

OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

IV. | 2021

1



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

**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ



OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

2021



NURSING PERSPECTIVES

2021

Silesian University in Opava
Faculty of Public Policies in Opava

Ošetrovateľské perspektivy

2021, roč. 4, č. 1

Vedení redakce

Yveta VRUBLOVÁ (Opava) – šéfredaktorka
Jana HALUZÍKOVÁ (Opava) – zástupkyně šéfredaktorky
Daniela NEDVĚDOVÁ (Opava) – výkonná redaktorka
Zdeňka ŘÍMOVSKÁ – výkonná redaktorka
Jana TAMFALOVÁ (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), Helena KISVETROVÁ (Olomouc), 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, 2021

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

ASPEKTY POSKYTOVÁNÍ TRANSKULTURNÍ PÉČE PORODNÍ ASISTENTKOU
Lucie Hromková 13

MYŠLIENKOVÁ MAPA AKO KREATÍVNA ONLINE VÝUČBOVÁ STRATÉGIA
V OŠETROVATEĽSKOM VZDELÁVANÍ
Gabriela Štefková, Mária Zamboriová 27

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CHRONICKOU FIBRILACÍ SÍNÍ
Nikola Muchová, David Korpas 43

VEDENÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE JAKO SOUČÁST PREVENCE INFEKČÍ
MOČOVÝCH CEST SOUVISEJÍCÍCH S KATETRIZACÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE
Jitka Krocová, Radka Prokešová 53

DETERMINANTY SYNDRÓMU DIABETICKEJ NOHY
Mária Šupínová, Elena Janiczeková, Júlia Jankovičová 71

KVALITA ŽIVOTA U NEMOCNÝCH S CHRONICKOU PANKREATITIDOU
Zorková Lenka, Haluzíková Jana 83

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

SPECIFIKA POOPERAČNÍ PÉČE U PACIENTŮ PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY
Hana Heiderová, Zdeňka Římovská, Jana Žídková 97

RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ

RECENZE KNIHY OPERAČNÍ POLOHY
Gabriela Světnická 109

RECENZE KNIHY INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V GYNEKOLOGII
A PORODNICTVÍ

Daniela Nedvědová

111

KNIŽNÍ NOVINKY

BIOFYZIKA PRO ZDRAVOTNICKÉ A BIOMEDICÍNSKÉ OBORY

115

MEDICÍNA ZALOŽENÁ NA DŮKAZU A KLINICKÁ EPIDEMIOLOGIE

115

DĚTSKÁ NEUROCHIRURGIE

116

AKUTNÍ KARDIOLOGIE

116

POKYNY PRO AUTORY

117

Milé kolegyně, vážení kolegové,

je mi ctí oslovit Vás u příležitosti významného dne 12. května 2021, kdy celý svět slaví Mezinárodní den sester na počest narození Florence Nightingale, zakladatelky a průkopnice moderního ošetrovatelství.

Rok 2020 a rok 2021 byl pro sestry, studenty zdravotnických oborů, pedagogy, dobrovolníky, ale i pro veřejnost v mnohém jiný než předešlá léta. Přinesl nám, sestrám, významné 200. výročí narození vizionářky **Florence Nightingale**, 120. výročí založení **Mezinárodní rady sester (The International Council of Nurses, ICN)**, **kampaň NURSING NOW**, ale na straně druhé celosvětovou pandemii související s infekčním onemocněním COVID-19.

Tyto mimořádné události, více než kdy jindy, veřejnosti reálně přiblížily každodenní práci sester a ukázaly na jedinečnou roli ošetrovatelství, a zdůraznily důležitost a potřebnost sester.

Provázíte nás celým naším životem od narození až po poslední vydechnutí, jste u těch nejvzácnějších i nejtragičtějších našich životních okamžiků jako je naděje, radost, bolest, utrpení, život a smrt.

Pandemie při svých hrozbách i důsledcích v souvislosti s onemocněním COVID-19 pomohla nahlédnout do nejpočetnější zdravotnické profese a ukázala na váš výjimečný přínos, erudici, rozhodnost, obětavost, nasazení, potřebný úsudek a nezastupitelné místo v péči o udržení, podporu a navrácení zdraví.

Ačkoliv byly plánovány různé aktivity na podporu a zviditelnění práce sester, pandemie COVID-19 sama ve svém důsledku poukázala na jedinečnou a nezastupitelnou roli sester. Troufám si říct, že pandemie vedle svého mimořádně negativního účinku přinesla i cosi pozitivního, a to celospolečenskou pozornost k významu ošetrovatelství a ošetrovatelských profesí. Pozornost se upnula především na zdravotnické pracovníky. Je však důležité, aby tato pozornost nadále vytrvala. Politici, odpovědní činitelé a veřejnost vzdali hold ošetrovatelské profesi, ale je nutné, aby pomohli prosadit systémové změny, po kterých již mnoho let voláme.

Chtěla bych vás ubezpečit, že vím, jak nesmírně náročná je práce sester, jakož i ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků. Jsem rozhodnuta učinit maximum pro zlepšování vašich pracovních podmínek. V těchto dnech bude vydána mým pracovištěm vyhotovená nová Koncepce ošetrovatelství, která udává postupy směřující k zajištění poskytování efektivní ošetrovatelské péče a k posílení postavení sester ve společnosti do roku 2030.



Na podzim minulého roku byly zveřejněny i první Národní ošetrovatelské postupy. Budu nadále prosazovat systémová opatření ke zlepšení vašich pracovních a sociálních podmínek.

Dovolte mi, poděkovat Vám za skvěle a profesionálně odváděnou práci, zodpovědný přístup a velké pracovní nasazení. Vaší obětavé práce si velmi vážím a jsem si plně vědoma, že úspěch stojí právě na vás.

Naše sestry, studenti oboru ošetrovatelství, pedagogové, ale i dobrovolníci jsou celou společností vnímáni jako hrdinové, kteří v těžké zkoušce uspěli a zcela beze zbytku v tomto období svým jednáním a konáním naplnili a naplňují svůj slib v péči o nemocné. V psychicky náročném období pro pacienty jste ukázali sílu role sestry v poskytování péče v její každodenní práci, když pacientům nabízíte podporu a důstojnost.

Výrazem úcty k vaší práci je i ocenění od Nadace Charty 77, která udělila Cenu Františka Kriegla za občanskou statečnost v letech 2020–2021 symbolicky všem sestrám.

Florence Nightingale by byla jistě pyšná a hrdá na statečnost svých následovnic a nově i následovníků, kteří s nasazením vlastního života a zdraví a zdraví svých rodin, poskytují za těchto mimořádně ztížených podmínek zdravotní péči v rámci zdravotnických záchranných služeb, v lůžkových zařízeních poskytovatelů zdravotních, či sociálních služeb, v ambulancích, při návštěvní službě v domácím prostředí pacientů, neboť vy všichni jste v této těžké zkoušce, pod obrovským tlakem, obstáli a vydrželi. Díky vaší obětavosti a pracovnímu nasazení se vám podařilo zachránit nespočet lidských životů.

Za to vám všem patří naše úcta a velké poděkování a ocenění.

V úctě

Mgr. Alice Strnadová, MBA. – MZČR
ředitelka odboru ONP, hlavní sestra ČR
Ministerstvo zdravotnictví
Palackého náměstí 375/4
128 01 Praha 2

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

ASPEKTY POSKYTOVÁNÍ TRANSKULTURNÍ PÉČE PORODNÍ ASISTENTKOU

ASPECTS OF TRANSCULTURAL CARE IN MIDWIFERY

Lucie Hromková¹

Abstrakt

Východiska: Globalizace dospěla do bodu, kdy je interakce s lidmi z odlišného sociokulturního prostředí nedílnou součástí běžného života nás všech. Narůstající počet migrujících obyvatel napříč světem je znatelný i na poli zdravotnictví. V praxi porodní asistentky je dnes již běžná péče o ženy s migrační zkušeností. Jmenované skutečnosti pro potřeby teorie i praxe pokrývají koncepty transkulturního ošetrovatelství. Péče porodní asistentky by měla být založena na individualizovaném partnerském vztahu s ošetřovanou ženou, který umožní uzpůsobení intervencí dle aktuálních potřeb.

Cíl: Cílem publikace je nalézt a propojit teoretické aspekty a specifika praxe porodní asistentky, které mohou být stěžejní při poskytování ošetrovatelské péče o ženu pocházející z odlišného sociokulturního prostředí.

Metoda: Přehledový článek je teoretickou rešerší založenou na studiu a analýze dostupných odborných publikací v tištěné a elektronické podobě. Informace byly čerpány z celkového počtu 24 tuzemských i zahraničních referenčních zdrojů, které jsou uvedeny v sekci Literatura na konci příspěvku.

Výsledky: Vybrané aspekty spojené s poskytováním transkulturní péče byly teoreticky propojeny a aplikovány do oblasti porodnického ošetrovatelství. Literární rešerše poskytla vhled do v češtině doposud nepublikované koncepce Modelu partnerské spoluúčasti, který se jeví jako efektivní nástroj pro identifikaci individuálních zvláštností s benefitem zaměřením na kulturní odlišnosti ošetřované ženy.

Závěr: Předložené informace mapují teoretické souvislosti nejvýznamnějších aspektů transkulturní péče v praxi porodní asistentky. K požadavkům na tuto péči patří kromě znalosti existujících koncepčních modelů i znalost a umění interkulturní komunikace či uvědomění si významu otázek spojených s konfesí. Jak komunikace, tak víra jsou totiž bezprostředně spjaté s kulturní či etnickou identitou každé ošetřované ženy a jsou vždy zcela individuální. Pro pochopení současného stavu dané problematiky je k vybraným kapitolám připojen i krátký historický exkurs.

¹ Katedra sociální a kulturní antropologie, Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova v Praze

Klíčová slova

multikulturní, transkulturní, ošetrovatelství, porodní asistence, partnerství

Abstract

Background: Globalization has reached a point where interaction with people from different sociocultural backgrounds is an integral part of everyday life for all of us. The growing number of migrants is noticeable in the field of health care around the world. Care of women with migratory experience is now common in midwife practice. Those mentioned facts covers concepts of transcultural nursing and the needs of theory and practice. The midwife care should be based on an individualized partnership with a woman, which will allow interventions to be adapted to current unique needs.

Aim: The aim of this article is to find and connect theoretical aspects and specifics of midwife practice, which can be crucial in providing nursing care for a woman with different sociocultural background.

Methods: The review article is a theoretical research based on a study and analysis of available professional publications in printed and electronic form. Those information was drawn from the total number of 24 domestic and foreign reference sources, which are listed in the Literature section at the end of the article.

Results: Selected theoretical aspects associated with the transcultural nursing care were connected and applied in the field of midwifery. The research strategy based on literature sources provided focus on the Partnership model concept which was unpublished in Czech translation until now. These concept seems to be an effective tool for identifying individual peculiarities with the benefit of focusing on the cultural differences of the each woman's unique needs.

Conclusion: The presented information trace information trace theoretical context of the most important aspects of transcultural care in midwifery. In addition to knowledge of existing conceptual model tools, the requirements for this care include also intercultural communication skills or awareness of the importance of issues related to confession. Both communication and faith are directly connected with the cultural or ethnic identity of each woman and are always completely individual. To understand the current state of the issue, a short historical excursion is attached to selected chapters.

Keywords

multikultural, transcultural, nursing, midwifery, partnership

ÚVOD

Stoupající tendence migrační aktivity napříč světem zapříčinila fakt, že se zdravotnický personál ve své praxi čím dál častěji setkává i s pacienty z rozdílného sociokulturního prostředí. Transkulturní ošetřovatelství, jakožto jeden z nejmladších oborů současné ošetřovatelské teorie i praxe, vznikl právě jako odezva na všeobecně vzrůstající migrační trendy. Lidé nejen, že proudí všemi směry, ale usazují se na nových místech k životu, na nichž nacházejí své zázemí a přivádějí na svět potomky. I v porodnické praxi se tak lze setkat se ženami – cizinkami, u nichž vzniká požadavek na efektivní poskytování tzv. kulturně kompetentní péče. Do české teorie i praxe porodních asistentek jsou často přejímány obecné ošetřovatelské poznatky primárně vytvořené pro potřeby všeobecných sester a dále již nedochází k jejich uzpůsobování pro specifické nároky porodnické péče. Toto se týká i modelů ošetřovatelské péče, potažmo modelů transkulturní ošetřovatelské péče, kdy doposud české porodní asistentky nepracují s praktickými nástroji primárně vytvořenými pro potřeby porodnictví. Pro ukotvení teoretické stati byl proto přeložen jeden ze zahraničních konceptů porodnické péče, který by mohl být pro praxi českých porodních asistentek přinejmenším inspirací.

Minulost a současnost transkulturního ošetřovatelství

S nadsázkou lze za první transkulturní zdravotní sestru považovat Florenc Nightingale, která v 19. století sepsala zprávu o zdraví australských Aboridžinců (Morse, 1989). Nightingale pro tuto ne příliš rozsáhlou publikaci sbírala materiály tzv. z druhé ruky, především od misionářů, kteří cestovali až do daleké Austrálie (Barber, 1999). Oficiálně je však za zakladatelku konceptu transkulturního ošetřovatelství považována Američanka Madeleine M. Leininger (1925–2012), původní profesí zdravotní sestra, později emeritní profesorka michiganské univerzity, navíc průběžně přednášející na více než devadesáti dalších univerzitách. Za klíčové dílo Leininger je považována kniha *„Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend“* vydaná v roce 1970. Autorka v této publikaci reflektuje vazby a společné zaměření antropologie a ošetřovatelství s tím, že oba obory podporují holistické chápání člověka a mají shodné jak filosofické, tak teoretické zájmy. Klade si zde otázku, proč doposud žádný z těchto oborů neprojevil zájem o ten druhý a proč tyto obory vzájemně nesdílí své teoretické poznatky a praktické zkušenosti. Porozumění kulturním faktorům souvisejících s péčí o pacienta je pojmenováno jako nová dimenze ošetřovatelství. Leininger tvrdila, že člověk, jakožto kulturní a sociální bytost, má mnoho potřeb, které jsou obvykle naplňovány prostřednictvím kulturních norem za současné sociální interakce s ostatními. Zajímavé zamyšlení v knize se pak týká vzájemné odtažitosti odborníků z obou oborů, které Leininger komentovala s konstatováním, že pro mnoho sester je antropologie vágním a irrelevantním oborem, a pro mnoho antropologů jsou sestry zaneprázdněnými zaměstnanci s nedostatkem času na intelektuální a výzkumné zájmy. Autorka touto knihou tedy apelovala na propojení a „mísení“ obou oborů a dala tak vzniknout nové disciplíně, transkulturnímu ošetřovatelství, jehož východiska se postupně rozšířila do celého světa (Leininger, 1970). Transkulturní ošetřovatelství

je dnes definováno jako formální oblast studia a praxe zaměřená na porovnávání rozdílů (diverzitu) a podobností (univerzalitu) týkajících se péče o člověka s ohledem na jeho víru, hodnoty a kulturní vzorce s cílem poskytovat kulturně kongruentní, smysluplnou a prospěšnou ošetrovatelskou péči. Leininger pro praxi definovala komplexní *Teorii kulturně diverzifikované a univerzální péče*, která je spolu s *Modelem vycházejícího slunce* považována za teoretickou základnu oboru. Součástí modelu je i rozpoznání a pochopení rozdílů mezi profesionálními a lidovými praktikami péče. Lidová péče je podle Leininger kulturně podmíněná, ve společnosti přenášena z generace na generaci v podobě laických znalostí i dovedností. Oproti tomu oficiální péče představuje soubor profesionálních poznatků a dovedností, kterým se zdravotníci naučili v průběhu svého formálního vzdělávání. Leininger apelovala na sestry, aby se snažily důkladně definovat jak rozdílné, tak shodné prvky obou systémů péče a snažily se je v praxi aplikovat smysluplně v zájmu zdraví pacienta a zároveň v souladu s možnostmi daného zdravotnického zařízení (Leininger et McFarland, 2002).

V současnosti probíhající diskuze nad užíváním spojení „multikulturní ošetrovatelství“ versus „transkulturní ošetrovatelství“ je aktuální spíše v našich končinách. Tyto pojmy navíc poměrně často splývají. V západních zemích je zvykem jednohlasně užívat pojem „*transcultural nursing*“, čili „*transkulturní ošetrovatelství*“. Pokud na multikulturalismus pohlížíme jako na požadavek rovnosti pro všechny kulturní, etnické a národnostní skupiny, přičemž tyto skupiny vnímáme jako svébytně existující a střežící si „své vlastní“, je pro potřeby ošetrovatelství vhodnější přijmout koncept transkulturalismu. Ten dle Ivanové et al. (2005) staví do centra pozornosti obousměrnou interakci minoritních a majoritních skupin společnosti. Dochází k narušení pomyslných hranic jednotlivých kultur stojících z pohledu multikulturalismu nečině vedle sebe. Takto není vyloučena dynamika proměny, vzájemný přenos informací a vzájemné ovlivňování se. Zdravotník a pacient z odlišného sociokulturního prostředí tak nestojí pomyslně vedle sebe, ale naopak dochází ke vzájemnému prolínání jejich sociokulturních světů.

Ošetrovatelská péče v porodnictví

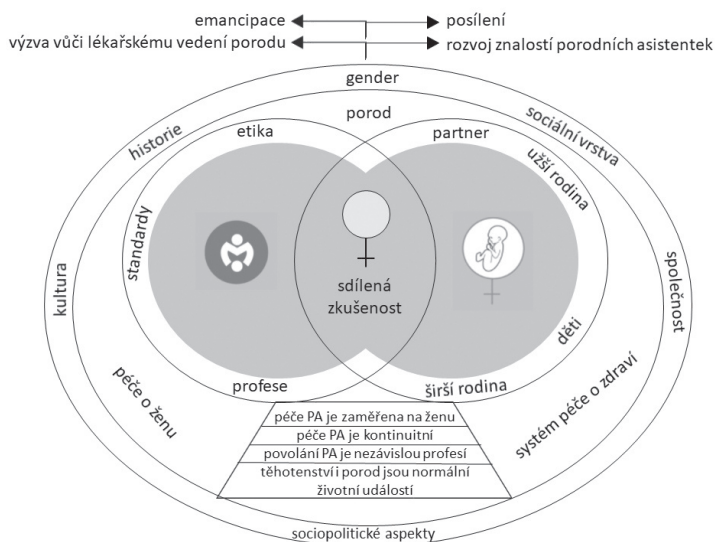
Primárními poskytovatelkami péče o těhotnou, rodící a porodivší ženu jsou v České republice nejen lékaři, ale i porodní asistentky. A právě kompetence porodních asistentek tak, jak jsou vymezené Ministerstvem zdravotnictví ČR, doslova zahrnují „*ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu*“ (MZČR, 2019). Počátky vzniku novodobého pojetí ošetrovatelské péče v porodnictví jsou rovněž spjaté s osobností Florence Nightingale. Ta se zarputilostí bojovala za zlepšení podmínek v tehdejších porodnicích a prosazovala důkladné vzdělávání porodních asistentek v Anglii. Veřejně kritizovala podmínky lůžkových zařízení s tím, že ženy porodivší v domácím prostředí vykazovaly nižší míru mortality než ženy, které po porodu v lůžkovém zařízení často podlehly puerperální sepsi v důsledku nedostatečných hygienických podmínek. Otevřeně se vyhranila i vůči nevhodnému rozmístění jednotlivých oddělení, kdy považovala za tristní např. umístění porodního pokoje vedle márnice. Vyzývala ženy, aby se staly soběstačné v oblasti porodní asistence a navrhla konkrétní požadavky na vzdělání porodních asistentek.

K těmto požadavkům patřily teoretické znalosti z oblasti anatomie, fyziologie, patologie a praktické zkušenosti z provozu lůžkového zařízení či azylového domu pro chudobné rodičky. Vytvořila jak architektonické návrhy porodnic, tak i návrhy na zřízení oddělení pro těhotné a šestinedělky či formulář ošetrovatelské anamnézy pro příjem rodiček (McDonald, 2005). Při příležitosti nedávného 200. výročí od narození Florence Nightingale pojmenovala Světová zdravotnická organizace rok 2020 jako „Rok sestry a porodní asistentky“ (WHO, 2020). Je to právě porodní asistentka, kdo se ženou tráví nejvíce času, kdo hraje hlavní roli při saturaci potřeb ženy a kdo holisticky pečuje o pohodu ženy, ať už během těhotenství, porodu či šestinedělí. Navzdory tomu, že je porodní asistentka plně kompetentní ke kompletnímu vedení prenatální péče a porodu (obě v případě fyziologické gravidity), není v ČR stále plošně zažitý alternativní styl péče bez lékařského sledování a intervencí. Z poslední publikované zprávy Rodička a novorozenec (ÚZIS, 2017) vyplývá, že v letech 2014–2015 vedli v českých porodnicích cca 80 % všech porodů lékaři a jen necelých 20 % porodní asistentky. Je tomu již nějakou dobu, co Davis-Floyd (2003) otevřeně formulovala myšlenky kritizující lékařský model institucionálního porodu, který označila jako „technokratický“ s metaforickým přirovnáním těla ženy k poruchovému stroji, který je zvláště v průběhu těhotenství a porodu vystaven zvýšenému riziku poškození, přičemž je třeba držet nad ním permanentní kontrolu. Podobnou kritiku lze odvodit z tezí Freidsona (2001), který se zabýval tzv. medicinalizací lidské společnosti, kterážto dle autora souvisí s „lékařským imperialismem“ a faktem, že se v dnešní době obracíme a spoléháme na lékaře v situacích, jež jsou pro nás naprosto přirozenými, tedy i během těhotenství a porodu. V posledních letech obecně sílí kritika tzv. lékařského modelu porodu a do popředí se dostávají požadavky na porod v co nejpřirozenější podobě, tzn. bez zásahů, které nejsou nezbytně nutné. V popředí zájmu je především psychická pohoda rodičky a následně i maximální snížení stresu pro novorozence. Porodní asistentky u nás nejen prostřednictvím profesních organizací prosazují posilování svých odborných kompetencí. Snaha o plné zprovoznění porodních domů, kde by péči poskytovaly výhradně porodní asistentky, a lékařský zásah by byl na řadě jen v případě vzniku patologií, byla dlouhou dobu pouhou utopií. Alternativní porodnictví u nás konečně dostává své hlavní slovo a např. při pražské Nemocnici Na Bulovce od roku 2019 funguje ve spolupráci Gynekologicko-porodnické kliniky a Novorozeneckého oddělení Centrum porodní asistence. V současné době budí pozornost i mnoho porodnic mimo hlavní město, např. jihlavská porodnice, která si na základě doporučení autorit (mimo jiné i Světové zdravotnické organizace) vytvořila vlastní „Desatero přirozeného porodu v porodnici“. Jedním z bodů dokumentu je i poskytování péče v souladu s kulturním zázemím rodičky (Nemocnice Jihlava, 2012).

Porodnický model partnerské spoluúčasti

V současné české porodnické praxi doposud nefiguruje koncepční model péče, který by reflektoval jak samotná specifika náplně práce porodní asistentky, tak současně i problematiku uzpůsobení ošetrovatelských činností transkulturním požadavkům. Pokud porodní asistentky s některým z dostupných modelů pracují, jedná se spíše o individuální přizpůsobení obecných východisek konceptů pro potřeby porodnické péče. Z běžně

popularizovaných modelů transkulturní péče zahrnuje pouze model Larryho Purnella porodnické otázky sběru sociokulturních dat. Jedna z dvanácti domén modelu je přímo věnována těhotenství a otázkám zrození s tím, že si klade za úkol objasnit zvláštnosti týkající se metod kontrolovaného početí, vnímání těhotenství, dále doporučené, nežádoucí a tabuizované praktiky během těhotenství, porodu a poporodního období či vlivy související s tradičním, lidovým a spirituálním pojetím lidského zrození (Purnell, 2013). Ačkoli Purnellův model přímo zahrnuje oblast těhotenství, konkrétní činnosti a zaměření péče s ohledem na praxi porodní asistentky dále nerozvíjí. Inspiraci lze tedy hledat v modelech užívaných v zahraničí, s nimiž dosud není zvykem v českém porodnictví pracovat, ba ani tyto modely dodnes nebyly přeloženy do českého jazyka. Příkladem podrobně propracovaného a zároveň kulturní odlišnosti zohledňujícího nástroje může být Porodnický model partnerské spoluúčasti. Originální název modelu zní „*The Midwifery Partnership Model*“, vlastní pracovní překlad reflektuje teoretickou náplň a filosofický základ modelu. Koncept vznikl v 90. letech na Novém Zélandu jako odpověď na požadavky volající o posílení kompetencí porodních asistentek. Koncept byl vypracován tak, aby zároveň respektoval možné odlišnosti spojené s péčí o původní maorské obyvatele ostrovní země, přičemž jeho autorka Sally Pairman (1999; 2006) zdůrazňuje, že je možné přizpůsobit teoretická východiska modelu porodnické praxi kdekoli na světě. Základem modelu je přesvědčení, že vztah mezi porodní asistentkou a ošetřovanou ženou má být rovnocenný a vzájemná interakce má být založena na partnerské spolupráci. Autorky poukázaly i na význam původního anglosaského slova „*midwyf*“, tedy „se ženou“ a upozornily, že v medicínském pojetí porodu je toto slovo spíše odkazem na vztah zdravotnického experta pobývajícího „se ženou“ a řídicího z pozice autority porodnickou péčí místo toho, aby bylo slovo interpretováno jako podílení se na péči společně „se ženou“. Nejen na Novém Zélandu, ale i v sousední Austrálii, se model stal centrálním komponentem a standardem praxe porodních asistentek a zároveň synonymem pro etický přístup k těhotné, rodičce a šestinedělce. Přijala jej jak zdravotní politika země, tak vzdělávací instituce a profesní organizace pro porodní asistentky, mimo jiné i Mezinárodní konfederace porodních asistentek (The International Confederation of Midwives). Model je ovlivněn i konceptem tzv. Kulturní bezpečnosti, který byl sestaven maorskou zdravotní sestrou Irihapeti Ramsden za účelem rozpoznávání a respektování zvyklostí původních obyvatel Nového Zélandu, kteří do dnešní doby vykazují podstatné kulturní a spirituální odlišnosti nejen v přijímání ošetrovatelské péče. Koncept má být darem pro všechny pacienty, kteří se liší od poskytovatelů péče, ať už genderem, sexuální orientací, ekonomickým postavením, úrovní vzdělání, věkem či etnicitou. Součástí konceptu je i kritika modelu M. Leininger reprezentovaná tvrzením, že se sestry a porodní asistentky musí kromě odlišností spojených s barvou pleti a vírou zaměřit na vše, co činí ošetřované osoby unikátními. Poskytování kulturně bezpečné péče musí vždy začínat sebereflexí porodní asistentky a uvědoměním si vlastních postojů a hodnot, které by mohly ovlivnit profesní výkon. Model partnerské spoluúčasti zahrnuje pojmy kultura či společnost, jež jsou chápány právě s ohledem na koncept Kulturní bezpečnosti (Pairman, 2006). Grafická podoba modelu vypadá následovně:

Obr. 1 Porodnický model partnerské spoluúčasti (Pairman, 2006), vlastní překlad

Vnitřní propojené kruhy reprezentují porodní asistentku a ženu s jejich sdílenou zkušeností. Tou má být rovnost, sdílená moc a kontrola, společné zájmy, budování důvěry, reciprocita, zapojení rodiny ženy a dostatek času pro vzájemné poznávání se. Okolo šedých kruhů jsou soustředěny aspekty, které péči ovlivňují v užším i širším smyslu. Klíčová jsou dle S. Pairman (2006) filosofická východiska modelu obsažená v tabulce pod kružnicemi:

1. Péče porodní asistentky je zaměřena na ženu: příjemkyní porodnické péče je vždy primárně žena, a ačkoli model nepopírá důležitost role rodiny ženy či následnou péči o novorozence, závisí vždy a jen na ženě a jejím přání, zda bude porodní asistentka v interakci s dalšími členy rodiny, případně jakou péči bude konkrétně poskytovat. Ženy, kterým je umožněno podílet se na rozhodování o porodnické péči rovnocenně, si s sebou nesou vybudovanou sebedůvěru do vlastního mateřství, což posílí jejich roli v rodině i širší společnosti.

2. Péče porodní asistentky je kontinuální: péče porodní asistentky by měla začít již v těhotenství a pokračovat během porodu i šestinedělí. Jedině tak se mezi ženou a porodní asistentkou vytvoří důvěrný vztah, jsou včasné rozpoznány individuální potřeby a obavy ženy. Pokud se porodní asistentka se ženou poprvé setkává až v porodnici, eventuálně se navíc střídá s jinou porodní asistentkou v rámci směny, vzniká tak jen malý prostor k důkladnému seznámení. Proto je žádoucí, aby ženy vyhledávaly své porodní asistentky již v rané fázi gravidity a byly s nimi v pravidelném kontaktu. V našich podmínkách je toto možné zajistit pouze v případě, že si žena vyhledá svoji porodní asistentku již v období těhotenství a následně je touto doprovázena k porodu s tím, že po propuštění z porodnice vykoná porodní asistentka ještě individuální návštěvu v domácnosti ženy. Tohoto lze v plném rozsahu docílit soukromou činností porodních asistentek a prostřednictvím

komunitní péče. Pokud se žena s porodní asistentkou setká až v porodnici a jejich kontakt je omezen na dobu porodu, případně krátkou etapu poporodního období, měla by porodní asistentka zohlednit východiska modelu v maximální možné míře.

