou lišit od dospělých ve fyziologii a patofyziologii nemoci, která zase může vést k rozdílu ve farmakodynamickém a farmakokinetickém profilu léčiva. Tyto rozdíly

v profilu mohou být výsledkem různých vývojových fází dítěte, které ovlivňuje absorpci, distribuci, metabolismus a clearance léčiv (Kemper et al., 2011). Příkladem účinku nezralé ledviny je prodloužená clearance d-tubocurarinu u novorozenců ve srovnání s kojenci a dospělými. To může mít za následek snížené vylučování a zvýšený potenciál toxicity a nepříznivé účinky na dětský organismus (Kemper et al., 2011).

Důležité je správné předepisování množství vhodného léku a dále je důležitá také formulace a způsob podání. U novorozenců a malých dětí jsou často preferovány orální roztoky a suspenze, sestry musejí přesně měřit malé objemy, aby se nedopustily chyby. Zejména při podávání koncentrovaného ředění, malá chyba v objemu povede k velkým komplikacím. To je také velmi důležité, pokud podáváme léky dětem intravenózně, kdy Allegaert, Murat a Anderson (2007) poukázali na to, že lahvičky s antibiotikem amikacinem určené pro dospělé při pediatrickém použití mohou mít za následek nepřesné dávkování pro dětské pacienty. Chceme-li předejít chybám při dávkování léků u malých dětí, je velmi důležité mít příbalové letáky pro přípravu léčiv a je nutné alespoň dvakrát zkontrolovat dávkování pro pacienta.

Výzkumná infrastruktura, provádějící klinické studie u dětí je složitější než u dospělých. Cílová populace dětí trpících specifickým onemocněním je obecně menší než u dospělých. Dále děti jsou různých věkových kategorií, je nutné určení přijatelných cílových bodů a hlavně chybí validované nástroje pro hodnocení výsledků. Proces celého výzkumu se týká také rodičů, kteří musejí udělit souhlas s tímto výzkumem a často se na výzkumu podílejí a je velmi obtížné přesvědčit je o významu prováděného výzkumu (Davidson a O'Brien, 2009; Waisel, 2009).

Tab. 1 Přehled studií zabývajících se podáváním léků u dětí

Autor	Typ studie	Cíl	Nástroj	Výsledek
Salas et al. (2016) (Columbie)	Kvantitativní studie Metoda: Prospektivní kohortová studie	Popis nepříznivých lékových reakcí u hospitalizovaných dětí ve věku do 6 let.	Naranjouv algoritmus pozměněné Hartwigovo a Siegelovo hodnocení stupnice pro stanovení závažnosti Schumockova a Thorntonova kritéria pro určení prevence	Z celkem 772 sledovaných pacientů bylo zaznamenáno 156 nežádoucích léků pro léčbu u dětí. Reakce byly detekovány u 147 dětí. V 19 % byly zaznamenány nežádoucí účinky. Frekvence nežádoucích účinků byly vyšší u dětí do dvou let, častěji byli postiženi chlapci a děti, které užívaly antibiotika.
Andersen a Navalta (2011) (USA)	Přehledová studie	Poskytnutí informací, které souvisejí s podáváním psychotropních léků dětem a možným poškozením nezralého mozku u dětí v různých věkových kategoriích.	Přehledová studie	Studie o účincích léků na dětský organismus se musejí provádět i nadále. Alternativně při podávání psychotropních látek může dojít k další psychopatologii, která dosud nebyla identifikována. Z výsledků jasně vyplývá, že může k poškození mozku dojít.

Yue et al. (2014) (Berlín)	Kvantitativní studie	Zaměřit se na účinky Ibuprofenu a acetaminofenu, které se používají k léčbě horečky nebo bolesti u dětí a často se střídají a důkaz o bezpečnosti takové kombinace chybí. V této studii se dále analyzovala asociace akutního poškození ledvin ibuprofenem a acetaminofenem a kombinaci obou léků u dětí ve věku 0 až 12 let.	Databáze FDA hlášení nežádoucích událostí (AERS) Případy byly definovány jako zprávy AKI podle Medical Dictionary for regulátory Terminologie aktivit (MedDRA)	Výsledky dokládají, že současné užívání Ibuprofenu a acetaminofenu u dětí mohou být spojeny s rizikem vzniku akutního poškození ledvin.
Mahmood (2020) (USA)	Kvantitativní studie	Tato studie měla vyhodnotit zda interakce některých léků mohou vést k modifikaci terapeutika. A zda můžeme znalosti o interakci léčiv použít od dospělých u dětí.	Farmakokinetické lékové interakce (DDI) Pro predilekci clereans byl použit exponentový model (ADE)	Tato studie naznačila, že je možné předpovědět clearance s dostatečnou přesností. Studie lékových interakcí u dětí ukazuje, že směr interakce může být podobný dospělým, ale velikost interakce se může lišit. Vše se odvíjí od věku dítěte.

Piccorossi et al. (2020) (Itálie)	Kvantitativní výzkum	Analyzovat klinickou anamnézu. Zjistit výskyt alergických reakcí u dětí po podání léků. Jaká je u dětí hypersenzitivita a senzibilizace.	Testy in vivo a in vitro dle pokynů ENDA/EAACI	Beta laktany byly nejčastějšími léky, které byly zahrnuty do hlášení klinické anamnézy, následovaly nesteroidní protizánětlivé léky. Nejčastěji byly pozorovány závažné kožní nežádoucí účinky. Potvrzení hypersenzitivity bylo vyšší u okamžité reakce na léčivo.
Rohit a Nathan (2020) (USA)	Klinická studie	Přináší přehled přípravy na pediatrické mimořádné události, které souvisejí s podáváním vhodných léků v těchto kritických situacích. Upozorňují na potřebu znalostí zdravotnických pracovníků při aplikaci těchto léků.	Klinická studie	V USA přibližně 7 % pediatrických pacientů přichází k akutnímu ošetření do nemocnice. Znalost léků podávaných dětem v těchto situacích je základem poskytování kvalitní zdravotní péče. Je důležité se zaměřit na indikace, dávkování, protože popis nežádoucích účinků těchto léciv u dětí je nedostatečný. Intravenózní podávání léků u dětí je možné využít v případě nouze.

Kemper et al. (2011) (Nizozemsko)	Přehledová studie	Před schválením každého léčivého přípravku pro použití u dospělých musí být produkt podroben rozsáhlému testování, včetně předklinických a klinických hodnocení, aby se zjistilo, že je bezpečný a účinný. Totéž často neplatí pro léky používané v léčbě dětí. Až 70 % léků určených k léčbě dětí není prostudováno. Poukazuje na toxická poškození dětí při podávání některých léčivých přípravků.	Přehledová studie	Zvyšující se povědomí o důležitosti medicíny založené na důkazech v dětské anestezii a léčbě. Stále je zapotřebí značného výzkumu bezpečnosti a účinnosti léčivých přípravků pro děti a je sdílenou odpovědností poskytovatelů zdravotní péče farmaceutického průmyslu a rodičů.
--------------------------------------	-------------------	--	-------------------	--

VÝSTUPY (DISKUZE)

Ve studii, kterou provedli (Salas et al., 2016), zjistili, že děti jsou zvláště citlivé na nežádoucí účinky podaných léčiv. Aby nedocházelo k těmto komplikacím léčby, tak by bylo vhodné vytvořit strategii, která by zamezila vzniku těchto komplikací, nebo jim alespoň částečně zabránila. Z výzkumu také jasně vyplynulo, že mladší děti byly postiženy nežádoucími komplikacemi výrazně častěji než starší děti. Do této studie byly zařazeny pouze děti mladší než 6 let. Tyto děti ještě byly rozděleny do dvou kategorií a to méně než 2 roky a více než 2 roky. Toto rozdělení bylo vytvořeno s ohledem na pozoruhodnou biologickou variabilitu a fyziologické změny, ke kterým dochází v těchto věkových kategoriích. Dále bylo také tímto výzkumem zjištěno, že častěji byli postiženi chlapci než děvčata. Výsledky této studie byly porovnávány s výsledky jiných studií, které uváděly podobné výstupy. Ostatní autoři uvedli, že nežádoucí účinky souvisejí také s podáváním antibiotické léčby. Antibiotika bývají nejčastější předepisovanou léčbou u dětí a nejčastěji způsobují hlavně gastrointestinální potíže. Sepahi et al. (2013) zjistili, že gastrointestinální a centrální

nervový systém bývá poškozen komplikacemi léčby nejčastěji. Mezi časté komplikace, které mohou vzniknout při podávání léků dětem, jsou také reakce kožní (Salas et al., 2016).

Interakce mezi léčivými mohou být terapeuticky prospěšné nebo mohou vést k toxicitě. Z těchto důvodů se staly studie nedílnou součástí nynějšího vývoje léků a lékové terapie. Autor (Mahmood, 2020) ve své studii poukazuje na lékové interakce, které se mohou vyskytnout u pediatrických pacientů stejně jako u dospělých a také zde upozorňuje na problém, který souvisí s interakcí nejen mezi dvěma podávanými léky, ale také interakcí mezi potravinou a lékem a u dospívajících pubescentů upozorňuje na interakci mezi lékem a drogou, alkoholem, kouřením. Farmakodynamická interakce může vést k aditivním, synergickým nebo antagonistickým účinkům léčiva. Vzhledem k problémům, které souvisejí s výzkumem prováděným u dětí, můžeme dojít k závěru, že studie interakcí mezi léky není u dětí zapotřebí, protože můžeme využít údajů, které vyplývají z výzkumu dospělých. Tento pohled může nebo nemusí být použitelný pro všechny léky a všechny věkové kategorie dětí. Metabolické enzymy a mechanismus vylučování ledvin jsou během prvních dnů života zcela nezralé (Mahmood, 2020). Z tohoto důvodu je rychlost a rozsah metabolismu léčiv a jeho vylučování u dětí (zejména u novorozenců) různého věku odlišné oproti dospělým. Interakce může být podobná jako u dospělých, ale může se lišit velikost interakce (Salerno et al., 2019). Nedávná publikace s rozsáhlými údaji (Wu a Peters, 2019) zjistila obdobné výsledky, jako je uvedeno výše.

Další velmi významnou studii provedenou panem (Yue et al., 2014), který se zaměřil na užívání ibuprofenu a acetaminofenu u dětí, které souvisí s akutním poškozením ledvin. Zjistil, že tyto léky se velmi často používají u dětí k léčbě horečky a bolesti. Dále také zjišťoval hlášení nežádoucích událostí ve vztahu k těmto lékům a související poškození ledvin. Výsledkem této studie je relativně silná souvislost při současném užívání ibuprofenu a acetaminofenu u dětí. Nesteroidní protizánětlivé léky, jako jsou ibuprofen, inhibují syntézu prostaglandinů, což snižuje produkci glutathionu a renální perfúze. Oxidační metabolity acetaminofenu se detoxikují konjugací s glutathionem. Z těchto důvodů při společném užívání se mohou akumulovat v ledvinách a způsobit tubulární nekrózu, která může vést k akutnímu poškození ledvin (Yue et al., 2014).

Další studie upozorňuje na nebezpečí poškození nezralého mozku u dětí, který prochází významnými změnami během přechodů mezi dětstvím, dospíváním a dospělostí. Upozorňuje také na to, jak v současnosti mohou psychotropní látky ovlivňovat vývoj mozku. Expozice psychotropních léků během citlivých období může mít dlouhodobě příznivé účinky, ale po delším užívání se mohou vyskytnout závažné komplikace. Celá tato studie se zaměřila na zlepšení nebo rozvoj alternativních přístupů k léčbě psychologických poruch v dětství. Dále uvádí co je známo o účincích stimulancií a antipsychotik na zrání mozku (Andersen a Navalta, 2011). Rohit a Nathan (2020) ve své publikaci zmiňují důležitost znalostí farmakoterapie náležívacích lékařských situací u dětí, což by mělo být povinností všech poskytovatelů zdravotní péče, kteří pečují o kriticky nemocné nebo zraněné děti. Tito zdravotničtí pracovníci by měli znát dávkování a indikace léků a také nejaktuálnější nové léky, které jsou šetrnější k dětskému organismu. Podávání léků do krevního řečiště je velmi výhodné, ale mělo by se používat pouze v případech nouze. Pokud nemůžeme

zajistit cévní vstup, můžeme u těchto dětí využít intraoseální podání. Novější způsoby podávání léků u dětí zahrnují intranazální a intrabukální cesty. Jsou zvláště užitečné při sedaci, analgezii a kontrole záchvatů. Stále však existují mezery v pediatrických informacích o dávkování léků (Smith et al., 2012). Dávkování by mělo být individualizováno s ohledem na hmotnost pacienta v kilogramech, na charakteru onemocnění, věku, dále také jaké současně dítě užívá léky a zda trpí přecitlivělostí na některý lék (Mahmood, 2020). Při této diskuzi nemůžeme opomenout alergické reakce, které mohou některá léčiva u dětí vyvolat. Studie (Piccorossi et al., 2020), která se zaměřila na alergické reakce, za které jsou považovány reakce z přecitlivělosti na léky řadící se mezi nepříznivé účinky léků. Hlášená pozitivní anamnéza dětských reakcí na léčivo je asi 10 %, z čehož je malé procento reakcí alergických (Piccorossi et al., 2020). Nejčastější nežádoucí reakcí byla kožní vyrážka, v jednom případě byl zaznamenán anafylaktický šok. Alergické reakce byly zaznamenány u nesteroidních protizánětlivých léků. Stejně jako ve studii (Zambonino et al., 2014) došli k závěru, že nejčastější alergickou reakcí na léčivo je kožní exantém. Stejného výsledku dosáhli také výzkumníci (Gomes et al., 2016; Rebelo Gomes et al., 2008), kteří testovali výskyt alergií na léky. Studie Erkoçoğlu et al. (2013) poukázala na nejvíce alergických reakcí, které se vyskytly po podání antibiotik, poté po podání nesteroidních protizánětlivých léků, které se opět nejvíce projevíly kožní reakcí.

ZÁVĚR

Celkově se ve světě zvyšuje povědomí o důležitosti medicíny založené na důkazech v dětském lékařství. Stále je však zapotřebí značného výzkumu bezpečnosti a účinnosti léčivých přípravků pro děti a je sdílenou odpovědností poskytovatelů zdravotní péče, farmaceutického průmyslu a rodičů. Normalizace při navrhování pediatrických studií přispěje k vývoji metodicky validního a relevantního důkazního základu pro pediatrickou péči. Z mnohých výzkumných studií je možné předpovědět clearance léčiva s přiměřenou přesností pro daný věk dětí. Národní ústav pro zdraví American Academy of Pediatrics radí rodičům, aby se poradili s lékaři při podávání léků svým dětem (Yue et al., 2014). Nežádoucí účinky podávaných léků způsobují další břemeno v nemoci dítěte a také riziko následného poškození a to také u dětí, které jsou hospitalizované (Salas et al., 2016). Cílem lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků by mělo být co nejmenší poškození pediatrických pacientů při podávání léků. Z této publikace vyplývá, že poškození léčivem je poměrně častým jevem, který může způsobit dětem vážné zdravotní komplikace. Taková nežádoucí situace se jistě odrazí na psychickém stavu dítěte a hlavně způsobí stres rodičům dětí.

Literatura

ALLEGAERT, K., MURAT, I. and ANDERSON, B. J. Not all intravenous paracetamol formulations are created equal. *Paediatric Anaesthesia*. 2007, vol. 17, no. 8, p. 811–812. ISSN 1155-5645.

ANDERSEN, S. L. and NAVALTA, C. P. Annual Research Review: New Frontiers in Developmental Neuropharmacology: Can Long-Term Therapeutic Effects of Drugs Be Optimized through Carefully Timed Early Intervention?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011, vol. 52, no. 4, p. 476–503. ISSN 0021-9630.

BELLU, R. et al. Opioids for neonates receiving mechanical ventilation. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2008, no. 1. ISSN 1469-493X.

CALDWELL, P. H. et al. Clinical trials in children. *Lancet*. 2004, vol. 364, p. 803–811. ISSN 0140-6736.

COHEN, E. et al. An absence of pediatric randomized controlled trials in general medical journals, 1985–2004. *Journal of clinical epidemiology*. 2007, vol. 60, no. 2, p. 118–123. ISSN 0895-4356.

CONROY, S. et al. Survey of unlicensed and off label drug use in paediatric wards in European countries. European Network for Drug Investigation in Children. *BMJ*. 2000, vol. 320, p. 79–82. ISSN 0959-8138.

CRAMER, K. et al. Children in reviews: methodological issues in child-relevant evidence syntheses. *BMC pediatrics*. 2005, vol. 5, p. 38. ISSN 1471-2431.

DAVIDSON, A. J. and O'BRIEN, M. Ethics and medical research in children. *Paediatric Anaesthesia*. 2009, vol. 19, no. 10, p. 994–1004. ISSN 1155-5645.

ERKOÇOĞLU, M. et al. Prevalence of confirmed immediate type drug hypersensitivity reactions among school children. *Pediatric allergy and immunology*. 2013, vol. 24, no. 2, p. 160–167. ISSN 0905-6157.

GOMES, E. R. et al. Drug hypersensitivity in children: report from the pediatric task force of the EAACI drug allergy interest group. *Allergy*. 2016, vol. 71, no. 2, p. 149–161. ISSN 0105-4538.

KEARNS, G. L. et al. Developmental pharmacology – drug disposition, action, and therapy in infants and children. *The New England journal of medicine*. 2003, vol. 349, no. 12, p. 1157–1167. ISSN 0028-4793.

KEMPER, E. M. et al. Towards evidence-based pharmacotherapy in children. *Paediatric Anaesthesia*. 2011, vol. 21, no. 3, p. 183–189. ISSN 1155-5645.

MAHMOOD, I. Prediction of Clearance in Children from Adults Following Drug–Drug Interaction Studies: Application of Age-Dependent Exponent Model. *Drugs in R&D*. 2020, vol. 20, no. 1, p. 47–54. ISSN 1174-5886.

PICCOROSSO, A. et al. Epidemiology and drug allergy results in children investigated in allergy unit of a tertiary-care paediatric hospital setting. *Italian Journal of Pediatrics*. 2020, vol. 46, p. 1–13. ISSN 1824-7288.

REBELO GOMES, E. et al. Drug allergy claims in children: from self-reporting to confirmed diagnosis. *Clinical & Experimental Allergy*. 2008, vol. 38, no. 1, p. 191–198. ISSN 1365-2222.

ROHIT, P. S. and NATHAN, T. Drugs Used to Treat Pediatric Emergencies. *Pediatrics*. 2020, vol. 145, no. 1. ISSN 0031-4005.

SALAS, R. et al. Adverse drug reactions in hospitalized Colombian children. *Colombia Médica*. 2016, vol. 47, no. 3, p. 142–147. ISSN 0120-8322.

SALERNO, S. N. et al. Pediatric drug–drug interaction studies: barriers and opportunities. *Clinical pharmacology and therapeutics*. 2019, vol. 105, no. 5, p. 1067–1070. ISSN 0009-9236.

SEPAHI, M. et al. Surveillance of Adverse Drug Reaction in Hospitalized Children, A Cross Sectional Study from Qom Province, Iran. *Life Science Journal*. 2013, vol. 10, no. 12s, p. 122–125. ISSN 1097-8135.

SMITH, M. C. et al. Off-label use of medications in children undergoing sedation and anesthesia. *Anesthesia and analgesia*. 2012, vol. 115, no. 5, p. 1148–1154. ISSN 0003-2999.

'T JONG, G. W. et al. Unapproved and off-label use of drugs in a children's hospital. *The New England journal of medicine*. 2000, vol. 343, no. 15, p. 1125. ISSN 0028-4793.

WAISEL, D. B. Moral responsibility to attain thorough pediatric drug labeling. *Paediatric anaesthesia*. 2009, vol. 19, no. 10, p. 989–993. ISSN 1155-5645.

WU, Q. and PETERS, S. A. A Retrospective Evaluation of Allometry, Population Pharmacokinetics, and Physiologically-Based Pharmacokinetics for Pediatric Dosing Using Clearance as a Surrogate. *CPT: pharmacometrics & systems pharmacology*. 2019, vol. 8, no. 4, p. 220–229. ISSN 2163-8306.

YUE, Z. et al. Association between an excess risk of acute kidney injury and concomitant use of ibuprofen and acetaminophen in children, retrospective analysis of a spontaneous reporting system. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2014, vol. 70, no. 4, p. 479–482. ISSN 0031-6970.

ZAMBONINO, M. A. et al. Diagnostic evaluation of hypersensitivity reactions to beta-lactam antibiotics in a large population of children. *Pediatric allergy and immunology*. 2014, vol. 25, no. 1, p. 80–87. ISSN 0905-6157.

Kontakt

Mgr. Gabriela Světnická
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav ošetrovatelství
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
gabriela.svetnicka@fvp.slu.cz

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

KVALITA ŽIVOTA ŠTUDENTOV VYBRANÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH ODBOROV

LIFE QUALITY OF STUDENTS FROM SELECTED HEALTH COURSES

Jana Lauková¹, Mária Šupínová¹, Elena Janiczeková¹

Abstrakt

Úvod: K faktorom ovplyvňujúcim vznik civilizačných chorôb patrí nepriaznivá zmena životného štýlu a pôsobenie stresu.

Ciele: Hlavným cieľom príspevku je oboznámiť s výsledkami výskumu, cieľom ktorého bolo zmapovať prítomnosť rizikových faktorov civilizačných ochorení v živote študentov fakulty zdravotníctva, zhodnotiť celkovú kvalitu ich života a kvalitu ich psychického zdravia. Metódy a dizajn: Bola použitá kvantitatívna dotazníková metóda čiastočne upraveného štandardizovaného dotazníka WHOOL-BREF, stupnica hodnotenia psychického zdravia a fyzikálne merania hodnôt TK (tlaku krvi) glykémie a BMI (Body Mass Index). Na analýzu dát boli použité štatistické metódy. Súbor tvorilo 203 študentov fakulty zdravotníctva SZU, z odborov ošetrovateľstvo, fyzioterapia, urgentná zdravotná starostlivosť a laboratórne vyšetrovacie metódy v zdravotníctve.

