

# OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

IV. | 2021

# 2



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

**SLEZSKÁ  
UNIVERZITA**  
FAKULTA VEŘEJNÝCH  
POLITIK V OPAVĚ







**SLEZSKÁ  
UNIVERZITA**

FAKULTA VEŘEJNÝCH  
POLITIK V OPAVĚ

# OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

**2021**

**Slezská univerzita v Opavě**  
Fakulta veřejných politik v Opavě





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

# **NURSING PERSPECTIVES**

**2021**

**Silesian University in Opava**  
Faculty of Public Policies in Opava

# Ošetrovateľské perspektivy

2021, roč. 4, č. 2

## Vedení redakce

Yveta VRUBLOVÁ (Opava) – šéfredaktorka  
Jana HALUZÍKOVÁ (Opava) – zástupkyně šéfredaktorky  
Daniela NEDVĚDOVÁ (Opava) – výkonná redaktorka  
Zdeňka ŘÍMOVSKÁ – výkonná redaktorka  
Gabriela SVĚTNICKÁ – 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), Gabriela SVĚTNICKÁ (Opava), 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](http://osp.slu.cz)

## Časopis je indexován v těchto mezinárodních databázích

EBSCO Publishing, Inc., <http://www.ebsco.com>  
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

---

### EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

---

MONGOLSKÁ ŽENA V PÉČI PORODNÍ ASISTENTKY

**Lucie Hromková**

13

FYZICKÁ MANIPULACE JAKO ETICKÝ PROBLÉM Z POHLEDU SESTER

**Marie Trešlová, Jiří Šímek**

25

POKROČILÝ VĚK ŽENY A JEHO ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY  
NA TĚHOTENSTVÍ A NOVOROZENEC

**Michaela Mikundová, Daniela Nedvědová**

39

---

### OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

---

VYUŽITÍ PRONAČNÍ POLOHY U PACIENTA S COVIDOVOU  
PNEUMONIÍ – KAZUISTIKA

**Jitka Hůsková, Pavla Kudlová, Miroslava Kubicová, Lubor Hruška**

51

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA INDIKOVANÉHO  
K TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU

**Soňa Skřípalová**

67

---

### INTERDISCIPLINÁRNÍ PROBLEMATIKA

---

ETICKÝ PŘÍSTUP K TERMINÁLNE CHORÝM DEŤOM  
Z POHLADU PRÍPADOVEJ ŠTÚDIE

**Tatiana Rapčíková**

75

---

### RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ

---

RECENZE KNIHY DEMENCE – HODNOTÍCÍ TECHNIKY A NÁSTROJE

**Pavla Kudlová**

85

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| RECENZE KNIHY BIOFYZIKA PRO ZDRAVOTNICKÉ A BIOMEDICÍNSKÉ OBORY<br><b>Iveta Bryjová</b> | 87 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| RECENZIA MONOGRAFIE DIMENZIE ŽIVOTA V ŠTÁDIU POKROČILEJ DEMENCIE<br><b>Elena Janiczeková</b> | 89 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|

---

## **KNIŽNÍ NOVINKY**

---

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| ETICKÉ PROBLÉMY A DILEMATA V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI | 93 |
| MANAŽERSKÁ ETIKA VE ZDRAVOTNICKÉ PRAXI            | 93 |
| DĚTSKÁ PŘEDNEMOCNÍČNÍ A URGENTNÍ PÉČE             | 94 |
| PERIOPERAČNÍ ANESTEZIOLOGICKÁ PÉČE V KOSTCE       | 94 |

|                          |    |
|--------------------------|----|
| <b>POKYNY PRO AUTORY</b> | 95 |
|--------------------------|----|

Vážené kolegyně, kolegovia, študenti, milí čitatelia!

Pre väčšinu z nás september symbolizuje končiace sa leto, avšak pre pedagógov, študentov a aj nepedagogických pracovníkov zainteresovaných na vzdelávacom procese práve tento mesiac predstavuje začiatok nového akademického roka.

Pred dvomi rokmi by nikomu z nás nezišlo na um, že všetky oblasti spoločenského života zasiahne a výrazne okliešti pandémie obrovských rozmerov, pričom rezort školstva sa stane jedným z najzraniteľnejších a najťažšie skúšaných rezortov.

Už vyše roka na výučbe participujúci pedagógovia a zdravotnícki pracovníci, ale aj študenti zažívajú viac či menej traumatizujúce epizódy interferujúce do výchovno-vzdelávacieho procesu na všetkých typoch škôl, vysoké školy zdravotníckeho zamerania nevynímajúc.

Vysoké školy zodpovedné za odborný rast budúcich zdravotníckych pracovníkov zaujímajú osobitné postavenie medzi školami univerzitného typu. Jedným z kľúčových cieľov je formovanie praktických zručností študentov, a to aj v pandemickom období.

Pandémia preverila i možnosti vysokých škôl promptne reagovať na variabilnú epidemiologickú situáciu, preverila kreativitu učiteľov a ich schopnosť pedagogicky pôsobiť vo virtuálnom on-line priestore.

Pedagógovia boli prinútení zdokonaľovať svoje digitálne zručnosti počas dominujúcej dištančnej metódy vzdelávania, v rámci ktorej, a to si všetci uvedomujeme, dochádza k výrazne limitovanej interakcii medzi aktérmi vyučovacieho procesu, pričom absentuje aj možnosť bezprostrednej diskusie. Na druhej strane – dištančná metóda má svoje opodstatnenie v externej forme štúdia či v postgraduálnom vzdelávaní.

Hoci obavy o kvalitu pedagogického procesu na vysokej škole počas pandémie nie sú neodôvodnené, dovoľujeme si vysloviť presvedčenie, že i napriek viacerým ťažkostiam sa nám podarí vzdelávať fundovaných budúcich zdravotníckych pracovníkov, ktorí budú reflektovať na požiadavky praxe s dostatočnými teoretickými vedomosťami a adekvátnymi praktickými zručnosťami.

To Vám (nám) všetkým úprimne želám.



doc. PhDr. Mgr. Tatiana Rapčíková, PhD.  
prodekan pre pedagogickú činnosť  
Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave  
so sídlom v Banskej Bystrici  
128 01 Praha 2



|  |                                            |  |
|--|--------------------------------------------|--|
|  | <b>EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY</b> |  |
|--|--------------------------------------------|--|



# MONGOLSKÁ ŽENA V PÉČI PORODNÍ ASISTENTKY

## MIDWIFERY CARE FOR A MONGOLIAN WOMAN

Lucie Hromková<sup>1</sup>

### Abstrakt

**Východiska:** S ohledem na počet porodů cizinců v České republice zaujímají Mongolky páté místo v tabulce statistických údajů. Vzhledem k rostoucímu počtu mongolských rodin v naší zemi je bezesporu užitečné obeznámit se s možnými sociokulturními specifiky souvisejícími s jednotlivými úseky ošetrovatelské péče, a to včetně specializované péče porodní asistentky.

**Cíl:** Cílem příspěvku je nastínit možných zvláštností, s nimiž se může porodní asistentka setkat v rámci poskytování transkulturní péče o mongolskou ženu.

**Metoda:** Výzkum probíhal formou kvalitativního šetření za využití polostrukturovaných rozhovorů s mongolskými ženami žijícími v České republice.

**Výsledky:** Výzkumné šetření prokázalo nespočet zvláštností a odlišností souvisejících s narozením potomků mongolským ženám. Zmíněná specifika se projevila na poli těhotenství, porodu i šestinedělí. Do všech těchto oblastí se výrazně promítají vlivy tradiční mongolské medicíny.

**Závěr:** Navzdory modernizaci a vyspělosti současného zdravotnictví se stále můžeme setkat s vlivy, ba dokonce preferencemi konceptů lidové tradiční péče na úkor oficiálních medicínských poznatků. Mongolové se dodnes řídí přírodními zákonitostmi a víra v moc lidových praktik mnohdy konkuruje zdánlivě nezpochybnitelným zásadám moderní medicíny. Pro psychickou pohodu každé ženy je nutné identifikovat její individuální požadavky, jejichž podoba může být zvláště při péči o ženu cizinku velmi neobvyklá. Jedině erudovaná, a tedy v dostatečné míře obeznámená porodní asistentka může individuální nároky zohledňovat ve prospěch každé jednotlivé ženy.

### Klíčová slova

Mongolsko, lidová medicína, transkulturní, porodnictví, porodní asistentka

<sup>1</sup> Katedra sociální a kulturní antropologie, Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova v Praze

## Abstract

**Background:** Due to the number of births of foreigners in the Czech Republic, Mongolians rank fifth in the table of statistical data. It is undoubtedly useful to become acquainted with the possible sociocultural specifics associated with one abduction of nursing care, including the specialized care of a midwife, in addition according to the growing number of Mongolian families in our country.

**Aim:** The aim of the article is to outline possible peculiarities that a midwife may encounter during the transcultural nursing care for a Mongolian woman.

**Methods:** The research was based on qualitative survey using semi-structured interviews with Mongolian women living in the Czech Republic.

**Results:** The research survey revealed a many of peculiarities and differences related to the birth of offspring to Mongolian women. The mentioned specifics manifested themselves in the field of pregnancy, childbirth and the puerperium. The influences of traditional Mongolian medicine are significantly reflected in all these areas.

**Conclusion:** Despite the modernization and progress of today's healthcare, we can still encounter influences, even preferences, of traditional folk medicine concepts at the expense of official medical knowledge. To this day, Mongols follow natural laws, and belief in the power of folk practices often competes with the seemingly unquestionable principles of modern medicine. For the mental well-being of each woman, it is necessary to identify her individual requirements, the form of which can be very unusual, especially when caring for a foreign woman. Only an educated and knowledgeable midwife can take individual demands into account for the benefit of each individual woman.

## Keywords

Mongolia, folk medicine, transcultural, obstetric, midwife

## ÚVOD

V dubnu roku 2020 uplynulo přesně 70 let od okamžiku, kdy došlo k prvnímu navázání diplomatických vztahů mezi Mongolskem a tehdejším Československem. Našince a Mongoly od této chvíle pojilo nespočet mezivládních dohod či ujednání, které umožňovaly obousměrný pohyb občanů, jejich působení a vzájemnou výpomoc v rozličných oblastech lidské činnosti. Přátelská spolupráce České republiky a Mongolska trvá dodnes. Naše země v současné době představuje zázemí pro nejpočetnější mongolskou komunitu v Evropě, která čítá necelých deset tisíc Mongolů. Jen za poslední desetiletí se tak oficiální počet Mongolů u nás téměř zdvojnásobil (Brodský, 2020). S ohledem na počet porodů cizinců v České republice zaujímají Mongolové páté místo v tabulce statistických údajů, tedy i mongolské ženy aktuálně představují pátou nejpočetnější skupinu cizinek, o něž pečují české porodní asistentky. V roce 2019 se u nás narodilo 196 mongolských novorozenců z celkového počtu 4171 narozených cizinců (ČSÚ, 2019). Předkládané poznatky tak mohou být ku prospěchu jak porodním asistentkám, tak mongolským ženám, jež se budou v praxi setkávat při příležitosti příchodu dalších potomků na svět. Mongolsko je pohledem Evropana zemí vzdálenou nejen geograficky, nýbrž i sociokulturně. V životě Mongolů i dnes hraje svou významnou roli tradiční nomádská kultura, a to i navzdory faktu, že se stále více lidí ubírá k městskému způsobu života. V Mongolech je hluboce zakořeněná víra a jakési všudypřítomné magické myšlení, které se nutně projeví i při příležitosti okolností spojených s narozením potomka a příjmem zdravotnické, potažmo porodnické péče. Přesto, že se většina Mongolů hlásí k buddhismu, lze se běžně setkat i s vlivy prastarých náboženských kultů, kterými jsou tengrismus či šamanismus. Veškeré souvislosti spjaté s konfesí po mnoho let formovaly současnou podobu tradiční mongolské medicíny, kterou lze právě s přihlédnutím k vlivům náboženských idejí vydělit do tří hlavních proudů, a to na medicínu pre-buddhistickou, buddhistickou a ruskou moderní medicínu (Ember et Ember, 2004). Z hlediska délky trvání reprezentuje pre-buddhistické léčení dominantní proud mongolské medicínské historie. Zřejmě nejdelší tradici představují šamani. Ti dokážou léčit ty nemoci, které vznikly z tzv. spirituálních příčin. Tyto příčiny mohou být vykládány různými způsoby. Lze je interpretovat jako zlé síly lidí, zvířat, předků či přímo jako posednutí zlými duchy (Atwood et al., 2004). Zhruba od 16. století se většinově oblíbě těšila buddhistická medicína, jejíž vliv zesílil, když obyvatelé Mongolska postupně konvertovali k buddhismu. Tradice buddhistického léčení je založena na navrácení tělesné i duševní rovnováhy a její metody představují nespočet rozličných praktik: odvary z bylin a minerálů, akupunkturu, moxování, léčbu sůtrami a modlitbami či jen doporučení pro zdravý životní styl. S nástupem komunistů k moci byly v Mongolsku počátkem 20. století diskreditovány veškeré lidové i buddhistické léčebné praktiky. Ty byly označeny za šarlatánství a postupně nahrazovány metodami západní – moderní medicíny. Dnes, po více než třech desetiletích demokracie v zemi, dochází k volnému prolínání západní a tradiční medicíny (Ember et Ember, 2004; Colleoni, 2009; Vargas-O'Bryan, 2015).

V rámci poskytování transkulturní péče je vždy žádoucí seznámit se jak se specifiky oficiálních, tak lidových praktik. Lidová léčba je 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. Madeleine Leininger, zakladatelka oboru transkulturní ošetrovatelství, vždy apelovala na zdravotníky, aby se snažili důkladně definovat jak rozdílné, tak shodné prvky obou systémů péče a snažili se je v praxi aplikovat smysluplně v zájmu zdraví příjemce péče a zároveň v souladu s možnostmi daného zdravotnického zařízení (Leininger et McFarland, 2002). Náplň práce porodní asistentky skýtá mnohé oblastí působení čili i následující diferenciaci jednotlivých výzkumných poznatků tyto oblasti reflektuje. Příspěvek je snahou o vhled do jednotlivých etap života souvisejících s příchodem potomka mongolské ženy, na něž by se v zájmu zásad poskytování transkulturní péče mohla porodní asistentka zaměřit.

## CÍL PRÁCE

Za účelem zmapování jevů signifikantních pro poskytování transkulturní péče byly formulovány následující dílčí cíle:

1. Zachytit možné zvláštnosti a požadavky, s nimiž se může porodní asistentka setkat během ošetrovatelské péče o mongolskou ženu.
2. Zjistit, zda jsou ze strany mongolských žen v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí uplatňovány poznatky z tradiční mongolské medicíny.

## METODIKA

Kvalitativní šetření bylo realizováno prostřednictvím terénního výzkumu mezi mongolskými ženami žijícími v České republice. Výzkum byl primárně založen na hloubkových polostrukturovaných rozhovorech vedených s mongolskými konzultantkami. Struktura rozhovoru byla navržena na základě stanovení výše uvedených dílčích cílů. Polostrukturované hloubkové rozhovory byly dále kombinovány s rozhovory neformálními, rozhovory narativními či skupinovými diskuzemi za účasti dalších rodinných příslušníků mongolských žen. Polostrukturovaný rozhovor je někdy jinak označován jako rozhovor pomocí návodu, kdy tento návod reprezentují seznamy témat, jimiž se chce výzkumník zabývat. Nezáleží ani na způsobu, ani na pořadí procesu získávání informací, a je tedy možné, že se prosté dotazování kombinuje s dalšími metodami terénního výzkumu. Průběžně lze, tzv. „za chodu“, navíc domýšlet další prohlubující a sondážní otázky (Hendl, 2012).

## VÝBĚR A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Při výběru výzkumného vzorku bylo využito tzv. účelového vzorkování. Postupně došlo k navázání kontaktu se čtrnácti mongolskými ženami, s nimiž byly realizovány hloubkové rozhovory. Předem definované podmínky pro zařazení ženy do výzkumného šetření

byly následující: žena se narodila a minimálně do svých 15 let žila v Mongolsku, žena je matkou minimálně jednoho dítěte, žena porodila minimálně jedno ze svých dětí v české porodnici v uplynulých 5 letech, žena žije déle než 5 let v České republice a hovoří kromě mongolštiny českým nebo anglickým jazykem. Jednotlivé ženy byly pracovníčně označeny kódy K1 až K14, přičemž písmeno K je zkratkou pro termín „konzultant“. Tento termín má zohlednit terminologický posun, jenž dle Touška et al. (2015) zdůrazňuje spolupráci zkoumaných osob a jejich aktivní účast na realizaci výzkumu. Vzhledem k tomu, že je výzkumné šetření zaměřeno na ženy, je pojmu užíváno v ženském rodě.

## VÝSLEDKY

Všechny konzultantky vykazovaly mnohé zvláštnosti a odlišnosti související s péčí porodní asistentky v oblasti těhotenství, porodu i šestinedělí. Níže uvedené poznatky jsou prozatím výčtem těch nejvýznamnějších odlišností, které by mohly v identifikaci individuálních potřeb a při vlastním poskytování transkulturní péče mongolské ženě hrát významnou roli. Vybrané výsledky jsou prezentovány doslovnou transkripcí daných výpovědí konzultantek.

## TĚHOTENSTVÍ

Všechny mongolské konzultantky pravidelně navštěvovaly prenatalní poradnu po celou dobu gravidity, naopak žádná z konzultantek neuvedla, že by se účastnila předporodní přípravy formou kurzů, stejně tak ze strany žen nedošlo k předporodní spolupráci s osobní porodní asistentkou. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že může být jakákoli forma přípravy na příchod potomka pro mongolskou ženu přímo stresující, a to včetně tak rutinních úkonů, jako jsou příprava tašky do porodnice nebo odevzdání protokolu se jmény pro dítě: „V Mongolsku se rodný list vystavuje až měsíc po porodu. Mongolové nesnáší, když musí vybírat jméno ještě před porodem, třeba ani nákup oblečení pro dítě, dokud není na světě. Může to přinést smůlu, něco zlého. V Mongolsku dostane dítě oblečení v nemocnici a počítá se s tím, že si matka nenese žádné vlastní s sebou, to se smí koupit, až je dítě na světě (K1).“ Takové situace pak pochopitelně mohou vyvolat mylný dojem o nespolečnosti žen se zdravotníky. Diskutovány byly rovněž otázky interrupce v případě nechtěného těhotenství. Z analýzy této otázky vyzněla zajímavá shoda související s paritou, kdy se ukázalo, že umělé přerušení těhotenství je nepřijatelné při první graviditě ženy: „Pokud žena to dítě nechce, tak proč by nemohla, ale rozhodně ne první dítě, to si žena musí nechat, protože už by nemohla mít další dítě. S prvním na potrat, to je v mongolských rodinách zakázané (K1).“

## POROD

Nejčastěji konzultantky zmiňovaly odlišné požadavky související s průběhem první a druhé doby porodní. Tyto se týkaly jak alternativních způsobů tlášení porodních bolestí, tak preferované porodní polohy. Pokud žena shledává jakoukoli metodu za utišující, mělo

by jí být umožněno si ji zvolit. V některých kulturách jsou porodní bolesti považovány za integrální část lidského zrození a žena může vnímat jako slabost, pokud bolest otevřeně projeví navenek. Vždy je tak třeba přizpůsobit tzv. management bolesti každé rodičce na míru (WHO, 2018). Několik konzultantek nezávisle na sobě zmínilo na evropské poměry unikátní masážní techniku urychlující porod a zmírňující porodní bolesti: „Máme v Mongolsku takový postup, kdy se břicho hladí medvědí prackou. V Mongolsku málo dělají císařský řez, hlavně teda na vesnicích to není možné, když žena nerodí v nemocnici. Musíš to řešit jinak. To s tou prackou, to dělá takový masér, my mu říkáme bariač (K4).“ Ani v moderní západní medicíně není abdominální masáž neznámá. Příkladem může být tzv. efleráž (z francouzského termínu effleurage). Jedná se o lehkou abdominální masáž, která napomáhá relaxaci, zmírnění bolesti při porodních kontrakcích a stimulaci dělohy k intenzivnější činnosti. Spolu s řízeným dýcháním a dalšími relaxačními postupy je tato masáž součástí tzv. Lamazeho metody. V případě, že žena není schopná provádět masáž sama, může ji nahradit doprovodná osoba či porodní asistentka (Pillitteri, 2010; Bašková, 2015). Co se týče preferované porodní polohy, uváděly konzultantky, že považují za přirozené родit ve dřepu, jelikož takto bylo vždy zvykem родit v mongolských jurtách, avšak při své porodní zkušenosti v České republice ženy shodně respektovaly lékařský způsob vedení porodu v poloze na zádech. Odlišnosti se projeví i ve vztahu k třetí době porodní, kdy bylo diskutováno možné alternativní využití placenty či pupečníku, kdy jedna z konzultantek zmínila následující: „Pupečník se schovává zabalený v hadříku, v čistých suchých nádobách, suší se a dělá se z něj odvar, který je pak účinný při aftách nebo vyrážkách, může se s ním vyplachovat a potírat (K12).“ Nutno dodat, že podobné trendy jsou nyní obecně populární a propagované v konceptech přirozeného porodu, zvláště jedná-li se o alternativní využití placenty k přípravě různých koktejlů apod. Z rozhovorů s konzultantkami vyplynulo, že snadno může dojít k nedorozumění i na základě biologické odlišnosti zvané mongolská skvrna, kterou mohou nedostatečně erudovaní zdravotníci považovat za hematom a mylně se domnívat, že k jeho vzniku došlo na podkladě nešetrného vedení porodu: „Lidi se tady toho hodně lekali, takže všem to říkat, to jsou jinak šoky. I sestra po porodu se divila, že má moje prostřední modřinu, tak jsem jí to vysvětlila. Je to důkaz mongolské krve. To tam napiš, aby se zdravotníci neděsili, když Mongolky rodí po světě (K3).“ Kreger (2009) zmiňuje, že je vhodné tuto vrozenou fyziologickou odchylku odborně zvanou dermální melanocytóza zahrnout do výuky, respektive praktického výcviku porodních asistentek a sama navrhuje způsob, jak skvrnu simulovat pomocí očních stínů na cvičných panenkách, což lze považovat přinejmenším za inspirativní a užitečné pro výuku porodních asistentek i v českých školách.

## ŠESTINEDĚLÍ

Analýza rozhovorů dokládá, že jsou nejvýznamnější odlišnosti v období šestinedělí spjaté s kojením, stravováním a domnělou ochranou novorozence, jenž s sebou přináší nespočet lidových zvyklostí. Konzultantky shodně uváděly pozitivní vztah ke kojení s tím, že neprojevují ostych při případné nutnosti kojit na veřejnosti. Zajímavostí může být alternativní využití mateřského mléka: „Taky se používá na čištění očí, celá rodina si vyčistí

oči, když má žena mléko. Tatínek po mě chtěl, abych mu nakapala do očí, když jsem kojila. Je to dobré na zarudnuté oči, na zánět, nebo když má miminko hodně špinavá očička po spinkání, tak mléko čistí oči nejlíp (K1).“ Ústředním bodem v odpovědích týkajících se vhodné výživy ženy po porodu byla polévka, respektive silný masový vývar, ideálně ze skopového masa. Ústavní stravování konzultantky hodnotily vesměs negativně a mnohdy si zajistily stravu vlastní: „Ženská má dostat pořádnou polívku, skopový vývar a bílé houby, ty stahují a čistí dělohu, tělo se vyčistí. Tady v porodnici mi to nikdy nechutnalo, podruhé mi kamarádka přinesla jídlo, polévku z domu a čaj s mlékem (K5).“ Ony „bílé houby“ jsou mezi Mongolkami velmi populární, stejně jako bylinné nálevy. Jedna z konzultantek jmenovala např. bylinu hvozdík pyšný, který má dle mongolské tradiční medicíny hemostatické i protizánětlivé působení a stimuluje děložní činnost (WHO, 2013). Se zmiňovanou ochranou novorozence úzce souvisely otázky spirituality a religiozity konzultantek. Mongolové pokládají dítě za nejzranitelnější, co se týče vlivu všemožných negativních sil, a proto jej již od narození chrání za využití rozličných rituálů. Z těch lze zmínit umístění malé plstěné lištičky do postýlky dítěte nebo černou značku mezi očima dítěte, která je ve své podstatě drobným ušpiněním čela prstem od sazí a má zajistit ochranu ve tmě. Nezanedbatelný je i význam síly jména. Kromě toho, že je v Mongolech zakořeněná tradice pojmenovat dítě i několik týdnů po porodu, je důležité vědět, že jméno dítěte by nemělo být nahlas vyslovováno vůbec. I dobře míněný pokus o komunikaci zahájený u postýlky novorozence otázkou „Jak se miminko jmenuje?“ může vyvolat rozpaky, stejně jako přímé oslovení jménem či chválení dítěte během ošetrovatelských aktivit. Duše dítěte je zranitelná a jeho jméno má jakousi magickou moc, a to i v případě, je-li nevyřčeno. Konzultantky nikdy nezmiňovaly jména svých dětí a některé se zdráhaly vyslovit i význam těchto jmen v českém překladu. Dítě nazývaly prostě jen „dítětem“ či např. používaly označení dle pořadí narození potomků: moje první, můj starší apod. Rovněž se ukázalo, že je naprostým komunikačním tabu hovořit otevřeně o případných patologiích. Některé oblasti v životě Mongolů jsou komunikovány pouze nepřímou, případně je radno se jim spíše vyhýbat. Mezi tyto složité oblasti patří vše, co se týká vážných nemocí a smrti obecně, stejně jako vše, co se týká zdraví či nemocí dětí.