3. Povolání porodní asistentky je nezávislou profesí: autonomie je důležitým aspektem profesní identity porodní asistentky. Možnost činit svobodná rozhodnutí ve prospěch ženy za respektování standardů péče a sdílení profesních poznatků s kolegy posiluje emancipaci a stěžejní roli porodní asistentky v porodnické péči. O zodpovědnost se má porodní asistentka dělit především se ženou, a spíše, než vše rozhodující expert by měla působit jako průvodce reflektující přání ženy. Porodní asistentka by nikdy neměla zneužívat svého postavení ve prospěch prosazování moci a autority.

4. Těhotenství i porod jsou normální životní události: model nepopírá potencionální nebezpečí spojená s očekáváním a narozením potomka a zdůrazňuje nutnost kontroly za účelem příznivého průběhu a snížení těchto rizik. Důraz je však kladen na víru ve fyziologii ženského těla. Snahou je eliminovat nadbytečné medicínské zásahy, ať už technologické či farmakologické. Okolnosti zrození vyžadují spíše podporu nežli intervence. Porodní asistentka má být jakýmsi „strážcem normálnosti“ vyhovět ženě v požadavcích na přirozený průběh porodu, pokud to její zdravotní stav umožní.

Kromě efektivně sdílené spoluúčasti jsou nad kruhovou grafikou vyjádřeny další žádoucí výsledky modelu související s posilováním kompetencí porodních asistentek na úkor lékařského modelu porodu, stejně jako posilování jejich emancipace a znalostí. Každá spoluúčast bude pro porodní asistentku novou a odlišnou, jelikož individuální požadavky, potřeby, priority a zkušenosti každé z žen se vždy nutně liší. Model založený na synergii by mohl být kdekoli na světě hybnou silou politického dialogu a nástrojem celospolečenské změny a systému péče s maximálním posílením kompetencí porodních asistentek (Pairman 1999; 2006).

Víra v kontextu transkulturní porodnické péče

Je to právě období nemoci, náročných a mimořádných životních situací, kdy se člověk přirozeně obrací ke své víře, leckdy mnohem intenzivněji než v běžném životě. K těmto situacím je bezesporu možno zařadit i těhotenství a porod. Přesto, že na tyto etapy v životě ženy nazíráme především pozitivně a s radostným očekáváním, nesou s sebou leckdy obavy jak o zdraví dítěte, tak o zdárný průběh celého prenatálního i perinatálního období. Vzhledem ke skutečnosti, že ošetřovatelství vnímá jedince holisticky, tedy jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, je na místě alespoň namátkově zmínit základní pojmy související s konfesí. Pojem spiritualita definuje Psychologický slovník jako *duchovnost*, pojem religiozita pak jako *zbožnost*, k níž se váže víra v náboženské ideje, jež se v různé míře odráží v chování a životě člověka (Hartl, Hartlová, 2000). Spiritualita a religiozita se mohou, ale nemusí vzájemně prolínat. V rámci poskytování transkulturní péče se může porodní asistentka snadno setkat s projevy a tezemi víry, které pro ni byly doposud neznámými. Víra může být navenek projevována prostřednictvím nejrůznějších rituálů. Eriksen (2008, s. 263) rituál definuje jako „sociální aspekt náboženství“ a dodává, že je často dramatickým vyjádřením přítomnosti existenciálních otázek, stejně jako prostředkem navázání vztahu mezi pozemským a duchovním světem, přičemž je doprovázen emocionálními prožitky

účastníků. Rituály, stejně jako různé zvyklosti či svátky, pak nemusí být nutně spojeny jen s vírou, ale i s nejrůznějšími kulturními tradicemi, obyčejnou každodenností či důležitými mezníky v životě člověka, jimiž jsou i těhotenství, porod a šestinedělí. Rituály vázané k těmto signifikantním událostem v životě ženy a její rodiny lze klasifikovat jako tzv. přechodové. Koncept rituálů přechodu rozvinul antropolog a religionista Arnold van Gennep. Autor se zaměřil i na přechodové rituály spojené s příchodem nového potomka, s tím, že u každého z rituálů definuje tři fáze – odloučení, pomezí a přijetí nové role. Odloučení probíhá již v průběhu těhotenství, kdy se žena připravuje na roli matky, přičemž je sama sebou i svým okolím vnímána jako jiná. Fázi pomezí je samotný porod, kdy se žena ocitá na prahu plnění role těhotné a zároveň stojí před započatím plnění role matky, jejímuž přijetí čelí ve třetí fázi. Fáze přijetí by pak měla být ukončena návratem do společnosti a časově odpovídá období šestinedělí. Kromě toho se k těhotenství, porodu a šestinedělí vztahuje celá řada dalších rituálů, jejichž cílem je např. usnadnění porodu či ochrana matky před všemožnými neblahými vlivy a může být obtížné rozlišit, zda je jedná o rituál přechodu, nebo ne, protože ochranné a přechodové rituály většinou splývají. Ochranné rituály se často vztahují nejen k matce, ale i k dítěti, s tím, že jejich poslání je shodné, tedy zabránit nemoci či např. nežádoucímu vlivu různých démonů. Prakticky se podoba rituálu bohatě různí, může jím být prostá modlitba či složitý obřad vyžadující participaci dalších členů (Gennep, 1996). V moderním porodnictví lze jako rituály chápat i pravidelné návštěvy prenatalní poradny spolu s rutinními testy, které mají taktéž protektivní funkci v prevenci vzniku nemocí a komplikací. Jak ale podotýká Roztočil et al. (2008), i v dnešním vyspělém porodnictví není neobvyklé setkávat se se ženami, které jsou ovlivněny tradičními zvyky, pověrami a tabu. Autor zmiňuje příklad, kdy si ženy vyžádají odstřížení části pupečníku, který následně usuší a věnují novorozenci jako ochranný amulet před zlými silami.

Porodní asistentka a interkulturní komunikace

Ve své publikaci definuje Průcha (2010a, s. 16) interkulturní komunikaci jako „procesy interakce a sdělování, při nichž jsou komunikujícími partnery příslušníci jazykově a/nebo kulturně odlišných etnik, národů, rasových či náboženských společenství“. V kombinaci se skutečností, že je v transkulturní péči ošetřovanou osobou cizinka, je nutno pomýšlet na značnější míru možné zranitelnosti této osoby. Pojednání o problematice zranitelnosti ve vztahu k porodnické péči o ženy – cizinky publikovaly Hrešanová a Glajchová (2018), z jejichž výzkumu jednoznačně vyplývá, že jsou migranti obecně zranitelnějšími v kontextu poskytování zdravotní péče a že je míra jejich zranitelnosti závislá na schopnosti adaptace, individuální zkušenosti či dostupnosti péče. Autorky mimo jiné zmiňují, že ačkoli je dnes za univerzální dorozumivací jazyk pokládána angličtina, stále tímto jazykem nevládnou jak mnozí imigranti, tak mnozí zdravotníci. V neposlední řadě je jmenována i otázka související s užíváním slovenského jazyka ze strany zdravotníků Slováků, kterých je v českém zdravotnictví nespočet. Ačkoli se totiž cizinky naučí obstojně porozumět češtině, slovenštině nemusí být schopné porozumět vůbec.

Komunikační proces mezi porodní asistentkou a ošetřovanou cizinkou mohou usnadnit různé komunikační prostředky a pomůcky. Běžně dostupnými jsou např. služby

tlumočníka. Častý je i osobní doprovod někoho z příbuzných či známých, který zvládá překládat jakožto neprofesionální tlumočník. K tomuto je třeba uvést informaci, na niž ve své publikaci odkazuje Průcha (2010b). Autor vychází z výzkumu realizovaného ve švýcarských nemocnicích a zmiňuje, že se pro intimní záležitosti ukázalo využití neoficiálního tlumočníka jako nevhodné, jelikož pacienti často odmítají sdílet detailní informace před někým jim blízkým. Rovněž je dle autora problematické, že tlumočník z řad rodinných příslušníků či blízkých osob nerozumí medicínské terminologii nebo jen nemusí jeho intelektuální úroveň dostačovat k pochopení a plnohodnotnému předání sdělovaných informací. Z tohoto důvodu autor doporučuje vždy využít služby tlumočníka profesionála. Dnes rovněž populárním způsobem překladu je tlumočení pomocí mobilního telefonu, ačkoli ne vždy se konkrétně ve zdravotnictví jedná o vhodnou formu dorozumívání, a to hlavně z hygienických důvodů nevhodnosti manipulace s telefonem, což platí zvláště během různých invazivních výkonů či v průběhu samotného porodu.

Nesprávné vedení komunikace je obvyklým zdrojem nedorozumění i mezi jedinci ze shodného sociokulturního prostředí. Při kontaktu s cizincem se riziko vzájemného nepochopení ještě více prohlubuje. Komunikace je podmíněna mnoha faktory, k nimž bezesporu patří i kultura. K faktu, že při poskytování ošetrovateľské péče o pacienta – cizince čelíme riziku vzájemného nepochopení, je třeba připočítat skutečnost, že se navíc z hlediska sociální hierarchie nacházíme v asymetrickém vztahu zdravotník – pacient. Na tuto asymetrii se zaměřením na rodičku a porodnickou praxi upozorňují Takács et al. (2015): v praxi od rodičky často očekáváme, že zaujme pasivní postoj a bude bez námitek a vlastního rozhodování příjemkyní péče, zatímco rozhodování bude příslušet porodní asistentce, respektive lékařům, protože právě oni vědí, co je pro rodičku vhodné. Za těchto předpokladů jako bychom ani neočekávali, že se rodička bude komunikace či vlastního rozhodování o péči aktivně účastnit. Rovněž je třeba zmínit, že péče na poli porodnictví s sebou často nese specifika, požadavky a akutní situace, jež zdravotníkům neposkytují dostatek času na kvalitní a zevrubnou komunikaci bez ohledu na skutečnost, jestli je rodičkou cizinkou, nebo ne. Problém pak nastává nejen s ohledem na psychiku ženy, nýbrž i s ohledem na právní aspekty poskytování péče jako je podpis informovaného souhlasu při akutních stavech apod. (Ptáček et Bartůněk, 2011).

Závěr

Snahou příspěvku bylo odhalit alespoň některé z podstatných aspektů transkulturní péče a nastínit jejich význam v praxi porodní asistentky, která je svým zaměřením i náplní práce velmi specifickou oblastí ošetrovateľství. Ke komplexnosti teoretických obsahů textu přispělo i předložení Modelu partnerské spoluúčasti, který zohledňuje jak péči orientovanou na ženu, tak možné odlišnosti související s odlišnými kulturními požadavky ze strany těhotných, rodičích a porodičích žen. Je na místě zmínit, že plné využití zmíněného modelu může být v tuzemských podmínkách limitující. V naší zemi bezesporu stále existují jisté rezervy. Posílení kompetencí ve smyslu podpory soukromé činnosti porodních asistentek ze strany zdravotních pojišťoven, stejně jako plně hrazená a počtem návštěv neomezená komunitní péče, by byly jistě ku prospěchu a vedly by k žádoucí emancipaci profese, stejně jako k eliminaci stále převládajícího lékařského

modelu porodu. V českém prostředí je zvykem stále pracovat s modely péče převzatými od zahraničních autorů, doposud nebyl sestaven „model na míru“, který by reflektoval konkrétní etnické a národnostní složení obyvatelstva naší země. Vývoj takového modelu je výzvou do budoucna. Pro další bádání by také nebylo od věci doporučit užší zaměření na jednotlivá období spojená s početím a narozením potomka a definovat tak konkrétněji možné odlišnosti, s nimiž se může porodní asistentka setkat v rámci poskytování péče na ambulantním i klinickém úseku praxe. Témat, jež by pokryla oblasti plánovaného rodičovství, prenatální péči, jednotlivé doby porodní či péči o šestinedělku a novorozence se ve vztahu k transkulturní problematice ošetrovatelství jeví nepřeborně. Pro vlastní praxi by pak bylo nosné zaměřit výzkum na konkrétní národnostní, etnické či náboženské skupiny a v užším smyslu definovat možné zvláštnosti a požadavky ze strany těchto skupin s ohledem na jednotlivé úseky činnosti porodní asistentky.

Literatura

BARBER, A. B. Concerning our national honour: Florence Nightingale and the Welfare of Aboriginal Australians. *Collegian*. 1999, vol. 6, no. 1, p. 36–39. ISSN 1322-7696.

DAVIS-FLOYD, R. E. *Birth as an American: Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press, 2003. ISBN 978-0-520-22932-7.

ERIKSEN, T. H. *Sociální a kulturní antropologie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-465-6.

FREIDSON, E. *Professionalism, the Third Logic*. Cambridge: Polity Press, 2001. ISBN 978-0-7456-0330-8.

GENNEP, V. A. *Přechodové rituály: Systematické studium rituálů*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1996. ISBN 80-7106-178-6.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HREŠANOVÁ, E., GLAJCHOVÁ, A. Staré a cizí: zranitelnost a intersekcionalita ve zdravotní péči. *Gender a výzkum*. 2018, roč. 19, č. 2, s. 75–101. ISSN 2570-6578.

IVANOVÁ, K., et al. *Multikulturní ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1.

LEININGER, M. M. *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 1970. ISBN 0471526029.

LEININGER, M., McFARLAND, M. R. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice, Third edition*. New York: McGraw-Hill Companies, Inc., 2002. ISBN 0-07-135397-6.

McDONALD, L. *Florence Nightingale on women, medicine, midwifery and prostitution (Collected works of Florence Nightingale; vol. 8)*. Ontario: Wilfrid Laurier University Press, 2005. ISBN 0-88920-466-7.

MORSE, J. M. *Cross Cultural Nursing: Anthropological Approaches to Nursing Research*. London: Routledge, 1989. ISBN 2881243835.

MZČR. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019. [cit. 2. 5. 2021]. Dostupné z: mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/.

NEMOCNICE JIHLAVA. *Přirozený porod v porodnici*. [online]. Jihlava: Nemocnice Jihlava, 2012. [cit. 1. 5. 2021]. Dostupné z: <https://www.nemji.cz/prirozeny-porod-v-porodnici/d-4869/p1=4095>.

PAIRMAN, S. Partnership Revisited: Towards Midwifery Theory. *New Zealand College of Midwives Journal*. 1999, no. 21, p. 6–12. ISSN 0114-7870.

PAIRMAN, S. Midwifery partnership: working with women. In: PAGE, L., McCANDLISH, R. *The New Midwifery: 2nd Edition*. London: Churchill Livingstone Elsevier, 2006. ISBN 9780702035067.

PRŮCHA, J. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada, 2010a. ISBN 978-80-247-3069-1.

PRŮCHA, J. *Interkulturní psychologie, 3. vydání*. Praha: Portál, 2010b. ISBN 978-80-7367-709-1.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

PURNELL, L. D. *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach, 4th Edition*. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2013. ISBN 978-0-8036-3705-4.

ROZTOČIL, et al. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-7033-8.

TAKÁCS, L. et al. *Psychologie v perinatální péči. Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9716-8.

	ASPEKTY POSKYTOVÁNÍ TRANSKULTURNÍ PÉČE PORODNÍ ASISTENTKOU	LUCIE HROMKOVÁ	25
--	--	----------------	----

ÚZIS. *Rodička a novorozenec 2014–2015: Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2017. ISBN 978-80-7472-160-1.

WHO. *Year of the Nurse and the Midwife* [online]. World Health Organization, 2020. [cit. 13. 07. 2020]. Dostupné z: www.who.int/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020/.

Kontakt

Mgr. Lucie Hromková
Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova
Pátkova 2137/5, 182 00 Praha 8 – Libeň, Česká republika
luciehromkova.fhs.uk@email.cz

MYŠLIENKOVÁ MAPA AKO KREATÍVNA ONLINE VÝUČBOVÁ STRATÉGIA V OŠETROVATEĽSKOM VZDELÁVANÍ

MIND MAP AS A CREATIVE ONLINE LEARNING STRATEGY IN NURSING EDUCATION

Gabriela Štefková¹, Mária Zamboriová¹

Abstrakt

Úvod: Vzdelávanie v ošetrovatelstve prechádza periodickými zmenami v dôsledku neustálej inovácie vzdelávacieho procesu. Inovácia sa neuskutočňuje len v kontexte vzdelávania, ale aj v prospech študentov.

Ciel: Načrtnúť možnosti aplikácie myšlienkových máp do vzdelávania v ošetrovatelstve.

Metodika: Rozvoj jednotlivých pojmov pri tvorbe ošetrovateľskej mapy prebiehal postupne podľa zvolenej metodiky, pričom boli študenti kontinuálne facilitovaní a vedení zo strany vyučujúceho počas vyučovacieho procesu. Pre spracovanie máp bol využitý MS Office 365 v aplikácii MS Word.

Výsledky: Príspevok prezentuje štyri myšlienkové mapy vplyvu makronutrientov vo výžive a fyzickej aktivity na kardiovaskulárny systém spracované študentmi Ošetrovateľstva a Verejného zdravotníctva. Ich význam vo vzdelávaní bol založený na konštruktivistickom prístupe medzi učiteľom a študentom, ktorý posúval študenta od zapamätania k logickému premýšľaniu a učiteľa k strategickej výučbe predmetu. Naše skúsenosti potvrdzujú i výsledky štúdií, ktoré prezentujú myšlienkovú mapu ako inovatívnu metódu zmysluplného učenia, získavania informácií a sebahodnotenia.

Záver: Myšlienkovú mapu možno považovať za alternatívnu výučbovú stratégiu, ktorá umožňuje študentom rozvíjať schopnosti, organizovať a zoskupovať informácie zmysluplným spôsobom.

Kľúčové slová

ošetrovatelstvo, metódy učenia, aktívne učenie, koncepcná mapa, myšlienkové mapy

¹ UPJŠ, Lekárska fakulta, Košice, Ústav ošetrovateľstva

Abstract

Introduction: Nursing education undergoes periodic changes due to the constant innovation of the educational process. Innovation takes place not only in the context of education, but also for the benefit of students.

Goal: Point out the possibilities of applying thought maps to nursing education.

Methodology: The development of individual concepts in the creation of the nursing map took place gradually according to the chosen methodology, while the students were continuously facilitated and guided by the teacher during the teaching process. MS Office 365 in MS Word was used for mapping.

Results: The paper presents four mind maps of the influence of macronutrients in nutrition and physical activity on the cardiovascular system prepared by students of Nursing and Public Health. Their importance in education was based on a constructivist approach between teacher and student, which moved the student from memory to logical thinking and the teacher to strategic teaching of the subject. Our experience is also confirmed by the results of studies that present a mind map as an innovative method of meaningful learning, information acquisition and self-evaluation.

Conclusion: A mind map can be considered as an alternative learning strategy that allows students to develop skills, organize and group information in a meaningful way.

Keywords

nursing education, learning methods, active learning, concept map, mind map

ÚVOD

Aplikácia efektívnej komunikácie, kreativity, adaptability, zvládanie stresu, rozhodovanie, tímová práca a kritické myslenie dodáva rozmer ošetrovateľskej inteligencie nevyhnutnej k diagnostike, zásahov a intervencií u pacienta. Jedným zo spôsobov ako tento aspekt rozvíjať je aplikovať inovatívne výučbové stratégie do vysokoškolského vzdelávania študentov ošetrovateľstva. Už viac ako 25 rokov sa v ošetrovateľskom vzdelávaní používa metóda myšlienkového mapy. Mapy mysle alebo myšlienkové mapy boli vytvorené Novákom a Gowinom (1984) založené na teórii asimilácie zmysluplného učenia (Ausubel, 1963). Ausubelova teória asimilácie obsahuje zložky kognitívneho, ako aj konštruktivistického učenia (Ausubel, 2000). Mapa mysle je grafické zobrazenie nelineárnych a lineárnych vzťahov, ktoré organizujú, spájajú a syntetizujú informácie (Chmil, 2013). Výsledkom je diagram hlavných pojmov a súvisiacich údajov vo formáte, ktorý je pre študenta logický a reálny. Výhodou takýchto máp je to, že rýchlejšie zaznamenávajú podnety a zdôrazňujú

klúčové myšlienky problému v globálnom kontexte (LeFevre, 2016; Billings, 2016). Mapa mysle poskytuje kombináciu vizuálneho učenia s priestorovým znázornením informácií (Billings, 2016). Grafické alebo obrázkové usporiadanie klúčových pojmov týkajúcich sa starostlivosti o pacienta pomáha študentom vytvoriť komplex vedomostí a postupov relevantných k poskytovaniu bezpečnej a účinnej zdravotnej starostlivosti (Chabeli, 2010). Študenti na vytvorenej myšlienkovkej mape napr. konkrétneho ochorenia vidia ako príznaky, problémy, zásahy, lieková terapia a ďalšie aspekty starostlivosti o pacienta navzájom súvisia.

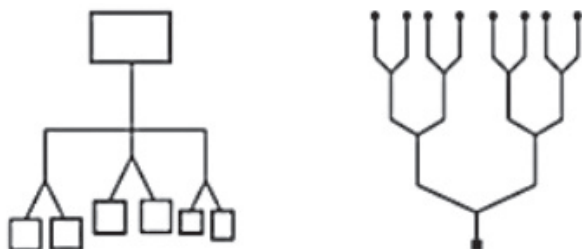
Príspevok prezentuje alternatívnu výučbovú stratégiu učenia a uchovávaní nových vedomostí tvorbou študentovej myšlienkovkej mapy vplyvu makronutrientov vo výžive a fyzickej aktivite na kardiovaskulárny systém.

MYŠLIENKOVÉ MAPY

Mapy môžu byť usporiadané rôznymi spôsobmi, v závislosti od pojmových vzťahov, ktoré sú súčasťou predmetnej témy. Jednotlivé pojmy sú usporiadané podľa toho aký význam zastávajú v kontexte mapovania problému. Prepojenie pojmov sa vykresľuje spojovacími slovami, frázami, ktoré syntetizujú rozvíjajúce sa vedomosti. Pri tvorbe takýchto máp je veľmi dôležitý ich výber, z dôvodu možnej zmeny významu vzťahov medzi dvomi a viac pojmi. Aj keď neexistujú prísne pravidlá pre zostavenie myšlienkovkej mapy, zvyčajne je schematické znázornenie vytvorené pomocou tvarov vzájomne pospájaných, ktoré sa však nesmú zamieňať s grafmi alebo vývojovými diagramami, pretože nemajú postupnosť, dočasnú alebo smerovanie, ani nie sú organizované ako mocninová hierarchia (Elmansy, 2015, 10 Critical Thinking and Clinical reasoning). Je skutočne dôležité, aby mapa slúžila ako nástroj logického myslenia, schopná prezentovať význam pojmov a vzťahov medzi nimi v kontexte daného súboru vedomostí.

Typy myšlienkových máp sú hierarchické, systémové alebo spider.

Hierarchická mapa – koncept a atribúty sú hierarchicky usporiadané do vzorov spravidla zostupne podľa dôležitosti (Obrázok 1). Táto metóda ukazuje koncept od jednoduchého po komplexnejší. Prepojovacie slová sa v tomto type mapovania používajú aj na zobrazenie vzťahov medzi hlavnou témou a podtémami. Je to vynikajúca metóda na hodnotenie kreatívneho myslenia študentov (10 Critical Thinking and Clinical reasoning).



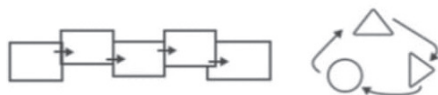
Zdroj: 10 Critical Thinking and Clinical reasoning

Spider (pavúkovitá) mapa – sa zobrazujú vzájomnú súvislosť konceptu a jeho atribúty na mape (Obrázok 2). Spider myšlienková mapa má hlavnú myšlienku v strede diagramu. Každá podtéma je spojená s hlavnou témou. Táto mapa pomáha pri zaznamenávaní zložitých myšlienok, plánov, organizovania (10 Critical Thinking and Clinical reasoning).



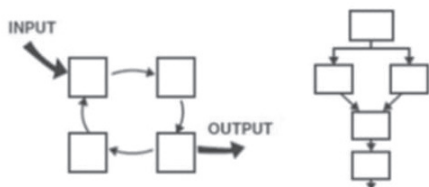
Zdroj: 10 Critical Thinking and Clinical reasoning

Vývojová mapa – lineárne diagramy preukazujúce postupnosť alebo vzťahy príčiny a následku (Obrázok 3). Vývojový diagram organizuje informácie v lineárnom formáte. V tomto type mapovacej stratégie je obsah usporiadaný logickým a usporiadaným spôsobom. Čítanie a porozumenie je tiež veľmi ľahké. Týmto spôsobom však nie je možné ilustrovať obrovské množstvo obsahu. Táto metóda nepodporuje použitie kritického myslenia (10 Critical Thinking and Clinical reasoning).



Zdroj: 10 Critical Thinking and Clinical reasoning

Systémová mapa – (Obrázok 4) ilustrujú vzťahy medzi vstupmi a výstupmi a medzi konceptom a jeho atribútmi (10 Critical Thinking and Clinical reasoning).



Zdroj: 10 Critical Thinking and Clinical reasoning

Tvorba myšlienkových máp je pre študentov časovo náročná metóda, no prináša nový a zaujímavý spôsob vzdelávania. Pomáha študentom premýšľať o súvislostiach medzi pojmami, organizovať vlastné myšlienky, vizualizovať a uvažovať o riešeníach (Senita, 2008). Mapovanie umožňuje študentom vidieť vzťahy, ktoré u pacientov existujú v kontexte s mnohými problémami. Schuster a kol. (2003) navrhovali tradičné plány ošetrovateľskej starostlivosti nahradiť myšlienkovými mapami. Ako dôvod uvádzali, že tradičné plány starostlivosti sú často ukončené retrospektívne a zameriavajú sa na lineárne problémy pacienta.

Spôsob ako začať s mapovaním mysle je vložiť na prázdny papier „ošetrovateľskú alebo lekársku diagnózu“. Po pridaní konceptov alebo údajov sa odkazy a vzťahy stanú zrejmy a môžu sa zmeniť alebo dopĺňať podľa toho ako sa problém vyvíja. Tým, že študent doslova kreslí čiary a identifikuje väzby medzi konceptmi dochádza k vizualizácii vzájomných vzťahov, ktoré súčasne propagujú kritické myslenie študenta.

Zoskupovanie a kategorizácia pojmov dávajú klinickým rozhodnutiam holistický aspekt.

CIEĽ

Cieľom príspevku je prezentovať vybrané myšlienkové mapy výučbovej stratégie učenia a uchovávanie nových vedomostí a taktiež načrtnúť možnosti aplikácie myšlienkových máp do vzdelávania v ošetrovateľstve.

METODIKA

Pre tvorbu myšlienkových máp so študentmi sme sa rozhodli v rámci odborných predmetov u študentov Ošetrovateľstva a Verejného zdravotníctva na Lekárskej fakulte UPJŠ. Pre náš príspevok sme vybrali dve témy a ich grafické zobrazenie v myšlienkovkej mape. Témy boli spracované v dvoch skupinách študentami Verejného zdravotníctva (n = 4) a študentami Ošetrovateľstva (n = 5). Študenti tvorili myšlienkové mapy samostatne. Hodnotenie výsledkov prebiehalo vyučujúcimi ako aj v skupine študentov. Výber tém sa

zameral po diskusii so študentmi na vplyv fyzickej aktivity na kardiovaskulárny systém a makronutrientov (tuku a cukru) vo výžive. Na základe spracovania svojich vedomostí použili študenti hierarchickú a spider (pavúkovitú) myšlienkovú mapu, pričom tvorenie, zobrazovanie a rozvoj jednotlivých pojmov prebiehal pomocou MS Word postupne podľa zvolenej metodiky a stanovených kritérií. K základným kategóriám vedenia tvorby myšlienkových máp sme postupovali podľa uvedených kritérií:

- nesnažiť sa napísať všetky vetvy predtým, ako sa do nich vpisujú details, pretože nápady chodia kedykoľvek a je potrebné ich zapísať vtedy, keď prídu;
- nesústrediť sa príliš na jednu vetvu predtým ako sa začne rozvíjať ďalšia vetva, aby sme mohli neustále dopĺňať nové nápady;
- nevytvárať novú vetvu, ak možno priradiť novú myšlienku k už existujúcej, nakoľko myšlienky majú zmysel vtedy ak sa dáme do kontextu a vzťahu s inými myšlienkami.