Výsledky a diskusia: Z výsledkov výskumu vyplýva, že priemerné hodnoty všetkých fyzikálnych parametrov boli v norme. V analýze BMI vs systolický TK bola zistená štatistická závislosť medzi BMI < 18,5 vs BMI < (25; 30): $p = 0,00127$ (nadváha, vyšší tlak ako podváha) $\alpha = 0,01$; BMI < 18,5 vs BMI ≥ 30 : $p = 0,0078$ (obezita, vyšší tlak ako podváha) $\alpha = 0,01$; BMI < (18,5; 25) vs BMI < (25; 30): $p = 0,00126$ (nadváha, vyšší tlak ako normálna váha) $\alpha = 0,01$; BMI < (18,5; 25) vs BMI ≥ 30 : $p = 0,0332$ (obezita, vyšší tlak ako normálna váha) $\alpha = 0,05$. Analýza výsledkov potvrdila štatisticky výrazne nižšie hodnoty v položkách: spokojnosť so životom, prežívanie, fungovanie, viera a filozofia. V hodnotení psychického zdravia 12,81 % (26) študentov potvrdilo narušené psychické zdravie na štatistickom významnom rozdiel percentuálnych hodnôt (test zhody dvoch podielov; $z = -14,9880$; $z_{\text{krit}} = -2,3263$; $p < 0,0001$; ($p = 4,398 \cdot 10^{-51}$)). V hodnotení psychického zdravia najhoršie bodové skóre dosiahli študenti v odbore ošetrovateľstvo.

Záver: Ochrana a upevňovanie ľudského zdravia je dôležitou súčasťou našej spoločnosti. Rozhodujúcim činiteľom v tomto procese je aj študent budúci profesionálny zdravotnícky pracovník, ktorý vykonáva svoju prácu v príslušnom zdravotníckom povolání. Konzumný spôsob života nezriedka orientuje životný štýl na uspokojovanie ekonomických potrieb

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

a tým významne narušuje vyváženosť formovania fyzickej, mentálnej a psychosociálnej stránky osobnosti človeka. Výsledky prieskumu nemožno zhodnotiť jednoznačne negatívne ale ani pozitívne. Aktívny prístup k zdraviu, zdravotná kultúra a kompetencia je povinnosťou tak celospoločenskou, ako aj individuálnou. Výsledky prieskumu tento aspekt aj napriek priemerným hodnotám nepotvrdili.

Klíčové slová

zdravie, kvalita života, fyzikálne merania, psychické zdravie

Abstract

Introduction: Factors influencing the emergence of civilization diseases include adverse lifestyle changes and stress.

Objectives: The main aim of the paper is to present the results of the research aimed to map the presence of risk factors of civilization diseases in the life of students of the Faculty of Health, to evaluate the overall quality of their lives and the quality of their mental health.

Methods and design: The quantitative questionnaire method of the partially modified standardized WHOOL-BREF questionnaire was used, the mental health scale and physical measurements of blood glucose and body mass index (BMI) values were used also. Statistical methods were used to analyze the data. The sample consisted of 203 students of the Faculty of Health of the Slovak Medical University, from department of Nursing, Physiotherapy, Emergency Health Care and Laboratory Examination Methods in Health Care.

Results and discussion: The results of the research show that the average values of all physical parameters were normal. In the BMI versus systolic TK analysis, statistic dependence between BMI < 18.5 vs BMI < (25; 30) was found out: $p = 0.00127$ (overweight, higher pressure than underweight) $\alpha = 0.01$; BMI < 18.5 vs BMI ≥ 30 : $p = 0.0078$ (obesity, higher pressure than underweight) $\alpha = 0.01$; BMI < (18.5; 25) vs BMI < (25; 30): $p = 0.00126$ (overweight, higher pressure than normal weight) $\alpha = 0.01$; BMI < (18.5; 25) vs BMI ≥ 30 : $p = 0.0332$ (obesity, higher pressure than normal weight) $\alpha = 0.05$. The analysis of the results confirmed statistically significantly lower values in the items: satisfaction with life, living, functioning, faith and philosophy. In the assessment of mental health, 12.81% (26) of the students confirmed impaired mental health at a statistically significant percentage difference (two-fold equivalence test; $z = -14.9880$; $z_{\text{krit}} = -2.3263$; $p < 0.0001$; ($p = 4.398 \cdot 10^{-51}$)). In the evaluation of mental health, the worst score was achieved by students in the field of nursing.

Conclusion: Protecting and consolidating human health is an important part of our society. The decisive factor in this process is also the student as a future professional healthcare worker who performs his / her work in the relevant medical profession. Consumable

lifestyle often focuses on lifestyle to meet economic needs and thus significantly distorts the balance of physical, mental and psychosocial aspects of human personality. The results of the survey cannot be unambiguously negative or positive. Active approach to health, health culture and competence are both social and individual responsibilities. The results of the survey did not confirm this aspect despite average values.

Keywords

health, quality of life, physical measurements, mental health

ÚVOD

Pod pojmom civilizačné choroby označujeme také ochorenia, ktoré sa v ľudskej populácii veľmi rozšírili a stávajú sa častou príčinou úmrtí. Globálnym problémom sa stávajú preto, že sa vyskytujú často. Ľudský organizmus sa prispôsobuje prostrediu dvoma spôsobmi: imunitnou reakciou, ktorou sa chráni prenikaním cudzorodých látok do organizmu a stresom, ktorý síce ohrozuje vnútornú rovnováhu organizmu, ale zároveň aktivizuje jednotlivé vnútorné orgány na boj proti negatívnym vonkajším vplyvom. Zlyhanie týchto dvoch mechanizmov vedie ku vzniku civilizačných chorôb (Murgová, 2006; Fábryová, 2015b). Po zlikvidovaní respektíve obmedzení parazitárnych a infekčných ochorení sa do popredia dostávajú choroby tzv. moderného sveta – obezita, cukrovka, nádorové ochorenia, choroby dýchacích ciest, nervové a psychické poruchy, ochorenia srdcovocievneho systému, ako ischemická choroba srdca, infarkt myokardu, cievne mozgové príhody, alergie (Fábryová, 2015a). Moderné choroby vznikajú kvôli výraznej zmene životného štýlu obyvateľstva. Ľudia využívajú technológie, ktoré prináša rozvíjajúca sa civilizácia. Menej sa pohybujú, mnohí majú nesprávne stravovacie návyky a zlovyky ako sú fajčenie, nadmerná konzumácia alkoholu a podobne. K mnohým ochoreniam prispieva vysoký stres a nemalý vplyv má aj znečistenie životného prostredia. Križanová (2010) dodáva, že neprenosné (neinfekčné) ochorenia predstavujú v súčasnosti hlavné riziko pre zdravie ľudstva a jeho rozvoj. Úroveň zdravia obyvateľstva je vo veľkej miere podmienená rovnováhou činiteľov, určujúcich kvalitu zdravia každého jednotlivca. Externé (životné a pracovné) determinanty sú občanom ťažko priamo ovplyvniteľné. Čiastkovo ovplyvniteľné sú aj sociálno-ekonomické determinanty. Štát má však legislatívne nástroje na presadzovanie procesu zlepšovania životného aj pracovného prostredia, ako aj možnosti na vytváranie priaznivejšieho ekonomického prostredia, pokrytím sociálnych rizík a obmedzovaním chudoby. Interné ťažko ovplyvniteľné determinanty zdravia sú genetické faktory. Determinanty najviac ovplyvniteľné občanom sú v životnom štýle (Majerčák, 2005). Je potrebné poznamenať, že na rozdiel od vyššie uvedených determinantov, u ktorých

je v rozvinutých krajinách pozitívny vývoj, životný štýl je zhoršujúcim sa determinantom v prevalencii chronických neinfekčných chorôb, o čom svedčí napr. masová epidémia nadváhy a obezity či rastúci rozsah psychických problémov (Brack, 2010; Meško, 2006). Výchova k zdraviu je nepochybne jedno z určujúcich cieľových zameraní a výstupov výchovného pôsobenia, keďže pozitívne koreluje so zodpovednosťou, očakávanými hodnotovými preferenciami a žiaducimi postojmi ku kultivovanému životnému štýlu, ktorý je orientovaný na zdravie ako najvyššiu hodnotu ľudského bytia (Smetanová, 2010).

CIEĽ

Hlavným cieľom príspevku bolo zmapovať prítomnosť rizikových faktorov civilizačných ochorení, zhodnotiť aspekty kvality života a psychického zdravia študentov fakulty zdravotníctva.

PIESKUMNÝ SÚBOR A METÓDY

Súbor tvorilo 203 študentov Fakulty zdravotníctva z odborov Ošetrovateľstvo, Fyzioterapia, UZS (Urgentná zdravotná starostlivosť) a LVMZ (Laboratórne vyšetровacie metódy v zdravotníctve). Študentiek bolo 165 (81 %) a študentov 38 (19 %).

Tab. 1 Počty študentov za jednotlivé študijné odbory

Študijný odbor	muži		ženy		spolu	
	n	%	n	%	n	%
OŠE	2	5,26	88	53,33	90	44,33
FYZ	8	21,05	28	16,97	36	17,73
LVMZ	1	2,63	14	8,48	15	7,39
UZS	27	71,05	35	21,21	62	30,54
spolu	38	100,00	165	100,00	203	100,00

Bola použitá kvantitatívna metóda upraveného štandardizovaného dotazníka WHOOL-BREF, ktorého položky reprezentovali jednotlivé domény kvality života za posledné 4 mesiace. 8 položiek Domény A hodnotiace spokojnosť so životom v rôznych oblastiach, 7 otázok Domény B zamerané na to ako veľmi respondenti prežívali kladné pocity, záporné pocity, spokojnosť, nespokojnosť, 7 položiek Domény C zamerané na to v akom rozsahu študenti uspokojovali svoje rôzne potreby a 3 položky Domény D hodnotiace osobnú filozofiu alebo vieru. Na vyhodnotenie položiek sa využila stupnica Likertovej škály – veľmi spokojný až veľmi nespokojný; vôbec nie až maximálne, vôbec nie až úplne. Druhou metódou bola Škála hodnotenia psychického zdravia s 15. položkami. Ak respondent dosiahol skóre 6 > (odpoveď = 1 bod) svedčí pre poruchu psychického

zdravia (Staňková, 2001). Poslednou metódou bolo fyzikálne meranie hodnôt TK (tlak krvi), G (glykémia) a BMI (Body Mass Index). Výber respondentov bol zámerný, každý respondent mal zmerané fyzikálne hodnoty a súčasne vyplnil štandardizovaný dotazník a škálu psychického zdravia. Návratnosť dotazníkov bola preto 100%. Na analýzu dát boli použité viaceré štatistické metódy: Kruskal-Wallisov test, Conover-Imanovho post hoc test, Tukeyho post hoc test, Anova test.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

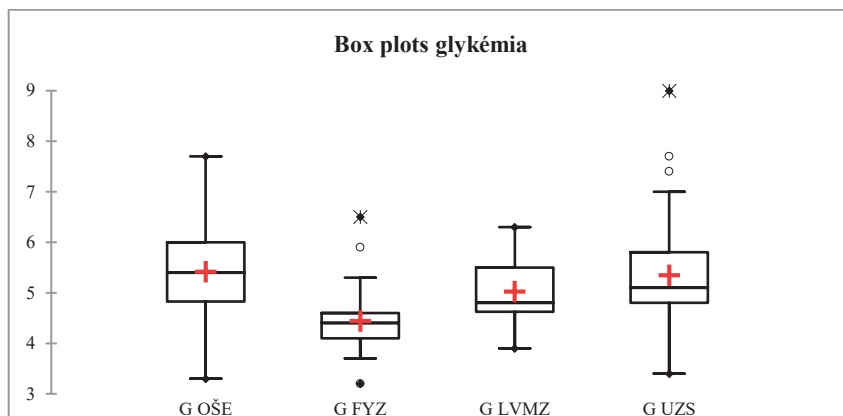
Z 203 respondentov výskumu najpočetnejšie skupiny tvorili študenti z odboru Ošetrovateľstvo $n = 90$ (44,33%) a UZS $n = 62$ (30,54%) (tab. 1). V prvom kroku sme overovali štatistickú významnosť rozdielov priemerných hodnôt fyzikálnych meraní (G, BMI a TK/S a TK/D) (tab. 2) medzi jednotlivými kategóriami.

Tab. 2 Priemerné hodnoty všetkých meraných fyzikálnych parametrov

Študijný odbor	Glykémia	TK/S	TK/D	BMI
	AM $\pm$ SD	AM $\pm$ SD	AM $\pm$ SD	AM $\pm$ SD
OŠE	5,42 $\pm$ 0,85	119,73 $\pm$ 9,02	74,92 $\pm$ 8,05	22,53 $\pm$ 4,60
FYZ	4,44 $\pm$ 0,59	117,50 $\pm$ 11,80	73,47 $\pm$ 6,35	21,32 $\pm$ 1,73
LVMZ	5,03 $\pm$ 0,72	121,33 $\pm$ 16,09	75,00 $\pm$ 6,81	22,91 $\pm$ 3,48
UZS	5,35 $\pm$ 0,93	118,13 $\pm$ 11,92	71,42 $\pm$ 9,76	22,15 $\pm$ 2,64
spolu	5,19 $\pm$ 0,90	118,97 $\pm$ 11,05	73,60 $\pm$ 8,36	22,23 $\pm$ 3,61

Z analýzy nameraných hodnôt glykémie sme zistili, že priemerné hodnoty glykémie respondentov všetkých študijných odborov boli v norme. Najnižšiu priemernú hodnotu mali študenti odboru FYZ (4,44 $\pm$ 0,59), najvyššiu študenti odboru OŠE (5,42 $\pm$ 0,85) (graf 1).

Graf 1 Priemerné hodnoty glykémie v študijných odboroch



Pri porovnávaní kategórií sme zistili, že priemerná hodnota glykémie v odbore Fyzioterapia bola štatisticky významne menšia ako priemerná hodnota glykémie študentov odboru OŠE ($p < 0,0001$), odboru LVMZ ($p = 0,0071$) ako aj priemerná hodnota glykémie študentov odboru UZS ($p < 0,0001$). Hodnoty glykémie študentov OŠE sa štatisticky významne neodlišovali od hodnôt glykémie študentov LVMZ ($p = 0,0723$), ani od hodnôt glykémie študentov UZS ($p = 0,3767$) (tab. 3).

Tab. 3 Priemerné rozdiely hodnôt glykémie medzi odbormi

p-values of pairwise comparisons:	G OŠE	G FYZ	G LVMZ	G UZS
G OŠE	1	< 0,0001	0,0723	0,3767
G FYZ	< 0,0001	1	0,0071	< 0,0001
G LVMZ	0,0723	0,0071	1	0,2092
G UZS	0,3767	< 0,0001	0,2092	1

Hodnoty BMI (tab. 4) ukazujú, že z celkového počtu 203 respondentov 14 % malo BMI v rozsahu $< 25 - \geq 40$.

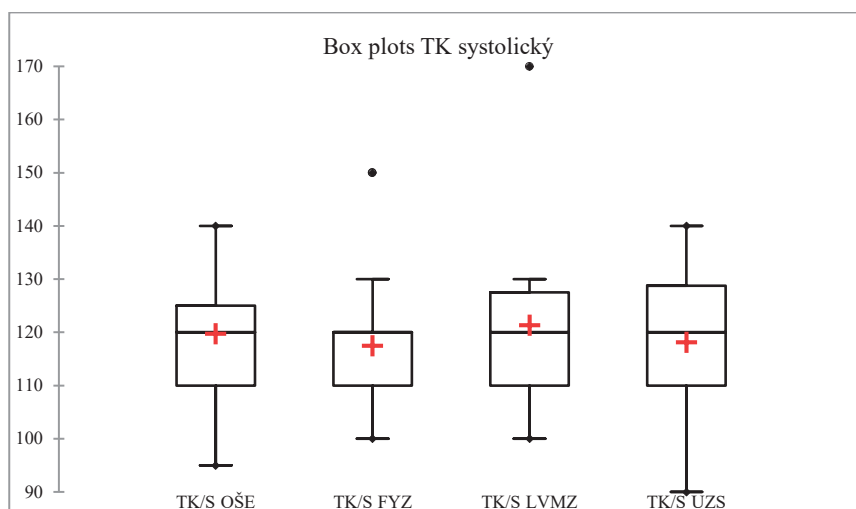
Tab. 4 Hodnoty BMI v jednotlivých študijných odboroch

Kategória BMI	BMI (ni)						spolu
Študijný odbor	< 18,5	< (18,5; 25)	< (25; 30)	< (30; 35)	< (35; 40)	≥ 40	
OŠE	6	71	7	2	3	1	90
FYZ	2	33	1	0	0	0	36
LVMZ	0	12	2	1	0	0	15
UZS	2	49	11	0	0	0	62
spolu	10	165	21	3	3	1	203

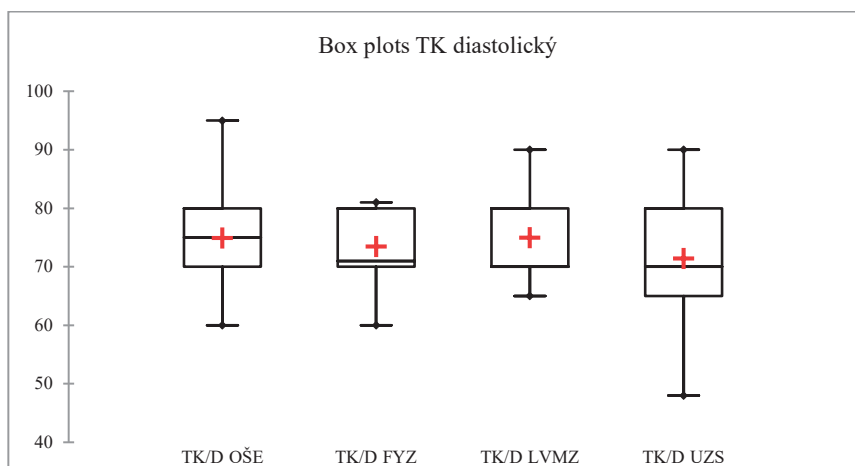
Z analýzy priemerných hodnôt BMI na hladine významnosti $\alpha = 0,05$ sme nepotvrdili štatistickú významnosť. Priemerné hodnoty BMI respondentov jednotlivých študijných odborov sa navzájom štatisticky významne nelíšili. Ďalej sme overovali štatistickú významnosť medzi priemernými hodnotami glykémie a priemernými hodnotami hodnoty BMI medzi kategóriami. Najprv sme však overili, či je distribúcia údajov v jednotlivých kategóriách normálna. Vzhľadom na rozsahy súborov sme v overení normality údajov v kategórii BMI ($< 18,5$; > 25) použili Jarque-Bera test, v ostatných kategóriách Shapiro-Wilkov test. Pretože hodnoty glykémie u respondentov s BMI ($< 18,5$; > 25) neboli normálne rozdelené v ďalšom testovaní sme použili Kruskal-Wallisov test. Výsledok testu nebol signifikantný, p hodnota = 0,5715, bola väčšia ako hladina významnosti 0,01. Hodnoty glykémie a BMI jednotlivých kategórií sa štatisticky významne neodlišovali.

Analýzu údajov TK/S (systolický tlak krvi) na hladine významnosti $\alpha = 0,01$ uvádzame v grafe 2.

Graf 2 Priemerné hodnoty TK/S v jednotlivých kategóriách



Hodnoty TK/S respondentov študijného odboru FYZ a LVMZ, neboli normálne rozdelené, preto sme použili Kruskal-Wallisov test, $p = 0,5831$ bola väčšia ako zvolená hladina významnosti 0,01 potvrdila nám štatisticky nevýznamný vzájomný rozdiel priemerných hodnôt TK/S v meraných kategóriách. Obdobne dopadla aj analýza TK/D (diastolický tlak krvi). Hodnoty TK/S respondentov študijného odboru FYZ a LVMZ neboli normálne rozdelené (graf 3), preto sme testovali Kruskal-Wallisovým testom, $p = 0,1422$ bola väčšia ako hladina významnosti $\alpha = 0,01$, preto rozdiel hodnôt TK/D študentov jednotlivých študijných odborov navzájom nebol štatisticky významný.

Graf 3 Priemerné hodnoty TK/D v jednotlivých kategóriách

Ďalej sme testovali pomer medzi hodnotami BMI TK/S a TK/D, kde sme potvrdili štatistickú významnosť (tab. 5).

Tab. 5 Rozdiely v TK/S vs BMI

p-values of pairwise comparisons	TK/S	TK/S	TK/S	TK/S
TK/S	BMI < 18,5	BMI < (18,5; 25)	BMI < (25; 30)	BMI ≥ 30
TK/S BMI < 18,5	1	0,1280	0,00127	0,0078
TK/S BMI < (18,5; 25)	0,1280	1	0,00126	0,0332
TK/S BMI < (25; 30)	0,00127	0,00126	1	0,8731
TK/S BMI ≥ 30	0,0078	0,0332	0,8731	1

Priemerné hodnoty TK/S vs BMI narastajú s narastajúcou hmotnosťou študentov. Štatisticky významné rozdiely v TK/S boli medzi kategóriami: BMI < 18,5 vs BMI < (25; 30): $p = 0,00127$ (nadváha, vyšší tlak ako podváha) $\alpha = 0,01$; BMI < 18,5 vs BMI ≥ 30: $p = 0,0078$ (obezita, vyšší tlak ako podváha) $\alpha = 0,01$; BMI < (18,5; 25) vs BMI < (25; 30): $p = 0,00126$ (nadváha, vyšší tlak ako normálna váha) $\alpha = 0,01$; BMI < (18,5; 25) vs BMI ≥ 30: $p = 0,0332$ (obezita, vyšší tlak ako normálna váha) $\alpha = 0,05$. Aj priemerné hodnoty diastolického tlaku krvi respondentov narastajú s ich narastajúcou hmotnosťou.