## DISKUZE

Na poli transkulturní ošetrovatelské péče v České republice doposud nevzniklo mnoho prací, které by cílily na problematiku porodnictví nebo se týkaly Mongolů. Textů spojujících tyto oblasti je nejen u nás, ale i v rámci cizojazyčné literatury, doslova sporadické množství. Snahou textu bylo východiska transkulturní ošetrovatelské péče stavět do kontextu praxe porodní asistentky, přičemž bylo již při pátrání po literárních zdrojích zřejmé, že se jedná, mírně řečeno, o cestu ne příliš vyšlapanou. Ukázalo se, že ústředním bodem každodennosti konzultantek je jejich religiozita. Ta mnohdy řídí jejich počínání nejen s ohledem na zdraví. Dvanáct ze čtrnácti konzultantek uvedlo, že se hlásí k buddhismu, což koresponduje se zjištěním Tóthové et al. (2011): autorka zkoumala životní styl mongolské minority v ČR a na četném vzorku 564 mongolských respondentů

zjistila, že se ke zmíněnému náboženství hlásí téměř 64 % dotázaných. Dle posledních statistických údajů z roku 2020 (NSO, 2020) se k náboženskému vyznání hlásí 59,4 % obyvatel Mongolska, zatímco zbývajících 40,6 % zůstává bez náboženského přesvědčení. Z evidovaných věřících se v současnosti k buddhismu hlásí 87,1 % Mongolů. V mnoha výpovědích konzultantek hrály roli i všemožné pověry. Magie, mýty a pověry jsou součástí porodnictví již od pradávna, stejně jako víra v animální energii, o čemž píše např. Marek (2002), když popisuje pravěkou rytinu z území dnešní Francie, na níž je vyobrazen sob překračující těhotnou ženu, jejíž břicho kryje kožešina. Magie a náboženství tak hrály v procesu lidského zrození svou roli zřejmě již od nepaměti. Mongolské ženy si s sebou víru v sílu přírody i nadpřirozeno v podobě duší předků či zlých duchů nesou dodnes a mnohdy tato víra přímo ovládá jejich počínání. Grollová a Zikmundová (2000) trefně poznamenávají, že pověstná mongolská pověřčivost je i dnes aktuální a podle psychologů někdy vede až ke vzniku duševních poruch. Dle výpovědí mongolských žen mohou různé spirituální síly způsobit nežádoucí vývoj těhotenství, porodu či mít celkově nepříznivý dopad na zdraví matky i dítěte. Jak dokládají Tseng a Streltzer (2008), v rámci rozličných lidových praktik souvisejících s lidským zdravím běžně existují příčiny a vysvětlení založená na víře v nadpřirozeno. Nadpřirozené síly v kontextu mongolského myšlení vydělila a popsala ve své publikaci Oberfalzerová (2006): negativní síly mohou být nelidského i lidského původu. Ty nelidské jsou reprezentovány neviditelnými bytostmi, zlými duchy a démony, které si lze představit jako jednoduché přírodní entity zodpovídající za vznik potíží, postižení, nemocí či smrti. Lidské síly jsou dle autorky reprezentovány nečistým chováním, předměty či potravou, ale především pak silou slova, a to i toho, jež nebylo vyřknuto, protože slovo může způsobit potíže či přivolat nelidské zlé síly, a tak je často nahrazováno různými metaforami či naprosto tabuizováno. Tyto poznatky rovněž odkazují na výpovědi konzultantek, v nichž se zřetelně projevila neochota o některých oblastech přímo či vůbec hovořit. Tyto oblasti se vztahují především k nemocem, smrti, intimním záležitostem souvisejícím s lidskými tělesnými potřebami či se jménem dítěte, které nemá být preventivně vyslovováno nahlas. Tuto problematiku také argumentuje Oberfalzerová (2006) ve své publikaci s tím, že potvrzuje, jak neochotu častovat dítě jménem, nýbrž poukazuje i na fakt, že s cílem odradit zlé síly volí občas Mongolové pro děti jména svým významem podivná až nehezká, protože věří v jejich protektivní účinek. Z veškeré popsané opatrnosti vyplývá, že se myšlení mongolských žen co do pojetí umírání a smrti ukázalo býti v rozporu s buddhistickými principy, které odchod z pozemského života vykládají jako žádoucí vykoupení z lidského utrpení. Přesto, že se většina žen aktivně přihlásila k buddhismu, bylo zřetelné, že ze smrti mají konzultantky obavy, a to i navzdory tomu, že o této problematice nebylo možné příliš hovořit. Toto zjištění přímo potvrzují i Grollová a Zikmundová (2000) se slovy, že nelze souhlasit s názorem, že se Mongolové jakožto buddhisté nebojí smrti.

## ZÁVĚR

Ačkoli musí být veškeré poznatky chápány v nejširší rovině bez nároku na jejich bezpodmínečnou identifikaci ze strany všech členů daného společenství, je vždy užitečné formulovat je pro další nadcházející příležitosti, kdy se budou mísit světy „nás“ a „těch druhých“, tím spíš, že naším hlavním cílem bude napomáhat uspokojení potřeb jedince z odlišného sociokulturního prostředí. Tyto obecné, avšak vždy dynamické poznatky, pomohou přemýšlet o oblastech, na něž je třeba zaměřit pozornost při péči o daného jedince a individuálně vyhodnotit, nakolik se tento jedinec s obecně známým ztotožňuje, případně jaká jiná specifika u něj lze zjistit. Vše sdílené se vždy mění v závislosti na čase i prostoru, proto uvedené poznatky tvoří vždy pouze jakýsi rámec, dle něhož lze při posuzování daného individua vycházet. Možné zvláštnosti a požadavky přímo související s poskytováním specializované ošetrovatelské péče v porodnictví nabízí jednotlivé kategorie poznatků, které vyvstaly z kvalitativní části výzkumného šetření realizovaného mezi mongolskými ženami. Z výsledků je zřejmé, že se porodní asistentka může při péči o mongolskou ženu setkat s řadou zvláštností, ať už se jedná o kteroukoli oblast náplně praxe. Nelze se domnívat, že se podařilo nastínit veškeré možné odlišnosti, ba nelze se ani ztotožnit s myšlenkou, že se podařilo rozkrýt většinu těchto odlišností. S jistotou lze tvrdit snad jen to, že se nově povedlo pojmenovat, nalézt a spojit alespoň některé zvláštnosti, které doposud nebyly dány do kontextu transkulturní péče o mongolskou ženu, a tak přispět k obohacení teorie a snad i budoucí praxe českých porodních asistentek.

## Literatura

ATWOOD, C. P. et al. *Encyclopedia of Mongolia and the Mongol Empire*. New York: Facts On File, Inc., 2004. ISBN 0-8160-4671-9.

BAŠKOVÁ, M. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9728-1.

BRODSKÝ, J. *Češi a Mongolové – sedmdesát let spolu*. Praha: MZV ČR, [online], 2020. [cit. 8. 5. 2021]. Dostupné z: [www.mzv.cz/ulaanbaatar/cz/x60\\_vyroci\\_diplomatickych\\_vztahu/kulturni\\_akce/x2020\\_01\\_01/cesi\\_a\\_mongolove\\_sedmdesat\\_let\\_spolu.html](http://www.mzv.cz/ulaanbaatar/cz/x60_vyroci_diplomatickych_vztahu/kulturni_akce/x2020_01_01/cesi_a_mongolove_sedmdesat_let_spolu.html).

COLLEONI, A. *The history of Mongolian Traditional Medicine*. Trieste: Italo Svevo, 2009. ISBN 978-88-6268-172-8.

ČSÚ. *Narození cizinci v ČR podle státního občanství v letech 1995–2019*. Praha: Český statistický úřad, [online], 2019. [cit. 8. 5. 2021]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/cizinci/4-ciz\\_demogr\\_udalosti](https://www.czso.cz/csu/cizinci/4-ciz_demogr_udalosti).

EMBER, C. R., EMBER, M. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. New York: Springer, 2004. ISBN 0-306-47754-8.

GROLLOVÁ, I., ZIKMUNDOVÁ, V. *Mongolové: Pravnuci Čingischána*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-079-3.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*, 3. vydání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

KREGER, N. E. Five Fast Fixes. *Elsevier Inc., Clinical Simulation in Nursing*. 2009, vol. 5, no. 2, p. 85–87. ISSN 1876-1399.

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.

MAREK, V. *Nová doba porodní: život před životem, porod jako zázrak, první tři minuty a jak dál: přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. Praha: Eminent, 2002. ISBN 80-7281-090-1.

NSO. *Socio-economic situation of Mongolia: Statistical bulletin, 11/2020*. Ulaanbaatar: National statistics office of Mongolia, [online], 2020. [cit. 8. 5. 2021]. Dostupné z: <https://www.en.nso.mn/article/344>.

OBERFALZEROVÁ, A. *Metaphors and Nomads*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-849-2.

PILLITTERI, A. *Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing & Childrearing Family, 6th edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. ISBN 9781582559995.

TÓTHOVÁ, V. et al. Životní styl mongolské minority v České republice. *Kontakt*. 2011, roč. 13, č. 3, s. 275–286. ISSN 1804-7122.

TOUŠEK, L. et al. *Kapitoly z kvalitativního výzkumu*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2015. ISBN 978-80-261-0471-1.

TSENG, W.-S., STRELTZER, J. *Cultural Competence in Health Care*. New York: Springer, 2008. ISBN 978-0-387-72170-5.

VARGAS-O'BRYAN, I. *Disease, Religion and Healing in Asia: Collaborations and collisions*. New York: Routledge, 2015. ISBN 978-1-138-02365-9.

|  |                                          |                   |
|--|------------------------------------------|-------------------|
|  | MONGOLSKÁ ŽENA V PÉČI PORODNÍ ASISTENTKY | LUCIE HROMKOVÁ 23 |
|--|------------------------------------------|-------------------|

WHO. *Medicinal plants in Mongolia*. Western Pacific Region: World Health Organization, 2013. ISBN 978-92-9061-632-0.

WHO. *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization, 2018. ISBN 978-92-4-155021-5.

### **Kontakt**

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



# FYZICKÁ MANIPULACE JAKO ETICKÝ PROBLÉM Z POHLEDU SESTER

## PHYSICAL HANDLING AS AN ETHICAL PROBLEM FROM NURSES PERSPECTIVE

Marie Trešlová<sup>1</sup>, Jiří Šimek<sup>2</sup>

### Abstrakt

**Východiska:** Fyzická manipulace poskytovaná všeobecnými sestrami jakkoli se zdá, že se týká tělesné oblasti, může zasahovat i do oblasti etické a to principem non-maleficence, beneficence a respektování autonomie. Porušením těchto principů při poskytování fyzické manipulace sestrami může snadno dojít k fyzickému poranění, ale i k psychickému ponížení, s kterým se v praxi setkáváme a považujeme ho za etický problém.

**Cíl:** Zjistit jaký má ošetřující personál vztah k etickému přístupu a jeho realizaci v praxi při fyzické manipulaci s pacientem.

**Metody:** Pro kvantitativní výzkum byl použit dotazník vlastní konstrukce na základě studia literárních zdrojů. Jedna z pěti oblastí dotazníku se věnovala etickému přístupu při poskytování fyzické manipulace pacienta.

Soubor tvořilo 96 všeobecných sester z 5 jihočeských nemocnic, které získaly kvalifikační vzdělání všeobecné sestry na vysoké škole, vyšší odborné škole zdravotnické a střední zdravotnické škole do roku 2007. Analýza dat byla provedena na základě prvního a druhého stupně třídění prostřednictvím programů SASD (Statistická analýza dat) a SPSS programu.

**Výsledky:** Výsledky vztahu etického přístupu sester v souvislosti s fyzickou manipulací s pacienty zobrazený v kontingenčních i frekvenčních tabulkách svědčí spíše k o kladném vztahu a přístupu k etickým principům. Avšak z výpovědí sester reálná praxe naznačuje nemožnost dodržení těchto principů. Úroveň vzdělání hraje v dodržování etických principů roli. Respondenti s vysokoškolským vzděláním významně častěji nepoužijí manipulační pomůcku v případě, že spolupracovník její použití odmítá, než, respondenti s nižším vzděláním (SZŠ, VOŠ) ( $p < 0,01$ ). Respondenti vidí důvody tohoto rozporu v počtu personálu, nedostatku manipulačních pomůcek, nedostatečné spolupráci pacientů způsobené časovou tísní a nedostatečnou komunikací.

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

<sup>2</sup> Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

**Diskuse:** Etický přístup respondenti vnímají jako důležitý a podstatný. Přes jejich pozitivní vztah k etickým principům se setkávají s překážkami, které jim poskytování takového přístupu brání. Pokud by měli dostatek personálu, prostorového vybavení, dostatek času a silnější podporu managementu, rádi by se věnovali pacientům tak, aby nedocházelo k negativnímu prožívání pacientů i dodržení etických principů.

**Závěr:** Výzkumné šetření poukázalo na faktory, které ovlivňují převážně pozitivní vztah sester k etickému přístupu k pacientům při realizaci fyzické manipulace. Sestry vnímají důležitost non-maleficence při fyzické manipulaci, ale poukazují na nevhodné pracovní podmínky, které jim neumožňují cele tento etický princip dodržovat. Ke zlepšení by potřebovaly více personálu, manipulační pomůcky a také podporu managementu. Dále výsledky odhalily možnosti zlepšení v komunikaci sester, která pro její nedostatečnost může ovlivnit pacientovo prožívání autonomie a respektu k němu. Možnou změnu vidíme ve zkvalitnění kvalifikačního vzdělávání i celoživotního vzdělávání v této oblasti, což znamená, že management musí být do tohoto procesu zapojen.

### Klíčová slova

etika, intervence, holismus, sestra, péče, komunikace, neškodit, neublížit

### Abstract

**Background:** Physical manipulation provided by general nurses no matter how it may concern the bodily realm, may interfere with the ethical realm.

**Aim:** Find out how the nursing staff relates to the ethical approach and its implementation in practice in the physical manipulation of the patient that is the principle non-maleficence, beneficence and autonomy respect. By breaking these principles, while physical manipulation provision by nurses, it can easily become to physical injury but also to psychical humiliation, which we can meet in praxis and we consider it as an ethical problem.

**Methods:** A questionnaire of own design based on the study of literary sources was used for quantitative research. One of the five areas of the questionnaire addressed the ethical approach to providing physical manipulation to the patient. The group consisted of 96 general nurses from 5 South Bohemian hospitals who received a qualification education general nurse on universities, high nursing schools and secondary nursing school up to 2007. Based on the first and second stages of classification through the SASD (Statistical Data Analysis) and SPSS programs the data analysis was performed.

**Results:** The results of the relationship of ethical approach of nurses in connection with the physical manipulation of patients shown in contingency and frequency tables indicate a rather positive relationship and approach toward to ethical principles. However, the respondents' evidence from the real practice shows the observation of the principles to be impracticable. The education level plays some role in the observation

of the principles. Respondents with a university degree are not significantly more likely to use a manipulation aid if a co-worker refuses to use it than respondents with a lower education (SZŠ, VOŠ) ( $p < 0.01$ ). Respondents see the reasons of this contradiction in the number of personnel, lack of manipulation aids, insufficient patient's cooperation due to the press of time and insufficient communication.

**Discussion:** The ethical approach respondents perceive the ethical approach as important and substantial. In spite of positive relation to ethical principles, respondents meet some obstacles, which obstruct the provision of such approach. If they would have enough of personnel, space equipment, enough time, stronger management support, they would like to pay more attention to their patients, so that there would be no negative patients experience the ethical principles would be observed.

**Conclusion:** The research survey pointed to factors that influence the predominantly positive attitude of nurses towards an ethical approach to patients in the implementation of physical manipulation. Nurses are aware of non-maleficence importance while provision of care, nevertheless pointing on the improper working conditions, which not enable them to observe these principles ethical approach. They would need more personnel, manipulation aids, and management support as well. Further results uncover possibilities for improvement in nurses' communication, which due to its inadequacy may affect the patient's autonomy and respect experience. We see the possible change in the improvement of qualification education and lifelong education, what means the management must be involved in to this process.

## Keywords

Ethics, intervention, holism, nurse, care, communication, cause no harm, cause no injury

---

## ÚVOD

Fyzická manipulace (FM) s pacientem při ošetrovatelské péči je jednoznačně každodenní ošetrovatelskou intervencí. Jako všechny ošetrovatelské intervence (postupy, činnosti, techniky) i FM je spojena s mnohými riziky a pochybeními (Brabcová, at. al 2015), vedoucími k fyzickému či psychickému poškození pacienta. Manipulace může znamenat přesun z místa na místo, ale také jen otočení předmětu v té či oné ose. V případě fyzické manipulace s člověkem, který je do určité míry omezen v pohybu a samostatnosti či nemá dostatek fyzických sil, aby tento pohyb mohl provést samostatně, zahrnuje FM základní činnosti všeobecné sestry při péči o pacienta na lůžku: otáčení, posouvání, posazování, postavování.

V českém prostředí bychom si však měli uvědomit, že pojem „manipulace“ je víceznačný. V anglickém významovém slovníku jsou pro výraz „manipulation“ uvedeny dva významy. Prvním je „vyvíjení chytrého nebo nevyzpytatelného vlivu, zvláště pro vlastní prospěch“. Druhým významem je „akce provedená rukou (nebo obratným použitím rukou) nebo použitím mechanických prostředků“ (Vocabulary.com). Proto bychom si měli být stále vědomi, co všechno tento termín může znamenat! Je nezbytné provádět FM tak, abychom se vyvarovali prvnímu významu tohoto slova. Přistupovat a pracovat s pacientem tak, že ho „přečtyračíme“, bez toho, aby věděl co, proč a jak se s ním bude dít a jak se může sám do činnosti zapojit. FM nemůže být vedena ve „prospěch sestry“ (mám úkol, tak ho musím splnit), ale ve prospěch pacienta jak v oblasti tělesné, tak psychické. Tedy nezpůsobit újmu pacientovi a dodržovat základní etické principy a to non-maleficence, beneficence a respektování autonomie (Vácha, Königová, Mauer, 2012). Když s čímkoliv manipulujeme, je v naší činnosti obsažen nějaký záměr. Máme nějaký důvod, proč předmět našeho zájmu otáčíme nebo přesunujeme jinam. Je rozdíl, když manipulujeme s neživým předmětem nebo s živou bytostí. Předmět se nebrání, u živé bytosti se můžeme dostat do konfliktu s nějakou její zamýšlenou činností. Právě zde je nutné včlenit do péče i etickou dimenzi a předcházet možnému porušení etických principů. Již vitalisté devatenáctého století (Vácha, 2020) upozorňovali na jeden významný rozdíl. U neživého předmětu nedochází k žádné změně tvaru, polohy, ani vnitřní struktury, dokud nezapůsobí vnější podnět. Živé bytosti naopak disponují vlastní iniciativou ne zcela závislou na vnějších vlivech, a také vnitřními mechanismy vývoje a stárnutí. Dnešními výrazovými prostředky tuto myšlenku rozvíjí brněnský lékař a filosof Jiří Vácha (Vácha 2020). Jakákoliv manipulace s živými tvory se tedy může střetávat s jejich iniciativou a autonomií. Proto v kontaktu s živými tvory dostal pojem manipulace ještě jeden význam – morální. Aby se živý tvor nebránil nebo jinak nenarušoval náš záměr při manipulaci, vytváříme takovou situaci, ve které ten živý tvor má důvod naší manipulaci přijmout, a to tím, že činíme dobro (beneficenci), tělesné i psychické. Je zřejmé, že i při FM je nutné k pacientovi přistupovat holisticky (Mastiliaková, 2014) tj. brát na vědomí a respektovat člověka jako celek, jehož součástí jsou i etické hodnoty, které mohou být nevhodným přístupem a manipulací narušeny. Teeri, Leino-Kilpi, Välimäki (2006) se zabývali problematikou integrity pacientů v tělesné, psychické i sociální oblasti při ošetrovatelské péči na odděleních následné péče. V psychické oblasti zjistili nedostatky v sebeurčení – nezávislosti a získávání informací. Tito autoři zdůrazňují, že integrita pacientů si vyžaduje větší pozornost. Tím spíše, že poskytování péče lege artis platí i v ošetrovatelství stejně jako Hippokratovy principy non-maleficence (nepoškodit, neublížit), non nocere (neškodit), beneficence (dobřečinění) ochrana života, zlepšení kvality života, úleva od strádání a bolesti, a princip autonomie (Kořenek, 2002; Vácha, 2012). A také proto, že rozvoj a EBP (Evidence Based Practice) v ošetrovatelství (Jarošová, Zeleníková, 2014) zasáhly i FM a to především z důvodu prevence poškození, komfortní a profesionálně provedené péče. Díky rozvoji techniky a na základě EBP i Etického kodexu sestry (Haškovcová, 2015) je sestra morálně povinná využít nejnovější poznatky pro poskytování nejlepší – dobré praxe.

***Dokonalost se dosahuje maličkostmi, ale dokonalost není maličkost (Michelangelo).***

## CÍL PRÁCE

Zjistit jaký mají sestry vztah k etickému přístupu a jak realizují etické principy v praxi při fyzické manipulaci s pacientem.

## METODIKA

Výzkum byl organizován v rámci interního multidisciplinárního projektu zaměřeného na fyzickou manipulaci s pacienty při ošetrovatelské péči. Sběr dat probíhal v červnu – červenci 2020 ve spolupráci s pěti nemocnicemi Jihočeského kraje. Hlavní sestry umožnily distribuci elektronického dotazníků na intranetu. Elektronický dotazník vyplnilo 96 kvalifikovaných všeobecných sester z toho bylo 48 absolventů střední zdravotnické školy, které ukončily vzdělání maturitou v roce 2007 (SZŠ), 6 absolventů vyšší odborné školy zdravotnické (VOŠ) a 42 absolventů vysoké školy (VŠ). Sestry pracovaly na standardních i intenzivních odděleních chirurgického i nechirurgického typu. Kritériem pro vyplnění dotazníku byla kvalifikace všeobecné sestry a vůle dotazníkového šetření se zúčastnit. Pro kvantitativní výzkumné šetření byl použit dotazník vlastní konstrukce na základě studia literatury a odborných publikací v databázích EBSCO a PubMed. Dotazník obsahoval 70 otázek z toho 10 zaměřených na názor respondentů na etické principy (non-maleficence, non nocere, beneficence) v ošetrovatelství a jejich realizaci praxi. V rámci těchto principů měli respondenti ohodnotit, do jaké míry při manipulaci s pacientem respektují jeho právo na informace o zamýšleném postupu FM, intimitu, soukromí, autonomii, důstojnost a možnost vyjádření vlastního názoru na zamýšlený postup FM. Míru respektu označovali na Likertově škále 1–5, kdy 1 určovala „zcela respektuji“ a 5 „zcela nerespektuji“. V dalších dvou otázkách respondenti vyjádřili, s kterým z uvedených tvrzení se nejvíce ztotožňují. Tato tvrzení byla zaměřena na etické principy, jejich důležitost a snahu je dodržovat. Další otázka se zabývala vzájemným vlivem a vztahem komunikace při provádění FM na etické principy. Konkrétně zacílené otázky sledovaly to, jak sestry zajišťují důstojnost pacientů základními sociálními dovednostmi jako je pozdrav a představení se. Analýza dat byla provedena na základě prvního a druhého stupně třídění prostřednictvím programů SASD (Statistická analýza dat) a SPSS programu. V první stupni třídění byly pro jednotlivé ukazatele konstruovány frekvenční tabulky a vypočítány absolutní a relativní četnosti a střední hodnoty (modus, medián, průměr, rozptyl, směrodatná odchylka, rozpětí, odhad rozptylu a směrodatné odchylky a intervalový odhad střední hodnoty a rozptylu na úrovni 0,05). Ve druhém stupni třídění byly konstruovány kontingenční tabulky s absolutními a relativními četnostmi (sloupcovými, řádkovými, celkovými i očekávanými) a znaménkové schéma. V rámci analýzy souvislosti byly aplikovány dle charakteru znaků a počtu pozorování test Chí kvadrát dobré shody –  $X^2$  (Pearson Chi-Square) a Test nezávislosti. Síla vztahu byla měřena na třech úrovních hladiny významnosti –  $\alpha = 0,05, 0,01$  a  $0,001$ .