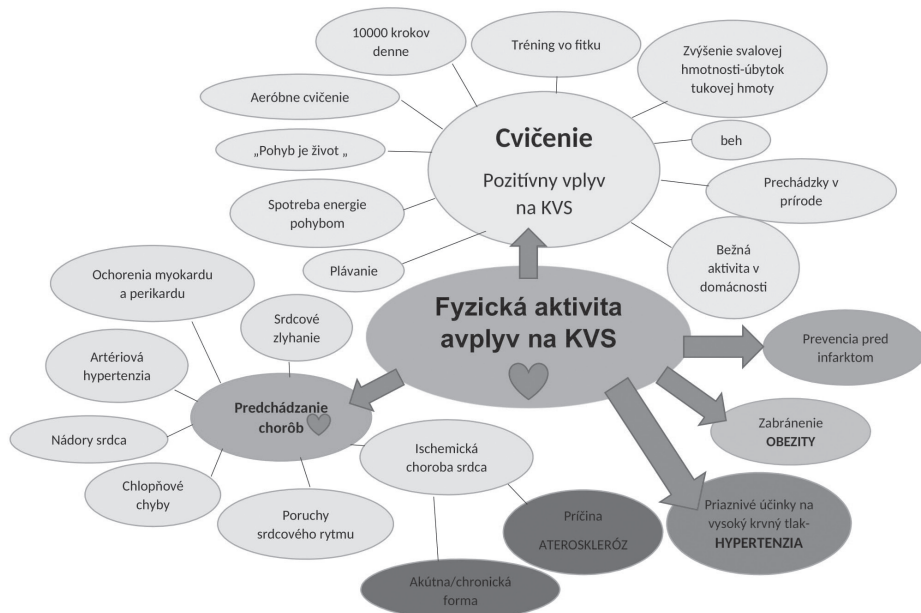
Za prediktor výskumného nástroja myšlienkovkej mapy sme označili celkový výkon dosiahnutý v záverečnom výstupnom teste, ktorý prezentoval vedomosti výškou dosiahnutého skóre bodového hodnotenia. Predpokladali sme, že na základe celkového skóre získaného v záverečnom hodnotení možno predikovať hodnoty počtu pojmových vzťahov, ktoré študent je schopný začleniť do myšlienkovkej mapy a hodnoty komplexity učiva kardiovaskulárneho systému a makronutrientov vo vytvorených myšlienkových mapách. Počet pojmových vzťahov v myšlienkovkej mape bol vyjadrený zmysluplnými spojeniami pojmov v rámci ktorých bola preukázaná logická súvislosť jednotlivých pojmov. Na základe použitých relačných otázok a špecifických kritérií k myšlienkovkej mape (čitateľnosť, úplnosť a zmysluplné spojenia pojmov, prehľadnosť, vysoká miera vizualizácie) sme sledovali komplexnosť zobrazenia vybraných pojmov v myšlienkovkej mape v súvislosti s celkovým výkonom v záverečnom teste. Mieru komplexity zobrazovaného pojmu pre „kardiovaskulárny systém“ a „makronutrienty“ sme vyjadrili pomocou škály 4–0, pričom hodnota 4 predstavovala najkomplexnejšie zobrazenie pojmu a hodnota 0 najmenej komplexné zobrazenie pojmu. Za najkomplexnejšie zobrazenie myšlienkovkej mapy bola hodnota skóre najvyššia.

Jednotlivé myšlienkové mapy z časového hľadiska vznikali postupne v priebehu zimného semestra 2020 po uvedení odbornej problematiky a inštrukcií pre vytvorenie máp. Vytváral sa tak dlhší časový priestor pre sebarealizáciu a tvorivé spracovania vedomostí sprostredkovaného učiva. V priebehu celého procesu tvorby mapy boli študenti kontinuálne facilitovaní a vedení zo strany vyučujúceho. V rámci interpretácie výsledkov zobrazujeme vzhľad myšlienkových máp vo finálnej podobe, kde neuvádzame skóre pre jednotlivé študentské myšlienkové mapy z dôvodu ich neustálej tvorby.

VÝSLEDKY

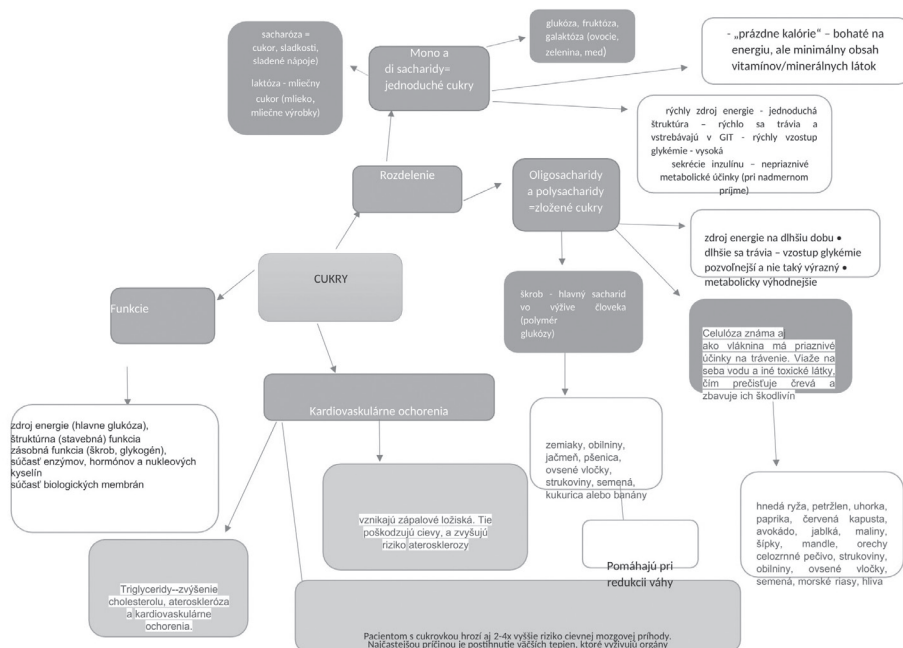
Vybrali sme štyri myšlienkové mapy, ktoré nepredstavujú absolútnu riešiteľnosť danej problematiky, no tvoria podklad k motivácii pre tvorbu ďalších myšlienkových máp. Pri prvej úlohe vplyvu fyzickej aktivity na kardiovaskulárny systém a makronutrientov vo výžive študenti hodnotili svoje vedomosti pomocou pavúkovitej myšlienkovkej mapy.

Od hlavnej myšlienky „fyzická aktivita“ koncipovanej v strede mapy sa odvíjala podtéma „cvičenie“ a „predchádzanie chorôb“. Každá podtéma bola spojená s hlavnou myšlienkou (Obr. 5). S hlavnou témou konceptu vplyvu makronutrientov „cukru“ a „tuku“ vo výžive študenti prezentovali svoje vedomosti pavúkovitou myšlienkovou mapou.

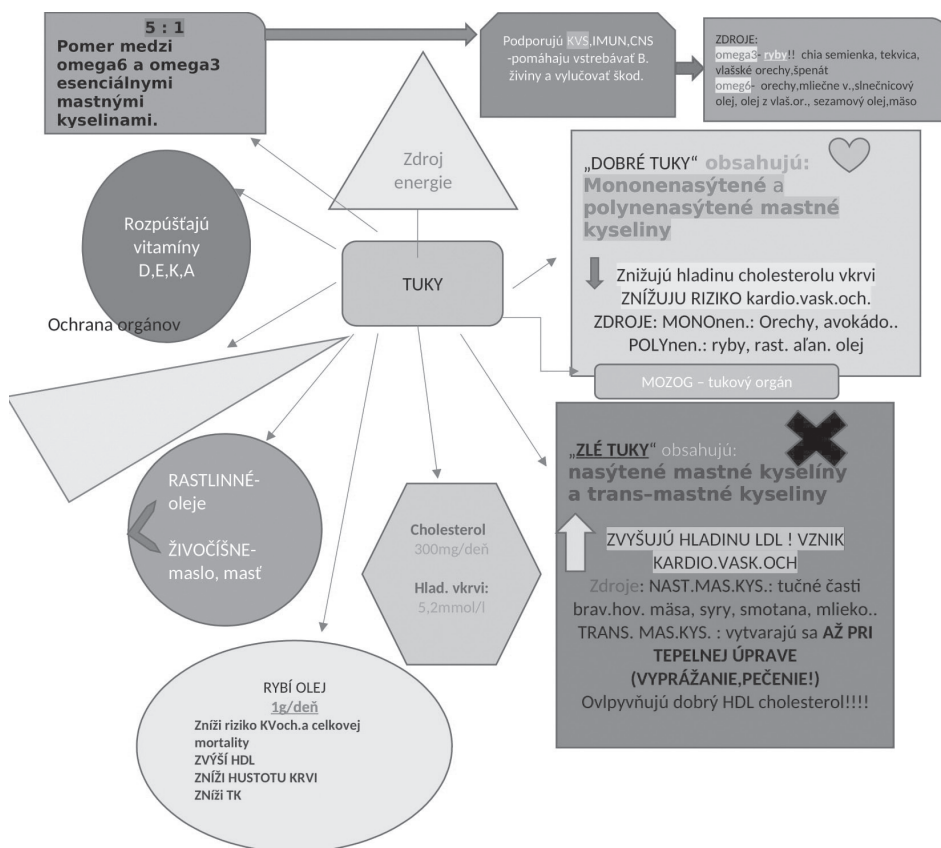


Zdroj: Autori

V strede mapy bol zobrazený makronutrient „cukor“ a „tuky“ od ktorého sa odvíjali podtémy. Každá podtéma bola spojená s hlavným konceptom „cukor“ (Obr. 6) a „tuky“ (Obr. 7).

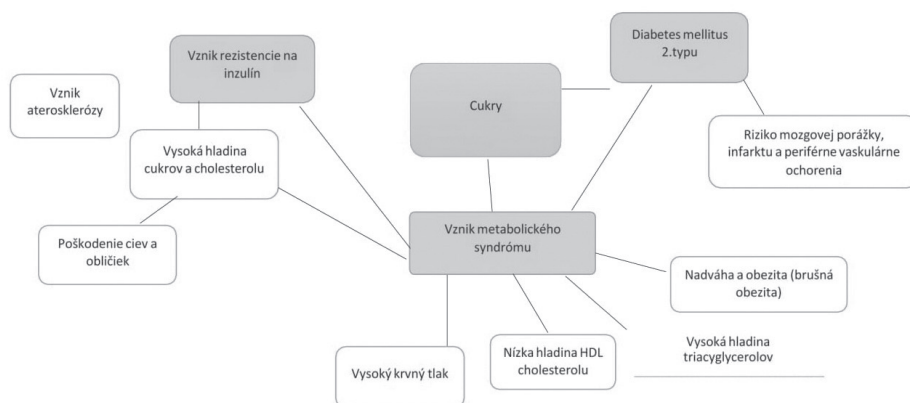


Zdroj: Autori



Zdroj: Autori

Vyjadrenie študentových vedomostí o vplyve makronutrientu „cukor“ vo výžive sa odvíjali zostupne od jednoduchého pojmu „cukor“ po komplexnejšie vyjadrenie jeho obsahu hierarchickou myšlienkovou mapou (Obr. 8).



Zdroj: Autori

DISKUSIA

Vzdelávanie budúcich zdravotníckych pracovníkov si vyžaduje dobrý učebný plán, podnetné prostredie a vhodné vyučovacie stratégie. Súčasný moderný digitálny technológiu a metódy vyučovania podporujú efektívne prostredie výučby. Vhodnou vyučovacou stratégiou je myšlienková mapa, ktorá vyvíja a zlepšuje kognitívne funkcie, podporuje kritické myslenie, uľahčuje prechod od teórie k praxi a v konečnom dôsledku posilňuje sebavedomie študentov. Mnohí autori udávajú, že prijatie stratégie myšlienkového mapy významne zlepšuje výkonnosť študentov pri riešení problémov v porovnaní s používaním tradičných vyučovacích metód (Kaddoura, 2016; Harriss, 2017). Učenie sa zmysluplným spôsobom znamená, že študenti aktívne hľadajú spôsoby ako prepojiť nové informácie a skúsenosti s tým, čo už vedia, čím vytvárajú vedomostnú základňu vedúcu k rozvoju adaptívnych odborných znalostí v praxi. Podľa Dimunovej (2017) vzdelanie zdravotníckeho personálu úzko súvisí s kvalitou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti vo významnej miere, preto získanie vedomostí kreatívnym spôsobom je veľmi prínosné i pre bezpečnosť pacienta i rozvoj samotnej profesie.

Zdravotnícki pracovníci oplývajú obrovským množstvom informácií, ktoré je nutné integrovať a spájať do klinického rozhodovania pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Použitie myšlienkových máp im umožňuje výber rozhodnutia a holistickú starostlivosť o pacienta (Van Lancker, et al., 2016). Do nášho príspevku sme vybrali taký konštrukt máp, ktoré zjednodušene poskytujú pohľad na zvolenú problematiku vplyvu makronutrientov vo výžive a fyzickej aktivity na kardiovaskulárny systém. Myšlienková mapa bola výsledkom študentových vedomostí a digitálnej schopností k vybranej téme (Belasová, et al., 2015).

Aplikácia a rozvoj kreativity si vyžaduje, aby sme si ponechali dostatok času na to, aby sme myšlienkovú mapu mohli neustále inovovať a zdokonaľovať. Mnohé publikácie hovoria o tom, že ideálne je vrátiť sa k mape na druhý deň, potom o týždeň, o mesiac potom o 3 mesiace a až po pol roku. Umožňuje to študentom rozvíjať schopnosti organizovať a zhromažďovať informácie. Naopak učiteľ opakovaným používaním metódy mapovania mysle rýchlo identifikuje medzery v učení študentov a prispôsobuje priebeh výučby. Aj v našom prípade sme vytvárali mapu v priebehu troch mesiacov, tak ako je uvedené v metodike. Vizualizácia obsahu témy v tvorbe myšlienkovkej mapy študentom vytvorila počas online výučby aktívnu interakciu medzi učiteľom a študujúcim. Z toho pohľadu sa javí tvorba myšlienkových máp ako jedným z východísk podpory kreativity a rozširovania vedomostí študentov aj v online vyučovaní.

Naše skúsenosti potvrdzujú i výsledky štúdií, ktoré prezentujú myšlienkovú mapu ako inovatívnu metódu zmysluplného učenia, získavania informácií a sebahodnotenia (Černý, 2014; Culha, 2019). Zároveň môžeme myšlienkové mapy použiť ako vzorovú didaktickú pomôcku pri výučbe, ktorú je možné kreatívne dopĺňať novými pojmami a konceptmi. Taktiež opakovaným použitím metódy môžeme rýchlo identifikovať medzery v učení študentov a tak upravovať plány hodín. Nedostatky vidíme v chýbaní skúseností so softvérom, ktorý pomáha pri zostavovaní a úprave myšlienkovkej mapy.

Tvorba myšlienkovkej mapy pomocou dostupných sofistikovaných aplikácií je výzvou pre zavedenie nového predmetu do ošetrovateľského vzdelávania. Ďalšou výzvou pre myšlienkové mapy je ich proces hodnotenia, pretože mapa je pripravovaná študentovým obsahom vedomostí. Neexistujú žiadne myšlienkové mapy stopercentne nesprávne alebo správne najlepšie alebo najhoršie, ale máme za to, že myšlienkové mapy sú nástrojom k získavaniu väčšieho množstva informácií v krátkom čase, vytvárajú silné korelácie medzi informáciami, vizualizujú a uchovávajú vedomostí.

Naše zistenia naznačujú, že myšlienková mapa je vhodná metóda hodnotenia študenta a evaluácie výučbového procesu.

ZÁVER

Mapovanie mysle alebo myšlienková mapa umožňuje študentom vizualizáciu učiva a zapamätanie si obsahu na dlhú dobu. Je to efektívna strategická metóda, ktorá umožňuje transformáciu študenta na kritického, reflexívneho jednotlivca, ktorý je schopný zmysluplným spôsobom rozvíjať vedomosti a zhromažďovať informácie. Môžeme povedať, že je založená na konštruktivistickom prístupe medzi učiteľom a študentom, ktorá posunie študenta od zapamätania k logickému premýšľaniu a učiteľa k strategickej výučbe predmetu. Je jasné, že sú sofistikovanejšie metódy tvorby myšlienkových máp cez rôzne aplikácie a softvéry, ktoré sú aj voľne dostupné, no nebojme sa využívať aj tie najjednoduchšie prostriedky, ktoré môžu prispieť k rozvoju pamäte, učenia a kreativity, nakoľko súčasná diverzifikovaná spoločnosť potrebuje ľudí, ktorí sú adaptabilní a pripravení na nové výzvy. Najnovšie softvérové aplikácie integrované do MS Office tento proces mapovania automatizujú a zefektívňujú. Aj súčasná epidémia koronavírusu odkryla mnohé nedostatky vo výučbe odborných predmetov v tom zmysle, že je

potrebné pripravovať alternatívne spôsoby nácviku praktických zručností, no zároveň priniesla i nové možnosti využitia virtuálneho sveta vo výučbe. Naši študenti boli tvorbou myšlienkovkej mapy motivovaní počas celého semestra v rámci výučby predmetu online, preto sa nám javí pri niektorých témach táto metóda veľmi aktivizujúca. Vytvorenie myšlienkovkej mapy bez použitia sofistikovaných nástrojov umožnilo našim študentom vytvárať vlastné prepojenie pojmov a vzájomných vzťahov tak, aby bolo podporené kritické myslenie. V neposlednom rade je potrebné podotknúť, že kvalitné kvalifikované vzdelávanie sestier pri využití inovatívnych a aktívnych metód učenia, tiež zvýši kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Podakovanie

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy č. APVV-15-0719.

This work was supported by the Slovak Research and Development Agency under contract no. APVV-15-0719.

Literatura

AUSUBEL, D. P. *The acquisition and retention of knowledge: A cognitive view*. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers, 2000. ISBN 978-94-015-9454-7.

AUSUBEL, D. P. *The psychology of meaningful verbal learning*. New York: Grune & Stratton, 1963.

BELASOVÁ, L. et al. *Elementárna gramotnosť v kontexte informačno-komunikačných technológií*. Prešov: PF PU, 2015. ISBN 978-80-555-1509-0.

BILLINGS, D., HALSTEAD, J. *Teaching in nursing*. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier, 2016. ISBN 978-0-323-29054-8.

ČERNÝ, M., CHYTKOVÁ, D. *Myslenkove mapy pro studenty*. Brno: BizBooks, 2014. ISBN 978-80-265-0267-8.

CULHA, I. Active learning methods used in nursing education. *Journal of Pedagogical Research* [online]. 2019, vol. 3, no. 2, p. 74 –86. [cit. 01. 12. 2020]. ISSN 2602-3717. Available from: <https://www.ijopr.com/download/active-learning-methods-used-in-nursing-education-6407.pdf>.

10 Critical Thinking and Clinical reasoning [online]. [cit. 18. 12. 2020]. Available from: <https://www.pearson.com/content/dam/one-dot-com/one-dot-com/us/en/higher-ed/en/products-services/course-products/berman-10e-info/pdf/CH10.pdf>.

DIMUNOVÁ, L., ed. Bezpečnosť pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti: In: *Zborník ošetrovateľstvo 2020 – trendy, zmeny a budúcnosť*, 3. 6. 2017. Piešťany: Vysoká škola zdravotníctva asociálnej práce Sv. Alžbety, 2017. ISBN 978-80-8132-166-5.

ELMANSY, R. Common Types of Mind Maps and How to Use The [online]. 2015. [cit. 14. 10. 2020]. Available from: <https://www.designorate.com/common-types-of-mind-maps/#respond>.

CHABELI, M. Concept-mapping as a teaching method to facilitate critical thinking in nursing education: A review of the literature. *Journal of interdisciplinary Health Sciences* [online]. 2010, vol. 15, no.1, p. 2–7. [cit. 14. 12. 2020]. ISSN 2071-9736. Available from: https://my.enmu.edu/c/document_library/get_file?uuid=6a985b60-9e36-4441-a59b-a02a3be348c3&groupId=4153058.

CHMIL, V. J. Critical thinking versus clinical reasoning versus clinical judgment, differential diagnosis. *Nurse Educator* [online]. 2013, vol. 38, no. 4, p. 34–36. [cit. 14. 12. 2020]. ISSN 0363-3624. Available from: https://my.enmu.edu/c/document_library/get_file?uuid=f0bd3ddd-e1b8-44ba-9685-8aaad3420b40&groupId=4153058.

KADDOURA, M., VAN-DYKE, O., YANG, Q. Impact of a concept map teaching approach on nursing students' critical thinking skills. *Nursing and Health Sciences* [online]. 2016, vol. 18, no. 3, p. 350–354. [cit. 07. 01. 2020]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/nhs.12277>.

LEFEVRES, A. R. Critical thinking indicators (CTIs): 2014. *Evidence-based version* [online]. 2016. [cit. 07. 01. 2020]. Available from: <http://www.alfaroteachsmart.com/2016CTIsRich.pdf>.

NOVAK, J. D., GOWIN, B. *Learning how to learn* [online]. New York: Cambridge University Press., 1984. [cit. 14. 10. 2020]. ISBN 52131926-9. Available from: https://www.amazon.com/Learning-How-Learn-Joseph-Novak/dp/0521319269#reader_0521319269.

SENITA, J. The use of concept maps to evaluate critical thinking in the clinical setting. *Teach Teaching and Learning in Nursing* [online]. 2008, vol. 3, no.1, p. 6–10. [cit. 14. 12. 2020]. ISSN 1557-3087 Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1557308707000844?via%3Dihub>.

SCHUSTER, P. Concept maps in clinical settings: Improved clinical performance and effective patient care [online]. *Dean's Notes*. 2003, vol. 25, no. 2, p. 1–5. [cit. 14. 10. 2020]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1557308707000844>.

VAN LANCKER, A., BALDEWIJNS, K., VERHAEGHE, R., ROBAYS, H., BUYLE, F. et al. The effectiveness of an e-learning course on medication calculation in nursing students: a clustered quasi-experimental study *Journal of advanced nursing*. [online]. 2016, vol. 72, no. 9, p. 2054–2064. [cit. 14. 10. 2020]. ISSN 1365-2648. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.12967>.

Kontakt

PhDr. Gabriela Štefková, PhD.
Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
Ústav ošetrovateľstva
Trieda SNP 1, 040 11 Košice, Slovenská republika
gabriela.stefkova@upjs.sk

doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD., mim. prof.
Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
Ústav ošetrovateľstva
Trieda SNP 1, 040 11 Košice, Slovenská republika
maria.zamboriova@upjs.sk

	EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY	
--	--	--

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CHRONICKOU FIBRILACÍ SÍNÍ

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC ATRIAL FIBRILLATION

Nikola Muchová¹, David Korpas²

Abstrakt

Práce se zabývá retrospektivním vyhodnocením kvality života u ambulantních pacientů s chronickou fibrilací síní v jednom léčebném centru. Cílem bylo pomocí dotazníkového šetření s využitím standardních metod zjistit, zda různé aspekty kvality života závisejí na nějakém z konkrétních ukazatelů jako je pohlaví, věk nebo doba, která uplynula od stanovení diagnózy. Ukázalo se, že existují jisté signifikantní závislosti ukazatelů kvality života na věku, neprokázala se však závislost na pohlaví.

Klíčová slova

fibrilace síní, kvalita života, arytmie, dotazníkové šetření

Abstract

The work deals with retrospective evaluation of quality of life in outpatients with chronic atrial fibrillation in one medical center. The aim was to use a questionnaire survey using standard methods to determine whether various aspects of quality of life depend on any of the specific indicators such as gender, age or time elapsed since the diagnosis. There have been some significant dependencies of quality of life indicators on age, but no gender dependence has been demonstrated.

Keywords

atrial fibrillation, quality of life, arrhythmias, questionnaire investigation

¹ Komplexní kardiovaskulární centrum, Nemocnice Třinec-Podlesí

² Ústav nelékařských zdravotnických studií, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

ÚVOD

Fibrilace síní (FS) je jednou z nejčastěji se objevujících arytmíí. V Evropě je touto arytmíí postiženo asi 4,5 – 6 milionů lidí, v USA asi 7 milionů (Deepak, 2015). Prevalence se velice liší v různých věkových skupinách, se stoupajícím věkem incidence roste. U dětí je toto onemocnění vzácné a u dospělých se spíše objevuje po 50. roce života. Jedná se o arytmii zodpovědnou za třetinu hospitalizací kvůli poruchám srdečního rytmu, přičemž jejich počet se v posledních 20 letech zvýšil až o 60 %.

Stále ale není úplně jasná přesná příčina vzniku. Jedná se o nepravidelný rytmus, u kterého nejsou patrné vlny P. Můžeme ji z časového hlediska rozdělit na paroxysmální (občasnou), perzistentní (přetrvávající) a permanentní (chronickou, setrvalou). Paroxysmální FS končí většinou do 48 hodin spontánně, ale často recidivují. Může být s příznaky, kdy pacient tachykardii pociťuje nebo bez, kdy pacient nemusí příznaky pociťovat vůbec. Může trvat několik sekund nebo i minut a zvrhnout se v perzistentní FS. Perzistentní FS je arytmie stále trvající více než 1 týden. Zde je nutné podstoupit kardioverzi. Pokud ovšem kardioverze selže a arytmii neuvede na sinusový rytmus, je nutná další léčba. FS trvající dlouhodobě více než rok považujeme za permanentní. Někteří pacienti si na příznaky a arytmii zvykli tak, že už arytmii nepociťují. Jiní pacienti pociťují zvýšené pocení, bolesti na hrudi, mdloby nebo dokonce kolapsové stavy. Všeobecné příznaky jsou pocit dušnosti, a to jak námahové, tak klidové. Častým příznakem je pocit nepravidelného rytmu srdce, pocit silného bušení srdce (palpitace), zrychlené bušení srdce (tachykardie). Dále je zde znatelná snížená výkonnost, vysoká únava a nižší tolerance zátěže (Streuer, 2017).

Mezi obvyklé příčiny můžeme zařadit akutní nebo i starý infarkt myokardu, hypertenzi, záněty srdce (myokarditida, perikarditida), chlopenní vady, defekt septa síní, dilatační a hypertrofická kardiomyopatii, sick sinus syndrom, AV junkční reentry tachykardie nebo operační zákroky na srdci a hrudníku. Z nekardiálních příčin možno uvést hypertyreózu, hrudní infekce, chronickou obstrukční bronchopulmonální nemoc, tumor plic, plicní embolie, obezitu, akutní a chronický abúzus alkoholu, aj. (Bennett, 2014).

Při fibrilaci síní dosahuje rychlost elektrické aktivity v síních až 350 – 360/min. Arytmie je způsobena mnohočetnou elektrickou aktivací náhodně obíhající síňovou svalovinou. Na EKG ji musíme rozlišit od flutteru síní tak, že bude rychlejší a vlna P chybí (Bennett, 2014). U fibrilace síní se elektrické vzruchy míhají po stěnách v srdečních síních. Dochází tím ke zpomalení toku krve a stagnaci krve v síních, přesněji v oušku levé síně, kde mohou vznikat tromby.

Fibrilace síní je v následcích velice závažná tím, že zvyšuje riziko některých onemocnění, jako je cévní mozková příhoda (CMP), která je podle studií způsobena až z 28 % právě fibrilací síní. Jako další může FS způsobit embolizaci, srdeční selhání, což má také velice vážný dopad na kvalitu života pacienta (Cunha, 2014, Švarcová a Veselý, 2014). Špatná prognóza je např. u akutního infarktu myokardu, jelikož fibrilace síní se často prokazuje jako následek poškození myokardu. Většina studií prokázala, že fibrilace idiopatická má prognózu dobrou (Bennett, 2014). Předpokladem úspěchu léčení fibrilace síní, či alespoň zmírnění klinických příznaků, je správná diagnostika onemocnění, včasný záchyt nemoci a individuální přístup ke každému pacientovi s tímto onemocněním.

Léčbu můžeme rozdělit na farmakologickou nebo nefarmakologickou. Jako prvotní léčebný zásah by měla být medikamentózní nebo elektrická kardioverze. Léčba je zaměřena buď na obnovení a zachování sinusového rytmu srdce nebo kontrolu akce srdečních komor tak, aby rychlost dosahovala hodnot okolo 50–100/min. Nezbytné je u léčby fibrilace síní neopomenout na prevenci systémové embolizace. U pacientů s fibrilací síní jsou prokázány zvýšené hladiny fibrinogenu a D-dimerů. Hladiny se vracejí k normálním hodnotám např. po kardioverzi, což svědčí o tom, že fibrilace síní způsobuje hyperkoagulační stav. Riziko embolizace snižuje Warfarin jako antagonist vitamínu K (Bennett, 2014). Při užívání Warfarinu je nezbytně nutné hlídat hodnotu INR, která by neměla přesáhnout hodnotu 3.

Kvalita života je podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. Jedná se o velmi široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný fyzickým zdravím jedince, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem k zásadním oblastem jeho okolí a životního prostředí (WHOQOL, 1997).

CÍL PRÁCE

Cílem této práce je retrospektivně kvantifikovat ukazatele kvality života získané standardizovaným dotazníkem u souboru pacientů s chronickou fibrilací síní léčených ve vybraném kardiologickém centru.