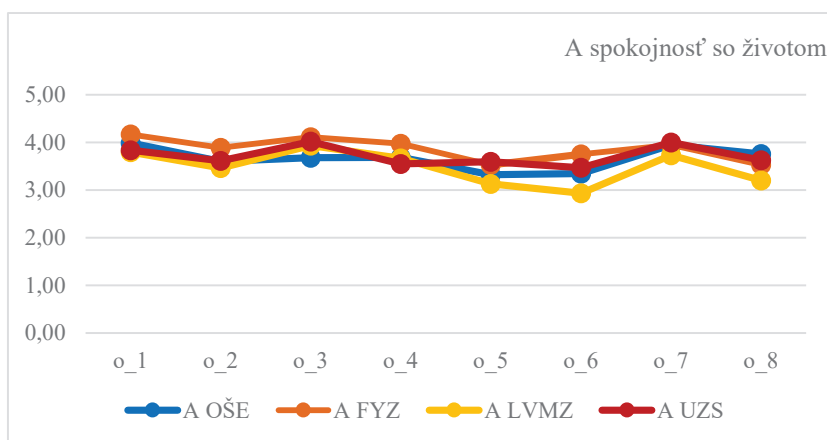
Tab. 6 Rozdiely v TK/D vs BMI

Contrast	Difference	Standardized difference	Critical value	Pr > Diff	Significant
TK/D-BMI ≥ 30 vs TK/D-BMI $< 18,5$	10,7143	2,6811	2,5909	0,0394	Yes
TK/D-BMI ≥ 30 vs TK/D-BMI $< (18,5; 25)$	8,8597	2,8312	2,5909	0,0261	Yes
TK/D-BMI $< (25; 30)$ vs TK/D-BMI $< (18,5; 25)$	5,1455	2,7387	2,5909	0,0337	Yes

Distribúcia údajov všetkých štyroch súborov BMI a TK/D bola normálna, preto sme rozdiely v nameraných hodnotách TK/D týchto súborov overili jednofaktorovým Anova testom. Výsledok testu bol signifikantný, pretože $p = 0,00081$ hodnota testu bola menšia ako hladina významnosti 0,01. Priemerné hodnoty TK/D krvi respondentov boli medzi kategóriami BMI navzájom odlišné. Konkrétne ktoré dvojice priemerných hodnôt sa odlišovali, konkretizoval Tukey (HSD) post hoc test Anova test. Štatisticky významné rozdiely na hladine významnosti 5% uvádzame v tab. 6. Prevalencia hypertenzie u mladých dospelých (18 – 25 r.) výrazne narastá s vekom a hodnotou BMI, ktorá je najdôležitejším faktorom určujúcim TK. Esenciálna hypertenzia je najčastejšou formou hypertenzie u mladých dospelých s prevalenciou 5%. Viaceré štúdie potvrdzujú, že tí, ktorí mali BMI ≥ 25 , bola 3,05-krát vyššia pravdepodobnosť hypertenzie (OR: 3,05, 95% CI 1,26, 7,40; $p = 0,014$) (Lurbe et al., 2016). Hypertenzia je na treťom mieste na svete na zozname šiestich hlavných rizikových faktorov podieľajúcich sa na vzniku civilizačných ochorení. Prípadová kontrolná štúdia v Keni Tenwek Mission Hospital v okrese Bomet na súbore 80 respondentov vo veku 18–35 rokov potvrdila nárast hypertenzie až v 24% (diagnostikovaná v čase zberu údajov) (Ondimu, Kikui a Otieno, 2019). Vyššie hodnoty u mladých dospelých sú spojené s vysokým rizikom kardiovaskulárnych ochorení a úmrtnosti v neskoršom veku, nezávislé na hodnotách TK. V našom súbore bolo až 81% študentiek. Ide o mladé ženy, ktoré žijú súčasným životom mladých žien a užívajú perorálnu antikoncepciu. Užívanie perorálnej hormonálnej antikoncepcie vedie k miernemu nárastu hodnôt TK u väčšiny mladých žien a rozvoju trvalej hypertenzie približne v 5%. Na vzostupe TK sa podieľajú tak estrogény ako aj progesterón. Štúdia u amerických sestier (Nurses' Health Study II, 1989–1993) ukázala, že vyššie riziko hypertenzie majú len ženy, ktoré užívajú perorálnu hormonálnu antikoncepciu, po prerušení užívania perorálnych antikoncepčných prípravkov je ich riziko rozvoja hypertenzie rovnaké ako u žien, ktoré perorálnu antikoncepciu neužívali (Pletcher et al., 2016). Dominancia študentiek na fakulte má aj iný aspekt, ktorý je potrebné zobrať úvahy. Mnohé z nich sú prvý krát matkami medzi 18–25 rokom života. Recenzne publikovaná veľká dánska štúdia zahŕňajúca takmer 1/2 mil. prvoroďčiek, ktoré rodili v rokoch 1995–2012 a viac ako 1 mil. žien prvoroďčiek v rokoch 1978–2012, zistila, že u žien s hypertenziou pri prvom tehotenstve vo veku 20–29 rokov sa hypertenzia v nasledujúcej dekáde po pôrode

rozvinula v 14 % u normotenzných kontrol (Behrens et al., 2017). Prevalencia hypertenzie, cukrovky a nadváhy/obezity sa zvyšuje vo väčšine rozvojových krajín. Základné faktory sú zložité a ani zďaleka nie sú úplne pochopené. Nie je známe, či je sociálno-ekonomický stav spojený s ich koexistenciou. Ďalšie štúdie potvrdzujú, že v populácii mladých osôb s vysokou prevalenciou obezity, zvýšeného IMT (zvýšená karotická hrúbka intima-media) a (LVMi – left ventricular mass index) (index hmoty ľavej komory srdca) nasleduje klinický dôkaz AH (arteriálnej hypertenzie), ktorá je tiež nezávisle predikovaná diabetom a vyššou základnou hodnotou systolického TK (Sninčák, 2017). Stratégie zamerané na prevenciu obezity sa zameriavajú najmä na behaviorálne zásahy; a terapia obezity bola doteraz založená hlavne na modifikácii životného štýlu. Účinky na obe tieto oblasti sú však zatiaľ dosť obmedzené a žiadna krajina nedokázala bojovať proti epidémii obezity, ktorej čelíme. Normalizácia telesnej hmotnosti je kľúčová, obézne deti a dospievajúci často zostávajú obéznymi až do dospelosti. Posledné údaje preukázali silné spojenie medzi vyšším indexom telesnej hmotnosti (BMI) počas dospievania a zvýšeným rizikom niekoľkých malignít, ako je leukémia, Hodgkinova choroba, rakovina hrubého čreva a konečníka, rakovina prsníka a ďalšie v dospelosti (Weihrauch-Blüher, Schwarz a Klusmann, 2019). Analýza dotazníka kvality života v Doméne A (spokojnosť so životom) Likertovej škály 1–5 v lineárnom skóre 0–100 bola (75). Celkové priemerné skóre respondentov ($67,53 \pm 13,19$) $p = 2,623$. 10-13 bol však štatisticky významne nižšie ako hodnota 75. Pri analýze jednotlivých položiek zisťujeme, že priemerné najlepšie skóre dosiahli v hodnotení seba samých a najnižšie v hodnotení energie pre každý deň a osobné vzťahy (graf 4).

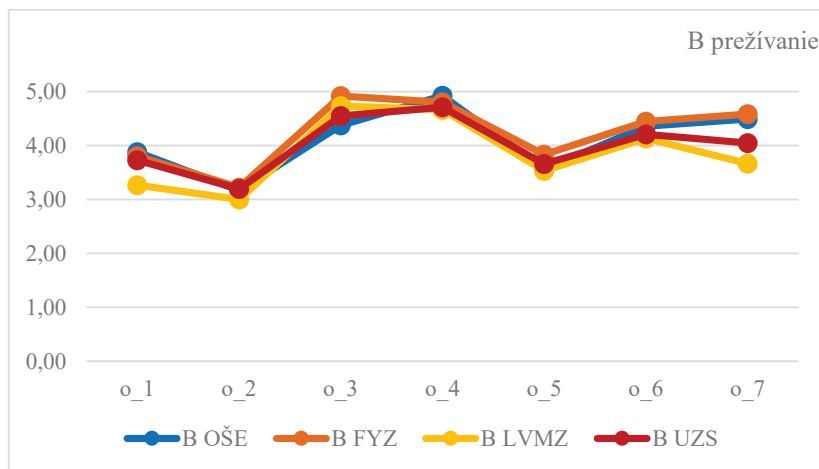
Graf 4 Spokojnosť so životom v jednotlivých kategóriách



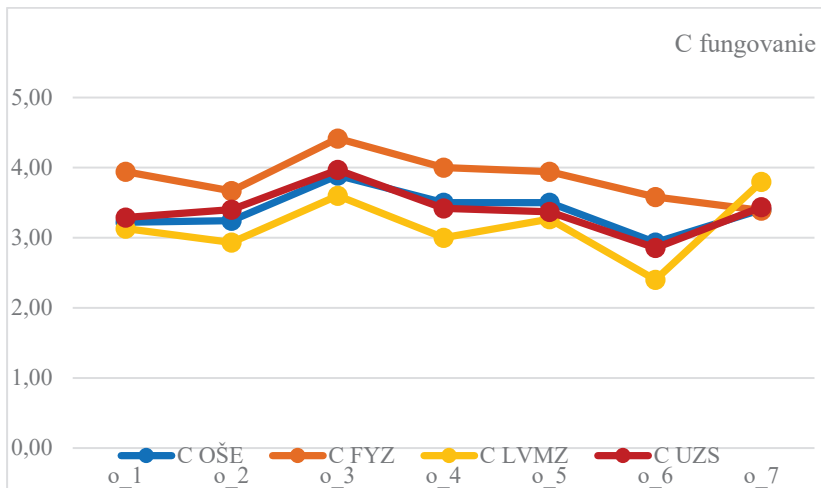
V Doméne B (prežívanie) na skóre 1–5 sme potvrdili štatistickú významnosť medzi odbormi fyzioterapia a UZS na hladine významnosti $p = 0,0296$. Pri hodnotení domény B na jednotlivé položky vidíme, že študenti hodnotia kladne svoje pocity vo vzťahu k štúdiu – voľný čas pre svoje záujmy. Priemerné skóre respondentov ($77,04 \pm 11,26$) $p = 0,00037$ bolo štatisticky významnejšie väčšie ako hodnota na lineárnom skóre 75. Pociťujú ale

aj zároveň miernu bolesť, únavu, mierne užívanie liekov, čo je v zhode s hodnotením položiek energie pre každodenný život, ktorá bola priemerne na hodnote 3 Likertovej škále (graf 5).

Graf 5 Prežívanie v jednotlivých kategóriách

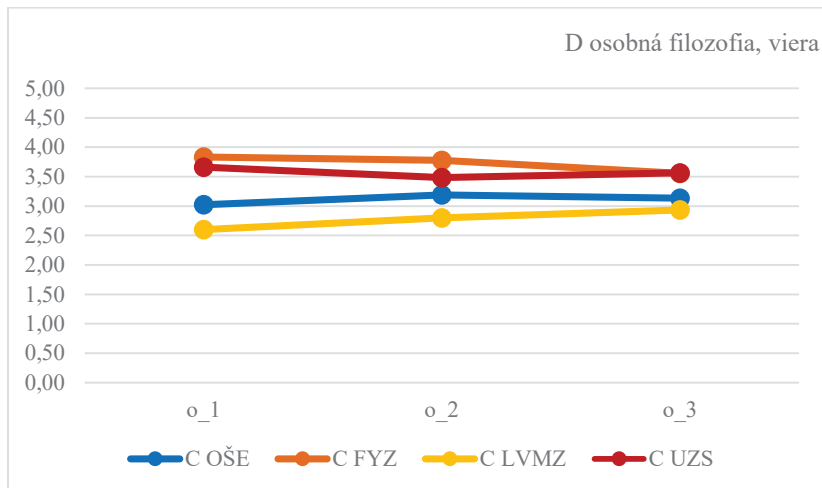


Mnohí študenti počas štúdia pracujú na Dohody...v rôznych oblastiach od zdravotníckych zariadení, cez obchodné centrá či reštauračné zariadenia. Voľný čas mimo štúdia smerujú k osobnému materiálno-finančnému zabezpečeniu. Študenti zo všetkých odborov potvrdili, že nedostatok energie pre každodennú činnosť kompenzujú fajčením príležitostnom alkohole ako stimulátorov energie (ktoré sú práve rizikovými faktormi vzniku civilizačných chorôb). V Doméne C (fungovanie) priemerné skóre vo FYZ bolo štatisticky významne vyššie (na hladine významnosti $\alpha = 0,001$) ako priemerné skóre v ostatných kategóriách. FYZ vs LVMZ ($p = 0,00041$), FYZ vs OŠE ($p = 0,00017$), FYZ vs UZS ($p = 0,00059$). V sumárnom hodnotení domény C priemerné skóre respondentov ($61,31 \pm 14,50$) bolo štatisticky významne nižšie ako hodnota 75. Ak si to analyzujeme na jednotlivé položky, zistíme, že najviac energie pre život majú v študenti v odbore Fyzioterapia, ktorí voľnočasové aktivity venujú oddychu a aktívnemu pohybu viac ako študenti iných odborov. OŠE, UZS a LVMZ majú tak isto voľný čas, ale ten smerujú len minimálne na oddych, potrebný k regenerácii organizmu, ale viac na ekonomický aspekt vlastného života. Očakávali by sme, že študenti – budúci zdravotnícki pracovníci, ktorých odborné vzdelávame ako predchádzať civilizačným ochoreniam dosiahnu celkovo lepšie štatistické výsledky čo sa nám nepotvrdilo. Okrem odboru FYZ zaznamenávame pasívnejší postoj k pohybovým aktivitám ako aj pozitívnejšiemu hodnoteniu vlastného života „mladých dospelých“ vo všetkých ostatných kategóriách OŠE, UZS a LVMZ (graf 6).

Graf 6 Fungovanie na jednotlivé kategórie

Dôkazy, ktoré demonštrujú nepriaznivý vplyv fyzickej inaktivity pri rozvoji chronických ochorení, sú stále početnejšie. Od 50-tych rokov minulého storočia narastá počet vedeckých prác, ktoré sledovali a potvrdili vzťah medzi športovou/fyzickou aktivitou, kondíciou a zdravotným stavom. Závěry z mnohých výskumov podporujú koncept, že aktívnejší, alebo fyzicky zdatní jedinci majú významne nižšiu pravdepodobnosť vzniku tzv. civilizačných ochorení (najmä hypertenzia, koronárna choroba srdca, predčasná ateroskleróza, hypercholesterolémia, obezita, 2. typ diabetes mellitus, osteoporóza a ich komplikácie) a nižšiu mieru mortality na tieto ochorenia oproti inaktívnym osobám (Meško, 2006). Výsledky nášho prieskumu zistili, že odbory, ktoré v študijnom pláne majú viac predmetov zameraných na pohyb (fyzioterapia) vykazujú lepšie hodnoty vo fyzikálnych meraniach a ako aj štatistických ukazovateľoch hodnotenia kvality života. V Doméne D sme skúmali názor študentov v oblasti osobnej filozofie alebo viery vo vzťahu k ich životu. Priemerné skóre respondentov ($58,42 \pm 27,63$) bolo významne nižšie ako hodnota 75, p hodnota (0,0012) bola menšia ako hladina významnosti 0,01 ($0,0012 < 0,01$), to znamená, že medzi niektorými dvojicami priemerného skóre sa nám potvrdil štatisticky významný rozdiel. Výsledky Conover-Imanovho post hoc testu konkretizoval výsledky Kruskal-Wallisovho testu. OŠE vs FYZ: je štatisticky významný rozdiel ($p = 0,0035$) (na hladine významnosti $\alpha = 0,01$); OŠE vs LVMZ: nie je štatisticky významný rozdiel ($p = 0,1398$); OŠE vs UZS: je štatisticky významný rozdiel ($p = 0,0159$) (ale na hladine významnosti $\alpha = 0,01$); FYZ vs UZS: nie je štatisticky významný rozdiel ($p = 0,3869$); UZS vs LVMZ: je štatisticky významný rozdiel ($p = 0,0051$) (na hladine významnosti $\alpha = 0,01$) (graf 7).

Graf 7 Osobná filozofia, viera



Priemerná analýza položiek domény D potvrdzuje aj štatistické výsledky zo Škály hodnotenia osobného psychického zdravia (Staňková, 2001). Zisťujeme, že z celkového súboru ($n = 203$) až 12,81 % ($n = 26$) potvrdilo narušené psychické zdravie. Na jednotlivé kategórie dopadlo najhoršie Ošetrovatelstvo, kde narušené psychické zdravie potvrdilo až 20 % ($n = 18$) študentov. Rozdiel percentuálnych hodnôt medzi pozitívnym a negatívnym zhodnotením súboru respondentov bol štatisticky významný (test zhody dvoch podielov; $z = -14,9880$; $z_{krit} = -2,3263$; $p < 0,0001$; ($p = 4,398 \cdot 10^{-51}$).

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definovala duševné zdravie ako stav pohody v ktorom jednotlivec môže uskutočniť svoje schopnosti, vie zdolať stresové situácie bežného života, vie produktívne pracovať a vie prispievať do života spoločnosti. Najnovšie štatistiky poukazujú na smutný fakt, že až 15 % populácie do veku 18 rokov trpí psychickými poruchami, ktoré majú negatívny dopad na ich osobnostný, sociálny a profesionálny vývin. Zdravie si treba vážiť a žiť takým spôsobom života, aby sme neohrozovali samých seba (Kimáková, 2018). Stres, zlý životný štýl, nedostatok pohybu a spánku, fajčenie, požívanie alkoholu, prepracovanosť, zlé medziľudské vzťahy a sociálne prostredie, to všetko na nás negatívne vplyva a je hrozbou pre kvalitu nášho života, ktorý máme len jeden (Krajčík et al., 2017). Najdôležitejšie je nastaviť správne stravovacie návyky a zdravý životný štýl už v detstve. Prostredníctvom športu, pohybu a zdravého životného štýlu tak môžeme prispieť k boju proti obezite a civilizačným chorobám, ktoré predstavujú závažný problém súčasnosti (ÚVZ SR, 2014). Vplyvom stresu sa znižuje aj funkcia imunitného systému, je oslabený a teda sme náchylnejší k rôznym ochoreniam. Psychohygiena sa preto netýka len duševne chorých ľudí, ale aj zdravých ľudí, respektíve tých, ktorí sa momentálne necítia byť „fit“. Duševne zdravý, vyrovnaný človek je odolnejší voči telesným chorobám, je optimistickjší a teší sa zo života. Výsledky výskumu potvrdili možnú predikciu civilizačných ochorení na súbore ($n = 203$) študentov fakulty zdravotníctva. Eliminovať

multifaktoriálne príčiny dokážeme len aktívnejším zdravotno-výchovným pôsobením. Východiskom by mohla byť zmena vo výbere predmetov tvoriacich študijný program so zameraním na telesný pohyb. Predmety by mali byť povinné nie voliteľné s nastavenými kritériami ich absolvovania. Bude potrebné viac konfrontovať študentov s dopadom civilizačných ochorení na zdravie človeka a výraznejšie participovať v preventívnych aktivitách v rámci verejného zdravia.

ZÁVER

Zdravý životný štýl ako dynamický jav s vysokou a žiaducou životnou hodnotou saturuje všetky dimenzie zdravia a prostredníctvom osobnej zodpovednosti je predpokladom harmonického života a uskutočňovania životných cieľov. Podmieneny je ale zdravotnou gramotnosť, ktorá má byť súčasťou všeobecnej gramotnosti v smere dosiahnutia zdravotného potenciálu, ktorý môže jedinec dosiahnuť svojou aktivitou v podmienkach, ktoré vytvára spoločnosť (Liba, 2013). Študenti fakulty zdravotníctva majú vo svojich študijných programoch predmety, ktoré sú zamerané na poznanie kliniky chorôb, ich diagnostiku a liečbu, ktoré sú potrebné k tomu aby v praxi poskytovali pacientom kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť. Nezastupiteľné miesto však majú aj predmety, ktoré sú zamerané na prevenciu mnohých ochorení, ktoré voláme „civilizačné“ a životným štýlom sa im dá predchádzať. Výskum ukázal, že v tomto smere je potrebné urobiť nápravu, už v radoch študentov budúcich zdravotníckych pracovníkoch. Realita výsledkov je zrkadlom spoločnosti. Študenti sú na prahu profesionálneho života a je nevyhnutné eliminovať všetky zachytené odchýlky od fyzického ako aj psychického zdravia.

Literatúra

BEHRENS, I., BASIT, S., MELBYE, M. et al. Risk of post-pregnancy hypertension in women with a history of hypertensive disorders of pregnancy: nationwide cohort study. *BMJ* [online]. 2017, vol. 358. ISSN 1756-1833. DOI: 10.1136/bmj.j3078.

BRACK, M. *Vysoký krvný tlak (artériová hypertenzia): komplexný program zdravia*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 2010. ISBN 978-80-10-01847-5.

FÁBRYOVÁ, Ľ. Ako znížiť svoj cholesterol. *Bedeker zdravia*. 2015a, č. 1, s. 28–29. ISSN 1337-2734.

FÁBRYOVÁ, Ľ. Epidemiológia a zdravotné dôsledky obezity. *Via practica*. 2015b, roč. 12, č. 1, s. 8–14. ISSN 1336-4790.

KIMÁKOVÁ, T. Prevencia chronických neinfekčných ochorení. *Bedeker zdravia*. 2018, č. 3, s. 52. ISSN 1337-2734.

KRAJČÍK, Š. et al. Obezita vo vyššom veku. *Via practica*. 2017, roč. 14, č. 3, s. 108–111. ISSN 1336-4790.

KRIŽANOVÁ, K. Skrining a včasná diagnostika zhubných nádorov. *Interná medicína*. 2010, roč. 10, č. 5, s. 260–264. ISSN 1335-8359.

LIBA, J. *Výchova k zdraviu v primárnej edukácii*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 2013. ISBN 978-80-555-1042-2.

LURBE, E., AGABITI-ROSEI, E., CRUICKSHANK, J. K. et al. 2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents. *Journal of hypertension*. 2016, vol. 34, no. 10, p. 1887–1920. ISSN 0263-6352.

MAJERČÁK, I. Prevencia obezity. *Via practica*. 2005, roč. 2, č. 12, s. 501–505. ISSN 1336-4790.

MEŠKO, D. Športovanie ako účinný preventívny prvok pred vznikom civilizačných ochorení. *Via practica*. 2006, roč. 3, č. 12, s. 581–585. ISSN 1336-4790.

MURGOVÁ, R. *Predchádzajme civilizačným ochoreniam*. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška, 2006. ISBN 80-7165-561-9.

ONDIMU, D. O., KIKUVI, G. M. and OTIENO, W. N. Risk factors for hypertension among young adults (18–35) years attending in Tenwek Mission Hospital, Bomet County, Kenya in 2018. *The Pan African medical journal* [online]. 2019, vol. 33, p. 210. ISSN 1937-8688. DOI: 10.11604/pamj.2019.33.210.18407.

PLETCHER, M. J., VITTINGHOFF, E., THANATAVEERAT, A. et al. Young Adult Exposure to Cardiovascular Risk Factors and Risk of Events Later in Life: The Framingham Offspring Study. *PloS one* [online]. 2016, vol. 11, no. 5. ISSN 1932-6203. DOI: 10.1371/journal.pone.0154288.

SMETANOVÁ, V. *Vysoký krvný tlak*. Bratislava: Herba, 2010. ISBN 978-80-89171-71-2.

SNINČÁK, M. Artérová hypertenzia – dnešné trendy, výzvy na zlepšenie kontroly a manažmentu. Nové prostriedky i stratégie, budúce perspektívy. *Via practica* [online]. 2017, roč. 14, č. 3, s. 150–154. ISSN 1339-424X. Dostupné z: http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=8598&magazine_id=1.

STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-323-6.

ÚVZ SR. *Zdravie a zdravý životný štýl* [online]. 2014. Dostupné z: <https://www.iuventa.sk/sk/Projekty/Inspiruj-sa/Zdravie-a-zdravy-zivotny-styl.alej>.