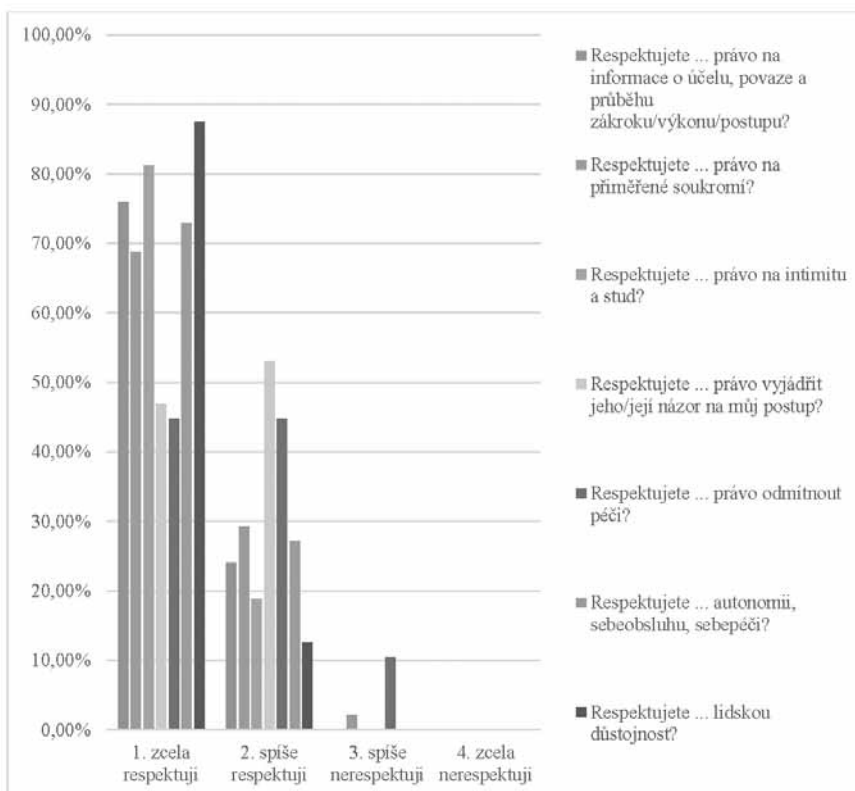
## VÝSLEDKY

Pozdrav patří do základních sociálních dovedností. Vyjádření respektu, navázání vztahu a spolupráce a navození důvěry, jistoty a bezpečí sestrou začíná pozdravením a představením (Mellanová, 2017; Trachtová, 2018). Přesto, když se poprvé sestra setkává s novým pacientem, představí se mu vždy 25 % respondentů, 25 %, často, z poloviny tak činí 12,5 %, zřídka 20,8 % a nikdy tak nečiní 16,7 % respondentů. Když přichází respondent k pacientovi, pozdraví jej 93,8 % vždy, často 3,1 % a stejné procento jej nepozdraví nikdy. Respondenti vnímají způsob podání informace o plánovaném postupu při FM i během ní za prvek, který může významně ovlivnit vzájemnou spokojenost a spolupráci. Takto se vyjádřilo 98 % respondentů z toho 56,2 % respondentů SZŠ a VOŠ a 43,8 % absolventů VŠ. Nevhodný přístup sestry k pacientovi může vyvolat jeho negativní reakci. S tím se respondenti setkali a to v 66,7 % uvedli obrannou reakci pacientů, nejistotu a agresivní chování pacientů (46,9 %). Mezi nejčastější příčiny těchto obranných reakcí pacientů při FM respondenti (po pracovních podmínkách, nedostatku manipulačních pomůcek) uvedli nevhodnou komunikaci ze strany sestry (25 %). Položili jsme otázku: „Se kterým z následujících tvrzení se nejvíce ztotožňujete?“ S tím, že etický přístup k pacientovi stojí vždy na prvním místě a je třeba jej dodržovat za všech okolností, se ztotožňuje 35,4 % respondentů, s tím, že je etický přístup k pacientovi sice důležitý, ale v praxi ho často není možné dodržovat, se ztotožňuje 45,8 %, a s tím, že je velmi důležitý, občas jej ale nedodržují, se ztotožňuje 10,4 % respondentů. Etický přístup bych rád/a dodržoval/a, ale nemám na to podmínky, potvrdilo 6,2 % a s tvrzením, že etika je jen teorie a v praxi nemá žádný význam, se ztotožňuje 2,1 % respondentů. Z etického hlediska vnímá za nejdůležitější vlnit s pacientem komunikovat a vytvářet pocit bezpečí 38,5 % respondentů a informovat o zamýšleném postupu 22,0 % respondentů. S tím, že etika je až nadstavba, ale důležitý je vlastní ošetřovatelský postup (výkon) se neztotožňuje 97,9 %. K respektování profesních etických zásad a práv pacientů se vesměs respondenti vyjadřovali spíše souhlasně. Často a vždy respektuje právo pacienta na soukromí 87,6 % a právo odmítnout péči respektuje 89,6 % respondentů. Avšak za nejdůležitější z hlediska etického považuje při FM s pacientem 5,2 % respondentů respektovat jeho autonomii a právo na sebeurčení, 15,6 % chránit jeho intimitu, respektovat soukromí a podporovat jeho aktivitu a sebezpečí 12,5 % respondentů. Překvapující je zjištění, že za nejdůležitější z hlediska etického považují 4,2 % respondentů vykonat vlastní fyzickou manipulaci a moc se dál nezdržovat.

Při sérii přímých otázek směřujících k vyjádření respektu pacientovi, jsme získali velice pozitivní odpovědi. Téměř stoprocentně respektují respondenti právo na informace o účelu, povaze a průběhu zákroku/výkonu/postupu, právo na intimitu a stud. Také tak respektují pacientovu autonomii, sebeobsluhu, sebezpečí stejně jako jeho lidskou důstojnost (Graf 1). V nepatrně menší míře respondenti respektují právo na přiměřené soukromí (98 %). Právo vyjádřit pacientův názor na můj postup respektuje 89 % respondentů. V průběhu fyzické manipulace s pacientem respektuje právo pacienta na soukromí 77 % respondentů, 6,2 % z poloviny a 6,2 % právo na soukromí pacienta nerespektuje nikdy.

V dotazníku jsme uvedli dotazy na jednotlivá etická práva pacientů s možností odpovědi, do jaké míry tato práva respondenti respektují. Právo na informace o účelu, povaze a průběhu zákroku/výkonu/postupu respektuje 76% respondentů zcela a spíše jej respektuje 24% respondentů. Právo na přiměřené soukromí zcela respektuje 68,8% a spíše jej respektuje 29,2% respondentů. Právo vyjádřit jeho/její názor (autonomii) na můj postup zcela respektuje 46,9% a spíše jej respektuje 53,1% respondentů. Právo odmítnout péči zcela respektuje 44,8% a spíše jej respektuje 44,8% respondentů. Právo na autonomii, sebeobsluhu a sebepečí respektuje zcela 72, % a spíše jej respektuje 27,1% respondentů. Pacienta jako lidskou důstojnost při FM respektuje zcela 87, 0% a spíše respektuje 12,5% respondentů. V průběhu fyzické FM s pacientem respektuje jeho právo na soukromí vždy 43,8% a často také 43,8% respondentů (Graf 1).

Graf 1



Sledovali jsme možné vztahy předložených tezí a dosaženého vzdělání, a to i přesto, že všichni respondenti byli kvalifikovanými sestrami. Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a tezí „Pokud jsem svědkem toho, že je s pacientem manipulováno nešetrně, činnost okamžitě ukončím“. Respondenti s ukončeným vzděláním

na SZŠ, VOŠ s touto tezí významně častěji **zcela** souhlasí, respondenti s vysokoškolským vzděláním významně častěji s tezí **spíše** souhlasí ( $p < 0,05$ ). Nesouhlas s touto tezí nevyslovil nikdo z dotazovaných. Dále byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a tezí „Pokud spolupracovník, se kterým provádím fyzickou manipulaci s pacientem, odmítá použití manipulační pomůcky, pomůcku nepoužívám“. Respondenti s vysokoškolským vzděláním s touto tezí významně **častěji** souhlasí, respondenti s ukončeným vzděláním na SZŠ, VOŠ s touto tezí významně častěji **nesouhlasí** ( $p < 0,01$ ). Můžeme říci, že absolventky VŠ více vnímají pohodlí, bezpečí a důstojnost pacienta méně než absolventi SZŠ a VOŠ. Závěrem konstatujeme, že sestry mají k etickým principům kladný vztah, vnímají je jako velmi důležité, ale také si uvědomují překážky při poskytování FM. Tyto překážky vnímají jako problém, protože nemají možnost dodržovat etické principy vždy tak, jak by samy chtěly.

## DISKUSE

České literární zdroje zaměřené na fyzickou manipulaci při ošetrovatelské péči sester najdeme jen sporadicky. Při vyhledávání odborných článků s termíny fyzická manipulace a sestra či ošetrovatelství se sice objeví stovky odkazů, ale přímo na možnost poškození pacienta při manipulaci s ním, je jich minimum. Jeden z mála publikovala Gučková (2007). Zabývají se převážně fyzickou zátěží sester při této činnosti, ergoterapií a kinestetikou (Nedělková, Halmo, 2007; Podrazilová, 2015; Křivošíková, 2011). Ve spojení s etickými principy nejsou žádné. V zahraničí se fyzickou manipulací zabývají sestry z různých pohledů. Při vyhledávání termínu physical handling and nursing je nabídnuto přes 60 tisíc zdrojů. Ale i tady vztah mezi fyzickou manipulací a etickými principy nacházíme velmi obtížně. Domníváme se, že je to proto, že FM při péči o člověka, hraje daleko významnější roli, než je zvykem u nás a etický přístup je samozřejmější a také, že FM je v praxi více sledovaná managementem, jak je možné najít v dokumentech Národní zdravotní služby Velké Británie (NHS Moving and Handling Policy – HSC010). Protože je pacient lidskou bytostí, která je vystavena nepříjemným vlivům v nemocničním prostředí, zabývali jsme se otázkou, zda je FM nějakém vztahu k etice. Kromě Etického kodexu sestry (Haškovcová, 2015) jsme vycházeli z ošetrovatelských diagnóz, které zohledňují především porušené potřeby člověka v psychosociální oblasti tak, jak je definuje NANDA taxonomie (Hedrman, Kamitsuru, 2020): 000214 Narušené pohodlí, 00035 Riziko poškození, 000248 Riziko narušené integrity tkáně, 000155 Riziko pádu, 00125 Bezmocnost, 00148 Strach, 00242 Narušení svobodného rozhodování, 000120 Situačně nízká sebeúcta, 00174 Riziko oslabení lidské důstojnosti, 00126 Nedostatečné znalosti.

Jak tyto ošetrovatelské diagnózy naznačují, pacient prožívá silné emoce zasahující do jeho integrity, kdy pociťuje nejistotu, obavy a ohrožení. Filosoficko-etický pohled na člověka v takové situaci popisuje Heidegger (2018). Pacient je člověk, který je „bytím, kterému jde o jeho bytí samo“ (Heidegger, 2018). Má schopnost své okamžité i celkové životní situaci „nějak rozumět“, a podle toho jak sobě a své situaci rozumí, se stará, pečuje, aby vše dobře dopadlo. Manipulace s takovou bytostí je nutně podstatě složitější věcí, než manipulace s předměty („výskytové“ či „příruční jsoucno“). V 70. letech v USA a v 80. letech v západní Evropě došlo k situaci, která se někdy nazývá dehumanizací medicíny.

Vyvrcholením byl spor mezi zdravotníky a jejich pacienty. Týkalo se to i ošetřovatelství (Buka, 2015). Pacienti odmítli být „opravovanými předměty“ podle algoritmů, kterým stále méně rozuměli, a stále méně je zajímaly. Byla formulována práva pacientů. Pacienti dosáhli toho, že jsou respektováni ve své unikátní jedinečnosti. Pokud neohrožují sebe nebo své okolí, nikdo je nemůže donutit, aby proti své vůli podstoupili jakoukoliv léčbu a péči, i kdyby to pro ně mělo fatální následky. Péče a léčba je nabízena a její využití je ponecháno na rozhodnutí pacientů. Sestry musí ale rezignovat na dříve obvyklou mocenskou (direktivní) pozici (Šimek, 2015). Je třeba zajišťovat pacientovi při FM maximální možnost autonomie, a to je možné jen, pokud bude situaci rozumět a mít věci pod kontrolou. Aby vzájemná spolupráce probíhala ve vzájemném souladu, porozumění a bez nepříjemných pocitů, popřípadě pocitů ohrožení (strachu) a nejistoty je potřeba před zahájením manipulace informovat pacienta o plánovaném postupu. Můžeme konstatovat, že dle získaných výsledků, 98 % respondentů souhlasí s tím, že způsob podání informace může významně ovlivnit vzájemnou spokojenost a spolupráci, z čehož více než polovina je absolventů SZŠ a VOŠ. Na otázku ohledně respektování práva na informace o účelu, povaze a průběhu zákroku (výkonu/postupu) odpovědělo jen 76 % respondentů, že jej respektuje zcela a spíše jej respektuje 24 % respondentů. Odpovědi těchto dvou otázek naznačují, že respondenti vnímají spolupráci s pacientem při FM jako podstatnou. Vzájemná komunikace je v současné době rozšířený a hojně sledovaný problém. Týká se samozřejmě i komunikace sester s pacienty. Efektivita a spolupráce sester s pacientem vychází ze způsobu přístupu a sdělení (Linhartová, 2006; Ptáček, Bartůněk et al, 2011). Výsledkem nevhodného způsobu komunikace i nedostatku informací může být rezignace na porozumění a postoj podobný člověku, který doveze své auto do opravy: „lékaři, oprav mé tělo, a já pak půjdu ve svém životě dál“. Opakem je dosažení zamýšleného cíle doprovázeného pocitem jistoty, bezpečí a spokojenosti ve spolupráci sestra – pacient (Špirudová, 2015). Pozdrav a představení se patří k základním sociálním komunikačním dovednostem pro navázání vztahu. Překvapivý výsledek jsme získali v situaci, kdy se poprvé sestra setkává s novým pacientem. V této situaci se mu představí zřídka 20,8 % a nikdy tak nečiní 16,7 % respondentů.

Pro náš pohled na etické téma je nejdůležitější Patočkovo (Patočka, 1992) upozornění na fakt, že věda studuje hmotnou, věcnou stránku světa, a i člověka studuje z tohoto pohledu. Věda pracuje s člověkem jako s věcí či předmětem, proto svým přístupem člověka „zvěčňuje“. Sestrám v podmínkách dnešních vztahů ve zdravotní péči nezbyvá než přijmout fakt, že složitý mechanismu kostí a svalů obalený kůží má také duši, jejíž různá hnutí nelze přehlédnout a je nutné jí respektovat, i když to práci sestrám dost komplikuje. Zde pacient může dávat jasně najevo své odmítání, například se brání při FM. Nabízí se otázka: Neměli bychom vyhovět a nechat pacienta strádat při použití nevhodných manipulačních technik? Nebo máme nějaký důvod mu nevyhovět, když se brání? Dosti častý argument, že pacient není schopen domyslet všechny stránky své situace, sice můžeme použít, právníci nebudou protestovat, ale je to skutečně v duchu mravních pravidel naší civilizace? Určitou míru nesouladu vidíme ve výsledcích naplňující princip autonomie, kdy má pacient právo rozhodovat o tom, co se bude dít a mít tak kontrolu nad situací. 5,2 % respondentů respektuje právo pacienta na autonomii a sebeurčení, ale právo vyjádřit pacientův názor na zamýšlený postup sestry a právo odmítnout péči

respektuje shodně 89,0 % respondentů. Šlo o kontrolní otázku, kdy vnímáme, že autonomie a sebeurčení jsou v praxi vyjadřovány expresí vlastního názoru, možností odmítnout nebo přijmout nabízenou myšlenku či výkon (Haškovcová, 2015). Tento rozdíl si vysvětlujeme tím, že respondenti zřejmě nevnímají vyjádření a obhajobu názoru za podstatu autonomie. Člověk sám provádí vše tak, aby tato činnost pro něho byla bezpečná a příjemná, resp. neprovázená bolestí. Proto musí být FM prováděná sestrou s ohledem na pacienta šetrně. To, že se sestry o šetrnou péči snaží, naznačila jejich odpověď na ukončení FM v případě, že sestra, která je svědkem toho, že je s pacientem manipulováno nešetrně, činnost okamžitě ukončuje. Tuto zásadu respondenti zohledňují, i když skupina respondentů s odlišným vzděláním (SZŠ, VOŠ) zcela a respondenti s vysokoškolským vzděláním spíše souhlasí ( $p < 0,05$ ). Pokud FM není prováděna s respektem a šetrně, člověk se přirozeně brání potenciálním či aktuálním prožitkům fyzického a psychického zranění, ponížení. S obrannou reakcí pacientů se respondenti setkávají v 66,7 %. Obranná reakce se projevuje nejistotou (62 %) agresí (45 %) a pasivitou (68 %). Respondenti si také uvědomují důvody, které způsobují tyto negativní reakce pacientů. V 46 % se týkají nedostatku personálu a v 37 % nedostatečným vybavení manipulačními pomůckami. Nevhodné manipulační techniky vnímá jako důvod tohoto chování 23 % respondentů a pětina respondentů vnímá jako spouštěcí faktor nevhodnou komunikaci ze strany sestry. Proto nás překvapuje odpověď 98 % respondentů, kteří souhlasí s tím, že komunikace s pacientem může významným způsobem ovlivnit provedení fyzické manipulace s ohledem na prožívání a možná poranění. Znamená to, že se s nevhodnou komunikací při FM setkávají.

Když je však narušena svéprávnost v důsledku poruchy vědomí a míry pohyblivost nemocného, dostávají se obě strany (sestra-pacient) do složité situace. Uzanou mravní i právní povinností sestry je řídit se vůli pacienta (Buka, 2015), ta je ale málo jasná vzhledem k jeho omezené schopnosti se rozhodnout a své rozhodnutí jasně sdělit. Pokud se pacient nemůže sám rozhodnout a své rozhodnutí jasně sdělit, je nutné se ptát, jaký je jeho systém hodnot a které rozhodnutí by proto nejpravděpodobněji učinil. V tomto případě vidíme jako velmi důležitou a nezastupitelnou roli sestry „advokátky“ – obhájkyne práv pacienta (Špirudová, Králová, 2007). Z etického hlediska vnímá za nejdůležitější i v této situaci, s pacientem vlídně komunikovat a vytvářet pocit bezpečí pouze 38,5 % respondentů. Na otázku „Respektujete práva soukromí pacienta?“ 87 % respondentů tak činí často a vždy. Další otázka ale přinesla odlišnou odpověď. Za nejdůležitější z hlediska etického považuje při FM s pacientem jen 15,6 % chránit jeho intimitu, respektovat soukromí 12,5 % respondentů. Naopak při konkrétní sérii dalších otázek směřujících přímo k vyjádření respektu pacientovi, jsme získali velice pozitivní odpovědi. V rozporu vidíme odpověď, kdy respondenti (100 %) uvedli, že respektují právo na intimitu a stud, stejně jako jeho lidskou důstojnost. I zde vnímáme, že termíny „intimita“ a „soukromí“ zřejmě není vnímána jako synonymum. Výše uvedené nesourodé odpovědi vysvětlujeme také tak, že pokud se mluví o respektování práv pacientů, sestry s nimi přirozeně souhlasí, a vyjadřují, že je třeba je respektovat. Termíny intimita či soukromí vnímají spíše prakticky a spojují je s překážkami denní reality a nespojují je automaticky s právy pacientů.

Pacienti, kteří musí přijmout dlouhodobou nebo trvalou pomoc druhých, procházejí podobným procesem smířování se se svou situací jako nemocní odkázaní na kompenzační pomůcku. Výsledek tohoto procesu, přijetí nebo rezignace (Kübler-Ross, 2015), zde ale

dostává fatální rozměr. Smíření i rezignovaní pacienti se chovají podobně. Neprotestují, více či méně spolupracují. Rezignovaný pacient je ale více ohrožený možnými následnými komplikacemi (Zacharová, Hermanová et al, 2007). V péči o nemocné, kteří jsou dlouhodobě nebo trvale odkázáni na pomoc druhých, se naplno vyjevuje mnohoznačnost pojmu „manipulace“. Existuje tu riziko manipulace s pacientem jako s předmětem ve skladu. Sestry s pacientem manipulují, protože „tak se to dělá správně“ a pacient „sem či tam patří“. Zapomenou, že právě v tu chvíli je pacient jako živá bytost vyladen jinak, a v dlouhodobém horizontu má nějaký životní rozvrh, který se s takovou manipulací neslučuje. Nepohyblivý pacient se také snáze stane obětí manipulace v psychologickém slova smyslu (Zacharová, Hermanová et al, 2007). Určitý způsob zacházení by nepřijal, protože ale jeho přijetím následuje odměna v podobě úsměvu nebo aspoň menší kritičnosti, vzdor veškerému svému vyladení přijme. Na první pohled je všechno v pořádku, z mravního hlediska jde ve skutečnosti o sice méně nápadné, ale proto i méně přijatelné zneužití pacienta (Buka, 2015). Navíc je zde reálné riziko, že pacient vše přijme, protože rezignoval. I zde najít ten správný střed mezi nezájmem, zdravou motivací a nestydatou manipulací je velmi obtížné. Z výše představeného pohledu je manipulace s nemocným, či špatně pohyblivým člověkem velmi obtížnou záležitostí s řadou dilemat a mravních pastí. Proto je nutné i při tak bazální činnosti jako je FM při péči o pacienta rozvažovat, posuzovat a použít nejvhodnější praktické dovednosti stejně jako komunikační dovednosti a laskavě důstojný přístup (Mastiliaková, 2014; Lošťáková, 2020). Přehledný graf 1 naznačuje převážně uspokojivý vztah a názory respondentů k etické problematice FM s pacientem. Přesto je nutné se zamyslet nad pětinou respondentů, kteří nejsou ve svých dalších odpovědích v tomto ohledu přesvědčiví.

Málokdy najdeme uspokojivou odpověď, když si položíme otázku, zda je rezignace nemocného výsledkem celkem realistického zhodnocení vlastní životní situace, anebo důsledek pocitů marnosti a opuštěnosti vyvolaných nedostatečným zájmem sester. Pacienti i sestry mají k odkázanosti na péči druhých různé postoje, které si ne vždy plně uvědomují. Jde totiž o emočně závažnou situaci, ve které nelze zůstat neutrálně objektivní. Ve hře je mnoho nevědomých zkušeností, postojů a motivací na obou stranách. Navíc se zde setkávají dvě unikátní lidské bytosti, každá se svým unikátními předchozími zkušenostmi. Proto je téměř nemožné najít střední polohu mezi závislostí a nezdravou separací jak na straně pacienta, tak i sestry. Nezbyvá než si uvědomovat, že je zde tento problém, opakovaně si klást sokraticky pokorně otázku, jak je to se vztahem nemocného a pečujících a nebát se jí dle situace více či méně otevřeně komunikovat.