METODIKA

Jako instrument v průzkumné části byl použit anonymní dotazník WHOQOL – BREF (*World Health Organization Quality of Life Assessment*). Jedná se o zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL-100. Použitý dotazník se skládá z 24 položek, které jsou při hodnocení rozděleny do čtyř domén: fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy a životní podmínky. Dvě samostatné položky jsou určeny k subjektivnímu hodnocení celkové kvality života (Q1) a spokojenosti se zdravím (Q2). Jednotlivé položky jsou hodnoceny Likertovou škálou 1–5, přičemž číslo pět ukazuje nejlepší hodnocení v dané oblasti. Pro kategorizaci bylo k dotazníku přidáno několik vlastních otázek.

Průzkum byl prováděn v nemocnici v Trinci Podlesí v časovém rozmezí od ledna 2020 do konce března 2020 se souhlasem zdravotnického zařízení. Dotazníky byly rozdávány na oddělení jednodenní kardiologie, ambulanci příjmového oddělení a koronární jednotce. Při sběru dotazníků byla zachována anonymita pacientů. Rozdáno bylo 80 dotazníků, z toho 6 dotazníků bylo neúplných a 4 dotazníky se nevrátily. Celkem tak zbývalo k vyhodnocení 70 dotazníků. Z toho bylo 39 žen a 31 mužů. Respondenti byli ve věkovém rozmezí 54–85. Ve věkové kategorii od 54–62 let bylo 16 respondentů. Největší počet respondentů dosáhla věková kategorie od 63–74 let s počtem 30 jedinců.

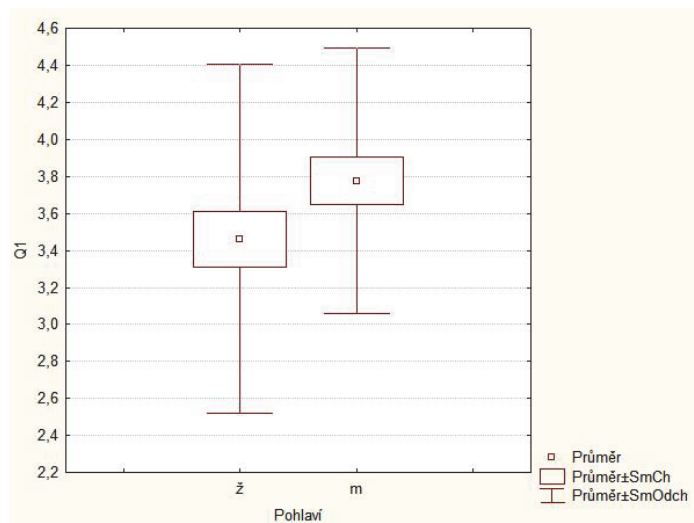
Poslední věková skupina s počtem 24 respondentů byla v rozmezí od 75–85 let. Většina respondentů byla ve starobním důchodu (54 jedinců), což tvoří 77 % všech dotazovaných. Dále bylo 5 respondentů zaměstnaných, 1 nezaměstnaný, 3 na částečném invalidním důchodu, 3 měli plný invalidní důchod a 4 respondenti byli OSVČ. Co se týká způsobu zjištění diagnózy, s počtem 47 jedinců (67 %) byli lidé, kteří měli určité potíže a zamířili ihned k lékaři. 17 jedinců uvedlo, že diagnózu jim oznámil lékař pouze u kontrolního vyšetření, i když přiznávali, že měli často konkrétní potíže, které můžeme zařadit k příznakům fibrilace síní, ale k lékaři nešli. Dále 6 jedinců uvedlo, že se o své diagnóze dozvěděli jinak. Respondenti uváděli nejdelší dobu, kdy se s fibrilací síní léčí až 60 měsíců, a naopak nejkratší povědomí o své diagnóze měli lidé, kteří uváděli odpověď 1 měsíc. Ze statistických metod byly použity Mann-Whitneyův U-test a Spearmanův korelační koeficient. Vypočtené hodnoty jsou znázorněny pomocí krabicových a bodových grafů a okomentovány.

VÝSLEDKY

Subjektivní celková kvalita života (Q1) v závislosti na pohlaví

Cílem bylo porovnání ukazatele subjektivní kvality života Q1 v závislosti na pohlaví. Byl použit neparametrický Mann-Whitneyův U-test. Zde nebyl prokázán rozdíl mezi pohlavími, $p = 0,146$. Z výsledků vyplývá, že muži vnímají kvalitu svého života o něco lépe než ženy, ale rozdíl zde není statisticky významný. Q1 tedy na pohlaví **nezávisí**. Průměr hodnot Q1 u žen byl 3,46, průměr Q1 u mužů byl 3,77. Průměrná hodnota u populace ve věkové skupině 60–74 let je 3,48. Grafické znázornění je na obrázku 1.

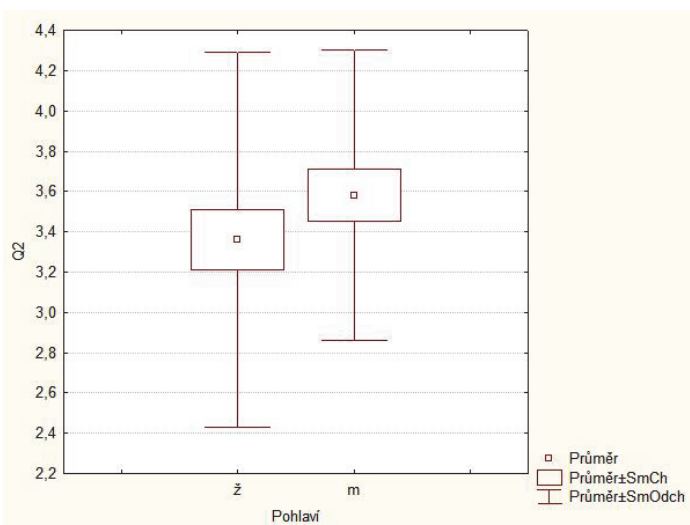
Obr. 1 Porovnání subjektivní celkové kvality života (Q1) v závislosti na pohlaví



Spokojenost se zdravím (Q2) v závislosti na pohlaví

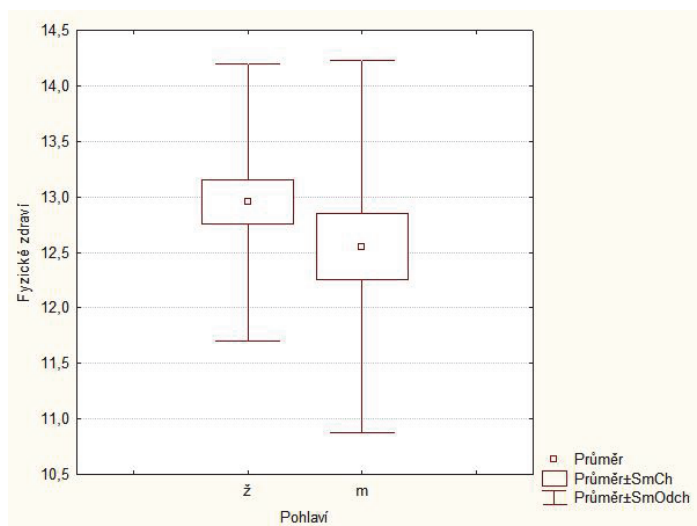
Dalším cílem bylo porovnání ukazatele spokojenosti se zdravím Q2 v závislosti na pohlaví. Byl použit neparametrický Mann-Whitneyův U-test. Zde nebyl prokázán rozdíl mezi pohlavími, $p = 0,258$. Z výsledků vyplývá, že muži jsou spokojeni se zdravím o něco více než ženy, ale rozdíl zde není statisticky významný. Q2 tedy na pohlaví **nezávisí**. Průměr hodnot Q2 u žen byl 3,35, průměr Q2 u mužů byl 3,58. Průměrná hodnota u populace ve věkové skupině 60–74 let je 3,33. Grafické znázornění je na obrázku 2.

Obr. 2 Porovnání spokojenosti se zdravím (Q2) v závislosti na pohlaví

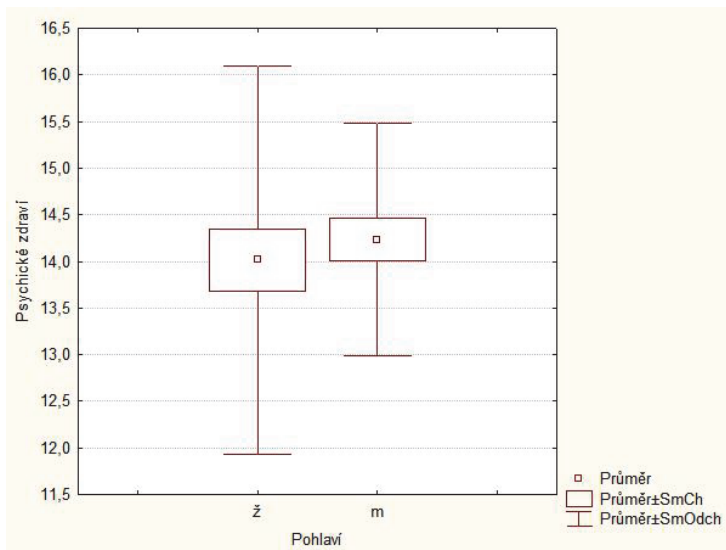


Doména fyzické zdraví v závislosti na pohlaví

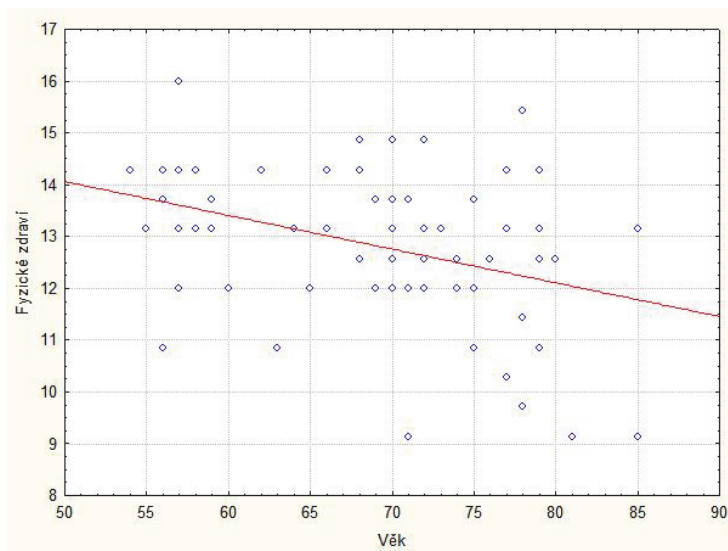
Dalším cílem bylo porovnání ukazatele fyzického zdraví v závislosti na pohlaví. Použit byl opět neparametrický Mann-Whitneyův U-test. Zde nebyl prokázán rozdíl mezi pohlavími, $p = 0,358$. Z výsledků vyplývá, že ženy sice vnímají své fyzické zdraví o něco lépe než muži, ale rozdíl zde není statisticky významný. Fyzické zdraví na pohlaví **nezávisí**. Průměr hodnot fyzického zdraví u žen byl 12,95, průměr hodnot fyzického zdraví u mužů byl 12,55. Průměrná hodnota u populace ve věkové skupině 60–74 let je 14,59. Grafické znázornění je na obrázku 3.

Obr. 3 Porovnání fyzického zdraví v závislosti na pohlaví**Doména psychické zdraví v závislosti na pohlaví**

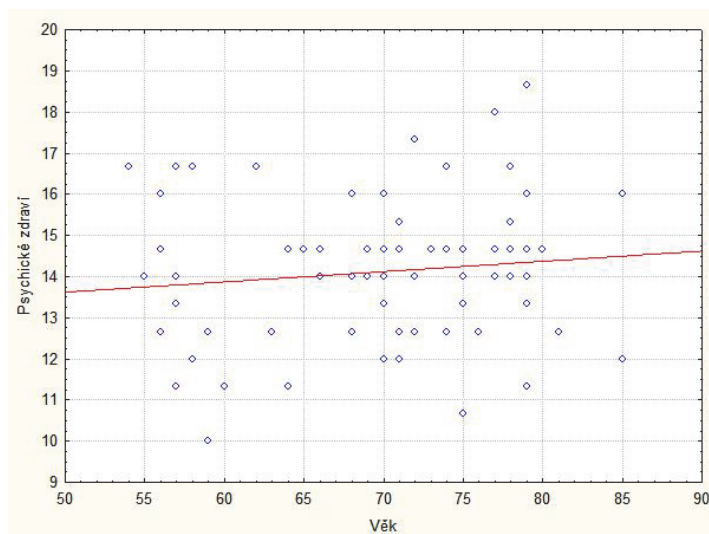
Dalším cílem bylo porovnání ukazatele psychického zdraví v závislosti na pohlaví. Byl použit opět neparametrický Mann-Whitneyův U-test. Zde nebyl prokázán rozdíl mezi pohlavími, $p=0,431$. Z výsledků vyplývá, že muži hodnotí své psychické zdraví o něco pozitivněji než ženy, ale rozdíl zde není statisticky významný. Psychické zdraví na pohlaví **nezávisí**. Průměr hodnot psychického zdraví u žen byl 14,02, průměr hodnot psychického zdraví u mužů byl 14,24. Průměrná hodnota u populace ve věkové skupině 60–74 let je 14,36. Grafické znázornění je na obrázku 4.

Obr. 4 Porovnání psychického zdraví v závislosti na pohlaví**Fyzické zdraví v závislosti na věku**

Dalším cílem bylo porovnání změny v hodnotách ukazatele fyzického zdraví v závislosti na věku pacientů. Zde byl použit Spearmanův korelační koeficient a prokázala negativní závislost na věku, $r_s = -0,356$, což představuje statisticky vysoce signifikantní výsledek na hladině významnosti 0,01. To znamená, že lidé s přibývajícím věkem své fyzické zdraví vnímají negativněji než lidé nižšího věku. Fyzické zdraví na věku **závisí**. Znázornění je na obrázku 5.

Obr. 5 Znáznornění závislosti fyzického zdraví na věku pacientů**Psychické zdraví v závislosti na věku**

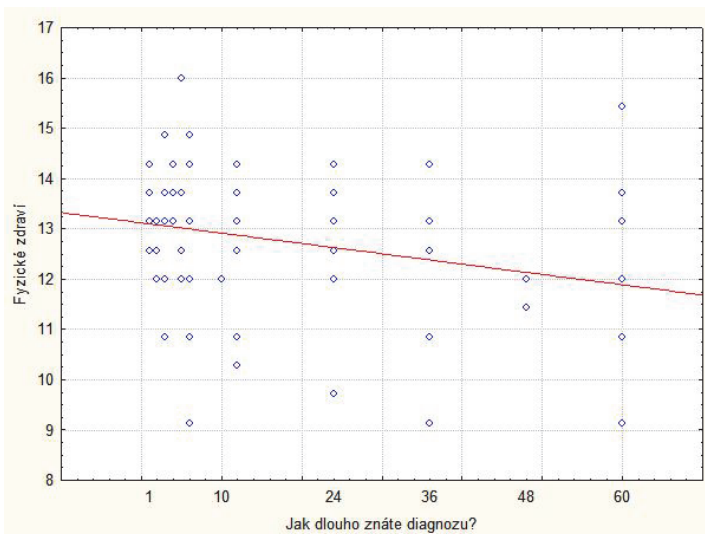
Dalším cílem bylo porovnání změny v hodnotách ukazatele psychického zdraví v závislosti na věku pacientů. Zde byl použit Spearmanův korelační koeficient a jeho hodnota $r_s = 0,094$ ukázala, že psychické zdraví na věku **nezávisí**. Vnímání psychického zdraví se s rostoucím věkem mírně zlepšuje. Znáznornění je na obrázku 6.

Obr. 6 Znáznornění závislosti psychického zdraví na věku pacientů

Fyzické zdraví v závislosti na délce diagnózy

Posledním cílem bylo porovnání změny v hodnotách ukazatele fyzického zdraví v závislosti na délce diagnózy. Zde byl použit opět Spearmanův korelační koeficient a jeho hodnota byla $r_s = -0,278$, což představuje statisticky signifikantní výsledek na hladině významnosti 0,05. Znamená to, že čím déle zná pacient svou diagnózu, tím negativněji hodnotí své fyzické zdraví. Fyzické zdraví na délce diagnózy **závisí**. Znázornění je na obrázku 7.

Obr. 7 Znázornění fyzického zdraví na délce diagnózy v měsících



ZÁVĚR

Průzkum v této práci zjistil, jaké jsou ukazatele kvality života u pacientů s fibrilací síní. Byly srovnávány závislosti skóre Q1, Q2, fyzického zdraví a psychického zdraví ze standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF na pohlaví, věku a délce diagnózy. Byla zjištěna silná negativní korelace ($p < 0,01$) fyzického zdraví a věku, a negativní korelace fyzického zdraví a doby od zjištění diagnózy ($p < 0,05$). Dále byla zjištěna slabá pozitivní korelace psychického zdraví a věku, která však nebyla signifikantně významná. Závislosti subjektivní celkové kvality života (Q1), spokojenosti se zdravím (Q2), fyzického zdraví a psychického zdraví na pohlaví potvrzeny nebyly.

Z ošetřovatelského hlediska je překvapivým zjištěním tohoto průzkumu také absolutní úroveň hodnocené kvality života. Bylo zjištěno, že hodnota ukazatelů kvality života se od hodnot populační normy v nejčastěji zastoupené věkové skupině 60–74 let našeho souboru pacientů odchyluje pouze mírně. Výraznější je pouze u vnímání fyzického zdraví na úrovni asi 87% normy. Subjektivní hodnocení celkové kvality života (Q1) je u mužů dokonce lepší než populační norma. Spokojenost se zdravím (Q2) převyšuje populační normu u obou pohlaví.

Literatura

BENNETT, D. H. *Srdeční arytmie: praktické poznámky k interpretaci a léčbě*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5134-4.

CUNHA, L. *Atrial Fibrillation Causes, Diagnosis & Treatment Options*. United States: Nova Science Publishers Inc, 2014. ISBN-13 9781629489261.

DEEPAK L. Bhatt *Cardiovascular Intervention*. United States: Elsevier Saunders, 2015. ISBN 0323262198.

ŠVARCOVÁ T. a VESELÝ J. *Antikoagulační léčba u fibrilace síní*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3047-2.

STREUR, M. et al. Symptom Clusters in Adults With Chronic Atrial Fibrillation. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2017, vol. 32, no. 3, [online]. [cit. 2020-04-5]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5116287/>.

WHOQOL *Measuring quality of life* [online]. 1997, 15 [cit. 2020-04-11]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

Kontakt

Ing. David Korpas, Ph.D.
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav nelékařských zdravotnických studií
Bezručovo nám. 885/14,
746 01 Opava, Česká republika
david.korpas@fvp.slu.cz

VEDENÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE JAKO SOUČÁST PREVENCE INFEKČÍ MOČOVÝCH CEST SOUVISEJÍCÍCH S KATETRIZACÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

MAINTENANCE OF HEALTH DOCUMENTATION AS A PART OF THE PREVENTION OF URINARY TRACT INFECTIONS RELATED TO URINARY BLADDER CATHETERISATION

Jitka Krocová^{1,2}, Radka Prokešová¹

Abstrakt

Východiska: Infekce močových cest (Catheter-associated urinary tract infection – CAUTI) tvoří více než třetinu infekcí spojených se zdravotní péčí. Vedení dokumentace o katetrizaci močového měchýře je jedním z kroků prevence zmiňovaných infekcí, jednoznačně je doporučena elektronická podoba dokumentace v klinickém informačním systému.

Cílem: Šetřením bylo mimo jiné zmapovat, jak je v nemocnicích poskytujících akutní lůžkovou péči v ČR vedena dokumentace o močové katetrizaci, jaké údaje jsou evidovány a zda jsou prováděny audity dokumentace. Dále byl sledován vztah mezi údaji v dokumentaci o katetrizaci a péči o pacienta s močovým katetrem a mezi jednotlivými typy nemocnic.

Metody: Kvantitativní výzkum.

Výsledky a diskuse: Sledováno bylo deset oblastí záznamů: evidence data katetrizace, jméno zdravotníka provádějícího katetrizaci, záznamy velikosti a typu katetru, péče o katetr, výměny sběrného systému, indikace a komplikace ke katetrizaci, odběrů moče na vyšetření a výsledků, dále provádění auditů dokumentace. Respondenti (98,2%) potvrdili vedení záznamů data katetrizace. Statisticky významné se ukázaly rozdíly v případech typu nemocnice a odpovědí na otázky, zda je do dokumentace vždy zaznamenáván údaj péče o močový katetr (p -hodnota = 0,010, G = 13,253) a zda je vždy zaznamenávána výměna sběrného močového systému (p -hodnota = 0,002, G = 17,196).

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

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

Závěr: Doporučením odborných společností v případě prevence CAUTI je, kromě dalších opatření, vedení dokumentace o katetrizaci, důležitá je i kontrola záznamů.

Klíčová slova

dokumentace, katetrizace močového měchýře, preventivní opatření, infekce, kvantitativní výzkum

Abstract

Background: Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) accounts for more than a third of healthcare-associated infections. Maintaining documentation on bladder catheterisation is one of the steps how to prevent the infections in question, and the electronic form of the documentation in the clinical information system is clearly recommended.

Aim: Among other things, the aim of the investigation was to map how to maintain the documentation on urinary catheterisation in hospitals providing acute inpatient care in the Czech Republic, what data is recorded and whether documentation audits are carried out. The relation between the data in the catheterisation documentation and the care of the patient with the urinary catheter and between the individual hospital types was also observed.

Methods: Quantitative research.

Results and discussion: Ten record areas were observed: recording of the catheterisation date, name of the catheterisation performing health care professional, records of the catheter size and type catheter care, collection system replacement, indication and complications related to catheterisation, urine sampling for testing and results, and documentation audits 98.2% respondents confirmed keeping the records of the catheterisation date in the documentation. There were statistically significant differences in the type of hospital and answers to the questions whether urinary catheter care is always recorded in the documentation (p -value = 0.010, G = 13.253) and whether the replacement of the urinary system is always recorded (p -value = 0.002, G = 17.196).

Conclusion: The recommendation of professional companies in the case of CAUTI prevention is, among other measures, the maintenance of catheterisation documentation and, more importantly, control of the records.

Keywords

documentation, bladder catheterisation, preventive measures, infections, quantitative research

ÚVOD

CAUTI jsou nejčastější infekcí spojenou se zdravotní péčí (Healthcare-associated Infections – HAI), autoři et al.; 2016; Purvis et al. 2014; Powers et al., 2016 uvádějí, že jsou spojeny se zvýšením morbidit a mortality, Jindrák et al. (2014) naopak zmiňuje, že jejich dopady jsou vzhledem k jejich atributivní mortalitě nižší. Používáním správných preventivních postupů lze předejít 20–70 % CAUTI (Carter et al., 2016; AACN, 2016). Markovic-Denic et al. (2010) uvádějí, že pro většinu systémů zdravotní péče představují CAUTI jeden den hospitalizace navíc na jednoho pacienta nebo také milion dnů hospitalizace ročně. Dále zmiňuje, že v USA se odhadují průměrné náklady na každou infekci močových cest 558–593 \$. Prevencí CAUTI je implementace a akceptace multifaktoriálních opatření, tzv. balíčků. Efektivními součástmi prevence (Andreessen et al., 2012; Carter et al., 2014; Purvis et al., 2014; Underwood, 2015; Jain et al., 2015; Yatim et al., 2016; Carter et al., 2016; Powersthe center, 2016; CDC, 2019) je vzdělávání zdravotníků v dané problematice, kvalitní péče o pacienty s močovým katetrem a standardizace výkonu katetrizace močového měchýře, respektování relevantních indikací katetrizace, dále také vedení dokumentace o katetru, resp. zavádění protokolů péče o pacienta s močovým katetrem jako součást dokumentace. CDC (2019) doporučuje v této souvislosti vedení záznamů o indikaci katetrizace, datu a čase inserce katetru, jména zdravotníka, který výkon provedl, a dále je doporučeno evidovat údaj o datu a čase odstranění katetru. Vedení dokumentace je doporučováno v celé nemocnici ve standardní podobě a elektronicky, protože to následně umožňuje statistické zpracování dat souvisejících s CAUTI, sledování indikátorů a průběžné kontroly vedení záznamů. Totéž zmiňuje ve svém doporučení i American Association of Critical-Care Nurses (AACN, 2016).

Cíl práce: Cílem tohoto článku bylo zmapovat, jaké údaje o katetrizaci močového měchýře jsou vedeny ve zdravotnické dokumentaci v nemocnicích v ČR a zda jsou prováděny audity dokumentace. Dalším cílem bylo zjistit, zda existuje rozdíl v evidenci údajů o katetrizaci mezi nemocnicemi různého typu. Data uvedená v článku jsou částí výsledků získaných prováděným výzkumem; celý výzkum se zaměřil na oblast řízení rizik v souvislosti s problematikou prevence CAUTI.

Metodika: Kvantitativní výzkum byl realizován za použití matematicko-statistických metod. K vyhodnocení hypotéz byly použity χ^2 -testy nezávislosti v kontingenční tabulce, byla využita p-hodnota, která byla porovnána se zvolenou hladinou významnosti $\alpha = 0,05$. Vnitřní konzistence otázek Q1 – Q10 byla zkontrolována pomocí Cronbachova alfa koeficientu bloku otázek Q1 – Q10. Ke zjištění vztahu otázek Q1 – Q10 byla pro každou dvojici otázek dopočtena hodnota Spearmanova korelačního koeficientu. Pomocí Kruskal-Wallisova testu bylo zkoumáno, zda odpovědi v daném bloku otázek Q1 – Q10 závisejí na zkoumaném parametru, nebo nikoliv, a normalita dat byla testována pomocí Andersonova-Darlingova testu. Nástrojem šetření byly jeden standardizovaný a dva nestandardizované dotazníky. Údaje publikované v tomto článku se týkají vedení zdravotnické dokumentace v souvislosti s katetrizací močového měchýře a péčí o něj. Celý výzkum se pak zabýval oblastí řízení rizik v kontextu prevence CAUTI. Respondenty byli nelékařští zdravotničtí pracovníci na pozici vyššího a středního managementu

v nemocnicích poskytujících akutní lůžkovou péči v ČR. Osloveno bylo 194 nemocnic poskytujících akutní lůžkovou péči v ČR se žádostí o souhlasné stanovisko s provedením výzkumu a případně i se žádostí o distribuci dotazníků vedoucím nelékařům (vrchní, staniční a vedoucí sestry). Nemocnice byly kontaktovány ve třech kolech v období 11/2019–4/2020, počet respondentů byl ovlivněn situací související s onemocněním Covid 19. Souhlasné stanovisko s výzkumem udělilo 37 nemocnic. Celého výzkumu se zúčastnilo 186 respondentů. Ve vztahu k datům prezentovaným v tomto článku bylo vyhodnoceno 167 dotazníků (nestandardizovaný dotazník). Nemocnice poskytující lůžkovou (akutní a následnou péči) byly osloveny dle seznamu nemocnic vypracovaného na žádost zpracovatelů výzkumu ÚZIS. Výběr poskytovatelů zdravotní péče byl tedy totální, ve vztahu ke zdravotnickým pracovníkům pak záměrný. Jedním z výzkumných nástrojů šetření byl standardizovaný dotazník, který již byl využit v projektu DUQuE „Deepening our understanding of quality improvement in Europe“, dotazník D – Systémy zlepšování kvality v evropských nemocnicích (Dotazník pro manažery kvality / koordinátory). Projekt DUQuE byl podpořen finančními prostředky 7. rámcového programu Evropského společenství (EP7/2007–2013) v rámci grantové dohody č. 241822. Souhlasné stanovisko s jeho použitím bylo získáno od koordinátorky projektu a vedoucí výzkumu projektu DUQuE „Deepening our understanding of quality improvement in Europe“ prof. Rosy Sunol. Dotazník v českém jazyce je k dispozici, byl použit upravený, resp. byl doplněn o vlastní otázky a zároveň byl zkrácen. Takto upravený dotazník již v ČR použila PhDr. Radka Pokojová, Ph.D. (2018) při zpracování své disertační práce, ta též udělila souhlas s použitím dotazníku. Data v tomto článku byla získána z odpovědí na otázky nestandardizovaných dotazníků, otázky směřovaly do oblastí provádění auditů vedení dokumentace a vedení dokumentace o katetrizaci a péči o katetr. Dotazníky byly uzpůsobeny pro sběr dat online, vzhledem k uvedenému byl zkušebně proveden export dat a relevantnost byla ověřena statistikem. Před začátkem výzkumu byla realizována pilotáž u čtyř poskytovatelů zdravotní péče, na základě připomínek pak byla provedena úprava otázek.

Výsledky: Výzkum zjišťoval, jak je v nemocnicích poskytujících akutní lůžkovou péči v ČR vedena dokumentace o močové katetrizaci, jaké údaje jsou evidovány a zda jsou prováděny audity dokumentace. Dále byl sledován vztah mezi vedením dokumentace o katetrizaci a péči o pacienta s močovým katetrem a mezi jednotlivými typy nemocnic. Tabulka 1 znázorňuje četnosti odpovědí na otázky Q1 – Q10, otázky se zaměřovaly na 10 hodnocených skutečností.