WEIHRAUCH-BLÜHER, S., SCHWARZ, P. and KLUSMANN, J. H. Childhood obesity: increased risk for cardiometabolic disease and cancer in adulthood. *Metabolism* [online]. 2019, vol. 92, p. 147–152. ISSN 1532-8600. DOI: 10.1016/j.metabol.2018.12.001.

Kontakt

PhDr. Jana Lauková, PhD.

Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, SZU v Bratislave

Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica, Slovenská republika

jana.laukova@szu.sk

ORIENTACE STUDENTŮ OŠETŘOVATESTVÍ NA PÉČI A PROFESNÍ ODBORNOST

CARING AND NURSING EXPERTISE ORIENTATION IN NURSING STUDENTS

Kateřina Ratislavová¹, Kateřina Kravcová²

Abstrakt

Východiska: Motivace ke studiu oboru všeobecná sestra je téma velmi aktuální vzhledem k nedostatku zdravotnických pracovníků v ošetrovatelské praxi. Tento problém je diskutován nejen u nás, ale i v zahraničí a hledají se faktory, které souvisí s motivací studentů ošetrovatelství ke studiu, jeho úspěšnému ukončení a k práci v oboru.

Cíl: Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je orientace studentů nelékařských zdravotnických oborů na péči a profesní odbornost. Zajímalo nás, jaké jsou rozdíly v motivaci ke studiu a orientaci na ošetrovatelství mezi studenty oboru praktická sestra, diplomovaná všeobecná sestra a bakalářského oboru všeobecná sestra.

Metody: Průřezová studie probíhala na středních a vyšších zdravotnických školách a na vysokých školách v Plzeňském a Středočeském kraji. Data byla shromážděna anonymně pomocí dotazníku.

Výsledky: Výsledné souvislosti vycházejí z odpovědí 193 respondentů. Z dotazníku, který se zaměřil na Orientaci na péči a profesní odbornost, bylo zjištěno, že výsledky obou škál se u skupin rozdělených dle úrovně vzdělání studentů statisticky významně neliší. Na Orientaci na péči má vliv faktor Pohlaví ($p = 0,002$), Základní zkušenost s ošetrováním v rodině ($p = 0,04$), Přímá pracovní zkušenost s ošetrováním nemocných ($p = 0,001$), Ošetrovatelství jako hobby ($p = 0,031$) a Rozhodnutí setrvat v oboru ($p = 0,000$). Tyto proměnné míru orientace na ošetrovatelství/ošetrování nemocných ovlivňují kladně. Na Orientaci na profesní odbornost má pozitivní vliv pouze Přímá pracovní zkušenost s ošetrováním nemocných ($p = 0,026$) a Rozhodnutí setrvat v oboru ($p = 0,000$).

Závěr: Většina zdravotnických systémů ve světě se potýká s nedostatkem kvalifikovaného personálu na všech úrovních poskytovaných zdravotnických služeb. Je tedy důležité odhalit příčiny a řešit následky pro zachování kvalitní a dostupné péče.

¹ Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

² Kardiochirurgické oddělení, Fakultní nemocnice v Plzni

Klíčová slova

průřezová studie, ošetřovatelství, motivace, studium, obor všeobecná sestra

Abstract

Background: Motivation to study general nursing is very actual theme because of lack of nursing professionals in nursing practice. This problem is discussed not only in Czech Republic, but also in foreign countries and there is effort to find the factors of student's motivation to study nursing profession, to finish this study with success and to find the work in practice.

Aim: The aim of theses was discover nursing student's orientation to nursing and healthcare expertise. We tried to find the differences in motivation to study and orientation to nursing between groups of students several specialization – Practice Nurse, General qualified Nurse and General Nurse with Bachelor title.

Methods: Cross-sectional study was made at the Nursing practice school, the High level nursing college in Pilsen region and Central Bohemian Region and at The University of West Bohemia. The information was collected anonymously via questionnaire.

Results: The resulting context come out from 193 answers of respondents. When we compare answers from Orientation to caring and nursing expertise questionnaire, we did not find out statistic differences between groups of students specific educational fields. When we compare specific factors relating with Orientation to caring questionnaire we find out significant differences between factors of Gender ($p = 0.002$), Basic experience with caring in family ($p = 0.04$), Direct work experience with care of patient ($p = 0.001$), Nursing like a hobby ($p = 0.031$) and Decision to stay in healthcare profession ($p = 0.000$). These variable values have a positive influence for results Orientation to caring questionnaire. When we compare these factors with Orientation to nursing expertise, there were significant only two factors, Direct work experience with care of patient ($p = 0.026$) and Decision to stay in healthcare profession ($p = 0.000$).

Conclusion: The most of Healthcare systems on the world contend with lack of qualified healthcare professionals on every level of provided healthcare services. This is the reason to find out causes of this problem and solve the consequences for maintenance quality and availability care of patient.

Keywords

cross-sectional study, nursing, motivation, study, specialization of general nurse

ÚVOD

Současná situace ve zdravotnických profesích je poznamenána nedostatkem kvalifikovaných pracovníků na všech úrovních poskytované péče o nemocné. V případě všeobecných sester je mimo jiné problém v oblasti kompetencí, které jsou nepřenositelné a funkce všeobecné sestry je tak na většině pracovišť nenahraditelná. Existuje předpoklad, že nedostatek kvalifikovaných pracovníků v českém zdravotnictví bude nadále trvat, nemocných přibývá, péče o nemocné se prodlužuje a stává se obtížnější. Nároky mladých lidí na pracovní podmínky, finanční ohodnocení a ostatní benefity, ale i na osobní život a volný čas se zvyšují, a je na místě se ptát, zda je systém připraven tento nepoměr mezi nabídkou a poptávkou vyřešit. Vzhledem k diskutovanému nedostatku zdravotnických pracovníků napříč obory jak u nás, tak v zahraničí, je důležité odhalit, co studenty motivuje k výběru profese, proč v oboru setrvávají, event. proč by jej raději opustili.

K hlavním motivačním faktorům pro studium ošetřovatelství patří: touha pomáhat druhým, možnost pracovat v různých kontextech, pracovní příležitost, přátelé a příbuzní, kteří pracují jako všeobecné sestry, pozitivní image sester, předchozí pracovní/dobrovolnická zkušenost s péčí o druhé nebo péče o příbuzné, přitažlivost povolání sestry od dětství, sledování práce sester, negativní zkušenosti v jiné oblasti vzdělání nebo práce, selhání jiných plánů (Larsen, McGill a Palmer, 2003; Mooney, Glacken a O'Brien, 2008; Ferri et al., 2016).

Studenti oboru ošetřovatelství mají na počátku studia většinou nerealistická očekávání, která se v průběhu studia mění (Grainger a Bolan, 2006; Vanhanen a Janhonen, 2000). Tato nerealistická očekávání mohou vést k nespokojenosti během studia ošetřovatelství a jeho dobrovolnému ukončení (O'Donnell, 2011). Vanhanen a Janhonen (2000) uvádějí, že profesionální orientace je spojena s motivací k učení, realizací studia a bývá také prediktorem spokojenosti s prací.

CÍL PRÁCE

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, jaká je orientace studentů nelékařských zdravotnických oborů na péči a na profesní odbornost. Zajímalo nás, jaké jsou rozdíly v motivaci ke studiu a orientaci na ošetřovatelství mezi studenty oboru praktická sestra, diplomovaná všeobecná sestra a bakalářského oboru všeobecná sestra.

METODIKA

Průřezová studie probíhala na středních a vyšších zdravotnických školách a na vysokých školách (fakultách zdravotnických studií) v Plzeňském a Středočeském kraji. Data byla shromážděna anonymně pomocí dotazníku. Do studie byli zařazeni studenti oborů praktická sestra, diplomovaná všeobecná sestra a všeobecná sestra v bakalářském studiu. Na školách a v on-line průzkumu bylo rozdáno 268 dotazníků, návratnost byla 89 %, zcela

vyplněných bylo 193 dotazníků.

Dotazník obsahoval otázky demografické a otázky zaměřené na motivaci ke studiu a pro výběr budoucího pracovního místa. Ve studii byl využit nástroj Nursing Orientation Tool (Vanhanen, Hentinen a Janhonen, 1999). Dotazník obsahuje 17 výroků, které jsou hodnoceny na pětibodové Likertově škále. Nástroj je rozdělen do tří částí: 1) orientace na péči, 2) orientace na profesní odbornost, 3) orientace na rodinu (Vanhanen a Janhonen, 2000). Jednotlivé výroky v dotazníku byly přeloženy do českého jazyka metodou Translation/Back-Translation. Získaná data byla vyhodnocena vzhledem k celému vzorku respondentů a také v jednotlivých skupinách rozdělených dle stupně vzdělání. Pro základní stanovení vzájemné závislosti závislých proměnných a nezávislých proměnných byla použita metoda vícenásobné lineární regrese, analýza rozptylu ANOVA a dále byly vyhodnoceny hypotézy pomocí Mann-Whitney U testu a Kruskal-Wallis testu.

VÝSLEDKY

Studie se zúčastnilo 157 (81,3%) žen a 36 (18,7%) mužů, 147 (76,2%) respondentů je mladších nebo dosáhlo hranice 25 let, 46 (23,8%) respondentů je starších než 25 let. Obor praktická sestra studuje 106 (54,9%) respondentů, 28 (14,5%) studuje obor diplomovaná všeobecná sestra a 59 (30,6%) všeobecná sestra v bakalářském studiu.

Celkem 111 (57,5%) respondentů udalo, že má přímou pracovní zkušenost s ošetřováním nemocných. Základní zkušenost s ošetřováním nemocného v rodině má 89 (46,1%) studentů a 24 (12,4%) respondentů uvedlo, že ošetřovatelství je jejich hobby.

Ve studii jsme se zaměřily také na to, zda mají respondenti v průběhu vzdělávání problémy s motivací ke studiu, osobní problémy nebo vykazují nespokojenost s obsahem a metodami učiva. Zjistily jsme, že celkem 90 (46,6%) respondentů má problémy s motivací ke studiu, 51 (24,4%) studentů má při studiu nějaké problémy osobní povahy a 52 (26,9%) našich respondentů není spokojeno s obsahem a metodami učiva. Studenti oboru praktická sestra se nejčastěji potýkají s nízkou motivací ($n = 54$; 50,9%), ale překvapivě časté problémy s motivací mají také studenti bakalářského studia ($n = 26$; 44,1%). Studenti měli možnost se k této otázce volně vyjádřit. V odpovědích studenti nejčastěji uváděli, že ve výuce je zklamalo mnoho teorie na úkor praxe. Studenti diplomované všeobecné sestry mají nejvyšší skóre v osobních problémech ($n = 12$; 42,8%). Nejvyšší míru nespokojenosti s obsahem a metodami učiva v porovnání s ostatními kategoriemi vykazují studenti všeobecné sestry v bakalářském studiu ($n = 20$; 33,9%).

V oblasti setrvání v profesi jsou výsledky našeho šetření nadějně, celkem 144 (74,6%) studentů chce pracovat v oboru. V oboru praktická sestra je 77 (72,6%) respondentů rozhodnuto setrvat v oboru, u diplomované všeobecné sestry je to 24 (85,7%) respondentů. V bakalářském studiu chce zůstat v profesi všeobecné sestry 43 (72,9%) respondentů.

Výsledky dotazníku **Nursing Orientation Tool – Orientace na péči, Orientace na profesní odbornost** jsou uvedeny v tab. 1. Výsledky obou škál se u skupin rozdělených dle úrovně vzdělání studentů (praktická sestra, diplomovaná všeobecná sestra, bakalářské studium

všeobecná sestra) statisticky významně neliší (*Orientace na profesní odbornost* $p = 0,941$; *Orientace na péči* $p = 0,663$, na hladině významnosti 0,05).

Tab. 1 Výsledky škál Orientace na péči a Orientace na profesní odbornost (bodové hodnoty u jednotlivých studijních oborů a celkem)

Studium		Orientace na péči	Orientace na profesní odbornost
Praktická sestra	Průměr	16,97	17,92
	n	106	106
	SD	4,228	3,856
Všeobecná sestra Dis.	Průměr	17,64	17,68
	n	28	28
	SD	3,445	3,139
Všeobecná sestra Bc.	Průměr	16,81	17,97
	n	59	59
	SD	4,032	3,709
Celkem	Průměr	17,02	17,9
	n	193	193
	SD	4,053	3,699

Při zkoumání souvislostí jsme zjistily (viz tab. 2), že na konstrukci závislé proměnné **Orientace na péči** má vliv faktor *Pohlaví, Základní zkušenost s ošetřováním v rodině, Přímá pracovní zkušenost s ošetřováním nemocných, Ošetřovatelství jako hobby a Rozhodnutí setrvat v oboru*. Tyto proměnné míru orientace na péči/ošetřování nemocných ovlivňují kladně. Na konstrukci závislé proměnné **Orientace na odbornost** má pozitivní vliv pouze *Přímá pracovní zkušenost a Rozhodnutí setrvat v oboru*.

Tab. 2 Vliv jednotlivých faktorů na výsledky škál Orientace na péči a Orientace na profesní odbornost

Faktor	Orientace na péči	Orientace na profesní odbornost
Pohlaví	Má statisticky významný vliv ($p = 0,002$). Ženy jsou více orientované na péči o nemocné.	Nemá statisticky významný vliv ($p = 0,410$).
Základní zkušenost s ošetřováním	Má statisticky významný vliv ($p = 0,04$). Respondenti se základní zkušeností s ošetřováním vykazují vyšší míru orientace na péči.	Nemá statisticky významný vliv ($p = 0,315$).
Přímá pracovní zkušenost	Má statisticky významný vliv ($p = 0,001$). Respondenti s přímou pracovní zkušeností vykazují vyšší míru orientace na péči.	Má statisticky významný vliv ($p = 0,026$). Respondenti s přímou pracovní zkušeností vykazují vyšší míru orientace na profesní odbornost.
Ošetřovatelství jako hobby	Má statisticky významný vliv ($p = 0,031$). Respondenti s ošetřovatelstvím jako hobby vykazují vyšší míru orientace na péči.	Nemá statisticky významný vliv ($p = 0,062$).
Rozhodnutí setrvat v oboru	Má statisticky významný vliv ($p = 0,000$). Respondenti s ošetřovatelstvím jako hobby vykazují vyšší míru orientace na péči.	Má statisticky významný vliv ($p = 0,000$). Respondenti s ošetřovatelstvím jako hobby vykazují vyšší míru orientace profesní odbornost.
Věková kategorie	Nemá statisticky významný vliv ($p = 0,649$).	Nemá statisticky významný vliv ($p = 0,129$).
Úroveň vzdělání	Nemá statisticky významný vliv ($p = 0,925$).	Nemá statisticky významný vliv ($p = 0,338$).
Problémy v období studia	Nemá statisticky významný vliv ($p = 0,226$).	Nemá statisticky významný vliv ($p = 0,863$).

Na závěr studie jsme se zaměřily na motivační faktory pro výběr budoucího pracovního místa. Hlavním motivačním faktorem pro všechny úrovně studia ošetřovatelství bylo platové ohodnocení (80,2% respondentů oboru praktická sestra, 65,7% respondentů oboru diplomovaná všeobecná sestra, 77,9% respondentek oboru všeobecná sestra v bakalářském studiu). Druhým významným motivačním faktorem byl dobrý

pracovní kolektiv (12,3% respondentů oboru praktická sestra, 23,6% respondentů oboru diplomovaná všeobecná sestra, 11,9% respondentek oboru všeobecná sestra v bakalářském studiu).

DISKUSE

V našem výzkumu mělo 57,5% respondentů již během studia přímou pracovní zkušenost s ošetřováním nemocných a 46,1% mělo zkušenost s ošetřováním nemocného v rodině. Tyto zkušenosti jsou zřejmě velmi důležitým prediktorem pozitivního vztahu k ošetřovatelství a k motivaci pracovat v tomto oboru. Ve studii Ten Hoeve et al. (2016), kde mělo také 50% studentů zkušenosti s ošetřováním nemocných, byl tento fakt nejdůležitějším pozitivním faktorem vlivu na orientaci a postoj k ošetřovatelství. Studenti s většími zkušenostmi s ošetřováním nemocných v rodině nebo s prací ve zdravotnictví si častěji vybrali kariéru v oboru a dokončili svá studia (Prymachuk, Easton a Littlewood, 2009; Larsen, McGill a Palmer, 2003; Miers, Rickaby a Pollard, 2007).

Otázka spokojenosti studentů se studijním programem, obsahem a metodami výuky by stála jistě za hlubší prozkoumání. V naší studii jsme zjistily, že celkem 26,9% našich respondentů není spokojeno s obsahem a metodami učiva. U studentů bakalářského oboru všeobecná sestra to bylo dokonce 33,9% respondentů. Celkem 46,6% našich respondentů má problémy s motivací ke studiu. Během studia procházejí studenti ošetřovatelství neustále procesem integrace do své zvolené profese. Přízpůsobují svá očekávání vysokoškolského studia a praktické výuky novým znalostem a zkušenostem. Důležité je, aby studenti vstupovali do studia s reálnými očekáváním a měli pozitivní zkušenost s výukou. Faktory, které vedou studenty k ukončení studia, jsou neefektivní podpůrné mechanismy vzdělávacích institucí, velký rozdíl mezi očekáváním a realitou, neuspokojivé zkušenosti z praxe, nečekaně vysoká zátěž v učení a finanční problémy (Hamshire, Willgoss a Wibberley, 2013; Chan et al., 2019). Ve slovních odpovědích studenti uváděli, že ve výuce je mnoho teorie na úkor praxe, obdobně jako ve výzkumu Clements et al. (2016). Tento výzkum také poukazuje na důležitost pozitivních zkušeností z praxe, kladný vztah s mentory a budování profesní identity studentů, jako na významné faktory, které redukuje odchod studentů z oboru. Také Chan et al. (2019) uvádí, že efektivní podpora jako např. kvalitní mentoring a emoční podpora studentů může jejich odchod ze studia redukovat.

Úbytek studentů během studia ošetřovatelství je problémem v celém světě a může být také jedním z faktorů nedostatku sester v praxi (Ten Hoeve et al., 2017; Chan et al., 2019). Ze studia odchází nebo si nevybírá ošetřovatelství jako svoji kariéru asi 25% studentů ošetřovatelství v Británii (Fowler a Norrie, 2009), 24,5% v Austrálii (Gaynor et al., 2007), 45% v Kanadě (Bolan a Grainger, 2009) a 50% v některých ošetřovatelských programech ve Spojených státech (Brown a Marshall, 2008). V Hongkongu je to asi 5% (Watson et al., 2008). V naší studii uvedlo 25,4% studentů, že v profesi sestry nechce setrvat.

V případě průzkumu orientace na ošetřovatelství/ošetřování jsme naše výsledky srovnávaly s autorkou původní studie. Ve výzkumu Vanhanen a Janhonen (2000) bylo zjištěno,

že rozdílné studijní obory mají vliv na míru orientace na péči a na profesní odbornost. My jsme tento fakt neprokázaly, míra orientace nezávisela na aktuálně studovaném oboru. Zjistily jsme, že na Orientaci na péči i na Orientaci na profesní odbornost má signifikantní vliv *Přímá pracovní zkušenost a Rozhodnutí setrvat v oboru*. Tato naše zjištění se shodují s výzkumem Salamonson et al. (2014). V tomto longitudinálním výzkumu z Austrálie je uvedeno, že studenti, kteří si vybrali ošetrovatelství jako studium první volby, daleko častěji dokončili studium než ti, kteří chtěli studovat jiný obor. Tito studenti byli častěji starší a měli již *pracovní zkušenost v oboru*. Existuje tedy spojení mezi rozhodnutím pro kariéru v ošetrovatelství a dokončením studia. Dalším zjištěním bylo, že studenti – *muži* nedokončili studium častěji než studentky-ženy. To odpovídá i závěrům výzkumu McLaughlin, Muldoon a Moutray (2010). Také v naší studii bylo prokázáno, že ženy jsou signifikantně více orientovány na ošetrovatelství než muži. Ve výzkumu Vanhanen a Janhonen (2000), který probíhal u studentů ošetrovatelství ($n = 184$) ve Finsku, to bylo naopak.

V závěrečné části výzkumu jsme se ptaly na motivační faktory pro výběr budoucího pracovního místa. Respondenti se souhlasně vyjádřili k významu platového ohodnocení. Mzda je nejsilnějším motivačním faktorem nejen pro studenty, ale také pro všeobecné sestry v praxi (Rambousková a Ratislavová, 2018). Současný trend plošného zvyšování platu, příplatků a atraktivita benefitů by se mohly stát významnou součástí řešení nedostatku zdravotnických pracovníků.

Limity našeho výzkumného šetření jsou především dané malým vzorkem respondentů a nerovnoměrným rozdělením respondentů ve skupinách, které jsme porovnávaly. Orientace na ošetrovatelství není jistě jediným faktorem, který ovlivňuje setrvávání studentů v oboru ošetrovatelství, zároveň však naše studie odhalila řadu možných souvislostí, na které by se měly zaměřit další výzkumná šetření.

ZÁVĚR

Vzhledem ke stále se měnícím formám studia v profesi sestry v České republice není překvapivé, že mezi respondenty převládá nedůvěra (vyjádřená nízkou motivací ke studiu a nespokojeností s obsahem a metodami výuky). Systém vzdělávání je nestabilní, a přestože mladí lidé v ideálním případě vstupují do profese s cílem realizovat se v oblasti, která je pro ně smysluplná, má dostatečnou prestiž a je náležitě ohodnocena, jsou konfrontováni s nedokonalým vzděláváním a rozdílnými kompetencemi. Víme, že se potýkáme se stejným problémem jako většina civilizovaných zemí, kde nejnovější přístrojové vybavení a nejsložitější digitální systémy nenahradí práci sestry. Je tedy na místě zamyslet se nad opravdovým významem profese, přestat tento význam přehlížet, snižovat, nebo znehodnocovat a učinit z tohoto zaměstnání profesi, která bude nést atributy třetí nejprestižnější profese, tak jak byla dle průzkumu (Česká tisková kancelář, 2016) vyhodnocena. Většina zdravotnických systémů ve světě se potýká s nedostatkem kvalifikovaného personálu na všech úrovních poskytovaných zdravotnických služeb. Je tedy důležité odhalit příčiny a řešit následky pro zachování kvalitní a dostupné péče.

Výsledky naší studie naznačují, že pozitivní orientace na ošetřovatelství a zkušenosti s ošetřováním nemocných mohou být jedním z prediktorů úspěšného ukončení studia ošetřovatelství a setrvání v oboru.