V našem hodnocení těchto situací nám pomůže, když se rozhlédneme, které další hodnoty jsou ve hře. Objevíme dvě. Jednou je prospěch ostatních pacientů, tj. nepoškodit, nezranit, nedevalvovat. Pak je ve hře dobrá pověst pracoviště. Ta jistě lichoť všem sestrám i managementu, ale důležitější je, že dobrá pověst zvyšuje důvěru, která je významným faktorem při spolupráci nemocných se sestrami a také důležitou podmínkou jejich spokojenosti. Stejně ale zůstane v mysli otázka: „máme právo pro tyto hodnoty znevážit vůli pacienta jako zásadní hodnotu?“

Závěrem si položíme ještě jednu otázku: Proč je důležité vidět manipulaci s těmito pacienty tak složitě? Odpověď snadno formulujeme, ale ve své praxi ji domyslet a chovat se v jejím duchu vůbec není snadné. Zní takto: O tom, jak manipulujeme se svými pacienty, bychom

měli přemýšlet proto, že pro bezmocné pacienty je veliký rozdíl, když s nimi manipulujeme jako s předměty ve skladě, nebo jako s bezprávnými bytostmi, které nevědí, co chtějí, anebo jako s lidskými bytostmi, což znamená s omluvou, že víme, že děláme něco, co nechťejí, ale v tuto chvíli nelze jinak. Efektivní používání komunikačních dovedností hraje proto významnou roli při FM, což potvrzují respondenti a další autoři Basu, Faust, (2013); Zacharová, (2016); Dlabal, (2021).

## ZÁVĚR

V rámci fyzické manipulace s pacientem při ošetrovatelské péči, ač rutinní, ne příliš sledovaná intervence sester, se vztah FM a etických principů péče z výpovědí sester ukazuje být vhodný k zamyšlení. Získaná data naznačují, že i přes spíše pozitivní vztah respondentů k etické problematice v rámci FM, není vždy etický přístup realizován. Ne vždy jsou etické principy zohledňovány. Důvodem jsou jak pracovní podmínky, nedostatek personálu i vhodných pomůcek k FM, tak i nedostatečné vnímání potřeby vhodné komunikace, což je jistě nesnadný úkol. To jsou prvky, které ovlivňují i komunikaci sester při FM s pacientem, který často projevuje svoji nelibost obrannými reakcemi, což celou akci FM komplikuje. Je možné do určité míry rozumět nedostatečnému vybavení pomůckami, či současné situaci nedostatku sester z pohledu finanční situace. Ale komunikace sestry nesmí nikdy pacienta ponižovat, nebo mu jinak ubližovat. Z výsledků vyvstává otázka pro další šetření: Do jaké míry ovlivní zajištění vhodných pracovních podmínek a pomůcek pro FM komunikaci sester při FM s pacienty tak, aby zohledňovalo etické principy?

## Poděkování

Projekt je podporován Interním multidisciplinárním výzkumem Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích: Fyzická manipulace s pacientem v ošetrovatelské péči FMP2019-02.

## Literatura

BASU, A., FAUST, L. 2013. *Umění úspěšné komunikace: Jak správně naslouchat, řešit konflikty a mluvit s druhými lidmi*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5032-3.

BUKA, P. 2015. *Patients' rights, law and ethics for nurses*. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press/ Taylor & Francis Group, ISBN 978-1-4822-1739-1.

BRABCOVÁ, I. BÁRTLOVÁ, S. A KOL. 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, ISBN 978-80-7422-402-7.

DLABAL, M. 2021. *Komunikace v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-1806-7.

HEIDEGGER, M. 2018. *Bytí a čas*. Praha: Oikoymenh, ISBN 978-80-7298-244-8.

GUČKOVÁ, M. 2007. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. č. 6. ISSN 1210-0404.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2015. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, ISBN: 978-80-7492-204-6 Gal.

HEDRMAN, TH., KAMITSURU. 2020. S. NANDA *Ošetrovateľské diagnózy, Definice a klasifikace 2018-2020*. 11. vydání, Praha: Grada, ISBN 978-80-271-0710-0.

JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R. 2014. *Ošetrovateľství založené na důkazech = evidence based Nursing*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5345-4.

KŘIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7346-9.

KOŘENEK, J. 2002. *Lékařská etika*. Praha: Triton, ISBN 80-7254-235-4.

KÜBLER-ROSS, E. a kol. 2015. *O smrti a umírání*. Praha: Portál, ISBN: 978-80-262-0911-9.

TEERI, S., LEINO-KILPI, VÄLIMÄK, M. 2006. Long-Term Nursing Care of Elderly People: Identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing Ethics*. Volume: 13 issue: 2, page(s):116-129. <https://doi.org/10.1191/0969733006ne830oa>

LINHARTOVÁ, V. 2006. *Praktická komunikace v medicíně, pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.

LOŠŤÁKOVÁ, O. 2020. *Empatická a asertivní komunikace: jak zvládat obtížné komunikační situace*. Praha: Grada, ISBN 978-80-271-2227-1.

MASTILIAKOVÁ, D. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovateľská diagnostika v moderní ošetrovateľské praxi*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-9268-2.

MELLANOVÁ, A. 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovateľské profesi*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5589-2 2017.

NEDĚLKOVÁ, H., HALMO, R. 2007. *Kinestetická mobilizace: skriptum pro účastníky kurzu Kinestetická mobilizace*. Most: Nemocnice Most: ISBN 978-80-239-9260-1.

NHS Moving and Handling Policy – HSC010  
<https://www.nhft.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjjm4n825>

PATOČKA, J. 1992. *Přirozený svět jako filosofický problém*. Praha: Československý spisovatel, ISBN 80-202-0365-6.

PODRAZILOVÁ, P. 2015. Význam kinestetiky pro ošetrovatelskou péči. *Florence.*, XI (5), 38–39. ISSN:1801-464X.

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

ŠIMEK, J. 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3397-5.

ŠPIRUDOVÁ, L. 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I, pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5710-0

ŠPIRUDOVÁ, L., KRÁLOVÁ, J. 2007. Sesterská profesní role „advokáta pacienta“. *Med. Pro Praxi*, 2007, 1, s. 32–34. ISSN 1214-8687.

TRACHTOVÁ, E. 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Národní centrum ošetrovatelství (NCO NZO), ISBN 978-80-7013-590-7.

VÁCHA, J. *Meze Darwinismu*. 2020. Masarykova univerzita Brno: ISBN 978-80-210-9531-1.

VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-780-0.

Vocabulary.com - <https://www.vocabulary.com/dictionary/manipulation>.

ZACHAROVÁ, E. 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ M., ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

## Kontakt

doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

J. Boreckého 27, 370 11 České Budějovice

Pracoviště: U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice

treslova@zsf.jcu.cz

# POKROČILÝ VĚK ŽENY A JEHO ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY NA TĚHOTENSTVÍ A NOVOROZENCE

## A WOMAN'S ADVANCED AGE AND ITS HEALTH CONSEQUENCES FOR PREGNANCY AND THE NEWBORN

Michaela Mikundová<sup>1</sup>, Daniela Nedvědová<sup>2</sup>

### Abstrakt

**Východiska:** Míra těhotenství se v pokročilém věku žen neustále zvyšuje. Pokročilý mateřský věk je definován jako věk matky 35 let a více v době porodu dítěte. Svou roli v odkladu mateřství do vyššího věku hraje změna role ženy ve společnosti. Současné ženy chtějí být vzdělané, chtějí dosahovat vysokých profesních pozic a v neposlední řadě chtějí být finančně nezávislé. Na úkor výše zmíněných cílů, ale dochází k odsunu těhotenství a mateřství do vyššího, pokročilého věku ženy. S přibývajícím věkem ženy se také objevují civilizační choroby (hypertenze, nadváha, obezita, diabetes mellitus apod.), které už samy o sobě představují pro samotné těhotenství riziko.

**Cíl:** Zjistit zdravotní důsledky pokročilého věku žen na těhotenství a novorozence.

**Metody:** Kvantitativní dotazníková metoda (nestandardizovaný dotazník)

**Výsledky a diskuze:** Z provedeného průzkumného šetření vyplynulo, že ženy odkládaly svá mateřství do pokročilého věku z důvodů sociologických, psychologických, medicínských a ekonomických. Bylo také potvrzeno, že těhotenství v pokročilém věku ženy s sebou nese zdravotní rizika jak pro ženu samotnou, tak pro novorozence. Z mateřských komplikací se jednalo především o samovolný potrat, gestační diabetes mellitus, mimoděložní graviditu, vícečetnou graviditu a gestační hypertenzi. U dětí je pokročilý mateřský věk spojován s vrozenými vývojovými vadami, s nízkou ba naopak vysokou porodní hmotností, s intrauterinní růstovou retardací, s hospitalizací dětí na jednotkách intenzivní péče a se sníženým Apgar skóre.

**Závěr:** Na základě zjištěných dat lze tvrdit, že těhotenství žen ve vyšším, pokročilém věku představuje zdravotní riziko jak pro matku, tak pro novorozence. Mít dítě v pokročilém věku je u současné populace žen ve vyspělých zemích světa zcela běžným jevem. V souvislosti se zdravotními riziky je důležité ženy o této problematice edukovat a eliminovat tak hrozící rizika.

<sup>1</sup> Oddělení neonatologie, Stanice intermediární péče, Fakultní nemocnice Ostrava

<sup>2</sup> Ústav nelékařských zdravotnických studií, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita

## Klíčová slova

pokročilý věk ženy, těhotenství, zdravotní důsledky, novorozenec

## Abstract

**Background:** Pregnancy rates are steadily increasing as women age. Advanced maternal age is defined as a mother's age of 35 years or more at the time of childbirth. The change in the role of women in society is playing a role in the postponement of motherhood to an older age, with contemporary women wanting to be educated, wanting to achieve high professional positions and, last but not least, wanting to be financially independent. However, at the expense of the above-mentioned goals, pregnancy and motherhood are being pushed back to a woman's older age. As a woman gets older, she also develops diseases of civilisation (hypertension, overweight, obesity, diabetes mellitus, etc.), which in themselves pose a risk to the pregnancy itself.

**Aim:** To investigate the health consequences of advanced age of women on pregnancy and newborns.

**Methods:** quantitative questionnaire method (non-standardized questionnaire)

**Results:** The survey revealed that women postponed their motherhood to an advanced age for sociological, psychological, medical and economic reasons. It was also confirmed that pregnancy at an advanced age of a woman carries health risks for both the woman herself and the newborn. Among the maternal complications, these were mainly spontaneous abortion, gestational diabetes mellitus, ectopic pregnancy, multiple gestation and gestational hypertension. In children, advanced maternal age is associated with congenital developmental defects, low or high birth weight, intrauterine growth retardation, intensive care unit admissions and reduced Apgar scores.

**Conclusion:** Based on the data, it can be argued that pregnancies of women at older, advanced ages pose a health risk to both the mother and the newborn. Having a child at an advanced age is still common in the current population of women in the developed world. In the context of health risks, it is important to educate women about this issue to eliminate the risks.

## Keywords

advanced age of woman, pregnancy, health consequences, newborn

## **ÚVOD**

Říká se, že věk je jen číslo – pro těhotenství představuje velmi významný faktor. Odložení těhotenství do vyššího věku může ženě (i dítěti) způsobit různé zdravotní komplikace. Vyšší věk ženy se stává jedním z rizikových faktorů, který posouvá ženino těhotenství ze skupiny fyziologických těhotných žen do skupiny rizikových těhotných žen. Pozdní rodičovství je aktuálním fenoménem moderní společnosti, i když je potřeba připomenout, že v dávných dobách rodily ženy v průběhu celého reprodukčního období. Z pohledu matek existuje v současné době mnoho důvodů, proč narození dítěte odložit na pozdější dobu či zůstat bezdětná. Načasování mateřství souvisí s psychologickými, sociálními, duchovními, biologickými, medicínskými a ekonomickými aspekty ženy. Hranici třiceti let lze považovat za významný mezník, ve kterém sílí tlak na bezdětné ženy mít děti. Pokročilý mateřský věk je definován jako věk matky 35 let a více v době porodu dítěte. V poslední době se v České republice začalo rodit více dětí, a to zejména matkám po 30. roce věku. Globální koncern týkající se prevalence mateřských a novorozeneckých komplikací u žen v pokročilém věku se stále zvyšuje. Oddálení narození prvního dítěte do pozdějšího věku s sebou přináší rizika jak pro matku, tak pro dítě. Mnohé studie dokládají porodnické i perinatální důsledky, ke kterým dochází právě z důvodu těhotenství a mateřství ženy ve vyšším věku (Mehari et al., 2020; Schwartz et al., 2020; Pinheiro et al., 2019; Wu et al., 2019; Ogawa et al., 2017; Zapata-Masias et al., 2016; Baser et al., 2013; Supawadee et al., 2013).

## **CÍL PRÁCE**

Hlavním cílem bylo zjistit zdravotní důsledky pokročilého věku žen na těhotenství a novorozence. Dále byly stanoveny následující tři dílčí cíle.

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké jsou nejčastější důvody otěhotnění žen v pokročilém věku.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda se v průběhu těhotenství vyskytly komplikace u žen v pokročilém věku.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda se vyskytly komplikace u novorozence v souvislosti s těhotenstvím ženy v pokročilém věku.

## **METODIKA**

Design práce byl kvantitativní výzkum, který byl realizován prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník obsahoval celkem 17 otázek (kombinace uzavřených a otevřených otázek). Výzkumné šetření probíhalo v soukromých gynekologických ambulancích v Moravskoslezském kraji. Vzorek respondentek tvořily těhotné ženy ve věku 35 let a více. V gynekologických ambulancích bylo rozdáno 100 dotazníků, návratnost byla 60 %, k finálnímu zpracování bylo tedy využito 60 dotazníků, které byly statisticky vyhodnoceny v programu Microsoft Office Excel.

## VÝSLEDKY

Průzkumného šetření se zúčastnilo 41 (68,3 %) respondentek ve věku 35–40 let, 15 (25 %) respondentek ve věku 41–45 let a 4 (6,7 %) respondentky ve věku více než 45 let. U 41 (68,3 %) respondentek bylo těhotenství plánované u 19 (31,7 %) respondentek se jednalo o těhotenství neplánované.

Prvním dílčím cílem, kterým byly zjišťovány nejčastější důvody otěhotnění žen v pokročilém věku, byly odpovědi respondentek následující. Z tabulky č. 1 vyplývá, že 15 (25 %) respondentek uvedlo sociologické aspekty (touha po vzdělání, budování kariéry, dobré pracovní pozice, potřeba finanční nezávislosti, cestování, výběr vhodného partnera) jako důvod odložení mateřství, 7 (11,7 %) respondentek uvedlo psychologické aspekty (obavy ze ztráty volnosti a svobody, problémy v partnerských vztazích, necítění mateřské potřeby), 18 (30 %) respondentek uvedlo medicínské aspekty (problémy s otěhotněním, dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce, využití asistované reprodukce), 5 (8,3 %) respondentek uvedlo ekonomické aspekty (nedostatek financí, nestabilní bytové zázemí) a 15 (25 %) respondentek uvedlo jiné aspekty jako důvod odložení mateřství do období pokročilého věku. Jako jiné aspekty respondentky uváděly nového partnera, neplánované těhotenství a odrůst starších dětí (přály si tedy ještě malé dítě).

**Tab. 1 Co Vás vedlo k odložení těhotenství do pozdějšího věku?**

|                              | <b>Absolutní četnost (n)</b> | <b>Relativní četnost (%)</b> |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>sociologické aspekty</b>  | 15                           | 25 %                         |
| <b>psychologické aspekty</b> | 7                            | 11,7 %                       |
| <b>medicínské aspekty</b>    | 18                           | 30 %                         |
| <b>ekonomické aspekty</b>    | 5                            | 8,3 %                        |
| <b>jiné</b>                  | 15                           | 25 %                         |
| <b>celkový počet</b>         | 60                           | 100 %                        |

Druhý dílčí cíl se zaměřoval na zjištění, zda se v průběhu těhotenství vyskytly komplikace u žen v pokročilém věku. Celkově se u 51 respondentek (85 %) vyskytly komplikace během těhotenství a u 9 (15 %) respondentek se nevyskytly žádné komplikace během těhotenství. Z tabulky č. 2 vyplývá, že z komplikací během těhotenství 8 (13,3 %) respondentek potratilo během těhotenství, 16 (26,7 %) respondentek trpělo gestačním diabetem mellitus, u 4 (6,7 %) respondentek se vyskytla mimoděložní gravidita, 8 (13,3 %) respondentek mělo vícečetnou graviditu, u 10 (16,7 %) respondentek se objevilo hypertenzní onemocnění, u žádné z respondentek nedošlo k intrauterinnímu úmrtí plodu, u 5 (8,3 %) respondentek se vyskytly jiné komplikace, než byly uvedené.

**Tab. 2 Vyskytly se u Vás komplikace během těhotenství?**

|                                   | <b>Absolutní četnost (n)</b> | <b>Relativní četnost (%)</b> |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>potrat</b>                     | 8                            | 13,3 %                       |
| <b>gestační diabetes mellitus</b> | 16                           | 26,7 %                       |
| <b>mimoděložní těhotenství</b>    | 4                            | 6,7 %                        |
| <b>vícečetná gravidita</b>        | 8                            | 13,3 %                       |
| <b>hypertenzní onemocnění</b>     | 10                           | 16,7 %                       |
| <b>úmrtí plodu v děloze</b>       | 0                            | 0 %                          |
| <b>jiné</b>                       | 5                            | 8,3 %                        |
| <b>komplikace se nevyskytly</b>   | 9                            | 15 %                         |
| <b>celkový počet</b>              | 60                           | 100 %                        |

Za zmínku také stojí uvedení zjištění, zda se u žen v pokročilém věku objevují komplikace v průběhu porodu? Z průzkumného šetření vyplynulo, že 41 respondentek (68,3 %) mělo komplikace v průběhu porodu a 19 (31,7 %) respondentek nemělo žádné komplikace. Z tabulky č. 3 je patrné, že 11 (18,3 %) respondentek porodilo předčasně, 6 (10 %) respondentek přenášelo, 12 (20 %) respondentek podstoupilo indukci porodu, 7 (11,7 %) respondentek podstoupilo akutní císařský řez, 2 (3,3 %) respondentky měly větší krevní ztráty při porodu a 3 (5 %) respondentky porodily pomocí vakuumextrakce.

**Tab. 3 Objevily se u Vás komplikace v průběhu porodu?**

|                                          | <b>Absolutní četnost (n)</b> | <b>Relativní četnost (%)</b> |
|------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>předčasný porod</b>                   | 11                           | 18,3 %                       |
| <b>přenášení</b>                         | 6                            | 10 %                         |
| <b>indukce porodu</b>                    | 12                           | 20 %                         |
| <b>akutní císařský řez</b>               | 7                            | 11,7 %                       |
| <b>větší krevní ztráty</b>               | 2                            | 3,3 %                        |
| <b>podání transfuze</b>                  | 0                            | 0 %                          |
| <b>porod pomocí vakuume-<br/>xtrakce</b> | 3                            | 5 %                          |
| <b>porodnické kleště</b>                 | 0                            | 0 %                          |
| <b>komplikace se neobjevily</b>          | 19                           | 31,7 %                       |
| <b>celkový počet</b>                     | 60                           | 100 %                        |

Posledním dílčím cílem bylo zjišťováno, zda se vyskytly komplikace u novorozence v souvislosti s těhotenstvím ženy v pokročilém věku. Průzkum ukázal, že u dětí 36 (60 %) respondentek se vyskytly komplikace po porodu. Tabulka č. 4 názorně zobrazuje odpovědi

respondentek. U 4 (6,7 %) respondentek trpělo dítě vrozenou vývojovou vadou, u 12 (20 %) respondentek se dítě narodilo s nízkou porodní hmotností (pod 2500 gramů), u 6 (10 %) respondentek mělo dítě naopak vysokou porodní hmotnost (nad 4500 gramů), u 3 (5 %) respondentek dítě trpělo růstovou retardací, u 3 (5 %) respondentek bylo dítě po porodu hospitalizováno na JIP, u 7 (11,7 %) respondentek mělo dítě nízké Apgar skóre v 5. a 7. minutě a 1 (1,7 %) respondentka porodila mrtvé dítě.

**Tab. 4 Vyskytly se u dítěte po porodu komplikace?**

|                                              | <b>Absolutní četnost (n)</b> | <b>Relativní četnost (%)</b> |
|----------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>vrozené vývojové vady plodu</b>           | 4                            | 6,7 %                        |
| <b>nízká porodní hmotnost</b>                | 12                           | 20 %                         |
| <b>vysoká porodní hmotnost</b>               | 6                            | 10 %                         |
| <b>růstová retardace plodu</b>               | 3                            | 5 %                          |
| <b>hospitalizace dítěte na JIP po porodu</b> | 3                            | 5 %                          |
| <b>nízké Apgar skóre</b>                     | 7                            | 11,7 %                       |
| <b>porod mrtvého dítěte</b>                  | 1                            | 1,7 %                        |
| <b>komplikace se u dítěte nevyskytly</b>     | 24                           | 40 %                         |
| <b>celkový počet</b>                         | 60                           | 100 %                        |

### Diskuze

Hlavním cílem kvantitativního průzkumného šetření bylo zjistit zdravotní důsledky pokročilého věku žen na těhotenství a novorozence. Celkem se průzkumného šetření zúčastnilo 60 respondentek ve věku 35 let a více.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaké jsou nejčastější důvody otěhotnění žen v pokročilém věku. Nejčastějším důvodem odložení těhotenství do pokročilého věku byly medicínské aspekty (30 %), které souvisely s problémy s otěhotněním, s dlouhodobým užíváním hormonální antikoncepce a s využitím asistované reprodukce. Druhým důvodem odkladu mateřství byly sociologické aspekty (25 %), např. touha po vzdělání, cestování, potřeba finanční nezávislosti, výběr vhodného partnera nebo budování kariéry – dobrá pracovní pozice. Dále byly respondentkami uváděny psychologické aspekty (11,7 %), které se vztahovaly k obavám ze ztráty volnosti a svobody nebo k problémům v partnerských vztazích. Nejméně vyskytujícím se důvodem odkladu mateřství do vyššího věku byly ekonomické aspekty (8,3 %), které představovaly nedostatek financí nebo nestabilní zázemí. Výzkum od Kocourkové a Vlachové (2018) uvádí, že hlavním důvodem odkladu mateřství do pokročilého věku ženy byl nevhodný partner anebo že současný partner děti prozatím nechtěl. Dalšími důvody odkladu mateřství byly budování pracovní kariéry,

předchozí dlouhé studium a cestování. Respondentkami byly zmíněny také zdravotní komplikace, včetně problémů s otěhotněním. Stejně jako v našem provedeném průzkumném šetření byly ve výzkumu autorek Kocourkové a Vlachové (2018) nejméně častým důvodem odkladu mateřství do vyššího věku ekonomické faktory.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda se v průběhu těhotenství vyskytly komplikace u žen v pokročilém věku. Téměř třetina respondentek trpěla během těhotenství gestačním diabetes mellitus (26,7 %). Dalšími častými komplikacemi byly hypertenzní onemocnění (16,7 %) a vícečetná gravidita (13,3 %). Osm respondentek během těhotenství potratilo (13,3 %). V malé míře se u respondentek vyskytlo také mimoděložní těhotenství (6,7 %). U 15 % respondentek se během těhotenství v pokročilém věku nevyskytly žádné komplikace. Další otázka se zabývala komplikacemi, které se objevily u žen při porodu. U více než třetiny respondentek v pokročilém věku se při porodu neobjevily žádné komplikace. Indukci porodu podstoupilo 20 % respondentek. Předčasný porod před 37. týdnem těhotenství se objevil u 18,3 % respondentek. Další častou komplikací při porodu byl akutní císarský řez (11,7 %) a potermínová gravidita po 42. týdnu těhotenství (10 %). Nejméně se u žen objevovaly velké krevní ztráty u porodu (3,3 %) a porod pomocí vakuumextrakce (5 %). U žádné z respondentek nemusel být porod veden pomocí porodnických kleští a nemusela být podána žádná krevní transfuze. Zahraniční studie provedena autory Kahveci a kol. (2018) se téměř shoduje s výsledky našeho průzkumného šetření. Výsledky uvedené zahraniční studie dokazují, že je u žen v pokročilém věku výrazně vyšší riziko výskytu gestačního diabetu mellitu a vícečetné gravidity během těhotenství. Gestační diabetes mellitus v těhotenství byl prokázán u žen ve věku 45 let a více. Ženy v pokročilém věku vstupovaly do těhotenství také s obezitou, která představuje jisté riziko. Dále studie poukazuje na riziko preeklampsie a gestační hypertenze, která je významně vyšší u žen ve věku nad 35 let. U matek ve věku nad 40 let je riziko preeklampsie dvojnásobné a ročně se zvyšuje až o 30 % po dosažení věku 35 let. V této studii se také zjistilo riziko akutního císarského řezu, kde je vyšší riziko u žen v pokročilém věku než u mladších žen. Výsledky studie naznačují vyšší nárůst počtu provedených císarských řezů, a to celosvětově. Důvodem mohou být demografické nebo sociokulturní faktory. Na komplikace spojené s těhotenstvím žen v pokročilém věku poukazuje také polská studie provedena autory Radoń-Pokracka et al. (2019), která zjišťovala spojitost mezi pokročilým mateřským věkem a nepříznivými mateřskými, perinatálními a neonatálními komplikacemi. Závěrem studie bylo, že pokročilý mateřský věk byl predisponujícím faktorem pro předčasný porod, dále pro porod císarským řezem, ale i pro postpartální krvácení. Při podrobné analýze další studie, kterou provedli autoři AlShami et al. (2011) bylo zjištěno, že u žen ve věku 35 let a více byla častá frekvence gestační hypertenze, gestačního diabetes mellitus, předčasného odtoku plodové vody, indukce porodu, císarského řezu, epiziotomie a postpartálního krvácení. Komplikace spojené s těhotenstvím ženy ve vyšším věku udává zahraniční studie autorů Ogawa a kol. (2017). Popisuje, že ženy ve věku nad 45 let mají vyšší riziko předčasného porodu a preeklampsie. Ve studii se potvrdilo, že jsou porodem císarským řezem nejvíce ohroženy ženy ve věku 45 let a starší.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda se vyskytly komplikace u novorozence po porodu v souvislosti s těhotenstvím ženy v pokročilém věku. Nejčastější komplikací u 20 % dětí byla nízká porodní hmotnost (hmotnost pod 2500 gramů). Nízké Apgar skóre v 5. a 7. minutě se objevilo u 11,7 % dětí. Další častou komplikací byla vysoká porodní hmotnost dítěte (hmotnost nad 4500 gramů), tato komplikace se vyskytla u 10 % dětí. Čtyřem respondentkám (6,7 %) se narodilo dítě s vrozenou vývojovou vadou. Nejméně se objevovala růstová retardace plodu (vývoj plodu neodpovídá gestačnímu stáří), a to u 5 % dětí. Hospitalizace dítěte na jednotce intenzivní péče po porodu byla potřebná u 5 % dětí. Pouze jedna respondentka porodila mrtvé dítě (1,7 %). Podobný výsledek zaznamenala metaanalýza Pinherio a kol. (2019) ze které vyplynulo, že se potvrdily horší perinatální důsledky, jako je předčasný porod a narození dětí s nízkou porodní hmotností. Byl potvrzen vyšší výskyt přijetí dítěte na jednotku intenzivní péče a nízké Apgar skóre v souvislosti s pokročilým věkem ženy. Ze studie také vyplynulo, že ženy v pokročilém věku mají vyšší míru výskytu perinatální úmrtnosti a vyšší míru mrtvě narozených dětí. AlShami et al. (2011) z fetálních komplikací (u matek ve vyšším věku) uvádí výskyt makrosomie plodu, strukturálních anomálií, intrauterinního úmrtí plodu a intrauterinní růstové retardace.