- Q1: V dokumentaci pacienta je vždy zaznamenáváno datum katetrizace/rekatetrizace.
- Q2: V dokumentaci pacienta je vždy zaznamenáváno jméno zdravotníka provádějícího katetrizaci/rekatetrizaci.
- Q3: V dokumentaci pacienta je vždy zaznamenáván typ a velikost močového katetru.
- Q4: V dokumentaci pacienta je vždy zaznamenáván údaj péče o močový katetr – o hygienické péči.
- Q5: V dokumentaci pacienta je vždy zaznamenávána výměna sběrného močového systému.
- Q6: V dokumentaci pacienta je vždy zaznamenávána indikace ke katetrizaci močového měchýře.

Q7: V dokumentaci pacienta je vždy zaznamenávána komplikace katetrizace močového měchýře.

Q8: V dokumentaci pacienta je vždy zaznamenáván odběr moči na laboratorní vyšetření.

Q9: V dokumentaci pacienta je vždy zaznamenáván / k dispozici výsledek laboratorního vyšetření moče.

Q10: Správnost vedení zdravotnické dokumentace je ověřována auditem.

Tab. 1 Četnosti odpovědí na otázky Q1–Q10

Dokumentace katetrizace močového měchýře a péče o pacienta s močovým katetrem	vůbec nesouhlasím	nesouhlasím	částečně souhlasím	souhlasím	plně souhlasím	nevýplněno	Celkem
Q1			2	25	139	1	167
	0,0%	0,0%	1,2%	15,0%	83,2%	0,6%	100,0%
Q2	2	13	6	28	117	1	167
	1,2%	7,8%	3,6%	16,8%	70,1%	0,6%	100,0%
Q3	0	6	13	38	109	1	167
	0,0%	3,6%	7,8%	22,8%	65,3%	0,6%	100,0%
Q4		38	30	23	75	1	167
	0,0%	22,8%	18,0%	13,8%	44,9%	0,6%	100,0%
Q5	9	30	25	22	80	1	167
	5,4%	18,0%	15,0%	13,2%	47,9%	0,6%	100,0%
Q6	12	18	51	29	56	1	167
	7,2%	10,8%	30,5%	17,4%	33,5%	0,6%	100,0%
Q7	4	8	30	46	78	1	167
	2,4%	4,8%	18,0%	27,5%	46,7%	0,6%	100,0%
Q8		2	9	30	125	1	167
	0,0%	1,2%	5,4%	18,0%	74,9%	0,6%	100,0%
Q9			4	32	130	1	167
	0,0%	0,0%	2,4%	19,2%	77,8%	0,6%	100,0%
Q10	2	7	13	34	110	1	167
	1,2%	4,2%	7,8%	20,4%	65,9%	0,6%	100,0%

Testována byla hypotéza:

H_0 : Míra souhlasu s tvrzením o dokumentaci katetrizace močového měchýře a péči o pacienta s močovým katetrem se mezi jednotlivými typy nemocnic neliší.

H_1 : Míra souhlasu s tvrzením o dokumentaci katetrizace močového měchýře a péči o pacienta s močovým katetrem se mezi jednotlivými typy nemocnic liší.

Vzhledem k nízké četnosti odpovědí ve většině kategorií musely být kategorie spojeny do 2 nových kategorií – souhlasím („částečně souhlasím“, „souhlasím“ a „plně souhlasím“) a nesouhlasím („vůbec nesouhlasím“ a „nesouhlasím“). Kategorie „nevyplněno“ byla vyloučena z testování. I po těchto úpravách nebyla u části otázek splněna podmínka maximálně 20 % polí s očekávanou četností menší než 5, proto u nich nebyl test proveden a v tabulce níže u nich p-hodnota není vypočtena. U první a deváté podotázky se dokonce nevyskytl nikdo, kdo by odpověděl záporně.

Pro testování závislosti na typu pracoviště nesplnila podmínku (maximálně 20 % polí s očekávanou četností méně než 5) ani jedna odpověď. Výsledky χ^2 -testu ukázaly, že jako statisticky významné se jeví 2 odpovědi – podle typu nemocnice se liší odpovědi na otázku, zda je do dokumentace vždy zaznamenáván údaj péče o močový katetr Q4 (p-hodnota = 0,010, G = 13,253) a zda je vždy zaznamenávána výměna sběrného močového systému Q5 (p-hodnota = 0,002, G = 17,196). Následují kontingenční tabulky (tabulka 2 a 3) pro znázornění rozdílů.

Tab. 2 Kontingenční tabulka sledující závislost zaznamenávání údajů péče o močový katetr (Q4) na typu nemocnice

		...v dokumentaci pacienta je vždy zaznamenáván údaj péče o močový katetr – o hygienické péči		Celkem
		Nesouhlasí	Souhlasí	
Typ nemocnice, ve které pracujete:	fakultní nemocnice (zřizovatel stát)	8	38	46
		17,4 %	82,6 %	100,0 %
	krajská nemocnice (zřizovatel kraj)	6	23	29
		20,7 %	79,3 %	100,0 %
	městská nemocnice (zřizovatel město)	9	10	19
		47,4 %	52,6 %	100,0 %
	nemocnice soukromého typu (s.r.o., a.s. apod.)	3	33	36
		8,3 %	91,7 %	100,0 %
	oblastní (bývalá okresní) nemocnice (zřizovatel kraj)	9	19	28
		32,1 %	67,9 %	100,0 %
Celkem		35	123	158
		22,2 %	77,8 %	100,0 %

S tvrzením, že v dokumentaci pacienta je vždy zaznamenáván údaj péče o močový katetr, více souhlasili respondenti z nemocnic soukromého typu (91,7 %). Naopak spíše nesouhlasili respondenti z městských (52,6 %) a oblastních nemocnic (67,9 %).

Tab. 3 Kontingenční tabulka sledující závislost zaznamenávání výměny sběrného močového systému na typu nemocnice

		...v dokumentaci pacienta je vždy zaznamenávána výměna sběrného močového systému.		Celkem
		Nesouhlasí	Souhlasí	
Typ nemocnice, ve které pracujete:	fakultní nemocnice (zřizovatel stát)	7	39	46
		15,2%	84,8%	100,0%
	krajská nemocnice (zřizovatel kraj)	8	21	29
		27,6%	72,4%	100,0%
	městská nemocnice (zřizovatel město)	11	8	19
		57,9%	42,1%	100,0%
	nemocnice soukromého typu (s.r.o., a.s. apod.)	5	31	36
		13,9%	86,1%	100,0%
	oblastní (bývalá okresní) nemocnice (zřizovatel kraj)	5	23	28
		17,9%	82,1%	100,0%
Celkem		36	122	158
		22,8%	77,2%	100,0%

S tvrzením, že v dokumentaci pacienta je vždy zaznamenávána výměna sběrného močového systému, více souhlasili respondenti z nemocnic soukromého typu (86,1 %), fakultních nemocnic (84,8 %) a oblastních nemocnic (82,1 %). Naopak spíše nesouhlasili respondenti z městských nemocnic (42,1 %). Dále pro zhodnocení vnitřní konzistence dat byl využit Cronbachův alfa koeficient (ozn. α), jehož hodnota pro zhodnocení dat z otázek Q1 – Q10 činí 0.803. Ke zjištění vztahu otázek byla pro každou dvojici otázek dopočtena hodnota Spearmanova korelačního koeficientu (tabulka 4). Všechny korelace uvedené v následující korelační matici jsou kladné a u všech platí, že lze zamítnout hypotézu o nulovosti Spearmanova korelačního koeficientu na hladině významnosti 5 % a přijmout alternativu, že je odlišný od nuly.

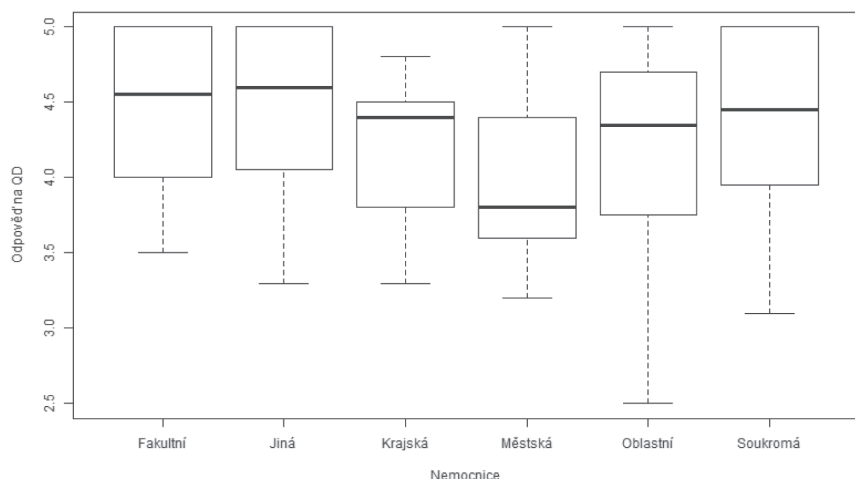
Tab. 4 Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu ke zjištění vztahu otázek Q1–Q10

	Q	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Q	1.00	0.58	0.56	0.62	0.78	0.74	0.76	0.68	0.59	0.52	0.52
Q1		1.00	0.64	0.53	0.41	0.40	0.26	0.42	0.65	0.56	0.42
Q2			1.00	0.51	0.37	0.22	0.26	0.26	0.42	0.53	0.41
Q3				1.00	0.51	0.35	0.30	0.26	0.42	0.45	0.29
Q4					1.00	0.50	0.54	0.34	0.37	0.30	0.34
Q5						1.00	0.54	0.53	0.34	0.26	0.23
Q6							1.00	0.50	0.28	0.18	0.28
Q7								1.00	0.53	0.31	0.23
Q8									1.00	0.63	0.40
Q9										1.00	0.56
Q10											1.00

Vztah každé otázky (Q1 až Q10) k celkové otázce Q byl tedy vyhodnocen jako pozitivní a v dalším vyhodnocení byla odpověď v bloku otázek vyhodnocena pomocí průměru odpovědí daného hodnotitele. Odpovědi na blok otázek Q dle typu nemocnice shrnuje následující tabulka 5 a vizualizace odpovědí je znázorněna na obrázku 1.

Tab. 5 Test vlivu typu nemocnice na odpověď

Typ	Počet	Průměr	SD	Medián
Fakultní	46	4.48	0.490	4.55
Krajská	29	4.19	0.461	4.40
Oblastní	28	4.19	0.715	4.35
Městská	19	3.97	0.514	3.80
Soukromá	36	4.40	0.574	4.45
Jiná	8	4.45	0.632	4.60

Obr. 1 Vizualizace odpovědí na otázky Q1–Q10 po jednotlivých skupinách

Jelikož normalita dat ve skupinách dle typů nemocnic byla pomocí Andersonova-Darlingova testu zamítnuta, byl pro test, zda se hodnocení ve skupinách liší, nebo nikoliv, zvolen Kruskal-Wallisův test. Výsledná p-hodnota tohoto testu je 0.010 a hypotéza H_0 o shodě hodnocení dle typu nemocnic byla zamítnuta a byla přijata alternativa H_1 , že hodnocení ve skupinách (alespoň dvou) lze považovat za odlišné. V provedených post hoc testech byl výzkumem na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ identifikován statisticky významný rozdíl mezi fakultními (medián hodnocení 4.55) a městskými nemocnicemi (medián hodnocení 3.80). Samostatně byla ještě respondentům položena otázka: „Je prováděn pravidelně audit zdravotnické dokumentace zaměřený na provedení záznam o potřebě/indikaci katetrizace močového měchýře?“ a byla ještě testována hypotéza ve tvaru:

H_0 : Pravidelné provádění auditu zdravotnické dokumentace zaměřeného na provedení záznam o potřebě katetrizace se mezi jednotlivými typy nemocnic neliší.

H_1 : Pravidelné provádění auditu zdravotnické dokumentace zaměřeného na provedení záznam o potřebě katetrizace se mezi jednotlivými typy nemocnic liší.

Realizovaný výzkum (hladina významnosti $\alpha = 0,05$) nepotvrdil statisticky významný rozdíl mezi nemocnicemi a prováděním pravidelného auditu zdravotnické dokumentace, výsledky χ^2 -testu (p -hodnota = 0,497) toto prokázaly.

DISKUZE

Cílem článku je prezentovat dílčí data výzkumu, který byl realizován za účelem zjištění způsobu řízení rizik v oblasti prevence CAUTI v nemocnicích poskytujících akutní lůžkovou péči v České republice. Prezentovány jsou výsledky týkající se vedení dokumentace

o močové katetrizaci a provádění auditů dokumentace související s katetrizací. Dále byl sledován vztah mezi jednotlivými typy nemocnic a evidencí údajů v dokumentaci o katetrizaci a péči o pacienta s močovým katetrem. V článku nebude diskutována statisticky významná souvislost mezi typy nemocnic a vedením dokumentace. Výstupy kvantitativního výzkumu, jejichž část je prezentována v článku, budou doplněny ještě kvalitativním šetřením – rozhovory s managery kvality k ozřejmění výstupů kvantitativní části výzkumu. Carter et al. (2014), Jindrák et al. (2014), Powers (2016), Underwood (2015), Yatim et al. (2016) uvádějí, že více než 80 % CAUTI vzniká v souvislosti se zavedeným močovým katetrem, rizikovými oblastmi ošetrovatelské péče v této souvislosti je nekvalitní péče o pacienta s močovým katetrem, nedostatečná péče o sběrný systém a nedodržování aseptických postupů při katetrizaci močového měchýře (Sujijantarat et al., 2005; Jirouš, 2012; Underwood et al., 2015; Andreessen et al., 2012; Jain et al., 2015), dále je rizikem i nedostatečné dokumentování skutečnosti zavedeného katetru. Preventabilita CAUTI je poměrně vysoká, jako efektivní se ukázala multifaktoriální opatření. Studie publikované např. autory jako Fuchs et al. (2011), Oman et al. (2012), Andreessen et al. (2012), Carter et al. (2014), Purvis et al. (2014), Alexantis and Broome (2014), Underwood (2015), Quinn (2015), Yatim et al. (2016), McCoy et al. (2017), Johnson et al. (2016), Zurmehly (2018) mapují zavádění preventivních opatření CAUTI, součástí prevence bylo i zavedení jednotné dokumentace katetrizace, většinou s funkcí připomenutí přehodnocení nutnosti katetrizace. V prospektivní kohortové studii, jejíž výsledky publikoval Kim et al. (2017), byl zaveden pouze protokol k přehodnocení indikace katetrizace a dokumentování katetrizace jako jediný komponent prevence, studie se zaměřila právě na aspekt nesprávné indikace katetrizace, prodlužování katetrizace a nekompletní vedení dokumentace o katetru. Studie probíhala v šesti nemocnicích, po zavedení protokolu s jasnými kritérii při přehodnocení indikace a vedením data katetrizace se jejich počet snížil (Kim et al., 2017). Výsledky výzkumu týkající se vedení dokumentace o katetrizaci prezentované v tomto článku ukázaly, že více než 98 % respondentů souhlasilo s tvrzením, že v dokumentaci jejich pracoviště je vedeno datum katetrizace/rekatetrizace. Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections 2009 (CDC, 2019) uvádí v souvislosti s vedením dokumentace nutnost záznamů o relevantnosti indikace katetrizace močového měchýře, záznamy data katetrizace/rekatetrizace a jména zdravotníka, který výkon provedl, a dále je doporučeno evidovat údaj o datu a čase odstranění katetru. Doporučení American Association of Critical-Care Nurses (AACN, 2016) je v podstatě shodné. Jméno kompetentního zdravotníka provádějícího katetrizaci v záznamu potvrzovalo více než dvě třetiny dotázaných. Dle více než 90 % souhlasných odpovědí uvádělo vedení záznamů o velikosti a typu močového katetru ve zdravotnické dokumentaci. Underwood (2015) zjišťovala účinnost zavedených intervencí, jejichž součástí byla i implementace systému HOUDINY, který slouží k přehodnocení indikace katetrizace. Dále do dokumentace bylo doplněno šest zásad prevence CAUTI při ošetrování, důraz byl dán rovněž na fakt, že je nutná evidence data a času katetrizace. Pro úplnost dokumentace bylo nutné zaznamenat péči o katetr (četnost a typ péče) a dle standardu nemocnice po zavedení močového katetru doložit/dokumentovat průchodnost katetru, kontroly ústí močové trubice, správné zavěšení sběrného sáčku, reakce pacienta, fixaci hadice sběrného vaku

ke stehnu, vzhled a množství moče (Underwood, 2015). Současně se zavedením dokumentace byly aktualizovány standardy péče nebo zavedeny nové a proběhlo vzdělávání zdravotníků. Postimplementační výstupy prokázaly 14 % snížení využití katetru ($p = 0,001$) a pokles případů CAUTI o 19 % ($p = 0,95$). Alexantis a Broome (2014) popisují zavedení dokumentace o katetrizaci, která kromě informací doporučených CDC (2019) obsahovala i zápis o edukaci pacienta či příbuzných o péči o katetr a prevenci CAUTI. Je potřeba také zmínit zajímavý fakt z našeho výzkumu, a to, že v případě zápisů o prováděné péči o močový katetr více souhlasili respondenti z nemocnic soukromého typu (91,7 %). Naopak spíše nesouhlasili respondenti z městských (52,6 %) a oblastních nemocnic (67,9 %). V tomto případě byla prokázána statisticky významná závislost typu nemocnice a vedených záznamů. Zjišťována byla i skutečnost, zda je v dokumentaci pacienta zaznamenávána výměna sběrného močového systému, zde více souhlasili respondenti z nemocnic soukromého typu (86,1 %), fakultních nemocnic (84,8 %) a oblastních nemocnic (82,1 %). Naopak spíše nesouhlasili respondenti z městských nemocnic (42,1 %). Underwood (2015) zmiňuje, že v protokolu o katetrizaci bylo doplněno i upozornění na správné umístění sběrného sáčku, povinností zdravotníků bylo pak evidovat, zda systém sběrného sáčku zůstal uzavřen. Na dotaz, zda je v dokumentaci pacienta vždy zaznamenávána indikace ke katetrizaci močového měchýře, záporně odpovědělo 18 % respondentů, částečně souhlasilo 30,5 % a pozitivní potvrzení skutečnosti (souhlas či plný souhlas) vyjádřila polovina dotázaných. Jedním z rizikových faktorů vzniku CAUTI je prolongovaná katetrizace, která většinou souvisí s absencí přehodnocování nutnosti katetrizace (Jindrák et al., 2014). Ve studiích uvedených již v úvodu diskuze (Fuchs et al., 2011; Oman et al., 2012; Andreessen et al., 2012; Carter et al., 2014; Purvis et al., 2014; Alexantis a Broome, 2014; Underwood, 2015; Quinn, 2015; Yatim et al., 2016; McCoy et al., 2017; Johnson et al., 2016; Kim et al., 2017; Zurmehly, 2018) byla jako součást prevence zaváděna dokumentace o katetrizaci s funkcí připomenutí přehodnocení ke katetrizaci. V případě studie prezentované Underwoodem (2015) a Yatimem et al. (2016) byla zavedena dokumentace, ve které byl pro zhodnocení indikace katetrizace využit tzv. HOUDINY systém (indikace: Hematurie, Obstrukce, Urologická operace, Dekubitus u inkontinentních pacientů, I – měření diurézy, N – komfort v paliativní péči, Imobilita). Zavedení protokolu Duke Infection Control s algoritmem posouzení indikace ke katetrizaci pro každodenní přehodnocení potřeby katetrizace bylo prezentováno Fuchsem et al. (2011). Rozhodně ojedinelou je dokumentace implementovaná ve studii prezentované Johnsonem et al. (2016), neboť ta obsahovala kritéria indikace katetrizace, která může přehodnotit sestra a rozhodnout o tom, že indikace pominula. Je dán i seznam indikací, kdy sestra přehodnotí nutnost katetrizace, ale odstranění katetru indikuje lékař. V kvalitativní studii prováděné Quinnovou et al. (2019) byly při rozhovorech identifikovány dlouhodobé překážky při přehodnocování indikace ke katetrizaci a odstraňování katetrů bez relevantní indikace. Problémy byly zejména v nepřehlednosti a nedostupnosti dokumentace (chyběla IT technika/tablety), nebyly k dispozici jednotné a jasné záznamy, nebyly jasné stanoveny kompetence zdravotníků v případě přehodnocování katetrizace, odstranění katetru nebylo stanoveno jako priorita a mezi zdravotníky byly identifikovány komunikační bariéry (Quinn et al.,

2019). Výzkum prezentovaný v článku ukázal, že záznamy o komplikacích katetrizace jsou prováděny na dvou třetinách pracovišť, negativně odpovědělo 7 % respondentů. Evidence odběrů moče na laboratorní vyšetření a výsledků laboratorního vyšetření moče potvrdilo více než 90 % dotázaných, v souvislosti s tímto je potřeba zmínit činnost multidisciplinárních týmů prevence HAI, které popisují např. Fuchs et al. (2011), Andreessen et al. (2012), Parry et al. (2013), Purvis et al. (2014), Kim et al. (2017), Wanat et al. (2020) a další. Členové těchto týmů evidují infekce, kontrolují péči a jsou nápomocní v zavádění preventivních opatření. Vedení dokumentace, resp. správnost vedení dokumentace je kontrolována auditem dle 86,3 % dotázaných v našem výzkumu. V souvislosti s implementací záznamů o katetrizaci do zdravotnické dokumentace Zurmehly (2018) popisuje v předimplementační fázi kvazi-experimentální studie zavedení dokumentace v elektronickém systému nemocnice s funkcí 12 hodinového připomenutí přehodnocení indikace. Pro efektivní vedení dokumentace je jednoznačně doporučována v celé nemocnici jednotná forma dokumentace v klinickém informačním systému. Parry et al. (2013) dodává, že poté, co byla v nemocnici zavedena jednotná dokumentace o katetrizaci elektronicky, za 36 měsíců se snížil počet katetrových dnů o 50 % a počet CAUTI o 70 %. Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA, 2020) uvádí nutnost spolupráce odborníků a zařazení informačních technologií na podporu surveillance CAUTI jako velmi silné doporučení prevence infekcí. Uvedené pak umožňuje nejen statistické zpracování dat, jako je počet případů CAUTI, katetrových dnů, ale i možnost průběžného auditování dokumentace a podpora dohledu CAUTI. Provádění auditů je jedním z kroků hodnocení účinnosti preventivních opatření, v tomto případě konkrétně prevence CAUTI (Burnett, 2018).

ZÁVĚR

V případě prevence infekcí močových cest spojené s katetrem podle McNeilla (2017) je zásadní role ošetrovatelské péče. Péče o nemocného s močovým katetrem a samotný výkon katetrizace musí být realizován dle platných standardních postupů a obojí musí být dokumentováno. Zpracováním dat z výzkumu se ukázalo, že vedení záznamů v případě data katetrizace, jména zdravotníka provádějícího výkon, evidence velikosti a typu močového katetru potvrzuje více než 90 % respondentů. Se skutečností záznamu o péči zdravotníků o močový katetr nesouhlasila čtvrtina respondentů. Téměř polovina dotázaných pouze částečně souhlasila či nesouhlasila se záznamem indikace ke katetrizaci močového měchýře. Provedeným výzkumem byl identifikován statisticky významný rozdíl ve vedení dokumentace katetrizace močového měchýře a péči o pacienta s močovým katetrem (v otázkách, zda je do dokumentace vždy zaznamenáván údaj péče o močový katetr a zda je vždy zaznamenávána výměna sběrného močového systému) mezi fakultními a městskými nemocnicemi, naopak v otázce pravidelného auditu zdravotnické dokumentace výzkumem statisticky významný rozdíl mezi nemocnicemi potvrzen nebyl. Autoři článku se budou právě problematice evidence indikací močové katetrizace dále věnovat. Lze však konstatovat, že důsledné vedení zdravotnické dokumentace

v jednotné podobě jako součást nemocničního systému je důležitým aspektem prevence CAUTI. Takto vedená dokumentace je dostupná pro kompetentní zdravotníky, předávání informací o pacientovi je jasné, podstatou je důsledně vedená dokumentace. Data o katetrizaci vedená elektronicky jsou dostupná statistickému zpracování při sledování indikátorů kvality, kompletnost záznamů může být průběžně kontrolována.

Literatura

AACN Practice Alert. Prevention of catheter-associated urinary tract infections in Adults. *Crit Care Nurse*. 2016, vol. 36, no. 4, p. 9–11. Available from: <https://doi.org/10.4037/ccn2016208>.

ALEXANTIS, I. and BROOME, B. Implementation of a Nurse-Driven Protocol to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections. *J of Nursing Care Quality*. 2014, vol. 29, no. 3, p. 245–252. Available from: <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000041>.

ANDREESSEN, L., WILDE, P. and HERENDEEN, P. Preventing catheter-associated urinary tract infections in acute care. *J Nurs Care Qual*, 2012, vol. 27, no. 3, p. 209–217. Available from: <https://doi.org/10.1097/ncq.0b013e318248b0b1>.

BUENETT, E. Effective infection prevention and control: the nurse's role. *Nurs Stand*. 2018, vol. 33, no. 4, p. 68–72. Available from: <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e11171>. Epub 2018 Jul 4. PMID: 29972291.

CARTER, E. J., PALLIN, D. J., MANDEL, L., SINNETTE, C. and SCHUUR, J. D. A qualitative study of factors facilitating clinical nurse engagement in emergency department catheter-associated urinary tract infection prevention. *J Nurs Adm*. 2016, vol. 46, no. 10, p. 495–500. Available from: <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000392>.

CARTER, N. M., REITMEIER, L. and GODLOE, L. R. An Evidence-Based Approach To the Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections. *Urol Nurs*. 2014, vol. 34, no. 5, p. 238–45. PMID: 26298933.

FUCHS, M. A., SEXTON, D. J., THORNLOW, D. K. and CHAMPAGNE, M. T. Evaluation of an evidence-based, nurse-driven checklist to prevent hospital-acquired catheter-associated urinary tract infections in intensive care units. *J Nurs Care Qual*. 2011, vol. 26, no. 2, p. 101–109. Available from: <https://doi.org/10.1097/ncq.0b013e3181fb7847>. PMID: 21037484.

JAIN, M., DOGRA, V., MISHRA, B., THAKUR, A. and LOOMBA, P. S. Knowledge and attitude of doctors and nurses regarding indication for catheterization and prevention of catheter-associated urinary tract infection in a tertiary care hospital. *Indian J Crit Care Med.* 2015, vol. 19, no. 2, p. 76–81. Available from: <https://doi.org/10.4103/0972-5229.151014>.

JINDRÁK, V., HEDLOVÁ, D. a URBÁŠKOVÁ, P. *Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici*. Praha: Mladá fronta, 2014, s. 709. ISBN 978-80-204-2815-8.

JIROUŠ, J. *Prevence infekce močových cest. Česká společnost nemocniční epidemiologie a hygieny* [online]. 2012. [cit. 20. 12. 2020]. Dostupné z: https://www.sneh.cz/_soubory/_clanky/30.pdf.

JOHNSON, P., GILMAN, A., LINTNET, A. and BUCKNER, A. Nurse-Driven Catheter-Associated Urinary Tract Infection Reduction Process and Protocol: Development Through an Academic-Practice Partnership. *Crit Care Nurs Q.* 2016, vol. 39, no. 4, p. 352–62. Available from: <https://doi.org/10.1097/cnq.0000000000000129>.

KIM, B., PAI, H., CHOI, W. S., et al. Current status of indwelling urinary catheter utilization and catheter-associated urinary tract infection throughout hospital wards in Korea: A multicenter prospective observational study. *PLoS ONE* [online]. 2017, vol. 12, no. 10, e0185369. [cit. 6. 1. 2021]. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0185369&type=printable>.

MARKOVIC-DENIC, L., MIJOVIC, B. and JANKOVIC, S. Risk factors for hospital-acquired urinary tract infection: a case-control study. *Int Urol Nephrol.* 2010, vol. 43, 303–308. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11255-010-9828-2>.

McCOY, C. et al. Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Implementing a protocol to decrease incidence in oncology populations. *Clinical Journal of Oncology Nursing.* 2017, vol. 21, no. 4, p. 460–465. Available from: <https://doi.org/10.1188/17.cjon.460-465>.

McNEILL, L. Back to basics: How evidence-based nursing practice can prevent catheter-associated urinary tract infections. *Urol Nurs.* 2017, vol. 37, no. 4, p. 204–206. Available from: <https://doi.org/10.7257/1053-816X.2017.37.4.204>.

OMAN, K. S., MAKIC, M. B. F., FINK, R. et al. Nurse-directed interventions to reduce catheter-associated urinary tract infections. *American Journal of Infection Control.* 2012, vol. 40, no. 6, p. 548–553. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.07.018>.

PARRY, M. F., GRANT, B. and SESTOVIC, M. Successful reduction in catheter-associated urinary tract infections: Focus on nurse-directed catheter removal. *Am J Infect Control*. 2013, vol. 41, no. 12, p. 1178–81. ISSN 0196-6553. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.03.296>.

POKOJOVÁ, R. *Bezpečnost pacienta při poskytování ošetrovatelské péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta: 2018. Vedoucí práce S. BÁRTLOVÁ.