Literatura

BOLAN, Ch. and GRAINGER, P. Students in the BN program – Do their perceptions change?. *Nurse education today*. 2009, vol. 29, no. 7, p. 775–779. ISSN 0260-6917.

BROWN, J. and MARSHALL, B. L. A historically black university's baccalaureate enrollment and success tactics for registered nurses. *Journal of professional nursing*. 2008, vol. 24, no. 1, p. 21–29. ISSN 8755-7223.

CLEMENTS, A. J., KINMAN, G., LEGGETTER, S. et al. Exploring commitment, professional identity, and support for student nurses. *Nurse education in practice*. 2016, vol. 16, no. 1, p. 20–26. ISSN 1471-5953.

ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ. *Povolání sestry je podle průzkumu prestižní, plat tomu neodpovídá* [online]. 3. 5. 2016. [cit. 17. 1. 2020.] Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/05/povolani-sestry-je-podle-pruzkumu-prestizni-plat-tomu-neodpovida/>.

FERRI, P., LAFFI, P., ROVESTI, S. et al. Motivational factors for choosing the degree course in nursing: a focus group study with nursing students. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*. 2016, vol. 87, no. 2, p. 19–27. ISSN 0392-4203.

FOWLER, J. and NORRIE, P. Development of an attrition risk prediction tool. *British journal of nursing*. 2009, vol. 18, no. 19, p. 1194–1200. ISSN 0966-0461.

GAYNOR, L., GALLASCH, T., YORKSTON, E. et al. The future nursing workforce in Australia: baseline data for a prospective study of the profile, attrition rates and graduate outcomes in a contemporary cohort of undergraduates. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2007, vol. 25, no. 2, p. 11–20. ISSN 0813-0531.

GRAINGER, P. and BOLAN, Ch. Perceptions of nursing as a career choice of students in the Baccalaureate nursing program. *Nurse education today*. 2006, vol. 26, no. 1, p. 38–44. ISSN 0260-6917.

HAMSHIRE, C., WILLGOSS, T. G. and WIBBERLEY, Ch. What are reasonable expectations? Healthcare student perceptions of their programmes in the North West of England. *Nurse education today*. 2013, vol. 33, no. 2, p. 173–179. ISSN 0260-6917.

CHAN, Z. C. Y., CHENG, W. Y., FONG, M. K. et al. Curriculum design and attrition among undergraduate nursing students: A systematic review. *Nurse education today*. 2019, vol. 74, p. 41–53. ISSN 0260-6917.

LARSEN, P. D., MCGILL, J. S. and PALMER, S. J. Factors influencing career decision: perspectives of nursing students in three types of programs. *Journal of nursing education*. 2003, vol. 42, no. 4, p. 168–173. ISSN 0148-4834.

McLAUGHLIN, K., MULDOON, O. T. and MOUTRAY, M. Gender, gender roles and completion of nursing education: A longitudinal study. *Nurse education today*. 2010, vol. 30, no. 4, p. 303–307. ISSN 0260-6917.

MIERS, M. E., RICKABY, C. E. and POLLARD, K. C. Career choices in health care: is nursing a special case? A content analysis of survey data. *International journal of nursing studies*. 2007, vol. 44, no. 7, p. 1196–1209. ISSN 0020-7489.

MOONEY, M., GLACKEN, M. and O'BRIEN, F. Choosing nursing as a career: a qualitative study. *Nurse education today*. 2008, vol. 28, no. 3, p. 385–392. ISSN 0260-6917.

O'DONNELL, H. Expectations and voluntary attrition in nursing students. *Nurse education in practice*. 2011, vol. 11, no. 1, p. 54–63. ISSN 1471-5953.

PRYJMACHUK, S., EASTON, K. and LITTLEWOOD, A. Nurse education: factors associated with attrition. *Journal of advanced nursing*. 2009, vol. 65, no. 1, p. 149–160. ISSN 0309-2402.

RAMBOUSKOVÁ, A. a RATISLAVOVÁ, K. Motivace v profesi všeobecných sester. *Ošetrovateľské perspektivy*. 2018, roč. 1, č. 2, s. 29–37. ISSN 2570-785X.

SALAMONSON, Y., EVERETT, B., COOPER, M. et al. Nursing as first choice predicts nursing program completion. *Nurse education today*. 2014, vol. 34, no. 1, p. 127–131. ISSN 0260-6917.

TEN HOEVE, Y., CASTELEIN, S., JANSEN, W. et al. Nursing students' changing orientation and attitudes towards nursing during education: A two year longitudinal study. *Nurse education today*. 2017, vol. 48, p. 19–24. ISSN 0260-6917.

TEN HOEVE, Y., CASTELEIN, S., JANSEN, W. et al. Predicting factors of positive orientation and attitudes towards nursing: A quantitative cross-sectional study. *Nurse education today*. 2016, vol. 40, p. 111–117. ISSN 0260-6917.

VANHANEN, L. and JANHONEN, S. Factors associated with students' orientations to nursing. *Journal of advanced nursing*. 2000, vol. 31, no. 5, p. 1054–1062. ISSN 0309-2402.

VANHANEN, L., HENTINEN, M. and JANHONEN, S. Students' orientations to nursing at the beginning of nursing education. *Vård i Norden*. 1999, vol. 19, no. 3, p. 18–23. ISSN 0107-4083.

WATSON, R., DEARY, I., THOMPSON, D. et al. A study of stress and burnout in nursing students in Hong Kong: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2008, vol. 45, no. 10, p. 1534–1542. ISSN 0020-7489.

Kontakt

Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Husova 664/11, 301 00 Plzeň 3, Česká republika
ratislav@kos.zcu.cz

DIETETICKÉ NÁSLEDKY RADIOTERAPIE ZHOUBNÝCH NÁDORŮ HLAVY A KRKU

DIETARY CONSEQUENCES OF HEAD AND NECK CANCER RADIOTHERAPY

Petra Hodulová¹, David Korpas²

Abstrakt

Práce se zabývá retrospektivním vyhodnocením změny indexu tělesné hmotnosti (BMI) při radioterapii zhoubných nádorů hlavy a krku na krajském onkologickém pracovišti. V teoretické části jsou uvedeny informace o zhoubných nádorech hlavy a krku, možné nutriční podpoře a zajištění výživy těchto pacientů. Empirická část za pomoci kvantitativního průzkumného retrospektivního šetření porovnává index tělesné hmotnosti před a po ukončení radioterapeutické léčby a závislosti jeho změny na pohlaví a věku pacientů.

Klíčová slova

index tělesné hmotnosti, radioterapie, zhoubné nádory hlavy a krku, výživa, onkologie

Abstract

The work deals with a retrospective evaluation of the change in body mass index (BMI) during radiotherapy of head and neck cancer at the regional oncology department. The theoretical part provides information about head and neck cancer, possible nutritional support and nutrition of these patients. The empirical part, with the help of a quantitative exploratory retrospective survey, compares the body mass index before and after the end of radiotherapy treatment, and its dependence on patient's sex and age.

Keywords

body mass index, radiotherapy, malignant head and neck tumors, nutrition, oncology

¹ Klinika onkologická, Fakultní nemocnice Ostrava

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

ÚVOD

Nádory hlavy a krku náleží k onemocněním, která velmi významně ovlivňují přímo i nepřímo příjem stravy a nutriční stav pacienta. Již při určení diagnózy má mnoho pacientů problém s podvýživou. Úbytek hmotnosti je nezávislý prognostický faktor pro prognózu a přežití (Šlampa et al., 2016). Výživa je součástí podpůrné péče o onkologické nemocné (Novotný et al., 2016).

Základní orientaci o výživě pacienta zjistíme anamnézou a základním vyšetřením nemocného. Do anamnézy patří informace o stavu dutiny ústní, bolesti, potíže s polykáním, vnímání chutí jídel, nepříjemné pocity, únava, obtíže s vyprazdňováním, vše, co může ovlivňovat příjem stravy. Součástí je zjištění přidružených nemocí a fyzikální vyšetření. Úbytek hmotnosti pacienta a časové období úbytku váhy je jedním z ukazatelů zhoršeného stavu výživy. Ztráta hmotnosti 5% za 3 měsíce je patologický stav. Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index – BMI) je důležitý faktor výživy. Klasifikuje se podváha, normální váha, nadváha, stupeň obezity. Výpočet se provádí dle vzorce $BMI = \text{hmotnost} / (\text{tělesná výška})^2$ [kg/m²]. Tento údaj je orientační a výsledek posuzujeme s ohledem na klinický stav pacienta (Vokurka et al., 2014). Podváha má BMI nižší než 18,5 kg/m², normální rozmezí je 18,5 – 24,9 kg/m², nadváha je od 25,0 – 29,9 kg/m², obezita I. stupně je 30,0 – 34,9 kg/m² (Navrátil et al., 2017). Pokud nemocného nelze zvážít nebo je váha ovlivněna nežádoucími faktory používají se antropometrická měření na paži. Měříme krejčovským metrem střední obvod na volně svěšené nedominantní paži, průměrná hodnota u mužů je 31 cm a u žen 30 cm. Kožní řasy měříme kaliperem, posuzujeme kožní řasu nad tricepsem a pod dolním úhlem lopatky. Spodní hranice normy u mužů je 10 mm a u žen 15 mm (Souček et al., 2011). K hodnocení stavu pacienta se používají odběry biochemických markerů stavů výživy, mezi nejdůležitější patří albumin, prealbumin, cholinesteráza, transferin a C-reaktivní protein. Důležitým a jednoduchým nástrojem pro hodnocení stavu výživy je hodnocení nutričního screeningu, tyto informace jsou součástí zdravotnické dokumentace (Vokurka et al., 2014).

Výživa onkologického nemocného musí mít dostatečnou energetickou hodnotu, špatný stav výživy pacienta zhoršuje odpověď na léčbu (Kapounová, 2007). Strava pacienta, který je v riziku vzniku, nebo je již postižen mukozitidou, infekcí, traumatem, musí být upravená tak, aby nezpůsobovala dráždění, poškození a bolestivost sliznic dutiny ústní, orofaryngu i jícnu. K zásadám vhodné stravy řadíme ohled na přání pacienta, doporučení pro onkologické nemocné, dietní omezení, podávání menších porcí, jíst až 6x denně, nevhodnost horkých nápojů a jídel, pití přes brčko, snadno stravitelná jídla, měkká, mixovaná nebo tekutá strava. Při sníženém perorálním příjmu nebo při malnutrici zajišťujeme jiný druh výživy (Vokurka et al., 2014). Enterální výživu lze podávat různými typy sond. Nejčastěji používána u pacientů s nádory v ORL oblasti je perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG), používáme i nazogastriickou/nazojejunální sondu, chirurgickou gastrostomii, výživovou jejunostomii. U přítomnosti dysfunkce GIT, postradiační enteritis, těžká malabsorpce, těžké průjmy, zvracení, nebo poruchy střevní pasáže se většinou indikuje totální parenterální výživa. Parenterální výživu kombinujeme s enterální výživou z důvodu nízkého energetického příjmu, podmínkou je funkční zaživací trakt (Novotný et al., 2016).

CÍL PRÁCE

Cílem této práce je retrospektivně kvantifikovat změny v indexu tělesné hmotnosti před a po ukončení radioterapeutické léčby u rozsáhlého souboru pacientů na Klinice onkologické FN Ostrava za tříleté období. Dále pak také určit, zda případné změny v BMI závisejí na pohlaví či věku pacientů

METODIKA

Výzkumné šetření bylo realizováno u všech nových pacientů se zhoubným nádorem hlavy a krku, u kterých proběhla léčba radioterapií na Klinice onkologické FN Ostrava v období od 1. 6. 2016 do 31. 5. 2019, tedy tříleté období. Celkově byl počet těchto respondentů 488, 60 respondentů nesouhlasilo s použitím dat a 9 respondentů bylo vyřazeno z důvodu neúplných dat. Bylo tedy hodnoceno 419 respondentů. Z tohoto počtu 419 bylo 94 žen (22 %), u nichž byl medián věku 65 let (rozmezí 38–91 let), mužů bylo 325 (78 %) s mediánem věku 63 let (rozmezí 28–89 let).

Bylo zjištěno, že nádor rtu, dutiny ústní a slinných žláz se vyskytoval u 94 (23 %) mužů a 35 (8 %) žen, zhoubný nádor hltanu byl u 125 (30 %) mužů a 41 (10 %) žen, u nádoru hrtanu byla převaha mužů 84 (20 %) a 10 (2 %) žen, nádor dutiny nosní a paranazální mělo jen 10 (2 %) mužů a 5 (1 %) žen a krční uzliny byly postiženy u 12 (3 %) mužů a 3 (1 %) žen.

Největší počet respondentů byl se IV. klinickým stádiem 275 (66 %), III. stádium bylo u 82 (20 %) respondentů, 35 (8 %) respondentů s II. stádiem a I. stádium bylo jen u 12 (3 %) respondentů. Neznámé stádium bylo zjištěno u 15 (3 %) respondentů.

Data jsou vyjádřena v průměru či mediánu, absolutní a relativní četnosti. Ze statistických metod byly použity Wilcoxonův párový test, Mann-Whitneyův U-test a Spearmanův korelační koeficient.

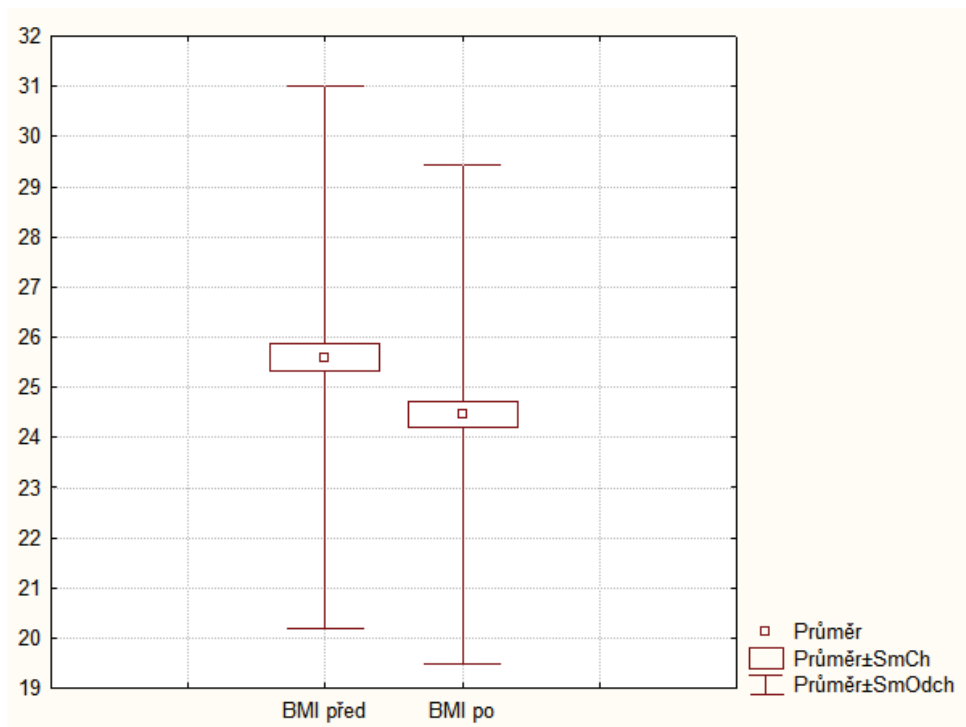
VÝSLEDKY

Porovnání celkového BMI souboru

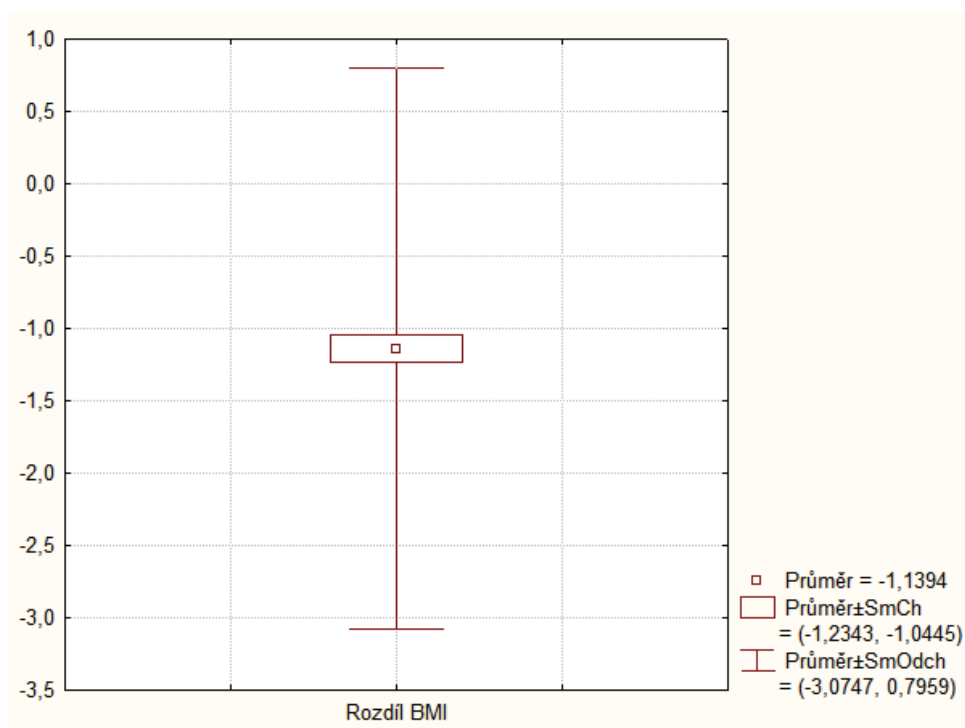
Na základě dat našeho souboru se zhoubným nádorem hlavy a krku léčených radioterapií jsme chtěli zjistit, jak je BMI před léčbou odlišné od BMI po léčbě. Ze souboru 419 respondentů chyběla navíc ještě kompletní data u třech pacientů, počet k analýze je tedy ještě snížen na 416 pacientů.

Výpočtem se určila průměrná hodnota BMI v souboru před léčbou $25,600 \pm 5,415 \text{ kg/m}^2$ (průměr $\pm$ směrodatná odchylka) a po léčbě $24,461 \pm 4,975 \text{ kg/m}^2$. Pro porovnání indexu tělesné hmotnosti byla vzhledem k povaze dat zvolena neparametrická alternativa párového testu. Pomocí Wilcoxonova párového testu se soubor párových hodnot určil jako signifikantně odlišný, $p < 0,001$. Hodnoty BMI celého souboru pacientů před a po léčbě se signifikantně významně liší (viz obr. 1).

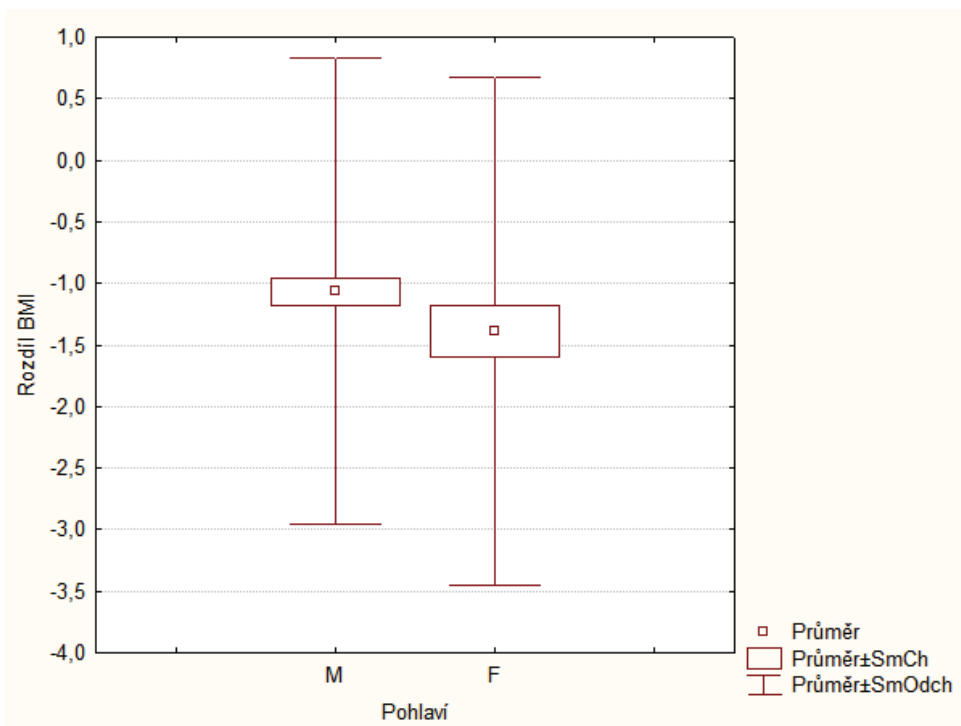
Obr. 1 Porovnání odlišnosti souhrnného BMI na začátku a na konci radioterapeutické léčby



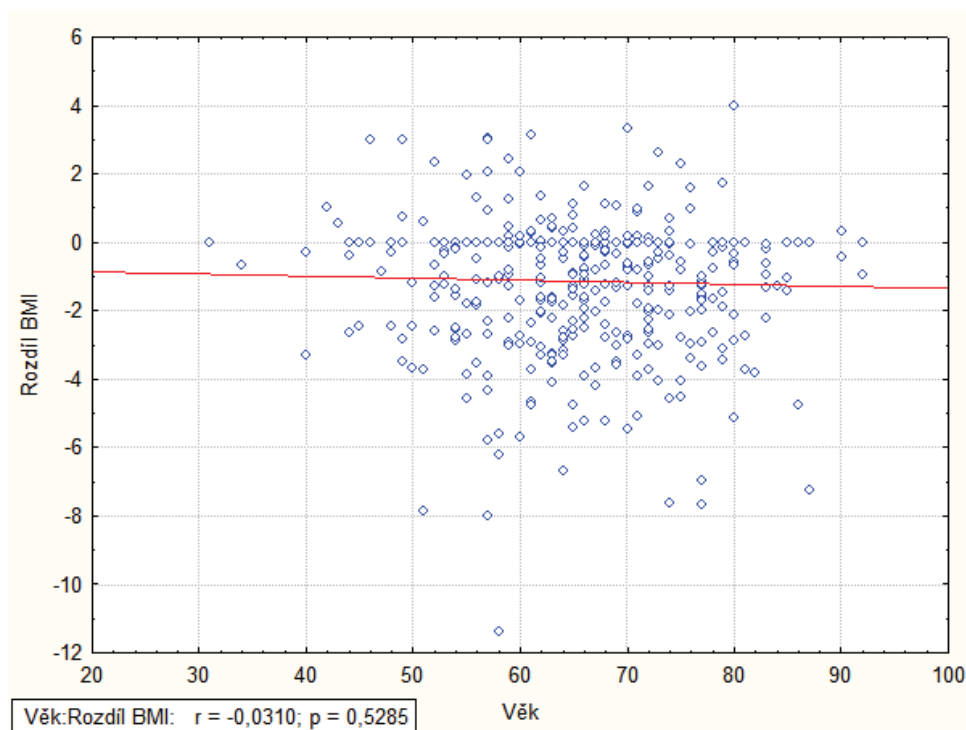
Došlo tedy k poklesu BMI. Průměrná míra tohoto poklesu je $-1,14 \text{ kg/m}^2$ a je graficky znázorněna na obr. 2.