## ZÁVĚR

Těhotné ženy ve vyšším věku jsou ohroženy zejména gestačním diabetem mellitem, hypertenzním onemocněním, potratem, vícečetnou graviditou a mimoděložním těhotenstvím. Pro nenarozené, ale i narozené děti představuje těhotenství žen ve vyšším věku také určitá zdravotní rizika, kterými jsou nízká porodní hmotnost dítěte, předčasný porod, perinatální úmrtí, intrauterinní růstová retardace, nízké Apgar skóre, vrozené vývojové vady, makrosomie plodu a hospitalizace novorozenců na jednotkách intenzivní péče. Na základě zjištěných dat lze tvrdit, že těhotenství žen ve vyšším věku představuje zdravotní riziko jak pro matku, tak pro novorozence. Mít dítě v pokročilém věku je stále běžným jevem v současné populaci žen ve vyspělých zemích světa. Svou roli v dnešní době mimo jiné sehrává obrovský pokrok v technologii asistované reprodukce, který umožnil v posledních dekádách perimenopauzálním i postmenopauzálním ženám ve věku od 50 let počít dítě. Odklad plodnosti do vyššího věku žen je dominantní charakteristikou reprodukčního chování vyspělých populací a v Česku probíhá již téměř tři desetiletí. V 90. letech 20. století a v prvním desetiletí 21. století byl v České republice zaznamenán jeden z nejintenzivnějších nárůstů průměrného věku prvorodiček (Šťastná, Kocourková a Šídlo, 2019). Mateřství je v dnešních západních společnostech vnímáno jako svobodná volba, nikoliv jako povinnost ženy mít dítě. Dnešní moderní ženy si samy rozhodují o tom, kdy a za jakých podmínek se stanou matkami, případně jestli vůbec zvažují možnost těhotenství a mateřství. Úplná kontrola nad reprodukcí je u ženy ovlivněna řadou faktorů (Slepičková a Bartošová, 2008). Posunout narození prvního dítěte do pozdějšího věku je právem všech žen. Současně by však měly posoudit veškerá rizika pramenící z této volby a pečlivě zhodnotit důvody oddálení (Kozáková et al., 2015).

## Literatura

ALSHAMI, H. A. A., KADASNE, A. R., KHALFAN, M. et al. Pregnancy outcome in late maternal age in a high-income developing country. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2011, vol. 284, no. 5, p. 1113–1116. ISSN 1432-0711.

BAŞER, E., SEÇKIN, K. D., ERKILINÇ, S. et al. The impact of parity on perinatal outcomes in pregnancies complicated by advanced maternal age. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*. 2013, vol. 14, no. 4, p. 205–209. ISSN 1309-0380.

KAHVECI, B. a kol. The effect of advanced maternal age on perinatal outcomes in nulliparous singleton pregnancies. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018, roč. 18, č. 343. ISSN 1471-2393.

KOCOURKOVÁ, J. a VLACHOVÁ T. Odklad mateřství do vyššího věku – individuální postoje českých žen. *Gynekologie a porodnictví*. 2018, č. 2, s. 8–11. ISSN 2533-4689.

KOZÁKOVÁ R. et al. Důvody oddálení narození prvního dítěte u matek po 35. roce. *Profese online*. 2015, roč. 8, č. 1, s. 17–23. ISSN 1803-4330.

MEHARI, M., MAERUF, H., ROBLES, C. C. et al. Advanced maternal age pregnancy and its adverse obstetrical and perinatal outcomes in Ayder comprehensive specialized hospital, Northern Ethiopia, 2017: a comparative cross-sectional study. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2020, vol. 20, no. 1, p. 1–10. ISSN 1471-2393.

OGAWA, K., URAYAMA, K. Y., TANIGAKI, S. et al. Association between very advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: a cross sectional Japanese study. *BMC Pregnancy and childbirth*. 2017, vol. 17, no. 1, p. 1–10. ISSN 14712393.

PINHEIRO, R. L., AREIA, A. L., MOTA PINTO, A. et al. Advanced maternal age: Adverse outcomes of pregnancy, a meta-analysis. *Acta medica portuguesa*. 2019, vol. 32, no. 3, p. 219–226. ISSN 1646-0758.

RADOŇ-POKRACKA, M., ADRIANOWICZ, B., PŁONKA, M. et al. Evaluation of Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age. *Macedonian journal of medical sciences*. 2019, vol. 7, no. 12, p. 1951–1956. ISSN 1857-9655.

SCHWARTZ, A., MANY, A., SHAPIRA, U. et al. Perinatal outcomes of pregnancy in the fifth decade and beyond – a comparison of very advanced maternal age. *Scientific reports*. 2020, vol. 10, no. 1. ISSN 2045-2322.

SLEPIČKOVÁ, L. a BARTOŠOVÁ, M. Problematické tranzice k mateřství. *Sociální studia. Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity*. 2008, roč. 2, s. 35–54. ISSN 1214-813X.

SUPAWADEE, T., HOWLAND, L. CH., CLARK, M. J. et al. Relationships among health promoting behaviors and maternal and infant birth outcomes in older pregnant Thais. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2013, vol. 17, no. 1, p. 28–38. ISSN 1906-8107.

ŠŤASTNÁ, A., KOCOURKOVÁ, J. a ŠÍDLO, L. Reprodukční stárnutí v česku v kontextu Evropy. *Časopis lékařů českých*. 2019. č. 3–4, s. 126–132. ISSN 1805-4420.

WU, Y., CHEN, Y., SHEN, M. et al. Adverse maternal and neonatal outcomes among singleton pregnancies in women of very advanced maternal age: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2019, vol. 19, no. 1, p. 1–9. ISSN 1471-2393.

ZAPATA-MASIAS, Y., BELÉN, M., GOMÉZ ROIG, M. D. et al. Obstetric and perinatal outcomes in women  $\geq 40$  years of age: Associations with fetal growth disorders. *Early human development*. 2016, vol. 100, p. 17–20. ISSN 1872-6232.

## Kontakt

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

|                              |
|------------------------------|
| <b>OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE</b> |
|------------------------------|



## VYUŽITÍ PRONAČNÍ POLOHY U PACIENTA S COVIDOVOU PNEUMONIÍ – KAZUISTIKA

### THE USE OF THE PRONATION POSITION IN PATIENT WITH COVID PNEUMONIA – CASE STUDY

Jitka Hůsková<sup>1</sup>, Pavla Kudlová<sup>1</sup>,  
Miroslava Kubicová<sup>1</sup>, Lubor Hruška<sup>2</sup>

#### Abstrakt

**Východiska:** Pronační poloha je vynucená poloha na břicho, která se používá při akutním respiračním selhávání.

**Cíl:** Popsat a analyzovat efekt pronační polohy na ventilační parametry během umělé plicní ventilace.

**Metody:** Kvalitativní výzkum designem kazuistiky. V průběhu intenzivní péče byl pacient monitorován a ošetřován jednou z autorek této studie. Se souhlasem příslušného zařízení byly pořizovány snímky s ohledem na zachování anonymity pacienta. V průběhu léčby a po jejím skončení, byl proveden popis a analýza výsledků uvedených ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

**Výsledky:** Kazuistika se zabývá využitím pronační polohy u 54letého pacienta s prokázaným onemocněním Covid 19 s oboustrannou pneumonií a ukazuje pohotový efekt zlepšení oxygenace během krátké doby (do 48 hodin) po přijetí do intenzivní péče s mírnými negativy po návratu z pronační polohy (stagnace GIT, akrocyanóza končetin s počínajícími ischemickými defekty na prstech DKK, oční chemóza).

**Závěr:** Kazuistika potvrzuje sledovaný cíl. Pronační poloha u konkrétního pacienta zlepšila ventilační parametry s poklesem pCO<sub>2</sub> a stabilizací pO<sub>2</sub>. Převažující pozitiva pronační polohy u tohoto pacienta vedly ke stabilizaci celkového stavu do 72 hodin od přijetí a k možnosti přeložení na lůžko následné intenzivní péče k další léčbě. Domníváme se, že využití pronační polohy je jedním z možných řešení nedostatku akutních intenzivních lůžek a personálu v době covidové pandemie. Je však potřeba provést další sledování/srovnání pozitiv a negativ této metody.

<sup>1</sup> UTB FHS Ústav zdravotnických věd ve Zlíně

<sup>2</sup> Uherskohradištská nemocnice, a.s.

## Klíčová slova

Covidová pneumonie, pronační poloha, efekt, kazuistika, pozitiva, negativa

## Abstract

**Background:** The pronation position is a forced position on the stomach that is used in cases of acute respiratory failure.

**Aim:** Describe and analyze the effect of pronation position during artificial lung ventilation on ventilation parameters.

**Methods:** Qualitative research by means of case study. In the course of intensive care the patient was monitored and nursed by one of the authors of this study. Based on approval by the medical facility in question pictures were taken with regard to keeping the patient anonymous. In the course of treatment and on its ending description and analysis of the results were conducted and entered into the patient's file.

**Results:** This case study confirms the goal. The pronation position of particular patients improved ventilation parameters with decrease in pCO<sub>2</sub> and stabilization pO<sub>2</sub>. There was a quick effect and improved oxygenation within a short period of time (within 48 hours) from being admitted to intensive care with mild adverse effects on returning from the pronation position (GIT stagnation, acrocyanosis of the limbs with starting ischemic defects on the toes, eye chemosis).

**Conclusion:** Prevalent positive of the pronation position in this patient led to stabilization of his health condition within 72 hours from being admitted to intensive care. Then it was possible to move him to a subsequent care bed for further treatment. The use of the pronation position is one of the possible solutions when there are not enough intensive care beds and staff in times of a covid pandemic. However, it is necessary to perform further monitoring to compare the pros and cons of this method.

## Keywords

Covid pneumonia, pronation position, effect, case study, pros, cons

## ÚVOD

Pronační poloha, Prone Position (někdy také náklonná metoda) je vynucená poloha na břicho, popsaná jako metoda léčby v souvislosti s akutním respiračním selháním (severe ARDS) od 70 let (Piehl et al., 1976). Pronační poloha patří mezi rescue postupy v intenzivní péči. Uvedením pacienta do pronační polohy dochází k recruitmentu dorzálních atelektatických plicních partií prostřednictvím gravitace. Zvětšuje se tak plocha k výměně krevních plynů, upravují se ventilačně-perfúzní nepoměry, dochází ke snížení pravolevého zkratu, poloha srdce svou hmotností méně ovlivňuje plicní tkáň (Stibor, in Dostál, 2018; Kopterides et al., 2009; Robak et al., 2011). Vedlejším, ale velmi pozitivním efektem je mobilizace sekretů z dorzobazálních partií a usnadnění toalety dýchacích cest. Toaleta dýchacích cest patří ke stěžejním kompetencím ošetrovatelské péče (Kapounová, 2020). Z ošetrovatelského pohledu pronační poloha snižuje rizika dekubitů v predilekčních oblastech (sakrum, paty). Kontraindikací uvedení do polohy na břicho je zejména nitrolební hypertenze, nitrobřišní hypertenze, úrazy krční páteře, závažná oběhová nestabilita (Gattinoni et al., 2013). Pronační poloha je ukončována při zlepšení klinického stavu, ústup od adverzního nastavení ventilátoru, možnosti snížení  $\text{FiO}_2$  nebo při výskytu nežádoucích účinků v souvislosti s pronační polohou (Stibor, in Dostál, 2018).

Covidová pneumonie vede k respiračnímu selhání z důvodu kolapsu plic. Přítomnost atelektatických míst v dorsálních partiích plic na RTG (CT) hrudníku, může predikovat pozitivní přínos pronační polohy (Stibor, in Dostál, 2018).

### Indikace uvedení do pronační polohy

Poměr  $\text{paO}_2/\text{FiO}_2$  je menší než 150 mmHg při nutnosti  $\text{FiO}_2$  0,6 a více. A to při správně nastaveném ventilačním režimu protektivní ventilace s adekvátní hodnotou PEEP (for PROSEVA study group, Guérin et al. 2013). Pokud je dosahováno cílových hodnot pouze při adverzním nastavení ventilačního režimu, je včasné zahájení pronační polohy důležité (Stibor, in Dostál, 2018).

### Kontraindikace uvedení do pronační polohy

Kontraindikace zahrnují těžkou hemodynamickou nestabilitu, život ohrožující arytmie, důkaz zvýšeného nitrolebního, nitroočního nebo nitrobřišního tlaku, záchvat (např. epileptický), mnohočetné trauma, zlomeniny obličeje, hrudníku, páteře nebo pánve, tracheotomie mladší než 24 hodin, nedávná kardiotorakální operace, selhání levé komory, těhotenství ve druhém nebo třetím trimestru, otevřená břišní rána aj. (Gattinoni et al., 2001; F Gattinoni et al., 2010; Robak et al., 2011).

### Ošetrovatelské komplikace pronační polohy

Ošetrovatelskou péčí o pacienta s respiračním selháním ovlivňují dopady prolongované hypoxie a snížené perfúze, zejména ischemické defekty na periférii a sklon k hypotermii. Za hlavní komplikace ošetrovatelské péče u pronační polohy lze považovat: riziko dekubitů, zvracení (intolerance enterální výživy), ulcerace oční rohovky, narušená integrita sliznic v souvislosti s fixací invazivních vstupů ve vynucené poloze na břicho, nutnost

bolusů (navýšení) sedace pacienta při manipulaci, oběhová nestabilita. Za mechanické komplikace při samotném uvádění do a z pronační polohy (proningový manévr) lze považovat za komplikaci dislokaci invazivních vstupů (orotracheální rourka, žaludeční sonda, arteriální, žilní linka, močový katétr a drenáže), přechodnou desaturaci a oběhovou nestabilitu (Gattinoni et al., 2013).

### **Vybavení k zajištění úplné pronační polohy**

Základem pro uvedení do pronační polohy (úplné polohy na břiše 180 stupňů) je pronační set. Komponenty pronačního setu umožní ve vynucené poloze na břiše využití léčebného efektu, tj. změn gravitačního tlaku na hrudník a otevření dorsálních plicních partií. Vzhledem k délce pronační polohy, která je indikována lékařem (zpravidla 12–24 hodin) je nutné zajistit specializovanou ošetrovatelskou péči. Jejím cílem je minimalizace následků vynucené polohy na břiše ve prospěch pozitiv pronační polohy.

### **Specializovaná ošetrovatelská péče u pacienta v pronační poloze**

Specializovaná ošetrovatelská péče musí na prvním místě zajistit vitální funkce a jejich kontinuální monitoraci (Kapounová, 2020). To představuje při uvedení do pronační polohy zejména technické zabezpečení kabeláží, možnost umístění svodů na záda pacienta, bezpečné a aseptické prodloužení přístupových linek do cévního systému ke sledování IBP (invazivní krevní tlak), odběrům a aplikaci léčebných přípravků. Dále pak fixaci NGS (žaludeční sonda), k umožnění derivace žaludečního obsahu, důkladné ošetření nosní sliznice s důrazem na prevenci defektu. Pro udržení průchodnosti dýchacích cest je nutná kontrola nastavené polohy zavedení endotracheální rourky /tracheostomické kanyly, napojení na uzavřený odsávací systém a dýchací okruh s umožněním průběžné kontroly tlaků obturační manžety. Před vlastním uvedením do pronační polohy je nutné věnovat pozornost kůži a sliznicím pacienta. Provést důkladnou hygienu dutiny ústní, odsát sekrety ze subglotického prostoru a dolních cest dýchacích, ošetření očí s aplikací ochranné vrstvy masti a očním krytím. Zkontrolovat a ošetřit kůži, na predilekční místa přiložit preventivní krytí (Kapounová, 2020). Při uvedení do úplné pronační polohy je možné vycházet z postupu a výsledků studie PROSEVA (Guérin et al. 2013, Stibor, in Dostál, 2018). Při vlastním otáčení pacienta do pronace jde o souhru týmu (minimálně 5 členů pronačního týmu) a zvládnutí jejich rolí tak, aby byla dodržena stabilita vitálních funkcí a bezpečnost pacienta. Vedoucí týmu, zpravidla lékař, zabezpečuje dýchací cesty a zajistí minimální monitoraci během polohování. Pacient se maximálně odsune k okraji lůžka, podloží pevnou plátěnou podložkou, horní končetina ve směru otáčení je podsunuta pod tělo. Po otočení na pevnou plátěnou podložku se uvolní horní končetina, pacient je zkontrolován a zajištěn monitorací. Po nadzvednutí pacienta na pevné plátěné podložce jsou zasunuty jednotlivé komponenty pronačního setu v pořadí hrudník, středová část od pupku směrem k DK tak, aby byl zajištěn dostatečný prostor pro exkurze břišní stěny při inspiriu. Následuje komponenta k uložení hlavy a obličej s usazením fixovaných invazí endotracheální/tracheostomické kanyly a nazogastrické sondy v obličejové části hlavy. Jako poslední je zasunuta komponenta pod DK k mírné flexi kolene a pečlivým podložení bérků, jako prevence dekubitu v této oblasti (málo podkožního tuku

a minimum svalů mezi dlouhými kostmi bérce). U pacienta proběhne kontrola polohy a fixace všech invazivních vstupů, včetně drenáží. U mužů je nutná kontrola volnosti scróta a penisu při zavedeném močovém katétru. Zvláštní pozornost je věnována riziku tlaku na oči v obličejové části hlavy. Vlivem hydrostatického tlaku lze předpokládat vznik edému v okolí očních víček a obličeje (Stibor, in Dostál, 2018).

**Obr. 1**



**Obr. 2**



Obr. 3



## KAZUISTIKA

### Anamnéza

54letý muž, bez sledovaných onemocnění a trvalého užívání léků. Podrobnou anamnézu vzhledem k akutnímu stavu dušnosti nebylo možné odebrat. V informačním nemocničním systému uvedena pouřazová syntéza dolní čelisti a stav po renální kolice vpravo.

**Sociální podmínky:** z dostupných informací rodiny má pacient vysokoškolské vzdělání, pracuje jako manažer firmy, ženatý, dvě děti, žije s manželkou v rodinném domku. Nekouří, alkohol nepije.

**Nynější onemocnění:** přivezen cestou urgentního příjmu s prokázaným onemocněním Covid 19 s oboustrannou pneumonií. V klinickém obraze před hospitalizací dominují febrilie a průjemy, po týdnu se objevuje dušnost. Proveden RTG plic, kde potvrzena oboustranná pneumonie, od praktického lékaře zajištěn pozitivní PCR test a nasazena ATB terapie. Pro přetrvávající dušnost a zhoršení kontaktu volána rodinou záchranná služba. Při příjezdu muž cyanotický, soporózní, tachypnoický. Na místě zajištěna oxygenoterapie (15l kyslíku/za minutu) a žilní přístup, frakcionovaně podáno 20 mg Morphinu i.v., pacient se probírá do kontaktu. Zajištěn převoz za stálé monitorace do zdravotnického zařízení. Při přesunu na nemocniční lůžko prudké zhoršení stavu, desaturace na hodnoty  $\text{spO}_2$  20% při zavedení HFNO (High Flow Nasal Oxygenotherapy) 60 l/za minutu. Pacient urgentně přijat na ARO.

Při přijetí somnolentní, sinusová tachykardie 120/minuta, hypertenzní (190/100 mmHg),  $\text{spO}_2$  30%, při navýšení  $\text{FiO}_2$  na HFNO na 80%, podán bolus 5mg Morphin i.v. Zajištěny nutné invaze (arteriální linka, 2 periferní žilní kanyly) a provedena s farmakologickou přípravou intubace s napojením na UPV (plicní ventilace), režim řízené ventilace. Pacient následně uveden do hluboké analgosedace. Akra teplá, pulzace na periférii dobře hmatné, známky centrální cyanózy. Po uvedení do analgosedace dochází k výraznému poklesu krevního tlaku, nutná oběhová podpora katecholaminy ve vysokých dávkách,

masivní volumsubstituční terapie, aplikace 3 čerstvých mražených plazem a pro vysoké zánětlivé markery zahájena terapie ATB. Zajištěna centrální žilní linka cestou v. subclavia dx., permanentní močový katetr č. 14, zavedena nasogastrická sonda č. 16 na spád.

### **Fyzikální vyšetření po zajištění vitálních funkcí**

**Teplota:** 38,4 stupňů Celsia.

**Vědomí:** analgesedace Sufentanil 90 µg/za hodinu, Propofol 200 mg/za hodinu, relaxován Arduanem 8mg. Bez reakce na oslovení, RASS–5 (Richmond Agitation end Sedation Scale).

**Kontakt:** nelze navázat, nereaguje na nocicepci, nespolupracuje.

**Psychický stav, spánek:** nelze objektivně posoudit.

**Soběstačnost:** Barthelův test 0 bodů.

**Bolest:** bez reakce na bolest.

**Významný handicap, kompenzační pomůcky:** nelze objektivně posoudit.

**Výživa, hydratace:** zajištění NGS (na spád), centrální žilní linka (volumexpanze krystaloidy, parenterální výživa).

**Základní nutriční screening:** 2 body.

**BMI:** dle obvodu paže 29 kg/m<sup>2</sup> (obvod paže 34 cm), dle lékařské anamnézy 31 kg/m<sup>2</sup>. Vyprazdňování: zaveden permanentní močový katétr, odvádí čistou moč, hodinová diuréza 50ml. Poslední stolici nelze zjistit. Břicho měkké, peristaltika obleněná, NGS odvádí stagnační žaludeční obsah.