POWERS, J. Impact of an aseptic procedure for breaking the integrity of the urinary drainage system on the development of catheter-associated urinary tract infections in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016, vol. 37, p. 82–85. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.06.003>.

PURVIS, S., GION, T., KENNEDY, G., REES, S., SAFDAR, N., et al. Catheter-associated urinary tract infection: a successful prevention effort employing a multipronged initiative at an academic medical center. *J Nurs Care Qual*. 2014, vol. 29, no. 2, p. 141–148. Available from: <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000037>.

QUINN, M., AMELING, J. M., FORMAN, J., et al. Persistent Barriers to Timely Catheter Removal Identified from Clinical Observations and Interviews. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2019, vol. 46, no. 2, p. 99–108. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.10.004>.

QUINN, P. Chasing Zero: A Nurse-Driven Process For Catheter-Associated Urinary Tract Infection Reduction in a Community Hospital. *Nurs Econ*. 2015, vol. 33, no. 6, p. 320–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6706244/pdf/nihms971160.pdf>. PMID: 26845820.

SHEA. Society for Healthcare Epidemiology of America. *Healthcare-Associated Infections GUIDELINES Pocket Card. A Compendium of Prevention Recommendations SHEA, IDSA, AHA, APIC* [online]. [cit. 20. 12. 2020]. The Joint Commission. Available from: <https://www.shea-online.org/index.php/practice-resources/shea-pocket-guidelines>.

SUJIJANTARARAT, R., BOOTH, R. Z. a DAVIS, L. L. Nosocomial Urinary Tract Infection Nursing-sensitive Quality Indicator in a Thai Hospital. *J Nurs Care Qual*. 2005, vol. 20, no. 2, p. 134–139. Available from: <https://doi.org/10.1097/00001786-200504000-00008>.

The Centers for Disease Control and Prevention – CDC. *Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections*. HICPAC [online]. 2009. [cit. 2. 12. 2020]. Last update: June 6, 2019. Available from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/cauti/updates.html>.

UNDERWOOD, L. The effect of implementing a comprehensive unit-based safety program on urinary catheter use. *Urol Nurs.* 2015, vol. 35, no. 6, p. 271–279. PMID: 26821447.

WANAT, M., BOREK, A. J., ATKINS, L. et al. Optimising Interventions for Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTI) in Primary, Secondary and Care Home Settings. *Antibiotics (Basel)*. 2020, vol. 9, no. 7, p. 419. Available from: <https://doi.org/10.3390/antibiotics9070419>. PMID: 32709080; PMCID: PMC7399982.

YATIM J., WONG K-S., LING M-L. et al. A nurse-driven process for timely removal of urinary catheters. *Int J Urol Nurs.* 2016. vol. 10, no. 3, p. 167–172. Available from: <https://doi.org/10.1111/ijun.12113>.

ZURMEHLY, J. Implementing a Nurse-Driven Protocol to Reduce Catheter-Associated Urinary Tract Infections in a Long-Term Acute Care Hospital. *J Contin Educ Nurs.* 2018, vol. 49, no. 8, p. 372–377. Available from: <https://doi.org/10.3928/00220124-20180718-08>. PMID: 30053308

Kontakt

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

DETERMINANTY SYNDRÓMU DIABETICKEJ NOHY

DIABETIC LEG SYNDROME DETERMINANTS

Mária Šupínová¹, Elena Janiczeková¹, Júlia Jankovičová^{1,2}

Abstrakt

Východiská: Syndróm diabetickej nohy (SDN) je jednou z najčastejších neskorých komplikácií diabetu, ktorý významne ovplyvňuje kvalitu života pacientov s diabetom.

Ciel: Cieľom príspevku je interpretovať výsledky analýzy pôsobiacich determinantov u pacientov so syndrómom diabetickej nohy.

Metódy: Bola použitá metóda analýzy zdravotnej dokumentácie pacientov so syndrómom diabetickej nohy. Do súboru bolo zaradených 30 pacientov s dg. DM I. typu s komplikáciou syndróm diabetickej nohy.

Výsledky: Priemerný vek respondentov bol 34,67 roka. BMI mužov bol štatisticky vyšší než u žien. Priemerná dĺžka trvania DM bola 13,67 rokov, priemerná dĺžka trvania nehojacej sa rany bola 2,2 mesiaca. Hodnoty glykovaného hemoglobínu HbA1c všetkých troch meraní, aj celkových priemerných hodnôt všetkých troch meraní, štatisticky významne prekročili referenčnú hodnotu 7,5%. Hodnoty HbA1c, nesúviseli s pohlavím, vekom, ani hodnotami BMI respondentov. Bola preukázaná významná súvislosť dĺžky trvania nehojacej sa rany a hodnôt HbA1c ($r = 0,6396$) a dodržiavanie zásad stravovania a hodnôt HbA1c ($p = 0,0094 < \alpha = 0,01$).

Záver: Hladina glykovaného hemoglobínu, ako prejav kompenzácie diabetu, súvisí s výskytom a dĺžkou trvania nehojacej sa rany. Nedodržiavanie režimových opatrení svedčí o potrebe efektívnejšej edukácie pacientov s dg. diabetes mellitus, vyhľadávaní rizikových osôb ohrozených syndrómom diabetickej nohy. V prevencii a starostlivosti o diabeticnú nohu je nevyhnutný multidisciplinárny prístup.

Kľúčové slová

diabetes mellitus I. typu, syndróm diabetickej nohy, glykovaný hemoglobín, režimové opatrenia

¹ Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

² FOZOŠ SZU v Bratislave

Abstract

Background: Diabetic foot syndrome (DFS) is one of the most common late complications of diabetes, which significantly affects the quality of life of patients with diabetes.

Aim: The aim of the paper is to interpret the results of the analysis of the acting determinants in patients with diabetic foot syndrome.

Methods: The method of analysis of medical records of patients with diabetic foot syndrome was used. The group included 30 patients with dg. Type I DM with complication of diabetic foot syndrome.

Results: The average age of the respondents was 34.67 years. The BMI of men was statistically higher than that of women. The average duration of DM was 13.67 years, the average duration of non-healing wounds was 2.2 months. The glycated hemoglobin HbA1c values of all three measurements, as well as the total mean values of all three measurements, statistically significantly exceeded the reference value of 7.5%. HbA1c values were not related to gender, age, or BMI values of respondents. There was a significant correlation between the duration of the non-healing wound and HbA1c values ($r = 0.6396$) and adherence to dietary principles and HbA1c ($p = 0,0094 < \alpha = 0,01$).

Conclusion: Glycated hemoglobin levels, as a manifestation of diabetes compensation, are related to the incidence and duration of non-healing wounds. Non-compliance with regimen measures indicates the need for more effective education of patients with dg. diabetes mellitus, searching for people at risk for diabetic foot syndrome. A multidisciplinary approach is necessary in the prevention and care of diabetic foot.

Key words

diabetes mellitus I. type, diabetic foot syndrome, glycated hemoglobin, regime measures

ÚVOD

Pretože prevalencia cukrovky globálne rastie, stúpajú aj sekundárne komplikácie spojené s touto endokrinnou poruchou (Noor et al, 2015). Syndróm diabetickej nohy (SDN) je podľa WHO definovaný ako ulcerácia alebo deštrukcia tkanív distálne od členka, vrátane členkového kĺbu, spojená s rôznym stupňom ischémie a neuropatie u diabetikov. Často býva prítomná aj infekcia (Jirkovská, 2006). Porušenie harmónie v homeostáze glukózy spôsobuje podľa Noor et al (2015), hyperglykemický stav, ktorý vedie k rozvoju vaskulárnej nedostatočnosti, poškodeniu nervov a v dôsledku plantárnych tlakov a deformácie chodidla k následnej ulcerácii na dolných končatinách. Aj podľa Bandyka (2018), je SDN

spôsobený neuropatiou, traumou a u mnohých pacientov sprievodným okluzívnym ochorením periférnych artérií. Výsledkom diabetickej neuropatie je deformácia chodidla, ktorá vedie k zvýšenému tlaku na pokožku pri chôdzi. Na základe epidemiologických štúdií sa odhaduje, že SDN sa počas života vyvinie u 25 % osôb s diabetes mellitus, zatiaľ čo u 5 % až 15 % skončí amputáciou chodidla, resp. dolnej končatiny (Metelko, Crkvencič, 2013).

K SDN môžu viesť pretrvávajúce hyperglykemické stavy. Tie majú podľa Lim et al (2017), za následok tvorbu produktov, ktoré vedú k motorickej, autonómnej a senzorickej neuropatii, a teda aj k neuro-n-patickým vredom nôh. Nehojaca sa rana výrazne znižuje kvalitu života pacientov. Zásadnou mierou môže ovplyvniť mieru sebestačnosti pacientov hlavne v seniorskom veku (Virgulová, Schedová, 2013). Mnoho zdravotníckych štúdií preukázalo, že dôslednými preventívnymi opatreniami je u diabetikov možné zredukovať počet ulcerácií a amputácií dolných končatín až o 50 % (Nather et al 2018; Kmecová, 2016). Ulcerácia nôh pri cukrovke zostáva podľa autorov Phillips, Mehl (2015), najbežnejším dôvodom prijatia do nemocnice v západných krajinách. Od neuropatie po periférne vaskulárne ochorenia sú výzvy značné a môžu vyústiť do predčasného úmrtia, ale včasná diagnostika uvedenými zdravotníckymi pracovníkmi v kombinácii s podporou ľudí v starostlivosti o seba môžu pomôcť znížiť problémy s cukrovkou na zvládnuteľné rozmery. Podľa Bandyka (2018), sa odporúča multidisciplinárny prístup k starostlivosti o diabeticкую nohu, ktorý zahŕňa každoročné (trojmesačné intervaly u vysoko rizikových pacientov) hodnotenie lekárom primárnej starostlivosti a odporúčanie podiatra a cievneho chirurga.

Ciel' výskumu

Analyzovať prítomné determinanty SDN u pacientov s diagnózou diabetes mellitus I typu.

Súbor a metódy

Bola použitá metóda analýzy zdravotnej dokumentácie a dotazníka vlastnej konštrukcie. V zdravotnej dokumentácii respondentov nás zaujímali hodnoty glykovaného hemoglobínu (HbA1c), dĺžka trvania ochorenia DM typ1, výskyt akútnych a chronických komplikácií a dĺžka trvania nehojacej sa rany. Dotazníkom sme zisťovali demografické údaje, informácie o dodržiavaní režimových opatrení a dodržiavaní diabetickej diéty. Výberový súbor bol tvorený 30 respondentmi, ktorí trpeli ochorením DM I. stupňa a nehojacou sa ranou na dolnej končatine ktorí boli hospitalizovaní v nemocniciach Banskobystrického samosprávneho kraja (SR). Do súboru bolo celkovo zaradených 17 (56,67 %) žien a 13 (43,33 %) mužov.

Hodnoty glykovaného hemoglobínu sme posudzovali podľa DCCT (Diabetes Control and Complications) uvádzame v %.

Výborná kompenzácia do 6,5 %; Prijateľná kompenzácia 6,5 % – 07,5 %; Zlá kompenzácia nad 7,5 %.

Výsledky

Tab. 1 Vek respondentov

Vek	priemer	smer. odchýlka	medián	modus	min	max
ženy	31,88	15,49	26	19	19	73
muži	38,31	14,44	43	44	19	65
celkom	34,67	15,14	29,50	19	19	73

Priemerný vek žien bol nižší ako priemerný vek mužov, rozdiel však nebol štatisticky významný (Mann-Whitney test: $z = -1,3214$; $z_{krit} = -1,6449$; $p = 0,0932$).

V pracovnom pomere bolo 76,67 % (23) respondentov, 16,67 % (5) respondentov bolo na invalidnom dôchodku a 2 (6,67%) respondenti sú starobní dôchodcovia.

Tab. 2 BMI respondentov

BMI respondentov	ženy	muži	celkom
Mean	24,2055	26,6132	25,2488
Standard Error	0,9928	0,7765	0,6822
Median	22,4082	25,4694	24,8100
Standard Deviation	4,0933	2,7997	3,7364
Sample Variance	16,7553	7,8384	13,9604
Kurtosis	-0,4334	-0,2295	-0,6438
Skewness	0,7954	0,9348	0,3811
Range	14,0612	8,9022	14,4032
Minimum	17,6471	23,1481	17,6471
Maximum	31,7083	32,0503	32,0503
Sum	411,4927	345,9718	757,4645
Count	17	13	30
Confidence Level(95,0%)	2,1046	1,6919	1,3952

Priemerné BMI mužov je štatisticky významne väčšie ako priemerné BMI žien (Mann-Whitney test: $z = 2,3437$; $z_{krit} = 2,3263$; $p = 0,0095$).

Tab. 3 Doba trvania ochorenia DM

Doba trvania DM	priemer	smer. odchýlka	medián	modus	min	max
ženy	12,29	12,32	11	5	2	55
muži	15,46	7,34	19	10	4	25
celkom	13,67	10,42	11	20	2	55

Priemerná doba trvania ochorenia DM I. typu u žien je kratšia, nie však štatisticky významne. (Mann-Whitney test: $z = -1,6371$; $z_{krit} = -1,6449$; $p = 0,0508$).

76,67% (23) respondentov nefajčí, fajčí len 23,33% (7) respondentov, z nich 5 je žien a 2 sú muži.

Priemerný vek respondentov ktorí fajčia bol $33,71 \pm 15,43$ rokov; priemerný vek nefajčiarov bol $34,96 \pm 15,39$ rokov.

Tab. 4 Glykovaný hemoglobín

Glykovaný hemoglobín	1. meranie	2. meranie	3. meranie
Mean	8,9933	8,8267	8,5000
Standard Error	0,5090	0,3870	0,5022
Median	8	8,4	7,95
Mode	9,2	8,4	8,6
Standard Deviation	2,7880	2,1195	2,7509
Sample Variance	7,7731	4,4924	7,5676
Kurtosis	-0,0217	0,4616	10,3586
Skewness	1,0003	0,7173	2,7489
Range	10,6	9,1	15,1
Minimum	4,7	4,8	4,9
Maximum	15,3	13,9	20
Sum	269,8	264,8	255
Count	30	30	30
Confidence Level(95,0%)	1,0411	0,7914	1,0272

Hodnoty glykovaného hemoglobínu všetkých troch meraní, aj celkových priemerných hodnôt všetkých troch meraní, štatisticky významne prekročili referenčnú hodnotu 7,5, ktorá hovorí o neuspokojivej kompenzácii diabetu u respondentov.

Priemerná hodnota glykovaného hemoglobínu vzhľadom na pohlavie respondentov:

- ženy $8,72 \pm 2,52$
- muži $8,84 \pm 2,08$

Priemerná hodnota glykovaného hemoglobínu žien je nižšia ako priemerná hodnota glykovaného hemoglobínu mužov, rozdiel týchto hodnôt však nie je štatisticky významný (Mann-Whitney test: $p = 0,3768$).

Priemerná hodnota glykovaného hemoglobínu vzhľadom na vek respondentov:

- vek ≤ 40 rokov $8,59 \pm 2,26$
- vek > 40 rokov $9,07 \pm 2,45$

Priemerná hodnota glykovaného hemoglobínu respondentov vo veku do 40 rokov je nižšia ako priemerná hodnota glykovaného hemoglobínu respondentov vo viac ako 40 rokov, rozdiel týchto hodnôt však nie je štatisticky významný (Mann-Whitney test: $p = 0,2322$).

Priemerná hodnota glykovaného hemoglobínu vzhľadom na BMI respondentov:

- BMI v norme $8,54 \pm 2,74$
- BMI mimo normu $9,04 \pm 1,72$

Tab. 5 Glykovaný hemoglobín vzhľadom na pohlavie, vek a BMI respondentov

Hodnoty glykovaného hemoglobínu 2	testovacia štatistika	kritický obor	p hodnota
Mann - Whitney test ($\alpha = 0,05$)	z	W	p
Pohlavie: ženy vs muži	-0,3140	$(-\infty; -1,6449>$	0,3768
Vek: ≤ 40 rokov vs > 40 rokov	-0,7318	$(-\infty; -1,6449>$	0,2322
BMI: v norme vs iné ako norma	-1,2266	$(-\infty; -1,6449>$	0,1100

Hodnoty HbA1c, teda miera kompenzácie diabetu, nie je v prípade našich respondentov ovplyvnená ich pohlavím, vekom, ani hodnotou ich BMI.

Tab. 6 Prehľad dĺžky trvania rany od prítomných determinantov

Dĺžka trvania nehojacej sa rany	n	ženy	muži	vek	BMI	HbA1c
1 mesiac	9	7	2	31,11±12,04	24,53±3,55	7,47±1,82
2 mesiace	12	7	5	31,83±16,31	25,56±3,61	8,28±1,94
3 mesiace	5	1	4	40,20±11,50	24,57±5,15	10,03±2,06
4 mesiace	2	1	1	27,50±12,02	26,32±1,96	10,10±2,42
5 mesiacov	2	1	1	61,00±5,66	27,24±5,67	13,12±3,77

30 % (10) respondentov trpí nehojacou sa ranou v trvaní 1 mesiaca, 40 % (12) respondentov 2 mesiace, 16,67 % (5) respondentov 3 mesiace, 2 (6,67 %) respondentov 4 mesiace a rovnako 2 respondenti 5 mesiacov. Respondenti trpia nehojacou ranou v priemere 2,2 mesiaca.

Pearsonovým korelačným koeficientom bola preukázaná súvislosť dĺžky trvania nehojacej sa rany a hodnôt HbA1c. Jeho hodnota $r = 0,6396$, vypovedá o významnej (veľkej) závislosti týchto premenných (interpretácia korelačného koeficienta podľa Cohena).

Tab. 7 Výskyt akútnych komplikácií vzhľadom na pohlavie, vek a BMI respondentov

Výskyt akútnych komplikácií 2	testovacia štatistika	kritický obor	p hodnota
Mann - Whitney test ($\alpha = 0,05$)	z	W	p
Pohlavie: ženy vs muži	1,4240	$<1,6449; \infty$)	0,0772
Vek: ≤ 40 rokov vs > 40 rokov	0,3601	$<1,6449; \infty$)	0,3594
BMI: v norme vs iné ako norma	-0,7652	$(-\infty; -1,6449>$	0,7779

U 23,33 % (7) respondentov sa akútne komplikácie vôbec nevyskytli, u 56,67 % (17) sa vyskytnú, ale len zriedka, u 13,33 % (4) sa vyskytujú často a u 6,67 % (2) sa vyskytujú pravidelne.

Výskyt akútnych komplikácií diabetes mellitus nebol v prípade našich respondentov ovplyvnený ich pohlavím, vekom, ani hodnotou ich BMI.

Chronické komplikácie DM okrem nehojacej sa rany sa vyskytli u 8 žien a 5 mužov.

Typ komplikácie:	n	%
• porucha zraku	8	61,54
• polyneuropatia	6	46,15
• angiopatia	1	7,69
• nefropatia	1	7,69

Najčastejšou komplikáciou bola porucha zraku, ktorá sa vyskytla u 8 respondentov, u 6 žien a 2 mužov.

Dodržiavanie režimových opatrení

Diéta

23,33 % (7) respondentov uviedlo, že vždy dodržiava diabetickú diétu, 66,67 % (20) respondentov jej dodržiavanie občas poruší, 6,67 % (2) respondentov ju pravidelne porušuje a 1 (3,33 %) respondent ju málokedy dodrží.

Dodržiavanie diabetickej diéty respondentmi sa odrazilo aj na ich hodnote HbA1c.

Hodnoty HbA1c respondentov, ktorí diétu:

- vždy dodržiavajú $7,34 \pm 0,87 \%$
- občas porušia $8,89 \pm 2,34 \%$
- pravidelne porušujú alebo len málokedy dodržia $11,29 \pm 2,40 \%$

Priemerná hodnota glykovaného hemoglobínu respondentov, ktorí diabetickú diétu vždy dodržiujú, je v hraniciach uspokojivej kompenzácie diabetu, no priemerná hodnota respondentov, ktorí diétu občas porušia, hovorí už o neuspokojivej kompenzácii diabetu.

Významnosť rozdielu hodnôt je štatisticky významný (t-test) $p = 0,0094 < \alpha = 0,01$.

Aplikovanie inzulínu

Podľa odpovedí si 86,67 % (26) respondentov vždy pravidelne aplikuje inzulín, 10 % (3) respondenti pravidelnosť aplikácie inzulínu občas porušia a len 1 respondent (3,33 %) si inzulín len málokedy pravidelne aplikuje.

Pohybový režim

33,33 % (10) respondentov pohybový režim vždy dodržiava, 46,67 % (14) respondentov ho pravidelnosť občas poruší, 20 % (6) respondentov ho dodržiava len občas.

Selfmonitoring

23,33 % (7) respondentov uviedlo, že si pravidelne každý deň kontroluje glykémiu, 33,33 % (10) respondentov si ju kontroluje najmenej 4 x v týždni, 26,67 % (8) respondentov najmenej 3 x v týždni a 16,67 % (5) respondentov si ju skontroluje iba občas. Medzi respondentmi nie je nikto, kto by si glykémiu vôbec nekontroloval.

Percento respondentov, ktorí si glykémiu kontrolujú pravidelne každý deň, je štatisticky významne menšie ako percento respondentov, ktorí si ju kontrolujú nepravidelne (test zhody dvoch proporcií: $t = -4,1312$; $t_{krit} = -1,6716$; $p = 5,868 \cdot 10^{-5}$).

Kontroly u diabetológa

70% (21) respondentov pravidelne absolvuje kontroly v diabetologickej ambulancii, 26,67% (8) respondentov túto pravidelnosť občas poruší a 1 (3,33%) respondent chodí na kontroly nepravidelne.

Priemerná hodnota HbA1c respondentov ktorých návštevy v diabetologickej ambulancii sú:

- pravidelné $8,39 \pm 2,30\%$
- nepravidelné $9,67 \pm 2,16\%$

Priemerná hodnota glykovaného hemoglobínu respondentov, ktorí pravidelne navštevujú diabetologickú ambulanciu, je štatisticky významne nižšia ako priemerná hodnota respondentov, ktorí chodia na kontroly nepravidelne. Je to zrejmé z výsledku odpovedajúceho Mann-Whitney testu, ktorého $p = 0,0407 < \alpha = 0,05$.

DISKUSIA

Vo výskume bolo analyzovaných 30 respondentov – pacientov s dg DM I. typu so syndrómom diabetickej nohy. Priemerný vek respondentov bol 34,67 roka (tab.1) pričom muži zaradení do súboru mali vyššie BMI ako ženy (tab.2). Vyššie BMI sa môže podieľať na vzniku SDN aj zvýšeným tlakom na chodidlo. Z výskumu Sutkovskej et al (2019), vyplýva, že najvyšší tlak na bočnú časť nohy a chodidla sa pozoroval častejšie u žien a u pacientov s BMI ≥ 35 . Prevalencia najvyššieho tlaku na predkolenie bola častejšia u pacientov s BMI < 35 .

Dĺžka trvania ochorením DM typu I. bola 13,67 roka (tab.3). U respondentov sa okrem SDN vyskytli aj iné chronické komplikácie, hlavne retinopatia. Podľa Metelka, Crkvenčiča (2013), sa v dôsledku dlhého trvania diabetes mellitus môžu vyvinúť neskoré komplikácie. Zaznamenali sme tri merania HbA1c. Všetky výsledky meraní boli výrazom zlej kompenzácie diabetu ($> 7,5\%$) (tab.4). Hodnoty HbA1c štatisticky nesúviseli s vekom, pohlavím a BMI respondentov (tab.5). Na základe výsledkov realizovaného výskumu bola dokázaná štatistická závislosť medzi hodnotami HbA1c a dĺžkou trvania SDN (tab.6). Stále viac výsledkov štúdií dokazuje, že intenzívna kontrola glykémie oddŕaľuje nástup a spomaľuje progresiu diabetickej retinopatie, nefropatie a neuropatie u pacientov s inzulín-dependentným diabetom mellitus. Intenzívna kontrola glykémie však nesmie viesť k hypoglykémii (Lim et al. 2017).

Výskyt akútnych komplikácií diabetes mellitus nebol v prípade našich respondentov ovplyvnený ich pohlavím, vekom, ani hodnotou ich BMI (tab.7).

Na kompenzáciu diabetes mellitus sa podieľa viacero faktorov, no podľa empirických skúseností je to predovšetkým dodržiavanie diabetickej diéty. Toto konštatovanie je podporené aj faktom, že priemerné skóre glykovaného hemoglobínu respondentov, ktorí podľa šetrenia vždy dodržujú diétu, je štatisticky významne menšie ako priemerné skóre tých respondentov, ktorí diétu občas porušia. Aj podľa Lim et al (2017), je pre kompenzáciu ochorenia diabetes mellitus dôležitý pohyb, cvičenie počas sedavého zamestnania, sebakontrola telesnej hmotnosti, ukončenie fajčenia a kompenzácia glykémie. Protektívne na hodnoty HbA1c respondentov pôsobili aj pravidelné kontroly na ambulancii diabetológa.

ZÁVER

U respondentov skúmaného súboru s ochorením diabetes mellitus I. typu so syndrómom diabetickej nohy bola dokázaná štatisticky významná súvislosť medzi dĺžkou trvania nehojacej sa rany a hodnotami HbA1c. Hodnoty glykovaného hemoglobínu respondentov boli ovplyvnené nepravidelným dodržiavaním režimových opatrení. Neboli štatisticky významne ovplyvnené vekom, pohlavím ani hodnotami BMI.

V rámci prevencie a starostlivosti o rizikových pacientov ohrozených syndrómom diabetickej nohy je významná efektívna edukácia. Edukácia pacienta v rámci primárnej prevencie by mala obsahovať témy zamerané na, riziko pôsobenia prílišného hladu alebo tepla na chodidlá, starostlivý výber topánok, denné kontrolovanie chodidla, včasné odhalenie všetkých zmien chodidla alebo malých rán, denná hygiena pokožky chodidiel, ktorá musí byť čistá a vlhká používaním vhodných krémov. Aby edukácia pacientov bola efektívna, je nevyhnutný multidisciplinárny prístup diabetológa, cievneho chirurga, podiatra, lekárov a sestier a individualizovaný prístup ku každému pacientovi s diabetom mellitus.

Literatúra

BANDYK, D. F. The diabetic foot: Pathophysiology, evaluation, and treatment. *Semin Vasc Surg.* Jun–Dec 2018, vol. 31, no. 2–4, p. 43–48. DOI: 10.1053/j.semvascsurg.2019.02.001.

JIRKOVSKÁ, A. et al. *Syndrom diabetickej nohy*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 978-80-7345-095-3.

KMECOVÁ, D. Syndróm diabetickej nohy – diagnostika, prevencia a liečba. *Via practica*. [online]. 2016, č. 6, s. 187–190. ISSN 1339-424X. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/b4e618a19064cba7ccc43e229178b3ef.pdf>.

LIM, J. Z. M., LYNN, N. G. N. S., THOMAS, C. Prevention and treatment of diabetic foot ulcers. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2017, vol. 110, no. 3, p. 104–109. Available from: <https://doi.org/10.1177/0141076816688346>.

METELKO, Z., CRKVENČIĆ, N. B. Prevention of diabetic foot. *Acta Med Croatica*. 2013, Oct., vol. 67, Suppl. 1, 35–44. PMID: 24371974.

NATHER, A., CAO, S., CHEN, J. L. W., LOW, A. Y. Prevention of diabetic foot complications. *Singapore Medical Journal*. 2018, Jun, vol. 59, no. 6, 291–294. DOI: 10.11622/smedj.2018069.

NOOR, S., ZUBAIR, M., AHMAD J. Diabetic foot ulcer-A review on pathophysiology, classification and microbial etiology. *Diabetes Metab Syndr*. Jul.–Sep. 2015, vol.9, no. 3, 192–1999. DOI: 10.1016/j.dsx.2015.04.007.

PHILLIPS, A., MEHL, A. A. Diabetes mellitus and the increased risk of foot injuries. *Journal Wound Care*. 2015 May, vol. 24, no. 5, Suppl 2, 4–7. DOI: 10.12968/jowc.2015.24.Sup5b.4.

SUTKOWSKA, E., SUTKOWSKI, K., SOKOŁOWSKI, M., FRANEK, E., DRAGAN, S., Sr. Distribution of the Highest Plantar Pressure Regions in Patients with Diabetes and Its Association with Peripheral Neuropathy, Gender, Age, and BMI: One Centre Study. *Journal Diabetes Res*. 2019. DOI: 10.1155/2019/7395769.

VIRGULOVÁ, J., SCHEDOVÁ, D. Kvalita života seniorov z pohľadu miery nezávislosti. *Profese*. 2013, roč. 6, č. 1, s. 35–39. ISSN 1803-4330.

Kontakt

Doc. PhDr. Mária Šupínová, PhD.

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

PhDr. Elena Janiczeková, PhD.

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

PhDr. Júlia Jankovičová

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

KVALITA ŽIVOTA U NEMOCNÝCH S CHRONICKOU PANKREATITIDOU

QUALITY OF LIFE IN A PATIENT POPULATION WITH THE DIAGNOSIS OF CHRONIC PANCREATITIS

Lenka Zorková¹, Jana Haluzíková²

Abstrakt

Východiska: Chronická pankreatitida je oslabující, progresivní a nevyléčitelné onemocnění, vedoucí k narušení pohody a ovlivňující kvalitu života.