Obr. 2 Znáznornění kvantifikace poklesu BMI v celém souboru**Rozdíl BMI v závislosti na pohlaví**

Dalším cílem bylo porovnání změny v hodnotách BMI v závislosti na pohlaví. Zde se použil neparametrický Mann-Whitneyův U-test, který určil závislost rozdílových hodnot BMI před a po léčbě na pohlaví. Průměrný pokles BMI u mužů je -1,067 kg/m², u žen pak -1,387 kg/m². Zde se neprokázal rozdíl mezi pohlavími, $p = 0,113$. Grafické znázornění je na obr. 3.

Obr. 3 Znázornění rozdílových hodnot BMI u mužů (M) a žen (F)**Rozdíl BMI v závislosti na věku**

Posledním cílem bylo porovnání změny v hodnotách BMI v závislosti na věku pacientů. Zde se použil Spearmanův korelační koeficient, který určil závislost rozdílových hodnot BMI před a po léčbě na věku. Zde se neprokázala závislost na věku, $r_s = -0,031$, rozdíl BMI s rostoucím věkem mírně klesá. Znázornění je na obr. 4.

Obr. 4 Znáznornění rozdílových hodnot BMI na věku pacientů

ZÁVĚR

BMI je důležitým ukazatelem stavu výživy pro náročnou radioterapeutickou léčbu. Stav výživy u onkologických pacientů musí být pravidelně sledován, konzultován s nutriční sestrou a v případě potřeby řešen. Parametr BMI byl statisticky hodnocen u souboru o 416 pacientech se zhoubným nádorem hlavy a krku léčených radioterapií, chtěli jsme zjistit, zda je BMI před léčbou odlišné od BMI po léčbě u těchto pacientů, bylo zjištěno, že se významně liší. Dle obr. 1 je pokles BMI celého souboru pacientů statisticky významný, před léčbou je průměr 25,600 kg/m² a po léčbě 24,461 kg/m². Mediány pak 25,210 kg/m² před léčbou resp. 24,035 kg/m² po léčbě. Pro porovnání byla v projektu Hardrock (Halámka et al., 2012) střední hodnota před zahájením léčby 23,4 kg/m², my jsme zjistili u všech nádorových lokalit vyšší BMI, jen u nádoru hrtanu u žen je nižší, ale stále v rozmezí normální váhy. Nejnížší hodnota a zároveň normální rozmezí BMI po radioterapii u mužů byl medián 23,2 kg/m² opět u nádoru rtu, dutiny ústní a slinných žláz a u žen nejnížší, ale stále v rozmezí normální váhy, opět u nádoru hrtanu 20,0 kg/m².

Zjištěné hodnoty ukázaly, že hodnoty BMI u respondentů klesly, ale bylo zachováno normální rozmezí váhy.

Literatura

HALÁMKA, M. et al. Projekt HARDROCK: parametrický sběr a analýza dat pacientů s nádory hlavy a krku na Klinice onkologické FN Ostrava – důraz na význam frakcionace a definice cílového objemu v radioterapii. *Klinická onkologie*. 2012, roč. 25, č. 4, s. 274–281. ISSN 0862-495X.

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

NAVRÁTIL, L. et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0210-5.

NOVOTNÝ, J. et al. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. Praha: Mladá fronta, 2016. ISBN 978-80-204-3944-4.

SOUČEK, M. et al. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2110-1.

ŠLAMPA, P. et al. *Nádory hlavy a krku: přehled diagnostiky a léčby maligních nádorů horních dýchacích a polykacích cest, hrtanu, slinných žláz a kůže*. Praha: Mladá fronta, 2016. ISBN 978-80-204-3743-3.

VOKURKA, S. et al. *Postižení dutiny ústní onkologických pacientů*. Praha: Current Media, 2014. ISBN 978-80-260-6359-9.

Kontakt

Ing. David Korpas, Ph.D.

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Ústav ošetřovatelství

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

david.korpas@fvp.slu.cz

KOMPETENTNOSŤ SESTIER PRE POSKYTOVANIE MULTIKULTÚRNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI Z POHĽADU PRÍPRAVY NA POVOLANIE

COMPETENCE OF NURSES FOR THE PROVISION OF MULTICULTURAL NURSING CARE FROM THE PERSPECTIVE OF VOCATIONAL TRAINING

Mária Šupínová¹, Júlia Jankovičová¹

Abstrakt

Východiská: Zmeny v poskytovaní zdravotnej starostlivosti spôsobené novými demografickými pomermi v krajinách Európskej únie, si vyžadujú pripravenosť sestier na poskytovanie multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Ciel: Na základe hodnotenia úrovne vedomostí z multikultúrneho ošetrovateľstva, posúdiť pripravenosť sestier na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti pacientom z inej kultúry.

Metóda: Bola použitá metóda elektronického testovania vedomostí cez Microsoft Forms. Otázky testu overovali teoretické východiská multikultúrneho ošetrovateľstva a využitie poznatkov z multikultúrneho ošetrovateľstva v praxi. Do súboru bolo zaradených 285 sestier s profesijnou registráciou na území Slovenska.

Výsledky: Priemerný počet dosiahnutých bodov celým súborom bolo 16,12 bodov (možné maximum 30 bodov). Z teoreticky zameraných otázok bol priemerný počet získaných bodov 6,45 (možné maximum 15 bodov). V otázkach zameraných na praktické využitie v multikultúrnom ošetrovateľstve, bol priemerný bodový zisk 12,95 bodu (možné maximum 25 bodov). Signifikantne vyšší bodový zisk dosiahli sestry s vyšším stupňom vzdelania ($p = 0,005$; K-W). Bodový zisk sestier nesúvisel s odborom v ktorom pracujú ani s dĺžkou praxe.

Záver: Výsledky výskumu odhalili len priemernú úroveň znalostí sestier z multikultúrneho ošetrovateľstva. Preukázali mierne lepšiu situáciu v multikultúrnej kompetentnosti mladších sestier s vyšším stupňom vzdelania. Výsledky poukazujú na potrebu kontinuálneho vzdelávania sestier s dlhoročnou praxou v multikultúrnom ošetrovateľstve

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

Klíčové slová

multikultúrne ošetrovateľstvo, vedomosti, pripravenosť sestier, pacient, iná kultúra

Abstract

Background: Changes in the provision of health care caused by new demographic conditions in the countries of the European Union require the readiness of nurses to provide multicultural nursing care.

Aim: Based on the evaluation of the level of knowledge from multicultural nursing, to assess the readiness of nurses to provide nursing care to patients from other cultures.

Method: The method of electronic knowledge testing via Microsoft Forms was used. The test questions verified the theoretical basis of multicultural nursing and the use of knowledge from multicultural nursing in practice. The file included 285 nurses with professional registration in Slovakia.

Results: The average number of points achieved by the whole set was 16.12 points (possible maximum 30 points). From the theoretically focused questions, the average number of points obtained was 6.45 (possible maximum 15 points). In questions focused on practical use in multicultural nursing, the average point gain was 12.95 points (possible maximum 25 points). Significantly higher points were achieved by nurses with a higher level of education ($p = 0.005$; K-W). The point gain of nurses was not related to the field in which they work or the length of practice.

Conclusion: The results of the research revealed only the average level of knowledge of nurses from multicultural nursing. They showed a slightly better situation in the multicultural competence of younger nurses with a higher level of education. The results point to the need for continuous education of nurses with many years of experience in multicultural nursing.

Keywords

multicultural nursing, knowledge, nurses' readiness, patient, other culture

ÚVOD

Nové demografické pomery v krajinách Európskej únie (EÚ), spôsobené migráciou obyvateľstva, aj vplyvom výhod Schengenského dohovoru, prinášajú väčšiu rôznorodosť kultúr v jednotlivých krajinách. Tá sa prejavuje aj v spôsobe poskytovania zdravotnej starostlivosti. Sestry sa čoraz častejšie stretávajú s pacientmi z inej kultúry. Tento fakt si vyžiadal i nový prístup k potrebám vzdelávania v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva vo svete rovnako ako v európskych krajinách. Nové trendy v starostlivosti o zdravie obyvateľstva, prinášajú aj zmeny vo vzdelávaní sestier na Slovensku (Kober, 2008).

Úspešné sesterské aktivity zamerané na klientov jednotlivých kultúr, si podľa Špirudovej et al. (2006), vyžadujú zo strany sestry podpornú komunikáciu a rešpektovanie ich hodnôt, názorov a praktík. Význam má najmä kultúrna citlivosť, t.j. rešpektovanie jedincov, uvedomenie si rôznosti kultúrnych presvedčení a praktík realizovaných v prospech pacienta, aby mu bola poskytovaná bezpečná a kvalitná starostlivosť. Dôležité je aj modifikovanie plánov starostlivosti tak, aby do nich boli zahrnuté aj pacientove názory a praktiky. Tie ho však nemôžu ohroziť na zdraví a na živote a musia byť kompatibilné s režimom jeho liečby a starostlivosti. Pri každom ochorení dochádza k negatívnym emóciám. Nastupuje strach, úzkosť a frustrácia. Ak sa k týmto symptómom pridružia kultúrne odlišnosti, môže dôjsť až k sociálnej fóbii. Multikultúrne ošetrovateľstvo sa definuje ako komparatívny, humanistický, praktický a teoretický odbor zameraný na podobnosti a rozdiely starostlivosti o rôzne kultúry s ich súborom hodnôt, životných zvyklostí a presvedčení, a to s cieľom poskytovať vhodnú, účinnú a individualizovanú podporu v zdraví a chorobe (Lišková et al., 2006).

Cieľom transkultúrneho ošetrovateľstva je poskytovať kultúrne zhodnú a diferencovanú ošetrovateľskú starostlivosť praktikovanú pre zdravých a chorých ľudí, alebo im pomáhať čeliť nepriaznivým ľudským podmienkam, chorobe či umieraniu kultúrne vhodným spôsobom (Špirudová et al., 2006).

Ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrou, je v súčasnosti oveľa náročnejšia. V súlade s holistickou filozofiou v modernom ošetrovateľstve sestra pristupuje k pacientovi nielen ako k fyzickej, ale aj emocionálnej a spoločenskej bytosti, ku ktorej patrí aj jeho kultúrna príslušnosť (Janiczeková a Rapčíková, 2018).

Nové trendy v ošetrovateľstve priniesli snahu sestier o nadobudnutie vedomostí v oblasti multikultúrneho ošetrovateľstva. Boli realizované formou odborných seminárov a vzdelávacích kurzov. Cieľom týchto kurzov bolo ovládať základný pojmový aparát, ako i multikultúrny prístup k pacientom inej národnosti, rasy alebo náboženstva.

V Konceptii odboru ošetrovateľstva, z 29. mája 2006 MZ SR, sa v bode 2 „Rozvoj starostlivosti v odbore pod písmenom „i“. uvádza: „Prioritou vývoja ošetrovateľstva v súlade s odporúčaniami Medzinárodnej rady sestier (ICN), Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) a smernicami Rady EÚ je: „rozvíjať multikultúrne ošetrovateľstvo.“ V oblasti kultúrnych poznatkov má preto významné miesto vzdelávanie sestier (Hoťková, 2007).

Multikultúrne ošetrovateľstvo je v súčasnosti v podmienkach Slovenska zaradené do študijných programov pregraduálneho vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo ako samostatný predmet.

Vzdelávaním a rozvojom zručností v multikultúrnom ošetrovatelstve sestra získa väčšie rozlišovacie schopnosti a citlivosť k etnickým, kultúrnym a sociálnym špecifikám. Nadobudne schopnosť lepšie rozlišovať javy etnicky a kultúrne determinované od sociálne patologických javov, väčšiu profesionálnu istotu v starostlivosti o ľudí inej kultúry, etnika či sociálnej vrstvy, umenie lepšie komunikovať a zručnosti v oblasti neverbálnej komunikácie a paralingvistiky (Špirudová et al., 2006).

CIEL VÝSKUMU

Na základe hodnotenia úrovne vedomostí z multikultúrneho ošetrovatelstva, posúdiť pripravenosť sestier na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti pacientom z inej kultúry.

SÚBOR A METÓDA

Bola použitá metóda elektronického testovania vedomostí cez Microsoft Forms. Vedomostný test pozostával z 30 otázok – pri 100% správnych odpovedí predstavoval bodový zisk 30 bodov. Prvá časť testu (otázky 5–17), testovali teoretické východiská multikultúrneho ošetrovatelstva, druhá časť testu (otázky 18–30), testovali využitie poznatkov z multikultúrneho ošetrovatelstva v praxi. Úroveň náročnosti testu zodpovedala podmienkam absolvovania záverečnej skúšky z predmetu „Základy multikultúrneho ošetrovatelstva“ na fakulte zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici, študentov 3. ročníka v odbore ošetrovatelstvo. Test bol anonymný, z demografických údajov bolo zisťované: pohlavie, stupeň vzdelania, dĺžka praxe a odbor v ktorom respondenti pracujú. Na analýzu bolo použité testovanie Kruskal-Wallis ANOVA test a kontingenčné tabuľky. Podmienkou pre zaradenie do súboru bola profesijná registrácia v registri sestier v Slovenskej republike a pracovné zaradenie sestra bez rozdielu odboru v ktorom sestry pracujú. Do súboru bolo celkovo zaradených 285 sestier s profesijnou registráciou z celého Slovenska.

VÝSLEDKY

Tab. 1 Prehľad dosiahnutých bodov testovania celým súborom

	Valid N	Mean	Std.Dev.	Median	Minimum	Maximum	Lower Quartile	Upper Quartile
nb	282	16,15	3,57	16,0	3,0	30,0	14,0	18,0
tb	282	6,46	1,82	6,0	1,0	13,0	5,0	8,0
pb	282	12,95	3,07	13,0	3,0	25,0	11,0	15,0

Legenda: Celkový počet bodov (nb); Otázky 5–17, teoretická časť (tb); Otázky 18–30, praktická časť (pb); Valid N (celkový počet platných testov); Mean (priemer); Std.Dev. (smerodajná odchýlka); Median (stredná hodnota); Min – minimálny počet dosiahnutých bodov; Max – maximálny počet dosiahnutých bodov; Lower Quartile (dolný kvartil); Upper Quartile (horný kvartil)

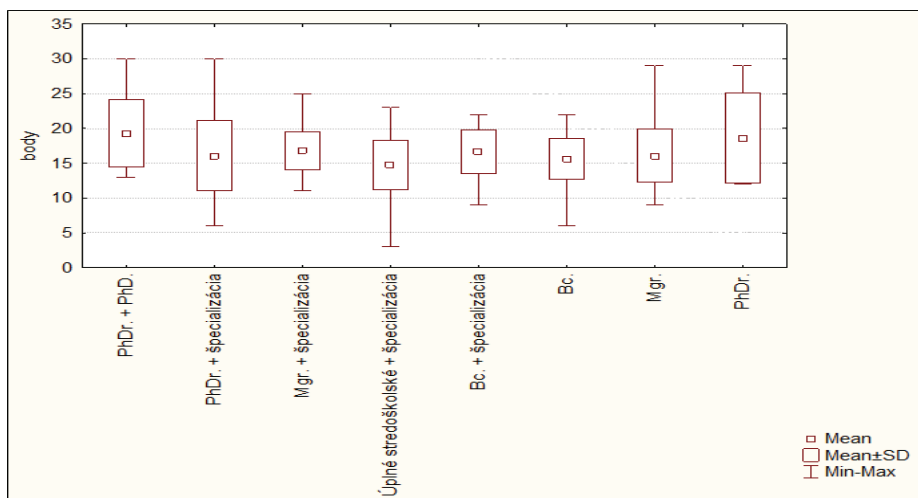
V tabuľke 1, je prehľad dosiahnutých bodov celého výskumného súboru. Respondenti dosiahli v priemere 16,15 bodov z možného maxima 30 bodov. Výrazne nízke bodové zisky boli dosiahnuté v časti teoretické východiská. Respondenti dosiahli v priemere 6,46 bodov z možného maxima 15 bodov. V otázkach zameraných na praktické využitie v multikultúrnom ošetrovatelstve bol priemerný bodový zisk 12,95 bodu, z možného maxima 25 bodov.

Tab. 2 Testovacia štatistika vzdelanie vs dosiahnuté body

	H	P(K-W)
nb	20,26022	0,005
tb	17,96218	0,0121
pb	19,09265	0,0079

Legenda: H (testovacia štatistika); P(K-W) (hodnota p Kruskal-Wallis ANOVA testu)

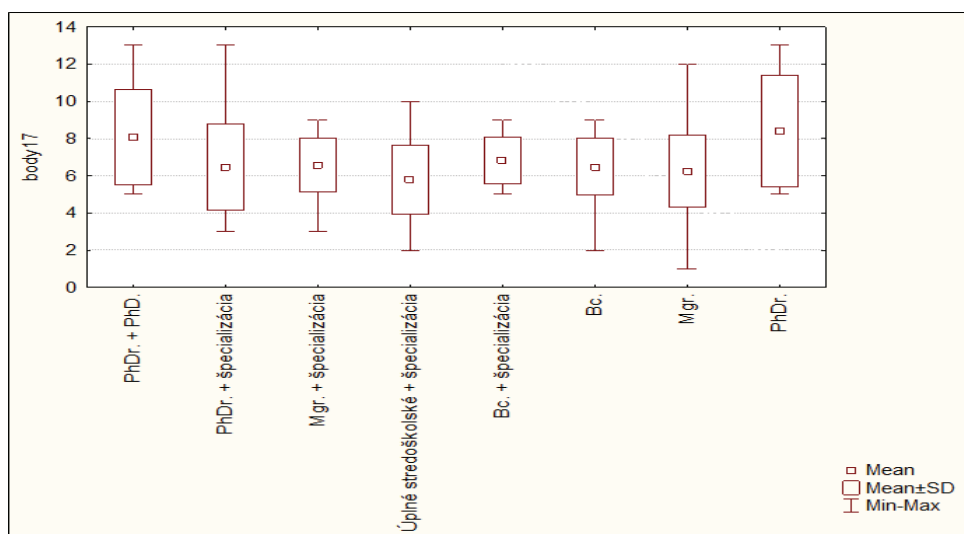
Graf 1 Prehľad celkového počtu dosiahnutých bodov (nb) podľa vzdelania respondentov



Legenda: Mean – priemer; SD – smerodajná odchýlka; Min – minimálny počet dosiahnutých bodov; Max – maximálny počet dosiahnutých bodov

Z grafu je zrejmé, že najvyšší počet bodov dosiahli sestry s najvyšším stupňom vzdelania PhDr. a PhD. Rozdiel medzi kategóriami bol štatisticky významný $p = 0,005$ (tab. 2, graf 1).

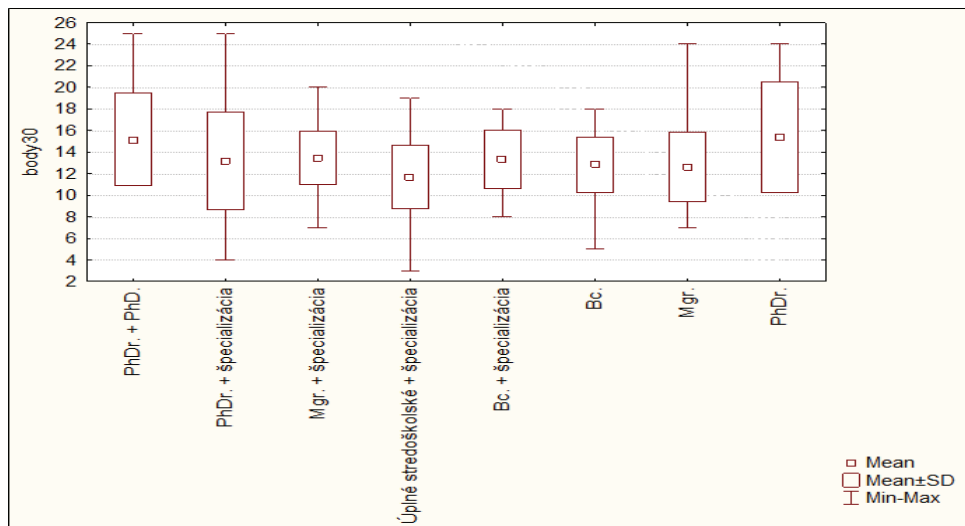
Graf 2 Prehľad počtu dosiahnutých bodov tb podľa vzdelania respondentov



Legenda: Mean – priemer; SD – smerodajná odchýlka; Min – minimálny počet dosiahnutých bodov; Max – maximálny počet dosiahnutých bodov; tb (teoretická časť testu)

V grafe 2 je prehľad dosiahnutých bodov z testovania teoretických východísk (tb) multikultúrneho ošetrovateľstva. Najvyšší počet bodov dosiahli sestry s najvyšším stupňom vzdelania. Rozdiely medzi jednotlivými skupinami neboli štatisticky významné (tab. 2).

Graf 3 Prehľad počtu dosiahnutých bodov pb podľa vzdelania respondentov



Legenda: Mean – priemer; SD – smerodajná odchýlka; Min – minimálny počet dosiahnutých bodov;
Max – maximálny počet dosiahnutých bodov

V grafe 3 je prehľad dosiahnutých bodov z testovania praktických východísk (pb) multikultúrneho ošetrovateľstva. Najvyšší počet bodov dosiahli sestry s najvyšším stupňom vzdelania. Rozdiely medzi jednotlivými skupinami neboli štatisticky významné (tab. 2).