**Kůže:** výrazná akrocyanóza prstů na DK, mramoráže DK oboustranně až po kolena. Anikterická, bez otoků. Končetiny bez otoků. Predilekční místa bez známek poškození. Riziko vzniku dekubitů (Nortonova stupnice) 13 bodů.

**Hlava:** bulby ve středním postavení, sklery anikterické, spojivky růžové, zornice isokorické 2mm, fotoreakce oboustranná. Uši a nos bez sekrece.

**Umělá plicní ventilace, dýchací cesty:** umělá ventilace přes orotracheální rourku, č. 8,5, režim CMV/PCV (řízená ventilace), s inspirační podporou 20cm H<sub>2</sub>O, PEEP 20cm H<sub>2</sub>O (přetlak na konci výdechu), dechový objem 510ml, minutový objem 7,0l, dechová frekvence 16/za minutu, FiO<sub>2</sub> 90 % (průtok kyslíku). Odezva: spO<sub>2</sub> 97 %, etCO<sub>2</sub> 4,3 kPa. Z dýchacích cest se nic neodsává.

**Oběh:** nestabilní, k udržení perfúzního tlaku Noradrenalin 4mg/za hodinu, Empressin 40 IU/za den. Odezva: IBP 120/80 mmHg, MAP 80–90 mmHg, srdeční frekvence nepravidelná 118/za minutu, četné komorové (KES) a síňové extrasystoly (SVES), CVP +19,5cm H<sub>2</sub>O (centrální žilní tlak).

**Zjištění rizika pádu:** 4 body (střední riziko pádu).

**Laboratorně po zajištění vitálních úkonů:** Na 142 mmol/l, K 4 mmol/l, Cl 106 mmol/l, CRP 158–186 mg/l, PCT 0,3 µg/l, IL-6 154 ng/l, Hb 146 g/l. Glykémie 12,4 mmol/l. ASTRUP: hyperkapnie, normoxémie.

**Farmakologie po zajištění vitálních úkonů:** ATB: Piperacilin/Tazobactam; LMWH, prokinetika, expektorantia, imunomodulantia, kortikoidy, vitamíny, minerálové syzení, analgesedace, korekce glykémie, podporu diurézy vést do pozitivní bilance, krystaloidy 300 ml/za hodinu.

## KATAMNÉZA

### Vývoj stavu – shrnutí 1. dne hospitalizace

První den uvedení do analgosedace a řízené plicní ventilace, zajištění invazivních vstupů, kontrolní RTG plic k ověření vstupů a CT k potvrzení zánětlivé infiltrace plicního parenchymu. Podpora vitálních funkcí, výrazná oběhová nestabilita, nutná podpora katecholaminy (uvedení do pronační polohy odloženo). Pacient febrilní, odsávání z dýchacích cest minimální, sedován RASS–5; bez reakce na oslovení, bez spontánní hybnosti. Zornice reagují, NGS odvádí 200 ml stagnačního obsahu, peristaltika nepřítomna. Stolice nebyla. Diuréza dostatečná bez nutnosti forsáže diuretikem (kumulativní bilance + 12 800 ml). Končetiny bez otoků, zhoršení akrocyanózy zejména na prstech DK oboustranně, mramoráž DK oboustranně až ke kolenům, mramoráž dorsa levé ruky. Hraniční kapilární návrat, bez kožních defektů. Končetiny lokálně fyzikálně ohřívány. Zajištěna bariérová ošetrovatelská péče v režimu při pozitivě Covid-19.

### Vývoj stavu – uvedení do pronační polohy 2. dne hospitalizace

Uvedení do pronační polohy: stabilizace stavu umožnila uvést pacienta do pronační polohy od 15 hodiny hospitalizace na akutním intenzivním lůžku.

### Uvedení do pronační polohy na 24 h

(hodnoceno za 2 hodiny po uvedení)

**Analgosedace a umělá plicní ventilace:** Sufentanil 90 µg/za hodinu a Propofol 200 mg/za hodinu, Rivotril 4 mg/za den, Arduan 8 mg při interferenci s ventilátorem. Řízená plicní ventilace režim CMV/ PCV, inspirační podpora navýšena na 22 cm H<sub>2</sub>O, PEEP 20 cm H<sub>2</sub>O, dechový objem 790 ml, minutový objem 12,6 l, dechová frekvence 16/minuta, FiO<sub>2</sub> 70 %. Odezva: spO<sub>2</sub> 98 %, etCO<sub>2</sub> 3,9 kPa. Z dýchacích cest se nic neodsává.

**Teplota:** afebrilní 35,6 stupňů Celsia.

**Vědomí:** analgosedace, bez reakce na oslovení, na nocicepci nereaguje, výzvě nevyhoví, nespolupracuje bez spontánní hybnosti, RASS–5.

**Hlava:** bulby ve středním postavení, skléry anikterické, spojivky růžové, oboustranná chemóza, zornice isokorické 2 mm, fotoreakce oboustranná. Uši a nos bez sekrece.

**Oběh:** stabilní, s podporou Noradrenalinu 2,4 mg/za hodinu. Odezva: IBP 116/70 mmHg, MAP 89 mmHg, srdeční akce nepravidelná (SVES), CVP +22,95 cmH<sub>2</sub>O.

**Výživa:** plná parenterální nutrice.

**Vyprazdňování:** PMK, diuréza dostatečná bez forsáže diuretikem, břicho bez slyšitelné peristaltiky, NGS na spád, stolice neodchází.

**Kůže a končetiny:** bez defektů, bez ikteru, růžová, hraniční kapilární návrat, bez otoků, slabá pulzace na periférii, přetrvává akrocyanóza na DKK, mramoráž dorsa levé ruky, DKK lýtka volná, bez otoku (bez známek pro TEN).

**Farmakologie:** ATB Piperacilin/Tazobactam; LMWH, prokinetika, expektorantia, imunomodulantia, kortikoidy, vitamíny, minerálové sycení, analgosedace, korekce glykémie, podpora diurézy do pozitivní bilance + 2000 ml, krystaloidy 300 ml/za hodinu, parenterální nutrice.

### Přetočení z pronační polohy po 24 hodinách

(hodnoceno za 2 hodiny po přetočení)

**Analgosedace a umělá plicní ventilace:** Sufentanil 90 µg/za hodinu a Propofol 200 mg/za hodinu, Rivotril 4 mg/za den. Řízená plicní ventilace režim CMV/PCV, inspirační podpora navýšena na 22 cm H<sub>2</sub>O, PEEP 18 cm H<sub>2</sub>O, dechový objem 780 ml, minutový objem 11,5 l, dechová frekvence 16/za minutu, FiO<sub>2</sub> 65 %. Odezva: spO<sub>2</sub> 99 %, etCO<sub>2</sub> 4,1 kPa. Z dýchacích cest se nic neodsává.

**Teplota:** 36,5 stupňů Celsia.

**Vědomí:** analgosedace, bez reakce na oslovení, nocicepce bez reakce, výzvě nevyhoví, nespolupracuje bez spontánní hybnosti, RASS–5.

**Hlava:** bulby ve středním postavení, skléry anikterické, spojivky růžové, oboustranná chemóza, zornice isokorické 2 mm, fotoreakce oboustranná, uši a nos bez sekrece, otok víček a obličeje.

**Oběh:** stabilní, s podporou Noradrenalinu 0,5 mg/za hodinu, Odezva: IBP 125/70 mmHg, MAP 98 mmHg, srdeční akce pravidelná, sinus 63/za minutu, CVP + 12,75 cmH<sub>2</sub>O.

**Břicho:** bez slyšitelné peristaltiky, NGS na spád 150 ml žaludečního obsahu, stolice neodchází.

**Diuréza:** PMK, diuréza s forsází diuretikem (Furosemid 3,75 mg/za hodinu), diuréza 1350 ml/za 6 hodin.

**Končetiny:** bez otoků, pulzace na periférii hmatná, přetrvává akrocyanóza na DKK, lýtka volná, bez otoku (bez známek pro TEN), mramoráž dorsa levé ruky, počínající ischemické defekty prstů na obou DKK.

**Kůže:** bez defektů, bez ikteru, růžová, kapilární návrat v normě, bez defektů.

**Farmakoterapie:** ATB: Piperacilin/Tazobactam; LMWH, prokinetika, expektorantia, imunomodulantia, kortikoidy, vitamíny, minerálové sycení, analgosedace (viz výše), korekce glykémie inzulinem, podpora diurézy do vyrovnané denní bilance (diuréza 600–1500 ml/ za 6 hodin), krystaloidy 40 ml/za hodinu, plná parenterální nutrice.

Laboratorně po přetočení z pronační polohy: Na 144 mmol/l, K 4,3 mmol/l, Cl 107 mmol/l, Osmolalita 314 mmol/kg, CRP 82,5 mg/l, PCT 0,3 µg/l, IL-6 12,49 ng/l, CB 54,1 g/l, Hb 122 g/l. Glykémie 8,7 mmol/l. ASTRUP: normokapnie, hyperoxémie.

**Sledované parametry** (vstupní, před a po pronaci):

Oběhová stabilita (střední arteriální tlak – MAP, srdeční akce, oběhová podpora);

Tělesná teplota;

Diuréza, Bilance tekutin;

Ventilace: ventilační režim, saturace, pCO<sub>2</sub>, pO<sub>2</sub>, FiO<sub>2</sub>, PEEP, odsávání z dýchacích cest;

Analgosedace, Vědomí;

Výživa, žaludeční návrat;

Změny na kůži a sliznicích;

Změny v obličeji;

Zánětlivé markery (CRP, Procalcitonin, Interleukin).

Tab. 1 Sledované parametry

| Sledované parametry         | Vstupní               | Před pronací                            | Po pronaci                              |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Vědomí / RASS               | -2                    | -5                                      | -5                                      |
| Analgesedace                | -----                 | Sufentanil 90 µg/h<br>Propofol 200 mg/h | Sufentanil 90 µg/h<br>Propofol 200 mg/h |
| Tělesná teplota             | 38,4 °C               | 35,6 °C                                 | 36,5 °C                                 |
| ATB                         | -----                 | Piperacilin/Tazobac.                    | Piperacilin/Tazobac.                    |
| MAP                         | 120 mmHg NIBP         | 89 mmHg IBP                             | 98 mmHg IBP                             |
| Katecholaminy NoA           | -----                 | 2,4 mg/h                                | 0,5 mg/h                                |
| Ventilační režim            | S – CMV PCV           | S – CMV PCV                             | S – CMV PCV                             |
| pCO <sub>2</sub>            | 9,38 kPa              | 7,32 kPa                                | 5,71 kPa                                |
| pO <sub>2</sub>             | 10,6 kPa              | 9,26 kPa                                | 20,5 kPa                                |
| Saturace O <sub>2</sub>     | 30... 85 %            | 98 %                                    | 99 %                                    |
| fiO <sub>2</sub>            | 90 %                  | 70 %                                    | 65 %                                    |
| PEEP                        | 20 cmH <sub>2</sub> O | 22 cmH <sub>2</sub> O                   | 18 cm H <sub>2</sub> O                  |
| Srdeční akce                | Neprav. 120/min.      | Neprav., SVES/ 74/<br>min.              | Prav. 63/min.                           |
| Korekce glykémie            | -----                 | 4 IU/h                                  | 1 IU/h                                  |
| Glykémie                    | 10,1                  | 11,5                                    | 8,7                                     |
| Forsáž diuretikem           | -----                 | -----                                   | 3,75 mg/h                               |
| Kumulativní bilance tekutin | -----                 | + 12800 ml                              | + 14 700 ml                             |
| Žaludeční návrat            | -----                 | 200 ml                                  | 150 ml                                  |
| Výživa                      | -----                 | Plná parenterální                       | Plná parenterální                       |
| CB                          | 56,3                  | 51,7                                    | 54,1                                    |
| CRP                         | 158                   | 186                                     | 82,5                                    |
| Interleukin                 | 154,3                 | 12,52                                   | 12,49                                   |
| Odsávání z D. C.            | Bez sekrece           | Bez sekrece                             | Bez sekrece                             |

| <b>Sledování kůže</b> | <b>Vstupní</b> | <b>Před pronací</b>   | <b>Po pronaci</b>                                   |
|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|
| Dekubitus             | -----          | -----                 | -----                                               |
| Akrocyanóza končetin  | Výrazná DKK    | Prsty DKK             | Prsty DKK, počínající ischemické defekty 0,5x0,5 cm |
| Mramoráž              | DKK po kolena  | Dorsum LHK<br>DKK bez | Dorsum LHK<br>DKK bez                               |
| Chemóza               | -----          | Oboustranná           | Oboustranná, výrazný otok víček a obličeje          |
| Otok víček            | -----          | -----                 | oboustranně                                         |

## **DISKUZE**

Syndrom akutní respirační tísně (ARDS) je stav s vysokou morbiditou a mortalitou a léčba je často dlouhá, nákladná a primárně podpůrná (Morrell, 2010, Gibson, Dufault, Bergeron, 2015). Podle autorů Gibson, Dufault, Bergeron (2015) se pronační poloha u pacientů s ARDS používá jen zřídka, přes to, že výzkumy naznačují, že tato intervence může být účinná (Gibson, Dufault, Bergeron, 2015). Jedním z důvodů může být nedostatek znalostí a/nebo neochota klinického lékaře ji používat (Morrell, 2010). Zkoumání polohy na břiše může pomoci podpořit nebo odmítnout její používání v praxi, což bylo záměrem i této kazuistiky.

Na konci roku 2019 byl COVID-19 identifikován jako příčina řady případů pneumonie s vysokými potřebami mechanické ventilace u kriticky nemocných pacientů (Tomasino et al., 2020). Poloha na břiše (pronační poloha – PP) byla použita ke zlepšení okysličení u pacientů postižených onemocněním SARS-CoV-2 (COVID-19) např. ve studii Ibara et al. (2021). Podle těchto autorů je trvalé zlepšení okysličení po první relaci pronační polohy nezávisle spojeno se zlepšeným přežitím a zkrácením trvání mechanické ventilace u kriticky nemocných pacientů s COVID-19 (Ibara et al., 2021). Poloha na břiše se tak stala doporučenou terapií u pacientů s COVID-19, u nichž se rozvine syndrom akutní dechové tísně – ARDS (Mumba et al., 2021). Pronační poloha byla použita u pacientů s COVID-19 s dobrým efektem v rámci několika nových studií (např. Mumba et al., 2021; Paternoster et al., 2020; Ibarra et al., 2021; Tomasino et al., 2020 aj.).

I v rámci naší observační studie byla použita pronační poloha, a to u 54letého pacienta s prokázaným onemocněním Covid-19 s oboustrannou pneumonií. Výsledky naší studie prokázaly pohotový pozitivní efekt na zlepšení oxygenace během krátké doby (do 48 hodin). I jiné (dříve provedené) studie zaměřené na pronační polohu u pacientů s ARDS uvádí zlepšení systémové oxygenace u 70 % až 80 % pacientů s ARDS, s maximálním zlepšením pozorovaným u nejvíce hypoxemických pacientů (např. Dickinson, Park, Napolitano, 2011). Další autoři (např. Gattinoni et al 2001; Taccone et al 2009; Kopterides et al 2009; Abroug et al., 2011; Robak et al., 2011; Hudack, 2012) dospěli k závěru,

že pronační poloha, pokud je používána s ventilací s nízkým dechovým objemem po delší dobu, může snížit úmrtnost u vybraných pacientů s těžkou ARDS (Gibson, Dufault, Bergeron 2015).

V případě našeho pacienta došlo po návratu z pronační polohy ke stagnaci GIT, akrocyanóze končetin s počínajícími ischemickými defekty na prstech DKK a oční chemóze. Ve studiích byly pozorovány/ zaznamenány zejména tyto komplikace: nově vzniklé nebo zhoršující se dekubity u rizikových pacientů ve srovnání s pacienty uloženými na zádech, větší požadavky na sedaci, zvracení, ztráta žilního přístupu a hemodynamická nestabilita (Kopterides et al 2009; Taccone et al., 2009). Autoři tyto komplikace přisuzovali délce času stráveného v poloze na břiše (Taccone et al 2009). Nicméně tyto komplikace převažují jako významná pozitiva této polohy (snížení úmrtnosti pacientů s těžkou hypoxemií aj.). Výběr pacientů s těžkým ARDS pro náklonné polohování by měl být prováděn individuálně, aby se maximalizoval přínos a minimalizovaly komplikace. Určitě je důležité ve výzkumu zaměřeného na používání pronační polohy u pacientů s těžkým ARDS pokračovat, a to zejména k podpoře nebo odmítnutí použití terapie v praxi a ke srovnání matoucích proměnných, jako je ideální doba náklonu a mechanická versus manuální pronace.

## ZÁVĚR

Rescue postupy, ke kterým pronační poloha v intenzivní péči patří, představují u vybraných nemocných jedinou možnost zvratu těžké poruchy oxygenace (Stibor, in Dostál, 2018). Tato kazuistika se zabývá využitím pronační polohy při covidové pneumonii u konkrétního pacienta. Cílem bylo demonstrovat pohotový efekt zlepšení oxygenace (do 48 hodin) při včasném uvedení do pronační polohy a potvrdit převažující pozitiva pronační polohy, které uvádí studie (např. Dickinson, Park, Napolitano, 2011, Tomasino et al., 2020, Mumba et al., 2021; Paternoster et al., 2020; Ibarra et al., 2021). Při sledování pacienta došlo ke zlepšení ventilačních parametrů s poklesem  $p\text{CO}_2$  a stabilizací  $p\text{O}_2$  (úprava plicní ventilace snížením průtoku  $\text{FiO}_2$  na 0,65). Snížily se hladiny zánětlivých parametrů (pokles CRP na 82,5 g/l; IL-6 12,49 ng/l). Komplexním přístupem péče byl stabilizován krevní oběh (MAP 98 mmHg) s minimální podporou katecholaminy (0,5 mg/za hodinu), došlo k úpravě arytmií a srdeční frekvence, ke stabilizaci tělesné teploty při nasazení antibiotické léčby, zajištění dostatečné hydratace s mírnou podporou diurézy. Pacient i po ukončení pronace zůstává ve stabilní hloubce analgosedace, bez nutnosti navyšování (Kopterides et al 2009; Taccone et al., 2009), má stabilní hladinu glykémie s korekcí inzulínu při plné parenterální výživě a stabilní hladiny celkové bílkoviny (54,1 g/l). Po návratu z pronační polohy nemá pacient žádné dekubity. Zaznamenaná negativa po návratu z pronační polohy jako stagnace GIT, akrocyanóza končetin s počínajícími ischemickými defekty na prstech DKK, mramoráž dorsa levé horní končetiny nemusí s polohou přímo souviset (spojení s analgosedací, periferní hypoperfúzí při prolongované hypoxii u covidové pneumonie). Oční chemóza (včetně oboustranného otoku víček) se vyskytla už před uvedením do pronace. Zhoršení oboustranné chemózy a otoku celého obličje po návratu z pronační polohy mohl ovlivnit hydrostatický tlak (Stibor,

in Dostál, 2018) i pozitivní kumulativní balance tekutin (+14 700ml od přijetí do péče). Nedošlo k lagoftalmu, ani poškození rohovky (preventabilní oční lubrikace před pronací, Kapounová, 2020).

Převažující pozitiva pronační polohy vedly ke stabilizaci celkového stavu do 72 hodin od přijetí a možnost přeložení pacienta na lůžko následné intenzivní péče k další léčbě. Tento fakt je nutné zmínit z důvodu nedostatku akutních intenzivních lůžek a personálu v době covidové pandemie.

## Literatura

ABROUG, F., OUANES-BESBES, L., DACHRAOUI, F., OUANES, I. and BROCHARD, L. An Updated Study-level Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials on Prone Positioning in ARDS and acute lung injury. *Critical Care* [online]. 2011, vol. 5, no. 1, R6, p. 2–9. [cit. 3. 10. 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21211010/>. DOI: 10.1186/cc9403. eISSN 1530-0293.21211010.

GATTINONI, L., TOGNONI, G., PESENTI, A. et al. Effect of Prone Positioning on the Survival of Patients with Acute Respiratory Failure. *The New England Journal of Medicine* [online]. 2001, vol. 345, no. 8, p. 568–73. eISSN 1535-4970. [cit. 9. 10. 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11529210/>. DOI: 10.1056/NEJMoa010043.

GATTINONI, L., TACCONE, P., CARLESSO, E., and MARRINI, J. J. Prone Position in Acute Respiratory Distress Syndrome. Rationale, Indications, and Limits. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* [online]. 2013, vol. 188, no. 11, p. 1287–93. eISSN 1535-4970. [cit. 9. 10. 2021]. Available from: <https://doi.org/10.1164/rccm.201308-1532CI>.

DICKINSON, S. H., PARK, P. K and NAPOLITANO, L. M. Prone Position Therapy in ARDS. *Critical Care Clinics* [online]. 2011, vol. 27, no. 3, p. 511–23. eISSN 1557-8232. [cit. 9. 10. 2021]. Available form: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21742215/>. DOI: 10.1016/j.ccc.2011.05.010.

GATTINONI, L., CARLESSO, E., TACCONE, P., POLLI, F., GUÉRIN, C. and MANCEBO, J. Prone Positioning Improves Survival in Severe ARDS: a pathophysiologic review and individual patient meta-analysis. *Minerva Anestesiologica* [online]. 2010, vol. 76, no. 6, p. 448–54. eISSN 1827-1596. [cit. 9. 10. 2021]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-1752884/full>.

GIBSON, K., DUFAULT, M. and BERGERON, K. Prone positioning in acute respiratory distress syndrome. *Nursing Standard* [online]. 2015, vol. 29, no. 50, p. 34–9. ISSN 0029-6570. [cit. 3. 10. 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26264335/>. DOI: 10.7748/ns.29.50.34.e926.

GUERIN, C., REIGNIER, J., RICHARD, J. CH., et al. Prone Position in Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. *The New England Journal of Medicine* [online]. 2013, vol. 368, no. 23, p. 2159–68. eISSN 1533-4406. [cit. 3. 10. 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23688302/>. DOI: 10.1056/NEJMoa1214103.

HUDACK, M. E. Prone Positioning for Patients with ARDS. *Nursing Critical Care* [online]. 2012, vol. 7, no. 2, p. 20–4. eISSN 1478-5153. [cit. 3. 10. 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23695707/>. DOI: 10.1097/01.NPR.0000429897.48997.6e.

IBARRA, G. A., RIVERA, B. F., IBARBURU, C. L., and GARCÍA A. G., RUANO. Prone Position Pressure Sores in the COVID-19 Pandemic: The Madrid Experience. *Journal of Plastic, Reconstructive* [online]. 2021, vol. 74, no. 9, p. 2141–48. ISSN 18780539. [cit. 3. 10. 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33446462/>. DOI: 10.1016/j.bjps.2020.12.057.

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-0130-6.

KOPTERIDES, P., SIEMPOS, I. I. and ARMAGANIDIS, A. Prone Positioning in Hypoxemic Respiratory failure: meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Critical Care* [online]. 2009, vol 24, no. 1, p. 89–100. eISSN 1557-8615. [cit. 3. 10. 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19272544/>. DOI: 10.1016/j.jcrc.2007.12.014.

MORRELL, N. Prone Positioning in Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. *Nursing Standard* [online]. 2010, vol. 24, no. 21, p. 42–5. [cit. 9. 10. 2021]. ISSN: 0029-6570. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20196324/>. DOI: 10.7748/ns2010.01.24.21.42.c7488.

MUMBA, M. N., JAISWAL I. N., LANGNER-SMITH, G. T., MUGOYA, W. BROWN a L. L. DAVIS. Creating a pronation therapy team: One hospital's journey. *Nursing* [online]. 2021, vol. 51, no. 7, p. 44–47 [cit. 3. 10. 2021]. ISSN 15388689. Dostupné z: <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-1280142>.