Cíl: Zjistit kvalitu života u nemocných s chronickou pankreatitidou. Zjistit jaké subjektivní příznaky pacienti nejčastěji vnímají, jaký je jejich vztah k alkoholu před a po onemocnění a zda kouří.

Soubor a metody: Pro účely výzkumu byla použita kvantitativní metoda, za využití standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Výzkumný soubor byl tvořen 70 respondenty z gastroenterologických ambulancí.

Výsledky: Na základě statistického zpracování lze konstatovat, že kvalita života je snížena v doméně fyzické, prožívání a sociální vztahy. V rámci doporučených režimových opatření respondenti požívají alkohol a kouří. Pacienti nedodržují doporučená režimová opatření. Ze subjektivních příznaků respondenty nejvíce obtěžuje bolest břicha.

Závěr: Dosažené výsledky potvrzují sníženou kvalitu života pacientů na spodní hranici populační normy, výsledky však nejsou výrazně nízké.

Klíčová slova

kvalita života, chronická pankreatitis, dotazník WHOQOL-Bref

Abstract

Background: Chronic pancreatitis is a debilitating, progressive and incurable disease, leading to an impaired well-being and affecting quality of life.

¹ Nemocnice Šumperk a. si

² Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav nelékařských zdravotnických studií

Aim: To determine the quality of life in patients with chronic pancreatitis. To find out what subjective symptoms are most often perceived by patients, what is their relationship to alcohol before and after the disease and whether they smoke.

Set and methods: A quantitative method was used for research purposes, through the use of a standardized WHOQOL-BREF questionnaire. The research group consisted of 70 respondents from gastroenterological clinics.

Results: Based on statistical processing, it can be stated that the quality of life is reduced in the physical domain, domains of experiencing and social relationships. Within recommended regime measures, respondents consume alcohol and smoke. Patients do not follow the recommended regimens. Of the subjective symptoms, abdominal pain disturbs the respondents the most.

Conclusion: The achieved results confirm the reduced quality of life of patients at the lower limit of the population norm, but the results are not significantly low.

Key words

quality of life, chronic pancreatitis, WHOQOL-Bref questionnaire

ÚVOD

Chronická pankreatitida je oslabující, progresivní a nevléčitelné onemocnění, vedoucí k narušení pohody a ovlivňující kvalitu života. Z hlediska epidemiologie se jedná o onemocnění, které je ve světě různorodě zastoupeno. Hlavním etiologickým faktorem je alkohol, genetické faktory. Z dalších etiologických faktorů jsou významné faktory nutriční a faktory spojené s nezdravým životním stylem, především kouření nikotinu. Riziko vzniku zvyšuje užívání analgetik, kortikoidů, některých diuretik, dalšími spouštěči mohou být hypercholesterolémie, hyperkalcémie a virové infekce (Dítě et al., 2011).

V České republice je incidence výskytu chronické pankreatitidy 7,9 %, což ji řadí na střední místo mezi evropskými zeměmi, podobně jako další střeoevropské země, například Německo. Nejvyšší zastoupení mají Skandinávské země s incidencí až 23 % (Dítě et al., 2002). Důvodem rozdílné incidence je rozdílná konzumace alkoholu v jednotlivých zemích a skutečnost, že země Skandinávie konzumují alkohol nadměrně i navzdory prohibici, a to především destiláty. Dítě et al. (2011) uvádí, že chronická pankreatitida patří mezi nemoci s mírně, ale trvale narůstající incidencí. V rámci České republiky existuje v rozšíření pankreatitidy meziregionální rozdíl, kde na Moravě je nejvyšší, jedná se zároveň o region s vyšší konzumací alkoholu (Dítě et al., 2002). Chronická pankreatitida je vysilující onemocnění spojené s bolestivou bolestí břicha, exokrinní a endokrinní nedostatečností pankreatu.

Neustále rostoucí výskyt a prevalence, častá hospitalizace, rozvoj závislosti na opioidech a předčasný odchod mladých lidí do důchodu ukazují obrovský socioekonomický dopad chronické pankreatitidy. Cílem léčby je hlavně úleva od bolesti a zlepšení kvality života, zvládání komplikací, prevence rakoviny a zachování funkce pankreatu.

Kvalita života (QoL) se stále více stává faktorem při rozhodování o léčbě u pacientů s chronickými onemocněními.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako nejen absenci nemoci, ale také přítomnost fyzické, duševní a sociální pohody. Každý z nás může mít jiný seznam složek, které jsou nezbytné pro naši kvalitu života. Kvalita života související se zdravím (HRQL) se týká oblasti celkové kvality života, které jsou ovlivněny zdravím nebo nemocí, jinými slovy, jak ovlivňuje nemoc, léčba nebo komplikace související s léčbou, fyzickou a sociální funkci pacienta a vnímaný pocit celkové pohody (Forsmark, 2006).

Chronická pankreatitida je výrazným prekurzorem vzniku karcinomu pankreatu. Kvalitě života nemocných s uvedeným onemocněním se věnovala řada zahraničních studií. Naopak v českých studiích není této problematice věnováno mnoho studií.

CÍL

Zjistit kvalitu života u nemocných s chronickou pankreatitidou. Dílčími cíli bylo analyzovat kvalitu života v doménách oblasti fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí. Zjistit jaké subjektivní příznaky pacienti nejčastěji vnímají, jaký je jejich vztah k alkoholu před a po onemocnění a zda kouří.

METODIKA

Pro účely výzkumu byla použita kvantitativní metoda, za využití standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Jde o zkrácenou verzi multidimenzionálního dotazníku, který byl vytvořen Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Původně byl vyvinutý sto položkový dotazník, který byl pro použití v klinické praxi velmi dlouhý. Byla vytvořena jeho zkrácená verze, 26 položkový WHOQOL-Bref.

Dotazník WHOQOL-Bref se skládá ze dvou samostatných položek, týkající se kvality života a celkového zdraví. Dále se otázky dělí do čtyř domén. Doména č. 1 (fyzické zdraví) se zaměřuje na hodnocení bolesti, závislosti na lékařské péči, únavu, pohyblivost, spánek, každodenní činnosti a pracovní činnost. Doména č. 2 (prožívání – psychická oblast) se zaměřuje na potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou a negativní pocity. Doména č. 3 (sociální vztahy) se zaměřuje na osobní vztahy, sexuální život, podporu přátel a osobní bezpečí. Doména č. 4 (prostředí) se zaměřuje na životní prostředí, finanční situaci, přístup k informacím, záliby, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče a dopravu. Respondenti hodnotili každou položku na Likertově škále 1–5, vyšší číslo znamená vyšší hodnocení života v dané oblasti. Výsledky dotazníku WHOQOL-Bref se vyhodnocovaly jako: a) doménové skóry, které

představují průměrný hrubý skór spočtený z příslušných položek včetně transformace na škálu od 4 do 20. b) hodnoty odpovědí dvou samostatných položek Q1 a Q2, které hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav. Vytvoření hrubých skóre domén a jejich transformace byla provedena podle metodiky Dragomirecké a Bartoňové (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Rozpětí škály u jednotlivých otázek 1–5, u domén je 4–20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života.

Při vyplňování dotazníku byla zajištěna anonymita. Průzkumné šetření probíhalo po schválení náměstkyní pro ošetrovatelskou péči v oslovených zdravotnických zařízeních.

Charakteristika souboru respondentů

Osloveni byli nemocní v gastroenterologických poradnách v rámci Moravskoslezského kraje. Kritériem pro výběr pacientů byla léčba minimálně dva měsíce s diagnózou chronická pankreatitis a respondenti starší 18 let. Celkem bylo osloveno 120 pacientů. Návratnost dotazníků byla 74 (62 %). Vyřazeny byly 4 dotazníky pro nesprávné vyplnění. Hodnoceno bylo 70 dotazníků (100 %).

Statistické zpracování

Data byla zpracována v Microsoft Excel, je použita popisná statistika, data jsou vyjádřena v absolutní a relativní četnosti. U dotazníku WHOQOL-BREF, byla získaná data porovnána s daty běžné populace, které jsou publikovány v Příručce pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Byla vypočtena standardní (směrodatná) odchylka.

VÝSLEDKY

Celkový soubor tvořilo 70 respondentů, z toho 28 žen (40 %) a 42 mužů (60 %) s diagnózou chronická pankreatitis. Sociodemografická data jsou uvedena v tab. 1.

Tab. 1 Sociodemografická charakteristika souboru

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	42	60 %
Ženy	28	40 %
Celkem	70	100 %
Věk		
19–30 let	11	16 %
31–40 let	10	14 %
41–50 let	14	20 %
51–60 let	17	24 %
61–65 let	18	26 %
Celkem	70	100 %
Vzdělání		
Základní	5	7 %
Střední odborné učiliště	23	33 %
Středoškolské s maturitou	17	24 %
Vyšší odborné	15	22 %
Vysokoškolské	10	14 %
Celkem	70	100 %

Hodnocení kvality života v jednotlivých doménách

Průměrné skóre jednotlivých položek a domén jsou uvedeny v tab. 2. V doméně č. 1 (fyzické) byla nižší kvalita v položkách bolest a nepříjemné pocity, závislost na lékařské péči, energie a únava a pracovní výkonnost. Respondenti pozitivně hodnotili pohyblivost, která byla hodnocena lépe než u běžné populace. Doména č. 2 (prožívání – psychická oblast) nižší kvalita života byla v položce negativní pocity. V doméně č. 3 (sociální vztahy) byl zjištěn nejvýznamnější rozdíl v oblasti sexuální život. V poslední doméně č. 4 (prostředí) hodnotili pacienti osobní bezpečí, životní prostředí, finanční situaci, dopravu a dostupnost zdravotní péče ohodnotili lépe jak běžná populace, hůře hodnotili přístup k informacím. Výsledky z tab. 2 ukazují, že pacienti s pankreatitidou nejlépe hodnotili doménu č. 4 (prostředí) a nejméně doménu č. 1 (fyzické zdraví).

Otázka Q 1 a Q 2 se hodnotí samostatně. V položce hodnocení kvality života (Q1) respondenti uvedli dobrou kvalitu 23 (33 %), ani špatná, ani dobrá 20 (29 %), špatnou kvalitu 15 (21 %), velmi dobrou kvalitu vnímá 8 (11 %). Jako špatnou kvalitu svého života vnímá 4 (6 %). Kvalita života je mírně snížena oproti běžnému průměru (tab. 2).

Otázku Q2 hodnotili respondenti 25 (36 %) pacientů je se zdravím nespokojeno, ani spokojen, ani nespokojen 22 (31 %), spokojeno je 13 (19 %), a 5 (7 %) velmi nespokojeno, velmi spokojeno 5 (7 %) pacientů. Spokojenost se zdravím je snížena oproti běžnému průměru (tab. 2).

Tab. 2 Srovnání jednotlivých položek a domén

	Položka	Běžná populace		Pacienti s pankreatitidou	
		průměr	STD	průměr	STD*
Q1	Kvalita života	3,82	0,72	3,22	1,08
Q2	Spokojenost se zdravím	3,68	0,85	2,82	1,04
q3	Bolest a nepříjemné pocity	4,03	1,05	2,62	1,04
q4	Závislost na lékařské péči	4,16	0,95	2,58	0,88
q5	Potěšení ze života	3,83	0,90	3,48	0,85
q6	Smysl života	3,86	0,85	3,57	0,90
q7	Soustředění	3,55	0,88	3,52	1,01
q8	Osobní bezpečí	3,24	0,79	3,74	0,85
q9	Životní prostředí	2,85	0,92	3,62	0,89
q10	Energie a únava	3,62	0,93	3,10	1,02
q11	Přijetí tělesného vzhledu	3,90	0,82	3,77	0,94
q12	Finanční situace	2,87	1,08	2,94	1,13
q13	Přístup k informacím	3,87	0,77	3,51	1,10
q14	Záliby	3,33	1,00	3,38	1,22
q15	Pohyblivost	4,27	0,84	4,31	0,93
q16	Spánek	3,61	0,99	3,24	1,03
q17	Každodenní činnosti	3,76	0,78	3,42	1,03
q18	Pracovní výkonnost	3,76	0,80	3,31	1,10
q19	Spokojenost se sebou	3,57	0,76	3,44	1,10
q20	Osobní vztahy	3,75	0,91	3,62	1,13
q21	Sexuální život	3,64	1,07	3,24	1,36
q22	Podpora přátel	3,85	0,80	3,77	1,07
q23	Prostředí v okolí bydliště	3,54	0,86	3,71	1,04
q24	Dostupnost zdravotní péče	3,70	0,79	4,01	0,88
q25	Doprava	3,19	1,07	3,92	1,05
q26	Negativní pocity	3,47	0,95	2,57	1,06

dom1	Fyzické zdraví	15,55	2,55	13,88	3,17
dom2	Prožívání	14,78	2,43	14,15	3,33
dom3	Sociální vztahy	14,98	2,89	14,19	4,42
dom4	Prostředí	13,30	2,08	14,42	3,40

Zjišťovali jsme subjektivní příznaky, které pacienty nejvíce obtěžují.

Tab. 3 Jaký příznak Vás nejvíce obtěžuje?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Bolest břicha	17	24 %
Nechutenství	10	14 %
Říhání	7	10 %
Bolest zad	6	9 %
Nadýmání	6	9 %
Nucení na zvracení	5	7 %
Zvracení	5	7 %
Průjmy	5	7 %
Žádné	5	7 %
Pocit plnosti	4	6 %
Celkem	70	100 %

Nejvíce pacienty obtěžují bolesti břicha, nechutenství a říhání.

Tab. 4 Příjem alkoholu před a po onemocnění

	Požívání alkoholu před onemocněním		Požívání alkoholu po onemocněním	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Denně	12	17,2	3	4,3
1 x týdně	20	28,6	7	10
1x měsíčně	9	12,8	8	11,5
Příležitostně	28	40	29	41,4
Abstinent	1	1,4	23	32,8
Celkem	70	100	70	100

Dále jsme porovnávaly, do jaké míry požívali respondenti alkohol před onemocněním a zda se jejich vztah k alkoholu změnil po onemocnění (tab. 4).

V položce, zda respondenti kouří, byly odpovědi poměrně vyrovnané. 26 respondentů (37 %) kouří, ale snaží se kouření omezit, 22 respondentů (31 %) kouří dál, jak byli zvyklí, 11 respondentů (16 %) nekouří vůbec a 11 respondentů (16 %) přestalo, jakmile se u nich nemoc projevila.

DISKUZE

Chronická pankreatitida významně zhoršuje kvalitu života pacientů. Onemocnění je doprovázeno subjektivními a objektivními příznaky např. bolesti břicha, nízká tělesná hmotnost, nechutenství, únava, průjem aj. Chceme-li posuzovat kvalitu života pacientů s chronickou pankreatitidou, musíme brát v úvahu jeho subjektivní hodnocení a spokojenost se životem.

Otázky Q1 a Q2 se hodnotí samostatně. Výsledky výzkumného šetření nám ukazují, že pacienti s chronickou pankreatitidou hodnotí kvalitu života jako dobrou nebo jako ani dobrou ani špatnou a špatnou. Kvalita života je mírně snížena oproti normální populaci. Při hodnocení otázky Q 2 nejvíc respondentů hodnotilo, že je se zdravím nespokojeno a ani spokojeno ani nespokojeno (tab. 1). Spokojenost se zdravím je snížena oproti běžnému průměru. Obě položky prokazují rozdíl mezi běžnou populací a pacienty s chronickou pankreatitidou.

Při hodnocení domény fyzické zdraví, kde jsme zaznamenaly výrazně nižší hodnoty oproti zdravé populaci v položkách spokojenost se zdravím, bolest a nepříjemné pocity. Štaudová, Žáková a Dragomirecká (2001) sledovaly kvalitu života u pacientů s chronickou pankreatitidou, kdy použily dotazník SQUALA a uvádějí pokles hodnot v doménách zdraví a fyzická soběstačnost. Wehler et al. (2004) sledovali kvalitu života u pacientů s chronickou pankreatitidou, jako hodnotící nástroj použili SF 36. Zjistili snížení ve všech doménách, nejvýrazněji byla ovlivněna fyzická a emocionální stránka. Autoři uvádějí, že k snížení fyzického skóre mohou přispět příznaky onemocnění např. bolest, chronický průjem, nízká hmotnost aj.

Pacienti nejlépe hodnotili doménu prostředí, průměrné skóre je mírně lepší než u běžné populace a respondenti vnímají své prostředí jako vyhovující. Při analýze odpovědí byla prokázána lepší kvalita života v oblasti osobního bezpečí, životní prostředí, dostupnost zdravotní péče a doprava. Výrazný vzestup zaznamenáváme u dvou položek, kvalita dostupnosti zdravotní péče a doprava (tab. 2). Můžeme se domnívat, že lepší průměrné skóre u dostupnosti dopravy a zdravotní péče, než u běžné populace je zapříčiněno pravidelným docházením či dojížděním do zdravotnických zařízení. Naopak při hodnocení položky negativní pocity je průměrné skóre nižší než u běžné populace. K podobným výsledkům dospěly Štaudová, Žáková a Dragomirecká (2001). Czako et al. (2003) uvádějí, že respondenti dosáhli vyšší úrovně sociálního fungování a finanční situace.

V doménách sociálních vztahů a prožívání se výsledky významně nelišily od běžného průměru zdravé populace.

Mokrowiecka, Pinkowski and Malecka-Panas (2011) uvádí, že chronická pankreatitida je oslabující porucha, která způsobuje nejen bolest a endo/exokrinní nedostatečnost, ale souvisí také s některými sociálními problémy. Závažnost příznaků souvisejících s chronickou pankreatitidou je spojena s funkčním stavem a pohodou nemocného (Wehler et al., 2004).

Snížení kvality života ve všech oblastech uvádí Pezzili et al. (2006), Wehler et al. (2004). Studie Mokrowiecka, Pinkowski and Malecka-Panas (2011) uvádí snížení ve všech doménách zejména pak ve vnímání zdravotního stavu, fyzického fungování a vitalitě. Zahraniční studie uvádějí, že sledování kvality se stále více stává rozhodujícím faktorem při rozhodování o léčbě u tohoto onemocnění. Kvalitu života jsme hodnotily pomocí dotazníku WHOQOL BREF, nepodařilo se nám dohledat studie, které by tento dotazník použily. Nejčastěji používaným hodnotícím nástrojem byly dotazníky Subjective Quality of Life Analysis (SQUALA), SF 36, SF 12 a The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) v kombinaci s Pancreatic Cancer Module QLQ-PAN26 (Chrastina a Bednářová, 2014). Mokrowiecka et al. (2010) k hodnocení kvality života použili jako hodnotící nástroj dotazník EORTC QOL-C30 a dotazník PAN26. Původně byl dotazník vyvinut pro rakovinu pankreatu, C30/PAN26 byl validizován pro chronickou pankreatitidu. Autoři uvádějí snížení kvality života a významnou negativní korelaci mezi průměrným skórem QoL a indexem bolesti ve všech doménách ($p < 0,01$, $p < 0,05$). Jako nejdůležitější faktory uvádějí index bolesti, BMI a dobu trvání nemoci. Tento dotazník poučil také Czako et al. (2003) a sledovali pacienty, kterým byla podávána substituční léčba pankreatickými enzymy. U těchto pacientů došlo k snížení rozsahu steatorrhy a bolesti, ale také se významně zlepšila řada dalších příznaků a QoL pacienta. Individuálně přizpůsobená enzymová substituční terapie zlepšila QoL nejen u neléčených pacientů s chronickou pankreatitidou, ale také u nedostatečně léčené skupiny. Tato studie prokázala, že dotazník EORTC QLQ-C30, spolu s dalšími dvěma otázkami o steatorrhei, je užitečným nástrojem pro hodnocení QoL u pacientů s chronickou pankreatitidou.

Specifickým a novým nástrojem je Pancreatitis Quality of Life Instrument (PANQOLI). Tento nástroj vyvinuli Wassef et al. (2012), který byl popsán v multicentrické studii. Dotazník obsahuje čtyři subškály (škála emočních funkcí, škála rolí, škála fyzických funkcí a sebehodnocení) Han et al. (2018), kteří uvádějí, že kuřáci měli horší kvalitu života ve všech funkcích, včetně fyzické funkce. Dotazník nebyl validizován pro Českou republiku. Hodnotící nástroj použili také k hodnocení funkce rolí a emoční funkce.

Kvalita života související se zdravím se stává hlavním problémem při hodnocení jakéhokoli terapeutického zásahu u pacientů s chronickými nebo obtížně léčitelnými chorobami (Pezzili et al., 2006). Délka onemocnění, morfologické změny pankreatu nemají vliv na kvalitu života (Wehler et al. 2004).

Dále jsme sledovali subjektivní příznaky. Nejvíce naše pacienty obtěžuje bolest břicha, na druhém místě uvedli nechutenství. Bolest lze považovat za nejdůležitější faktor ovlivňující kvalitu života pacientů s chronickou pankreatitidou (Pezzili et al., 2006). Mnohé studie uvádějí, že u pacientů s chronickou pankreatitidou byly popsány různé typy bolestivých stavů, různé délky a intenzity. Vyvolávajícím momentem jsou dietní chyby, větší množství jídla, alkohol (Chrastina, J. a Bednářová, D., 2014). Bolest ovlivňuje

kvalitu života, fyzické zdraví, sociální interakce a psychický stav. Bolesti břicha, nízká tělesná hmotnost, ztráta práce jsou faktory související se špatným vnímáním zdravotního stavu (Mokrowiecka, Pinkowski and Malecka-Panas, 2011). Kvalita života je prioritním měřítkem výsledku u chronických neléčitelných nemocí. To také vyžaduje vysokou úroveň komunikace mezi pacientem, lékařem a sestrou a motivace k dodržování režimových opatření.

Edukace je zaměřena např. na dodržování diety, zákaz požívání alkoholu, zákaz kouření aj. Analyzovaly jsme jaký vztah mají respondenti ke konzumaci alkoholu. I když je u sledovaných respondentů prokázáno chronické onemocnění, přesto konzumují alkohol v různé míře (tab. 4). Výsledky studií realizovány autory Pezzilli et al. (2005) uvádějí, že etiologie alkoholu je u 77,4 %. Autoři dále ve studii uvádějí, že 35,4 % konzumentů i přes onemocnění dál alkohol požívá. Edukace a motivace pacientů k abstinenci je zdlouhavá a svízelná. Přesto však věříme, že není neřešitelná. Vyžaduje značnou dávku trpělivosti, a hlavně odborné pomoci. Italská studie ještě uvádí, že ve sledovaném souboru bylo 77,4 % kuřáků, a z nich 60,5 % kouří stále dál. My jsme zjistily, že před projevením nemoci kouřilo 84 % respondentů. I naši respondenti mají pozitivní vztah ke kouření. Závislosti na návykových látkách vyžadují edukaci a motivaci. Bez odborné pomoci, a především vlastního přičinění se nedají řešit. Chronická pankreatitida má obrovský sociální a osobní dopad na jedince. Onemocnění je nejčastěji způsobeno zneužíváním alkoholu v kombinaci s nikotinem (Bachmann, Izbicki and Yekebas, 2011). Zneužívání alkoholu a nezaměstnanost související s chorobami mají negativní dopad na zvládání této nemoci (Mokrowiecka, Pinkowski and Malecka-Panas, 2011).

Naše analýza má řadu limitací. Jedním z omezení studie je malá velikost vzorku, nesledování QoL u pacientů při přijetí do nemocnice a nemožnost porovnat QoL před a po vzniku onemocnění. Z výzkumu byli vyřazeni pacienti, kteří neodpověděli na všechny položky. Tím se počet původních respondentů snížil.

ZÁVĚR

Chronická pankreatitida je nevyléčitelné onemocnění, může vyžadovat mnoho klinických intervencí a častou hospitalizaci. Pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF jsme zjistily, že kvalita života u pacientů s chronickou pankreatitidou je téměř ve všech položkách snížena. Mírně zvýšenou kvalitu života jsme zaznamenaly v položkách osobní bezpečí, finanční situace, pohyblivost, záliby, prostředí v okolí bydliště. Výrazně zvýšená kvalita života je v položkách životního prostředí, dostupnosti zdravotní péče a dopravy. Doména prostředí jako jediná vykazuje výrazné zvýšení hodnot.

Literatura

BACHMANN, K., IZBICKI, J., R. and YEKEBAS, E., F. Chronic pancreatitis: odern surgical management. *Langenbecks Arch Surg.* 2011, no. 396, p. 139–149. DOI: 10.1007/s00423-010-0732-0.

CZAKÓ, L. et al. Quality of life assessment after pancreatic enzyme replacement therapy in chronic pancreatitis. *Canadian Journal of Gastroenterology.* 2003, vol. 17, no. 10, p. 597–603. ISSN 0835-7900.

DÍTĚ, P. et al. *Chronická pankreatitida. Medicína pro praxi.* 2011, roč. 8, č. 11, s. 455–458. ISSN 1803-5310.

DÍTĚ, P. et al. *Chronická pankreatitida.* Praha: Galén, 2002. ISBN 8072621483.

DRAGOMIRECKÁ, E. a BARTOŇOVÁ, J. WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace.* Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

FORSMARK, C., E. Chronic pancreatitis and quality of life. *Dig Liver Dis.* 2006, vol. 38, no. 2, p. 116–118. DOI: orrg/10.1016/j.dld.2005.10.007.

HAN, S., PATEL, B., MIN, M. et al. Quality of life comparison between smokers and non-smokers with chronic pancreatitis. *Pancreatology.* 2018, vol. 18, no. 3, p. 269–274. DOI: 10.1016/j.pan.2018.02.012.

CHRASTINA, J. a BEDNÁŘOVÁ, D. Pankreatická bolest jako dominující a determinující faktor životního stylu nemocných s chronickou pankreatitidou. *Bolest.* 2014, roč. 17, č. 4, s. 140–148. ISSN 1212-0634.

CHRASTINA, J., BEDNÁŘOVÁ, D. a LUDÍKOVÁ, L. Kvalita života nemocných s chronickou pankreatitidou-možnosti posouzení fenoménu ve výzkumu. *Kontakt.* 2015, roč. 17, č. 2, s. 103–110. ISSN 1804-7122. DOI: 10.1016/j.kontakt.2015.04.005.

MOKROWIECKA, A., PINKOWSKI, D. and MALECKA-PANAS, E. Assessment of quality of life in patients with chronic pancreatitis. *Medical Science Monitor.* 2011, vol. 17, no. 10, p. 583–588. ISSN 1234-1010.

MOKROWIECKA, A., PINKOWSKI, D. and MALECKA-PANAS, E. et al. Clinical, emotional and social factors associatedcwith quality of life in chronic pancreatitis. *Pancreatology.* 2010, vol. 10, no. 1, p. 39–46. ISSN 1424-3903.

PEZZILLI, R., LABATE, M., CECILIATO R. et al. Quality of life in patients with in chronic pancreatitis. *Digestive and liver disease*. 2005, vol. 37, no. 3, p. 181–189. ISSN 1590-8658.

PEZZILLI, R., BINI, L., FANTINI, L. et al. Quality of life in chronic pancreatitis. *World J Gastroenterol*. 2006, vol. 12, no. 39, p. 6249–6251. DOI: 10.3748/wjg.v12.i39.6249.

ŠTAUDOVÁ, M., ŽÁKOVÁ, A. a DRAGOMIRECKÁ, E. Kvalita života u nemocných s chronickou pankreatitidou. *Pracovní lékařství*. 2001, č. 1, s. 52–55. ISSN 0032-6291.

WASSEF, W et al. Pancreatitis quality of life instrument (PANQOLI): a psychometric evaluation. *Am J Gastroenterology*. 2012, vol. 107, no. 4, p. 79–80. ISSN 0002-9270.

WEHLER, M. et al. Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Chronic Pancreatitis. *American Journal of Gastroenterology* [online]. 2004, vol. 99, no. 1. [cit. 12. 12. 2013]. ISSN 0002-9270. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/466786>.

Kontakt

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Ústav nelékařských zdravotnických studií

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

jana.haluzikova@fvp.slu.cz

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

SPECIFIKA POOPERAČNÍ PÉČE U PACIENTŮ PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY

SPECIFICS OF POSTOPERATIVE CARE FOR PATIENTS AFTER AMPUTATION OF THE LOWER LIMB

Hana Heiderová¹, Zdeňka Římovská¹, Jana Žídková²

Abstrakt

Amputace dolní končetiny znamená vždy vážný zásah do pacientova života.

Cíl: Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, znalosti všeobecných sester o správně volených postupech při ošetřování pahýlu po amputaci dolní končetiny.

Metodika: Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu s využitím nestandardizovaného dotazníku.

Výsledky a diskuze: Na základě dotazníkové šetření bylo zjištěno, že všeobecné sestry mají velmi nízké znalosti o správně volených postupech při ošetřování pahýlu po amputaci dolní končetiny. Nedostatky byly identifikovány zejména v oblasti hygienické péče o pahýl a při volbě obvazové techniky bandážování.