Tab. 3 Prehľad dosiahnutých bodov testovania podľa dĺžky praxe

	Valid N	Mean	Std.Dev.	Median	Minimum	Maximum	LQ	UQ
Do 5 rokov								
nb	166	16,43	3,43	17,0	6,0	30,0	15,0	18,0
tb	166	6,50	1,80	6,0	2,0	13,0	5,0	8,0
pb	166	13,18	2,99	13,0	5,0	25,0	11,0	15,0
6–10 rokov								
nb	35	15,29	4,50	15,0	3,0	29,0	13,0	18,0
tb	35	6,23	2,06	6,0	3,0	13,0	5,0	7,0
pb	35	12,20	3,55	12,0	3,0	24,0	11,0	14,0
11–15 rokov								
nb	46	15,83	2,95	16,0	9,0	25,0	14,0	18,0
tb	46	6,46	1,53	6,5	3,0	10,0	6,0	7,0
pb	46	12,87	2,54	13,0	8,0	21,0	11,0	14,0
16 a viac								
nb	30	16,00	4,13	15,5	9,0	30,0	14,0	18,0
tb	30	6,43	2,18	6,5	1,0	13,0	5,0	8,0
pb	30	12,63	3,73	12,0	7,0	25,0	10,0	14,0

Legenda: Celkový počet bodov (nb); Otázky 5–17, teoretická časť (tb); Otázky 18–30, praktická časť (pb); Valid N (celkový počet platných testov); Mean (priemer); Std.Dev. (smerodajná odchýlka); Median (stredná hodnota); Min – minimálny počet dosiahnutých bodov; Max – maximálny počet dosiahnutých bodov; Lower Quartile (dolný kvartil); Upper Quartile (horný kvartil)

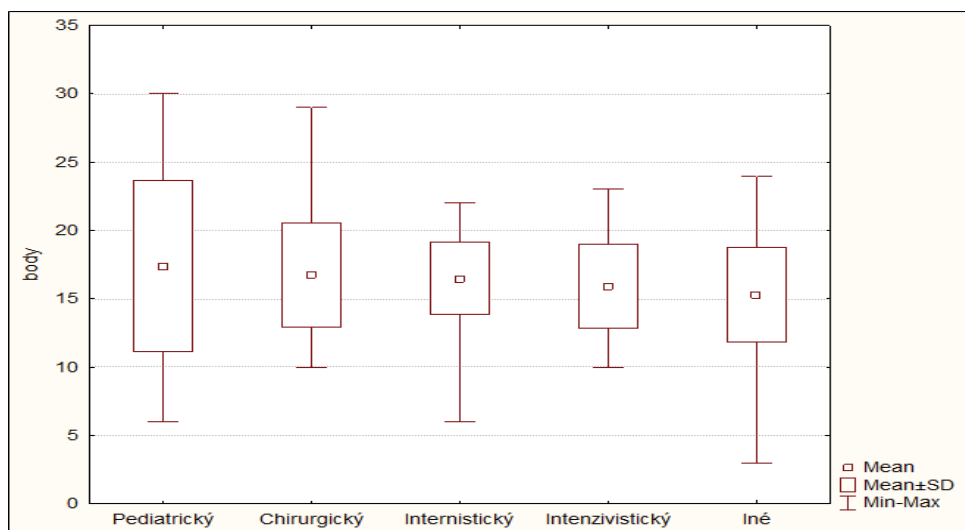
Tab. 4 Testovacia štatistika dĺžka praxe vs dosiahnuté body

	H	P(K-W)
nb	3,953366	0,2665
tb	1,114404	0,7736
pb	4,624194	0,2015

Legenda: H (testovacia štatistika); P(K-W) (hodnota p Kruskal-Wallis ANOVA testu)

Najvyšší priemerný počet bodov dosiahli sestry do 5 rokov praxe (16,46), najnižšie výsledky dosiahli sestry pracujúce 16 a viac rokov s ukončeným úplným stredoškolským štúdiom + špecializáciou. Rozdiely medzi skupinami neboli štatisticky významné. (tab. 3, 4).

Graf 4 Prehľad počtu dosiahnutých bodov pb podľa odboru respondentov



Legenda: Mean – priemer; SD – smerodajná odchýlka; Min – minimálny počet dosiahnutých bodov; Max – maximálny počet dosiahnutých bodov

V grafe 4 je prehľad priemerných hodnôt dosiahnutých bodov v závislosti od odboru v ktorom respondenti pôsobia. Dosiahnuté hodnoty sú v jednotlivých kategóriách vyrovnané, mierne vyšší počet bodov bol zaznamenaný u sestier pracujúcich v pediatrii. Rozdiely medzi jednotlivými skupinami neboli štatisticky významné (tab. 5).

Tab. 5 Testovacia štatistika práca v odbore vs dosiahnuté body

	H	P(K-W)
nb	5,297623	0,2581
tb	9,208407	0,0561
pb	5,246134	0,263

Legenda: H (testovacia štatistika); P(K-W) (hodnota p Kruskal-Wallis ANOVA testu)

DISKUSIA

Multikultúrna výchova je podľa Špirudovej et al. (2006), proces, ktorého prostredníctvom si jednotlivci majú vytvárať dispozície k pozitívnemu vnímaniu a hodnoteniu kultúrnych systémov, odlišných od ich vlastnej kultúry a na tomto základe majú regulovať svoje chovanie k príslušníkom iných kultúr. Multikultúrnú výchovu môžeme chápať ako proces osvojovania si kľúčových interkultúrnych kompetencií (Virgulová, 2011). Z výsledkov realizovaného výskumu je zrejmé, že vzdelávanie budúcich sestier je v posledných desiatich rokoch zamerané aj na pripravenosť sestier v multikultúrnom ošetrovatelstve. Signifikantne najvyšší počet bodov z vedomostného testu v multikultúrnom ošetrovatelstve dosiahli sestry s najvyšším stupňom vzdelania (PhDr., PhD.), zároveň najmladšie sestry, s dĺžkou praxe do 5 rokov praxe (tab. 1–3, graf 1–3). Výsledok odráža učebné osnovy pregraduálneho vzdelávania. Úspešnosť v testovaní bolo aj pri najvyšších hodnotách respondentov hodnotené iba ako priemerné. Na nedostatočné vedomosti z problematiky multikultúrneho ošetrovatelstva poukázala aj Dobsonyová, Jankechová a Kollárová (2015). Lanting et al. (2019), pokladajú za veľmi dôležité, aby sa témy kultúrnych kompetencií začlenili do medicínskych osnov. Za dôležité považujú aj hodnotenie zručností v oblasti multikultúrnych schopností. Sorensen et al. (2019), zdôrazňujú aj potrebu zmeny učebných osnov a pripravenosť učiteľov, aby bola zabezpečená multikultúrna spôsobilosť lekárov a riešenie nerovnosti v zdraví medzi rôznymi etnickými skupinami pacientov. Sestry s dlhoročnou praxou a nižším stupňom vzdelania, nášho súboru, preukázali podpriemerné vedomosti nielen v oblasti teoretických východísk multikultúrneho ošetrovatelstva, ale aj ich aplikovania v praxi. Odbor v ktorom sestry pracovali nebol signifikantne rozhodujúci (graf 4). Na nízku úroveň vedomostí sestier z multikultúrneho ošetrovatelstva poukázali aj Zamboriová, Simočková a Sováriová Soósová (2015). Z výsledkov nimi realizovaného prieskumu vyplývajú mierne lepšie vedomosti u sestier z Česka v porovnaní so sestrami zo Slovenska.

ZÁVER

Sestra poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť v súlade s právami pacienta. Pri ošetrovaní pacientov s rôznych kultúr sa môže sestra dostať do konfliktu s rôznymi morálnymi a kultúrnymi hodnotami a očakávaniami pacienta. Dostatočné vedomosti z multikultúrneho ošetrovatelstva sú preto veľmi potrebné pre zmysluplnú ošetrovateľskú prax. Výsledky výskumu odhalili len priemernú úroveň znalostí sestier z multikultúrneho ošetrovatelstva. Zároveň preukázali mierne lepšiu situáciu v multikultúrnej kompetentnosti mladších sestier s vyšším stupňom vzdelania. Výsledky výskumu poukazujú na potrebu kontinuálneho vzdelávania všetkých sestier, ale predovšetkým sestier s dlhoročnou praxou ktoré neabsolvovali vysokoškolské štúdium, zamerané na multikultúrne ošetrovatelstvo. Odbor v ktorom sestry pracujú nerozhoduje. Multikultúrne ošetrovatelstvo sa prelína všetkými odbormi a špecializáciami.

Literatura

DOBSONYOVÁ, A., JANKECHOVÁ, M. a KOLLÁROVÁ, L. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s inou kultúrou. In: *Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami: zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou Piešťanský deň ošetrovateľstva*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, 2015, s. 54–63. ISBN 978-80-8132-137-5.

HOŤKOVÁ, Z. Multikultúrne ošetrovateľstvo a jeho špecifiká v praxi. In: *Trenčiansky ošetrovateľský deň: zborník z vedeckej konferencie*. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, 2007, s. 44–53. ISBN 978-80-8075-261-3.

JANICZEKOVÁ, E. a RAPČÍKOVÁ, T. Faktory vplývajúce na pracovnú výkonnosť sestier. In: *Ošetrovateľstvo a zdravie XI.: recenzovaný zborník príspevkov z vedeckej konferencie*. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva, 2018, s. 50–55. ISBN 978-80-8075-799-1.

KOBER, L. Špecifika ošetrovateľskej péče o cizince. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 10, s. 24. ISSN 1210-0404.

LANTING, K., DOGRA, N., HENDRICKX, K. et al. Culturally Competent in Medical Education – European Medical Teachers' Self-Reported Preparedness and Training Needs to Teach Cultural Competence Topics and to Teach a Diverse Class. *MedEdPublish* [online]. 2019. DOI: 10.15694/mep.2019.000098.1.

LÍŠKOVÁ, M. et al. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-216-2.

SORENSEN, J., NORREDAM, M., SUURMOND, J. et al. Need for ensuring cultural competence in medical programmes of European universities. *BMC Medical Education*. 2019, vol. 19. ISSN 1472-6920.

ŠPIRUDOVÁ, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1213-X.

VIRGULOVÁ, J. Využitie nových modelov v multikultúrnom ošetrovateľstve. In: *Biele srdce vo farebnom svete: zborník odborných príspevkov z vedeckej konferencie*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2011, s. 86–94. ISBN 978-80-8082-488-4.

ZAMBORIOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V. a SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. Multikultúrne aspekty ošetrovateľstva. In: *Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami: zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou Piešťanský deň ošetrovateľstva*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, 2015, s. 207–215. ISBN 978-80-8132-137-5.

Kontakt

doc. PhDr. Mária Šupinová, PhD.

Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, SZU v Bratislave

Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica, Slovenská republika

maria.supinova@szu.sk

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE	
------------------------------	--

SPOKOJENOST PACIENTŮ NA ORTOPEDICKÉM ODDĚLENÍ

PATIENT SATISFACTION IN THE ORTHOPEDIC DEPARTMENT

Soňa Skřípalová¹

Abstrakt

Předložená studie se zabývá spokojeností pacientů se zdravotní a ošetrovatelskou péčí na ortopedickém oddělení. Výzkum byl realizován formou dotazníků firmy STEM-MARK. Při analýze získaných dat u 3092 dotazníků, je zřejmé, že většina pacientů je v jednotlivých dimenzích spokojená ve více než 80 %. Méně než 80 % pacientů nebylo spokojeno v dimenzi „celkové pohodlí“, kde se menší spokojenost vyskytovala zejména v kvalitě a množství jídla (malé porce), nočním hluku, čistotě toalet a ranního buzení

Klíčová slova

vnímání, spokojenost, ošetrovatelská péče, STEM-MARK

Abstract

The presented study deals with patient satisfaction with health and nursing care in the orthopedic department. The research was carried out in the form of STEM-MARK questionnaires. When analyzing the data obtained in 3092 questionnaires, it is clear that most patients are satisfied with more 80 % in the individual dimensions. Less than 80 % of patients were dissatisfied with the “overall comfort” dimension, where less connection was found mainly in the quality and quantity of food (small portions), night noise, cleanliness of toilets and morning wake-up

Keywords

perception, satisfaction, nursing care, STEM-MARK

¹ Ortopedické oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava

ÚVOD

Spokojenost pacientů sehrává významnou roli. Péče o pacienta by měla být zaměřena hlavně na uspokojování potřeb pacientů. Pacient je aktivním účastníkem nikoli pasivním příjemcem. Měření spokojenosti pacientů je mimo jiné jedním z požadavků na akreditaci nemocnic (Morongová, 2015).

Spokojený pacient se rychleji uzdravuje, snadněji se s ním komunikuje, lépe spolupracuje při edukaci. Pokud se podíváme na spokojenost pacienta z několika úhlů, tak je zřejmé, že na spokojenosti participuje nejen pacient, ale také pojišťovna (plátce zdravotnické péče) a dále je to poskytovatel (zdravotnické zařízení). Spokojený pacient je společným zájmem státu a pojišťovny, neboť spokojený pacient opouští dříve zdravotnické zařízení – tudíž vykazuje nižší ekonomickou zátěž (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005). Pod pojmem spokojenost pacienta si můžeme představit několik atributů, které tuto spokojenost ovlivňují. Podle Exnera, Raitera a Stejskalové (2005), míra spokojenosti je výsledkem porovnání hodnotitele s tím, jak vnímá skutečnou hodnotu. Z tohoto vyplývá, že spokojenost je veličina relativní, která je výsledkem porovnání jiných dvou veličin:

Spokojenost = vnímaná hodnota – očekávání

Pokud se podíváme na výše uvedenou rovnici, je z ní zřejmé, že pokud očekávání je větší než vnímaná hodnota, nabývá spokojenost záporných hodnot. Je-li naopak očekávání nižší než hodnocení skutečného vztahu věci, nabývá spokojenost kladných hodnot. Z tohoto vysvětlení tedy vyplývá, že působením na obě veličiny – **vnímanou hodnotu a očekávání** můžeme ovlivňovat výslednou spokojenost (Seifert, 2001).

Vnímanou hodnotu můžeme zvyšovat zlepšováním kvality poskytované péče, v ošetrovatelství to znamená profesionální péče o potřeby pacienta. Jedná se zejména o potřeby fyziologické:

- potřeba dýchání (dostatek vzduchu, možnost použití kyslíku)
- potřeba spánku a odpočinku (minimalizace rušivých jevů, klidná atmosféra)
- potřeba jídla a pití (participace na výběru stravy, dostatek stravy, pomoc při výživě)
- potřeba hygienické péče (vybavení koupelen, pomoc při toaletě, dostatečný hygienický komfort, možnost hygieny několikrát za den)
- potřeba vyprazdňování (čistota sanitárního zařízení, akceptace studu pacienta)
- potřeba pohybu, činnosti a aktivity
- potřeba tepla (udržování tělesné teploty)
- jistoty a bezpečí (odstranění bolesti, nebezpečí)

potřeby psychogenní a sociogenní:

- potřeba sounáležitosti (mít pocit partnerství)
- potřeba uznání (jedná se o akceptování autonomie pacienta)
- potřeba kognitivní (dostatek informací, rozumět léčbě, ošetřování)
- potřeba estetická (zařízení pokojů; oddělení)
- potřeba seberealizace (možnost spolurozhodovat o péči, diagnostice, terapii, hospitalizaci)

Očekávání pacienta lze ovlivnit dostatečnou informovaností o možnostech poskytování péče. Vhodná a objektivní informovanost pacientů je základní složka v procesu zvyšování spokojenosti pacientů jak s ošetrovatelskou, tak se zdravotní péčí. Poskytování dostatečných informací o průběhu zdravotní a ošetrovatelské péče vede pacienta k přesnější představě o vlastním zdravotním stavu a tím k přiměřenějšímu očekávání. Očekávání pacienta by mělo být reálné s ohledem k vlastnímu zdravotnímu stavu a současným vlastním možnostem. V očekávání pacienta může sehrát ještě vedlejší roli socioekonomický statut pacienta, což může znamenat, že vzhledem ke svému vyššímu sociálnímu a ekonomickému statutu má vyšší očekávání. V tomto případě je v současné době dostupná možnost výběru nadstandardních nabídek – soukromá zdravotnická zařízení, nadstandardní pokoje. Zde potom očekávání pacienta je ovlivněno nabídkou služeb, které si pacient připlácí.

Spokojenost s ošetrovatelskou péčí je ovlivněna celkovou kvalitou zdravotní péče. Zdravotní politika státu je součástí politiky sociální. Sociální politika je v současné době neodmyslitelnou součástí moderních demokratických států. Pro systém zdravotní péče jsou důležité sociální události týkající se zejména – zdraví, nemoci a invalidity (Ivanová, 2006; Raiter, 2010).

CÍL PRÁCE

Zjistit spokojenost pacientů se zdravotní a ošetrovatelskou péčí na ortopedickém oddělení.

METODIKA

Výzkum byl realizován formou dotazníků firmy STEM-MARK s jejich souhlasem. Dotazníky obsahovaly celkem 53 otázek, z toho 3 socio-demografické znaky (pohlaví, vzdělání, věk), závěrečná otázka byla volná, kde mohli pacienti/klienti sdělit své poznatky z pobytu v nemocnici, jak kladně tak záporně. Dotazník byl distribuován pacientům den před propuštěním z hospitalizace. O vyplnění dotazníků byli požádáni klienti, kteří byli hospitalizováni tři a více dní, byli k dotazníku způsobilí a starší 15 let. Vyplněné dotazníky vhažovali pacienti do zapečetěných uren, které byly na přístupném místě na každé stanici. Během šetření za období 2018–2019 se podařilo získat 3092 validních dotazníků. Úspěšnost (návratnost) dotazování dosáhla hodnoty 72 %.

VÝSLEDKY

Sledované dimenze spokojenosti pacientů se zdravotnickou péčí byly tematicky rozdělené:

- přijetí do nemocnice
- koordinace a integrace péče
- informace, komunikace a vzdělávání
- citová opora a zmírnění strachu a úzkosti
- zapojení rodiny a přátel
- propuštění a pokračování péče

Dimenze přijetí do nemocnice

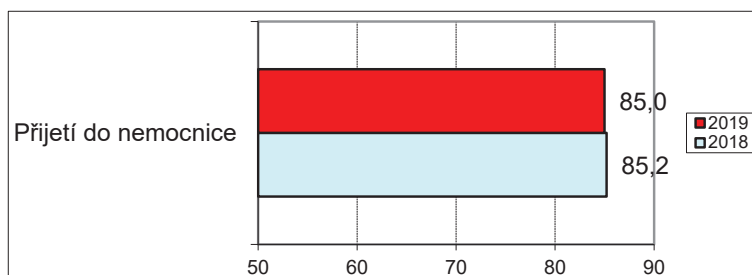
Výsledky v této dimenzi se od sebe v roce 2018, 2019 v zásadě neliší, výsledek je téměř shodný. Je pravděpodobné, že jej ovlivnil fakt, že doba čekání na přijetí je delší, než pacient očekává a jeho zdravotní stav se může zhoršit. Nemocný člověk samozřejmě nemůže pochopit skutečnost, že čekací doba na některé operace např. TEP (totální endoprotéza) kolene i kyčle je na tzv. pořadník, jelikož ekonomické nastavení i lůžková kapacita nepokryje potřebné operační výkony.

Pacienti mají nárok být rozladěni čekací dobou na operaci až tři roky.

V rámci této dimenze byly hodnoceny indikátory:

- doba čekání na přijetí do nemocnice vzhledem ke zdravotnímu stavu
- vývoj zdravotních potíží během čekání na přijetí do nemocnice
- dodržení termínu přijetí
- organizace a plynulost přijetí do nemocnice
- doba čekání na lůžko
- dostatek informací o zdravotním stavu a dalším průběhu léčby
- dojem z prvního kontaktu s nemocnicí
- organizace a plynulost přijetí do nemocnice

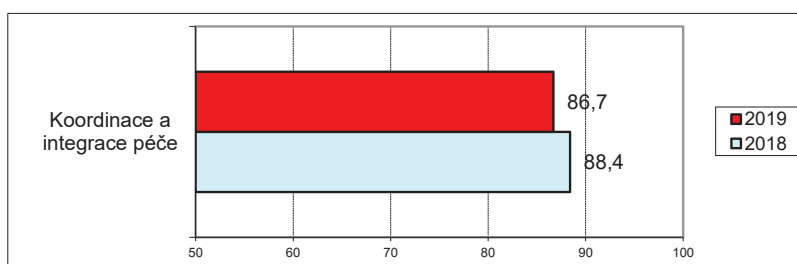
Graf 1 Spokojenost s přijetím k hospitalizaci na ortopedickém oddělení



V dimenzi spokojenost s koordinací a integrací péče na ortopedickém oddělení jsme zaznamenali nepatrné snížení. Důvod, který toho byl příčinou, mohl být v následujících indikátorech:

- dostatek soukromí během vyšetření nebo léčby
- kontinuita informací ze strany zdravotnického personálu
- změna termínu dohodnutého vyšetření či zákroku
- dosažitelnost zdravotnického personálu
- dostatek soukromí při probírání zdravotního stavu nebo léčby
- rychlostí pomoci ze strany zdravotnického personálu

Graf 2 Spokojenost s koordinací a integrací péče na ortopedickém oddělení

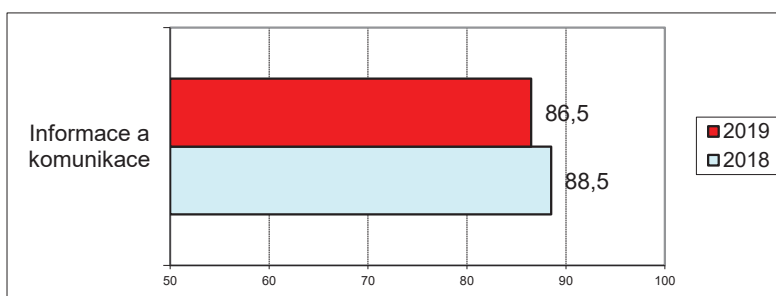


Dimenze informace a komunikace

V dimenzi informace a komunikace byly nejvíce hodnoceny indikátory spojené:

- seznámení s právy nemocného
- frekvence návštěv ošetřujícího lékaře
- frekvence hovorů s lékařem
- srozumitelnost odpovědí sester
- spokojenost s vybranými službami nemocnice (telefon, wifi, tisk, televize)
- srozumitelnost odpovědí lékaře

Graf 3 Spokojenost s informovaností a komunikací na ortopedickém oddělení

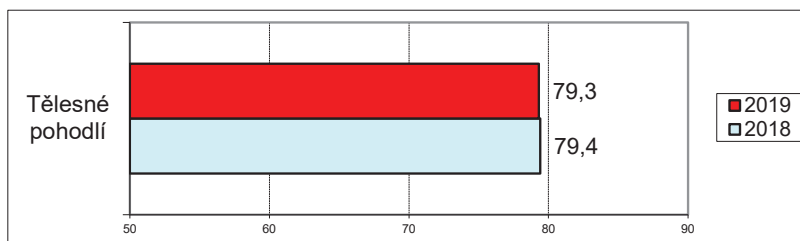


Dimenze tělesné pohodlí

Rozdíl mezi oběma lety se shoduje. Byly sledované tyto indikátory:

- pády z lůžka
- doba podávání jídla
- tišení bolesti
- čistota pokojů
- množství jídla
- teplota na pokojích
- noční hluk
- čistota toalet
- doba ranního buzení
- kvalita jídla

Graf 4 Spokojenost s projevem tělesného pohodlí na ortopedickém oddělení

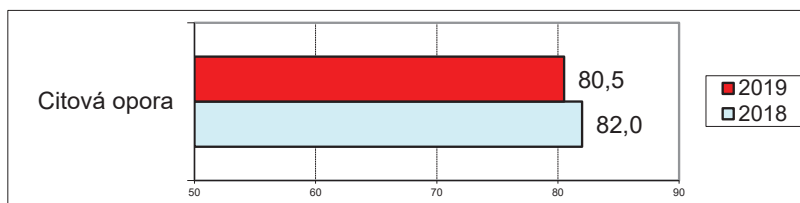


Dimenze citová opora

Zde byly sledovány tyto dimenze:

- hodnocení postoje celého personálu nemocnice
- ochota rozptýlit obavy a strach ze strany sestry
- ochota rozptýlit obavy a strach ze strany lékaře
- zajištění citových a duchovních potřeb
- vztah k ošetřujícímu lékaři z hlediska důvěry

Graf 5 Spokojenost s citovou oporou na ortopedickém oddělení

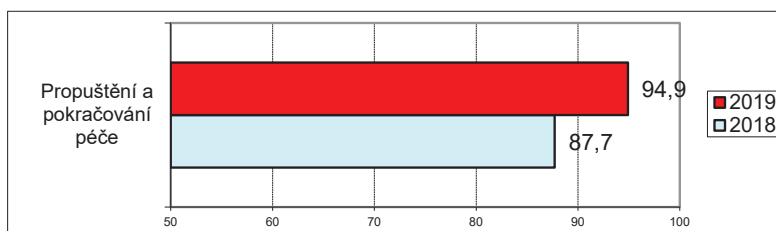


Dimenze propuštění a pokračování péče

S procedurou propouštění a s následnou péčí jsou pacienti v celkovém hodnocení velmi spokojeni. Zde byly sledovány tyto dimenze:

- informace o péči a užívání léků po propuštění z nemocnice
- informace o možných nebezpečných příznacích po propuštění z nemocnice
- průběh propuštění z nemocnice
- doporučení nemocnice rodině nebo přátelům
- nabídka pomoci při zajišťování domácí péče po propuštění z nemocnice

Graf 6 Spokojenost s propuštěním a pokračováním péče na ortopedickém oddělení



DISKUZE

Cílem výzkumu bylo zjistit spokojenost pacientů se zdravotní a ošetrovatelskou péčí na ortopedickém oddělení. Při analýze získaných dat u 3092 dotazníků, je zřejmé, že většina pacientů je v jednotlivých dimenzích spokojená ve více než 80 %. Méně než 80 % pacientů nebylo spokojeno v dimenzi „celkové pohodlí“, kde se menší spokojenost vyskytovala zejména v kvalitě a množství jídla (malé porce), nočním hluku, čistotě toalet a ranního buzení. Podobné výsledky přinesly studie Holá (2014), Chrudimská (2014), Morongová (2015).