PATERNOSTER, G., SARTINI, C., PENNACCHIO, E., LISANTI, F., LANDONI, G. and L. CABRINI. Awake Pronation with Helmet Continuous Positive Airway Pressure for COVID-19 Acute Respiratory Distress Syndrome Patients outside the ICU: A Case Series. *Medicina intensiva* [online]. 2020. [cit. 3. 10. 2021]. ISSN 21735727. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7474866/>. DOI: 10.1016/j.medin. 2020.08.008.

PIEHL, M. A. and BROWN, R. S. Use of extreme position changes in acute respiratory failure. *Critical Care Medicine* [online]. 1976, vol. 4, no. 1, p. 13–4. [cit. 3. 10. 2021]. eISSN 1530-0293. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1253612/>. DOI: 10.1097/00003246-197601000-00003.

ROBAK, O., SCHELLONGOWSKI, P., BOJIC, A., LACZIKA, K., LOCKER, G. J. and STAUDINGER, T. Short-Term Effects of Combining Upright and Prone Positions in Patients with ARDS: a Prospective Randomized Study. *Critical Care* [online]. 2011, vol. 15, no. 5, p. 2–7. [cit. 3. 10. 2021]. eISSN 1466-609X. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21955757/>.

DOI: 10.1186/cc10471.

STIBOR, B. Rescue postupy u nemocných se závažným plicním selháním. In: Dostál, P. a kol. *Základy plicní ventilace*. 4. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-562-0.

TACCONE, P., PESENTI, A., LATINI, R. et al. Prone Positioning in Patients with Moderate and Severe Acute Respiratory Distress Syndrome: a Randomized Controlled Trial. *JAMA* [online]. 2009, vol. 302, no. 18, p. 1977–1984. eISSN 1535-3598. [cit. 3. 10. 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19903918/>. DOI: 10.1001/jama.2009.1614.

TOMASINO, S. R., SASSANELLI, C., MARESCALCO, F., MEROI, F., VETRUGNO, L. and BOVE., T. Electrical Impedance Tomography and Prone Position During Ventilation in COVID-19 Pneumonia: Case Reports and a Brief Literature Review. *Seminars in cardiothoracic and vascular anesthesia* [online]. 2020, vol. 24, no. 4, p. 287–292 ISSN 19405596. [cit. 3. 10. 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32924792/>. DOI: 10.1177/1089253220958912.

## Kontakt

Mgr. Jitka Hůsková, Ph.D.  
UTB FHS ÚZV Zlín  
Štefánikova 5670  
760 01 Zlín  
[huskova@utb.cz](mailto:huskova@utb.cz)



# OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA INDIKOVANÉHO K TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU

## NURSING CARE OF A PATIENT INDICATED TO THE TOTAL HIP JOINT ENDOPROTHESIS

Soňa Skřípalová<sup>1</sup>

### Abstrakt

Totální endoprotéza kyčle se řadí mezi základní ortopedické operace, které vyžadují déle trvající hospitalizaci včetně specifické ošetrovatelské péče a postupné fyzioterapie. Předložená kazuistika přibližuje konkrétní případ pacienta s komplikacemi.

### Klíčová slova

totální endoprotéza kyčle, ošetrovatelství, komplikace, fyzioterapie

### Abstract

Hip endoprosthesis is one of the basic orthopaedic surgeries. It requires long hospitalization, nursing care and physiotherapy. The case report describes a specific case of patient with complications.

### Keywords

Total hip endoprosthesis, nursing, complications, physiotherapy

<sup>1</sup> Fakultní nemocnice Ostrava, Ortopedické oddělení

## ÚVOD

Totální endoprotéza (TEP) kyčelního kloubu patří mezi velmi časté léčebné chirurgické metody při chorobách či úrazech kyčelního kloubu. Jde o umělou náhradu, jak kloubní jamky, tak hlavice kosti stehenní. Tyto operace se provádí téměř šedesát let a operační technika za tu dobu doznala významných změn. Totální endoprotézy kyčle se rozdělují dle typu použitého ukotvení kosti na typy cementové, necementové a hybridní. (Dungl, 2005, Repko 2012)

Při implantaci TEP se musí brát ohled na nález na kloubu, RTG vyšetření, věk, přítomnost chronických onemocnění a psychický stav pacienta. (Landor at. al 2012, Štědrý at. al 2002). Před plánovanou operací je kromě standardní předoperační přípravy velmi důležité připravit pacienta na techniky vstávání z nemocničního lůžka a zatěžování neoperované končetiny. Měl by být také poučen o průběhu pooperační péče. V rámci pooperačního stavu se můžeme setkat s komplikacemi, které dělíme z časového hlediska na časně, středně pozdní a pozdní. Další komplikace jsou chirurgické, interní a specifické. Vznik komplikací může být zapříčiněn rozsahem, lokalitou a charakterem operace a také zdravotním stavem nemocného. Výskyt komplikací není vysoký, ale přesto vyžaduje včasnou a správnou diagnózu včetně rychlé léčby. Pooperační péče vyžaduje profesionální týmovou spolupráci ortopedů, sester a fyzioterapeutů. (Dungl, 2005, Lein at.al. 2011, Repko 2012)

## KAZUISTIKA

### 9.4.

68letý muž přivezen RZP pro bolest v levé kyčli, která byla dle výpovědi pacienta způsobena pádem na podlahu před 5 dny. V rámci akutní příjmové ambulance bylo u pacienta provedeno RTG + CT vyšetření, které prokázalo subcapitální frakturu levého femuru s abrupcí velkého trochanteru.

Pacient byl přijat na ortopedii a indikován k akutnímu operačnímu řešení TEP totální implantací kyčelního kloubu levé kyčle.

## ANAMNÉZA PACIENTA

- pacient lucidní, orientovaný, spolupracující, afebrilní, stolice pravidelná, mobilita omezená, brýle
- tělesná výška 172 cm, tělesná hmotnost 82 kg, BMI 27,7
- DM na PADU, tělesná výška 172 cm, tělesná hmotnost 82 kg
- stav po radioterapeutické léčbě carcinomu prostaty (2014)
- stav po chirurgické léčbě stresové močové inkontinence – zaveden implantát ATOMS (2016)
- stav po amputaci pedis I.dx Transmetatarsalis (2018)
- stav po resekci Pedis I.sin Extramittatis Inferioris in dle Choparta (2019) z důvodu gangrény

Pacient byl akutně připraven k operačnímu výkonu totální náhrady levé kyčle a odvezen na operační sál. Následně po operaci byl uložen na mezioborovou pooperační JIP.

#### **10.4. – 18.4.**

Přeložení pacienta z JIP na lůžkové oddělení. Pooperační stav v rámci ortopedické operace bez komplikací, operační rána klidná – hojení per primam, fyziologické funkce v normě. Analgésie podávaná dle rozpisu včetně antitrombotické a antibiotické profylaxe. Monitorace glykémie, sledování diurézy pomocí zavedeného permanentního močového katetru. Včasná rehabilitace s fyzioterapeutem – nácvik dýchání, přetáčení na bok, sed a chůze pomocí chodítka, pacient během nácviku udával silnou bolestivost. Následně naordinováno 30 minut před rehabilitací podávání analgetizace. Pacient spolupracoval. Bolest na škále VAS 3–4.

Pátý pooperační den se vyskytly urologické komplikace (hematurie + retence). Vzhledem k anamnéze pacienta provedeno urologické konzilium. Byla provedena náplň systému ATOMS a odstraněn permanentní močový katetr. Následně se pacientovi ulevilo a při močení neudával žádné problémy. Stav se postupně zlepšoval, pacient kompenzován včetně hladin glykémie, několikrát denně chůze s chodítkem po oddělení, VAS v rozmezí 2–3.

#### **19.4.**

Pacient přeložen do rehabilitačního ústavu pro následnou intenzivní rehabilitaci.

#### **21.4.**

Pacient přijat zpět na ortopedické oddělení. V rehabilitačním ústavu při chůzi podjela pacientovi pravá dolní končetina a zatížil operovanou levou dolní končetinu, cítil prasknutí a silnou bolest. Při RTG vyšetření byla potvrzena periprotetická fraktura femuru l. sin. Pacient indikován k osteosyntéze. Provedeno předoperační vyšetření, konzilium diabetologem. Pacient psychicky dekompenzován, plačtivý, uzavřený do sebe.

#### **23.4.**

Pacient po bezprostřední předoperační přípravě převezen na operační sál k repozičnímu výkonu CCK pásky. Po zákroku byl pacient uložen na JIP k intenzivní monitoraci.

#### **24.4. – 30.4.**

Pacient přeložen z JIP, pacient celkově kompenzován. Operační rána klidná, fyziologické funkce v normě, spontánní diuréza, prevence TEN, antibiotická profylaxe. Pacientovi indikován týdenní klid na lůžku bez posazování. Fyzioterapie zaměřena na dýchání a posilování horních končetin.

#### **1.5.**

Po týdnu opět chůze v chodítku s doprovodem fyzioterapeuta. K pacientovi dochází manželka, psychicky se kompenzuje a přistupuje ke všem úkonům zodpovědně a opatrně.

#### **6.5.**

Překlad zpět do rehabilitačního ústavu k pokračování intenzivní rehabilitace a k přechodu použití berlí při chůzi.

#### **7.6.**

Kontrola na ortopedické ambulanci. Z ortopedické strany nebyly shledány žádné známky komplikací. Pacient se cítil dobře, psychicky vyrovnán, rodina pacienta podporuje a napomáhá pacientovi vrátit se do rodinného kruhu.

## DISKUSE

Předložená kazuistika přibližuje průběh hospitalizace pacienta s primární diagnózou totální endoprotézy kyčelního kloubu s následnými komplikacemi. Významným prvkem v profesionální péči o pacienta sehrávala ošetřovatelská péče a včasná fyzioterapie. Důležité místo zde má také správně vedená předoperační příprava, která může vést ke snížení rizik operační zátěže a zabránění vzniku pooperačních komplikací. Patří zde také psychická opora, vysvětlení průběhu operačního zákroku lékařem, podání případné večerní premedikace za cílem klidnějšího spánku. Obecně se tato příprava při plánovaných výkonech dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Jejím cílem je co nejbezpečnější příprava pacienta k operačnímu výkonu jak po stránce zdravotní, tak po stránce psychické. (Slezáková at. al 2019) V rámci předoperační rehabilitace (pokud je to možné) je vhodné provést přípravu spočívající v nácviku chůze o berlích (do schodů), protahování a následná relaxace svalových skupin. Vhodný je také nácvik přetáčení na bok s polštářem mezi kolena, nácvik sedu a stoje. Pacienti, kteří absolvovali tuto předoperační rehabilitaci, jsou mnohem lépe připraveni na pooperační péči a následnou fyzioterapii. (Dungl, 2005, Lein at.al. 2011, Repko 2012).

Konkrétní pooperační ošetřovatelská péče u popisovaného pacienta spočívala v péči o somatickou stránku:

- pomoc při hygienické péči,
- pomoc při otáčení, posazování,
- pomoc při příjmu potravy
- pomoc při vyprazdňování
- nácvik stoje u lůžka, zatěžování zdravé končetiny

a v péči o zdravotní stav pacienta:

- péče o invazivní vstupy,
- monitorování fyziologických funkcí
- péče o operační ránu, drény,
- podávání chronické medikace
- monitorování bolesti včetně analgetizace
- sledování psychického stavu
- monitorování přítomných symptomů signalizující komplikace.

Fyzioterapie, jak již bylo uvedeno je důležitou součástí pooperační péče. Dle doporučení začíná již první pooperační den a odvíjí se od aktuálního zdravotního stavu. Postupně se v rehabilitaci přidává nácvik sedu a chůze o podpažních berlích. Po celou dobu je operovaná dolní končetina udržována ve vnitřní rotaci a abdukci. (Slezáková at. al 2019, Repko 2012) Na rehabilitaci se podílí kromě fyzioterapeuta také sestra, která je s pacientem v neustálém kontaktu. Velmi se osvědčilo v rámci edukace využití tištěného edukačního materiálu zaměřeného na důležité informace ohledně cvičení a vykonávání běžných všedních činností. Poskytnutí tohoto materiálu je vhodné již v předoperační přípravě.

## ZÁVĚR

Endoprotéza kyčle mezi nejrozšířenější ortopedickou operaci, která přináší pacientům mnoho pozitiv – návrat do běžného života, vymizení bolestí, obnovení funkčnosti kloubu. Přesto se zde však mohou vyskytnout komplikace, kterým je třeba předcházet či včasné identifikovat. (Dungl, 2005, Štědrý at. al 2002) Výsledek operace kromě chirurgického výkonu může významně i ovlivnit profesionální ošetřovatelská péče a fyzioterapie. Ošetřovatelský personál, který je v častém styku s pacientem by se měl orientovat v uvedené problematice a také umět vždy a správně reagovat na dotazy pacienta, jeho příbuzných a poskytovat ošetřovatelskou péči dle nejnovějších doporučených postupů a praxi založené na důkazech.

## Literatura

DUNGL, P. *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0550-8.

LANDOR, I., VAVŘÍK, P., GALLO, J. a SOSNA, A. *Revizní operace totálních náhrad kyčelního kloubu*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-254-4.

LEIN, T., BULA, P., JEFFRIES, J., ENGLER, K. and BONNAIRE, F., *Fractures of the Femoral Neck*. *Acta Chirurgiae orthopaedicae et Traumatologiae Czechoslovaca*. Praha: Galen. 2011, vol. 78, no. 1, p. 10–19. ISSN 0001-5415.

REPKO, M. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2012. ISBN 978-80-7013-549-5.

SLEZÁKOVÁ, L., MARCIÁN, P., MARCIÁNOVÁ, V., PŘIKRYLOVÁ, L., RÁŽKOVÁ, L. a ČOUPKOVÁ, H. *Ošetřovatelství v chirurgii*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2019. ISBN 978-80-247-2900-8.

ŠTĚDRÝ, V. a KONÁŠ, M. J. *Totální endoprotéza kyčelního kloubu. Doporučené postupy pro praktické lékaře*, 2002. Projekt MZ ČR, 6.

## Kontakt

Mgr. Soňa Skřípalová  
Fakultní nemocnice Ostrava  
Ortopedické oddělení  
sona.skripalova@fno.cz



|                                        |
|----------------------------------------|
| <b>INTERDISCIPLINÁRNÍ PROBLEMATIKA</b> |
|----------------------------------------|



# ETICKÝ PRÍSTUP K TERMINÁLNE CHORÝM DEŤOM Z POHĽADU PRÍPADOVEJ ŠTÚDIE

## ETHICAL APPROACH TO TERMINALLY ILL CHILDREN FROM A CASE STUDY PERSPECTIVE

Tatiana Rapčíková<sup>1</sup>

### Abstrakt

**Východiská:** Terminálne choré deti predstavujú špecifickú skupinu pacientov v súvislosti s osobitosťami vyplývajúcimi z ich veku a zdravotných problémov. Ošetrovateľská starostlivosť o ne musí byť založená na vysokom morálnom kredite.

**Ciel:** Kľúčovým cieľom príspevku je predstaviť prípadovú štúdiu zameranú na etický prístup k terminálne chorému dieťaťu z pohľadu vybraných etických teórií.

**Metóda:** V príspevku je prezentovaná metóda kvalitatívneho výskumu - prípadová štúdia situovaná do reálneho nemocničného prostredia so štyrmi alternatívami riešenia vzniknutej situácie.

**Výsledky:** Všetky skutočnosti súvisiace s liečbou terminálne chorého dieťaťa musia byť citlivo diskutované s rodičmi.

**Záver:** Prípadová štúdia poukázala na dôležitosť adekvátnej a zároveň otvorenej komunikácie medzi lekármi a rodičmi terminálne chorého dieťaťa ako predpokladu kvalitnej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti

### Kľúčové slová

prípadová štúdia, terminálne choré dieťa, rodičia, etický prístup

### Abstract

**Background:** Terminally ill children represent a specific group of patients in regards to their age and health problems. Nursing care has to be provided on high moral credit.

**Aim:** The key aim of this article is introduce a case study focusing on ethical approach to terminally ill child according chosen ethical theories.

<sup>1</sup> Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva v Banskej Bystrici, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

**Method:** In this study is presented method of qualitative research - a case study situated to genuine hospital environment with four alternatives for situation solving.

**Results:** All the facts related to terminally ill child treatment have to be discussed with his parents sensitively.

**Conclusion:** The case study has showed the importance an adequate and also opened communication between doctors and parents terminally ill child as the basis for a good quality medical and nursing care.

### Keywords

case study, terminally ill child, parents, ethical approach

---

## ÚVOD

Metóda prípadovej štúdie – case study sa vo svete využíva viac ako 100 rokov. Jednoznačná definícia toho, čo prípadová štúdia predstavuje, neexistuje. Ide o diskusie ku konkrétnym prípadom a o vyvodzovanie noriem a záverov z týchto prípadov. Je dôležité sa sústrediť na pochopenie situácie daného prípadu, analyzovať vzťahy, ale aj predvídať pravdepodobnosť výsledku rôznych riešení daného prípadu a morálnu voľbu s patričnou argumentáciou ako optimálneho riešenia pre etické rozhodnutie. Prípadové štúdie môžu slúžiť ako určitý druh morálneho či kultúrneho vzoru dôležitého pred následným aplikovaním morálnych cností, povinností či zodpovednosti v praxi (Fobelová, In: Fobel, 2011).

Fobelová (2011, s. 53, s. 55) považuje prípadové štúdie za „účinný nástroj pre porozumenie morálnym problémom predstavujúci sugestívne prostriedky sprostredkovania etiky v aspekte praxe“. Podľa autorky je jedným z podstatných cieľov prípadových štúdií „zvyšovanie etickej citlivosti a samozrejme i zručnosti jedincov v riešení morálnych dilem prostredníctvom alternatív s morálnym zdôvodnením“.

Terminálna starostlivosť je starostlivosť, ktorá predstavuje starostlivosť o pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta v posledných dňoch a hodinách pred úmrtím (Slamková a kol., 2017).

Pre terminálne choré deti je dôležitý terapeutický program s minimálnymi vedľajšími účinkami a optimálnou prevenciou infekcií. Tieto deti vyžadujú však aj mnohé ďalšie intervencie na zlepšenie svojho komfortu. Z hľadiska psychologického potrebujú zrozumiteľné informácie, motiváciu a nástroje na prekonanie úzkosti, z hľadiska sociálneho je u nich nevyhnutné uspokojiť potrebu hry, vzdelávania a sociálnej opory (Adistie et al., 2020).

Rodičia zohrávajú kľúčovú úlohu v tom, aby pomohli terminálne chorému dieťaťu žiť plnohodnotný život i naďalej a tak dlho, ako to jeho zdravotný stav umožní. Mali by sa otvorene a úprimne rozprávať s ním i s členmi zdravotníckeho tímu o jeho pocitoch, preferenciách i obavách (Caring, 2018).

## PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA

**Názov:** Stanovisko rodičov k liečbe terminálne chorého dieťaťa

### Identifikácia prípadu

Pacientka bola žiačkou šiesteho ročníka základnej školy, keď jej bolo diagnostikované závažné ochorenie – zhubný nádor mediastína.

Po diagnostikovaní ochorenia bola pacientka hospitalizovaná a nastavená na liečbu podľa protokolu pre liečbu onkologických ochorení. Tak, ako je to pri liečbe detí, ale aj dospelých trpiacich uvedenou diagnózou bežné, aj u pacientky sa striedali štádiá remisie so štádiami opätovného vzplanutia choroby – relapsu. V priebehu dvoch rokov sa zdravotný stav pacientky zhoršoval, pričom časové intervaly trvania remisí sa postupne skracovali. Medicína vyčerpala svoje možnosti a lekári nedisponovali žiadnou účinnou terapeutickou metódou na zvládnutie zákernej choroby.

Rodičia boli o podstate ochorenia, jednotlivých terapeutických intervenciách a o prognóze zdravotného stavu dieťaťa priebežne informovaní jeho ošetrojúcim lekárom. Najhorším okamihom počas trvania choroby bol však deň, keď im lekár oznámil, že všetky dostupné terapeutické možnosti boli v prípade ich dcéry vyčerpané. Vysvetlil im, že doterajšia liečba je už vzhľadom na pokročilosť ochorenia neúčinná a pokračovanie v liečbe by malo na detský organizmus čím ďalej, tým viac devastáčne a toxické účinky.

Lekár rodičov informoval i o skutočnosti, že jedinou nádejou na zastabilizovanie zdravotného stavu, resp. vyliečenie ich dieťaťa by bolo jeho zaradenie do biomedicínskeho výskumu – klinickej štúdie realizovanej u detí s podobným zdravotným problémom v zahraničí. Výsledky klinických testov na zvieratách umožnili pokračovať s overovaním nových liekov na deťoch a v krajinách, v ktorých klinické štúdie prebiehali, boli zaznamenané povzbudzujúce výsledky.

Lekár citlivo zdôvodnil svoj návrh a rodičom predostrel argumenty v prospech zaradenia do štúdie. Zároveň ich oboznámil aj s rizikami, resp. s možnosťou neúspechu, a to aj napriek účasti ich dcéry v štúdii. Rodičia mali vyjadriť svoje stanovisko k experimentálnej liečbe v priebehu niekoľkých dní, pretože v prípade ich súhlasného stanoviska bolo nutné začať vybavovať všetky administratívne náležitosti spojené s liečbou v zahraničí.

Lekár spoločne s rodičmi informoval pacientku o možnosti liečby v zahraničí i o tom, že celú situáciu zväžia jej rodičia spoločne s ňou. (Lekár pred dieťaťom zamlčal skutočnosť, že prognóza jeho zdravotného stavu je infaustná).

Aké možnosti riešenia situácie majú rodičia dieťaťa v tomto prípade?

### Alternatíva riešenia č. 1

Rodičia sú presvedčení o odbornosti ošetrojúceho lekára, ale odmietajú prijať skutočnosť, že zdravotný stav ich dcéry je infaustný. Nástoja na vyskúšaní nových liekov, ale nie v zahraničí. Zároveň sú odhodlaní kontaktovať aj iné zdravotnícke zariadenie špecializujúce sa na liečbu detí s rovnakým zdravotným problémom ako má ich dcéra.

**Morálny dopad:** Stanovisko rodičov je pochopiteľné, pretože zmieriť sa s tým, že život ich dieťaťa speje nezvratne ku koncu, je prakticky nemožné. Z hľadiska deontologickej etiky rodičia postupujú správne, pretože sa snažia lekárov primäť k hľadaniu ďalších terapeutických možností v spôsobe podávania a skúšania nových liekov a sú odhodlaní konzultovať zdravotný stav dcéry aj s odborníkmi v inom zdravotníckom zariadení. Táto iniciatíva rodičov je aj v kontexte s etikou dobrého života.

Ak by však rodičia postupovali v zmysle alternatívy č. 1, ich konanie by nebolo v zhode s etikou zodpovednosti a ani so zásadami utilitaristickej etiky. Dôvodom je to, že lekár jasne deklaroval skutočnosť, že v krajine, kde prebieha liečba, neexistuje už žiadny liek ani iný liečebný postup, ktorý by pomohol zvrátiť nepriaznivo sa vyvíjajúci zdravotný stav dieťaťa a z dostupnej liečby nemá dieťa prospech, pretože je pre jeho organizmus toxická. Zotrvávanie na podávaní tohto druhu liečby je neprijateľné i z hľadiska etiky prima facie princípov, predovšetkým princípu non-maleficiencie, pretože lekár nesmie vedome poškodzovať pacienta.

### Alternatíva riešenia č. 2

Rodičia neakceptujú názor ošetrojúceho lekára o nezvratnom progredovaní onkologického ochorenia ich dcéry. Odmietajú aj zaradenie dcéry do klinickej štúdie a v snahe ešte nejakým spôsobom pomôcť dcére sú rozhodnutí kontaktovať im známeho liečiteľa v zahraničí s cieľom využiť alternatívne terapie.

**Morálny dopad:** Konanie rodičov v zmysle druhej alternatívy je neprijateľné z viacerých hľadísk. Z hľadiska etiky cnosti rodičia nemajú dôvod podozrievať ošetrojúceho lekára z nečestnosti, pretože doteraz bol vždy otvorený a rodičov pravdivo informoval o všetkých skutočnostiach súvisiacich s ochorením ich dcéry. Je treba uviesť i fakt, že rozhodnutie v tak závažnej situácii, akou je definitívne ukončenie liečby dieťaťa, nemôže byť jednorazovou, dôkazmi málo podloženou či individuálnou záležitosťou ošetrojúceho lekára. Tento, i pre lekárov psychologicky i emocionálne zložitý verdikt, sa opiera o klinický stav dieťaťa, o výsledky laboratórnych a iných vyšetrení, o subjektívne údaje dieťaťa a v neposlednom rade je výsledkom názoru odborného konzília participujúceho na liečbe dieťaťa.