Závěr: Adekvátní postupy při ošetřování pahýlu po amputaci dolní končetiny v pooperačním období zásadně ovlivňují proces hojení, proto je žádoucí, aby všeobecné sestry znaly a aplikovaly správné postupy.

Klíčová slova

amputace dolní končetiny, pooperační péče, ošetrovatelská péče o pahýl, všeobecná sestra

Abstract

Lower limb amputation always means a serious interference with the patient's life.

Aim: The aim of the research was to find out the knowledge of general nurses about correctly chosen procedures in the treatment of the stump after amputation of the lower limb.

¹ Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav nelékařských zdravotnických studií

² Fakultní nemocnice Ostrava

Methodology: The method of quantitative research using a non-standardized questionnaire was chosen for the research survey.

Results and discussion: Based on a questionnaire survey, it was found that general nurses have a very low knowledge of correctly chosen procedures for the treatment of the stump after amputation of the lower limb. Deficiencies were identified especially in the field of hygienic care of the stump and in the choice of bandaging technique.

Conclusion: Adequate procedures for the treatment of the stump after amputation of the lower limb in the postoperative period fundamentally affect the healing process, so it is desirable that general nurses know and apply the correct procedures.

Keywords

lower limb amputation, postoperative care, nursing care of the stump, nurse

ÚVOD

Amputace dolní končetiny je velice vážným zásahem do pacientova života, vede k zásadním změnám ve fyzické a psychické stránce člověka, kde razantně ovlivňuje osobní, rodinnou, manželskou, pracovní, ekonomickou a společenskou oblast života jedince. Amputace dolní končetiny má kromě již výše zmíněných aspektů také závažnou ošetřovatelskou a fyzioterapeutickou rovinu a staví člověka do pozice závislého na pomoci ošetřovatelského personálu. Úlohou všeobecné sestry (dále bude v práci užíván termín „sestra“) je poskytování pomoci pacientovi se zvládáním tohoto náročného období.

AKTIVITY SESTRY V RÁMCI BEZPROSTŘEDNÍ POOPERAČNÍ PÉČE

Po operačním výkonu amputace může dojít k pooperačnímu krvácení, s pomalým postupem nebo masivním krvácením z pahýlu. S ohledem na tuto možnou komplikaci, připravuje sestra k lůžku pacienta turniket (obvykle Esmarchovo obinadlo) a dostatek kompresivního obvazového materiálu, které použije při náhlém masivním krvácení z pahýlu ještě dříve, než uvědomí lékaře (Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheever, 2010). Důležitý je monitoring bolesti, lokalizace, charakteru a reakce na aplikovaná analgetika ordinovaná lékařem. Dále sestra sleduje polohu pahýlu a případné krvácení z operační rány. Pahýl po operaci setrvává položený rovně až v mírné elevaci, která je preventivním opatřením před vznikem otoku. Součástí bezprostřední pooperační péče je rovněž sledování a zapisování bilance tekutin, odchodu plynů a močení, ke kterému by mělo dojít do 8 hodin po operaci, sledování odpadu z Redonova drénu (funkčnost drénu,

množství a charakter tekutiny), nausey a případného zvracení. Nedílnou součástí je i péče o invazivní vstupy (periferní žilní katétr nebo centrální žilní katétr, permanentní močový katétr, epidurální katétr atd.), péče o klidový režim a dopomoc při hygieně na lůžku, která vychází z aktuálních potřeb pacienta (Krawczyk, Rosický, 2014).

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PAHÝL

Správně prováděné ošetřování pahýlu je základním předpokladem pro pozdější přiložení protézy, a tak i návrat ke kvalitě života přibližující se té před amputací. Hned po operaci je pahýl oteklý a bolestivý, je z něj obvykle veden Redonův drén. Součástí převazu je kontrola a zhodnocení rány s provedením výkonů dle ordinace lékaře (např. o odstranění drénu nebo stehů). V prevenci proti flekčním a abdukčním kontrakturám, které by mohly značně zkomplikovat přiložení protézy, je důležité správné polohování pahýlu. Pahýl spočívá v extenzi, addukci a mírné elevaci zajištěné polohovatelností lůžka. Výraznější elevace pahýlu v případě krvácení z pahýlu by měla po operačním výkonu trvat co nejkratší dobu. Polohování pahýlu do abdukce, externí rotace a flexe je nežádoucí. Je nutné vyvarovat se jakémukoliv podkládání pahýlu polštáři, dlahami apod. nebo jejich vkládáním mezi končetiny, které by vedlo právě ke kontrakturám (Kovařová, 2012). Tvar pahýlu se formuje již při operaci správnou operační technikou a proces formování pahýlu končí nejdříve za šest měsíců podle individuality klienta. Bandážováním se kůže stává odolnou, podkožní vazivo se zpevní a podkožní tuk postupně atrofuje (Smutný, 2013). Požadovaným výsledkem formování pahýlu je jeho kónický tvar a adaptace měkkých tkání na tah a tlak. Ke třem nejčastějším problémům, které následně výrazně ztěžují používání protézy, se řadí flekční nebo abdukční postavení pahýlu a špatně tvarovaný pahýl (Pudner, 2010). Je velmi potřebné, aby sestra pacienta nebo jeho rodinu edukovala o provádění bandážování pahýlu. Správně provedená bandáž je pevná, neskluzuje, nebolí, „nepulzuje“ a zabraňuje otokům. Variantou elastických obinadel jsou kompresivní elastické návleky, které stejnoměrně stahují a tvarují pahýl a mohou se používat časně po amputaci. V péči o pahýl je velmi důležitá zvýšená a důsledná hygienická péče o něj (Krawczyk, Rosický, 2014). Kůže pahýlu má větší sklon k otlakům, infekcím nebo plísňovým chorobám. Ideální je provádět hygienu pahýlu večer omýváním v teplé vodě masírováním nedráždivým toaletním mýdlem. Po odstranění stehů je vhodné začít s postupným otužováním pahýlu. Otužování je vhodné začít lehkým masírováním proti směru venózního proudu nejprve pomocí dlaně, později je možné použití hrubšího povrchu jako je např. froté ručník nebo žínka. K dobrému otužování pahýlu přispívá i sprchování pahýlu střídavě teplou a studenou vodou, naklepávání pahýlu měkkým kartáčkem nebo míčkování měkkým míčkem. Všechny tyto úkony je vhodné provádět vždy mezi sejmutím a další aplikací bandáže (Kovařová, 2012).

CÍL PRÁCE

Hlavním záměrem našeho výzkumného šetření bylo zjistit znalosti všeobecných sester o správně volených postupech při ošetřování pahýlu po amputaci dolní končetiny. Zajímaly nás oblasti polohování, bandážování a hygienické péče o pahýl.

METODIKA

Kvantitativní šetření bylo realizováno prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku, který byl sestaven na základě studia odborné literatury.

SOUBOR

Výběr respondentů byl záměrný, tvořily ho sestry, které poskytují ošetrovatelskou péči pacientům po amputaci dolní končetiny na lůžkových částech vybraných nemocnic Moravskoslezského kraje. Dotazníky byly respondentům předány osobně. Do šetření se zapojilo 147 sester z chirurgických oddělení a 62 sester z traumatologických oddělení, celkově se do výzkumného šetření zapojilo 209 sester. Za limitaci tohoto výzkumného šetření považuji oslovení většího počtu sester v rámci celé ČR, výzkum byl orientován pouze na znalosti sester v Moravskoslezském kraji.

VÝSLEDKY

Výzkumného šetření se zúčastnilo 209 sester z 6 nemocnic Moravskoslezského kraje. 70,3 % respondentů pracuje na chirurgickém oddělení a 29,7 % na oddělení traumatologickém. Při vyhodnocení intervencí, které sestry provádějí u pacienta před plánovanou amputací dolní končetiny, je možné konstatovat, že sestry se zaměřují především na psychický stav pacienta s cílem mírnit pacientovy obavy (39,6 %). Návlek vykonávání osobní hygieny a vyprazdňování na lůžku u pacienta před amputací byl zaznamenán u 19,9 % odpovědí, návlek chůze o berlích nebo užívání mechanického invalidního vozíku bylo zaznamenáno u 13,1 % odpovědí. 18,5 % označených odpovědí zahrnovaly možnost, že z nabízených intervencí není uplatňována ani jedna z nich. Pacienti, kteří budou podstupovat amputaci dolní končetiny, jsou mnohdy ve vážném stavu a vyššího věku, čímž mohou být sestry ve svých intervencích v rámci předoperační péče do značné míry limitovány. Amputace dolní končetiny je velmi rozsáhlým operačním výkonem, po kterém hrozí až život pacienta ohrožující komplikace, mezi které patří mj. masivní krvácení z pahýlu (Pullen, 2010). K efektivnímu řešení této případně nastalé události výrazně přispívají k lůžku pacienta přednostně připravované pomůcky, kterými jsou Esmarchovo obinadlo a dostatek kompresivního obvazového materiálu (Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheever, 2010). Otázka se zaměřovala právě na zjištění, které pomůcky respondenti přednostně k lůžku pacienta

po amputaci připravují. Dotazovaní však nejčastěji označovali tlakoměr a fonendoskop (28,8 %), poté dostatek kompresivního materiálu (24,5 %), třetí nejčastěji připravovanou pomůckou je emitní miska (17,2 %) až čtvrtou je Esmarchovo obinadlo (12,4 %). Přestože všechny z nabízených pomůcek jsou zcela jistě potřebné k pooperační ošetrovatelské péči, správně zaznamenaných odpovědí (Esmarchovo obinadlo a kompresivní obvazový materiál) bylo jen 36,9%. Dopitová (2010) dokládá srovnatelné výsledky, Esmarchovo obinadlo připravuje jen 13% respondentů a dostatek kompresivního obvazového materiálu 15% dotazovaných (Dopitová, 2010).

Vyhodnocení otázek pooperační péče o pahýl. Téměř polovina dotazovaných (46,9%) zvolila správnou možnost polohování a tedy, že pahýl se ponechává rovně a v mírné elevaci, která se zajistí polohovatelností lůžka. 53,1% respondentů však označilo zbývající možnosti s nesprávnou odpovědí. Dostatečné podkládání pahýlu do elevace patří k chybným způsobům polohování pahýlu po operačním výkonu stejně jako možnost, že pahýl není nutné nijak polohovat. Jestliže však pahýl po operaci setrvává v rovině a v mírné elevaci, kterou sestra zajistí polohovatelností lůžka, snižuje se možnost pooperačního otoku pahýlu a krvácení z pahýlu. Tato poloha může pozitivně ovlivňovat i intenzitu pooperačních bolestí (Kovalová, 2012). Další otázka byla zaměřena, zda respondenti provádějí u pacienta po amputaci polohování pahýlu. Polohování pahýlu provádí 71,3% dotazovaných.

Metoda otužování a formování pahýlu bandážováním pahýlu je používána v 51,5%. Další nabízené metody jsou využívány již méně a jejich četnost provádění je přibližně stejná; sprchování pahýlu střídavě teplou a studenou vodou (16,8% odpovědí), míčkování pahýlu (12,3% odpovědí) nebo poklepová masáž pahýlu (11% odpovědí).

Obr. 1



Při péči o amputační pahýl je důležité věnovat pozornost hygieně pahýlu, protože jeho kůže se pod obvazy potí a je více disponovaná k otlačům či infekcím. Hygienickou péči provádíme zásadně večer, protože i nepatrná vlhkost může při denní aplikaci bandáže, později protézy, kůži pahýlu poškodit (Polhorská, 2009).

55 % respondentů, tj. 115 sester, má chybné znalosti o hygienické péči o pahýl. Pouze 94 sester, tj. 45 % respondentů zná správný postup.

Tab. 1 Test na způsob provádění hygienické péče o pahýl

Doporučení, kdy provádět hygienickou péči o pahýl		
Odpověď	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Večer, omýváním v teplé vodě, masírováním nedráždivým toaletním mýdlem	94	45,0
Ráno, omýváním v teplé vodě, masírováním nedráždivým toaletním mýdlem	98	46,9
Nedoporučím - domnívám se, že není nutné věnovat hygieně pahýlu větší pozornost	17	8,1
Celkem	209	100,00

V další otázce byli respondenti dotazováni na obvazovou techniku, kterou v praxi používají při bandážování pahýlu. Nedoporučuje se aplikovat techniku cirkulární bandáže, která je velmi nevhodnou kvůli hrozícímu snížení prokrvení pahýlu. 72,8 % respondentů využívá vhodnou techniku, tedy osmičkovou či klasovou bandáž a 25,8 % dotazovaných v praxi uplatňuje nevhodnou techniku cirkulární bandáže.

Tab. 2 Test na techniku bandážování pahýlu

Technika bandážování pahýlu		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
četnost	Relativní	45,0
četnost n %	98	46,9
Osmičkovou bandáží	30	14,4
Klasovou bandáží	122	58,4
Církulární bandáží	54	25,8
Bandážování pahýlu neprovádíte	3	1,4
Celkem	209	100,0

Jednou ze zásad správného postupu bandážování je vést bandáž nad blízký zachovalý kloub, aby se docílilo vhodného postavení kloubu. I dobře provedená bandáž pahýlu se po určitém čase uvolňuje a ztrácí tak svůj účel, je proto nutné 2 – 3x za den bandáž převázat a provést před další bandáží jemnou poklepovou masáž pahýlu (Kovařová, 2012). 2 – 3x za den bandáž převazuje pouze 9,2 % odpovídajících. 59,2 % odpovídajících převáže bandáž pahýlu až po všimnutí si, že bandáž je viditelně povolena a 31,1 % dotazovaných převazuje bandáž pahýlu 1x denně. Mohlo by být předmětem dalšího zjištění to, jak často má zmíněných 59,2 % odpovídajících možnost „všimnout si“ nefunkčnosti bandáže a jak často ji tedy kontrolují.

DISKUZE

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že sestry se v rámci ošetrovatelské péče před amputací zaměřují hlavně na psychický stav pacienta a mají velmi nízké znalosti v přípravě potřebných pomůcek pro pooperační ošetrovatelskou péči u pacienta po amputaci dolní končetiny. Dále se šetření zaměřovalo na znalosti sester o správném postupu ošetřování amputačního pahýlu. Výsledky ukazují, že sestry sice znají a aplikují správný způsob polohování pahýlu a dovedou rozeznat chybné polohovací návyky pacienta, ovšem polohování pahýlu v časně návaznosti na operační výkon provádí správným způsobem pouze necelá polovina sester. Další nedostatky byly identifikovány v oblasti hygienické péče o pahýl, kdy více než polovina sester by doporučila pacientovi provádět hygienickou péči o pahýl chybným způsobem. Jak ukazují výsledky, bandážování sice patří k nejvíce používaným metodám v rámci otužování a formování pahýlu, avšak čtvrtina sester volí nevhodnou obvazovou techniku bandážování. Převážná část sester neakceptuje nutnost vést bandáž nad nejbližší zachovalý kloub končetiny a pouze nepatrná část sester bandáž pahýlu pro zajištění její efektivity v průběhu dne opakovaně převazuje.

ZÁVĚR

Pooperační ošetrovateľská péče zahrnuje několik specifických oblastí ošetrovateľské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. K těmto oblastem patří především ošetrovateľská péče o amputační pahýl, rehabilitační ošetrovateľství, zlepšování mobility a soběstačnosti, ošetrování pacienta s fantomovými bolestmi, psychologická péče a podpora pacienta po amputaci dolní končetiny a spolupráce s jeho rodinou. Pouze kvalitní ošetrovateľská péče, aktivní zapojení pacienta, spolupráce s jeho rodinou a multiprofesní přístup nám umožní zařazení pacienta po amputaci zpět do normálního života.

Literatura

DOPITOVÁ, P. *Ošetrovateľská péče o nemocné po amputaci*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta: 2010. Vedoucí práce A. Polanová.

KOVAĽOVÁ, S. *Starostlivosť o pacienta po amputácii končatiny, ošetrovanie kýpťa. Techniky ošetrovateľstva*. Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita, 2012, s. 239–246. ISBN 978-80-89352-60-9.

KRAWCZYK, P. a ROSICKÝ, J. *Protetika 1: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014, s. 78. ISBN 978-80-7464-600-3.

POLHORSKÁ, M. *Starostlivosť o pacienta s amputáciou dolnej končatiny. Sestra a lekár v praxi*. 2009, roč.12, č.8, s. 16–17. ISSN 1335-9444.

PUDNER, R. (ed.). *Nursing: the Surgical Patient*. Edinburgh: Baillière Tindall Elsevier, 2010. ISBN 978-0-7020-3062-8.

PULLEN, R. L. *Caring for a patient after amputation*. Nursing. 2010. ISBN 954-0-4060-4076-5.

SMELTZER O., BARE S., HINKLE, B., CHEEVER, K. (ed.). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical – Surgical Nursing*. 12. ed. Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia 2010. ISBN 978–60831–088–3.

SMUTNÝ, M. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. 2. vyd. Brno: MS ortoprotetika, 2013, s. 72. ISBN 978-80-260-3903-7.

	SPECIFIKA POOPERAČNÍ PÉČE U PACIENTŮ PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY	HANA HEIDEROVÁ ZDENKA ŘÍMOVSKÁ, JANA ŽÍDKOVÁ	105
--	---	---	------------

Kontakt

PhDr. Hana Heiderová, Ph.D.

Ústav nelékařských zdravotnických studií

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita

Bezručovo náměstí 14, 747 01 Opava, Česká republika

hana.heiderova@ fvp.slu.cz

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

RECENZE KNIHY OPERAČNÍ POLOHY

Autor: kolektiv autorů

Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 2021, 72 stran, ISBN 978-80-271-2

Uvedená publikace přináší přehlednou fotodokumentaci návody pro správné uložení pacienta do operačních poloh. Obsahem publikace je 5 nosných kapitol. První kapitola se věnuje operačním polohám, které se nejvíce využívají v oboru všeobecné chirurgie. Druhá kapitola je zaměřená na polohy, které se využívají při urologických operacích. Třetí kapitola seznamuje čtenáře s operačními polohami, se kterými se setkáváme při traumatologických operacích, pátá kapitola uvádí kardiochirurgické polohy a poslední kapitola je věnována robotické chirurgii.

V knize jsou názorně uvedeny všechny operační polohy formou fotografií a také fotografií pomocných zařízení, které se mohou při polohování pacienta k dané operaci využít. Každá poloha je nejprve znázorněna bez pacienta, jak vypadá operační stůl s pomocnými komponenty a následně jsou vyobrazeny fotografie s ukázkou pacienta, který je umístěn na operační stůl a připraven k zákroku, všechny fotografie jsou doplněny o komentář jednotlivých součástí operačního stolu. Celá publikace je zpracovaná velmi přehledně a systematicky členěná. Pro čtenáře přináší kompletní informace o uložení pacienta na operačním sále, který je upravený pro potřeby určitých operací. Pozitivní na celé publikaci je jednoduchý a přehledný návod, jak správně uložit pacienta a tím umožnit operatérům ideální podmínky pro provedení operace a tím redukovat komplikace, které s nesprávnou polohou pacienta mohou během operace vzniknout.

Publikace bude nejvíce přínosná pro sestry perioperační, také pro týmy anesteziologů i sanitářů, protože ti všichni se společně podílejí



na bezchybné přípravě pacienta k operaci. Všichni tito uvedení spolu s lékařem - operátorem mají největší zájem o provedení úspěšné, bezpečné a nekomplikované operaci.

Kontakt

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

RECENZE KNIHY INTENZIVNÍ PÉČE V PORODNÍ ASISTENCI

Autoři: Jana Šálková a kolektiv

Praha: Grada, 2021, 200 stran, ISBN 978-80-271-0844-2

Na knižní trh se dostává ojedinělá publikace zaměřující se na intenzivní ošetrovatelskou péči v oboru gynekologie a porodnictví. Předložená publikace je zcela jedinečným dílem, které doposud na českém odborném trhu zcela absentuje. 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, ale také zdravotnickým pracovníkům v postgraduální přípravě. Jde o velmi přehledně zpracovanou publikaci. Obsah knihy je psán srozumitelnou formou a velmi kladně hodnotím bohatou obrazovou ilustraci ve formě obrázků doplňujících psaný text. Cílem publikace je poskytnout čtenáři komplexní poznatky týkající se problematiky intenzivní ošetrovatelské péče v gynekologii a porodnictví, detailněji přiblížit ošetrovatelské výkony, které jsou běžnou součástí jednotek intenzivní péče a se kterými se porodní asistentky pracující na těchto jednotkách setkávají ve své každodenní praxi. Konkrétně se jedná o nepřetržitou specifickou ošetrovatelskou péči a soustavné monitorování základních životních funkcí. Publikace je rozdělená na dvě části. První část se věnuje problematice ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče obecně a autorky v ní popisují monitoring na JIP, umělou plicní ventilaci, invazivní a miniinvazivní vstupy, infuzní terapii, transfuze, hodnocení bolesti, hojení ran a dekubitů, specifika komunikace s pacienty, péči o mrtvé tělo a zdravotnickou dokumentaci. V každé



kapitole je hezky popsán a vysvětlen daný zdravotní výkon, včetně ošetrovatelské péče a povinností porodní asistentky. Druhá část (speciální) se hlouběji zabývá tematikou ošetrovatelské péče o ženy s ohrožením selhání jedné nebo více základních životních funkcí v oborech gynekologie, onkogynekologie a porodnictví. Je zde přiblížená problematika jednotlivých život ohrožujících kritických stavů, se kterými se porodní asistentka ve své profesi setkává a která od porodní asistentky vyžaduje adekvátní specifickou intenzivní ošetrovatelskou péči. Jedná se o závažné stavy, kdy je standardní péče nedostatečná. Specifická intenzivní ošetrovatelské péče je dána péčí porodní asistentky buď o ženu samotnou, nebo navíc o ženu s doposud nenarozeným dítětem. Závěr knihy je věnován oblasti anesteziologie a širokému spektru anesteziologických komplikací.

Záměrem autorů bylo seznámit čtenáře se specifiky a s problematikou intenzivní ošetrovatelské péče v gynekologii a porodnictví. Domnívám se, že se záměr publikace autorům velmi povedl. Kniha je velmi zdařilým dílem a vřele ji doporučuji pro rozšíření vědomostí v rámci intenzivní ošetrovatelské péče v oborech gynekologie a porodnictví. Text dokumentuje vysokou erudici autorů v jednotlivých oborech a rozsáhlé zkušenosti. Přeji tomuto dílu mnoho spokojených čtenářů.

Kontakt

PhDr. Daniela Nedvědová, Ph.D.

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Ústav nelékařských zdravotnických studií

Bezručovo náměstí 885/14, 746 01 Opava, Česká republika

daniela.nedvedova@fvp.slu.cz

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

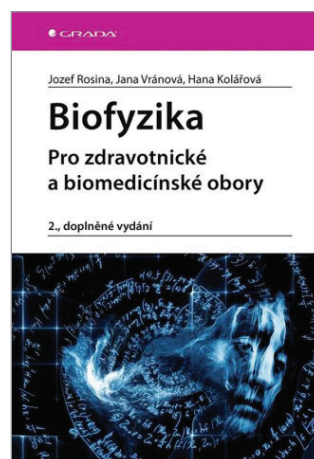
BIOFYZIKA PRO ZDRAVOTNICKÉ A BIOMEDICÍNSKÉ OBORY

Jozef Rosina, Jana Vránová, Hana Kolářová

Praha: Grada Publishing 2021, 2., doplněné vydání, 304 stran, ISBN 978-80-271-2526-5

Druhé vydání základní učebnice v oboru, která je určena nejen studentům bakalářských oborů lékařských a sociálně zdravotnických fakult, ale svým obsahem, srozumitelným jazykem, grafickým ztvárněním a matematickým aparátem popisujícím základní fyzikální vztahy je vhodná i pro studenty bakalářského studia biomedicínských a technických oborů, realizovaných na vyšších odborných a vysokých školách technického i přírodovědného zaměření.

Studenti po jejím prostudování pochopí fyzikální zákonitosti biologických jevů a budou schopni je aplikovat ve zdravotnickém prostředí. Jde o jedinečnou publikaci, která nahradí úspěšnou knihu Biofyzika pro studenty zdravotnických oborů a bude důležitou učebnicí na současném trhu s odbornou literaturou, zaměřenou na nelékařské zdravotnické profese.



MEDICÍNA ZALOŽENÁ NA DŮKAZU A KLINICKÁ EPIDEMIOLOGIE

Vladimír Janout, Jana Janoutová

Praha: Grada Publishing, 2021, 1. vydání, 200 stran, ISBN 978-80-271-3076-4

Medicína založená na důkazu (evidence base medicine) je novou filozofií medicíny, kde každé rozhodnutí lékaře (nebo jiného zdravotníka) by mělo být opřeno o současný nejlepší vědecký důkaz. Klinická epidemiologie je aplikací epidemiologických principů v klinické medicíně, která se snaží integrovat epidemiologické metody s vědeckými přístupy do rozhodovacích procesů. Klinická epidemiologie již do značné míry uplatňovala principy medicíny založené na důkazu, která se z ní později vyvinula, tím, že integrovala epidemiologické vědecké principy s klinickou odborností pracovníků a významně zdůraznila pozici pacienta ve smyslu jeho priorit a očekávání.

Publikace seznamuje se základními principy jak klinické epidemiologie, tak medicíny založené na důkazu, aby čtenář s těmito znalostmi byl schopen správně pochopit nové poznatky publikované v literatuře a na jejich základě uplatnit správné rozhodování.

Kniha je určena pro budoucí i stávající zdravotnické pracovníky, tedy pro studenty lékařských i zdravotnických fakult, lékaře i nelékařské klinické pracovníky všech oborů. Navazuje na knihu „Klinická epidemiologie – nedílná součást klinických rozhodovacích procesů“, vydanou v nakladatelství Grada v roce 1998, jako její doplněné a upravené vydání.



DĚTSKÁ NEUROCHIRURGIE

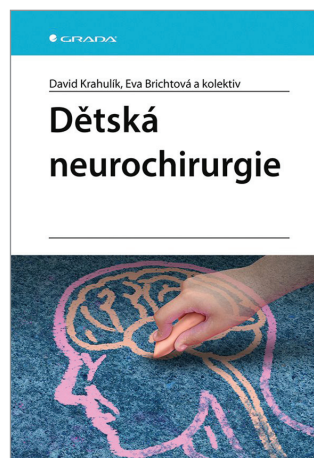
David Krahulík, Eva Brichtová a kolektiv

Praha: Grada Publishing, 2021, 1. vydání, 392 stran, ISBN 978-80-271-2527-2

Publikace svým obsahem pokrývá celé spektrum dětské neurochirurgie, je prvním komplexním monografickým zpracováním tématu v českém písemnictví.

Kniha je rozdělena na obecnou a speciální část, jejichž jednotlivé kapitoly zpracovali přední čeští lékaři věnující se této problematice.

Kniha má bohatou obrazovou dokumentaci a je určena nejen neurochirurgům k přípravě na atestaci, ale zvláště pediatrům, dětským neurologům a dalším zdravotníkům spolupracujících oborů.



AKUTNÍ KARDIOLOGIE

Jiří Kettner, Josef Kautzner a kolektiv

Praha: Grada Publishing, 2021, 3., přepracované a doplněné vydání, 804 stran, ISBN 978-80-271-3096-27

Třetí, přepracované a doplněné vydání Akutní kardiologie obsahuje celkem 26 kapitol, které jsou věnovány hlavním diagnózám a stavům v akutní kardiologii. Oproti předcházejícímu vydání z roku 2017 byly všechny kapitoly doplněny o nové poznatky a řada z nich aktualizována podle nových guidelines Evropské kardiologické společnosti. Třetí vydání obsahuje i zcela nové kapitoly Problematika dárcovství orgánů po nevratné zástavě krevního oběhu, Syndrom tako-tsubo a Akutní postižení srdečních chlopní.

Nově byla přepracována kapitola o paliativní péči v intenzivní kardiologii. Poslední kapitola shrnuje stručné a praktické návody k provedení základních a nezbytných výkonů a vyšetření u nemocných s akutním kardiovaskulárním problémem. Zcela novou podkapitolou je Ultrazvukem navigovaná blokáda ganglion stellatum s indikacemi a podrobným postupem provedení této nové metody v akutní kardiologické péči. Nově je rozšířena kapitola o zobrazovacích metodách v akutní kardiologii o použití ultrasonografie při akutním vyšetření plic. Nezbytným doplňkem je podrobný rejstřík a seznam zkratk.

I ve třetím vydání Akutní kardiologie editoři zachovali praktický formát s heslovitým uspořádáním textu s důrazem na přehledné tabulky, schémata a obrázky. Snahou je, aby se čtenář rychle a srozumitelně orientoval v diagnostice, diferenciální diagnostice, vyšetřovacích metodách a základní i následné léčbě akutních stavů v kardiovaskulární medicíně. Tento, především klinicky zaměřený pomocník je určen nejen lékařům a sestrám pracujícím na koronárních jednotkách, jednotkách intenzivní péče, urgentních příjmech nemocnice, ale i lékařům na interních odděleních a všem, kdo mají zájem o kardiologii a intenzivní péči.



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 s ozvečením 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.