Osobní zkušenost pacienta, může být hodnocena pouze pacientem samým. To je ukazatel, který se musí odrážet v profesionální péči zdravotnických zařízení. Oddělení ortopedie je specifické tím, že třetina pacientů jsou stálí klienti s různými ortopedickými problémy. Dojem a subjektivní pocity, které v pacientovi zanechal kontakt, je stejně důležitý, jako objektivně měřitelné výstupy profesionálních procesů. Důležitým ukazatelem je první dojem. Je žádoucí navodit příjemnou atmosféru, aby se rozptýlily obavy z cizího prostředí a překonaly nepříjemné pocity a strach. Velmi se osvědčily intimní zóny na pokojích v podobě mobilních závěsů mezi lůžky, které je možno kdykoliv použít při převazu vyšetření i v době návštěv a spánku.

ZÁVĚR

Výsledky sledování spokojenost pacientů se zdravotní a ošetrovatelskou péčí na ortopedickém oddělení jsou velmi dobré, přesto však je nutné neustále monitorovat jednotlivé části sledovaných dimenzí s cílem jejich zlepšení. Jako žádoucí se jeví stálé monitorování spokojenosti pacientů a také zkvalitnění komunikace, která je důležitou spojnicí mezi lidmi. Slovem je možné potěšit, utěšit, uklidnit, pomoci, ale i ublížit. Základním cílem péče je profesionálně léčený a spokojený pacient.

Literatura

EXNER, L., RAITER, T. a STEJSKALOVÁ, D. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing, 2005. ISBN 80-86419-73-8.

HOLÁ, J. *Vyhodnocování spokojenosti pacientů v nemocnicích Pardubického kraje* [online]. [cit. 10. 12. 2014]. Dostupné z: <http://www.upce.cz/fzs/spoluprace/projekt.html>.

CHRUDEMSKÁ, L. *Hodnocení kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení ambulantními pacienty*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií: 2014. Vedoucí práce J. HOLÁ.

IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-442-9.

MORONGOVÁ, A. *Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta: 2015. Vedoucí práce I. BRABCOVÁ.

RAITER, T. *Jak projekt měří kvalitu zdravotních služeb?* [online]. 2010. [cit. 22. 4. 2015]. Dostupné z: [http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Jak-projekt-meri-kvalitu-zdravotnich-sluzeb\[1\].html](http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Jak-projekt-meri-kvalitu-zdravotnich-sluzeb[1].html).

SEIFERT, B. *Měření spokojenosti pacientů. Programy kvality a standardy léčebných postupů. Praktická příručka pro nemocnice, polikliniky a ambulantní péči*. Praha: Verlag Dashöfer, 2001.

Kontakt

Mgr. Soňa Skřípalová
Fakultní nemocnice Ostrava, Ortopedické oddělení
17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba, Česká republika
sona.skripalova@fno.cz

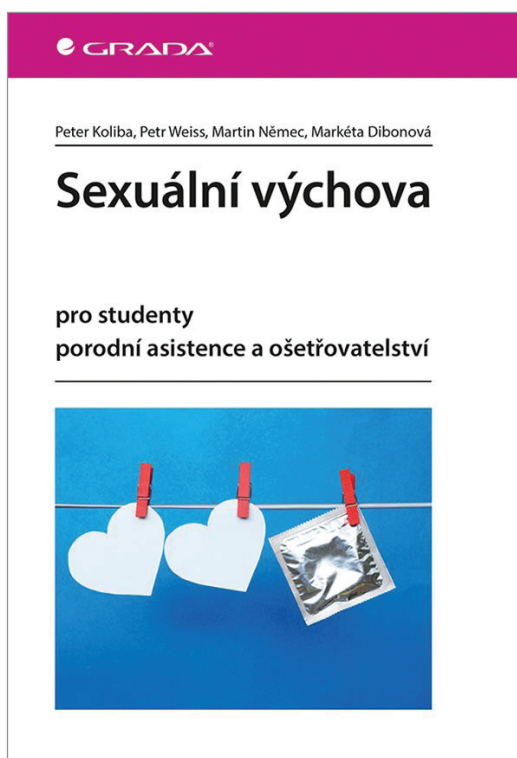
RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ

RECENZE KNIHY SEXUÁLNÍ VÝCHOVA PRO STUDENTY PORODNÍ ASISTENCE A OŠETŘOVATELSTVÍ

Autoři: Peter Koliba, Petr Weiss, Martin Němec, Markéta Dibonová

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

Předložená publikace *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetřovatelství* podává ucelený souhrn a přehled aktuálních informací z oblasti sexuální výchovy. Cílem publikace je poskytnout čtenáři poznatky z oblasti sexuální výchovy. Kniha se skládá z celkem 23 nosných kapitol. První část publikace v sobě zahrnuje informace, poznatky o sexuální výchově, o ženské a mužské sexualitě a o sexuálním chování v jednotlivých věkových obdobích. Další část publikace je věnována mužské a ženské antikoncepci, sterilizaci a ženské interrupci, včetně její historie, legislativy, indikací a komplikací tohoto výkonu. Svůj prostor zde má také kapitola sexuální přenosné nemoci, která v sobě pojímá ve zkrácené formě vše od prevence a ochrany, přes rozdělení pohlavně přenosných chorob až po jejich komplikace a následky. Poslední část publikace se zabývá specifickými sexuálními poruchami – sexuální dysfunkce, sexuální deviace, sexuální delikvence, poruchy sexuální orientace. Publikace se dotýká problematiky právních aspektů a sexuality osob se zdravotním postižením. Kladně hodnotím kapitolu význam sexuální výchovy pro porodní asistentky v komunitní péči, neboť porodní asistentka pracuje s ženami a dívkami různého věku a působí ve zdravotně výchovné oblasti. Tato oblast v sobě zahrnuje mimo jiné pohlavní výchovu, výchovu k rodičovství a reprodukční zdraví. Proto je velmi důležitá participace porodní asistentky právě ve zmíněné



oblasti. Publikace je určena především pro studenty oborů ošetrovatelství a porodní asistence, ale doporučuji ji také porodním asistentkám pracujícím v komunitní péči, studentům jiných nelékařských zdravotnických oborů, široké veřejnosti i pro cílené samostudium.

Kontakt

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

RECENZE KNIHY POLOHOVÁNÍ V PÉČI O NEMOCNÉ

Autor: Uwe Wagner

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

Proleženiny, kontraktury, poškození kloubů, bolest aj. mohou vzniknout nejen v průběhu hospitalizace, ale i v domácím prostředí. Prevence je několikanásobně levnější než léčba. Podle Německého národního odborného standardu pro profylaxi dekubitů by každý zdravotník měl zvládnout techniky pohybu, polohování a transferu šetrné k pokožce a tkáním. Je tomu tak i u laické veřejnosti a pomáhajících profesí? Pokud ne, doporučuji k nastudování právě tuto knihu.

Zájemci v knize naleznou základní polohovací pravidla v prevenci dekubitů a u imobilizačního syndromu, ale také dva nejznámější koncepty – kinestetický koncept a Bobathové koncept. Zejména díky využití konceptu kinestetiky mohou zdravotníci manipulovat s pacienty a polohovat je tak, aniž by je zvedali a nosili a sami se poškodili při zvedání těžkého břemene. Využívání různých přístupů, konceptů a pomůcek týkajících se zachování a podpory mobility, vhodného polohování, přesunu pacienta aj. může pomoci k dočasnému odlehčení tlaku jednotlivých částí těla, ke zmírnění bolesti, zabránění poškození kloubů, vzniku kontraktur a křečí, tedy k prevenci komplikací zejména u dlouhodobě ležících nemocných.

Knihu vřele doporučuji nejen zdravotníkům, ale i laikům, kteří chtějí přistupovat k polohování pacienta aktivně. Kromě odborných znalostí jsou v knize zúročeny zkušenosti z třicetileté praxe autora v ošetrovatelské péči, kniha je doplněna obrazovými přílohami a fotografiemi. Díky tomu

GRADA

Uwe Wagner

Polohování v péči o nemocné

Překlad 2. vydání



	RECENZE KNIHY POLOHOVÁNÍ V PÉČI O NEMOCNÉ	PAVLA KUDLOVÁ	105
--	---	---------------	-----

je kniha velmi názorná, srozumitelná a prakticky využitelná. Publikace tohoto zaměření je na trhu odborné literatury v České republice velmi žádoucí.

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

RECENZE KNIHY PERIOPERAČNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S NÁDOROVÝM OCHORENÍM HRUBÉHO ČREVA

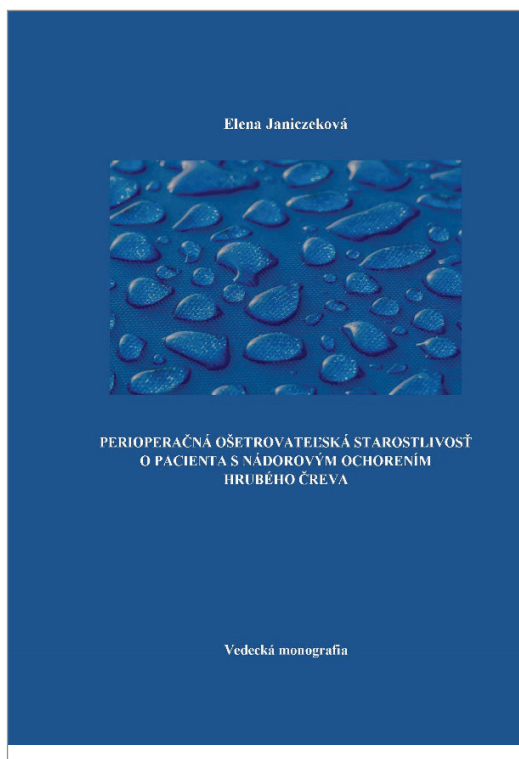
Autor: PhDr. Elena Janiczeková, PhD.

Banská Bystrica: DALI-BB, s.r.o., 1. vydanie, 2019, 108 strán, ISBN 978-80-8141-219-6

Predložená monografia predstavuje ucelený kompaktný materiál zameraný na postavenie a pôsobenie sestry v perioperačnej starostlivosti o pacienta s nádorovým ochorením hrubého čreva. Problematika ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v perioperačnom období je spracovávaná opakovane, avšak autorka zamerala svoju pozornosť na nezastupiteľnú úlohu sestry v najdôležitejšej fáze prípravy pacienta pred náročnou operáciou hrubého čreva. Mechanická príprava hrubého čreva na operáciu je z celej prípravy pacienta tou najdôležitejšou fázou. Mechanické čistenie čreva sa síce rutinne využíva, ale údaje ktoré by jednoznačne podporovali efektivitu tohto princípu prípravy neexistujú. Podľa odborníkov riziko vzniku pooperačných komplikácií typu ranových infekcií a intraabdominálnej sepsy, priamo ovplyvňuje kvalita mechanickej prípravy hrubého čreva.

Autorka vo výskumnej časti monografie, výsledky ktorého ponúka, nielen overuje efektivitu a prijateľnosť klasického štandardu prípravy hrubého čreva pred operáciou, ale predkladá a overuje nový spôsob protokolu prípravy pacienta, ktorý je podľa výsledkov nielen efektívnejší z pohľadu hodnotenia chirurgom, ale aj pozitívnejšie hodnotený samotnými pacientmi.

Štruktúra vedeckej monografie vychádza z vyššie uvedených skutočností a skladá sa zo štyroch logicky na seba nadväzujúcich kapitol. Prvé tri podávajú prehľad o súčasnom



stave problematiky nádorových ochorení hrubého čreva u nás i v zahraničí o terapii a perioperačnej starostlivosti o pacienta s operáciou hrubého čreva.

Ťažiskovou kapitolou je štvrtá kapitola, ktorá prezentuje výsledky realizovaného výskumu. V metodike realizovaného výskumu sú vhodne využité štatistické metódy, ktoré sú použité správne. V diskusii k výskumu autorka pre porovnanie dosiahnutých výsledkov využíva množstvo výsledkov a zistení iných autorov, našich i zahraničných, dostupných v rôznych databázach, čo je pre publikáciu tohto charakteru obzvlášť cenené. Avšak dôležitým prínosom vedeckej monografie je hlavne jej zrozumiteľnosť, logickosť, harmonickosť a odborný vklad.

Autorka úspešne vykonala syntézu vlastných a prevzatých poznatkov s primeranou citáciou prevzatých prác. Rozsah monografie je primeraný pričom sa využívajú najnovšie možné údaje získané aj zo zahraničných zdrojov čo ako recenzentka oceňujem.

Publikácia je napísaná v profesionálnom štýle a je spracovaná v zmysle platných noriem pre publikačnú činnosť.

Monografia predstavuje nový pohľad na perioperačnú starostlivosť o pacienta s operáciou hrubého čreva a dopĺňa tak mozaiku komplexnosti uvedenej problematiky. Monografia môže byť prínosom pre podporu pedagogického procesu, ale predovšetkým pre samotnú prax.

Kontakt

doc. PhDr. Mária Šupínová, PhD.

Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, SZU v Bratislave

Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica, Slovenská republika

maria.supinova@szu.sk

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

DEMENCE: NEFARMAKOLOGICKÉ AKTIVIZAČNÍ POSTUPY

Terézia Fertaľová, Iveta Ondriová

Praha: Grada Publishing, 2020, 1. vydání, 128 stran, ISBN 978-80-271-2479-4

Počet lidí s diagnostikovanou demencí, včetně Alzheimerovy nemoci, se každý rok zvyšuje a rostou také náklady vynaložené na její léčbu. Proto se autorky zaměřily kromě prevence i na finančně méně náročnou nefarmakologickou léčbu.

Vědci vždy předpokládali, že kromě farmakoterapie je užitečná aktivizace, vlivnost, úprava prostředí a další postupy, se kterými má zkušenosti zejména nelékařský ošetřující personál. Tyto postupy byly považovány dlouhou dobu za účelné a užitečné, ne však příliš podnětné. Nefarmakologických přístupů je několik.

Terapeut si vybírá ze spektra možností, přičemž bere v úvahu věk pacienta, stadium onemocnění, pohlaví, proto je nezbytné zdůraznit individuální přístup. Mezi základní nefarmakologické postupy patří dietoterapie, psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie. Dokud nebude dostupný lék na odstranění příčiny onemocnění, jsme odkázáni na dosavadní léčebné postupy, jejichž součástí je farmakologická a nefarmakologická léčba.



OŠETŘOVATELSTVÍ V INTENZIVNÍ PÉČI

Gabriela Kapounová

Praha: Grada Publishing, 2020, 2., aktualizované a doplněné vydání, 404 stran, ISBN 978-80-271-0130-6

Kniha je zdrojem cenných informací i pro studenty a vyučující v oborech všeobecná sestra, sestra v intenzivní péči, zdravotnický asistent a praktická sestra. Publikace je určena všem sestrám, které pracují v prostředí intenzivní péče, i těm, které se starají o akutně nemocné pacienty na ostatních ošetřovatelských jednotkách.

Kromě úvodních kapitol, které popisují péči o pacienta při příjmu na oddělení intenzivní péče, překlady na jiné oddělení či propuštění do domácího ošetřování, autorka popisuje především základy a specifika intenzivní ošetřovatelské péče o pacienty podle jednotlivých tělních systémů. Zabývá se rovněž specializovanými ošetřovatelskými postupy při invazivním i neinvazivním monitoringu, intravenózním podávání léků, zajištění dýchacích cest, parenterálním podáváním výživy a dalších činnostech. Autorka při psaní knihy vychází ze svých zkušeností na pracovišti ARO i ze studia české a zahraniční literatury.



PÉČE O SENIORY V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

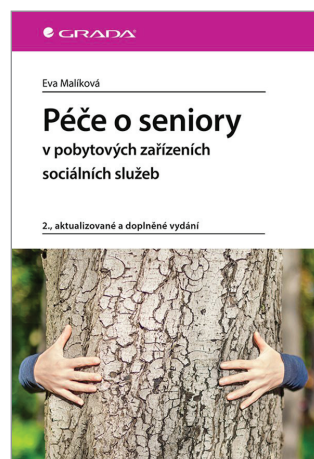
Eva Malíková

Praha: Grada Publishing, 2020, 2., aktualizované a doplněné vydání, 304 stran, ISBN 978-80-271-2030-7

Aktualizovaná publikace poskytuje ucelený pohled na problematiku péče o uživatele služeb – seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb, odpovídající současnému stavu. Seznamuje čtenáře s nejčastějšími typickými a problémovými situacemi, které zde vznikají, a doporučuje jejich řešení. V knize je zahrnuta i kapitola zabývající se oblastí managementu a jeho vlivu na kvalitu poskytovaných služeb. Jedinečnost publikace spočívá především v prvním globálním pojetí celé rozsáhlé problematiky.

Kniha je určena jako odborná příručka pro nelékařské zdravotnické pracovníky a sociální pracovníky a pracovníky managementu v pobytových sociálních zařízeních. Klade si za cíl sloužit jako průvodce a rádce všem uvedeným pracovníkům v náročných situacích, doplňuje jejich již získané vědomosti a prohlubuje pochopení souvislostí v sociální gerontologii.

Může být prospěšná například i pracovníkům v sociálních službách nebo příbuzným seniorů a zejména také studentům nelékařských zdravotnických a sociálních oborů.



TECHNOLOGICKÉ POKROKY V MEDICÍNĚ: V ETICKÝCH A PSYCHOLOGICKÝCH SOUVISLOSTECH

Petr Bartůněk, Radek Ptáček – editoři

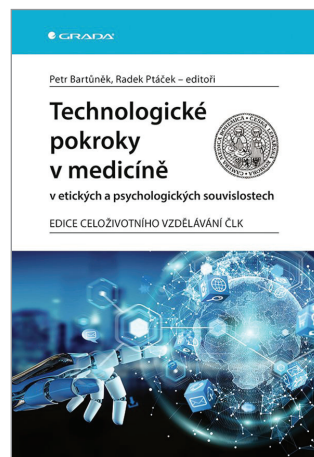
Praha: Grada Publishing, 2020, 1. vydání, 152 stran, ISBN 978-80-271-1322-4

Kniha se zaměřuje na etické a psychologické aspekty nejnovějších pokroků v oblasti transplantací, umělých náhrad, robotických postupů nebo využití umělé inteligence.

V první části jsou podrobně probrány v nejširších souvislostech transplantace krevetvorných buněk a různých orgánů, včetně srdce, střeva a dělohy. V této oblasti se medicína rozvíjí mimořádně rychle, a přináší tak celou řadu etických, ale i psychologických problémů.

Druhá část je věnována etickým otázkám medicíny v informační a technologické době. Jde o souvislosti fascinujících možností bioinformatických přístupů, vzbuzujících obdiv, ale současně i obavy především z hlediska technologicko-etických souvislostí nastolených propojením lidského mozku s počítači a internetem.

Do publikace opět přispěli naši přední odborníci z mnoha medicínských i nemedicínských oborů.



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 příspěvateľům (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 r ozvedením zkratky neúměrně prodloužil.

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

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

² Chirurgická klinika, Nemocnice Horní

Příspěvky výzkumného charakteru

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

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

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

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

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

Cíl práce: cíl práce, organizace výzkumu.

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

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

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

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

Poděkování: dedikace projektu, grantu.

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

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

Příspěvky přehledového a teoretického charakteru

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

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

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

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

Recenze aktuálních publikací

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

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

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

Rozsah: max. 9 000 znaků.

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

Formální požadavky rukopisu:

Rukopis zasílejte v textovém editoru MS Word.

Font písma: Times New Roman.

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

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

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

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

Odkazování na zdroje: na zdroje průběžně odkazujte v textu, nevyužívejte poznámky pod čarou, podoba odkazu v textu (autor, rok vydání, příp. strana u přímých 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 stručně a výstižně pojmenovány, tabulka je rozměrově přizpůsobena formátu časopisu B 5.

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

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

Název grafu je uveden pod grafem.

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

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

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

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

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

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