Z hľadiska etiky zodpovednosti rodičia majú právo vyjadriť nesúhlas so zaradením dcéry do klinickej štúdie a využiť doplnujúce terapie. Daná skutočnosť neodporuje ani etike ľudských práv, v našom prípade práv hospitalizovaného dieťaťa a práv onkologicky chorých.

### Alternatíva riešenia č. 3

Rodičia rešpektujú stanovisko lekára, že ochorenie ich dcéry dospelo do posledného štádia. V liečbe realizovanej v zahraničí vidia šancu na zvrátenie situácie, zlepšenie zdravotného stavu, resp. vyliečenie a ich stanovisko k zaradeniu dcéry do klinickej štúdie je súhlasné.

**Morálny dopad:** V prípade riešenia situácie v zmysle tretej alternatívy by rodičia naplnili podstatu utilitaristickej etiky, ktorá je podporovaná právom na život a prinavrátenie zdravia. Ich rozhodnutie by korešpondovalo aj s etikou zodpovednosti kladúcej značný dôraz na hlas svedomia.

Netrpeli by rodičia výčtkami svedomia, ak by sa rozhodli nereflektovať na poslednú ponúkanú terapeutickú možnosť, ktorá znamená jedinú nádej pre ich zomierajúce dieťa? Postoj rodičov je morálne prijateľný i z pozície deontologickej etiky, pretože rodičia sa snažia o čo najzodpovednejšie splnenie si povinností voči dcére.

### Alternatíva riešenia č. 4

Rodičia dôverujú lekárovi a snažia sa akceptovať skutočnosť, že okrem zaradenia do zahraničnej štúdie niet žiadnej inej nádeje na záchranu života ich dcéry. Po zvážení všetkých okolností sa rozhodnú dieťa ďalej nevystavovať utrpeniu a účasť dcéry v klinickej štúdii odmietnu.

**Morálny dopad:** Ak by rodičia konali v zmysle štvrtej alternatívy ich konanie neodporuje ani etike povinnosti a ani etike zodpovednosti. Odmietnutím zaradenia dcéry do klinickej štúdie by sa rodičia nezriekli zodpovednosti. V súlade s ňou a v otvorenej komunikácii s lekárom zvážili všetky možnosti.

Z morálneho hľadiska je o ich rozhodnutí možné polemizovať azda len v súvislosti s etikou utilitarizmu, ktorá evokuje otázku: Čo ak by práve zaradenie dcéry do biomedicínskeho výskumu bolo prospešné pre nevyliečiteľne choré dieťa a prinieslo by jemu aj jeho rodičom nádej?

### Riešenie a zdôvodnenie správnej voľby

Správnou alternatívou riešenia daného prípadu je alternatíva č. 3. (V danom prípade prichádza do úvahy aj alternatíva číslo 4).

Tým, že by sa rodičia rozhodli konať v zmysle tretej alternatívy a súhlasili by so zaradením dcéry do klinickej štúdie, by postupovali v zmysle etiky utilitarizmu. Pacientka by dostala novú šancu na život, pre ktorú sa rodičia rozhodli po zrelej úvahe podmienenej citlivou komunikáciou s odborníkmi.

V tomto kontexte by bola naplnená aj etika diskurzu, ktorej podstatou je práve otvorená, argumentmi a zmysluplnými alternatívami naplnená komunikácia.

Ako sme už uviedli, rodičia by konali aj v zmysle etiky zodpovednosti kladúcej osobitný akcent na úlohu svedomia v rozhodovacom procese.

V danom kontexte by naplnili aj podstatu etiky povinnosti, pretože by urobili všetko pre záchranu svojej dcéry a nemohli si nič vyčítať, aj keby sa klinická štúdia v jej prípade skončila neúspechom. Stanovisko rodičov by bolo podporené deontologickou etikou aj z toho dôvodu, že rodičia sa rozhodli slobodne i keď s vedomím toho, že účasť

dcéry v štúdiu ešte nemusí byť zárukou zlepšenia jej zdravotného stavu. Rodičia (i lekári) zaradením dieťaťa do výskumu poskytli pacientke nádej, pretože i napriek tomu, že jej choroba postúpila do finálneho štádia, lekári hľadali ďalšie možnosti riešenia nepriaznivej situácie. S deontologickou etikou korešponduje aj skutočnosť, že možnosť účasti dieťaťa v klinickej štúdiu, a to aj v zahraničí, je ošetrovaná i legislatívne pokiaľ ide o indikovaný výskum, ktorého podstatou je to, že terapeutický postup sa overuje na jedincoch trpiacich ochorením, na liečbu ktorého je overovaný liek určený.

Voľba tretej alternatívy by bola podporená aj etikou ľudských práv, pretože pacientka by dostala opätovnú šancu na život. Príslušná voľba by neodporovala ani etike prima facie princípov, pretože úsilie rodičov a lekárov by smerovalo k vykonaniu dobra po autonómnom súhlase rodičov.

## ZÁVER

Vďaka novým a účinným liekom a vakcínam vedci dokázali eradikovať mnohé choroby, rozvinula sa transplantačná medicína, moderné diagnostické metódy dokážu riešiť záhady DNA, špičkové technické vybavenie mnohých pracovísk dokáže zachrániť životy ľudí, z ktorých mnohí by ešte v nedávnej minulosti nemali žiadnu šancu prežiť.

Avšak i napriek uvedenému, do štatistiky onkologických ochorení na Slovensku každoročne pribúda niekoľko stoviek novodiagnostikovaných onkologických ochorení u detí. V súčasnosti dokážeme vyliečiť takmer 90% detí s leukémiou, avšak časť detí neodpovedá na cielenú onkologickú liečbu a do popredia vstupuje paliatívna starostlivosť zameraná na uspokojovanie širokého spektra potrieb a kvalitu života dieťaťa.

Ambíciou prípadovej štúdie bolo poukázať na nevyhnutnosť otvorenej komunikácie medzi zdravotníkmi profesionálmi, v našom prípade lekármi a rodičmi terminálne chorého dieťaťa. Komunikácie, v ktorej nesmie absentovať empatia, otvorenosť, ale aj nádej, ktorej podoby sú rôzne a ktorú na každom úseku života a osobitne, keď je v hre život dieťaťa, tak veľmi potrebujeme.

Prostredníctvom prípadovej štúdie deklarujeme i skutočnosť týkajúcu sa konania zdravotníckych pracovníkov, ktoré na jednej strane má vždy zodpovedať príslušnej legislatíve, na strane druhej má povinnosť zohľadňovať aj tzv. vyšší princíp súvisiaci s mravnými normami a svedomím (Littva et al., 2020).

## Literatúra

ADISTIE, F. et al. The Needs of Children with Terminal Illness: A Qualitative study. *Child Care in Practice*. 2020, vol. 26, no. 3, p. 257–271. ISSN 1357-5279. [cit. 24. 10. 2021]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com>>

CARING for a Terminally Ill Child. Cancer Net Editorial Board [online]. 2018, 4 [cit. 24. 10. 2021]. Dostupné z: <https://www.cancer.net>>

FOBELOVÁ, D. Význam prípadovosti v príprave aplikovaných etikov. In Fobelová, D. a kol. *Aplikovaná etika a profesionálna prax*. Banská Bystrica: Fakulta humanitných vied Univerzity Mateja Bela, 2011, s. 49–55. ISBN 978-80-557-0217-9.

FOBELOVÁ, D. Prípadová štúdia ako vzdelávacia metóda v aplikovaných etikách. In Fobel, P. *Prípadovosť-aplikácia-etika*. Banská Bystrica: Fakulta humanitných vied Univerzity Mateja Bela, 2011, s. 83–100. ISBN 978-80-557-0213-1.

LITTTVA, V. et al. *Professional applied ethics in paramedics sciences. Selected chapters*. Ružomberok: Verbum, 2020. ISBN 978-80-561-0836-9.

SLAMKOVÁ, A. a kol. *Paliatívna starostlivosť v holistických dimenziách*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa, 2017. ISBN 978-80-558-1170-3.

## Kontakt

doc. PhDr. Mgr. Tatiana Rapčíková, PhD.  
Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity  
Sládkovičova 21  
974 05 Banská Bystrica  
tatiana.rapcikova@szu.sk



|  |                                 |  |
|--|---------------------------------|--|
|  | <b>RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ</b> |  |
|--|---------------------------------|--|



## RECENZE KNIHY DEMENCE – HODNOTÍCÍ TECHNIKY A NÁSTROJE

Autoři: Lenka Šáteková a kolektiv

Praha: Grada, 2021. 192 s. ISBN 978-80-271-1695-9

Současným demografickým trendem u nás i ve světě je zvyšování počtu obyvatel starších 60 let. Zvyšující se délka života nese s sebou i negativa. Jedním z nich je zvýšená incidence demence. Demence je syndrom, který nepatří do obrazu fyziologického stárnutí, ale odráží patologii mozkové kůry a podkoří. Zásadní je diagnóza jakéhokoli kognitivního postižení, které může vést k relativně rychlému úpadku dosud produktivního člověka. Diagnózu demence lze stanovit na základě klinického obrazu (psychiatrického, neuropsychiatrického), psychologického vyšetření, kdy se při posuzování využívají metody pozorování, rozhovor, fyzikální vyšetření, a v neposlední řadě i hodnotící techniky a nástroje věnující se posouzení různých oblastí u pacientů s demencí. Sestra tvoří nezastupitelnou roli při ošetřování pacientů s demencí. V rámci posouzení by měla umět s těmito nástroji pracovat. Kniha nabízí systematické a přehledné informace o hodnoticích nástrojích, které posuzují různé oblasti péče o pacienty s demencí (oblast výživy, bolest, funkční stav, riziko vzniku dekubitů, bezpečnost, kognitivní funkce, delirium, poruchy chování, nálady a kvalitu života. Celkově se autorky zaměřily na deset skupin měřicích nástrojů. Text knihy je logicky strukturovaný do dvou kapitol. První kapitola se věnuje problematice demence jako takové. Věnuje se základním atributům demence jako je definice, její subtypy, incidence a prevalence, diagnostika, příznaky, rizikové faktory, posouzení kognitivních funkcí a současné trendy její léčby.



Druhá kapitola se zaměřuje na samotné hodnotící a měřicí nástroje posuzující vybrané oblasti života pacienta s demencí a je rozdělena do deseti podkapitol. Každá podkapitola nabízí úvod do dané problematiky, následuje popis vybraného měřicího nástroje, jeho cílovou skupinu, validitu, reliabilitu, benefity a limity.

Knihu doporučuji všem, kteří poskytují péči pacientům s demencí, také odborným pedagogům a studentům lékařských a nelékařských oborů, i těm, kteří se o danou oblast více zajímají.

### **Kontakt**

PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD.

Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

Ústav zdravotnických věd

Štefánikova 5670, 760 01 Zlín, Česká republika

kudlova@utb.cz

## RECENZE KNIHY BIOFYZIKA PRO ZDRAVOTNICKÉ A BIOMEDICÍNSKÉ OBORY

Autoři: Jozef Rosina, Jana Vránová, Hana Kolářová

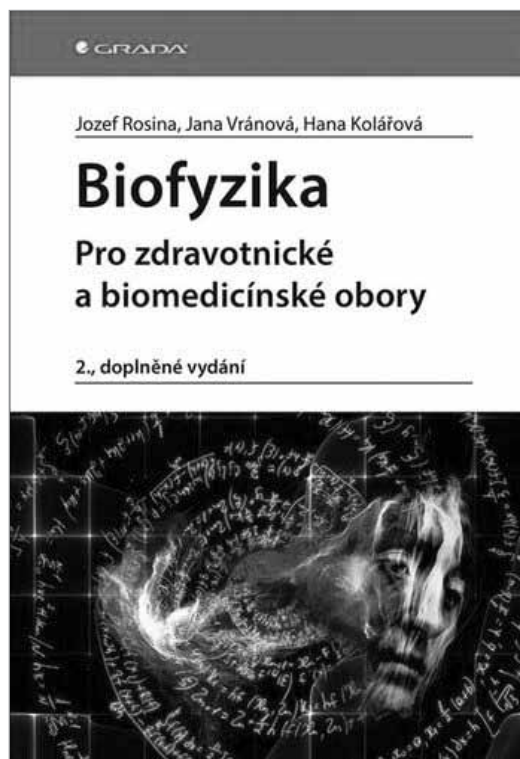
Praha: Grada Publishing, 2. doplněné vydání, 2021, 296 stran + 8 stran barevné přílohy, ISBN 978-80-271-2526-5

Publikace renomovaných autorů, jejichž odbornost přesahuje problematiku nejen lékařské biofyziky, je prvním doporučujícím kritériem k přečtení této učebnice.

Stěžejním tématem publikace je biofyzika s důrazem na lékařskou biofyziku. Publikace je koncipována jako učebnice, je určena především studentům bakalářských programů zahrnující široké spektrum zdravotnických oborů. Dostatečný obecný výklad fyzikálních dějů v živém organismu včetně matematického aparátu ocení rovněž studenti interdisciplinárních a technických oborů (např. biomedicínský technik, biomedicínské inženýrství, ...).

Text je pochopitelný a srozumitelný absolventům různých typů středních škol. Prohlubuje středoškolské učivo a rozšiřuje o další důležité poznatky přírodních věd nezbytných k pochopení oborů biofyzika a lékařská biofyzika.

Učebnice je členěna do 21 kapitol. Logické členění zaručuje přehlednost celého textu. V textu je množství doprovodných obrázků včetně barevné obrazové přílohy, které významně přispívají ke správnému pochopení textu. První kapitola je věnována fyzikálním veličinám, strukturám a formám hmoty, zahrnuje biomechaniku kapalin (viskozita, difuze, ...) a další transportní jevy probíhající v důsledku pohybu disperzí či Newtonovy pohybové zákony popisující dynamiku pohybu těles. Stručná druhá kapitola uvádí základní pojmy termodynamiky a formuluje hlavní termodynamické zákony. Následuje rozsáhlejší kapitola teplotních regulačních mechanismů lidského těla



včetně měření teploty, využití infračerveného záření a konkrétních aplikací přenosu vnitřní energie z míst s vyšší teplotou do míst s nižší teplotou (indikace a kontraindikace různých druhů koupelí). Čtvrtá kapitola „Využití odstředivé síly ve zdravotnictví“ je nezbytným teoretickým úvodem pro pátou kapitolu, která popisuje fyzikální podstatu sedimentace krve. Šestá a sedmá kapitola na sebe logicky navazují a popisují působení vnějšího tlaku na organismus s přesahem na biofyzikální aspekty letecké medicíny. Devátá a desátá kapitola tvoří rovněž logický celek – fyzika akustického vlnění a lékařské aplikace ultrazvuku v diagnostice a terapii. Jevům na membránách buněk je věnována kapitola jedenáctá. Následuje obšírnější kapitola popisující fyzikální podstatu elektrického proudu a jeho účinky na lidský organismus a využití v medicíně. Další kapitola uvádí základní fakta k fyziologii dýchání, krevního oběhu a krevnímu tlaku. Kapitola 14 se věnuje oblasti fyziky, která se zabývá podstatou světla a zákonitostmi světelných jevů, které vznikají při šíření a vzájemném působení světla a látky včetně přístrojového zařízení v lékařství. Úvod do biomechaniky tkání, kloubů, šlach pojednává kapitola 15 a následující dvě kapitoly zahrnují zevrubné principy a aplikace ionizujícího záření v medicíně. Kapitola 18 se věnuje laseru a jeho uplatnění v medicíně, v další kapitole jsou řešeny základní principy magnetické rezonance včetně funkční magnetické rezonance (fMRI). V kontextu nových technologií je v učebnici uvedena kapitola o nanotechnologiích a jejich využití ve farmacii, tkáňovém inženýrství, buněčné terapii a diagnostice. Závěrečná kapitola je shrnutím přístrojů pro diagnostiku a terapii s praktickým rozdělením na jednotlivé tělní regiony a lékařské obory. Učebnice je přehledná, čtivá a přínosná pro čtenáře různých úrovní vstupních znalostí. Oproti prvnímu vydání jsou kapitoly doplněny, například závěrečná kapitola doznala rozšíření terapeutických přístrojů, kapitola 19 vypustila (podle mě ale ke škodě věci) v pojmu magnetická rezonance „nukleární“, kapitola o laserech byla rozšířena. V kapitole 17 oceňuji rozšíření o samostatnou sekci k teleradioterapii a brachyradioterapii. Výčet všech doplnění by vydal na obsáhlejší recenzi. Naopak v kapitole 10 věnované ultrazvuku postrádám samostatnou sekci, která by obsáhla ultrazvukovou elastografii. Ultrazvuková kostní denzitometrie (QUS) je – pro mě nepřehledně – spojena s rentgenovou denzitometrií. Zde také postrádám přehled metod pro zjišťování hustoty kostí (DEXA, RA, PDXA, DPA, ...).

Učebnici nelze než doporučit nejen studentům lékařských a nelékařských zdravotnických oborů, ale také studentům oborů technických se zaměřením na lékařskou techniku a biofyziku. Čtenáře jistě zaujme přehledností principů včetně nezbytného fyzikálního a matematického aparátu.

## Kontakt

Ing. Iveta Bryjová

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Ústav nelékařských zdravotnických studií

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

iveta.bryjova@fvp.slu.cz

## RECENZIA MONOGRAFIE DIMENZIE ŽIVOTA V ŠTÁDIU POKROČILEJ DEMENCIE

Autor: PhDr. Jana Lauková, PhD.

Banská Bystrica: DALI-BB, s.r.o., 1. vydanie, 2021, 101 strán, ISBN 978-80-8141-265-3

PhDr. Jana Lauková, PhD., pôsobí na Katedre ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici ako odborná asistentka. Vo svojej pedagogickej a výskumnej práci sa prioritne venuje ošetrovateľstvu v geriatrickej a neurológii.

Predkladaná monografia reaguje na súčasné spoločensko-ekonomické a zdravotné problémy ľudí s demenciou. Svojím obsahom poskytuje celkový pohľad na ľudí a ich problémy v štádiu pokročilej demencie, podmienené zvyšujúcou sa prevalenciou v populácii seniorov, dĺžkou poskytovania starostlivosti, progresiou choroby a nemožnosťou vyliečenia. Štruktúra vedeckej monografie vychádza z vyššie uvedených skutočností a skladá sa z dvoch kapitol.

V prvej kapitole sa autorka venuje demencii a s ňou spojeným širokým diafázonom problematiky kvality života pacientov v pokročilom štádiu demencie.

Ťažiskovou kapitolou je výskumná časť práce, v ktorej autorka sústredila výsledky 2-ročného výskumu realizovaného v domovoch sociálnej starostlivosti. Autorka spracovala hodnotenie kvality života pacientov s demenciou v dvoch liniách, ktoré vo fáze interpretácie, cez posudzovacie škály, logicky premostila do jednotného celku.

V prvej línii použila posudzovaciu QUALID škálu (Quality of Life in late-stage Dementia Scale), ktorá je najvhodnejšou na hodnotenie kvality života v pokročilom a v stredne pokročilom štádiu demencie v inštitucionálnej starostlivosti. Vychádza z posúdenia správania a nálady pacienta externým posudzovateľom z dôvodu kognitívneho deficitu pacienta v dvoch doménach komfort a diskomfort.



V druhej línii autorka použila posudzovaciu škálu SM - EOLD (Symptom Management at the End-of-Life in Dementia), ktorou identifikovala mieru zaťažujúcich psychologických a fyzických symptómov, ovplyvňujúcich kvalitu života respondentov vo vzťahu k prediktorom veku, pohlavia pacienta a dĺžky pobytu v sociálnom zariadení. Autorka vo výskumnej časti práce zistila, že psychologické a fyzické faktory vo významnej miere prispievajú k zhoršeniu prežívania pacientov v štádiu strednej a ťažkej demencie. Poukazuje na skutočnosť, že správne zameraná ošetrovateľská starostlivosť dokáže zmierniť utrpenie pacientov.

Monografia ponúka systém odporúčaní a kontinua starostlivosti o pacienta s pokročilou demenciou od podpornej a paliatívnej starostlivosti s opatreniami na predĺženie života až po symptomatické intervencie.

V diskusii porovnáva výsledky výskumu so zisteniami našich a zahraničných autorov dostupných v rôznych databázach. Publikácia je napísaná odborne, zrozumiteľne a čitateľne. Predstavuje vedeckú publikáciu, ktorá je precízne a profesionálne spracovaná. Monografia môže byť prínosom v prístupe sestier v starostlivosti o pacienta s pokročilou demenciou.

## Kontakt

PhDr. Elena Janiczeková, PhD.

Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica, Slovenská republika

|  |                       |  |
|--|-----------------------|--|
|  | <b>KNIŽNÍ NOVINKY</b> |  |
|--|-----------------------|--|



## ETICKÉ PROBLÉMY A DILEMATA V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Iveta Ondriová

Praha: Grada 2021, 144 stran, ISBN: 978-80-271-1696-6

Publikace si všímá etických problémů a dilemat v současné ošetrovatelské praxi a popisuje etické principy ošetrovatelství v jednotlivých klinických oborech, např. v pediatrii, gynekologii a porodnictví, neonatologii, v chirurgii, v intenzivní péči i v geriatrii



## MANAŽERSKÁ ETIKA VE ZDRAVOTNICKÉ PRAXI

Iveta Ondriová, Terézia Fertaľová

Grada 2021, 104 stran, ISBN: 978-80-271-1728-4

Publikace přináší přehled principů a hodnot tvořících základ pro profesi manažera v ošetrovatelské praxi. Obsah bude zajímat sestry v manažerských pozicích v ošetrovatelské praxi – úsekové, staniční, vrchní a hlavní sestry – a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči nebo mentory ošetrovatelské praxe.



## DĚTSKÁ PŘEDNEMOCNIČNÍ A URGENTNÍ PÉČE

Vladimír Mixa, Pavel Heinige, Václav Vovruba a kol.  
Grada 2021, 2., přepracované a doplněné vydání, 640 stran,  
ISBN: 978-80-271-3088-7

Druhé, doplněné a rozšířené vydání je opět koncipováno jako monografie sestávající z obecné části, ve které jsou popsány základní principy fungování přednemocniční péče a dále základní údaje z dětské fyziologie a farmakologie. Speciální část shrmažďuje údaje o konkrétních urgentních stavech jak interní, tak chirurgické povahy, které přicházejí v úvahu v dětském věku.

Cílovou skupinou čtenářů jsou pediatři praktičtí i kliničtí, pracovníci urgentních příjmů lékařů i nelékařů, studenti lékařských i nelékařských zdravotnických škol, záchranáři.



## PERIOPERAČNÍ ANESTEZIOLOGICKÁ PÉČE V KOSTCE

Jitka Zemanová, Miluše Mezenská  
Praha: Grada 2021, 170 stran, ISBN: 978-80-271-1740-6

Cílem publikace je poskytnout informace o současné anesteziologické přístrojové technice, možnostech perioperačního monitoringu, lékových skupinách a anesteziologických technikách s ohledem na stále se rozvíjející možnosti operativy.

Kniha je určena především nelékařským zdravotnickým pracovníkům – preferenčně specializace ARIM, začínajícím anesteziologům, ale i lékařům oboru AIM v praxi.



## 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 ozvedením zkratky neúměrně prodloužil.

**Autor:** uvádějte celé křestní jméno a příjmení všech autorů, bez titulů, např.: Jana Malá<sup>1</sup>, Lucie Novotná<sup>2</sup>, Martina Dostálová<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Chirurgická klinika, Nemocnice Horní

#### Příspěvky výzkumného charakteru

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

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

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

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

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

**Cíl práce:** cíl práce, organizace výzkumu.

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

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

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

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

**Poděkování:** dedikace projektu, grantu.

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

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

### Příspěvky přehledového a teoretického charakteru

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

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

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

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

### Recenze aktuálních publikací

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

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

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

**Rozsah:** max. 9 000 znaků.

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

### Formální požadavky rukopisu:

Rukopis zasílejte v textovém editoru MS Word.

**Font písma:** Times New Roman.

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

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

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

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

V textu nepodtrháváte.

**Práce s textem:** před interpunkčními znaménky nikdy nedělejte mezeru, za nimi naopak vždy. Dělejte pouze jedno 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.



